



N°1617

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 26 mai 2004

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA MISSION D'INFORMATION⁽¹⁾
SUR LA PROBLÉMATIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE

Président et Rapporteur
M. Jean-Louis DEBRÉ,
Président de l'Assemblée nationale

TOME 2

AUDITIONS

⁽¹⁾ La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

La mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie , est composée de : M. Jean-Louis DEBRE, Président et Rapporteur ; MM. Philippe AUBERGER, Gérard BAPT, Mmes Martine BILLARD, Maryvonne BRIOT, MM. Yves BUR, Alain CLAEYS, Paul-Henri CUGNENC, Jacques DOMERGUE, Jean-Pierre DOOR, Jean-Michel DUBERNARD, Gérard DUBRAC, Claude EVIN, Mmes Jacqueline FRAYSSE, Cécile GALLET, Catherine GENISSON, M. Maxime GREMETZ, Mmes Elizabeth GUIGOU, Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, MM. Edouard LANDRAIN, Jean-Marie LE GUEN, Richard MALLIE, Hervé MARITON, Pierre MEHAIGNERIE, Pierre MORANGE, Hervé MORIN, Jean-Luc PREEL, Jean-Marie ROLLAND, Jean-Sébastien VIALATTE, Alain VIDALIES, Philippe VITEL.

TOME SECOND

SOMMAIRE DES AUDITIONS

Les auditions sont présentées dans l'ordre chronologique des séances tenues par la Mission.

—	Audition de M. Bertrand FRAGONARD, président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 21 avril 2004</i>) Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président.....	5
—	Audition de M. Jean-Marie SPAETH, président du conseil d'administration de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 21 avril 2004</i>) Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président.....	17
—	Audition de Mme Danièle KARNIEWICZ, secrétaire nationale chargée du pôle « protection sociale » à la CFE-CGC (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 28 avril 2004</i>) Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président	25
—	Audition de M. Jean-Claude MAILLY, secrétaire général de Force Ouvrière (FO) (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 28 avril 2004</i>).....	35
—	Audition de M. Jean-François ROUBAUD, président de la CGPME (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 28 avril 2004</i>)	47
—	Audition de M. Pierre PERRIN, président de l'Union professionnelle artisanale (UPA) (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 29 avril 2004</i>) Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président.....	59
—	Table ronde « professions de santé ».....	69
—	Audition de M. Jean-Luc DEROUSSEN, secrétaire général adjoint, en charge de l'assurance maladie à la CFTC (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 29 avril 2004</i>).....	99
—	Audition de M. François CHEREQUE, secrétaire général de la CFDT (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 29 avril 2004</i>) Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président.....	111
—	Audition de M. Bernard THIBAUT, secrétaire général de la CGT (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 29 avril 2004</i>) Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président.....	125
—	Audition de M. Alain COULOMB, directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 29 avril 2004</i>)	139
—	Audition conjointe de M. Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre de la santé et de la protection sociale, et de M. Xavier BERTRAND, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 4 mai 2004</i>) Présidence de M. DEBRÉ, Président	147
—	Table ronde « assureurs complémentaires » regroupant M. Jean-Pierre DAVANT, président de la FNMF, M. Jean-Louis FAURE, délégué général du CTIP, M. Daniel HAVIS, président du GEMA, MM. Gérard de LA MARTINIÈRE et André RENAUDIN, président et délégué général de la FFSA (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 5 mai 2004</i>) Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président, puis de M. Claude EVIN	179

—	Audition de M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE, président du MEDEF (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 5 mai 2004</i>) Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président, puis de M. Jean-Michel DUBERNARD.....	191
—	Table ronde « médicaments et dispositifs médicaux » regroupant M. Bernard CAPDEVILLE, président de la FSPF, Mme Odile CORBIN, directrice générale du SNITEM, MM. Pierre LE SOURD et Bernard LEMOINE, président et vice-président du LEEM, M. Jean MARIMBERT, directeur général de l'AFSSAPS (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 5 mai 2004</i>) Présidence de M. Jean-Michel DUBERNARD,.....	201
—	Table ronde « usagers » regroupant : Mme Christiane BASSET, administratrice à l'UNAF, en charge de l'assurance maladie, M. Christian SAOUT, président de AIDES, Mme Frédérique POTHIER, secrétaire de l'association LIEN (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 5 mai 2004</i>) Présidence de M. Jean-Michel DUBERNARD.....	209
—	Table ronde « gestionnaires des caisses obligatoires ».....	219
—	Table ronde « établissements de santé » regroupant M. Max PONSEILLÉ, président de la FHP, M. Georges RIFFARD, directeur général de la FEHAP Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE, directrice générale de l'AP-HP, M. Gérard VINCENT, délégué général de la FHF (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 6 mai 2004</i>) Présidence de M. Jean-Michel DUBERNARD.....	235
—	Table ronde « financement » regroupant M. Michel GRIGNON, directeur de recherches au CREDES/IRDRES M. François MONIER, secrétaire général de la commission des comptes de la Sécurité sociale, M. Jean-Luc TAVERNIER, directeur de la Prévision et de l'analyse économique au ministère des finances (<i>Extrait du procès-verbal de la séance du 6 mai 2004</i>) Présidence de M. Jean-Michel DUBERNARD.....	257
—	Contributions.....	273
—	Contributions adressées à la mission	275

**Audition de M. Bertrand FRAGONARD,
président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 21 avril 2004)

Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président

M. le Président : M. Fragonard, je vous remercie d'avoir répondu à notre invitation et je vous souhaite la bienvenue à l'Assemblée nationale. Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a été publié le 23 janvier. Vous avez été entendu par les commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat, le 10 février et le 7 avril derniers. Avec les cinquante-deux personnalités du Haut Conseil, vous avez évalué notre système de santé et examiné les moyens d'améliorer sa gouvernance.

Nous ne souhaitons pas que vous nous redonniez les informations contenues dans votre rapport, dont nos collègues ont pris connaissance. Nous souhaitons que vous vous exprimiez sur trois grandes questions. Tout d'abord, quels sont selon vous les grands principes du régime d'assurance maladie ? Ensuite, quel diagnostic faites-vous sur ses difficultés actuelles ? Je ne vise pas ici les seuls problèmes financiers, mais aussi les dysfonctionnements éventuels qui pourraient miner les fondements du régime et entraver l'application des principes que vous aurez rappelés. Enfin, en fonction de ses principes et de ce diagnostic, quelle est votre idée de la thérapeutique à administrer ? Ici encore, je pense non seulement aux recettes et aux dépenses, mais aussi à l'organisation, au fonctionnement et à la gouvernance du système de soins.

M. Bertrand FRAGONARD : Le Haut Conseil s'est accordé sans peine pour estimer que les principes fondamentaux qui régissent l'assurance maladie sont sains. Je les rappellerai brièvement, en essayant de faire apparaître leur cohérence et leur originalité.

Le premier principe, que personne ne semble remettre en cause, est l'universalité de la couverture par l'assurance maladie. Ce principe ne règne pas dans tous les pays, même de développement économique comparable au nôtre. En France ce problème est derrière nous, avec tout au plus un problème résiduel concernant l'aide médicale d'Etat.

Le second principe, corollaire du premier, est l'appartenance de la totalité des assurés à un système unitaire. Le Haut Conseil a ainsi refusé qu'on envisage de regrouper dans une caisse autonome les soins aux personnes âgées et la prise en charge de la dépendance. A nos yeux la solidarité nationale s'exprime dans le fait que toute la communauté est dans un régime unitaire.

Troisième principe : la prise en charge est indépendante de l'état de santé. C'est un progrès fondamental par rapport à tout système qui s'inscrirait davantage dans une logique assurantielle. La prise en charge est également indépendante de l'âge, élément essentiel pour protéger les personnes âgées. Elle est indépendante du revenu : même si ce principe fait l'objet de quelques aménagements, par exemple en faveur des titulaires du minimum vieillesse, la prise en charge ne varie pas en fonction du revenu. Elle ne tient pas davantage compte du comportement des assurés. Même si l'on peut en un sens considérer la taxe sur le tabac comme une deuxième cotisation, fondamentalement nous ne cherchons pas à démêler les composantes de la dépense. Ce point est fondamental car, à mesure que se développera la médecine prédictive, il est important d'avoir un système qui ne cherche pas à savoir a priori de quels risques un assuré est porteur.

Quatrième point : le taux de la prise en charge est élevé. Les Français ne s'en rendent pas bien compte, car la plupart d'entre eux n'ont recours qu'au petit ambulatoire courant. Ils ont entendu parler du plan Séguin, du plan Veil, de la hausse du forfait, et ils ont le sentiment que la Sécurité sociale se désengage et qu'on est mal remboursé. La réalité est tout opposée : on est très bien remboursé dans les régimes de base, et l'engagement s'accroît chaque année. Les Français ne le voient pas parce que la dépense est tirée par les gros consommateurs. Dès qu'on entre dans des soins très coûteux, on est dans une quasi gratuité, ce qui consolide le principe de libre accès aux soins. Je rappelle que, dans le périmètre de ce que la Sécurité sociale considère comme légitimement remboursable, la prise en charge au titre du régime de base dépasse 80 % des dépenses.

Nous sommes parvenus d'autre part, au terme d'une longue histoire, à l'idée que la recette devait être proportionnelle au revenu, même si les revenus de remplacement sont soumis à un traitement plus favorable. La CSG est proportionnelle et la cotisation patronale maladie est déplafonnée : cela signifie que chaque producteur contribue à la Sécurité sociale proportionnellement à la richesse qu'il produit et au revenu qu'il tire.

Ces éléments forment un tout cohérent. Il serait absurde, par exemple, d'envisager la suppression de certains remboursements aux personnes aisées, dès lors qu'elles contribuent proportionnellement à leurs ressources.

Ce système, très spécifique à notre pays, s'éloigne de la logique assurantielle : un assureur tient compte du risque et non du revenu, et nous faisons le contraire. Cet ensemble présente une grande cohérence, qui ne tient que parce que le régime est obligatoire et que nous sommes dans un monopole d'Etat. Ce dernier a sans doute ses faiblesses, mais on ne peut imaginer une Sécurité sociale qui respecterait les principes que j'ai rappelés dans un système concurrentiel pur. Un assureur tarifie en fonction du risque et ne tient pas compte du revenu, et ce principe ne s'applique pas seulement aux compagnies d'assurance, mais à tous les organismes complémentaires en système concurrentiel, y compris les mutuelles les plus solidaires dans leur philosophie.

Nous avons donc estimé que ces principes étaient sains. Ils ont permis de solvabiliser la demande, et ils ont financé un système qui est globalement de qualité, même si l'on peut déceler des faiblesses ici ou là.

M. le Président : Sur les principes que vient de rappeler M. Fragonard, je demande maintenant à mes collègues s'ils ont des observations à présenter.

M. Jean-Marie LE GUEN : Je me demande si, au moment où nous sommes, il n'y a pas au sein de notre assemblée certains désaccords entre nous sur ces principes.

M. le Président : C'est là un débat que nous aurons entre nous, sans les intervenants. Dans l'immédiat je demande simplement s'il y a des observations de complément à apporter à la première partie de l'exposé de M. Fragonard.

M. Claude EVIN : Il y a un principe qui n'a pas été évoqué, c'est le principe de qualité de l'offre de soins. Je le comprends si l'on s'en tient strictement au thème de l'assurance maladie, mais nous ne devons pas l'oublier dans nos démarches à venir, car nous devons non seulement réfléchir sur le financement, mais lier celui-ci à la qualité de l'offre.

M. Bertrand FRAGONARD : Si je n'ai pas mentionné ce principe, c'est qu'au départ l'assurance maladie est un système de prise en charge financière : elle n'a pas directement vocation à organiser l'offre de soins et à garantir sa qualité. Et elle a peu fait pour utiliser

le levier que constitue la prise en charge pour impulser une dynamique dans ce domaine ; mais ce sera évidemment une question centrale pour la réforme à venir.

M. le Président : Précisément, quel diagnostic faites-vous sur la situation actuelle ? Vous paraît-elle permettre l'application des principes que vous avez rappelés ?

M. Bertrand FRAGONARD : Dès lors que l'on considère ces principes comme bons, le défi est de les maintenir dans l'avenir, éventuellement avec des ajustements, mais sans en changer la philosophie. Ce défi est redoutable, car nous constatons depuis quarante années une hausse de la dépense supérieure de plus de deux points à celle du PIB. Et les éléments dont nous disposons conduisent à penser que cela va continuer, peut-être pas au même rythme, mais très probablement plus vite que la richesse nationale. Or nous connaissons déjà un déficit très lourd... Si nous voulons conserver notre système avec une hausse supérieure de 1 ou 1,5 point à celle du PIB, il faudra ajouter chaque année trois milliards d'euros aux recettes, ou réduire les dépenses du même montant...

Mais on peut infléchir cette tendance en réformant le système de soins qui ne fonctionne pas de manière optimale. On peut en améliorer le rendement et trouver ici des marges financières importantes. C'est évidemment la première chose à tenter avant d'augmenter les recettes ou de réduire les remboursements. La première priorité est donc d'évaluer ce qu'il est possible de faire pour améliorer le rendement du système.

Plusieurs pistes se présentent. Nous avons surtout travaillé sur la médecine ambulatoire. Dans le domaine hospitalier nous nous sommes heurtés à une certaine obscurité : en particulier, les écarts de coûts entre les établissements donnent lieu à des explications d'une rare complexité. Nous avons estimé qu'il y avait à la fois des manques, mais aussi, à certains égards, trop de moyens, et que personne n'était en mesure de faire la balance globale du système. A titre personnel, il me semble qu'on donne trop de poids aux propos alarmistes. Mais il y a bien des situations difficiles, et surtout tous nos interlocuteurs s'accordent pour dire qu'on peut améliorer la productivité de l'hôpital. Un diagnostic réel exigera donc un travail de clarification sur la nature de la crise hospitalière : nous devons comprendre pourquoi il y a tant de malentendus sur un système qui a pourtant été bien bâti, et dans lequel nous avons réussi, depuis la réforme Debré, à faire venir les meilleurs.

Quant à la médecine ambulatoire, beaucoup dénoncent ses défauts. Nos médecins libéraux constituent pourtant un élément de dynamisme et de dévouement considérable. D'ailleurs les Français y sont très attachés. Ils savent que le rapport qu'ils entretiennent avec leur médecin est précieux ; il ne faut pas bouleverser leurs habitudes.

Le deuxième élément du diagnostic est que l'on a bien du mal à améliorer le système parce que sa gouvernance est franchement défailante. Je ne parlerai pas ici, par respect pour la représentation nationale, des lois de financement de la Sécurité sociale, mais MM. Le Guen et Dubernard ont dit eux-mêmes qu'il ne s'agissait pas du meilleur instrument possible.

Surtout, on ne sait pas qui fait quoi. Il faut mieux définir les représentants et qu'à cette clarification soit associée une obligation de résultats dans le champ des pouvoirs délégués. Tel n'est pas le cas aujourd'hui avec la délégation de gestion et, si l'enveloppe hospitalière est mieux tenue, elle demeure une boîte noire et on ignore totalement les résultats obtenus. Il faut donc faire un effort considérable pour clarifier, pour faire prendre conscience à tous les interlocuteurs qu'ils sont sur le même bateau et qu'ils ont l'obligation ardente d'adopter les mesures de redressement que contiendront les futures lois de financement.

M. le Président : Vous avez dit que le système était en faillite...

M. Bertrand FRAGONARD : J'ai dit « endetté », à hauteur d'un mois.

M. Philippe AUBERGER : Vous avez dit que les bénéficiaires étaient de moins en moins satisfaits alors qu'ils sont de mieux en mieux remboursés et que les professionnels sont de plus en plus désenchantés alors que l'on met de plus en plus d'argent dans le système. Mais cela ne permet pas de savoir s'il faut faire plus de prévention ou si le système actuel, qui mise plutôt sur le rétablissement, est le bon. Ce diagnostic mérite donc d'être précisé.

M. Bertrand FRAGONARD : Je ne suis pas sûr que l'on puisse tirer des conclusions aussi nettes. Beaucoup de professionnels considèrent qu'ils disposent d'un bon outil de travail et de revenus corrects. Mais on a le sentiment dominant d'une crise, d'un déficit de moyens. Il y a beaucoup de bruit autour de la Sécurité sociale. Or le bruit n'est pas toujours vertueux : à la lecture du dernier appel publié par Le Monde nombreux sont ceux qui se demandent à quoi servent leurs cotisations si rien ne marche. Pour ma part, j'attends toujours que l'on me prouve que la durée d'attente s'allonge dans les hôpitaux. Au lieu de répandre ces bruits chagrins, mieux vaudrait dire aux Français qu'ils doivent être satisfaits de jouir d'un système aussi efficace et protecteur. Pour autant, il est légitime qu'ils demandent des comptes sur ce que l'on fait de leurs cotisations, car, quand on engage 10 % de la richesse de la nation, il s'agit d'être rigoureux. C'est ce qu'attend l'opinion quand elle entend parler d'abus et de gaspillages.

Mme Catherine GÉNISSON : N'y a-t-il pas une différence d'approche entre l'opinion et ceux qui sont directement concernés, notamment les patients hospitalisés ?

Par ailleurs, vous dites que les professionnels sont désenchantés mais, sur le terrain, on trouve de nombreuses personnes très engagées. Le problème, c'est qu'elles ont le sentiment d'être sur un bateau ivre, alors qu'on leur demande de prendre plus de responsabilités.

M. Bertrand FRAGONARD : Les Français ont un jugement assez sûr. Ils se trompent certes sur le niveau de leurs cotisations, mais ils ont compris que le système était protecteur et leur premier avertissement est souvent : « Touchez pas à la sécu ! » Il est vrai que plus ils sont proches des soins, plus leur appréciation est positive. En fait, ils touchent alors les dividendes de leurs cotisations passées.

M. Yves BUR : Les sondages montrent bien que la Sécurité sociale est au cœur de l'esprit de solidarité, même si les Français sont conscients de certains gaspillages. En revanche, l'image du système chez les professionnels de santé est très contrastée. Il faut toutefois relativiser les enquêtes réalisées auprès d'eux car chacun voit surtout son propre intérêt.

Alors que, vous l'avez dit, l'hôpital est un peu une boîte noire, tout semble montrer qu'on va continuer à le gérer comme auparavant. Peut-on continuer à accepter une telle obscurité dans la gouvernance de l'hôpital ? Il faut que ceux qui ont la responsabilité de l'assurance maladie et du système de santé aient un droit de regard sur l'hôpital.

M. Hervé MORIN : A-t-on une idée du nombre de personnes qui renoncent aux soins, notamment pour des questions de ressources ?

Par ailleurs, j'ai rencontré des représentants de l'ensemble du monde médical et j'ai été surpris de les trouver aussi hermétiques à toute évolution : ils sont tous d'accord

sur le diagnostic mais dès qu'on leur demande comment améliorer les choses, on se trouve face à des blocages considérables.

M. Bertrand FRAGONARD : S'agissant du renoncement aux soins, les études du CREDES dont on dispose datent quelque peu. Qui plus est, les chiffres élevés qu'elle comporte doivent être relativisés : si une personne relativement fortunée déclare renoncer à des soins dentaires de très haute qualité, ce n'est pas du tout la même chose que si une personne très modeste a de vraies difficultés pour accéder aux soins. Il me semble toutefois que la difficulté d'accès est moins grande depuis l'instauration de la CMU, qui a marqué un progrès important pour les plus modestes, et du tiers payant. Peut-être faudrait-il relever le seuil d'accès à la CMU, mais on ne peut avancer qu'à pas extrêmement comptés car chaque pas est très onéreux.

En ce qui concerne l'attitude du milieu médical, il me semble que les opinions ont vraiment changé. On peut parler aujourd'hui de continuité des soins, de défauts de prescription, d'accréditation. Pour autant, tous ces chantiers restent devant nous et il est logique que chacun les affronte en s'arc-boutant sur ses positions. Il me semble néanmoins que les professionnels réagissent de façon moins primaire et plus collective. Même à l'hôpital, si le système de gouvernance interne est discutable, il y a aujourd'hui des projets qui vont dans le bon sens, comme la TAA. Il est vrai qu'il y a, à l'hôpital, un potentiel de compétences et d'intelligences exceptionnel, qui devrait permettre de surmonter les blocages.

M. Claude EVIN : Il est difficile pour l'opinion de bien mesurer la réalité du système et pour les professionnels de bien mesurer les enjeux. Il me semble aussi que le discours des professionnels a changé, de même que l'attitude de certaines organisations. Ainsi, M. Chassang ne tient pas le même langage que son prédécesseur, même si un coup de force est possible au sein de la CSMF. Il est vrai toutefois que des difficultés de compréhension persistent comme le montre le récent article du Monde.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Il faut faire le parallèle entre les principes et le diagnostic. On s'aperçoit qu'il est nécessaire de moderniser l'ensemble du système, de procéder à certains réglages, de le rendre plus juste, mais cela peut signifier aussi bien dépenser plus que dépenser moins ou encore que dépenser mieux.

Pour ma part, j'ai été impressionné par les chiffres du CREDES qui montrent que près de 8 % des Français sont incapables de se payer une mutuelle parce qu'ils sont juste au-dessus du seuil de la CMU. Il est indispensable de faire un effort en leur faveur si l'on veut être fidèle à nos principes. Il est donc légitime ici de dépenser plus alors que l'on peut dépenser moins dans d'autres secteurs.

M. Bertrand FRAGONARD : J'ai plaidé pour la CMU depuis 1992 avec les premiers travaux remis à M. René Teulade. Je me suis donc félicité de son instauration. La pertinence du plafond de ressources est une question d'appréciations. Je suis convaincu qu'une partie des difficultés tient au fait que la population concernée n'est pas homogène. Il y a des gens assurés qui n'ont pas de dépenses de santé et d'autres qui doivent engager des débours très élevés. On bute donc sur une extrême dispersion. Peut-être faudrait-il envisager un mécanisme de franchise ou un plafonnement du ticket modérateur. Avant d'investir beaucoup d'argent, il convient de vérifier s'il n'existe pas des techniques plus fines pour diminuer le taux d'effort des gens modestes.

M. Jean-Marie LE GUEN : La dimension financière n'est pas la seule dimension de la consommation médicale. Selon les niveaux socioculturels, on ne consomme pas la même chose, et cela sera encore plus vrai demain lorsque le rôle de la prévention augmentera.

M. le Président : Quelques questions précises concernant la thérapeutique. Pensez-vous qu'il faille agir sur les dépenses ou sur les recettes ?

M. Bertrand FRAGONARD : Les deux, M. le Président.

M. le Président : Si vous deviez préparer une ordonnance de réduction des comptes, quelle serait votre prescription ?

M. Bertrand FRAGONARD : La première proposition du conseil, c'est de remettre de l'ordre dans la maison. On peut par exemple se demander si le taux de marge dégressive lissée des pharmaciens est une bonne formule, si la productivité des hôpitaux est bonne, etc. En 1992, on avait estimé à 20 % le taux de gâchis. Le plan Johanet mentionne 10 à 15 %. De toute façon il faut commencer par se mettre les mains dans le cambouis pour introduire un peu d'ordre, et il existe là une marge de progrès importante. Il n'y a pas de raison que la consommation de médicaments soit aussi abusive, que la continuité des soins soit aussi mal assurée.

M. le Président : Mais comment remettre de l'ordre ?

M. Bertrand FRAGONARD : C'est un combat permanent.

M. le Président : Mais encore ?

M. Bertrand FRAGONARD : Lorsque la marge brute des pharmaciens augmente de 4 %, faut-il revoir les taux de marge ? Faut-il amener les médecins à prescrire différemment ?

Ensuite, il faut des gens pour gouverner la branche maladie. Enfin, on devra considérer les problèmes de recettes et de taux de remboursement.

M. Hervé MARITON : Je trouve un peu artificielle la distinction entre mise en ordre et gouvernance.

Mme Catherine GÉNISSON : Mettre de l'ordre c'est bien, mais il faut un suivi. La CNAM se plaint de ne pas avoir les moyens suffisants.

M. Claude EVIN : Je souhaiterais quelques précisions, car les exemples cités par M. Fragonard renvoient à des niveaux de responsabilité très divers. Dans certains cas cela relève du règlement, donc du gouvernement. Pour d'autres, de la négociation conventionnelle entre les caisses et les professionnels. Pour d'autres encore, des ARH et des établissements de santé. Il faudrait donc cibler un peu mieux.

Si l'on veut par exemple bouger la marge brute des pharmaciens, optimiser la gestion des hôpitaux, intensifier la coordination des soins, on bute précisément sur le « grand bazar ». On ne sait pas qui fait quoi, ce qui permet à tout le monde de passer entre les mailles du filet.

M. Hervé MORIN : C'est comme la décentralisation.

M. le Président : Un sujet à la fois s'il vous plaît.

M. Philippe AUBERGER : Qui aura à définir ce qui est ordre et ce qui est désordre ? Tout le monde admet qu'aller voir un spécialiste sans être passé par un généraliste, c'est un désordre. Mais il faut une autorité qui puisse le dire clairement, et y remédier.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Les données que nous possédons sont très hétérogènes. Ne faudrait-il pas réorganiser la collecte des données ?

M. Hervé MORIN : Un INSEE de la santé !

M. Jean-Michel DUBERNARD : Ensuite, ne faudrait-il pas renforcer le rôle des médecins-conseil de l'assurance maladie ?

M. Yves BUR : La situation actuelle est calamiteuse, et l'on veut revenir à une situation plus saine. Mais comment ? A quel rythme ? Peut-on se permettre d'attendre plusieurs années ?

D'autre part, en ce qui concerne le chiffre, M. Johanet parlait de 10 milliards d'euros.

M. Bertrand FRAGONARD : Un peu plus.

M. Jean-Marie LE GUEN : 90 milliards de francs.

M. Yves BUR : De quels outils peut-on se servir ? Les sanctions que prône Mme Génisson n'ont pas donné les résultats attendus. Faudrait-il introduire des contrats individuels ? Et puis on peut s'étonner de certaines aberrations, comme cette virgule qui manque dans un arrêté et retarde de quinze jours le passage du Mopral en médicament générique.

M. Jean-Marie LE GUEN : Il faut sans doute remettre de l'ordre, mais aussi réformer un système. Les pathologies évoluent, les malades évoluent. Il ne s'agit pas de revenir à un ordre théorique, M. Auberge. Mais il faudra bien introduire des contraintes. Notre système offre un degré de liberté considérable, et peut-être exagéré. Pour mettre de l'ordre, il faudra instaurer des contraintes, donc ouvrir un débat politique sur celles-ci.

Ensuite, la question du rythme : la loi ne suffira pas à transformer les comportements. Puis, la méthode : qui va faire quoi ? Qui prendra la responsabilité que d'autres ne veulent pas prendre ? Peut-on envisager que tout le monde ne prenne pas ses responsabilités ? Le rapport du Haut Conseil souhaite une clarification de la gouvernance. Mais au niveau politique, n'y-a-t-il pas une responsabilité collective ? La question financière est certes prégnante, mais est-ce la seule raison qui nous pousse à agir maintenant ? Vous avez suggéré certaines priorités logiques, mais le temps politique obéit-il aux mêmes critères ?

M. Hervé MORIN : Avez-vous le sentiment que les partenaires sociaux souhaitent encore gérer la CAM ? Par ailleurs, les propositions de réforme concernent avant tout l'offre, est-il envisageable de réguler aussi la demande, alors que les patients sont de plus en plus des consommateurs ?

M. Jean-Sébastien VIALATTE : Les lettres-clés doivent-elles être des variables d'ajustement ? Quels résultats ont donné dans le passé les lettres-clés flottantes ?

M. Jean-Marie LE GUEN : Elles n'ont jamais été mises en place.

M. Bertrand FRAGONARD : Le premier problème, qui a été soulevé par M. Dubernard, est celui de l'information. Nous manquons cruellement de données, même si la situation s'est améliorée depuis dix ans. En ce qui concerne l'accès aux spécialistes en première intention, puisque le sujet a été évoqué, nous ne disposons que d'une étude de 1994. Nous ne savons pas qui va chez les spécialistes, et orienté par qui. Aucun industriel ne gérerait ses affaires avec aussi peu de renseignements.

En ce qui concerne le rythme des réformes, je ne pense pas qu'on puisse bousculer les comportements. Mais, à partir du moment où l'on a décidé de s'attaquer aux antibiotiques, on a eu des résultats rapides et appréciables. Nous avons donc une marge de manœuvre sur certains sujets. Pour le reste, il est évident que nous ne ferons pas changer la prescription des médicaments par voie d'autorité. Des apprentis technocrates ont remarqué que les ordonnances étaient trop longues. Ils ont donc proposé de ne plus rembourser, à partir de la cinquième ligne ! Toutes les décisions doivent s'appuyer sur les gens du métier ; encore faut-il qu'ils soient convaincus. Les efforts pour constituer les URML ont été neutralisés par exemple, alors qu'il s'agissait d'une bonne idée.

Si nous voulons changer les pratiques des professionnels, il faut les respecter. Rien ne se fera sans eux. Il est du rôle du gouvernement ou des partenaires sociaux de prendre les décisions qui leur incombent. Il peut s'agir des lettres-clés, de l'implantation des médecins sur les territoires ou de la hiérarchie des revenus... J'ai parlé de mettre de l'ordre dans la maison. Mais étant donné le déficit, vous ne pourrez pas attendre l'amélioration du système pour prendre les décisions financières.

On m'a demandé comment agir sur la demande. Je reste toujours perplexe lorsque j'entends parler de « responsabiliser les patients ». Si nous modifions le taux de remboursement, les complémentaires interviennent tout de suite. La mesure n'a donc aucun effet structurant. Si nous voulons « fidéliser » les patients par le biais des médecins référents, les Français se tourneront aussi tout de suite vers leur mutuelle. Et si on leur demande de se « fidéliser », ils commenceront par demander ce qu'ils y gagnent et ce qu'ils y perdent. L'assuré est méfiant, et il a ses raisons. La politique de communication de la CNAM a été totalement masochiste : on ne cesse de dire aux assurés qu'il faut faire des efforts ! Mais les Français ne feront pas d'efforts pour le bien financier de la Sécurité sociale. Ils en feront pour leur propre bien. Au lieu de pénaliser les assurés, il faut les amener à la discipline en leur expliquant ce qu'ils ont à y gagner.

Le rôle du contrôle médical de l'assurance maladie est un dossier important. Nous sommes loin de l'optimum en matière de contrôle médical. Nous sommes piégés entre la tentation du contrôle et celle d'un débat contractuel sur les pratiques médicales avec les professionnels. Il est essentiel de se baser sur l'expérience concrète des praticiens, mais les politiques veulent toujours plus de contrôle ! Pour cela, ils doivent bien cibler leurs instructions. Le cas des affections longue durée – ALD – qui représentent 50 % des dépenses illustre bien le problème : un protocole de soin existe bien, mais la pratique est très décevante.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Faudrait-il scinder cette activité entre contrôle et conseil ?

M. Bertrand FRAGONARD : En tout état de cause, il faut que les médecins adhèrent à la politique qui est menée.

M. le Président : Vous venez d'évoquer des mesures à long terme. Permettez-moi de poser des questions de non-spécialiste. Le déficit actuel est de 12 milliards ;

j'entends parler d'une hausse de la CSG et d'une uniformisation de ses taux. Est-ce une solution ? Qu'en est-il de la hausse du ticket modérateur ? Quels seraient les effets d'un déremboursement des médicaments ?

M. Bertrand FRAGONARD : Ce sont des questions dont le Haut Conseil n'a que peu traité. A l'évidence, il n'est pas envisageable de s'endetter durablement. Certains des membres du conseil voulaient une déclaration catégorique contre toute hausse de l'endettement de l'assurance maladie, mais il est des cas où elle permet un bouclage macroéconomique plus vertueux. Le Haut Conseil s'en est donc tenu à dire qu'on ne s'endetterait pas au-delà des ajustements conjoncturels nécessaires. Mais le but reste de liquider la dette acquise : il ne faudrait pas augmenter le déficit de 12 milliards tous les ans !

Certains ne voulaient pas entendre parler d'une hausse des recettes, arguant qu'il faut commencer par optimiser le système. On bute alors sur le problème que j'ai déjà soulevé : la politique de mise en ordre s'étalera sur des années ! Le Haut Conseil a fini par s'accorder sur une position générale : s'il est acquis que la remise en ordre est engagée, et comme la tendance est haussière, il faudra bien envisager d'augmenter les recettes. Quant à la nature des recettes qui seraient augmentées, le conseil s'est bien abstenu de dire quoi que ce soit ! Il est vrai que c'est un sujet intimement lié à la politique économique et fiscale. Jusqu'à présent, la CSG s'avère un bon outil. Faudrait-il demander un petit effort aux retraités aisés, ou à l'Etat de payer ses cotisations patronales sur les primes des fonctionnaires ? Des pistes existent, mais le conseil n'a pas pris position. Il s'est contenté de mettre l'accent sur certaines exceptions aux principes qui régissent les retraites.

Quant au problème du remboursement, les syndicats de salariés ont accepté d'aborder la question. C'était une sorte de contrepartie à l'effort du MEDEF sur la question des recettes. Il a été acté que les taux de remboursement actuels ne sont pas intangibles dès lors qu'en moyenne les taux d'effort pour se soigner sont très modestes. Cette situation contraste avec le secteur du logement où le taux d'effort des familles modestes pour se loger, après aides, avait augmenté de 4 points en quelques années !

Etant donné notre déficit, il ne devrait pas être tabou d'aborder la question du remboursement, d'autant que notre taux de prise en charge est très élevé. Les syndicats ont donc accepté l'idée qu'on pouvait « ajuster » le taux de remboursement. Il est évident que l'ajustement ne se fera pas à la hausse ! En revanche, on ne pourrait baisser le taux brutalement sans toucher au principe de solidarité.

S'agissant du ticket modérateur, veut-on demander aux ménages des efforts proportionnels à leur consommation ? La solution classique consiste à prévoir un forfait, une hausse du ticket modérateur, ce qui est simple et qui a le mérite de rapporter de l'argent sans remettre en question la solidarité nationale. Mais il faut savoir que dans le dernier vingtile des ALD, soit 300 000 personnes, on consomme 328 boîtes de médicaments par an ! Il y a parmi eux des personnes très modestes à qui on ne peut demander d'acquitter 328 fois le forfait.

Je suis convaincu qu'il faudra réfléchir à d'autres méthodes d'ajustement, comme le plafonnement du ticket modérateur et la franchise.

En définitive, le Haut Conseil a considéré que tout ajustement des taux de remboursement qui n'épargnerait pas les ménages dont la consommation est la plus élevée et qui ne s'accompagnerait pas de mesures correctrices, comme l'adaptation de la CMU

ou le plafonnement du ticket modérateur, méconnaîtrait le principe de solidarité nationale. A l'inverse, on peut donc considérer que tout autre type d'ajustement serait acceptable.

M. Jean-Marie LE GUEN : Le rapport élaboré par le Haut Conseil est le meilleur depuis de nombreuses années. Tous les économistes de la santé le disent. Il est à l'origine d'un extraordinaire rapprochement des cultures, puisque son texte a été approuvé par l'ensemble des forces économiques et sociales concernées. Quoi qu'il arrive, on ne peut définir une politique de santé qui ne tienne compte de ce rapport. Or celui-ci n'est pas encore suffisamment diffusé.

M. Yves BUR : Ce rapport est en effet le plus abouti de tous. Mais on a le sentiment que ses conclusions sont utilisées pour neutraliser les solutions entre elles. Le déficit s'élève à 12 milliards, il va s'aggraver, or on ne nous propose que des solutions homéopathiques, si bien que l'assurance maladie va continuer de s'endetter.

S'agissant des forfaits, les Allemands ont mis au point un système intéressant : le forfait s'élève à 5 euros, mais il est limité à 10 % par boîte et à 1 % du revenu du ménage. En outre, les patients souffrant d'une maladie chronique sont exemptés. Nous pouvons faire de même. Dans ce cas, c'est le patient qui demande à son docteur moins de médicaments ou des médicaments moins chers.

M. Hervé MORIN : M. Fragonard, vous n'avez pas répondu à ma question : les partenaires sociaux considèrent-ils toujours que l'assurance maladie est leur affaire ?

Mme Catherine GÉNISSON : Je souhaite des précisions sur la prise en charge de la santé des personnes âgées et sur les réticences du Haut Conseil à envisager que tous les usagers dépendent d'un système unique.

M. le Président : Pouvez-vous préciser votre pensée sur l'avenir du paritarisme ? J'entends dire qu'il est envisagé de créer une Haute autorité du système de santé. Est-ce nécessaire ? Et quel serait le profil d'une telle autorité ?

M. Claude EVIN : Traditionnellement, le débat sur l'assurance maladie se concentre sur les relations entre les caisses et la médecine ambulatoire. Le Haut Conseil considère-t-il que la réforme doit concerner l'ensemble de l'offre de soins, y compris l'hospitalisation publique et privée ?

M. Gérard DUBRAC : Vous dites vouloir remettre de l'ordre dans les dépenses, mais ce sont aussi les recettes qui manquent. On pourrait dérembourser l'ensemble des médicaments que le problème continuerait de se poser. En effet, si la dépense est universelle, la participation ne l'est pas, puisque seul le travail est taxé. On ne peut conserver un bon niveau de soins en France dans ces conditions, d'autant que le nombre des praticiens n'est pas pléthorique. Dans certaines zones, les médecins préféreraient être déconventionnés que de continuer à se faire racketter.

M. Bertrand FRAGONARD : M. Bur dit que ce rapport magnifique et consensuel lui paraît aussi ambigu et timide... C'est la loi du genre : si vous recherchez le consensus, il faut adopter des rédactions souples.

Il ne faut pas surestimer le caractère consensuel du rapport. Nous avons fait 10 % du travail, à vous de faire le reste.

Les outils allemands sont assez sophistiqués : on introduit l'idée d'une franchise tout en la modulant en fonction des revenus. On ne peut esquiver ce débat. Tous les pays explorent de tels mécanismes de régulation. Ils en attendent un rendement financier immédiat. Mais ces mécanismes auront-ils pour effet de modifier les pratiques médicales ? Les mesures d'ajustement doivent-elles être d'ordre public ou pas ? Si les mutuelles les effacent, elles n'ont aucun effet sur la consommation. Sur ce point, le Haut Conseil était très partagé et si nous avons voté, nous aurions sans doute rejeté le ticket modérateur d'ordre public, qui pose autant de problèmes qu'il en règle.

M. Jean-Marie LE GUEN : Nous retombons toujours sur la même question : qui consomme ?

M. Bertrand FRAGONARD : M. Morin m'a interrogé sur la gestion. Tout le monde dit avoir envie de gérer, sauf le MEDEF. Les syndicats de salariés demandent une véritable gestion déléguée.

M. Claude EVIN : Mais que veulent-ils gérer ?

M. Bertrand FRAGONARD : Plutôt ce qui concerne l'ambulatoire. Les syndicats de salariés ne détestent pas la formule du paritarisme. D'autres acteurs voudraient aussi jouer un rôle : les associations de malades et les assurances complémentaires. Mais s'ils obtiennent satisfaction, il faudra trouver une majorité capable d'assumer la délégation de gestion. En tout état de cause, personne ne souhaite l'étatisation de la Sécurité sociale.

Je n'ai pas d'opinion sur l'avenir du paritarisme. Ce système donne des résultats, puisqu'il oblige les partenaires sociaux à trouver un accord lorsqu'ils sont confrontés aux réalités budgétaires. On constate cependant qu'en allant au fond des choses, c'est-à-dire en abordant les problèmes de liberté publique et de pratique professionnelle, la gestion paritaire devient plus difficile. De toute façon, le paritarisme n'a pas d'avenir sans le MEDEF.

J'ignore s'il faut une haute autorité du système de santé, car j'ignore comment les gens qui la proposent la conçoivent.

Sur la question de Mme Génisson relative aux personnes âgées, les partenaires sociaux ne sont pas partisans de regrouper les soins et la dépendance dans un « cinquième risque » autonome. Mais cette perspective ne figure pas dans les projets du gouvernement relatifs à la constitution d'une caisse dépendance.

Enfin, M. Evin, les partenaires sociaux pensent, quoi qu'ils disent, à une gestion de l'ambulatoire ; en même temps ils sont gênés pour soutenir cette position, en raison des problèmes complexes d'articulation avec l'hôpital, et parce qu'il est peu défendable de ne prendre en charge que la moitié du système de soins.

M. Claude EVIN : Encore n'atteint-on la moitié que si l'on inclut les prescriptions.

M. Bertrand FRAGONARD : Le Haut comité n'a pas eu à trancher sur le périmètre d'une éventuelle délégation : il s'est borné à dire que, s'il y a délégation, il doit y avoir responsabilité. Je crois que beaucoup de partenaires sociaux hésiteraient à prendre des responsabilités majeures en matière d'hospitalisation. Je suis stupéfait de rencontrer sans cesse des gens qui croient que l'hôpital « ne fera pas partie de la réforme » : la réforme est globale, et l'hôpital fait assurément partie des choses à réformer. Les options retenues, notamment celle d'un outil de tarification qui oblige à y voir plus clair, feront bouger les choses, si l'on s'y tient.

Je ne suis pas en mesure de distinguer, dans la crise actuelle, ce qui tient à l'excès des dépenses ou à l'insuffisance des recettes. Nous n'avons pas chiffré les dépenses : nous constatons simplement qu'elles sont élevées, et qu'il faut donc peser sur l'offre si l'on veut infléchir la courbe. Je parle simplement d'infléchissement, car nous savons que la courbe restera ascendante. Certains avancent des chiffres précis : 5 %, voire 10 % à récupérer. Cela signifierait cinq à sept ans de marge, ce qui est très important. Mais cela relève de l'art de faire. En matière de recettes, l'assiette de la Sécurité sociale n'est pas mauvaise ; elle a évolué à peu près comme la richesse nationale. Mais bien sûr elle est insuffisante si l'on veut couvrir une dépense qui progresse plus vite que cette richesse : il faut alors ajuster les remboursements ou trouver d'autres recettes. Depuis 1979 on a mis à contribution les retraités, depuis 1982 les chômeurs, puis est venue la CSG qui a été un apport significatif. Il est vrai que pour des raisons d'opportunité on n'a pas établi une stricte équivalence pour les revenus de remplacement, et que l'augmentation de la CSG des personnes âgées reste un problème délicat. Mais la CSG a élargi l'assiette à une partie des revenus du capital. C'est pourquoi les syndicats, surtout la CFDT, ont souhaité que la CSG soit mentionnée comme un élément positif.

D'autre part, 10 % de la richesse nationale, est-ce trop ? Oui, si l'on regarde le rendement du système. Mais dans la durée on dépassera 10 % : les Etats-Unis, qui en sont environ à 13 %, s'attendent à atteindre 18 % dans dix ans.

M. Gérard DUBRAC : Je maintiens qu'il est important de bien calibrer le manque de recettes et l'excès de dépenses. Car si l'on agit mal sur l'un de ces leviers, on va soit réduire les prestations, ce qui est contraire aux principes de la Sécurité sociale, soit créer un énorme mécontentement. Un jour peut venir où les 5 % d'assurés que vous évoquiez n'absorberont plus 60 %, mais 95 % de la dépense : on va alors contracter les 40 % qui restaient, c'est-à-dire pénaliser de braves gens qui, après avoir cotisé pendant trente-cinq ans, n'auront plus l'occasion de commencer à dépenser. Ils auront le sentiment d'avoir fait les frais de l'opération, laquelle ne résoudra même pas le problème. Il est donc important d'avoir dès le départ un bon calibrage des deux éléments, sans quoi on court à l'échec auprès de l'opinion.

M. Bertrand FRAGONARD : Je crois que l'opinion est capable d'admettre une baisse des remboursements, mais pas si on lui dit en même temps que le système est mal géré : ce serait demander aux gens d'être cocus, battus... et contents ! A mes yeux mener une politique c'est être rigoureux. Faut-il commencer par dire que les recettes sont insuffisantes ? Non : il faut commencer par dire qu'il faut mettre de l'ordre.

M. Gérard DUBRAC : C'est de la morale.

M. Bertrand FRAGONARD : Non, c'est de la macroéconomie : vous devez dire ce qui est acceptable en termes économiques, au regard du développement de la nation. Peut-on se satisfaire de constater que l'assurance maladie a dû rembourser n'importe quoi à tout le monde, et qu'une partie de cette dépense a été financée en prélevant systématiquement tous les ans les excédents de la CNAF ? Le résultat est que nous avons beaucoup de mal à assurer des aides au logement, qui sont pourtant parmi les plus ciblées. Je suis convaincu que les Français, si on leur dit pourquoi on réforme, peuvent accepter des sacrifices.

M. Claude EVIN : Pour clarifier l'un des points évoqués : l'hôpital demande à être dans la réforme. J'aurai peut-être d'ici quelques jours une légitimité plus forte à l'affirmer.

M. le Président : Je remercie M. Fragonard.

**Audition de M. Jean-Marie SPAETH,
président du conseil d'administration de la caisse nationale de l'assurance maladie des
travailleurs salariés (CNAMTS)**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 21 avril 2004)

Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président

M. Jean-Marie Spaeth, président du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, est introduit accompagné de Mme Sophie Thuot-Tavernier, responsable de la mission de veille législative à la direction juridique de la CNAM, et de M. Alain Deluc, chargé de mission.

M. le Président : M. le président de la CNAM, je souhaite que vous répondiez à nos questions qui sont organisées autour de trois thèmes. Tout d'abord, comment formuleriez-vous les principes fondamentaux sur lesquels doit reposer l'assurance maladie ? Ensuite, quel diagnostic faites-vous des difficultés actuelles de l'assurance maladie ? Je pense non seulement aux problèmes financiers, mais aux dysfonctionnements éventuels qui pourraient miner les fondements du régime. Enfin, et ce point nous retiendra plus longtemps, quelles pistes vous paraissent envisageables pour une éventuelle réforme, qu'il s'agisse des dépenses et des recettes, ou de l'organisation, du fonctionnement et de la gestion du système de soins ?

M. Jean-Marie SPAETH : Je vous remercie de cette invitation, je répondrai à vos questions à la lumière d'une expérience de huit ans comme président de la CNAM.

Les principes fondateurs de la Sécurité sociale sont la solidarité et l'égalité. La Sécurité sociale et l'assurance maladie sont pour chacun de nous un élément de citoyenneté, et pour la société un facteur essentiel de cohésion. C'est pourquoi la réforme de ce système ne saurait consister à le bouleverser, mais à l'adapter aux réalités actuelles.

Deuxième principe : la Sécurité sociale est universelle. Chacun paie selon ses revenus : la CSG a permis d'avancer dans ce sens. Et l'accès aux soins est ouvert à toute la population. Il y a donc solidarité à l'entrée : on ne va pas à la sortie, demander aux gens leur bulletin de paie. Nous sommes dans un système d'assurance sociale.

En troisième lieu, la Sécurité sociale va fêter ses soixante ans. Elle a déjà traversé un certain nombre de tempêtes. Ce qui est nécessaire, c'est donc une adaptation, et non pas un grand soir...

Le risque est que l'on s'en tienne aux réalités économiques, que je ne nie pas, alors que le moment est venu d'aller au-delà de l'équilibre financier nécessaire et souhaitable pour repositionner l'assurance maladie.

M. le Président : Je ne suis pas un spécialiste, mais on me dit qu'il y a un problème...

M. Jean-Marie SPAETH : Dans l'histoire de l'assurance maladie, il n'y a pas eu que des mesures financières, il y a eu aussi des évolutions structurelles. Je considère que celle de 1996 a été véritablement fondatrice en ce qu'elle a fondé la légitimité du Parlement à débattre de ces sujets, à définir la politique de santé et à fixer son cadre économique.

Il y a toutefois une différence entre la retraite, les prestations familiales et l'assurance maladie. En matière de retraite, le Parlement définit à la fois des droits collectifs, c'est-à-dire un objectif de dépenses en fonction du nombre de retraités qui est précisément connu, et des droits individuels en termes d'âge de départ. Ensuite, pour que ce droit soit honoré, le nouveau retraité se tourne vers sa caisse de retraite qui lui indique quel est son droit à pension. Les choses fonctionnent de la même façon pour les prestations familiales. En revanche, pour l'assurance maladie, le Parlement vote un objectif de dépenses, mais nul ne sait à quoi il correspond en termes de droits collectifs et individuels. Quand on est malade, on ne va pas voir sa caisse primaire ou sa caisse de MSA, on va voir un médecin ou on se rend à l'hôpital.

On n'a pas réussi, c'est en cela que les ordonnances de 1996 sont restées au milieu du gué, à définir des objectifs en matière de droit aux soins. On ignore ce qui est à l'interface entre les professionnels qui honorent ce droit et le droit individuel de chaque citoyen. Il n'y a pas de règle explicite. Le problème est donc celui de la définition de ce qu'on paie collectivement et pour chaque individu. Il faut aujourd'hui définir un droit citoyen fondé sur des critères médicaux et non laisser, au nom de la liberté, les pratiques individuelles conduire le jeu.

M. le Président : Mais on dit que nous sommes confrontés à un déficit très important, qui atteindrait déjà 12 milliards et qui risque de se creuser. Avez-vous, comme d'autres, le sentiment que le système est en faillite ?

M. Jean-Marie SPAETH : N'exagérons rien ! Cette somme est considérable, mais il faut tenir compte du service rendu à la nation. Nous avons un bon système de soins, il ne s'agit pas de dire qu'il est en faillite et d'en construire un autre, mais de l'adapter pour le pérenniser.

M. le Président : Si, comme on le dit, ce déficit continue à se creuser, il faut savoir comment éviter de le remettre en cause, puisque nous sommes tous d'accord sur les principes.

M. Jean-Marie SPAETH : Le déficit se mesure à l'aune des recettes et des dépenses. Les premières sont liées à la situation économique. On ne peut faire varier sans cesse notre organisation médicale en fonction de cette situation, mais il faut adapter les dépenses car, même en période de croissance forte, il y a un décalage avec les recettes. Il y a donc un déficit structurel. Il est également probable que l'évolution technique et le vieillissement de la population conduiront à rechercher des recettes supplémentaires, mais cela relève du débat politique, nos concitoyens étant sans doute prêts à accepter des prélèvements obligatoires supplémentaires s'ils sont convaincus que cet argent est dépensé à bon escient.

S'il est nécessaire de trouver des réponses financières, il ne convient pas, comme l'ont fait tous les gouvernements depuis vingt ans, de procéder à des remboursements. Je ne crois pas un seul instant que cela pourrait permettre de responsabiliser individuellement les Français. En fait, cette logique conduit surtout à exclure ceux qui sont privés d'assurance complémentaire de l'accès aux soins.

Il me semble impossible qu'il y ait un jour un rapport égalitaire entre le malade qui souffre et le professionnel de santé. Il y a là des relations irrationnelles, c'est d'ailleurs pourquoi un médecin soigne rarement les membres de sa famille. On ne peut à la fois responsabiliser les gens et laisser une franchise à leur charge. Les Français peuvent comprendre qu'ils doivent payer plus parce qu'il faut plus de recettes, pas parce qu'ils doivent être responsabilisés. La responsabilité doit être partagée entre le professionnel et le patient, c'est pour cela qu'il faut une règle du jeu explicite, valable tout au long du système

de soins, fondée sur des connaissances scientifiques et valant ainsi droits et devoirs pour tous les citoyens.

M. Hervé MARITON : Des exemples ?

M. Jean-Marie SPAETH : Il y en a beaucoup. Ainsi la biologie explose, avec un rythme annuel de croissance de 14 %. Mais à quelle fréquence faut-il vérifier le taux de cholestérol ? Une à deux fois par an, une fois par semaine ou tous les jours ? Pour l'instant nous remboursons tout... Quelle est la règle ?

Je souhaite que la communauté scientifique définisse en permanence de telles règles. La médecine n'est pas une science exacte mais une science précise. Un professionnel a une obligation de moyens mais pas forcément une obligation de résultat. Peut-être est-ce parce qu'on trouve sur internet comment soigner l'hypertension artérielle que les prescriptions de statine sont aussi nombreuses, en dehors de toute norme. Ainsi, 30 % des prescriptions ne sont précédées d'aucune analyse biologique.

M. le Président : Je ne suis pas médecin et je ne suis pas encore malade, mais je me demande ce que fait la CNAM. N'a-t-elle pas pour rôle de contrôler et, éventuellement, de sanctionner ?

M. Jean-Marie SPAETH : Elle dispose désormais d'un outil statistique performant qui fournit de telles informations. Mais pour sanctionner, il faudrait qu'elle puisse se fonder sur des règles définies par la communauté scientifique.

M. Claude EVIN : Mais qui doit demander à la communauté scientifique de poser ces règles ?

M. Jean-Marie SPAETH : L'Etat !

M. Claude EVIN : Mais vous avez la possibilité d'interpeller les personnes compétentes, le faites-vous ?

M. le Président : Quand vous parlez de communauté scientifique, de qui s'agit-il exactement ?

M. Jean-Marie SPAETH : Par exemple de l'ANAES, qui pourrait être musclée pour cela.

M. Claude EVIN : N'existe-t-il pas déjà des références médicales opposables ?

M. Jean-Marie SPAETH : Il s'agit de références négatives, qui définissent ce qu'il ne faut pas faire. Il faut arriver à des références positives.

M. Gérard DUBRAC : Le juste soin ?

M. Jean-Marie SPAETH : En effet. Aujourd'hui, les possibilités de soins sont presque illimitées. Le problème pour l'assurance maladie c'est de définir un périmètre, ce qu'elle ne peut faire qu'à partir de protocoles et de références médicales. Quand ces références seront explicites, il faudra qu'elles deviennent opposables à la fois aux professionnels et aux patients. C'est à ce moment seulement que nous aurons la possibilité de contrôler. Pour

l'instant quand nous constatons des dérives en matière d'indemnités journalières, nous les supprimons aux salariés, mais nous ne pouvons rien faire contre les prescriptions abusives et il suffit au salarié de retourner voir son médecin pour être arrêté de nouveau.

Vous me dites tous qu'il faut contrôler, mais quand je vous ai suggéré une méthode pour sanctionner les prescriptions abusives, vous ne l'avez pas reprise sous forme d'amendement... Les médecins-conseils n'ont aucun moyen de sanctionner qui que ce soit, cela n'empêche pas les syndicats de médecins de dire que la CNAM sanctionne... Si je demande à M. Chassang de me donner un exemple de sanction, il est bien en peine de le faire, parce qu'il n'y en a pas.

M. Claude EVIN : Et c'est bien dommage.

M. Jean-Marie SPAETH : On colporte beaucoup d'informations inexactes, sur les quotas par exemple. La vérité c'est qu'il n'y a pas de règle, et qu'il faudrait en définir une.

M. Jean-Sébastien VIALATTE : Il est vrai que la dépense de biologie a fortement augmenté. Mais je ne peux laisser dire que cela soit lié au cholestérol...

M. Jean-Marie SPAETH : Je n'ai pas dit ça.

M. Jean-Sébastien VIALATTE : La vérité, c'est qu'on multiplie les dépistages, pour la trisomie 21, pour l'hépatite C, il y a du nouveau sur les groupes sanguins. Ce qui augmente, ce ne sont pas les prescriptions, c'est la technicité des actes.

Mme Catherine GÉNISSON : C'est le principe de précaution.

M. Jean-Marie SPAETH : J'ai pris le cholestérol comme un exemple. Je ne nie pas les évolutions technologiques, mais il reste que notre organisation de la biologie est pléthorique : la France est l'un des pays où il y a le plus de laboratoires.

M. Hervé MARITON : Vous proposez donc de diminuer le nombre des biologistes, afin de compliquer l'accès des Français aux laboratoires ?

M. Jean-Marie SPAETH : Pas exactement.

M. Hervé MARITON : En tout cas je pose la question. On peut imaginer en effet que le rationnement soit une solution. A votre avis, dans l'augmentation de la dépense biologique, quelle est la part du facteur technique et celle de la multiplication des actes ?

Par ailleurs, vous avez dit qu'il ne s'agit pas de réformer mais d'adapter. Quelle différence faites-vous entre ces deux notions ?

M. Philippe AUBERGER : Je ne suis pas sûr d'avoir bien compris ce que vous avez dit à propos des droits et des devoirs. En définissant des droits opposables, par exemple deux examens de cholestérol par an, ne risque-t-on pas au contraire de provoquer une hausse de la demande, chacun voulant alors faire faire les deux examens auxquels il a droit ?

M. le Président : Vous avez dit qu'il fallait fixer des règles et que la CNAM les ferait appliquer. La fixation des règles pourrait-elle incomber au Haut Conseil de la santé ?

M. Yves BUR : Vous avez posé en somme le problème de la délégation de gestion et du partage des responsabilités en vue d'une meilleure efficacité du système de santé. Entendez-vous que cette délégation concerne seulement la médecine de ville, ou bien aussi le médicament, voire la gestion de l'hôpital ? Il faut des règles claires. Depuis dix ou quinze ans aucune convention n'a échappé à une condamnation par le Conseil d'Etat, ce qui a obligé le Parlement à intervenir, avec la lourdeur que cela implique. Il me semble que, si le Parlement entre dans le détail des bonnes pratiques médicales, il sort de son rôle. Qui devra donc définir les règles ?

M. Claude EVIN : Il faut en effet préciser le périmètre de la délégation de gestion. Quel type de responsabilité ? Pour les dépenses seulement ? Ou bien aussi pour les recettes ? Quel rapport entre le délégataire de gestion et l'Etat ?

La législation actuelle comporte déjà des éléments de délégation de gestion. La législature précédente avait adopté un certain nombre de mesures d'extension de compétences, dans l'article 162-5 du code de la Sécurité sociale. On a introduit de nouveaux modes de rémunération que la rémunération à l'acte, ainsi que l'organisation spatiale de l'offre de soins ambulatoires : mais rien de cela n'a été mis en œuvre. Il faudrait faire aussi le bilan des objectifs de dépenses délégués. Comment faire en sorte que ce qui n'a pas marché hier puisse marcher demain ?

M. Jean-Marie SPAETH : Il sera toujours difficile de définir un droit explicite en matière d'accès aux soins. Mais ce n'est pas une raison pour persévérer dans le laisser-faire actuel. Nous avons là un devoir républicain. Tout professionnel sait bien quelles sont les bonnes pratiques, et il n'y a pas besoin de tout écrire : un médecin aura toujours une marge d'appréciation. Mais il n'est pas acceptable de ne pas dire quel est aujourd'hui l'état des lieux du magistère médical.

Certes, M. Auberger, il y aura des différences entre l'utilité scientifique et l'utilité individuelle. Quand la communauté scientifique déclare que l'homéopathie n'a pas d'utilité thérapeutique, la personne qui y recourt, elle, se trouve bien. L'utilité scientifique des cures médicales n'est pas démontrée, mais il existe une utilité collective pour l'emploi. La question est de savoir si la Sécurité sociale doit financer l'emploi. Quand vous voulez fermer un hôpital, on vous parle aménagement du territoire, conséquences pour l'emploi. Et je ne parle pas de tous les lobbies et de toutes les corporations.

M. le Président : Si j'ai bien compris, vous avez dit qu'il fallait fixer des règles contraignantes pour l'offre de soins.

M. Jean-Marie SPAETH : Non, j'ai dit qu'il fallait définir le contenu médical des dépenses.

M. le Président : Vous avez bien dit qu'il ne fallait pas plus de cinq analyses pour le cholestérol ?

M. Jean-Marie SPAETH : J'ai dit que la communauté scientifique devait définir les bonnes solutions.

M. le Président : J'ai cru entendre : fixation de règles contraignantes pour l'offre de soins ; contrôle des prescriptions médicales, sanction en cas de non-respect des normes. Mais

M. Fragonard nous disait tout à l'heure qu'il ne fallait rien brusquer. Vous-même, vous voudriez décider cela tout de suite ? Je souhaite que vous deveniez ministre de la santé !

M. Jean-Marie SPAETH : Je n'ai pas dit que la responsabilisation des professionnels et des patients devait passer par la menace de sanctions permanentes. Il faut définir une responsabilité partagée.

M. Hervé MARITON : Mais quel statut donnez-vous à cette responsabilité ?

M. Jean-Marie SPAETH : Je vous donnerai l'exemple du dépistage du cancer du sein. Il a fallu trois ministres successifs pour parvenir à sa généralisation. Pourquoi ? Parce qu'il a fallu d'abord que la communauté scientifique se mette d'accord pour fixer un âge, sans que l'on risque d'ouvrir la voie à des recours juridiques pour un ou deux mois de plus ou de moins. La juridisation est un véritable problème. Le fait de définir des protocoles opposables dégage la responsabilité pénale des professionnels. Il faut bien qu'à un moment donné ces questions soient tranchées par le Parlement, éclairé par la communauté scientifique. Bien sûr, on peut aller en cure. Mais cela rentre-t-il dans un financement solidaire ? La réponse dépend d'un choix politique.

La crise actuelle n'est pas une crise de l'assurance maladie : c'est la crise de ce qu'on finance. Le malade n'est plus au centre du système : ce sont les financements qui ont été décidés hier et qui se sont institutionnalisés.

En ce qui concerne la relation ville-hôpital, je dois faire remarquer que même si tous les actes étaient excellentement faits, l'addition d'actes excellents ne fait pas un système de soins performant. Il faut donc sortir de la gestion du système par blocs. Aujourd'hui, le bloc médicaments et celui de l'hôpital sont gérés par l'Etat. Le bloc ville est délégué à la CNAM. Il faut passer à une gestion par fonction. Si la fonction de remboursement est déléguée à l'assurance maladie, elle doit être transversale. Il va de soi que la gestion administrative de l'hôpital peut rester à l'Etat, mais la montée en puissance de la T2A par exemple doit permettre de fusionner la ville et l'hôpital. La question du remboursement est très différente de questions politiques telles que celle de l'aménagement du territoire par exemple.

En ce qui concerne les conventions, elles n'ont été annulées que parce que nous avons voulu innover trop vite ! On a voulu instaurer le tiers payant pour les médecins référents, mais comme la loi ne le prévoyait pas, le Conseil d'Etat a annulé. Les médecins référents étaient, à l'époque, décriés, mais chacun admet aujourd'hui que le médecin généraliste doit redevenir le pivot du système. Le paiement forfaitaire a été annulé pour les mêmes raisons. Mais il a suffi de modifier la loi. Il existe dorénavant des conventions avec tous les professionnels, qui comportent une part de rémunération forfaitaire. Plus personne ne conteste les rémunérations mixtes. Comment, autrement, inciter les professionnels à choisir certaines zones géographiques ?

M. Claude EVIN : Selon vous, la fonction des soins doit être traitée par les caisses tant pour l'ambulatoire que pour l'hôpital. Mais cela pose la question du risque. Comment séparer la question du risque de celle de l'organisation de l'offre de soins ?

M. Jean-Marie SPAETH : Il faut établir des forfaits de soins par grande pathologie.

M. Claude EVIN : Cela ne règle pas le problème de l'organisation de l'offre !

M. Jean-Marie SPAETH : Bien sûr que si ! L'essentiel est de fournir une réponse au patient, qui se rend à la fois chez le généraliste, chez le spécialiste et à l'hôpital. Il existe un protocole pour le diabète. On peut fixer une norme selon laquelle il faut pratiquer un fond de l'œil tous les ans. Le patient peut parfaitement en avoir davantage, mais les examens supplémentaires ne seront pas remboursés par la Sécurité sociale. Lorsque la norme est fixée, elle est opposable. Par ailleurs, il est parfois nécessaire d'aller en établissement pour faire l'équilibre du diabète. Il faut donc un forfait de prise en charge transversal.

M. le Président : Pour résumer, vous proposez de définir l'offre de soins, d'en contrôler la bonne application et, le cas échéant, d'appliquer des sanctions. Le non-remboursement est une sanction pour le patient. Y a-t-il des sanctions pour le médecin ?

M. Jean-Marie SPAETH : Les normes sont également opposables au médecin. Aujourd'hui, la seule sanction est le déconventionnement – autant dire la bombe atomique, puisqu'il s'agit d'une sorte d'interdiction de travail. Si un médecin s'écarte de la norme, je propose qu'il reçoive un avertissement, puis une sanction financière. Ce n'est qu'après, si sa pratique demeure en infraction, qu'on passera au déconventionnement. Ce processus doit être établi en commun avec les professionnels.

M. Claude EVIN : La question de la délégation de gestion me paraît centrale. La tarification par pathologie est une réponse financière, mais elle ne permet pas de régler l'organisation de l'offre de soins. La TAA par exemple est une mesure très intéressante pour optimiser les moyens, mais elle ne permet pas de répartir l'offre de soins dans l'espace. Le risque est de réussir une rationalisation économique sans se rendre compte qu'il y a des trous dans la couverture du territoire. C'est ce qui se passera si la délégation de gestion ne porte que sur la tarification.

M. Jean-Marie SPAETH : Je n'ai jamais suggéré que la planification hospitalière ou médicale soit déléguée à l'assurance maladie. Elle relève de l'Etat.

M. Claude EVIN : Peut-on gérer l'un sans l'autre ?

M. Jean-Marie SPAETH : La planification est une décision régaliennne. L'assurance maladie est à l'interface entre professionnels et assurés. Son rôle est de bâtir des outils pour mettre en œuvre la planification. Je prends pour exemple la liberté d'installation. Il me semble qu'elle ne peut se défendre que s'il n'y a pas de *numerus clausus* à l'entrée de la formation. Si le *numerus clausus* existe – et je ne suis pas contre –, les médecins ne doivent pas pouvoir s'installer où bon leur semble. Mais cette répartition doit se faire de façon incitative, par la rémunération par exemple. La question est difficile, mais l'Etat ne peut pas accepter de laisser une frange de la population manquer d'offre médicale.

M. Yves BUR : Cela va-t-il être mis en œuvre par le conseil d'administration, par un conseil exécutif ? Les partenaires sociaux vont-ils piloter seuls le système ? On sait que le MEDEF ne reviendra pas à l'ancienne organisation. Le pilotage se fera-t-il en commun avec l'Etat et peut-être d'autres partenaires encore, comme les assurances ?

M. Jean-Marie SPAETH : On ne peut affirmer froidement que le conseil d'administration de la CNAM n'est pas efficace. Si nous sommes ici aujourd'hui, c'est bien parce que le président, certains syndicats et la mutualité ont tenu le cap depuis deux ans et demi. Autrement, l'assurance maladie n'existerait plus. Le MEDEF a quitté le conseil d'administration en pensant faire implorer le système et mener ainsi à une étatisation. Il semble disposé à revenir aujourd'hui.

La question du pilotage n'a pas à être réglée maintenant. Vous devez d'abord définir de grandes fonctions et décider de celles qui seront déléguées à l'assurance maladie. Quand nous en serons là, les partenaires sociaux prendront la responsabilité de participer ou non. A l'ARRCO, à l'AGIRC ou pour les intermittents du spectacle, certains syndicats n'ont jamais accepté de signer un quelconque accord qu'ils défendent ensuite avec force ; nous les défendons pourtant ! Certains partenaires n'ont jamais, depuis trente-sept ans, voté un budget de l'assurance maladie... Ils devront choisir entre se maintenir dans un rôle tribunitien et prendre leurs responsabilités. Lorsque tout cela sera fait, je me charge de bâtir l'organisation pour agir.

M. Pierre Laroque, père de la Sécurité sociale, avait indiqué qu'il avait l'ambition, après que le pays ait retrouvé la démocratie politique, d'atteindre la démocratie sociale. Je suis convaincu que la Sécurité sociale et l'assurance maladie sont des éléments fondamentaux de cette démocratie sociale. Un financement solidaire implique des choix. Ceux qui voudront les appliquer prendront leurs responsabilités, mais c'est à vous qu'il appartient de les faire.

M. le Président : Je vous remercie.

**Audition de Mme Danièle KARNIEWICZ,
secrétaire nationale chargée du pôle « protection sociale »
à la CFE-CGC**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 28 avril 2004)

Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président

M. le Président : La mission parlementaire vous propose d'exposer quels principes doivent, selon votre organisation, régir l'assurance maladie, quel diagnostic elle porte sur sa situation et, ces principes et ce diagnostic étant posés, quelles solutions elle propose pour pérenniser le système et pour mettre un terme à cette situation préoccupante.

Mme Danièle KARNIEWICZ : La CFE-CGC est attachée aux principes fondamentaux de l'assurance maladie française, à savoir la solidarité et l'universalité, autrement dit à l'égal accès aux soins pour tous – indépendamment de leurs revenus, de leur état de santé ou de la composition du foyer – valeur essentielle qui doit être sauvegardée. Pour nos mandants, qui contribuent fortement à ce système, la notion de solidarité est très importante. Ils considèrent qu'il faut préserver la cohésion sociale en mutualisant ce bien collectif qu'est l'assurance maladie.

Pour ce qui est du diagnostic, la CFE-CGC partage très largement celui qu'a exprimé le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : la confédération constate l'existence d'un déficit important, et aussi que ce déficit est structurel. Pour ne pas laisser cette charge reposer sur les générations futures, des mesures doivent dès aujourd'hui être prises concernant à la fois les recettes, l'organisation des soins et la maîtrise des dépenses. Si l'on n'agit pas sur l'ensemble de ces paramètres en même temps, combler le déficit sera impossible.

Les solutions découlent, bien entendu, du diagnostic. Pour la CFE-CGC, elles peuvent s'articuler en trois chapitres : l'organisation du système de santé, son financement et sa gouvernance. S'agissant de l'organisation, il faut agir sur la qualité des soins, l'offre de soins, la consommation de soins et le périmètre des soins remboursables. J'aborderai également dans ma proposition la question de la perte d'autonomie et celle de contrat collectif de complémentaire santé.

Le débat sur l'avenir de l'assurance maladie doit faire la part belle à la qualité des soins. De fait, une partie du déficit et ce que l'on qualifie d'« abus » ou de « gaspillages » tiennent à un manque de régulation et de coordination. Il faut donc, pour commencer, constituer un dossier médical partagé, qui suppose la garantie d'une stricte confidentialité. Les informations concernant sa santé appartiennent à chaque patient ; elles ne peuvent donc être partagées qu'avec le seul monde médical et, en aucun cas, avec les services administratifs des caisses d'assurance maladie, les complémentaires ou les assurances privées. Nos mandants considèrent qu'un dossier médical partagé, établi à l'origine par un médecin référent, permettrait de suivre le parcours de santé de chaque malade, ce qui éviterait le nomadisme – qui n'est d'ailleurs pas aussi fréquent que l'on veut bien le dire – et permettrait d'améliorer les conseils dispensés. La CFE-CGC est par ailleurs favorable à la formation médicale continue, qui devra prendre la forme de formations labellisées pour l'ensemble des professions de santé, s'appuyant sur des mesures incitatives. Nous considérons aussi que l'information sur les médicaments et les pathologies, nettement insuffisante en France, devrait être renforcée.

M. Jean-Marie LE GUEN : Nous sommes nombreux à penser, comme vous, que la réforme de l'assurance maladie passe par l'amélioration de la qualité des soins et donc par la formation médicale continue, dont nous avons parlé hier encore dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à la santé publique. S'agissant du dossier médical partagé, comment organiseriez-vous un tel dispositif ? Prévoyez-vous, comme certains, un organisme national appelé d'une part à regrouper des statistiques anonymes accessibles à tous les intéressés, qu'il s'agisse par exemple de caisses d'assurances ou de chercheurs en économie de la santé et, d'autre part, à collecter de manière centralisée les informations médicales individuelles ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Le recueil de données statistiques anonymes par l'intermédiaire d'un organisme national ne fait l'objet d'aucun débat au sein de la confédération, mais il n'en va pas de même pour ce qui relève des renseignements individuels. Nos mandants considèrent en effet que le recueil de données médicales suppose une confidentialité totale, difficile sinon impossible à garantir dans le cas de dossiers informatisés. C'est pourquoi ils privilégient la constitution de dossiers médicaux strictement individuels et avec des codes d'accès personnels.

M. Hervé MARITON : Si je comprends bien, les dossiers médicaux resteraient dans un tiroir ?

M. Jean-Marie LE GUEN : On le sait, les opinions divergent sur la procédure à suivre. Pour certains, le dossier du patient resterait chez le médecin, sous la forme d'un carnet de santé. Pour d'autres, les données médicales seraient collectées et informatisées, puis partagées selon les souhaits du patient. Ils sont également favorables au rassemblement de l'ensemble des renseignements médicaux individuels au sein d'une banque de données centralisée accessible aux professionnels de santé autorisés.

Mme Danièle KARNIEWICZ : Comme je l'ai dit, la CFE-CGC préfère, en l'état, la version minimaliste pour ce qui concerne les données personnelles, car la majorité de nos mandants est préoccupée par la difficulté de garantir la confidentialité de ces données personnelles. Par contre, nous souhaitons le recueil centralisé des données statistiques anonymes.

M. Gérard DUBRAC : Il appartient au monde médical de définir le périmètre des données médicales éventuellement communicables.

Mme Danièle KARNIEWICZ : A ceci près que les données personnelles appartiennent au patient !

M. Philippe VITEL : C'est par la formation médicale continue que les praticiens vont se familiariser avec les pratiques leur permettant d'informer leurs patients de manière appropriée. En tout état de cause, faisons-leur confiance pour respecter la confidentialité des données.

M. Jean-Pierre DOOR : Ai-je bien compris, Madame, que votre préférence allait vers le dossier papier ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Pas de problème pour le dossier informatisé de suivi du parcours du patient, sauf pour les informations très confidentielles.

M. Jean-Pierre DOOR : Vous n'êtes donc pas favorable à une carte Vitale de deuxième génération intégrant le dossier médical du patient ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Je demande surtout des garanties de protection de données personnelles. Mais, je le répète, la communication des données anonymes ne pose pas de problème.

M. Hervé MARITON : J'entends vos réticences, mais comment articuler la nécessité de rationaliser la demande de soins, en évitant notamment le nomadisme médical, et le maintien d'un dossier papier ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Le patient peut détenir un carnet de santé qui retrace l'ensemble de son parcours de soins.

M. Hervé MARITON : J'insiste sur la nécessité de se donner les moyens de rationaliser la demande de soins. Lorsqu'un patient abuse manifestement, en multipliant par exemple les examens inutiles, on doit être en mesure de le constater. Par ailleurs, je n'ai pas bien saisi la différence que vous semblez faire entre les données statistiques anonymes et les données personnelles : comment rendre cette distinction opératoire ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Le patient peut détenir son dossier et communiquer les données qu'il juge diffusables.

M. Hervé MARITON : La détention d'un dossier papier peut poser problème. Le patient n'a pas forcément envie que sa famille puisse y accéder.

Mme Danièle KARNIEWICZ : Faisons confiance aux patients pour gérer de manière responsable leur dossier médical ! Je conviens avec vous de la nécessité de disposer de statistiques pour rationaliser les parcours de soins, mais il faut trouver un compromis entre ce qui est diffusable et ce qui doit rester strictement confidentiel.

M. Yves BUR : L'on ne sortira de cette difficulté qu'en responsabilisant le couple médecin-patient. De longs débats ont déjà eu lieu au sujet du dossier médical partagé. Il est par exemple déraisonnable d'imaginer que le patient puisse lui-même rayer des données qui lui sembleraient défavorables en ce qu'elles signaleraient son alcoolisme ou une maladie grave. Il convient que le parcours de soins puisse être mieux appréhendé et je crois, Madame, que la CNIL exprime des réserves analogues à celles dont vous nous avez fait part. Pour autant, en rester au stade du dossier papier ne constitue en rien un gage de confidentialité.

Mme Danièle KARNIEWICZ : Il ne s'agit pas de donner au patient la possibilité du choix des données figurant dans le dossier médical. Attention tout de même à ce que l'informatisation des données ne rende pas le dossier médical accessible au-delà du monde médical *stricto sensu*.

Mme Catherine GENISSON : Essayons d'aborder la question du dossier médical partagé sous l'angle positif de la promotion des bonnes pratiques médicales plutôt que sous celui exclusivement défensif de la rationalisation de la demande de soins. Considérez-vous, Madame, qu'il serait opportun de prévoir une tête de réseau du dossier médical de manière à dépasser le binôme médecin-patient ?

M. Jean-Sébastien VIALATTE : Veut-on un dossier médical partagé pour que l'information médicale circule au bénéfice du patient – même s'il est difficile dans ce cas d'en préserver toute la confidentialité – ou pour prévenir les comportements abusifs de certains assurés ? Si tel est bien le cas, on sait déjà le faire en codant les actes de manière à pointer leur répétition injustifiée sans porter atteinte à la confidentialité des données.

M. Jean-Marie ROLLAND : Le jour où chaque Français disposera d'un dossier médical à jour, cela constituera une base de données de santé publique irremplaçable dont il faudra tirer profit. Malheureusement, nous n'en sommes pas là.

Mme Danièle KARNIEWICZ : J'en viens à l'offre de soins sur le territoire. Notre organisation est résolument favorable à la médecine de proximité, *via* l'implantation de maisons de santé partout où cette solution semble devoir être privilégiée. Nous sommes également très favorables à l'existence de médecins référents et, dans le souci de promouvoir une médecine de proximité et de conseil, à ce que les pharmaciens puissent jouer un rôle accru, en procédant par exemple à certaines vaccinations ou à des soins de premier niveau. Nous plaçons pour la mise en œuvre de mesures incitatives à l'installation des praticiens sur l'ensemble du territoire et à une amélioration sensible de la coordination des soins entre la ville et l'hôpital, ce qui passe par la promotion des réseaux de soins, à l'instar des réseaux de gérontologie qui fonctionnent bien.

Nous croyons à la nécessité d'accompagner la consommation de soins et nous sommes à cet égard favorables à la normalisation des pratiques professionnelles, laquelle doit se fonder sur la conclusion d'accords de bon usage des soins. Il convient aussi d'éduquer les patients, de les informer sur les conduites à risque et de développer la prévention afin que chacun prenne en charge sa santé dès son plus jeune âge.

M. Hervé MARITON : S'agissant du médecin référent, il n'aura échappé à personne que certains patients sont très mobiles et ne vivent pas toute l'année au même endroit.

Mme Elisabeth GUIGOU : Il y a le téléphone !

Mme Danièle KARNIEWICZ : Il sera toujours possible d'avoir deux médecins référents mais l'idée est de disposer d'une vision globale du parcours de santé.

Mme Maryvonne BRIOT : Je crains que la désignation de médecins référents ne soit pas une source d'économie dans la mesure où elle conduirait les patients à multiplier les consultations. Je suis pour ma part très attachée à l'idée que chaque Français reste libre de choisir son médecin. Estimez-vous, Madame, que le médecin référent doit bénéficier d'un surcroît de rémunération ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : A nos yeux, tout ce qui concourt à améliorer la qualité des soins constitue un investissement d'avenir. A terme, la création du médecin référent serait un gain pour la collectivité.

M. Hervé MARITON : Pour vous, le médecin référent devra-t-il assurer une fonction de « tri » avant de permettre au patient d'accéder à un spécialiste ou jouera-t-il un rôle de centralisation des données ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Son rôle doit être de conseiller le patient, de l'aiguiller dans son parcours de santé. S'agissant, Mme Briot, de la tarification, nous sommes

favorables à un panachage entre tarif horaire et forfait partiel, tenant par exemple compte de l'implication du médecin dans le système de garde ou dans un rôle de conseil.

Quant au périmètre des soins remboursables, notre organisation est opposée à la modulation du ticket modérateur en fonction des revenus de l'assuré ou de son comportement dans le parcours de soins.

Pour ce qui concerne le panier de soins remboursables, nous considérons qu'un traitement au service médical rendu insuffisant ne doit pas être pris en charge, ni par le régime obligatoire ni par le régime complémentaire. Il faut renverser la définition du panier de soins et préciser ce qui ne doit pas être pris en charge par le régime obligatoire.

M. Richard MALLIÉ : Comment serait désigné le médecin référent ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Il reviendrait au patient de le choisir. En règle générale, ce serait certainement un médecin généraliste, mais, dans certaines situations, le patient pourrait choisir, selon ses besoins, un pédiatre ou un gynécologue par exemple.

Un mot sur la perte d'autonomie. Nous sommes favorables à son identification en tant que risque social à part entière et il est essentiel, pour les populations âgées ou handicapées concernées, d'assurer en ce domaine une combinaison optimale entre le sanitaire et le social, ce que fait aujourd'hui avec compétence la sécurité sociale.

M. Jean-Marie LE GUEN : S'agissant du panier de soins, qui décide de ce qui ne doit pas être pris en charge ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Ce sont évidemment les scientifiques qui disent si un médicament est ou non efficace. A partir de là, les gestionnaires de l'assurance maladie décident, dans le cadre d'une politique de santé publique, des modalités de remboursement.

S'agissant des critères d'efficacité, le Haut Conseil avance également l'idée que le remboursement d'un acte ne peut dépendre uniquement de ses conséquences pour l'individu mais doit être apprécié en fonction de son efficacité pour la collectivité.

M. Philippe AUBERGER : Vous partagez pour l'essentiel le diagnostic du Haut Conseil. Celui-ci fait état, sinon de gaspillages, du moins de consommations excessives ou inadaptées, sur lesquelles des économies sont possibles. Or, je n'en ai pas vraiment trouvé dans votre propos jusqu'à présent. Selon vous, dans quels domaines et comment faire des économies ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : A l'évidence, certains abus sont liés au fait que le système n'est pas suffisamment coordonné ni organisé pour la qualité. C'est également l'analyse du Haut Conseil. Pour ma part, je refuse de culpabiliser l'assuré. Et ce en quoi je suis le moins d'accord avec le Haut Conseil, c'est pour dire que le sentiment de gratuité pousse à la dépense. Ce facteur peut jouer, mais à la marge. L'essentiel est que l'assuré n'est pas guidé dans son parcours.

M. Jacques DOMERGUE : Mais comment responsabiliser sans culpabiliser ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : C'est avant tout une question de pédagogie. Actuellement celle-ci est très insuffisante.

Par ailleurs, nous sommes favorables à ce que les individus souscrivent des complémentaires santé, mais l'important nous semble de favoriser les contrats collectifs. Il est fondamental de maintenir les mesures fiscales en leur faveur, car ils assurent à meilleur prix le meilleur niveau de garantie.

En ce qui concerne le financement, nous sommes très favorables, depuis une dizaine d'années déjà, à l'élargissement de l'assiette des cotisations. A terme, un financement sur les seuls salaires n'est pas tenable, car les dépenses ne pourront qu'augmenter avec les exigences de santé. Nous proposons de créer une cotisation sociale sur la consommation qui permettrait aussi le transfert d'une partie des charges patronales. Cela entraînerait une diminution du prix de revient pour les produits exportés et inclurait dans l'assiette les produits importés, de sorte que les activités délocalisées pour bénéficier d'une main-d'œuvre bon marché participeraient quand même au financement de la protection sociale.

M. Jean-Marie LE GUEN : C'est là une proposition originale. Quelle est la différence avec la TVA ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Il s'agit du même mécanisme, mais la TVA n'est pas affectée et cette cotisation le serait à l'assurance maladie.

M. Yves BUR : Actuellement il manque 15 milliards. Comment, selon vous, résorber la dette accumulée et le déficit courant ? Si la cotisation que vous proposez doit en remplacer d'autres, comment atteindre l'équilibre ?

Etes-vous favorable à une hausse de la CSG ou à un alignement de son taux ?

Enfin, à combien chiffrez-vous les effets économiques d'une optimisation du fonctionnement du système de soins et dans quels délais les escomptez-vous ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Pour éponger la dette accumulée, il n'y a selon nous pas d'autre solution que de jouer sur la CRDS.

M. Jean-Marie LE GUEN : Sur son taux ou sur sa durée ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Les deux.

M. Jean-Luc PRÉEL : C'est faire payer les générations futures !

Mme Danièle KARNIEWICZ : Je ne parle pas d'un allongement sur la très longue durée, mais cette solution est incontournable.

M. le Président : Actuellement, la CRDS est au taux de 0,5 % sur à peu près la même assiette que la CSG et doit s'appliquer jusqu'en 2014. Que changez-vous ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Nous sommes prêts à augmenter le taux et à repousser le délai un peu au-delà de cette date pour éponger la dette. Nous sommes également prêts à

augmenter la CSG, mais dans les conditions actuelles, c'est-à-dire avec une CSG proportionnelle au revenu. Nous sommes tout à fait opposés à une CSG progressive en fonction des tranches de revenu. Les cadres donnent beaucoup pour la solidarité par l'impôt ou par les cotisations, il y a une limite, une « ligne jaune », à ne pas franchir. De même, nous sommes opposés à tout remboursement des assurés en fonction de leur revenu.

Mme Martine BILLARD : Pouvez-vous préciser dans quelle mesure la cotisation sociale sur la consommation remplacerait une partie des charges patronales ? Cette cotisation porterait-elle sur tous les produits, ou serait-elle différente selon les catégories, comme la TVA ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Le but premier d'une nouvelle cotisation est d'apporter des recettes supplémentaires. Accessoirement, elle peut servir aussi à diminuer en partie les cotisations patronales.

Mme Martine BILLARD : Les cotisations patronales uniquement ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Il paraît judicieux de transférer des charges qui pèsent sur le prix de revient en déterminant une assiette plus large. En ce qui concerne l'impact de ces mesures, une analyse macroéconomique est nécessaire et je vous renvoie volontiers la balle, y compris pour le chiffrage d'impacts financiers globaux.

M. le Président : Si je résume, vous augmentez la CSG, vous augmentez la CRDS et vous créez une cotisation sociale sur la consommation. Cette dernière se substitue-t-elle aux prélèvements existants ou s'y ajoute-t-elle ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Ce que nous acceptons c'est une augmentation des recettes. Ou nous restons dans le cadre actuel, et nous l'obtenons en augmentant la CSG et la CRDS, ou nous en sortons en créant une autre cotisation. Il ne s'agit pas de tout cumuler.

M. Pierre MEHAIGNERIE : Votre proposition est séduisante mais impraticable pour des raisons techniques – on ne peut différencier les produits importés – et pour des raisons juridiques au niveau européen. Dès lors, il n'y a que deux solutions, la première étant une TVA sociale sur tous les produits et non pas seulement les produits importés...

Mme Danièle KARNIEWICZ : J'ai dit que la cotisation porterait aussi sur les produits importés, mais il s'agit bien d'une cotisation sociale sur l'ensemble des produits.

M. Pierre MEHAIGNERIE : C'est une position courageuse pour un syndicat. Il faudra la justifier devant l'opinion qui considère que l'impôt indirect est plus injuste.

L'autre solution est la TACA, la taxe sur la grande distribution.

Mme Danièle KARNIEWICZ : Nous sommes favorables à une cotisation sur la consommation, car à terme, l'assiette sur les salaires ne suffira pas. Nous le disons depuis dix ans et d'autres ont fini par nous rejoindre, même si la définition de l'assiette peut différer.

M. le Président : Quel pourcentage de cette nouvelle TVA affecteriez-vous à l'assurance maladie et selon quelles modalités ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Je ne peux répondre précisément. Des études sont en cours pour mieux définir à quel élément de la protection sociale il faudrait l'affecter.

M. Philippe AUBERGER : Une des difficultés actuelles tient au niveau du chômage. Si l'emploi remonte, les cotisations suivront et le problème financier sera allégé. En augmentant la fiscalité indirecte, vous portez atteinte à l'emploi et vous aggravez le problème de financement.

Mme Danièle KARNIEWICZ : Je ne vois pas en quoi. Nous sommes tous bien conscients qu'il faudra augmenter les recettes, les autres solutions étant insuffisantes. Pour maintenir le niveau de soins que nous souhaitons, il faut payer plus. Bien entendu, un retour à l'emploi aura des effets conjoncturels positifs. Mais le déficit est bien structurel. Si par l'intermédiaire de cette nouvelle cotisation nous permettons de diminuer les prix de revient, elle ne pénalisera pas l'activité, au contraire, elle favorisera les exportations. Pour mieux estimer l'apport financier de cette cotisation sur la consommation, il nous faut plus d'éléments chiffrés. Nous ne pouvons analyser seuls les modalités d'un élargissement de l'assiette. Il est souhaitable les politiques prennent le relais de cette démarche dans une logique économique et sociale globale.

M. Claude EVIN : Pour réagir à mon tour aux propos de M. Auberger, il me semble que l'essentiel est effectivement l'accord sur cet élargissement de l'assiette. Reste que le niveau de prélèvement et les conditions de l'équilibre financier relèveront toujours de la décision du Parlement.

Lors d'une audition précédente, M. Fragonard rappelait que depuis quarante ans, les dépenses de santé augmentent chaque année de 2 points de plus que le PIB, soit environ 3 milliards d'euros par an. Cette situation est-elle acceptable ? Les partenaires sociaux peuvent en débattre, mais la question est de nature politique.

M. Jean-Marie LE GUEN : Comment, au regard de l'équilibre économique et social, justifier le report sur dix ou vingt ans du paiement de la CRDS ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Je ne tiens pas à le justifier. S'il est possible de trouver une « potion magique », tant mieux. Mais nous venons d'entendre des remarques prouvant la nécessité de trouver un compromis sur l'effort éventuel à demander aux Français : on ne peut pas tout leur demander d'un seul coup. Ne serait-il pas plus facile de faire accepter un étalement dans le temps ?

M. Jean-Luc PRÉEL : L'un des principaux problèmes est celui de la dette accumulée. C'est pour y faire face que la CRDS a été créée par Alain Juppé, et prolongée par Martine Aubry de 2009 à 2014. 34 milliards restent à rembourser. Pourquoi ne pas doubler le taux de la CRDS ? Cette solution me paraît préférable à un prolongement indéfini de la durée de cotisation. Naturellement, après avoir remis le compteur à zéro, il faudrait parvenir à une véritable maîtrise des dépenses de santé.

Mme Danièle KARNIEWICZ : L'effort demandé doit rester supportable pour les Français. Pour en revenir à la gouvernance, nous sommes attachés au rôle des partenaires sociaux dans la gestion de l'assurance maladie puisque l'essentiel du financement repose sur les salaires. Si l'assiette devait être élargie, alors on pourrait songer à associer d'autres partenaires à cette gestion. De façon générale, il conviendrait de clarifier le rôle de tous les acteurs du système : à l'Etat de définir la politique de santé publique, aux partenaires sociaux d'exercer effectivement de vraies responsabilités au sein des conseils d'administration des caisses.

Mme Catherine GENISSON : Dans cette gestion, quelle place doit occuper, selon vous, l'hôpital public ?

M. Claude EVIN : Quand vous parlez d'assurance maladie, qu'avez-vous précisément à l'esprit ? Le champ actuel de la négociation conventionnelle, ou l'ensemble de l'offre de soins financé par l'ONDAM voté par le Parlement ?

Mme Danièle KARNIEWICZ : Il faut déjà revoir le rôle des partenaires sociaux pour le champ actuel. Mais, naturellement, l'intégration de l'hôpital est incontournable, puisqu'il représente la moitié des dépenses de santé en France.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Vous avez ouvert des pistes intéressantes dans le domaine des recettes, sans avoir eu le temps de faire de même pour les dépenses. Je suis sorti des premières réunions du Haut Conseil avec l'idée qu'il devrait être possible de diminuer les dépenses, tout en améliorant la qualité des soins. Mais l'inquiétude qu'inspire la situation financière vaut aussi pour l'accès égal de tous à des soins de qualité. Des économies pourraient venir d'un meilleur pilotage de l'assurance maladie et de l'hospitalisation, ainsi que d'une réduction des gaspillages. Les suggestions que vous pourriez nous apporter sur ces deux points seraient les bienvenues.

Mme Danièle KARNIEWICZ : J'ai débuté mon intervention sur le thème de l'amélioration de la qualité des soins et de l'organisation du système de santé. Je vous transmettrai un dossier complémentaire si vous le souhaitez.

M. le Président : Je vous remercie.

**Audition de M. Jean-Claude MAILLY,
secrétaire général de Force Ouvrière (FO)**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 28 avril 2004)

Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président

M. le Président : Nous accueillons M. Jean-Claude Mailly, secrétaire général de Force Ouvrière, accompagné de M. Jean-Claude Mallet, secrétaire confédéral, et de M. Didier Hotte, assistant de M. Mailly.

Nous souhaitons vous entendre successivement sur trois points : quels sont pour vous les grands principes qui doivent continuer à régir l'assurance maladie ? Quel diagnostic portez-vous sur les difficultés actuelles du système ? Quelles pistes envisagez-vous pour une éventuelle réforme de l'assurance maladie ?

M. Jean-Claude MAILLY : Sur le premier point, nos idées peuvent être résumées par une formule lapidaire : nous sommes favorables à un système solidaire et égalitaire ; solidaire eu égard au rôle joué par le mouvement syndical, égalitaire parce que nous vivons en République. Nous pensons ainsi être fidèles à l'esprit des ordonnances de 1945 : la sécurité sociale s'exerce de la naissance jusqu'à la mort, dans une égalité de droits et d'accès. Pour nous, l'assurance maladie doit demeurer partie intégrante du régime général de la sécurité sociale, et conserver un rôle moteur dans la couverture sociale de toute la population. Attachés au pacte social républicain, nous sommes très vigilants à l'égard de tout ce qui pourrait y porter atteinte.

S'agissant du diagnostic, nous expliquons depuis des mois qu'une réforme est nécessaire. Nous n'étions pas d'accord sur le « plan Juppé » de 1995, ni avec les ordonnances de 1996 qui s'en sont ensuivies. Parmi nos objections figurait la menace d'une étatisation de la sécurité sociale, qui de fait paraît aujourd'hui en marche : c'est ainsi que, quand les médecins libéraux expriment des difficultés ou des revendications, la discussion a lieu entre leurs syndicats et le Gouvernement, la sécurité sociale n'intervenant que de façon limitée. La nécessaire réforme est donc destinée à nos yeux à maintenir les grands principes qui fondent la sécurité sociale. D'autant plus que les déficits, pour considérables qu'ils soient, ne doivent pas être exagérés : parler de « trou abyssal » relève d'une volonté de dramatisation excessive. Le problème existe bel et bien, mais il ne s'agit pas de catastrophe.

Reste que la situation de la sécurité sociale et en particulier de l'assurance maladie ne peut pas être séparée du contexte économique et social. Quand les salaires stagnent, que la croissance est faible, que le chômage augmente, les recettes en souffrent. Un point de masse salariale représente, rappelons-le, 1,5 milliard de recette, et 100 000 emplois, c'est un milliard. Or, la masse salariale, n'a pratiquement pas progressé en 2003 et les conséquences s'en font sentir.

Clarifier les comptes et les responsabilités entre Etat et sécurité sociale est pour nous un point capital, que je résumerai ainsi : qui fait quoi ? Qui paye quoi ? Qui est responsable de quoi ? Dans le domaine des comptes, on ne distingue pas réellement ce qui revient d'un côté à la solidarité nationale et de l'autre à la sécurité sociale. Certaines charges qui pèsent sur la sécurité sociale devraient relever du budget de l'Etat. C'est le cas des exonérations de cotisations patronales, qui s'élèvent à 20 milliards d'euros par an. En dépit des dispositions de la loi Veil de 1994, leur compensation n'est pas intégralement versée à la sécurité sociale : il manque environ 3 milliards par an. De plus, des taxes

diverses comme celles pesant sur l'alcool et le tabac, qui étaient affectées à la sécurité sociale, ne le sont plus depuis la disparition du FOREC. Enfin, les études médicales sont les seules études universitaires qui ne soient pas prises en charge par le budget de l'Etat : c'est en effet la sécurité sociale qui les finance à travers les budgets hospitaliers.

Dans tous ces cas, il s'agit de charges indues. Si on les supprime, le déficit se réduit sérieusement. C'est un problème de solidarité nationale, car l'Etat doit remplir ses obligations en termes de santé publique et de prévention. Une taxation de la valeur ajoutée pourrait constituer une réponse. En tout cas, la clarification des comptes est nécessaire à la clarification des responsabilités.

Il convient par ailleurs de réfléchir sur les modalités de gestion de l'assurance maladie. Depuis une dizaine d'années, la politique conventionnelle avec les professions de santé fonctionne mal. Nous avons besoin d'une politique conventionnelle dynamique et active. Les négociations doivent aussi porter sur la démographie médicale : il est anormal que, dans certaines zones rurales, on ne trouve plus de médecins généralistes conventionnés de secteur I. De même, on ne peut accepter que, dans certaines zones urbaines, les spécialistes disposant d'une clientèle captive se mettent tous en honoraires libres.

Nous sommes partisans d'une convention unique pour tous les médecins, même si elle peut être complétée par des avenants spécifiques.

M. Claude EVIN : Vous avez souhaité qu'on revienne aux grands principes de l'assurance maladie et en particulier à la responsabilisation des caisses dans leurs relations avec les médecins. Considérez-vous que les caisses, responsables de l'organisation des dépenses, doivent aussi avoir des responsabilités en matière de recettes ?

Par ailleurs, vous avez évoqué les dysfonctionnements de la politique conventionnelle. Je me souviens qu'en 1989, préparant une convention qui a été agréée en 1990, le ministre chargé de la protection sociale avait demandé aux partenaires de faire en sorte que l'accès au secteur I soit garanti sur l'ensemble du territoire. Les partenaires n'y sont pas parvenus. Comment procéder ?

M. Jean-Claude MAILLY : L'exigence d'équilibre dans les comptes figurait dans l'ordonnance de 1967. Il serait intéressant qu'avant d'engager la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, s'ouvre un débat sur la santé publique en tant que telle.

S'agissant des recettes, on ne peut nier que l'Etat ait une responsabilité importante, même s'il ne me paraîtrait pas anormal que les caisses de sécurité sociale fassent part de leurs besoins.

Vous avez cité la convention médicale de 1990. Je voudrais évoquer celle de 1993, qui avait commencé à donner des résultats en termes de maîtrise médicalisée. Il est difficile d'anticiper le contenu d'une convention, mais l'état d'esprit des médecins a changé. Je pense que la question de la démographie médicale pourrait aujourd'hui être abordée dans le dispositif conventionnel.

M. Alain VIDALIES : Vous avez évoqué une taxation de la valeur ajoutée. De quoi s'agit-il ? Pensez-vous à une TVA sociale ? Souhaitez-vous un changement d'assiette ?

M. Jean-Claude MAILLY : J'ai évoqué cette piste d'une nouvelle taxe sur la valeur ajoutée dans le cadre de la clarification des comptes. Pour notre part, nous restons attachés à la formule des cotisations sociales, conçues comme un salaire différé. Nous ne souhaitons pas un élargissement de l'assiette qui risquerait de nous faire basculer dans une logique fiscale, ce qui remettrait en question la légitimité des partenaires sociaux dans la gestion de la sécurité sociale. En effet, si le financement provient de l'Etat, c'est le problème de notre légitimité qui se pose.

C'est uniquement pour la part des dépenses qui relève de la solidarité nationale que nous ne serions pas opposés à une taxation de la valeur ajoutée.

M. Maxime GREMETZ : Ne pensez-vous pas que la sécurité sociale est déjà étatisée en partie ? Sur 21 milliards d'exonérations, 18 sont remboursés par l'Etat.

Par ailleurs, j'aimerais connaître votre sentiment sur la CSG. Nos collègues en parlent souvent. Ils semblent oublier qui elle touche.

Enfin, quel volume de recettes la création de 500 000 emplois apporterait-elle à la sécurité sociale ?

M. le Président : Permettez-moi de vous interrompre : nous n'en sommes qu'au diagnostic, nous aborderons plus tard le financement.

M. Maxime GREMETZ : Les chiffres que j'ai cités font partie du diagnostic. On ne peut tout de même pas ignorer le problème de l'emploi dans ce débat.

M. Jean-Claude MAILLY : Il est vrai que la compensation par l'Etat des exonérations de cotisations patronales aboutit à une sorte de fiscalisation de la sécurité sociale.

Je l'ai dit, en créant 100 000 emplois, on dégage un milliard de recettes.

M. Yves BUR : Le système conventionnel n'a pas donné les résultats escomptés. Les conventions n'ont pratiquement jamais été respectées, ni par l'Etat ni par les professionnels de santé. Comment le réhabiliter ? Peut-on en rester à des conventions globales négociées au plan national avec des syndicats minoritaires ou bien faut-il rechercher une contractualisation plus individualisée ?

M. Jean-Claude MAILLY : La convention de 1993 avait permis l'année suivante d'obtenir une première régulation, dans le cadre d'une maîtrise médicalisée. Malheureusement, le processus a été interrompu par le plan de 1995 et les ordonnances de 1996.

Ce qu'il faut éviter, c'est le « ménage à trois » : je veux dire la triple intervention des caisses, des professions médicales et de l'Etat. Quand ils sont mécontents, les médecins se tournent vers le gouvernement et les caisses ne peuvent plus négocier. Il faut que la politique conventionnelle s'élabore entre les régimes obligatoires et les professionnels, l'Etat ne devant intervenir que pour l'agrément final.

Nous tenons à ce que les conventions conservent leur caractère national, même si elles devront être déclinées au plan local. On ne peut parler de pacte social et républicain sans garantir l'égalité des droits.

Je ne pense pas comme vous sur la représentativité des syndicats de médecins. Mais cette question n'est pas propre à la sécurité sociale. On peut ouvrir la discussion sur les accords majoritaires, mais c'est un autre débat.

M. Hervé MARITON : Vous avez évoqué le contexte et les considérations de méthode, mais je n'ai pas entendu votre analyse de fond. Pouvez-vous préciser votre vision de la situation actuelle ?

M. Jean-Claude MAILLY : La question de l'emploi et des salaires est particulièrement importante...

M. Hervé MARITON : Mais au sujet de l'offre et de la demande médicales, avez-vous quelque chose à dire ?

M. Jean-Claude MAILLY : Il y a eu le rapport du Haut Conseil, mais nous avons conservé notre liberté d'analyse. On ne peut continger l'offre de soins en fonction de la croissance économique. Tout le monde le reconnaît.

Je ne peux indiquer par anticipation le contenu d'une convention médicale qui, par nature, se négocie. Simplement, les médecins sont prêts à aborder de nouveaux débats, comme la démographie médicale.

Si les pouvoirs publics ont la responsabilité de fixer des objectifs, ils ne doivent pas prévoir une enveloppe fermée. Nous refusons d'entrer dans une logique comptable. Nous avons besoin d'une régulation qui préserve les besoins des assurés et respecte les principes fondamentaux de la sécurité sociale.

Mme Catherine GENISSON : Vous ne vous êtes guère exprimé sur l'organisation de notre système de santé. Ne pensez-vous pas qu'il est excessivement cloisonné ? L'assimilation de l'assurance maladie à l'ambulatoire est-elle pertinente ?

M. Jean-Claude MALLET : C'est exact. Aussi, l'une des premières choses à faire devrait être de renforcer la coordination des soins entre médecine de ville et hôpital d'une part, entre généralistes et spécialistes d'autre part. Le premier élément qui favoriserait cette coordination, c'est le dossier médical, en préservant la confidentialité, qui pourrait s'inscrire sans difficulté particulière dans le dispositif de la carte Vitale. Mais l'accès aux soins, c'est aussi l'accès aux gardes. Or, des médecins libéraux, de plus en plus nombreux, n'assurent plus les gardes du week-end, qui sont *de facto* basculées sur l'hôpital. Il faut discuter de cette évolution qui ne se justifie pas. Voilà des mesures qui, parce qu'elles sont simples, obtiendraient l'adhésion des professionnels de santé et contribueraient donc à une moindre contestation du système conventionnel.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Pensez-vous qu'il faille mettre un terme à la distinction entre financement de la médecine de ville, réglé par l'assurance maladie, et financement de l'hôpital, assuré par l'Etat ?

M. Jean-Claude MALLET : Ce partage s'explique par des accords tacites anciens. On constate à ce sujet que, quelles que soient les décisions relatives à l'hôpital prises par des gouvernements successifs soumis à la pression de manifestations d'envergure, ils n'ont pas souvent estimé nécessaire de prévenir l'assurance maladie de l'ardoise qu'elle aurait ensuite à payer... Des dérives ont eu lieu, dans les deux sens, qu'il faut contenir. On pourrait, par exemple, en revenir à la formule de 1986 – le budget global – et décider que l'assurance maladie doit donner un avis motivé sur les dépenses hospitalières ; nous n'aurions rien contre cela.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Pensez-vous, ou ne pensez-vous pas, que l'hôpital devrait passer sous la houlette de l'assurance maladie ?

M. Jean-Claude MALLET : Je ne le pense pas, mais je considère que l'assurance maladie devrait être incitée à donner un avis motivé tant sur le budget de chaque hôpital que sur les restructurations – et sans doute aurait-elle beaucoup à dire, en ce cas, sur les fermetures de lits, car mieux vaudrait redéployer que fermer – et sur la coordination entre soins hospitaliers et soins de ville.

M. Pierre MEHAIGNERIE : Vous avez indiqué que trois des vingt milliards d'exonération de charges sociales ne sont pas compensés. Entendez-vous par là qu'il faudrait remettre en cause ces exonérations, au risque de rehausser le coût du travail en France et de nuire à sa compétitivité, déjà handicapée par ce qui est ressenti comme un excès de réglementation et par la réduction du temps de travail ?

M. Jean-Claude MAILLY : Si l'on en vient à débattre des exonérations de charges sociales ou de l'allègement du coût du travail, on déborde largement de la seule question de la sécurité sociale. Aucune évaluation précise de l'efficacité pour l'emploi des exonérations de charges n'a jamais été faite. A ce jour, les allègements de cotisations sociales représentent vingt milliards par an et, si leur efficacité n'a jamais été démontrée, leurs effets pervers sont certains, tant en termes d'effets de seuils que de sous-qualification. On peut, bien sûr, décider d'une politique d'allègement systématique du coût du travail au motif qu'il faut être compétitif, mais aussi longtemps que n'existera pas une réglementation internationale, si l'on va au bout de cette logique, le travail qui coûte le moins cher est évidemment celui de l'esclave ! Pour en revenir à la sécurité sociale, je constate que, contrairement aux engagements pris en 1994, l'ensemble des exonérations n'est pas compensé, si bien que trois milliards manquent dans les caisses, ce qui n'est pas rien. Il convient donc, avant de parler d'allègements, de compenser ce manque à gagner comme il devrait déjà l'être.

M. Jean-Marie LE GUEN : Le ministre de la santé envisage la création d'une haute autorité chargée de définir le périmètre de remboursement des soins. Qui, selon vous, doit prendre la responsabilité d'une telle définition ? Cela doit-il être les partenaires sociaux ?

M. Jean-Claude MAILLY : Nous souhaitons avant tout que l'on en finisse avec des déremboursements qui n'ont de raisons que comptables. C'est pourquoi nous sommes favorables à la création d'un conseil scientifique indépendant, puisque seuls les scientifiques peuvent se prononcer valablement sur l'efficacité d'une molécule. Nous sommes opposés à la réduction du taux de remboursement, quelles que soient ses modalités – forfait ou franchise – car, dans tous les cas, elle a pour conséquence d'accroître les inégalités et la charge pour les assurés sociaux. De plus, c'est une mesure stupide puisqu'elle conduit les malades à attendre avant de se soigner, si bien que, la pathologie empirant, le coût final pour l'assurance maladie est supérieur à ce qu'il aurait été.

M. Jean-Marie LE GUEN : Vous êtes donc favorable à la création d'une haute autorité qui déciderait ce qui doit être remboursé et ce qui ne doit pas l'être.

M. Jean-Claude MAILLY : Je le répète : nous sommes favorables à la création d'un conseil scientifique indépendant qui rendrait des avis publics sur les pratiques médicales et sur l'efficacité des médicaments ; les politiques devraient fonder leurs décisions sur ces avis.

M. Claude EVIN : Si je vous ai bien compris, vous souhaitez que, s'agissant de la médecine de ville, l'on en reste au mécanisme conventionnel actuel, mais avec une autonomie totale de négociation pour les partenaires sociaux et, s'agissant de l'hôpital, que l'assurance maladie donne un avis motivé sur le budget de chaque établissement. Mais dans quel cadre ceci se ferait-il ? Actuellement, les caisses d'assurance maladie donnent déjà leur avis, puisqu'elles siègent au conseil d'administration des ARH ; mais sans doute n'est-ce pas ce que vous souhaitez. D'autre part, ne convient-il pas qu'un pilote unique coordonne l'ensemble de l'offre de soins ?

M. Yves BUR : J'ai le sentiment que votre réflexion sur la convention s'est arrêtée à 1993... Par ailleurs, vous vous dites à la fois favorable à l'installation d'un conseil scientifique et opposé à tout déremboursement. Dans ce cas, quel est l'intérêt d'un tel organisme ? D'autre part, comment proposez-vous d'améliorer l'efficacité de la dépense publique à l'hôpital, qui représente la moitié de la dépense totale de notre système de santé ?

M. Jean-Claude MAILLY : S'agissant du conseil scientifique, je maintiens qu'il ne revient pas aux partenaires sociaux, qui n'en ont pas la compétence, de déterminer si une molécule est efficace ou pas. Cela dit, le syndicaliste que je suis apprend en lisant les journaux que la France a décidé de dérembourser les veinotoniques, ce que l'Italie avait fait il y a trois ans. Mais il apprend aussi que l'Italie est en passe de revenir sur cette décision, après s'être rendu compte qu'il coûtait plus cher d'opérer les malades que de rembourser ces médicaments... Comment ne pas contester une logique purement comptable des dépenses de soins ? Cela n'empêche pas que si un conseil scientifique indépendant dit qu'une molécule nouvelle est plus efficace qu'un médicament ancien, il faut évidemment tenir compte de cet avis et en tirer les conséquences. Et nous n'avons aucune objection à ce que l'on discute, comme cela a déjà été fait, de références médicales opposables.

M. le Président : Vous acceptez donc le principe du déremboursement fondé sur des raisons scientifiques ?

M. Jean-Claude MAILLY : Si l'on estime qu'une molécule est inefficace, pourquoi la rembourser ? Ce que nous disons, c'est qu'à la maîtrise comptable des dépenses de santé il faut préférer une maîtrise médicalisée, qui tient compte des besoins des malades.

M. le Président : Mais n'est-ce pas ce qui se passe en ce moment ?

M. Jean-Claude MAILLY : Non ! On décrète que quelque chose coûte trop cher et on le supprime pour cette seule raison.

M. Jean-Michel DUBERNARD : La commission de transparence ne comprend-elle pas des experts qui expriment leur avis ? Et n'est-ce pas en fonction de ces avis que la décision est prise de réduire le taux de remboursement ou de dérembourser ?

M. Jean-Claude MAILLY : Certes, mais de telles décisions sont toujours prises lorsque se posent des problèmes financiers !

M. Maxime GREMETZ : J'avais cru comprendre que toute nouvelle molécule mise sur le marché avait reçu un agrément scientifique. S'il apparaît ensuite que certains médicaments sont inefficaces, il faut les supprimer et non les dérembourser !

Ce n'est pas aux scientifiques de décider s'il faut ou non dérembourser une spécialité.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Je reviens à la question du périmètre des soins. Comme d'autres sans doute, j'ai été très marquée par l'expérience conduite par la CRAM de Bourgogne Franche-Comté en matière d'antibiotiques. Elle a montré la nécessité d'évaluer très finement les pratiques de soins. Quelle est la position de votre organisation à ce sujet ?

M. Jean-Claude MALLET : Le Haut Conseil scientifique jouera essentiellement un rôle de définition. Mais l'essentiel est ailleurs. Ce qu'il faut dire, c'est que depuis trente ans la France a été très mauvaise sur le médicament. On ne peut pas dire qu'une véritable politique du médicament ait été conduite dans la mesure où l'on s'est contenté d'empiler les réformes au fil du temps sans jamais avoir le courage de revenir sur l'existant. C'est ainsi que nous commercialisons près de 5 000 médicaments alors que des pays comparables au nôtre ne mettent sur le marché que 900 spécialités. Voyez les antidépresseurs : l'on se complaît à déplorer leur surconsommation sans jamais s'interroger sur les causes de cette particularité française...

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Excellente remarque !

M. Jean-Claude MALLET : Notre pays n'a pas conduit suffisamment d'études épidémiologiques.

A nos yeux, et nous ne manquerons pas d'en faire part au ministre, il est essentiel de simplifier le système. Tout l'enjeu de la maîtrise médicalisée est que l'acte médical dont l'utilité est avérée soit bien – voire mieux – remboursé, cependant que celui qui est inutile ne doit pas être pris en charge. Nous avons conscience de proposer là une évolution forte mais elle est cohérente.

Le Haut Conseil scientifique doit traiter de toute l'évaluation. Nous sommes favorables à ce que l'évaluation des bonnes pratiques médicales de l'ensemble des professionnels de santé soit traitée dans le cadre conventionnel. De même, la coordination des soins doit être abordée dans le système conventionnel, ne serait-ce que parce qu'elle représente une source d'économies non négligeable.

La démographie médicale est dans une situation tellement sinistrée que le principe de l'égal accès aux soins de tous sur le territoire n'est plus garanti. Songez que dans certaines zones rurales, le premier généraliste est à quinze kilomètres et qu'il faut attendre huit mois pour consulter un ophtalmologiste.

Notre organisation souhaite encourager la médecine de qualité. Pour être un peu provocateur, je pourrais dire que deux solutions s'offrent à nous, soit développer une médecine « industrielle », soit promouvoir – et telle est bien entendu notre ambition – une médecine artisanale où le praticien prend le temps de discuter avec son patient.

M. le Président : Etes-vous favorable à la mise en place de mesures incitatives pour résoudre le problème de la démographie médicale ?

M. Jean-Claude MALLET : Tout à fait. La démographie médicale doit figurer dans le système conventionnel.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Etes-vous favorable à une tarification différenciée en fonction de la nature de l'acte pratiqué ? Considérez-vous qu'il faut maintenir un système où la production d'un certificat médical est rémunérée de la même manière qu'une consultation ?

M. Jean-Claude MALLET : Tout acte qui ne consiste qu'à produire de la paperasse devrait de notre point de vue être gratuit. Il n'y a pas lieu de faire payer le renouvellement d'une prescription ou la délivrance d'un certificat médical sans examen.

M. le Président : Qui va décider du caractère anodin de tel ou tel acte ?

M. Jean-Claude MALLET : Le fait est que certains actes ne justifient pas d'être rémunérés.

Nous sommes également attachés à ce que le contrôle médical exercé par les médecins-conseils de la sécurité sociale fonctionne bien. Il doit reprendre toute sa place dans le dispositif.

Mme Catherine GENISSON : S'agissant de la reconnaissance du travail effectué par le médecin, peut-on imaginer d'autres solutions que le strict paiement à l'acte ?

Pour ce qui concerne les solutions à apporter aux problèmes de démographie médicale, êtes-vous favorable à des mesures exclusivement réservées à l'installation des médecins ou à des formes d'incitation pouvant intervenir tout au long de la carrière ?

M. Jean-Claude MALLET : La capitation est tout à fait envisageable pour les patients gros consommateurs de soins.

M. Claude EVIN : Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, un amendement parlementaire avait ouvert aux caisses la possibilité de négocier d'autres formes de rémunérations que le paiement à l'acte. Pourquoi n'ont-elles jamais été envisagées ?

M. Jean-Claude MALLET : Posez la question aux responsables d'alors !

Mme Martine BILLARD : Y a-t-il eu débat sur ce point dans les caisses ?

M. Jean-Claude MALLET : Non et c'est bien l'un des maux du système que les responsables de l'assurance-maladie ne débattent pas suffisamment des orientations de fond.

M. Jean-Marie ROLLAND : D'accord pour renforcer le contrôle médical mais qui appréciera en dernier ressort l'opportunité de pratiquer telle ou telle intervention ? On ne peut pas mettre un médecin « contrôleur » derrière chaque prescripteur.

M. Jean-Claude MALLET : Le principe de la liberté de prescription du médecin doit être respecté, ce qui ne veut pas dire qu'il n'a aucun compte à rendre. Nous plaignons pour la constitution d'un corps de médecins contrôleurs.

M. le Président : Etes-vous pour le médecin référent ?

M. Jean-Claude MALLET : Non. Mais nous sommes favorables au médecin de famille.

 Tout le monde s'accorde sur la nécessité de faire des économies mais l'on a cru bon de supprimer le système de l'entente préalable. La suppression de l'entente préalable est non seulement stupide mais aussi incohérente avec l'ambition de conduire une véritable politique de maîtrise médicalisée.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Le progrès médical a conduit à l'installation de maladies chroniques et permet à certaines personnes de vivre très longtemps avec des maladies lourdes. Cette évolution pose le problème de la prise en charge sanitaire et sociale de la dépendance. Pouvez-vous nous faire part des positions de votre organisation sur les modes de financement souhaitables de la perte d'autonomie et sur le projet de loi qui va être débattu à ce sujet la semaine prochaine ?

 Quelles sont vos propositions pour que le rôle des associations de malades et d'usagers soit mieux reconnu et pour que leur représentation soit mieux assurée ?

M. Jean-Claude MAILLY : A nos yeux le risque dépendance devrait être inclus dans le champ de la sécurité sociale. Nous ne voulons pas d'une caisse à part, *a fortiori* gérée au plan départemental et qui pourrait s'apparenter d'une certaine façon à une véritable caisse des indigents ! Nous étions favorables à la reconnaissance du cinquième risque. Quant au financement de la solidarité par la suppression d'un jour férié, nous avons eu maintes fois l'occasion de rappeler que nous y étions résolument opposés.

M. le Président : M. le secrétaire général, si je vous ai bien suivi, c'est en renforçant le contrôle que l'on va réduire les dépenses. Est-ce bien là votre conception de la maîtrise médicalisée ?

M. Jean-Claude MAILLY : Nous sommes favorables à toute forme de régulation qui préserve strictement les intérêts des usagers.

M. le Président : Et vous n'excluez pas la possibilité de procéder à certains remboursements si la décision est validée par un conseil scientifique ?

M. Jean-Claude MAILLY : Il n'y a pas lieu de rembourser les « médicaments » inefficaces !

M. Maxime GREMETZ : Il n'y a qu'à pas leur donner l'autorisation de mise sur le marché !

M. Jean-Claude MAILLY : Je réponds à la question sur la représentation des associations d'usagers. Nous sommes bien entendu très attachés à la gestion paritaire du système et partisans à ce titre de la constitution d'un conseil consultatif permanent, associant les associations d'usagers, les complémentaires et les professionnels de santé, saisi pour avis de toutes les questions entrant dans le champ de l'assurance-maladie et notamment des conventions médicales.

M. le Président : Nous avons abordé les dépenses, passons maintenant aux recettes.

M. Jean-Sébastien VIALATTE : On parle de contrôle médical, mais jamais de fraude à la sécurité sociale. Elle n'est pourtant pas négligeable. Votre syndicat est-il d'accord, par exemple, pour mettre en place un système de vérification de l'identité des patients ?

Mme Martine BILLARD : Ce n'est pas le rôle du médecin !

M. Jean-Claude MAILLY : La fraude existe. Que représente-t-elle ?...

M. Jean-Sébastien VIALATTE : Peut-être 10 à 15 %.

M. Jean-Marie LE GUEN : Bien sûr il n'y a pas de déficit, il n'y a que de la fraude !

M. Jean-Claude MAILLY : C'est un peu le même débat que pour le travail au noir. Evitons de nous aventurer sur ce terrain glissant.

En ce qui concerne les recettes, j'ai déjà indiqué qu'il faudrait clarifier les comptes et les responsabilités et aussi que le budget de l'Etat doit assurer la compensation pour trois milliards de cotisations sociales patronales.

De façon générale, nous considérons que la CSG est un impôt qui pèse avant tout sur les salariés. Pour un rendement actuel de 66 milliards, elle provient à 73,8 % des revenus d'activité et à 14,5 % des revenus de remplacement, donc du travail, et pour 10,5 % seulement du patrimoine et des placements et 1,2 % d'autres sources. Nous ne souhaitons pas que l'on augmente la CSG sur les salaires et les retraites. Si augmentation il y a, elle doit porter seulement sur les revenus financiers et de placement, un point de CSG représentant un milliard d'euros sur les revenus.

Nous sommes favorables au salaire différé et une augmentation des cotisations patronales est possible dans la mesure où flexibilité et précarité ont conduit à une dégradation des conditions de travail qui a un impact sur les dépenses de santé.

Pour épurer le passif, nous ne sommes pas opposés à une prolongation de la CRDS.

M. le Président : Et à l'augmentation du taux ?

M. Jean-Claude MAILLY : Non, à sa prolongation uniquement.

M. Jean-Marie LE GUEN : Puisque vous êtes contre l'augmentation de la CSG, sauf pour les revenus financiers, comment pouvez-vous accepter le recours à la CRDS qui repose à

peu près sur la même assiette et frappe même les petites retraites ? A tout prendre, mieux vaudrait augmenter la CSG.

M. Jean-Claude MAILLY : Nous nous situons dans un cadre où ce prélèvement existe déjà pour apurer le passif. Il s'agit seulement de prolonger un dispositif en vigueur. Notre opposition à la CSG vient de ce qu'il y a un risque de fiscalisation chronique du financement de la sécurité sociale. On a même évoqué, souvenez-vous-en, une fusion de la CSG et de l'impôt sur le revenu.

M. Maxime GREMETZ : A mes yeux également, il est un peu incohérent de vouloir recourir à la CRDS qui touche les plus modestes, quand on dit qu'il n'est pas juste d'augmenter la CSG. Plus exactement, vous voulez augmenter celle-ci pour les revenus financiers. Pour nous, la sécurité sociale doit être financée sur la richesse produite par les entreprises sans pénaliser le travail. Dès lors, est-il juste d'opérer le même prélèvement sur des entreprises qui investissent et qui embauchent et sur d'autres qui délocalisent, ou font tout pour se séparer des salariés ? Que pensez-vous d'une exonération modulable en fonction de l'effort pour l'investissement et pour l'emploi ? Et estimez-vous juste l'exonération de charges patronales sur les bas salaires, dont le niveau vient d'être relevé de 1,3 à 1,8 SMIC ? Dans ma région, il n'y a pas une entreprise qui n'en profite pas et cela tire les salaires vers le bas.

M. Jean-Claude MAILLY : Il est logique de séparer ce qui relève de l'impôt et ce qui relève de la cotisation. La solidarité nationale relève bien de l'impôt et nous avions évoqué une taxation sur la valeur ajoutée. Sur un plan général, nous considérons que les pouvoirs publics doivent avoir une stratégie industrielle et que l'on pourrait très bien taxer les bénéficiaires non réinvestis pour créer un fonds d'industrialisation ou un fonds d'aménagement du territoire.

S'agissant des exonérations de cotisations patronales, on peut s'interroger sur leur efficacité. Rien ne prouve qu'elles contribuent à créer des emplois. En revanche, elles créent des effets de seuil importants et freinent les gains de productivité. Une politique globale d'exonération soulève donc de nombreux problèmes.

M. le Président : Pour nous résumer, s'agissant des recettes, vous vous en tenez aux cotisations, vous acceptez le prolongement de la CRDS pour éponger le déficit et vous rejetez la TVA sociale.

M. Jean-Claude MAILLY : En outre, nous acceptons une augmentation de la CSG sur les revenus des placements financiers.

M. le Président : Passons maintenant au troisième volet, celui de l'organisation.

M. Jean-Claude MAILLY : Nous sommes favorables à une gestion paritaire du régime général de sécurité sociale, sachant que l'Etat reste responsable de la politique de santé publique et de prévention. Nous avons également déjà évoqué le conseil scientifique.

Dans ce domaine de la gouvernance, nous nous inquiétons de l'idée de copilotage entre régimes obligatoires et régimes complémentaires. Actuellement, dans un régime de libre concurrence et conformément aux directives européennes, des compagnies d'assurance assurent des systèmes complémentaires. Nous ne voulons pas en quelque sorte, que le ver entre dans le fruit. Le copilotage direct, avec transmission de toutes les informations à ces compagnies d'assurance, serait une amorce de privatisation. Comme,

pour les retraites, on a limité la répartition au profit de la capitalisation, limiter la part du régime général serait augmenter celle des compagnies d'assurance. Nous voulons donc un pilotage par les régimes obligatoires avec, éventuellement, un conseil consultatif où siègeraient les représentants des usagers et des régimes complémentaires. De même, nous rejetons l'idée que les compagnies d'assurance puissent accéder aux données médicales et aux dossiers individuels.

M. Jean-Marie LE GUEN : Les assurances sociales ont vécu par le paritarisme. Le MEDEF ne souhaite pas revenir dans ce cadre pour participer à leur gestion. A vos yeux, sa position condamne-t-elle le système ? Sinon, quel mode de gestion envisagez-vous pour l'assurance maladie ? Quelle peut être la composition des conseils d'administration ? Faut-il organiser des élections et, si oui, dans quelles circonstances ?

M. Maxime GREMETZ : Pour poursuivre sur le paritarisme, le MEDEF ne veut plus y participer sauf en ce qui concerne les accidents du travail, car il ne veut pas concourir à la solidarité nationale. Face à cette attitude, le gouvernement n'est pas sans moyens. Il peut répondre que dans ce cas, il n'y aura plus d'exonérations de charges !

Quant aux élections à la sécurité sociale, le seul argument qu'on nous oppose pour ne pas les rétablir, c'est que cela coûte trop cher ! Je ne vois pas comment il pourrait y avoir gestion démocratique sans élections de leurs représentants par les salariés !

M. Jean-Claude MAILLY : Il revient au MEDEF de dire s'il veut ou non participer de nouveau à la gestion des caisses. En tout cas, y participer ici mais pas ailleurs serait trop facile. La gestion paritaire est effectivement un élément de la démocratie sociale, mais on peut la concevoir dans un cadre différent. Il y a d'autres partenaires patronaux que le MEDEF aujourd'hui, par exemple l'UPA, la CGPME, l'UNAPL ou le patronat de l'économie sociale. Pour exercer cette responsabilité collective qu'est la protection sociale, il est concevable d'élargir la représentation patronale : si une organisation ne veut plus siéger, ses compétences seront réparties entre celles qui demeurent présentes. Quant aux élections aux caisses de sécurité sociale, nous avons déclaré à maintes reprises qu'il n'y a là pour nous aucune difficulté particulière.

M. Maxime GREMETZ : Ce n'est pas à vous que je faisais allusion !

M. le Président : M. le secrétaire général, je vous remercie.

**Audition de M. Jean-François ROUBAUD,
président de la CGPME**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 28 avril 2004)

Présidence de M. Jean-Michel DUBERNARD,
puis de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Je tiens à excuser M. le Président Debré et certains de nos collègues, retenus en séance par un incident. M. Roubaud, je vous souhaite donc la bienvenue. Cette série d'auditions vise des objectifs très précis. En premier lieu, quels sont, selon vous, les grands principes qui doivent continuer de régir notre assurance-maladie ? Ensuite, quels diagnostics faites-vous des difficultés actuelles ? Il s'agit bien sûr d'évoquer les problèmes financiers, mais aussi les dysfonctionnements risquant à long terme d'affaiblir les fondements du régime. Enfin, quelles sont selon vous les pistes envisageables pour une éventuelle réforme, en termes de recettes et de dépenses, mais également en ce qui concerne la qualité du système de soins ?

M. Jean-François Roubaud : Je vais essayer de vous résumer en quelques pages le travail que nous avons effectué depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, autour du problème de l'assurance-maladie. D'abord un constat : depuis les dernières décennies, l'assurance-maladie a puissamment contribué au développement du système de santé et à l'égalité des citoyens devant l'accès aux soins. Cela s'est fait par la généralisation du régime obligatoire et par la diffusion accrue des couvertures complémentaires permettant à la plupart des assurés d'avoir accès aux soins à un niveau significatif de prise en charge. Les régimes obligatoires remboursent d'ailleurs 76 % des dépenses globales ; les soins remboursables représentent deux mille euros par personne et par an, avec un taux de prise en charge de 81 %. Le taux de prise en charge de l'hôpital est quant à lui de 97 %. Ce système de prise en charge est aujourd'hui confronté à une croissance exponentielle des dépenses de soins. Ces dépenses ont augmenté, en moyenne, à un rythme supérieur de deux points à la croissance de la richesse nationale, passant de 3,5 % du produit intérieur brut en 1960 à 8,9 % en 2002, ce qui situe la France parmi les pays consacrant le plus de richesses aux dépenses de soins. Une réforme d'ensemble est donc indispensable car les recettes ont aussi augmenté de façon importante, l'essentiel étant prélevé sur les revenus d'activité. La spirale d'augmentation des prestations, entraînant un accroissement des cotisations, devient de plus en plus insupportable pour les contribuables. Le système de financement s'épuiserait d'ailleurs à vouloir couvrir sans différenciation ce que les industries et les professions de santé peuvent offrir en termes de soins. Plus grave encore, le système de santé, en période de faible croissance, épuiserait les possibilités de redistribution de la richesse collective destinée à couvrir d'autres besoins sociaux essentiels, tels que le logement, les transports en commun ou l'éducation. A partir des grands principes énoncés par le Président de la République, à savoir la conservation d'une qualité de soin identique, l'égalité d'accès et la prise en charge pour tous par les régimes obligatoires et complémentaires, il faut donc assurer la conservation d'un système solidaire mais économe en prélèvements. Pour cela, je développerai quatre chapitres. Il s'agit, tout d'abord, de mettre en œuvre une réelle maîtrise des dépenses, puis de réformer structurellement les grands axes d'organisation du système de santé. Il faudra ensuite limiter les recours aux financements nouveaux pour proposer enfin une architecture de gestion plus rationnelle.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Vous entrez donc d'emblée dans le troisième point que je vous suggérais. Souhaitez-vous ajouter quelques mots sur les grands principes sur lesquels repose notre système d'assurance-maladie ?

M. Jean-François ROUBAUD : Ils découlent de ce que j'ai dit en préambule, à savoir que ce système a permis l'accès aux soins à un grand nombre de nos concitoyens. Il faut donc conserver ce système ainsi que la qualité des soins, mais aussi conserver les moyens financiers pour l'assurer.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Ma deuxième question concerne le diagnostic que vous effectuez de la situation actuelle. Nous disposons tous des éléments du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie.

M. Jean-François ROUBAUD : Nous participons à ce Haut Conseil.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Etes-vous d'accord avec le diagnostic proposé ?

M. Jean-François ROUBAUD : Absolument. L'ensemble des partenaires partage d'ailleurs cette position.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Il n'est donc pas nécessaire d'aller plus loin. Donnez-nous maintenant les quatre pistes que vous proposez.

M. Jean-François ROUBAUD : En ce qui concerne la mise en œuvre au profit des gestionnaires des instruments d'une réelle maîtrise des dépenses, il faut constater que la facilité de l'accès aux soins présente des avantages incontestables mais ne dresse aucun obstacle devant les comportements négligents, voire laxistes, des consommateurs, de la consommation et des prescriptions. Nous proposons, afin de responsabiliser les patients, de mettre en œuvre un carnet de santé obligatoire permettant un véritable suivi médical durant la vie du patient, ainsi qu'une carte Vitale nominative avec une photo d'identité, pouvant contenir l'ensemble du carnet de santé. Nous préconisons aussi un suivi obligatoire de la consommation des patients par la Sécurité sociale afin de dépister les abus, ainsi que la mise en place d'un ticket modérateur par prescription ou par médicament, ou encore une franchise non remboursable composée d'un seuil minimum et d'un seuil maximum. Nous pensons qu'il s'agit d'une mesure importante puisque la gratuité systématique de l'ensemble des soins est une source de gaspillage et de non-responsabilisation du citoyen. J'ai entendu de nombreuses critiques lorsque nous avons évoqué la création d'un ticket modérateur. Il est évident que nous sommes ouverts à une possibilité de l'appliquer en fonction des revenus des individus mais le principe essentiel est de mettre à contribution l'ensemble des citoyens. Ensuite, après avoir responsabilisé les patients, nous proposons aussi de responsabiliser les professionnels de santé par un suivi du profil médical, une dépense moyenne et une mise en œuvre effective des références médicales opposables. En outre, le remboursement des soins hospitaliers doit se faire en fonction d'une tarification à la pathologie afin de permettre un financement des hôpitaux lié à leur activité réelle. Enfin, la refondation du conventionnement des professionnels de santé peut être effectuée en approfondissant l'idée d'un conventionnement par la caisse d'assurance-maladie des travailleurs salariés qui soit réellement individualisé. Cela permettrait d'ailleurs à cette caisse nationale d'avoir un lien personnel et direct avec l'ensemble des acteurs.

Le deuxième point consiste à réformer structurellement les grands axes d'organisation du système d'assurance-maladie. La Confédération a soutenu, dans ses grandes lignes, la réforme de 1996 engagée par le gouvernement, et notamment le principe d'une loi de financement de la Sécurité sociale. Il nous paraissait logique que le Parlement définisse sous forme d'enveloppes les ressources que la collectivité nationale voulait affecter à la protection de la santé de la population française. Il s'est avéré assez rapidement que cette loi de financement n'a pas joué son rôle véritable. Elle n'a fait que rassembler des dispositions de nature incitative et sans caractère obligatoire, puisque les mesures

permettant de rendre ces montants globaux opposables en cas de dépassement n'ont pu être mises en place. Afin de revenir à son objet initial, la loi de financement de la Sécurité sociale devrait donc prévoir, pour chacun des régimes d'assurance-maladie qu'elle traite, le niveau des recettes et des dépenses avec un objectif d'équilibre entre les unes et les autres. Elle devrait être accompagnée d'un dispositif de régulation globale opposable aux fournisseurs de soins pour que soient respectées les enveloppes financières fixées par cette loi. Corrélativement devrait être défini par les pouvoirs publics, en concertation avec les représentants des professionnels de santé, les partenaires sociaux et les institutions de l'assurance-maladie, le panier de biens et de services médicaux liés à la médecine de ville mais aussi à l'hôpital, à l'utilité médicale reconnue, qui serait pris en charge par l'assurance-maladie collective obligatoire en totalité ou en partie. Ce panier de soins devrait correspondre à une couverture significative pour éviter un déséquilibre entre le domaine de l'assurance-maladie collective obligatoire et celui des systèmes complémentaires. Cette réforme structurelle serait d'ailleurs cohérente avec l'une des priorités contenues dans le rapport du Haut Conseil, qui incitait à faire des choix et à hiérarchiser les priorités en matière de remboursement. Une réforme structurelle conduirait bien sûr à une redéfinition du champ d'intervention de l'assurance-maladie collective et obligatoire et de celui des systèmes complémentaires tels que les mutuelles et les institutions de prévoyance. Mais une telle redéfinition, fondée sur des options claires, devrait permettre une évolution maîtrisée. En effet, la part des systèmes complémentaires en matière d'assurance-maladie ne représente actuellement que 10 % des remboursements. Or, le transfert d'une grande partie de la charge qu'assume aujourd'hui l'assurance-maladie collective et obligatoire ne manquerait pas de se traduire rapidement par une hausse des tarifs de ces mutuelles. Il faut donc agir avec prudence.

Notre troisième axe concerne la limitation du recours aux financements nouveaux. L'objectif prioritaire est la réorganisation structurelle du système d'assurance-maladie accompagnée de la mise en place de tous les instruments nécessaires à une telle maîtrise. Dans cette optique, toute augmentation des recettes sous forme d'un accroissement des prélèvements ne pourrait avoir lieu qu'en dernier ressort et à titre complémentaire et limité dans le temps. Il faut rappeler en effet que les dernières années ont été marquées par la création de nouvelles contributions, que ce soit la CSG ou la CRDS, la durée d'existence de la CRDS ayant déjà été allongée jusqu'en 2014. Dès lors, nous considérons qu'une telle augmentation, si elle était décidée, ne pourrait avoir qu'un caractère limité et exceptionnel. Elle devrait être incluse dans la réforme d'ensemble visant à cette organisation rationnelle du système d'assurance-maladie et à une maîtrise des dépenses qu'elle prend en charge.

Enfin, notre dernier point concerne la gouvernance, pour créer une architecture de gestion plus rationnelle. C'est sans doute le point politique le plus sensible. Nous avons proposé trois cas de figure. La gestion peut être effectuée, en premier lieu, par les huit organisations d'employeurs et de salariés qui sont les partenaires gestionnaires de la branche maladie du régime de Sécurité sociale. Si la décision était prise par notre Confédération d'un retour dans les institutions gestionnaires, la solution la plus logique consisterait à ce que les huit organisations d'employeurs et de salariés soient les gestionnaires uniques de la branche maladie du régime général de la Sécurité sociale. Celles-ci bénéficieraient alors d'une totale délégation de gestion de la part de l'Etat. Dans ce cadre, elles devraient donc être en mesure, comme en matière d'assurance-chômage ou de retraites complémentaires, de fixer le niveau des prestations et des cotisations. Elles devraient, sans intervention possible de la tutelle administrative, être l'interlocuteur unique des professionnels de santé. De cette manière, les gestionnaires pourraient organiser une véritable coordination des interventions des différentes catégories de professionnels de santé en liaison avec les soins hospitaliers. Les organisations joueraient alors leur rôle de gestionnaire à part entière, en s'appuyant d'un côté sur le panier des biens et des services médicaux remboursables, et de l'autre côté sur les instruments de maîtrise des dépenses mis à leur disposition évoqués plus haut. Elles s'appuieraient également sur des structures

administratives simplifiées, avec un seul échelon territorial représenté par les caisses primaires d'assurance-maladie, et un seul échelon régional permettant une gestion du risque proche du terrain. Le deuxième cas de figure place l'Etat comme seul gestionnaire. Il pourrait décider, étant donné le montant des dépenses liées à l'assurance-maladie, qu'il ne peut pas accorder une totale délégation de gestion à ces partenaires. Dans ce cas, nos organisations pourraient considérer que leur présence ne s'impose pas, tant au niveau des organes proprement dits qu'au niveau de structures telles qu'un conseil de surveillance. Le dernier cas est la situation dans laquelle nos organisations seraient amenées à considérer que l'Etat ne leur donne pas toutes les garanties et tous les instruments nécessaires à la gestion pleine de l'assurance-maladie. Compte tenu de l'importance du sujet et du fait que les sommes dépensées proviennent en grande partie des entreprises et des salariés, nous pourrions souhaiter participer tout de même à la gestion de ce système. Il s'agirait alors de prendre part à une structure équivalente à un conseil de surveillance permettant d'avoir des informations et de suivre l'évolution de la branche maladie du régime général de Sécurité sociale. Dans ces trois cas de figure, c'est bien entendu l'Etat qui détient les clés. C'est en fonction des décisions qu'il prendra dans le projet de loi sur l'ensemble des mesures de redressement que nous fixerons notre attitude définitive.

Mme Catherine GENISSON : En ce qui concerne la gouvernance et le premier cas de figure que vous avez décrit, j'aimerais que vous nous précisiez quelles sont les relations que vous souhaitez établir avec l'hôpital. Est-ce un simple rôle de coordination ou revendiquez-vous d'assumer également la responsabilité de la gestion de l'hôpital ? Quel est également le rôle que vous faites jouer au Parlement au sein du dispositif que vous nous avez décrit ?

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Il est vrai que vous avez fait très peu allusion à l'hôpital.

M. Jean-François ROUBAUD : C'est sans doute parce qu'il représente le problème le plus complexe avec la moitié des dépenses. Je crois qu'on ne peut pas sortir l'hôpital de la gestion de l'ambulatorio. Les deux sont impératifs. Ceci étant, comme dans toutes les entreprises – je me réfère toujours à l'entreprise puisque c'est ce que je connais –, il faut des gens compétents pour diriger. Il est donc nécessaire qu'il y ait des spécialistes en matière de médecine. Je n'ai pas l'intention de me poser en spécialiste de ce qu'il faut faire ou ne pas faire sur le plan médical. Nous devons pouvoir nous appuyer, dans l'hôpital comme dans l'ambulatorio, sur des rapports de spécialistes et sur une commission permanente de spécialistes de la santé.

Mme Catherine GENISSON : Je pense que ce type de proposition ne choque personne, et cela semble un préalable obligatoire. Mais je souhaiterais que vous soyez plus précis dans votre proposition. Quand vous dites que l'on ne peut dissocier l'hôpital de l'ambulatorio, cela signifie que la délégation de gestion est globale.

M. Jean-François ROUBAUD : Absolument. Pour ce qui est de la place du Parlement, je crois que toutes les grandes décisions politiques doivent donner lieu à un débat au cours duquel le Parlement doit donner son avis sur l'ensemble des questions de fond de l'assurance-maladie et de la santé.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Le niveau de recettes et de dépenses devrait être précisé par le Parlement et, de là, respecté par les gestionnaires. C'est le cas aujourd'hui mais rien n'est respecté.

M. Jean-François ROUBAUD : C'est la raison pour laquelle les conditions d'équilibre annuel et pluriannuel entre dépenses et recettes doivent être définies par le Parlement. Cela relève du rôle de l'Etat.

M. Jean-Marie ROLLAND : Vous avez insisté à plusieurs reprises sur la nécessité d'une réelle maîtrise des dépenses de santé. Vous avez parlé des patients, de l'examen de leur profil de consommation, des prescripteurs, de l'hôpital ou encore du panier de soins. Ce qui m'inquiète, c'est que vous n'avez pas évoqué le problème du contrôle de cette volonté de maîtriser. Qui va l'effectuer ou examiner les profils ? Qui va dire, notamment pour l'hôpital, ce qui est une bonne pratique et ce qui ne l'est pas ?

M. Jean-François ROUBAUD : Je reprends le schéma étudié par M. Mattei ainsi que par le nouveau ministre. C'est la Haute autorité de santé qui doit, à mon avis, définir tout cela en comptant dans ses rangs des personnalités qualifiées et des spécialistes de ces sujets.

M. Jean-Marie ROLLAND : La définition ne me pose pas de problème. En revanche, je m'interroge sur l'efficacité du contrôle.

M. Jean-François ROUBAUD : L'exigence d'efficacité revient à la Sécurité sociale, à qui l'on doit donner l'ordre de vérifier les dépenses et l'exactitude des frais. Il faudrait que ces mesures deviennent maintenant opposables.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : J'ai bien compris que vous étiez favorable à la mise en place d'une Haute autorité de santé. Comment la voyez-vous ? Quels seront les éléments composant cette institution ?

M. Jean-François ROUBAUD : Le schéma remis par M. Douste-Blazy visait à y faire participer des membres de l'Assemblée nationale, du Sénat, voire du Conseil économique et social, ainsi que des personnalités qualifiées. Il s'agit donc d'un panel suffisamment important pour parvenir à une représentation équilibrée de la société.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Concevez-vous un rôle particulier pour les médecins conseils de l'assurance-maladie, qui sont 2 200 pour 2 500 places, dont la mission se partage entre le contrôle et le conseil ? Je me demande s'il ne faudrait pas séparer les deux.

Mme Catherine GENISSON : Dans votre exposé préalable, vous avez mis l'accent sur l'obligation de responsabilisation, axée essentiellement sur le comportement des citoyens. N'est-il pas nécessaire de contrôler non seulement la conduite des citoyens, mais aussi la façon d'exercer cet art si compliqué qu'est l'art médical par les professionnels de santé ? N'y a-t-il pas lieu également que certaines mesures prévoient les bonnes pratiques médicales ?

M. Jean-François ROUBAUD : Il me semble y avoir consacré un paragraphe important en évoquant la responsabilisation des professionnels de santé ou le suivi du profil médical. Il s'agit donc aussi de la refondation du conventionnement des professionnels de santé.

M. Jean-Pierre DOOR : J'aimerais en savoir davantage au sujet du carnet de santé, que vous avez décrit tel qu'il existait auparavant. Le dossier médical partagé et informatisé vous convient-il ? Vous avez parlé d'un ticket modérateur par prescription ou d'une franchise et je souhaiterais que vous nous en disiez plus sur ce sujet aussi. Pouvez-vous nous dire également ce que vous comptez inclure dans le panier de soins ? Enfin, j'ai entendu le terme de « convention individuelle » ; je ne pense pas que soit l'attente la plus forte des syndicats médicaux. Comment évoluerait cette convention individuelle face aux conventions collectives du corps médical ?

Nous venons d'aborder le thème du contrôle médical ; j'avais demandé à M. Spaeth si certains médecins « fatigués » après un certain nombre d'années d'exercice pourraient, grâce à un système de passerelle, devenir médecins contrôleurs de la Sécurité sociale, comme cela a déjà été le cas. Si vous vous souvenez, dans les débuts du contrôle médical, des médecins généralistes passaient de l'autre côté. On nous répond que la Sécurité sociale préfère employer des jeunes pour ce contrôle. Je pense qu'il peut y avoir une piste d'ouverture pour disposer de médecins expérimentés, connaissant le cadre de la médecine praticienne et capables, par conséquent, d'exercer ce contrôle. La réponse de M. Spaeth n'a pas été celle que j'attendais.

M. Jean-François ROUBAUD : En ce qui concerne les médecins « senior », il est possible d'appliquer, en termes de formation, la même théorie que pour les cadres « senior » au sein d'une entreprise. Cela revient au débat entre le rôle de contrôle et le rôle de conseil de l'assurance-maladie. Je crois qu'il faut aller davantage vers le contrôle et que ce contrôle soit opposable au patient, car certains contrôles existants ne servent vraiment à rien.

Mme Catherine GENISSON : Il faut que ce contrôle soit opposable au patient comme aux professionnels de santé.

M. Jean-François ROUBAUD : Je ne dis pas le contraire. Le carnet de santé ne sert actuellement à rien. On ne s'en munit qu'à titre volontaire en cas de visite médicale. Nous souhaitons qu'il soit obligatoire et placé sur la carte Vitale, ce qui est prévu. Vous vouliez que j'insiste sur les franchises et le ticket modérateur. Nous ne nous sommes pas arrêtés sur une franchise trimestrielle ou annuelle comme en Allemagne, ou sur un ticket modérateur ou un coût à la boîte de médicament et à l'acte médical. Nous voulons vraiment un outil qui, au-delà du plan financier, puisse responsabiliser le patient. Nous y tenons beaucoup car ce qui est complètement gratuit ne sert à rien ; nous le vivons tous les jours.

Mme Martine BILLARD : J'ai bien écouté ce que vous avez dit. Vous pensez qu'il faut responsabiliser les patients et que la gratuité des soins est une source de gaspillage et de non-responsabilisation des citoyens. En tant que patient potentiel, n'étant pas médecin, j'ai eu le sentiment en vous entendant que les patients choisissaient eux-mêmes les médicaments et les soins qu'ils allaient consommer. Que je sache, ce sont quand même les professions médicales qui proposent un certain nombre de médicaments à prendre, de soins à suivre et d'exams à passer. Pour que ces actes soient remboursés, il faut bien qu'un médecin les demande ; un patient tout seul peut consommer un certain nombre de médicaments selon sa propre volonté mais il ne sera pas remboursé ; dans ce cas, cela n'aggraverait pas le déficit de la Sécurité sociale. A la limite, cela n'a pour conséquence que l'augmentation des bénéfices des laboratoires et des autres fournisseurs. C'est pourquoi je suis un peu étonnée. Vos propositions aboutissent à un déséquilibre assez net entre le contrôle des patients et le contrôle des médecins. Que proposez-vous pour les médecins qui prescriraient abusivement un certain nombre de traitements ou d'exams ? Vous analysez la gratuité des soins comme une source de gaspillage et de non responsabilisation des citoyens. Cela signifie-t-il qu'elle doit être supprimée dans tous les cas, y compris pour un certain nombre de personnes en difficulté ?

M. Jean-Luc PREEL : J'ai bien compris que vous proposiez de limiter le recours aux financements nouveaux. Vous avez également expliqué que, depuis vingt ans, l'augmentation des dépenses est de deux points supérieure au PIB ; c'est ce que l'on retrouve à long terme dans tous les pays. Si vous ne voulez pas de recettes nouvelles, cela signifie-t-il que vous voulez diminuer globalement de deux points les dépenses sur vingt ans, ce qui poserait rapidement un problème de prise en charge ? A partir de là, je comprends très bien que vous vouliez responsabiliser à la fois les patients et les médecins.

En effet, on dit souvent que la formation médicale continue et l'information permettraient de parvenir à la mise en place de références médicales opposables.

Vous avez évoqué ensuite la convention individuelle. Comment voyez-vous le profil médical et, si le profil médical n'est pas dans la norme, que proposez-vous comme sanction ? Est-ce le déconventionnement ? De même, vous proposez, pour le malade, un ticket modérateur ou une franchise non remboursable. Que proposez-vous pour le suivi du patient qui n'est pas dans les normes ? On vous expliquera alors qu'il ne l'est pas en raison de problèmes sociaux ou génétiques particuliers. Que proposez-vous dans ce cas ? J'ai une question annexe qui me paraît relativement importante : le ticket modérateur et la franchise non remboursable sont des idées à la mode reprises par tout le monde. Je vous rappelle que le remboursement du forfait journalier hospitalier avait été interdit. Puis il a été autorisé par une mutuelle et tout le monde a suivi. Nous avons aujourd'hui, au niveau européen, la liberté d'assurance, qui est un principe important. Comment empêcher un individu de s'assurer pour un remboursement que vous n'auriez pas prévu ?

M. Philippe VITEL : Je voulais évoquer la question du suivi médical, comme M. Prével vient de le faire. Vous parlez en effet de références médicales opposables. Le terme d'opposabilité entraîne obligatoirement une sanction. Comment envisagez-vous cette évaluation ? Qui doit la faire ? Quel mode de sanction évoqueriez-vous à l'encontre des praticiens qui sortiraient de ces références ou de ces bonnes pratiques ?

M. Jean-Marie LE GUEN : Cela fait maintenant plusieurs mois que nous discutons, que vous discutez, autour de la question de l'assurance-maladie. Vous excuserez donc nos propos qui ne sont pas aussi structurés et argumentés que les vôtres. Dans la mesure où vous avez abordé la question de la franchise, j'aimerais que vous nous indiquiez sur quelles études vous vous fondez, et quels chiffres vous avancez pour considérer que le nomadisme médical, si c'est bien de cela qu'il s'agit, serait aujourd'hui à l'origine des difficultés que nous rencontrons. J'imagine que ce n'est pas une opinion que vous avez émise mais plutôt une constatation que vous avez pu faire. Vous avez donc les moyens de préciser les études qui ont montré ce que vous avancez, les chiffres auxquels cela correspond. Dans le même temps, comme nous ne sommes pas là pour débattre d'idées rédigées sur le coin d'une table, vous nous direz exactement qui serait touché dans les différentes hypothèses que vous avez émises au sujet de cette franchise. Que faire des patients en situation d'affection de longue durée (ALD) ? A quel niveau de revenu avez-vous l'intention d'agir ? Au total, combien ceci rapporterait-il à la Sécurité sociale et quels seraient les éventuels effets bénéfiques et pervers que vous verriez dans ce système ? Vous êtes un partenaire social important associé à la gestion de l'assurance-maladie, ces questions ne sont donc plus de l'ordre de l'opinion et du sentiment mais il me semble, après le rapport du Haut Conseil, qu'elles doivent être maintenant de l'ordre de la preuve, de la démonstration et des avancées chiffrées.

M. Jean-François ROUBAUD : Je vais reprendre tout de suite la question des chiffres. Je suis désolé de vous décevoir, mais je n'ai pas de chiffres et je ne me suis pas appuyé sur des études. Je me suis simplement appuyé sur le fait que les gens ne font pas attention quand quelque chose est gratuit. Nous nous basons sur le fait qu'il faut responsabiliser les individus. Je peux très bien comprendre que vous ne soyez pas d'accord sur ce point. Ceci étant, c'est notre analyse.

J'ai déjà indiqué que le ticket modérateur toucherait l'ensemble des citoyens, mais qu'il faudrait le lier aux revenus et aux ressources des individus pour qu'il soit quand même compatible avec leurs capacités financières. Je ne dis pas que celui qui n'a pas de salaire doit payer, mais je pense que, globalement, l'ensemble des citoyens devrait payer.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : M. Le Guen, vous connaissez bien l'expérience allemande. Tournez-la dans votre esprit pendant que M. Roubaud termine son intervention.

(M. Jean-Louis DEBRÉ remplace M. Jean-Michel DUBERNARD à la présidence.)

M. le Président : M. Le Guen, vous avez posé une question à M. Roubaud. Il va s'exprimer et vous pourrez lui répondre si vous n'êtes pas satisfait. Mais chacun a le droit de s'exprimer. Nous avons le devoir d'entendre les témoins qui ne sont pas forcément de notre point de vue.

M. Jean-François ROUBAUD : J'aimerais répondre à la question de la responsabilisation des professionnels de santé, qui doit se faire au même titre que pour les patients. Je pense qu'il faut les responsabiliser, et que cela peut aller jusqu'au déréférencement. En revanche, ce n'est pas à moi de juger de telles situations. Une Haute autorité de la santé sera mise en place. De même, la Sécurité sociale dispose de médecins spécialistes de l'assurance-maladie qui doivent être capables de voir si nous sommes vraiment complètement hors des normes. Si l'on place un curseur maximum dans les dépenses moyennes comme base de notre analyse, certains spécialistes pourront juger si c'est un cas normal ou non. Il existe des pathologies médicales pouvant aller largement au-delà mais il faut que l'analyse soit faite, de façon à ce que des sanctions puissent être prises quand il y a abus.

M. Jean-Michel DUBERNARD : M. Prél a abordé deux points. Le premier concernait les relations entre l'assurance-maladie obligatoire et les assurances complémentaires dans le cadre de la libre concurrence issue des règlements européens. Ceci mérite peut-être quelques précisions.

M. Jean-François ROUBAUD : Actuellement, les assurances complémentaires couvrent à peine 10 % de l'ensemble des remboursements. On peut donc très bien imaginer qu'il y ait un déplacement pour certains types de soins et certains types de malade. Nous savons que ce déplacement augmentera les coûts des assurances complémentaires et, par conséquent, des cotisations. Ce n'est pas un miracle. Il n'y aura pas de transfert instantané de ce panier de soins vers les assurances complémentaires.

M. Jean-Michel DUBERNARD : La question du conventionnement individuel est-elle réalisable aujourd'hui ?

M. Jean-François ROUBAUD : Je pense bien sûr que c'est réalisable sinon je ne le proposerais pas. Je ne dis pas que cela sera facile à réaliser. Il y a des choses techniquement difficiles, d'autres politiquement difficiles. Nous sommes dans une situation qui est elle-même très complexe. Si nous ne prenons pas de mesures fortes et rapides, nous irons dans le mur.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Techniquement, est-il possible d'envisager aujourd'hui un contrat ou un conventionnement individuel entre les caisses et les médecins généralistes et spécialistes ?

M. Jean-François ROUBAUD : Je n'ai pas de réponse définitive. Je pense cependant que l'on doit pouvoir le faire.

M. Jacques DOMERGUE : Avez-vous déjà évoqué cela avec les syndicats médicaux ?

M. Jean-François ROUBAUD : Non, Monsieur.

M. Jean-Michel DUBERNARD : La question des ALD, évoquée par Mme Génisson, pose le problème du forfait lié à ces pathologies. Nous pouvons nous référer au système allemand, avec une réforme fondée sur des mesures essentiellement financières telles que le ticket modérateur ou la franchise dans certains domaines. Pour ce qui est des ALD, nous nous étions interrogés sur le cas de l'insuffisance rénale chronique et de la dialyse. En fonction de leurs revenus, les patients paient de 1 % à 2 % de leurs revenus pour participer aux coûts. Votre système de franchise et de ticket modérateur peut-il s'appliquer aux ALD ?

M. Jean-François ROUBAUD : Il faut tenir compte non seulement des situations de revenus des patients, mais également de leurs situations médicales. Il est évident qu'il ne faudra pas pénaliser de la même manière l'ALD et une maladie bénigne.

M. Jean-Michel DUBERNARD : L'ALD est-elle concernée par le ticket modérateur ?

M. Jean-François ROUBAUD : Je crois qu'elle est concernée par le ticket modérateur ; il faudra bien sûr fixer un plafond différent.

M. Gérard BAPT : On pose *a priori* que la gratuité serait plus coûteuse pour les dépenses de santé. Je crois que l'exemple des Etats-Unis montre que la participation la plus importante des ménages aux dépenses de santé n'implique pas pour autant que la part des dépenses dans le PIB soit la moins importante, bien au contraire. C'est la capacité contributive des ménages qui permet de sélectionner l'accès aux soins. Je crois que la commission Fragonard est partie du principe de l'égalité devant l'accès aux soins. Certains moyens techniques permettent de lutter contre la fraude, mais je ne pense pas que cela permette de ramener significativement le déficit de quatorze milliards d'euros à des chiffres beaucoup plus faibles.

En ce qui concerne le problème de la responsabilité, j'avais compris que l'une des bases du diagnostic partagé de la commission Fragonard était l'idée que la responsabilisation se faisait avant tout sur le prescripteur et non sur le patient. Le nomadisme médical peut être réglé avec le dossier médical partagé.

M. Jean-François ROUBAUD : Je confirme ce que j'ai dit : il faut différencier la responsabilité des prescripteurs et des patients. Pour revenir sur la gratuité, je suis d'accord avec le principe mais je pense qu'un ticket modérateur pourrait responsabiliser les gens. Je ne crois pas qu'on puisse comparer le système de soins américain au système de soins français. Nous voulons mettre en œuvre ce ticket modérateur afin que les gens adoptent un comportement plus citoyen.

M. le Président : Si je comprends bien, mais je ne suis pas un spécialiste, vous êtes opposé à l'augmentation des recettes. Mais je n'ai pas bien vu quelle était votre position sur la TVA sociale. Pourrait-elle être une solution si elle limitait, voire remplaçait, les cotisations patronales ? Il y aurait alors une TVA sociale totalement affectée à l'assurance-maladie. Etes-vous complètement hostile à ce principe ?

M. Jean-François ROUBAUD : Nous sommes opposés à la TVA sociale et à toute charge supplémentaire. La TVA sociale est une charge sur la consommation. Cela signifie qu'on augmente l'assiette. Je préfère néanmoins une TVA sociale à une augmentation des charges sociales sur le salarié et l'entreprise.

M. le Président : Vous n'êtes donc pas hostile, par principe, à une TVA sociale affectée à l'assurance-maladie. Vous dites simplement que vous pourriez arriver à cette solution si cette TVA sociale aboutissait, non pas à une augmentation de la fiscalité, mais à la disparition d'un certain nombre de cotisations patronales.

M. Jean-François ROUBAUD : Je suis d'accord avec votre réflexion. Je ne suis pas complètement opposé à une TVA sociale ni même à une augmentation de certaines charges, à la condition que les éléments soient mis en place pour arrêter l'hémorragie de la Sécurité sociale. Cela signifie que des mesures importantes doivent être prises. Si l'on m'assure que l'on prend les mesures adéquates pour redresser la Sécurité sociale, je suis prêt à payer davantage.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Mais ne pensez-vous pas qu'en mettant en œuvre cette TVA sociale, on s'éloignerait des principes que vous avez énoncés au début de votre exposé, concernant la gestion paritaire de l'assurance-maladie ?

M. Jean-François ROUBAUD : Je ne crois pas que ce soit antinomique puisque la TVA sociale apporte simplement une augmentation des ressources. La gestion doit veiller à l'équilibre entre les ressources et les dépenses. On dispose donc alors simplement d'une masse de ressources différentes.

Mme Martine BILLARD : Le ticket modérateur existe aujourd'hui dans beaucoup de cas. Votre proposition revient-elle à mettre fin au remboursement par les mutuelles et les assurances complémentaires ? D'autre part, quelle définition donneriez-vous du panier de soins et de services médicaux ? Comment évoluerait-il ?

M. Jean-Michel DUBERNARD : Je me permets d'aller un peu plus loin sur cette question en vous demandant qui définirait le contenu de ce panier de soins et services médicaux.

M. Jean-François ROUBAUD : Nous avons déjà évoqué la Haute autorité de santé. A mon avis, c'est à elle qu'il revient de définir le contenu de ce panier. En ce qui concerne le remboursement du ticket modérateur par les assurances complémentaires, j'y suis opposé car cette mesure perd alors toute son efficacité. Je ne souhaite pas en faire une ressource financière pour la Sécurité sociale mais plutôt un outil de mobilisation de la conscience des citoyens français. Ce n'est pas la même chose.

M. Jacques DOMERGUE : J'aimerais revenir sur le problème du financement. Vous avez dit que vous souhaitiez l'augmentation des cotisations en dernier recours, ce qui signifie que vous ne voulez pas qu'il y ait d'augmentation avant d'avoir « fait le ménage » et d'avoir rationalisé le système dans lequel nous nous trouvons.

M. Jean-François ROUBAUD : Ce n'est pas tout à fait exact. Ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit. J'accepte une augmentation des cotisations si les mesures sont en train de se mettre en place. Si l'Etat nous assure que ces décisions sont bonnes et permettent de gérer l'équilibre entre dépenses et recettes, alors nous supporterons une augmentation des cotisations, mais de manière transitoire pendant deux ou trois ans. C'est pourquoi, je préférerais que cette charge supplémentaire ne soit rattachée ni à la CSG ni à la CRDS.

M. Jacques DOMERGUE : Le danger des mesures transitoires est qu'elles sont souvent définitives.

M. Philippe VITEL : Vous n'avez pas évoqué la possibilité qu'un patient soit inscrit auprès d'un médecin référent. J'aimerais avoir votre opinion sur le libre choix du praticien par les patients. Doit-il être limité, remis en cause ou lié à la consultation préalable d'un médecin référent choisi librement par le patient ? Vous avez évoqué la tarification à la pathologie. Avez-vous une opinion sur la possibilité d'économie que cela pourrait générer dans le fonctionnement du système hospitalier ?

M. Jean-François ROUBAUD : En ce qui concerne le tarif référent sur une maladie-type, je ne dispose pas de chiffre d'économie réalisable. En revanche, je sais que cela faciliterait la gestion et mettrait à égalité l'ensemble des établissements hospitaliers.

Nous ne sommes pas du tout partis dans l'idée d'un médecin référent. Il n'est pas dans notre culture de ne pas pouvoir choisir son médecin. Néanmoins, il serait bon de favoriser l'approche par un généraliste des pathologies avant de consulter un spécialiste. Ceci permettrait de limiter le coût de soins.

M. Jean-Michel DUBERNARD : J'aimerais que vous précisiez ce point, puisque la définition du médecin généraliste que vous venez de donner est celle du médecin référent. S'il est amené à voir toutes les pathologies avant que le patient consulte un spécialiste, alors, par définition, le patient sera orienté. C'était le rôle traditionnel des médecins de famille dans notre pays et ça le reste encore aujourd'hui.

M. Jean-François ROUBAUD : Dans le cas présent, nous sommes face à un médecin référent personnel que l'on a choisi. Il ne s'agit pas d'un médecin référent qui vous est imposé car vous habitez dans tel quartier ou dans telle rue.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Je crois que la notion de médecin référent relève d'un choix personnel dans l'esprit de tous les membres de la mission. J'aimerais que l'on revienne sur la question du pilotage. Vous avez souligné, à juste titre, la complexité de l'organisation de l'assurance-maladie obligatoire. Vous souhaitez que l'on dispose d'une caisse primaire d'assurance-maladie par département et une structure par région. Pouvez-vous nous en définir les fonctions et nous dire quelles seraient les relations de cette structure avec l'hôpital ? Finalement, l'hôpital reste une zone obscure ou absente dans tous nos propos, alors qu'il représente 50 % des dépenses. Quelles sont donc les relations de la structure régionale que vous avez mentionnée avec les agences régionales d'hospitalisation ?

M. Jean-François ROUBAUD : Je ne sais quoi vous répondre, en particulier en ce qui concerne les liens entre l'hôpital et la caisse primaire. Je crois qu'il faudrait gérer indépendamment l'hôpital au niveau de la région, avec des tarifs référents. Les niveaux régional et départemental ne seraient que l'exécutif du niveau national. Il n'y a pas d'autonomie, mais une différence hiérarchique directe entre la caisse départementale, la caisse régionale et la caisse nationale.

M. le Président : Il nous reste à vous remercier. Il est vrai qu'il est difficile de répondre à cette vague de questions sur des sujets aussi multiples. Vous nous aurez au moins présenté vos quatre axes de modernisation de façon précise.

**Audition de M. Pierre PERRIN,
président de l'Union professionnelle artisanale (UPA)
(Extrait du procès-verbal de la séance du 29 avril 2004)
Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président**

M. le Président : Je vous indique que M. Pierre Perrin est accompagné de M. Pierre Burban, secrétaire général de l'UPA, et de M. Guillaume Tabourdeau, chargé des relations avec le Parlement, que je remercie d'être présents.

Notre mission s'intéresse à la problématique de l'assurance-maladie. Si vous le voulez bien, je souhaiterais, M. le président, que vous ordonniez vos propos autour de deux thèmes rapides et d'un thème plus long.

Le premier thème rapide est le suivant : quels sont, pour vous, les principes qui doivent régir l'assurance maladie ? Il s'agira simplement de nous rappeler ses fondements.

La deuxième question que je vous demande de traiter en quelques mots porte sur le diagnostic que vous portez sur la situation actuelle.

Enfin, pour ce qui est du thème le plus important, je vous demanderai, si vous trouvez que la situation ne peut pas perdurer, quelles solutions vous pouvez préconiser ou espérer.

Voilà votre « feuille de route », si je puis dire. Je me permettrai parfois de vous interrompre pour donner à mes collègues la possibilité de vous faire préciser tel ou tel point s'ils le souhaitent.

M. Pierre PERRIN : Vous avez souhaité m'entendre au titre de l'UPA sur la problématique de l'assurance maladie et je tiens à vous en remercier.

Les derniers éléments chiffrés que nous connaissons tous ne font, malheureusement, que confirmer la situation catastrophique des finances de la Sécurité sociale. Loin de moi l'intention de m'attarder sur la situation financière, d'autant que ce point ne figure pas parmi les sujets sur lesquels vous souhaitez m'entendre. Néanmoins, je veux rappeler que les conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale ont bien joué leur rôle d'alerte en attirant l'attention des pouvoirs publics, dès la fin du premier trimestre 2003, sur la dérive des comptes ; on peut donc regretter qu'aucune mesure n'ait été prise pour enrayer cette situation.

Par ailleurs, notre maintien dans les conseils d'administration en 2001, malgré le départ d'autres organisations, a permis d'éviter à notre sens deux écueils qui pointaient à l'horizon : soit une privatisation progressive, soit une reprise en main par l'Etat qui aurait été, dans les deux cas, très dommageable pour les entreprises comme pour les salariés.

Aujourd'hui, la problématique de l'assurance maladie porte à la fois sur les recettes, dont la progression est affectée par le ralentissement de la conjoncture, et sur les dépenses, dont le rythme en volume, depuis 2001, est de plus en plus élevé et n'avait pas été aussi élevé depuis plus de vingt ans : en quatre ans, de 1999 à 2003, les dépenses d'assurance maladie ont augmenté de 26 %.

Il nous semble important de faire ces quelques rappels pour lever toute ambiguïté avant d'entrer dans le vif du sujet, sur lequel vous m'avez à l'instant interrogé.

En ce qui concerne les deux premiers sujets que vous avez cités, à savoir les grands principes qui doivent régir l'assurance maladie et le diagnostic sur les difficultés actuelles, je tiens à rappeler que le diagnostic partagé et dressé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ne fait que confirmer les constats qu'avait dressés l'UPA.

Tout d'abord, il apparaît que, sur les dix dernières années, l'assurance maladie a fortement contribué au développement du système de santé tel qu'on le connaît aujourd'hui et à l'égalité des chances dans l'accès aux soins.

Bien sûr, ce système favorable de prise en charge explique largement la forte croissance des dépenses de soins. Toutefois, nous considérons qu'il est nécessaire de conserver un système d'assurance maladie solidaire et plus économe en prélèvements obligatoires, ce qui suppose d'agir sur deux niveaux : il faut, à notre sens, réorganiser le système de soins autour d'un meilleur rapport qualité-prix et faire évoluer certains paramètres de la prise en charge sans remettre en cause ses principes.

Pour l'UPA, la maîtrise des dépenses constitue l'élément fondamental pour assurer le maintien d'un système de soins de qualité. Or la prise en charge de ces soins ne peut être garantie que si son bon niveau est compatible avec la charge que peut assumer l'économie de notre pays.

C'est pourquoi nous considérons que l'assurance maladie ne devrait assurer que le remboursement de biens et services qui ont fait la preuve de leur sécurité et de leur efficacité. Nous souhaitons une distinction nette entre ce qui doit effectivement relever de la solidarité collective (définition d'un panier de biens et services) et ce qui doit être à la charge de chaque individu, selon son choix et ses possibilités.

M. le Président : M. le président, vous avez dit qu'il fallait déterminer la qualité de ces biens et services, mais qui va déterminer cette qualité ?

M. Pierre PERRIN : Je vais l'expliquer ensuite. Nous dénonçons par ailleurs l'absence de maîtrise de la démographie médicale, même si c'est un point peut-être moins important. En effet, les disparités géographiques vont s'accroissant, rendant l'accès aux soins difficile dans certaines zones du territoire. La densité de professionnels libéraux de santé reste plus élevée dans le sud de la France et en Ile-de-France – on le sait – que dans le nord et l'est, sans que cette répartition soit proportionnellement justifiée par les besoins sanitaires.

Il y a donc, à notre avis, urgence à assurer concomitamment une proximité de soins et une continuité de ces derniers. En effet, la disproportion entre la répartition géographique des professionnels libéraux de santé et des besoins sanitaires devrait nous amener, gestionnaires de l'assurance maladie et pouvoirs publics, à réfléchir à une adaptation des conditions d'installation des professionnels de santé.

Il convient, pour l'UPA, d'élargir aux médecins les conditions d'installation appliquées aujourd'hui aux officines pharmaceutiques pour lesquelles les règles de création, de transfert ou de regroupement sont établies par la loi pour répondre à des exigences de proximité du service rendu à la population.

Au-delà des points envisagés par le Haut Conseil, sur lesquels je reviendrai, deux sujets doivent en outre être mis en avant dans ce diagnostic sur les difficultés actuelles.

M. le Président : Je souhaiterais que vous ne vous étendiez pas trop sur le diagnostic, car j'ai bien compris que celui établi par le Haut Conseil correspondait aux positions de l'UPA.

Il m'importe maintenant que vous nous donniez les pistes vers lesquelles nous pourrions nous orienter. Nous avons bien compris que vous ne remettiez pas en cause les principes de l'assurance maladie et que vous aviez dénoncé les dérives constatées depuis plusieurs années, mais nous voudrions savoir – c'est là que vous pouvez nous apporter des informations intéressantes – comment nous pourrions redresser la situation, en matière de recettes et de dépenses, et en matière de gouvernance.

M. Pierre PERRIN : A notre avis, il faut tout d'abord responsabiliser le monde médical mais aussi les patients, parce qu'aujourd'hui, on se rend bien compte que l'on se trouve face à un abus. Rien que le fait de responsabiliser les patients et de relancer le carnet de santé sous une forme ou une autre, ce qui avait été envisagé mais n'a jamais été fait, devrait accroître le suivi médical et davantage responsabiliser les patients.

Quant à l'utilisation de la carte Vitale, qui est un moyen de paiement actuellement très pratique, elle pourrait être mieux maîtrisée. Il semble – mais je ne suis pas un spécialiste en informatique – que l'on pourrait y entrer un certain nombre de renseignements. Là aussi, il y a des efforts à faire.

Par ailleurs, l'Union professionnelle artisanale estime qu'on ne peut pas éternellement se contenter d'un financement reposant sur les revenus du travail et qu'il faut donc trouver d'autres recettes. Depuis la création de la Sécurité sociale, le financement est fondé sur les salaires et les artisans, qui emploient une main-d'œuvre importante, se trouvent pénalisés par rapport à de grandes entreprises qui se sont robotisées à un rythme soutenu.

Autre point sur lequel nous sommes extrêmement vigilants : la gouvernance. Nous souhaiterions à cet égard une gestion paritaire par les partenaires sociaux, qu'il s'agisse des employeurs ou des salariés.

M. le Président : Vous venez de nous parler de la gouvernance. Vous avez également parlé des recettes. Que pouvez-vous dire sur les dépenses ?

M. Pierre PERRIN : J'ai dit qu'il fallait mieux les maîtriser.

M. le Président : Vous avez en effet évoqué le carnet de santé et la carte Vitale.

M. Pierre PERRIN : Il semble qu'il doive y avoir une articulation autour de ce qui avait été imaginé pour le carnet de santé et la carte Vitale.

M. le Président : N'avez-vous pas le sentiment que, sur la carte Vitale, il y a un certain nombre d'abus ?

M. Pierre PERRIN : Tout à fait. Comme je l'ai dit tout à l'heure, il ne semble pas que la carte Vitale soit aujourd'hui complètement maîtrisée. Par ailleurs, elle pourrait à notre sens apporter d'autres services.

M. le Président : Etes-vous favorable ou non au médecin référent ?

M. Pierre PERRIN : Oui, sachant que, là aussi, cela doit faire partie d'une réflexion globale. De même, il nous semble que, dans la responsabilisation du patient, il ne serait pas inutile (j'ai fait un déplacement fin février en Allemagne avec des personnes qui sont dans cette salle aujourd'hui au cours duquel cette question a été évoquée) de mettre en place un ticket modérateur d'ordre public, ce qui est une mesure assez contraignante mais qui peut contribuer notablement à la responsabilisation.

Il faut sortir du simplisme. Evidemment, le fait de pouvoir se soigner dans de bonnes conditions est un confort idéal et il ne faut pas revenir sur ce principe. De même, c'est une très bonne chose que de se soigner gratuitement et de ne rien déboursier, mais cela ouvre la porte aux excès, ce qui suppose de se donner des outils de contrôle suffisants. Ce point est central.

Nous ne trouvons pas aberrante une contribution directe du patient, même si elle est modique, et c'est, pour nous, le degré de responsabilité qui doit être mis en avant.

M. le Président : Si je comprends bien, vous êtes contre toute augmentation des cotisations.

M. Pierre PERRIN : Tout à fait.

M. le Président : Etes-vous également contre l'augmentation de la CSG ?

M. Pierre PERRIN : Pour nous, un financement par la CSG avec une assiette plus large que les seules cotisations assises sur les salaires serait plutôt une bonne chose.

M. Hervé MORIN : Qu'est-ce qu'une assiette plus large ?

M. Pierre PERRIN : C'est une cotisation qui s'appliquerait sur une base plus large que les seuls revenus du travail.

Je ne pense pas que l'on pourra envisager un jour de faire cotiser les robots, mais il faut trouver des solutions pour obtenir un élargissement de l'assiette et, surtout, pour faire en sorte qu'il n'y ait pas d'augmentation des prélèvements sur les salaires.

M. le Président : Etes-vous également contre une augmentation de la CRDS ?

M. Pierre PERRIN : S'il doit y avoir une augmentation, il faut privilégier celles qui sont faites sur une assiette plus large, et la CSG en fait partie. Pour être plus précis, nous préférons qu'il n'y ait pas d'augmentation, évidemment, mais, s'il devait y en avoir une, nous préférons une augmentation de la CSG à une augmentation directe des cotisations qui ne porterait que sur les salaires.

M. le Président : Etes-vous favorable à une TVA sociale, et à une autre assiette des cotisations sociales qui serait la valeur ajoutée des entreprises ?

M. Pierre PERRIN : Ce n'est pas une piste que nous avons explorée.

M. le Président : Nous non plus, mais nous cherchons à le faire... Que pensez-vous de la TVA sociale ?

M. Pierre PERRIN : Ce souci d'avoir davantage de recettes est évidemment une priorité dans l'état actuel des choses, mais pour nous, la première priorité est de mieux maîtriser les dépenses.

Nous pensons qu'il faut une réforme courageuse. Il ne faudrait pas que nous poursuivions la fuite en avant alimentée par une augmentation des charges sans tentative de meilleure maîtrise des dépenses. Sinon, perdurerait une politique de ponctionnement, particulièrement sur les petites entreprises, qui ne serait pas compensée par une meilleure maîtrise des dépenses.

M. Philippe AUBERGER : Il faut être concret, M. le président. Nous sommes en face d'un déficit annuel qui est de l'ordre de 10 milliards et il y a trois grands types de solutions :

- la maîtrise des dépenses par un meilleur contrôle ;
- la contribution directe éventuelle des bénéficiaires en leur demandant une participation, soit sous forme d'une franchise annuelle, soit sous forme d'une contribution par boîte de médicaments ou par consultation ;
- des solutions plus larges comme l'augmentation de la CSG ou de la CRDS, ou la TVA sociale notamment.

Comment pensez-vous que les 10 milliards puissent être couverts par chacune des trois solutions ?

M. Pierre PERRIN : Si je pouvais vous donner la solution, j'en serais ravi. Tout cela est à étudier et à peser, mais vous avez bien résumé les choses. Pour notre part, nous serions pour une contribution, aussi minime soit-elle, issue de la mise en place d'un ticket modérateur d'ordre public.

Encore une fois, il n'est pas question pour nous de remettre en cause l'assurance maladie, qui est probablement l'un des meilleurs systèmes au monde. Cela dit, comme nous nous sommes laissés aller au confort de cette situation, nous sommes aujourd'hui face à des abus.

Pour autant, je ne suis pas en capacité de chiffrer ce que peuvent « rapporter » une meilleure maîtrise des dépenses et la suppression des abus de tous ordres. Simplement, il faut bien se donner les moyens de cette politique.

On sait bien également qu'en 2004 le déficit atteindra probablement 12 milliards d'euros, le déficit cumulé, 33 ou 34 milliards d'euros, et que plus on attend, plus la difficulté sera grande.

Les artisans ne sont pas des gens à part : ils financent par leurs cotisations le dispositif, sont touchés comme les autres par la maladie et ont besoin de l'assurance maladie. Au titre des arrêts de travail, là non plus, je n'ai pas de chiffres, mais ce n'est pas

notre secteur qui est le plus « consommateur » de prestations. En outre, nous sommes chaque jour au contact des clients, nous avons beaucoup de relations avec le grand public et nous voyons bien qu'ici ou là, il y a des abus. Il serait donc franchement agaçant de constater que, dans un projet de réforme, on essaie de résoudre les problèmes uniquement par des augmentations de recettes. Je pense que l'on peut réellement se donner les moyens de mieux maîtriser les dépenses.

M. Jean-Marie ROLLAND : Vous avez parlé de la maîtrise médicalisée et vous avez insisté sur la nécessité de responsabiliser les acteurs, c'est-à-dire les assurés et les prescripteurs, mais vous n'avez pas distingué entre la médecine de ville et l'hôpital. Était-ce volontaire ?

Vous avez parlé plusieurs fois des abus. Avez-vous des chiffres et des pistes sur ce point ?

Enfin, à partir du moment où l'on parle de responsabilisation, il faut parler du contrôle. Quelles sont les méthodes que vous préconisez ? Souhaitez-vous des conventions individuelles avec les praticiens ou, au contraire, une incitation financière ?

M. Pierre PERRIN : La responsabilisation des intervenants, du monde médical comme des patients, doit effectivement intervenir. Il est vrai que j'ai plus parlé de la médecine de ville que de l'hôpital parce que je privilégie la proximité. Toutefois, mes propos pour une maîtrise médicalisée visent également l'hôpital : je rappelle que l'assurance maladie est victime d'une dispersion des dépenses hospitalières qu'elle finance sans aucun moyen de contrôle.

Il semble qu'en termes de gestion et de marchés publics, il y ait également des économies à faire.

M. Gérard BAPT : Le ticket modérateur est couvert par les complémentaires et, au fond, ne s'adressera qu'aux complémentaires. Ce n'est donc pas un élément d'économie directe pour l'assurance maladie. Ce qui pourrait constituer une recette pour l'assurance maladie, c'est la participation obligatoire par boîte ou par ordonnance, mais c'est un autre aspect de la question.

Les abus peuvent être réglés par des solutions techniques, notamment à travers des systèmes informatiques comme la carte Vitale, mais le problème, à mon avis, est ailleurs : j'entendais hier le directeur de la CNAM indiquer que 10 à 40 % des prescriptions pharmaceutiques s'effectuent hors protocole de bon usage des soins et que cela va même plus loin lorsqu'on considère certains médicaments de type hypocholestérolémiant. Le problème ne vient pas, en l'espèce, du consommateur ou de l'utilisateur, mais bien du prescripteur.

Par conséquent, que pensez-vous des références opposables à la fois aux prescripteurs et aux patients, qui sembleraient plus efficaces en termes de maîtrise médicalisée ?

Ma deuxième question concerne la TVA sociale, dont l'intérêt serait qu'elle pèserait sur les produits importés, l'Union professionnelle artisanale étant, certes, moins concernée par cet aspect de la question que d'autres secteurs économiques. Comme nous l'a dit M. Méhaignerie, se poserait la question de la compatibilité avec la réglementation de

l'Union européenne en termes de concurrence, mais je tenais néanmoins à vous faire réagir sur ce point.

M. Pierre PERRIN : Je commencerai par répondre sur le ticket modérateur. Pour nous, il faut mettre en place le ticket modérateur qui serait d'ordre public et n'impliquerait donc pas de transfert de l'assurance maladie sur les complémentaires ; c'est une prise en charge réelle par le patient et rien d'autre.

M. Gérard BAPT : Mais cela ne peut s'appliquer qu'à ceux qui sont remboursés à 100 %. Ceux qui n'ont pas une complémentaire qui les couvre à 100 % ont déjà une prise en charge personnelle.

M. le Président : Le ticket modérateur d'ordre public correspond à une partie qui ne peut être remboursée ni par la Sécurité sociale, ni par une mutuelle, c'est-à-dire qui est de toute façon à la charge du patient.

M. Gérard BAPT : J'entends bien, mais cela ne concernera que la partie remboursée par les complémentaires et non pas par l'assurance maladie, qui, j'imagine, ne va pas réduire sa participation à due concurrence.

M. Pierre PERRIN : On peut voir les choses comme cela, mais, de toute manière, l'objectif...

M. Jean-Pierre DOOR : ...est une forme de franchise.

M. Pierre PERRIN : Exactement. L'essentiel est de responsabiliser. Comme je l'ai dit tout à l'heure, la situation actuelle est extrêmement confortable, mais quand même un peu trop facile ; nous n'avons pas les moyens d'y faire face et, en outre, elle engendre des excès et des abus.

Vous avez parlé des références opposables et c'est effectivement ce que nous demandons. Aujourd'hui, il semble que nous ayons les moyens de mieux contrôler et de mieux maîtriser les dépenses, mais il faut, d'une part, bien définir les possibilités existantes de rationalisation et, d'autre part, avoir le courage de les mettre en œuvre. Il faudra probablement, dans la période actuelle, avoir suffisamment de courage politique pour le faire.

Encore une fois, on ne peut pas résoudre ce problème en augmentant simplement la charge. La TVA sociale est effectivement une piste à explorer. Je répète simplement qu'il faut éviter de faire peser des charges supplémentaires sur les salaires, puisque l'artisanat est un secteur de main-d'œuvre : nous pouvons difficilement robotiser nos activités.

Nous avons un système de financement, il y a vingt ou trente ans, qui a fonctionné jusqu'à la fin des Trente glorieuses mais, aujourd'hui, nous ne sommes plus dans ce schéma. Il faut être plus imaginatif et, surtout, essayer de voir comment élargir cette assiette pour couvrir ce qui est un outil extraordinaire pour notre société et qu'il ne faut pas remettre en cause.

En 2001, l'UPA est restée au conseil d'administration des caisses de Sécurité sociale parce qu'elle a le sens des responsabilités. Dans ce cadre, aux côtés des autres

partenaires sociaux, elle a à plusieurs reprises attiré l'attention sur le fait qu'on allait dans le mur. Ces alertes n'ont trouvé malheureusement aucune réponse. Il y a donc bien un problème d'articulation entre les acteurs et la situation ne résulte pas de l'absence de certains partenaires dans la gestion, même si cette absence a rendu les choses un peu plus difficile.

M. Philippe VITEL : Je souhaiterais que vous reveniez plus précisément sur la maîtrise des dépenses et sur la maîtrise médicalisée. Vous avez évoqué tout à l'heure les abus de la carte Vitale actuelle. Pouvez-vous définir quelle est, pour vous, la carte Vitale idéale dans sa présentation, son fonctionnement et son contenu ? Pour vous, peut-elle participer à la fois à la surveillance des praticiens et à celle des patients ?

Enfin, vous avez parlé de références médicales opposables. Ce terme « opposable » sous-entend une sanction : doit-elle être systématique ou peut-on privilégier aujourd'hui des codes de bonne pratique plutôt que des références médicales opposables ?

M. Pierre PERRIN : Je ne suis pas allé compter les cartes Vitale, mais on dit qu'il y en a probablement en circulation deux fois et demi le nombre de patients. Il y a des moyens techniques à notre disposition aujourd'hui et nous avons, en France, des ingénieurs d'un niveau suffisant pour trouver des solutions.

Si on ne veut pas d'une carte Vitale clairement identifiée avec une photo par exemple, il faut en assumer la responsabilité. Si on met dans la nature des cartes Vitale avec lesquelles on peut être pris en charge à 100 % sans dépenser quoi que ce soit, même si je force un peu le trait, il ne faut pas s'étonner du résultat !

Quant aux références opposables, l'UPA y est favorable. Elles doivent s'adresser autant aux assurés qui doivent prétendre à des droits explicites qu'aux professionnels. C'est une question de cohérence et de discours responsable.

M. le Président : Il faut aussi parler des sanctions. Actuellement, le seul levier est celui du déconventionnement. Etes-vous partisan d'autres formes de sanctions en cas d'abus manifeste ?

M. Pierre PERRIN : A l'heure actuelle, tous les acteurs sont conscients des difficultés. Par conséquent, à partir du moment où le ministre engage de réelles discussions, nous ne devrions pas en arriver aux sanctions.

Le recours à l'évaluation des pratiques et le développement de la formation continue me semblent également des voies à explorer. Il y a chez les professionnels de santé des efforts à faire mais il faut aussi, probablement, beaucoup de compréhension de part et d'autre à mettre dans la balance.

Mme Catherine GÉNISSON : Dans vos propos liminaires, vous avez beaucoup insisté sur le fait que la réforme fondamentale qui vous semblait nécessaire était la réorganisation du système de santé. Dans ce cadre, je voudrais savoir comment vous partagez la responsabilité entre les citoyens et l'ensemble des professionnels de santé, et si vous avez une opinion sur le contrôle. Celui-ci relève-t-il exclusivement de compétences scientifiques ou faut-il aller plus loin ?

Par ailleurs, j'ai une question à vous poser sur une information que vous avez donné et qui m'a surprise : le fait que le nombre de cartes Vitale en circulation soit deux

fois et demi celui des assurés sociaux. J'ajoute que la carte Vitale ne permet un remboursement à 100 % que pour les pathologies qui relèvent des affections de longue durée.

M. Pierre PERRIN : Je n'ai rien contre la carte Vitale, mais il semble que le surnombre soit un phénomène bien réel. Il faut donc s'efforcer de mieux maîtriser ce genre de dispositif.

Mme Catherine GÉNISSON : Je ne vois pas comment peuvent circuler plus de cartes Vitale qu'il n'y a d'assurés sociaux.

M. Pierre PERRIN : Je ne suis pas allé voir les choses dans le détail. Je suis resté un certain temps chez le ministre l'autre jour et il semble que c'était un élément sur lequel on avait quelques certitudes.

M. le Président : On dit qu'il y a un commerce au noir des cartes Vitale.

Mme Catherine GÉNISSON : C'est comme si on disait qu'il y avait un commerce au noir des cartes bancaires. L'information me semble tellement grave et énorme que si elle est véridique, il faut avoir des arguments construits pour la valider. La carte Vitale est un peu comme la carte d'identité.

M. Pierre PERRIN : Quant au degré de responsabilité, il faut que le dialogue entre tous les acteurs de la médecine permette de ne pas aller jusqu'aux sanctions.

M. Yves BUR : Je voudrais quitter la question de la maîtrise médicalisée et de la maîtrise des dépenses pour parler de la gouvernance. Aujourd'hui, on peut se demander qui doit gouverner la Sécurité sociale. Vous avez dit tout à l'heure que c'étaient les partenaires sociaux. Pensez-vous qu'ils ont fait la preuve de leur capacité à gérer le système ? Ont-ils une vraie vision de la manière dont il faut conduire une gouvernance de l'assurance maladie et du système de santé ? Les auditions que nous menons depuis quelque temps me font douter de cette compétence.

Nous avons donc le sentiment que tout le monde est très frileux pour nous délivrer des axes de gouvernance, des axes de réforme et des pistes d'économie très concrètes, comme celles qu'a posées tout à l'heure M. Philippe Auberger. Comment économiser ? Sur quelles recettes supplémentaires peut-on compter ? J'aimerais vous entendre à ce sujet.

Gouverner l'assurance maladie, demain, c'est, à l'évidence, être en capacité de réorganiser et de réformer profondément le système. Or, au fur et à mesure de ces auditions, nous nous rendons compte que chacun des partenaires sociaux n'apporte que des réponses assez parcellaires et que peu d'entre eux ont une vision globale d'une réforme et de la gouvernance. Je suis très inquiet devant ce constat et je voudrais donc voir comment, notamment en l'absence du MEDEF, s'il persiste dans sa position de refus de participer à la gestion, on pourra conduire une telle gouvernance pour réformer profondément le système.

M. Jean-Luc PRÉEL : Pourquoi êtes-vous intéressé à participer à la gouvernance de l'assurance maladie, la maladie allant de la naissance jusqu'à la mort ? Ne seriez-vous pas davantage fondé à vous occuper des accidents du travail, des maladies professionnelles, de la retraite de base et complémentaire et du chômage ?

M. Pierre PERRIN : Notre rôle, à la CNAMTS, a toujours été d'alerter, et les effets des décisions qu'a pu prendre la caisse ont toujours été atténués par des décisions politiques, justifiées ou injustifiées.

C'est pourquoi nous considérons qu'il est nécessaire de revenir à une gestion paritaire dans le cadre d'une délimitation plus claire du rôle de chacun des acteurs. Cela est vrai également pour les accidents du travail et les maladie professionnelles.

Ceux qui participent à la gestion ne sont pas des scientifiques et n'ont pas à dire l'utilité de tel ou tel médicament. C'est pourquoi, dans la gouvernance, le Haut Conseil de la santé publique ou, en tout cas, une communauté de scientifiques doit définir les protocoles et les prises en charge des médicaments utiles et inutiles, puis l'Etat doit définir les grandes lignes de la politique de santé publique et, enfin, les gestionnaires doivent remplir leur fonction.

Nous voyons deux pôles de gestionnaires : un organisme paritaire tel qu'il a existé avant 2001, c'est-à-dire avant le départ d'autres organisations patronales, et une deuxième instance de surveillance qui pourrait regrouper la mutualité, les assurances complémentaires et les professions de santé.

Pour nous, il y a donc trois niveaux :

- un Haut Conseil ou un comité scientifique, qui indique les pistes et les moyens indispensables,
- l'Etat, qui définit les grandes lignes,
- les gestionnaires des caisses.

M. le Président : On ne voit pas du tout apparaître le rôle du Parlement. La loi de financement a-t-elle encore une place dans votre schéma ?

M. Pierre PERRIN : Oui, évidemment. Il serait prétentieux de penser autrement. Elle est d'ailleurs indispensable à l'action des gestionnaires qui doivent pouvoir s'appuyer à la fois sur un cadre pluriannuel global de santé publique et sur des déclinaisons annuelles de moyens fixés dans les lois de financement de la Sécurité sociale et notamment l'ONDAM.

M. le Président : Je vous remercie, M. le président, de vous être livré à cet exercice qui, je l'imagine, n'est pas facile pour vous.

M. Pierre PERRIN : Il n'est pas facile, mais croyez que nous en apprécions largement l'importance. C'est pourquoi nous nous y investissons et nous sommes prêts, demain, à nous y investir encore.

**Table ronde « professions de santé »¹ regroupant
M. Michel CHASSANG, président de la CSMF,
M. Pierre COSTES, président de MG France,
M. Dinorino CABRERA, président du SML,
M. Jean-Claude RÉGI, président de la FMF,
M. Jacques REIGNAULT, président du CNPS.**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 29 avril 2004)

Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président

M. le Président : MM. les présidents, je vous remercie d'avoir répondu à l'invitation de notre mission d'information.

Elle n'a pas pour objet de recommencer les travaux déjà effectués, mais de permettre aux députés de réfléchir avant que le projet de loi du gouvernement soit déposé à l'Assemblée nationale. Avant que nous vous posions des questions, je vais vous passer la parole aux uns et aux autres pour que vous nous disiez : premièrement, quels sont, pour vous, très sommairement, les principes qui doivent régir l'assurance maladie ; deuxièmement, quel diagnostic vous portez sur l'assurance maladie ; et, troisièmement, après avoir apporté ce diagnostic et précisé les principes qui doivent régir l'assurance maladie, quelles solutions vous nous proposez.

M. Michel CHASSANG : M. le Président, mesdames et messieurs les députés, merci de nous recevoir dans cette vénérable et noble institution pour parler d'un sujet qui nous tient tous à cœur : la réforme et l'avenir de l'assurance maladie.

Premièrement, quels sont les principes retenus par les syndicats de médecins libéraux, et en particulier le premier d'entre eux, la confédération des syndicats médicaux français ?

Nous sommes attachés à une médecine libérale et sociale, vocable sous lequel on retrouve quatre piliers essentiels :

- une liberté de choix du médecin par le patient ;
- un égal accès aux soins pour tous et le maintien d'un principe de solidarité dans la protection sociale : nous sommes opposés à une étatisation de type britannique ou une privatisation de l'assurance maladie ;
- l'indépendance de la pratique professionnelle assortie d'une responsabilisation en matière de qualité et de coordination des soins et d'une évaluation des pratiques professionnelles par la profession ;
- le paiement à l'acte, enfin, auquel nous restons attachés même si nous avons conscience que, pour certains, nous pouvons faire figure de dinosaures ; nous pensons en effet que, bien que n'étant pas le mode exclusif de rémunération du médecin libéral, il lui est spécifique.

¹ CSMF : Confédération des syndicats médicaux français
MG France : Médecins généralistes de France
SML : Syndicat des médecins libéraux
FMF : Fédération des médecins de France
CNPS : Centre national des professions de santé

Dans ce contexte, nous estimons que les honoraires doivent être à leur juste valeur et que le blocage des honoraires et des actes tel que nous le connaissons depuis huit ans n'est ni souhaitable, ni tolérable car il entraîne des répercussions majeures sur notre système.

M. le Président : Si vous le voulez bien, avant d'en venir au diagnostic, je vais demander à vos collègues d'intervenir sur les principes. M. Costes, je sais que vous êtes un homme de principes.

M. Pierre COSTES : Notre organisation, MG France, est née avec la Sécurité sociale. C'est une grande différence avec les autres syndicaux médicaux nés auparavant.

Nous exerçons, en tant que généralistes, dans un système de santé conventionné, dans le cadre d'un contrat avec la société, par lequel le financement de la dépense est solidaire. Le principe de la solidarité dans la prise en charge est, pour nous, un élément essentiel, évidemment en tant que citoyens, futurs malades et médecins, mais aussi parce que nous savons que les Français sont inégaux dans la maladie.

En tant que professionnels libéraux, cela nous donne en outre une très grande liberté. Nous sommes donc attachés à ce système contractuel de prise en charge solidaire couplée à l'initiative privée libérale : il garantit à la fois la solidarité par la Sécurité sociale mais il est également facteur de liberté. Il permet de mobiliser énormément de ressources au service du malade pour le soigner sans avoir à tenir compte de son état de richesse, pour utiliser telle thérapeutique, tel médicament ou tel matériel. En tant que médecins, nous bénéficions dans ce système du double avantage de la protection sociale et de la liberté professionnelle.

M. Dinorino CABRERA : Il n'est évidemment pas facile de répondre en quelques minutes, mais je vais m'y efforcer.

L'assurance maladie est une assurance mais elle joue également un rôle de solidarité : en un mot, la collectivité prend en charge ceux qui ne pourraient pas payer par eux-mêmes leurs dépenses de santé.

Cependant, on constate aujourd'hui un grand malaise : les gens payant de plus en plus, croient pour certains qu'ils peuvent consommer à due concurrence de ce qu'ils paient, si bien qu'on arrive, qu'on le veuille ou non, à un consumérisme qui oublie un peu l'assurance. Au lieu d'un système dans lequel chacun met dans le pot au cas où il serait malade, on se dit : « Puisque j'ai payé, je consomme ».

Je pense que l'on est arrivé à une surconsommation de soins qui fait qu'aujourd'hui, les dépenses ne sont pas adaptées aux recettes ou les recettes aux dépenses. En un mot, on dépense beaucoup plus que ce qu'on peut dépenser.

M. Jean-Claude RÉGI : Beaucoup de principes ont déjà été énoncés.

Pour nous, les ordonnances de 1945 s'imposent à tous comme un acquis social majeur. En offrant un très large accès aux soins, l'assurance maladie a joué, outre son rôle sanitaire, une fonction de cohésion sociale majeure. Elle est un bien précieux. Il faut tout mettre en œuvre pour la préserver car elle est vraiment menacée. Il faut par ailleurs améliorer le fonctionnement du système de soins et la coordination de tous les acteurs. Pour ce faire, il faut mener une large concertation entre tous les intervenants.

Le financement socialisé appelle un discernement dans l'utilisation des fonds. L'offre de soins étant aujourd'hui extrêmement variée, la prendre en charge sans aucun tri expose à ne plus pouvoir prendre en charge l'essentiel. Sans remettre en cause l'universalité de la couverture maladie, nous devons être capables de faire des choix.

Il faut donc faire des choix, structurer davantage le fonctionnement du système de soins, prouver l'utilité et la qualité de ce que l'on rembourse et entrer dans une démarche de qualité, d'évaluation des pratiques et d'accréditation. Pour être synthétique, je dirai que le malade doit être au centre du système de soins et la solidarité au cœur de la Sécurité sociale.

M. Jacques REIGNAULT : Le Centre national des professions de santé regroupe les vingt-quatre syndicats nationaux représentatifs des professions de santé, dont tous ceux qui sont ici font partie. Je ne peux donc que m'inscrire dans la continuité des propos tenus.

M. le Président : Si les principes qui ont été émis par vos collègues retiennent votre adhésion, vous pouvez aborder tout de suite le diagnostic.

M. Jacques REIGNAULT : Sur les principes, je pense que nous sommes tous d'accord.

M. Jacques REIGNAULT : Nous sommes trois sur cinq à avoir participé au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, chargé du diagnostic sur l'assurance maladie et de vérifier si celui-ci est partagé. Il l'a globalement été, puisque, bien qu'il n'y ait pas eu de vote, l'ensemble des acteurs – M. Le Guen en a été témoin – a constaté qu'il n'y avait pas lieu de bouleverser le système mais de le faire mieux fonctionner.

Chacun s'accorde sur le fait que notre système fondé sur la solidarité – dont l'Etat est garant – peut s'appuyer sur la contractualisation et la délégation de gestion. Chacun s'accorde également sur la nécessité pour le Parlement d'être, en amont de la délégation de gestion, dûment informé de l'usage des ressources qu'il va voter.

Le diagnostic montre cependant qu'il n'y a pas de véritable pilotage du système, c'est l'un des problèmes majeurs. Le tout ressemble à un moteur à quatre temps qui marche sur deux pattes. L'éclairage du Parlement en amont sur l'allocation des ressources est insuffisant. En aval, nous constatons, en tant que professionnels de santé, que le vote par un Parlement informé des grandes priorités de santé publique et de ressources, donne ensuite lieu à la mise en œuvre d'un dispositif très général que l'on baptise « négociation » entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé. On retrouve là tous les défauts du système.

Le premier est le cloisonnement total entre les grands blocs que constituent l'hospitalisation publique, l'hospitalisation privée et les professionnels de santé. Il faut y mettre fin. L'interprofessionnalité est d'ailleurs la mission essentielle du Centre national des professions de santé. Il faut fédérer les professionnels, décloisonner le système et passer de logiques institutionnelles, de logiques de structures à une logique liée au parcours du malade. Si quelqu'un se casse une jambe dans la rue, il navigue entre différentes structures, passe ainsi de l'hôpital au secteur privé ou libéral, bénéficie de soins. C'est à tous les parcours que le système doit s'adapter.

Pour l'instant, la Caisse nationale d'assurance maladie négocie avec les différentes professions de santé : médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmières, etc.

Son action est cloisonnée et divisée en grands blocs. Le maître mot du diagnostic est donc le décroisement.

Deuxièmement, si, en amont, le Parlement délibère d'orientations de santé publique, leur déclinaison en aval n'est pas structurée. Il est vrai que la discussion se passe avec des caisses qui n'exercent pas moins de cinq métiers différents.

Il s'agit donc, en clair, de dire ce que l'on veut faire, comment on le fait, avec qui, pourquoi et à quel prix afin d'entrer dans le cadre fixé par la solidarité nationale. Il faut une réforme de structure permettant une véritable contractualisation.

M. le Président : Tout le monde est-il d'accord sur ce diagnostic ?

M. Michel CHASSANG : Nous partageons ce diagnostic que nous avons d'ailleurs approuvé en tant que membres du Haut Conseil.

Le système conjugue en fait trois inconvénients. Le premier est qu'il est mal piloté, mal géré et mal coordonné : je n'y reviens pas.

Le deuxième est qu'il continue de susciter une grande insatisfaction chez ses utilisateurs, en particulier chez les professionnels. Il y a eu une grave crise parmi les médecins généralistes en 2001 et 2002 ; aujourd'hui, la situation devient explosive pour les médecins spécialistes. Bref, la « chienlit » s'installe sur le terrain. Troisièmement, le système nous entraîne vers un gouffre financier sur lequel je ne reviendrai pas.

Ce diagnostic nous satisfait sur un certain nombre de points ; tout d'abord, il préconise d'agir à plusieurs niveaux, à la fois sur la restructuration globale du système, sur le périmètre de prise en charge – j'imagine que nous y reviendrons tout à l'heure – et sur les paramètres financiers. Ensuite – ce n'est pas la moindre des satisfactions – il tourne délibérément le dos à tout dispositif de maîtrise comptable. Nous nous y sommes opposés pendant des années. Enfin, il met fin, à notre sens, à la culpabilisation à outrance des professionnels systématiquement pratiquée jusqu'ici par tous les gouvernements.

En revanche, il ne nous satisfait pas dans la mesure où nous avons eu la désagréable impression que le Haut Conseil se penchait quasi exclusivement sur la médecine libérale et ambulatoire et que la part hospitalière était occultée. Or nous pensons que la médecine libérale ne saurait servir de variable d'ajustement à l'hôpital, qui représente plus de la moitié des dépenses d'assurance maladie. Une réforme ne concernant que la portion congrue des dépenses, qui constitue la médecine ambulatoire, serait, à notre avis, vouée à l'échec et contraindrait à revoir la copie d'ici quelque temps.

Faut-il réformer ? Oui. Nous sommes prêts à participer à cette réforme de façon active, mais à condition que l'on refonde le contrat conventionnel qui lie les caisses d'assurance maladie et les professionnels. Aujourd'hui, ce contrat conventionnel a perdu tout sens.

M. Dinorino CABRERA : L'assurance maladie est aujourd'hui en coma dépassé ! Pourquoi ? Parce qu'il y a eu une absence de pilotage et de définition des objectifs de santé publique. Finalement, on s'est contenté de rembourser des soins sans juger de leur efficacité, de leur qualité et, surtout, sans regarder la complémentarité entre les différents acteurs. Il faut obligatoirement qu'il y ait complémentarité entre la ville et l'hôpital, entre généralistes et spécialistes et faire en sorte que ce soit le meilleur effecteur, en termes de

qualité et de coût, qui procède à l'acte. Aujourd'hui, ce n'est pas le cas. On s'est contenté de dire à nos concitoyens : « consommez, nous paierons ». Le problème est que tout le monde paie et que les dépenses sont mal adaptées aux recettes. Il est temps aujourd'hui de repositionner l'assurance maladie sur sa dimension assurantielle et de veiller à ne pas laisser croire aux Français qu'ils peuvent consommer n'importe comment.

M. Pierre COSTES : Premièrement, le système est coûteux, non géré – jusqu'ici ce n'était pas dramatique – et, surtout, il est désormais inégalitaire. Pendant des années, les progrès du système de santé et dans l'accès aux soins ont été obtenus par une augmentation de l'offre. On est d'ailleurs arrivé à un excès d'offre, ce qui constituait la meilleure garantie de l'accès aux soins de la population. Sans système de santé organisé et sans mode d'emploi, chacun trouvait toujours, partout et tout le temps, réponse à sa demande de soins. Généraliste, spécialiste, médecin de ville, hôpital universitaire ou local, l'excès de l'offre a garanti au citoyen l'accès aux soins dans tous les cas de figure.

Deuxièmement, plus on a développé l'offre, dépensé et amélioré la couverture de la population, plus on a amélioré les résultats sanitaires de la population. Pendant trente ans, le progrès de l'offre a indéniablement amélioré l'espérance de vie et les résultats sanitaires.

Cependant, on est arrivé à un point où l'excès de l'offre ne garantit plus l'accès aux soins. Je donnerai un seul exemple qui a choqué tout le monde : pendant la canicule de l'été dernier, à Paris, la ville de France où l'offre de soins est maximale, où il y a le plus d'hôpitaux universitaires, d'hôpitaux, de cliniques, de médecins généralistes et spécialistes, où l'on a trois tours de garde organisés pour la médecine générale et des tours de garde pour SOS cardiologie et pour divers SOS, il y a eu des files d'attente. On voit donc bien que l'excès de l'offre ne garantit plus l'accès aux soins de l'utilisateur. Il y a d'autres exemples de ce phénomène. On sait aussi que l'augmentation de l'offre de soins favorise le développement des infections nosocomiales dans les hôpitaux et des interactions médicamenteuses. On voit donc que le « plus », même en termes de soins, ne contribue pas nécessairement à l'amélioration du résultat.

Autrement dit, ce système coûteux et non géré a produit des résultats mais devient inégalitaire. Aujourd'hui, les citoyens et les professionnels le constatent. On assiste à un recul barbare. Il résulte d'une inégalité dans les délais de prise en charge et dans la répartition territoriale des professionnels, d'une inégalité en termes de contenu médical et d'informations – certains peuvent avoir accès à l'information, ce qui n'est pas le cas des autres : le système ne garantit pas la circulation de l'information – et d'une inégalité en matière de tarifs.

Nous avons affaire à un dispositif qui, pendant longtemps, a été un modèle et sur lequel on s'interroge à présent. Il faut donc faire des progrès. Vos préoccupations, en tant que gestionnaires du pays, concernent évidemment le coût et la gestion, bien sûr, mais le « trou de la Sécu » n'a jamais mobilisé les Français : cela se saurait. En revanche, ils attendent des progrès dans la qualité du système de santé en termes de délais, de circulation de l'information, de respect des tarifs, d'offre de soins organisée, de modes d'emploi, de garantie de permanence de soins et de cohérence.

M. le Président : Tout le monde est-il d'accord sur ce constat ?

M. Jean-Claude RÉGI : Je me permets d'insister sur le problème que représentent les difficultés de gestion. La gestion du système doit être globale. Il faut arrêter de traiter les problèmes comme un patchwork : un jour on traite le problème de l'hôpital, le lendemain celui du médicament et le surlendemain celui de la médecine libérale. L'une des difficultés

tient justement à ce manque de coordination dans la gouvernance du système. Il faut l'optimiser. Il ne faut pas oublier, lorsqu'on parle de dérives, que le défaut d'optimisation est, certes l'une des raisons essentielles, mais qu'il est aggravé par un déficit de recettes, particulièrement important aujourd'hui compte tenu de la crise économique. Il faut le dire et ne pas se lancer dans le débat sur les causes structurelles ou conjoncturelles.

M. Hervé MORIN : Messieurs, lorsque je vous entends – je vais être volontairement quelque peu provocateur – nous dire que le système est coûteux, non géré et qu'il y a une absence de gouvernance, je suis tenté de vous demander ce que vous avez fait depuis des années !... Depuis longtemps, tous les gouvernements et toutes les majorités, quels qu'ils soient, échouent dans leurs tentatives d'amélioration du système.

D'un côté, la Sécurité sociale nous dit, par la voix de M. Spaeth et d'autres : « *C'est impossible, on n'arrive pas à proposer des choses ; on a les outils mais les discussions sont impossibles* » et, de l'autre, vous faites le même constat. Je me demande donc pourquoi, depuis des années, ce système en coma dépassé et cloisonné n'a jamais pu être amélioré.

M. le Président : Vous allez pouvoir répondre, Messieurs, et je rappelle que nous ne sommes pas ici dans un tribunal.

M. Hervé MORIN : Ce n'est pas ce que je souhaite. Je parle très honnêtement et franchement.

M. le Président : M. Cabrera va répondre.

M. Hervé MORIN : Ce n'est pas lui que je vise.

M. le Président : Mais c'est lui qui demande la parole.

M. Dinorino CABRERA : Je ne me sentais pas du tout visé.

M. le Président : Personne n'est visé.

M. Dinorino CABRERA : Nous avons essayé de faire des propositions, mais jamais nous n'avons été entendus ni écoutés.

M. le Président : Vous aurez dans quelques instants l'occasion de nous faire des propositions.

M. Hervé MORIN : Par qui n'avez-vous pas été entendus ?

M. Dinorino CABRERA : Par tout le monde. Comme je l'ai déjà dit, il n'y a pas de pilotage et nous ne pouvons pas discuter avec les caisses d'assurance maladie. Nous avons cependant réussi à faire passer une idée : celle du C à 20 euros et du V à 30 euros. Cette réforme donne de bons résultats. Il y a d'autres exemples de dialogue réussi : le développement des génériques, la prescription des antibiotiques. Quand on nous écoute, on y arrive !

En 1993, deux syndicats – dont le nôtre – avaient signé une convention sur la maîtrise médicalisée. A l'époque, le rythme de croissance de la dépense était de 7 % ; il était descendu à 1,6 % puis est remonté à 4 % l'année suivante. Sur deux années, l'objectif avait donc été largement respecté. Qui a cassé la convention ? Ce n'est pas nous ! Nous étions favorables à la maîtrise médicalisée.

Il est vrai – je le dis devant vous tous – que jamais nous ne pourrons, nous, médecins, combler les 12 ou 14 milliards de déficit. Pensez-vous qu'à 23 ou 25 euros, un spécialiste peut diminuer son activité quand il y a une demande de type consumériste ? Non ! Nous voulons que l'on puisse augmenter la valeur nominale des actes pour pouvoir moins travailler, moins prescrire et mieux écouter. A chaque fois que nous l'avons proposé, on nous a dit que cela coûtait trop cher alors que nous le lions bien à la modération des activités ! Quand nous faisons des propositions, nous ne sommes pas entendus ! Voilà pourquoi nous sommes obligés d'élever le ton de temps en temps.

M. Pierre COSTES : M. Morin n'a pas vraiment écouté ce que j'ai expliqué. J'ai dit en effet, entre autres, que, pendant des années, l'excès de dépenses et l'excès d'offre ont été des garanties pour les citoyens.

M. Hervé MORIN : J'ai compris !

M. Pierre COSTES : Ceci explique cela. Cela explique les gesticulations et les petites mesures adoptées pendant des années. Les politiques laissaient le système rouler parce qu'il garantissait de plus en plus de choses en termes de qualité et de protection sociale.

Le moteur pour agir est économique pour ceux qui gèrent le système. Le moteur pour les individus comme pour les professionnels est celui de la qualité. Quand on passe une heure au téléphone pour chercher une place à un patient, on voit bien que le système n'offre pas de garantie, surtout quand il est préférable de passer par la fille de votre ami qui est secrétaire dans tel service pour obtenir une place dans une consultation. On voit bien que le système ne garantit pas l'accès alors que des dérivatifs le permettent.

Le système pourrait continuer ainsi s'il ne produisait pas d'inégalités. Or tout le monde dit à présent qu'il n'est plus possible de continuer. Je vais donc faire un petit parallèle, puisque vous nous avez agressés en disant : « *Que faites-vous ?* »

M. Hervé MORIN : Je ne vous ai pas agressés !

M. Pierre COSTES : Disons que vous nous avez responsabilisés. Je vais répondre dans la provocation. Qu'a-t-on fait pendant des années pour la sécurité routière ? De nombreux acteurs s'y sont investis jusqu'au moment où le pays a dit : « *18 000 morts, ça suffit !* » Le pays l'a signifié avec des petites mesures qui ont été des symboles et qui sont venues des responsables politiques. Vous dites qu'il faut maîtriser les dépenses et faire mieux pour les médicaments génériques, mais certains professionnels et certaines organisations se sont battu pied à pied pour les génériques alors que l'Etat n'accordait pas les moyens nécessaires. Ce refus d'adopter les mesures nécessaires revient à donner le signal que la société n'a pas de politique, n'a pas réellement décidé d'agir.

M. Pierre COSTES : Le fait de ne pas avoir les outils indispensables ne produit pas de résultat, bien sûr, mais cela donne surtout aux professionnels, aux usagers et à tout le monde le signe que le pays n'a pas décidé de se saisir du problème de la Sécurité sociale, comme, un jour, il a décidé de se saisir de la sécurité routière. Nous n'attendons pas de la

politique de sécurité routière qu'elle impose des radars et des gendarmes derrière tout le monde. Simplement, l'Etat a donné le vrai signal et les usagers que nous sommes tous ont levé le pied : vous le constatez sur la route. Le jour où le pays dira : « On y va », tous les acteurs, peu ou prou, qu'ils soient usagers, professionnels ou intervenants de la Sécurité sociale, comprendront et exigeront des outils réglementaires et législatifs pour agir.

Pour ce qui est des génériques, sur les boîtes, il faut indiquer le nom de la DCI en caractères aussi gros que le nom de la marque, parce que, si vous ne le faites pas, à l'hôpital et dans les services, les infirmières ne peuvent pas classer les médicaments par ordre alphabétique. En effet, le médecin prescrit en DCI et on ne retrouve pas les boîtes qui sont classées par ordre alphabétique commercial. C'est tout bête, mais tant qu'on n'aura pas les outils, on ne progressera pas.

Cet exemple ne relève pas de l'idéologie ou de l'opinion : nous avons montré sur la visite à domicile que si on met en place un mode d'emploi médicalisé, les pratiques et les comportements changent. On peut donc le faire dans d'autres domaines. Voilà la réponse que je peux vous faire avec un peu de punch...

M. Michel CHASSANG : Pour ma part, je n'ai pas pris l'intervention d'Hervé Morin comme une agression et je lui répondrai trois choses.

Qu'avons-nous fait pendant ce temps-là ? Nous avons soigné nos patients. Il ne faudrait pas qu'autour de cette table, vous oubliiez que nous sommes des médecins et que nous sommes là avant tout pour essayer, tant bien que mal, de prendre en charge la santé de nos patients. Ce n'est pas si simple tous les jours : cela signifie entendre leurs problèmes et leurs difficultés sociales grandissantes, essayer de leur maintenir la tête hors de l'eau, dans une société difficile, les écouter et nous efforcer, parmi tout ce qu'ils nous racontent, d'établir tant bien que mal un diagnostic, et de leur proposer un traitement pour les soigner. Nous avons fait cela et continué à nous en préoccuper.

Deuxièmement, pour en revenir aux affaires syndicales pures et à ce qui nous préoccupe aujourd'hui, peut-on dire franchement qu'on nous a laissé faire quand nous avons voulu faire quelque chose ? Franchement, entre 1993 et 1995, a-t-on laissé les artisans de la maîtrise médicalisée, à savoir le docteur Cabrera et moi-même, continuer dans cette voie ? Alors que nous avons mis en place les premiers outils de maîtrise médicalisée et des références médicales opposables, qu'en reste-t-il aujourd'hui ? Rien ! Sur la question du suivi médical avec un dossier tenu et coordonné par le médecin et alimenté par les informations transmises par l'ensemble des intervenants, y compris l'hôpital, où en est la loi de janvier 1994 ? A la poubelle ! Il en est de même avec le carnet de santé introduit en 1995 et que tous les Français ont mis dans le tiroir de leur commode, quand ils ne l'ont pas jeté à la poubelle en le prenant pour une publicité !

C'est bien là qu'est la difficulté. Quand nous comparons ce qui se passait entre 1993 et 1995 aux résultats d'aujourd'hui, nous nous disons que, finalement, nous n'étions pas aussi mauvais que cela. Voilà ce qu'est devenu l'élan positif impulsé à l'époque. Nous l'avons payé durement. Nous l'avons effectivement payé en termes électoraux, parce que nous sommes aussi des élus et que nous avons des élections professionnelles. Les élections de 1994 ont été ravageuses pour mon syndicat et également en termes d'adhérents. Cela n'a pas été simple. Pour autant, nous l'avons assumé. Le problème résulte du séisme de 1995. Les différents plans mis en place depuis lors, qu'il s'agisse du plan originel de 1995 ou de ceux qui l'ont suivi – certains acteurs autour de cette table savent de quoi je parle –, ont consisté à culpabiliser systématiquement les médecins pour leur imposer un système dont ils ne voulaient pas.

Cela ne veut pas dire pour autant que nous ne sommes pas prêts à nous engager dans un dispositif de maîtrise médicalisée, comme nous l'avons dit à plusieurs reprises. Ce n'est pas faire de la sémantique différenciée que de distinguer maîtrise médicalisée et maîtrise comptable. Si des gens autour de cette table pensent qu'il s'agit d'une différence sémantique qui n'a pas lieu d'être, nous ne nous comprendrons jamais. En revanche, si nous arrivons, par bonheur, à nous comprendre, nous sommes prêts à nous engager dans un dispositif de maîtrise médicalisée qui peut produire des effets. On ne fait pas de médecine sans médecins, mais vous ne ferez pas non plus de maîtrise médicalisée sans les médecins.

M. Dinorino CABRERA : Tout à l'heure, j'ai oublié de parler des indemnités journalières. Depuis deux ans, nous demandons aux caisses d'assurance maladie de tout mettre en œuvre pour que l'on conclue un accord de bon usage sur leur prescription. En un mot, nous avons constaté une évolution très forte et très rapide des chiffres, nous avons simplement dit que nous voulions comprendre pour pouvoir éventuellement corriger et nous nous sommes heurtés à un refus systématique des caisses d'assurance maladie quant à la mise en place de ces accords de bon usage sur les indemnités journalières. Nous avons fait cette demande par écrit, en ce qui nous concerne, au moins six ou sept fois en pure perte. Vous pourrez donc comprendre que, lorsqu'on entend dire ces derniers temps que les médecins prescrivent trop, nous commençons à être un peu énervés.

M. le Président : Ne vous énervez pas, surtout avant que M. Le Guen pose sa question...

M. Jean-Marie LE GUEN : Je ne voudrais pas vous interroger sur le fait de savoir comment on peut concevoir la responsabilité d'une personne au minimum à bac + 8, qui exerce une profession libérale dans le cadre d'un ordre et est amenée à prescrire des actes avec lesquels elle n'est pas d'accord. Je pose cette interrogation sur la responsabilité indépendamment de toute autre considération, mais je conçois que vous soyez demandeurs de références médicales tant sur les arrêts de travail en général que sur le reste : cela me paraît parfaitement légitime.

Cela étant dit, nous sommes ici dans le cadre d'une réforme dite de « l'assurance maladie ». Le Haut Conseil, après avoir travaillé sur les aspects financiers, s'est interrogé sur les aspects de couverture. Après ces deux questions, il s'est dit – c'est du moins ainsi que je le résume – que la question de la réforme du système de santé était au cœur de la réforme de l'assurance maladie. Etes-vous d'accord avec ce diagnostic ? Ressentez-vous profondément ce diagnostic, cette hiérarchie des problèmes ?

M. Pierre COSTES : Je le ressens profondément. J'ai bien compris que le financement, qui est de votre responsabilité, est le moteur essentiel et premier des préoccupations. Cependant, même si le mode de financement est important, il faut aussi poser la question de savoir comment on gère la dépense et, surtout, comment on l'organise. En effet, on peut toujours mieux gérer les dépenses de santé, on peut toujours mieux les financer, il y aura toujours, derrière, la question de l'organisation de la dépense. Pour moi, l'organisation de la dépense et de l'offre, comme l'organisation d'une entreprise, est primordiale.

La deuxième raison pour laquelle je pense qu'il faut attaquer la réforme par ce biais, c'est qu'il est le seul qui intéresse le professionnel et l'utilisateur. Pour ma part, je suis un représentant de professionnels et je peux comprendre plus largement la gestion des choses, mais, pour le professionnel en tant qu'individu, le moteur n'est pas la façon dont le système dans lequel il exerce est géré et financé mais la manière dont il travaille. Quant au patient, l'utilisateur malade, il lui importe bien sûr de savoir comment ses cotisations sociales financeront le système. Ce qui lui importe surtout c'est la façon dont le système répond lorsqu'il est malade. Par conséquent, l'organisation du système de soins est un angle d'attaque majeur qui conditionne le reste.

Il reste une raison objective. Quand j'ai dit que l'on avait un système dans lequel on trouvait des éléments barbares, je voulais dire que, par rapport à ce qu'ont voulu construire nos prédécesseurs, en commençant par la CSMF, en 1971, avec le conventionnement, il y a un recul. Cela peut être compris, alors que le « trou de la Sécu » n'a jamais mobilisé. On ne peut pas s'appuyer pour bouger la société, sur le « trou de la Sécu ». Votre responsabilité est en revanche de dire qu'il est la conséquence de la gestion de l'offre et je pense que la société est mûre sur ce point.

M. Michel CHASSANG : La question que vient de poser M. Jean-Marie Le Guen est très importante : la réforme du système de santé est-elle au cœur de la réforme de l'assurance maladie ? Je répondrai en deux points.

Premièrement, l'assurance maladie est au cœur du système de santé et non pas l'inverse. Les interactions entre les deux sont extrêmement fortes ; il y a forcément des répercussions de l'un sur l'autre. Je crois aussi – c'est un élément important – que chacun doit être à sa place : l'assurance maladie à la sienne et le système de santé à la sienne. Il ne faut surtout pas se tromper de pilote : le pilote du système de santé ne peut être autre que l'Etat, c'est-à-dire la représentation nationale ; l'assurance maladie relève d'une logique différente.

Deuxièmement, cela étant dit, il n'appartient pas à l'assurance maladie de gérer un certain nombre de sujets qui ont trait au système de santé. A cet égard, je prendrai trois exemples.

Le premier est celui de la démographie médicale. Ce n'est certainement pas aux financeurs, en particulier aux financeurs obligatoires ou complémentaires, de gérer, dans un pays où il existe un monopole de l'assurance maladie, la démographie des professionnels par le biais d'une quelconque mesure, notamment par le conventionnement sélectif – je prononce ces mots puisque ces instances rêvent d'un tel dispositif. Il est hors de question d'accepter un dispositif de ce type. En revanche, le fait que l'Etat prenne en compte la démographie médicale générale, à la fois hospitalière et libérale – parce que, là aussi, le secteur libéral ne saurait être la variable d'ajustement de l'hôpital –, serait une bonne chose. Il appartiendrait ensuite au système conventionnel d'accompagner les dispositifs que pourrait décider, dans l'intérêt du pays et de la santé publique, la représentation nationale, et en particulier le gouvernement.

Le deuxième sujet est celui de la permanence et de la continuité des soins. C'est également un problème de santé publique majeur. On ne demande pas à l'assurance maladie de gérer le système des pompiers. En revanche, il est légitime qu'elle accompagne le dispositif arrêté ailleurs puisqu'un certain nombre de chapitres dans ce domaine se doivent d'être adaptés par le système conventionnel.

Enfin, en ce qui concerne la qualité des soins, on ne peut demander à l'assurance maladie de former des médecins, que ce soit en formation médicale initiale ou en formation médicale continue. Il en va de même pour l'évaluation des pratiques professionnelles. L'assurance maladie doit faire en sorte que la profession lui assure que les médecins sont bien formés, bien évalués et pratiquent une médecine de qualité, mais ce n'est certainement pas à elle de l'organiser ; c'est à la profession de le faire et à l'Etat d'en être le garant.

M. Jean-Claude RÉGI : Je pourrais continuer la liste de mon ami Chassang en parlant de la responsabilité civile professionnelle, problème qui nous préoccupe tous. Il n'est pas du

domaine de la Sécurité sociale de régler le problème de la responsabilité civile professionnelle des professions de santé.

M. Gérard BAPT : Je voudrais aller un peu plus loin que la question de M. Le Guen à laquelle vous venez de répondre. Je n'oublie pas que vous êtes médecins et il n'est pas question de culpabiliser les médecins. J'ai d'ailleurs pu constater au mois d'août à Toulouse que certaines accusations hâtives concernant la médecine libérale à propos de la canicule étaient totalement infondées. Cela dit, connaissant le milieu, je ne peux pas croire, M. Cabrera, que le fait d'augmenter les actes – les consultations et les visites – sera avant tout destiné à travailler moins, ne serait-ce que parce qu'il y a une diversité d'aspiration parmi nos confrères, mais aussi, tout simplement, du fait du problème démographique, sauf peut-être en Ile-de-France, en PACA et en Midi-Pyrénées. J'entendais ce matin les réactions syndicales à l'annonce de M. Douste-Blazy d'augmenter le *numerus clausus* pour la seconde année, mais il y en a encore pour huit ou dix ans de décroissance de la présence médicale dans un certain nombre de territoires déjà défavorisés. Ma question est donc la suivante : quelles sont, aujourd'hui, vos réponses par rapport à cette maîtrise médicalisée à laquelle vous êtes attachés, comme vous venez de le dire avec beaucoup de conviction ?

Je viens de relire les propositions du syndicat des médecins libéraux du Dr Cabrera. Le schéma à trois étages proposé me semble aller tout à fait à l'inverse de cet engagement en faveur de la maîtrise médicalisée. Le premier étage concerne les médecins hors convention – c'est-à-dire ceux qui n'auraient aucun engagement conventionnel en contrepartie, ni même une formation médicale continue –, le second étant la base minimale et le troisième correspondant à la convention. En proposant un cadre qui permettrait à des médecins d'exercer en dehors de tout cadre conventionnel, je pense que vous allez à l'opposé de ce que vous venez de nous dire en matière de prise en compte de la nécessité – dont je suis profondément persuadé – d'associer tous les professionnels à une démarche de maîtrise médicalisée.

Enfin, je voudrais aborder la question du prescripteur. La fraude et les abus existent très certainement, mais le prescripteur porte également une responsabilité. C'est vrai pour les arrêts maladie, mais aussi pour l'ensemble de la prescription, qu'il s'agisse de médecine libérale ou hospitalière. Hier, le directeur de la CNAM nous disait que 10 à 40 % des prescriptions – voire jusqu'à 50 % dans le cas des statines – se faisaient hors protocole, c'est-à-dire hors bon usage de soins. C'est avant tout votre responsabilité collective. C'est là-dessus qu'il faut que les syndicats, dans leur ensemble – sans être débordés par des coordinations et je vous concède que, là-dessus, on peut invoquer la responsabilité des pouvoirs publics qui laissent se développer certaines situations –, se mettent d'accord sur les bases de la réponse. Sinon, votre réponse de principe est contredite par vos propositions précises.

M. Yves BUR : La relation entre le patient et le praticien ou le professionnel de santé est au cœur du système. J'aimerais donc savoir comment vous concevez l'organisation de cette relation, comment on organise le parcours du patient dans l'ensemble des systèmes qui vont le prendre en charge, que ce soit le médecin de famille, le spécialiste ou l'hôpital. Etes-vous d'accord sur la nécessité de créer une porte d'entrée qui s'articule notamment autour de la mise en œuvre du dossier médical partagé ? Dès lors qu'on réclame un dossier médical partagé, il faut bien que quelqu'un le gère et soit peut-être celui qui aide le patient à comprendre la nature de sa relation à ce dossier médical partagé. Comment faire aussi en sorte que le dossier médical partagé permette davantage d'efficacité dans le parcours médical ? Nous nous rendons bien compte, que nous le voulions ou non, que le parcours est très insuffisamment efficace dans la médecine de ville et à l'hôpital. Or je pense que l'efficacité n'est pas une question de maîtrise comptable mais de bonne médecine. Comment tout cela peut-il prendre forme à travers de nouveaux modes de conventionnement ? Vous avez dit tout à l'heure, M. Chassang, que les conventions étaient

dépassées et n'avaient jamais été vraiment respectées. N'est-il pas temps, pour sortir complètement de l'idée même de sanction, d'aller davantage vers des systèmes de contractualisation individualisée, de façon à récompenser chaque médecin au comportement vertueux ?

M. Jean-Michel DUBERNARD : Finalement, la question posée de façon un peu abrupte par M. Morin était de savoir comment nous en sommes arrivés là. Je voudrais à mon tour poser une question sur la démographie médicale. Aujourd'hui, nous avons environ plus de 200 000 médecins. Par rapport à d'autres pays, la population des généralistes est très supérieure : nous avons par exemple deux fois plus de généralistes qu'en Grande-Bretagne. Par ailleurs, nous avons un nombre de spécialistes qui peut apparaître excédentaire. Enfin, nous souffrons en même temps d'un déficit de certaines spécialités qui devient dramatique. Nous connaissons tous les problèmes qui se posent en obstétrique et en anesthésie ; s'y ajoute aujourd'hui la chirurgie : il n'y a plus de chirurgiens formés en nombre suffisant pour remplacer ceux qui partent. Face à cette situation, avec ce nombre de médecins, cette hétérogénéité de la répartition et ces mesures qui ont été prises au cours des vingt ou vingt-cinq dernières années concernant le *numerus clausus* qui a avancé à coups d'accordéon, avez-vous un diagnostic précis sur les causes de ces problèmes démographiques ?

M. Jean-Marie LE GUEN : Je vais revenir sur une déclaration du Dr Chassang pour lui demander de préciser sa pensée. Sur la question de l'importance de la réforme du système de santé, il a répondu oui en précisant que celle-ci est liée, bien sûr, à l'assurance maladie. Ensuite, il a cité trois domaines dans lesquels l'Etat devait conserver un rôle prépondérant, dont la démographie et, surtout, le problème de la qualité des soins. C'est sur ce point que je voudrais insister, sachant qu'évidemment, si on parle de l'Etat, il y a forcément cependant un lien avec l'assurance maladie : j'imagine que la césure n'est pas totale. Je vous suis assez sur le fait que la qualité des soins est de la responsabilité de l'Etat. Dans ce cas, de qui relèvent les problèmes de formation médicale continue, d'information médicale, d'évaluation, au sens large du terme, et d'opposabilité, par rapport au patient, de cette évaluation ? La construction de ces indices et de ces valeurs et le fait que les Français puissent se dire que leur médecin est bien évalué, bien formé et bien informé sur les pratiques déviantes et dangereuses, sont-ils toujours de la responsabilité de l'Etat ? Comment articulez-vous cela avec la vie conventionnelle ?

M. Michel CHASSANG : Il y a incontestablement un lien entre volume et valeur : c'est une erreur que de le nier. En effet, quand les actes ne sont pas valorisés pendant des périodes très importantes, comme c'est le cas aujourd'hui pour un certain nombre d'actes spécialisés, les médecins font plus d'actes et, ce faisant, travaillent plus. Ainsi, la durée moyenne hebdomadaire de travail – une étude récente de la DRESS l'atteste – du médecin libéral ne fait que croître alors que celui de la société diminue. Il a effectué une demi-heure de plus par semaine ces huit dernières années, ce qui veut dire que les médecins libéraux travaillent une matinée de plus par semaine alors que le reste de la société va plutôt dans une autre direction. Il faut donc augmenter la valeur des actes et ne pas la laisser stagner, comme on l'a trop fait, pendant des périodes de dix ou douze ans, comme c'est le cas aujourd'hui pour les actes de chirurgie, par exemple.

Quant au lien entre l'engagement conventionnel et l'exercice, je pense qu'on peut effectivement, dans ce pays, être un médecin et ne pas être forcément conventionné. Il faut redonner du sens aux conventions. Le système conventionnel date de 1971 – il a donc 33 ans –, et je précise que mon organisation en est à l'origine. A cette époque, c'était un contrat libéral et social qui permettait au médecin d'être correctement rémunéré – alors que, jusque-là, il l'était mal ou seulement en nature – et au patient d'accéder au système de santé de façon convenable et sans discrimination. Aujourd'hui, le système conventionnel est vécu par les médecins comme un fardeau et non comme un avantage et il faut donc redonner du sens au contrat conventionnel, c'est-à-dire qu'il faut donner envie aux médecins d'être

conventionnés. Aujourd'hui, tout est fait pour qu'ils ne soient pas intéressés par le système conventionnel et, au contraire, qu'ils le quittent. Ils le vivent donc comme un inconvénient, comme un épouvantail.

J'en viens à la responsabilisation des prescripteurs et, en particulier, au fameux problème des statines. Arrêtez ! Ne tirez plus car on n'y comprend plus rien ! Il y a au moins trois domaines dans lesquels les médecins ne comprennent plus rien et ne savent pas quoi faire, parmi lesquels les statines et le traitement hormonal substitutif de la ménopause. Nous ne savons pas quoi faire, quoi répondre aux patients. C'est un vrai drame ! Par conséquent, mettons en place des référentiels et diffusons-les pour que les médecins aient des armes pour pouvoir se défendre ! J'ajoute que ce n'est pas à l'assurance maladie de nous tirer dessus en faisant des études, en culpabilisant les professionnels et en lançant cela sur la voie publique. Quand les spécialistes qui reviennent de congrès à Washington, à New York ou je ne sais où nous disent que ce n'est pas comme cela qu'il faut raisonner et que l'assurance maladie a une vision archaïque des choses, que nous devons nous faire ?

M. Dinorino CABRERA : Il suffit de regarder les chiffres et les pratiques pour se rendre compte qu'il y a un lien entre la valeur et le volume des actes. Si nous ne le disons pas et ne l'admettons pas, on ne pourra pas modifier les comportements des médecins et des assurés sociaux. C'est une évidence.

M. Jean-Marie LE GUEN : C'est à cause des malades ?

M. Dinorino CABRERA : C'est une évidence ! On constate que, lorsqu'on a bloqué les honoraires des médecins, le nombre d'actes a augmenté. Que s'est-il passé ? Il y a eu effectivement une convergence d'intérêts entre des malades qui, voyant des actes à ce prix, ont consommé, et les médecins qui ont trouvé intérêt à répondre à la demande. Nous apportons une solution. Je vous engage d'ailleurs à relire jusqu'au bout les propositions du Syndicat des médecins libéraux, qui accepte une modération d'activités sur engagements individuels des médecins. Nous voulons construire un système conventionnel à plusieurs étages afin que chacun puisse s'y retrouver. Je constate aussi qu'en France, nous avons aujourd'hui un nombre important de médecins et que nous n'en manquons pas. Il est donc faux de dire le contraire !

M. Claude EVIN : Ce n'est pas ce que disent les médecins hospitaliers dans les 286 hôpitaux.

M. Jean-Marie LE GUEN : Ce n'est pas non plus ce que disent les patients !

M. Dinorino CABRERA : Je croyais être venu pour être auditionné et pour pouvoir aller jusqu'au bout de mes interventions.

M. le Président : M. Cabrera, je garantis votre liberté de parole...

M. Dinorino CABRERA : La France dispose d'un nombre suffisant de médecins, mais ils ne font pas que de la médecine et répondent à un consumérisme tel qu'ils sont effectivement débordés. Si nous pouvions faire en sorte d'avoir les meilleurs effecteurs pour les différents actes – et je le dis devant notre ami Reignault –, s'il pouvait y avoir une délégation ou un transfert de compétences vers d'autres, nous pourrions mieux utiliser notre système en répartissant la demande entre la ville, l'hôpital, les médecins généralistes, les médecins spécialistes ; les autres professionnels de santé ou les paramédicaux. Aujourd'hui, le système fait que le malade se précipite chez le médecin qui ne sait parfois plus quoi dire.

On parlait des statines et des problèmes de cholestérol, mais il est vrai que les gens nous tombent dessus pour un oui ou pour un non maintenant puisque tout est médicalisé. Puisque vous y êtes, fabriquez des curés et vous aurez moins de médecins !... Nous répondons à toutes les demandes !

Les médecins choisissent des spécialités peu dangereuses et peu risquées parce que, dans les spécialités risquées, les honoraires ne sont pas à la hauteur ! Quand on constate qu'en Ile-de-France, il n'y a qu'un chirurgien en formation, on se dit que ce n'est pas en augmentant le *numerus clausus* qu'on aura plus de chirurgiens mais en donnant envie aux étudiants de faire chirurgie. Or cette envie ne se décrète pas : il faut mettre en place des facteurs d'incitation à un tel choix.

A force de critiquer les médecins, ceux-ci disent : « Je fais ce que je peux. On ne veut pas augmenter mes honoraires ? Je fais donc des actes ». Je vous concède que certains les multiplient, mais il faut quand même cesser de taper sur les médecins ! Vous voulez que l'on construise quelque chose de nouveau ? Dont acte. Le système est mauvais, j'ai moi-même parlé de coma dépassé. Essaie-t-on de trouver un traitement ou laisse-t-on courir le mal ? Nous vous avons fait des propositions et nous les avons même écrites. Nous allons donc très loin.

Il y a un point sur lequel je suis en décalage par rapport à mes confrères : celui de la démographie et de la nécessaire régulation. Aujourd'hui, le fait d'annoncer que l'on va augmenter le nombre de médecins sans autre mesure – je vous le dis – est une erreur. En effet, si, demain, les 7 000 médecins veulent s'installer à Toulouse et à Nice, on manquera toujours de médecins ailleurs.

M. Jean-Marie LE GUEN : Voilà !

M. Dinorino CABRERA : J'ai dit et je répète que nous voulons des mesures incitatives parce que nous sommes dans une société de liberté mais que je n'exclus pas des mesures restrictives parce que nous devons y arriver à un moment ou un autre et qu'elles seront le fait de l'assurance maladie et de la profession. Nous sommes donc allés très loin dans nos propositions : je vous prie de les lire jusqu'au bout.

M. Jean-Claude RÉGI : Je voudrais revenir sur le problème des volumes et de la démographie pour répondre à M. Dubernard. Quand on parle de l'effet volume qui viendrait compenser l'insuffisance des actes, qu'en est-il pour les chirurgiens ? Un chirurgien peut-il augmenter son volume et opérer trois fois la même appendicite ? On voit bien que le problème de la valeur de l'acte médical est au cœur de la réflexion. Or personne ne s'en soucie. A mon sens, votre devoir, en tant qu'élu du peuple, est de savoir ce que vous voulez donner aux médecins et quelle est la valeur de l'acte médical. Jusqu'à maintenant, on s'est contenté de dire : « On verra bien ! » Chacun fait comme il peut par rapport à la multiplication des actes mais, en ce qui concerne les chirurgiens, on arrive à une impasse incroyable : il n'y a plus de chirurgiens en France ! C'est de la responsabilité de l'Etat et non pas de celle des médecins !

Je ne me suis pas senti agressé par M. Morin quand il a essayé d'être provocateur tout à l'heure, parce que, finalement, le système n'est pas gouverné et c'est l'une des constatations majeures du Haut comité, auquel je ne participe pas.

M. Hervé MORIN : Nous non plus !

M. Jean-Claude RÉGI : Qui gouverne ? On ne le sait pas. Personne ne gouverne ! C'est la constatation majeure, un peu édulcorée dans le rapport, ce qui a fait que, dans les fameuses huit commissions qui ont suivi l'établissement de ce rapport, certains se sont un peu énervés. Voilà ce que je voulais dire sur ces problèmes qui me paraissent extrêmement importants. La question de la valeur de l'acte médical est fondamentale.

M. Michel CHASSANG : On parle beaucoup trop à mon goût de l'installation géographique et des problèmes de répartition géographique et insuffisamment des problèmes de disciplines et de spécialités. Comme l'a dit le Dr Cabrera, il n'est pas forcément vrai que l'on manque de médecins en France. Le problème est qu'ils sont là où on ne les attend pas et qu'ils sont dans des disciplines où on n'en a pas forcément le plus besoin. C'est une approche qualitative qu'il faut avoir en matière de démographie et non pas une approche strictement quantitative. Or la décision gouvernementale d'augmenter le *numerus clausus* est purement quantitative.

S'agissant de la répartition par discipline, comment peut-on expliquer par exemple que dans notre pays, seuls trois médecins aient choisi la chirurgie parmi les filières offertes à l'internat en Ile-de-France ? Il y a un nombre déterminé de postes offerts au concours. Comment se fait-il qu'il y ait plus de candidats reçus que de postes offerts ? C'est la vraie question. S'il y avait le même nombre de candidats au choix que le nombre de postes offerts, tous les postes seraient pourvus ! Il y a certes des considérations d'ordre professionnel, il est nécessaire d'améliorer la qualité de l'exercice professionnel et de le rendre plus attractif, mais il faut déjà commencer par respecter les filières à l'internat.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Vous êtes donc pour des filières d'internat ?

M. Michel CHASSANG : C'est déjà le cas : il y a des filières à l'internat.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Elles sont très lâches, si je puis dire.

M. Michel CHASSANG : Elles sont plus que lâches ! Comme il y a plus de candidats que de postes offerts, les étudiants choisissent évidemment les spécialités les plus sympathiques. C'est logique !

Par ailleurs, Yves Bur a posé une question fondamentale : celle de l'organisation de la relation entre le patient et le praticien, qui est une véritable bouteille à l'encre. Certains parlent de porte d'entrée, mais le problème n'est pas là. Il s'agit au contraire de donner une logique au système qui n'en a pas forcément. Cela veut dire qu'il faut coordonner les acteurs. L'outil existe : le dossier médical, dont nous avons largement parlé tout à l'heure. Il faut par ailleurs orchestrer tout cela autour du patient. Le problème n'est pas de savoir s'il faut entrer par telle porte et sortir par telle autre. Le problème est d'entrer par la porte la plus logique et, surtout, de consommer des soins de façon logique. Cela veut dire que l'on a un médecin de famille, que l'on va voir les médecins spécialistes quand on en a besoin et lorsque la situation le justifie et que l'on a accès à l'hôpital en dernier recours : on ne va pas d'emblée à l'hôpital, comme c'est le cas aujourd'hui, en se présentant aux urgences à 3 h du matin.

Pour le dire rapidement, nous sommes pour un système rénové de contractualisation entre les professionnels et l'assurance maladie. Ce système est effectivement déséquilibré aujourd'hui – j'en ai parlé tout à l'heure – et il faut redonner du sens au contrat conventionnel. Trois mesures peuvent être facilement adoptées. La première consiste à rendre les contrats majoritaires alors qu'aujourd'hui, pratiquement tous les contrats qui ont été conclus ces derniers temps sont minoritaires. Il ne faut pas s'étonner

ensuite du résultat. L'extension de la loi Fillon aux contrats conventionnels nous paraît donc une bonne chose. La deuxième réside dans la mise en place de contrats équilibrés entre les partenaires. En effet, aujourd'hui, s'il n'y a pas d'accord conventionnel, seuls les médecins sont pénalisés par ce qu'on appelle les pénalités du règlement conventionnel minimal. Cela déséquilibre complètement le dialogue entre les médecins et l'assurance maladie et pousse même au crime : l'assurance maladie a en effet directement et financièrement intérêt à ce qu'il n'y ait pas de contractualisation parce que, d'une part, les honoraires ne sont pas revalorisés et que, d'autre part, il y a une moindre prise en charge des cotisations sociales pour les médecins du secteur 1. Ce sont toujours eux qui trinquent ! Enfin, il faut revenir à un contrat unique pour la profession médicale. La division est peut-être intéressante sur un plan stratégique et peut répondre à des soucis historiques – certains autour de cette table savent de quoi je parle – pour faire avancer le système, mais je pense que ce n'est pas une finalité. Il faut revenir à un contrat unique, les contrats entre généralistes et spécialistes n'étant en fait que des déclinaisons de cet accord majoritaire et professionnel global.

Mme Catherine GÉNISSON : Je souhaite réagir sur les propositions de M. Chassang concernant l'accompagnement du parcours du malade, point fondamental. Vous avez dit, M. Chassang, qu'il était important de coordonner et qu'il fallait orchestrer. Je connais peu de formations qui n'aient pas de chef d'orchestre. Quel doit être selon vous le chef d'orchestre ?

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : J'ai été très frappée par le bilan qu'a fait la Mutualité sociale agricole sur les réseaux de soins gériatriques après plusieurs années d'existence. On est là dans la problématique du parcours des malades, du suivi, de la réorganisation et de l'évolution du système de paiement. J'aimerais connaître vos réactions face à ce travail d'analyse et de bilan. N'y a-t-il pas des propositions à reprendre ?

Ma deuxième question s'adresse à M. Cabrera. J'ai entendu vos propositions sur une redéfinition des actions et du travail et la délégation des responsabilités à un certain nombre de paramédicaux. Avez-vous réellement travaillé sur ce point et ces propositions de délégation accrue aux infirmières, aux kinésithérapeutes et à toutes les professions paramédicales sont-elles partagées par l'ensemble du secteur syndical des médecins, en particulier sur les médecins généralistes ?

M. le Président : M. Costes va vous répondre.

M. Pierre COSTES : Il n'y a pas d'unité interprofessionnelle ou intersyndicale sur les propos exprimés par Michel Chassang. Ce n'est pas aussi simple quand on commence à entrer dans le détail. Cela révèle des différences d'appréciation dont vous devez tenir compte.

On entend dire d'un côté que les patients ne sont pas contents et, d'un autre, que l'on n'a pas les médecins où et quand on le veut. De même, les gestionnaires ne sont pas contents parce qu'il y a 15 milliards de déficit et, en même temps, les professionnels sont très virulents. On peut se dire qu'au prix du système, chacun devrait pourtant être content. Il y a donc un problème.

Avant d'en venir au dossier médical, je répondrai sur les modes de rémunération, c'est-à-dire sur les actes. Le constat n'est pas nécessairement partagé. Les blocages d'honoraires entraînent des augmentations de volumes d'activité mais surtout des volumes de cotation. Quand on observe une hausse des dépenses en médecine spécialisée de 5, 6, 8 ou 10 % par an sans augmentation de la valeur des actes, il y a un vrai problème, comme le dit Michel Chassang. Le résultat des courses est bien l'augmentation de la valeur de la rémunération et, que je sache, le temps de travail n'augmente pas de 10 % par an. Or,

pendant ce temps-là, sur la médecine générale, malgré les augmentations de valeur que les différents gouvernements peinent à suivre, il faut dire qu'il y a un problème dans la garantie de progrès des revenus liée aux modes de rémunération et au mode de la contractualisation. Les réponses à ces situations différentes doivent être différentes.

J'en viens à la rémunération. Elle est certes une rémunération pour les professionnels – nous sommes syndicalistes et nous vous le disons –, mais elle est aussi, dans un système solidaire financé par la collectivité, un outil d'intervention sur l'organisation, la qualité et la répartition de l'offre. Avec le seul outil de la rémunération à l'acte, personne ne peut agir – ni les politiques, ni les responsables syndicaux qui voudraient aménager l'offre – sur la qualité ou la répartition de l'offre. On ne traite que la valeur de l'acte et l'on favorise une situation conduisant à la production d'actes. On peut faire des engagements de rémunération d'actes mais on en favorise quand même la production. On n'intervient pas sur un lieu de production, sur les plages d'ouverture des cabinets de soins non plus que sur la présence ou non de personnel d'accueil. On voit donc qu'on est obligé de sortir du débat actuel sur l'acte, non pas parce qu'on va gagner plus ou moins bien mais parce que c'est un outil de l'intervention sur la qualité et la répartition de l'offre.

Quant à la démographie, M. Dubernard a raison : il y a deux spécialistes pour un généraliste. C'est une particularité française. Cela dit, nous avons aussi deux fois plus de généralistes qu'en Grande-Bretagne. Ce sont des éléments objectifs. En même temps, on sait bien que certaines spécialités connaissent des déficits. Nous avons probablement assez de médecins mais nous en manquons quand même à tel endroit ou dans telle spécialité. C'est un problème global, bien sûr, mais tout dépend du rôle qu'on leur assigne. Si les médecins sont là pour ouvrir et fermer la porte, habiller et déshabiller, peser, mesurer, toiser, opérer et tout faire eux-mêmes, il n'y en a évidemment pas assez. Il faudrait donc peut-être qu'ils aient du personnel et qu'on en favorise l'emploi. En France, pour un médecin généraliste, on a un demi-emploi alors que, dans la médecine de première ligne anglaise, allemande ou américaine, pour un médecin généraliste, on a quatre ou cinq personnes qui travaillent dans la même entité. Six personnes, si on y ajoute le médecin, abattent plus de travail que le médecin tout seul, avec de meilleures conditions économiques pour le médecin et de meilleures conditions qualitatives pour l'assuré. Ce sont des éléments à prendre en compte : c'est ce qu'on appelle la qualité de l'offre de soins.

Autre problème : le choix français de la spécialisation. Notre système français n'est pas organisé – tout le monde le dit et le sait –, les soins primaires ne sont pas identifiés, reconnus, formalisés et tracés pour l'usager. En fait, tout le monde est en première ligne, et je veux parler non seulement des spécialistes et généralistes de ville mais aussi de l'hôpital local, de l'hôpital rural et de l'hôpital universitaire. Tout le monde essaie d'offrir l'ensemble de la médecine de première ligne, y compris la consultation pour le tabac, qui devient un soin de première ligne à l'hôpital universitaire Georges Pompidou, le plus moderne d'Europe ! Tant que tout le monde fera tout pour ne pas pouvoir identifier les soins primaires, on manquera toujours de médecins, surtout quand on les spécialise. Si vous faites un spécialiste pour la peau, il en faut tant par millier d'habitants, presque autant que de généralistes, mais si vous en faites un pour la peau du visage et un autre pour la peau du pied, parce que vous avez sous-spécialisé, il faut encore doubler ce nombre. Par comparaison, si vous avez le boulanger qui fait la baguette, celui qui fait le pain, celui qui fait la pâtisserie, celui qui fait le croissant ou je ne sais quoi, vous multipliez nécessairement l'offre et vous n'en avez jamais assez. Tant qu'on n'aura pas identifié des strates de soins, on n'aura pas la réponse à ce système inexplicable dans lequel cohabitent un manque d'accès aux soins et un excès de médecins.

Sur la diversification du contrat social, la loi du 6 mars 2002 a complètement ouvert la disposition en cassant non pas la convention mais le modèle unique et standard pour tous et partout. C'est celui des pays de l'Est : le même pantalon pour tout le monde. Il

est certain qu'il permet de mettre des pantalons aux gens qui sont tout nus. Cela a été, chez nous, l'objectif de santé pendant trente ans, mais ce même pantalon pour tout le monde, quand les gens ont déjà des pantalons, ne va jamais à personne et rend tout le monde mécontent.

Nous sommes donc passés de la phase initiale de l'accès aux soins, celle du volume avec garantie de la qualité et de l'accès, à la diversification. La loi du 6 mars 2002 a ouvert ce dispositif en établissant un premier accord cadre interprofessionnel pour ce qui est de la relation de base avec l'assurance maladie. Cet accord a été négocié et porté par le CNPS, il a été conclu mais il n'a pas pu être signé pour des questions de réglementation interne du CNPS. Je vous informe à ce sujet que le CNPS réfléchit en interne à la rénovation de sa légitimité et de son organisation pour pouvoir s'intégrer dans la réforme et porter ces accords.

Il y aurait encore beaucoup de choses à dire, mais je terminerai par un point qui porte sur la différence d'approche entre nos organisations sur l'assurance maladie gestionnaire ou responsable. On nous a dit pendant très longtemps que l'assurance maladie se considérait comme financeur parce qu'elle recueille les cotisations sociales des gens et qu'elle était donc légitime. On voit bien que, depuis 1995, les choses ont complètement changé. Depuis que le mode de financement de l'assurance maladie s'est élargi, l'assurance maladie est de moins en moins le financeur ; ce sont de plus en plus l'Etat, l'impôt et les cotisations multiples qui financent. Depuis 1995, le responsable est donc l'Etat et non plus l'assurance maladie. Toutefois celle-ci n'est pas tout à fait clairement identifiée pour nous, professionnels. Je considère en effet – c'est là que l'on trouve des différences syndicales – que l'assurance maladie est gestionnaire, et non pas pleinement responsable aujourd'hui. C'est pourquoi il faut clarifier ces relations entre les caisses et l'Etat, par délégation de la politique de l'Etat. Pour moi, MG France, quand je négocie avec l'assurance maladie, je le fais avec un intermédiaire de la politique du pays fixée au Parlement.

Certes, on peut réformer l'assurance maladie, faire plus d'agences et lui donner plus de pouvoirs, mais je considère que c'est quand même la société qui négocie avec les libéraux, à travers l'assurance maladie gestionnaire. A partir de là, le champ du contrat avec l'assurance maladie peut s'élargir. Quand on fait une permanence de soins, on fait des tarifs, bien sûr, mais, ce faisant, on fait plus que cela : on influe sur l'organisation de la permanence de soins. Quand on crée une astreinte conventionnelle de nuit ou de week-end, on ne l'a pas créée pour la journée. Quelque part, il n'y a pas d'astreinte pour la journée et l'offre de soins standard est normale. On organise donc le champ de l'offre de soins par les modes de rémunération. Cela ne me pose pas de difficulté parce que je sais que l'Etat valide derrière, même si cela demande à être clarifié.

D'autres syndicats estiment que l'assurance maladie n'est pas légitime pour négocier l'organisation du champ de la santé. Ils ont raison de le dire parce que ce n'est effectivement pas assez clair. Si nous demandons que la réforme en cours clarifie les relations entre l'Etat et l'assurance maladie, c'est parce qu'en clarifiant ces relations, le champ que vous déléguez clarifiera nos propres relations avec l'assurance maladie et la manière d'intervenir sur l'organisation de l'offre. Voilà des différences notables entre les organisations que je tenais à exprimer.

M. Jean-Pierre DOOR : Je voudrais simplement demander à nos invités, qui sont des acteurs de terrain et ont en charge la médecine ambulatoire, ce qu'ils pensent les uns et les autres des unions régionales. Celles-ci constituent depuis une dizaine d'années un cadre dans lequel siègent obligatoirement les acteurs médecins de terrain et traitent de la formation, de l'évaluation et des études de qualité, c'est-à-dire de nombreux outils. Comment voyez-vous leur rôle dans l'organisation à venir ? Doit-il être un peu plus dynamique ? Faut-il qu'elles se rapprochent du système hospitalier, pour éviter cette

fracture entre les unions régionales et le système hospitalier, et des autres professionnels de santé, qui sont aussi un peu isolés ?

Mme Martine BILLARD : Je voudrais revenir sur l'organisation des différentes strates du système de santé. J'ai entendu plusieurs d'entre vous, notamment M. Cabrera, parler du consumérisme des patients et du fait qu'ils ont tendance à se précipiter à l'hôpital. Je voudrais donc vous poser la question suivante : si c'est la faute des patients, qui ont tendance à trop consommer du fait d'une offre de soins très large, que proposez-vous pour contrôler cette consommation au niveau du système de soins et quelle organisation proposez-vous entre la médecine ambulatoire et l'hôpital ? Comment fait-on pour que les patients ne se précipitent pas à l'hôpital ? Est-ce uniquement un problème de filtrage à l'entrée de l'hôpital ? Dans certaines zones de notre territoire, ne pensez-vous pas que des patients n'iront pas voir le médecin de quartier parce que la différence entre ce dernier et l'hôpital, réside dans le fait que les personnes à faible revenu – mais quand même au-dessus de la CMU –, n'auront pas à faire l'avance des soins à l'hôpital alors qu'elles auront à la faire chez le médecin ? Cela ne pourrait-il pas expliquer le fait que des patients attendent parfois le dernier moment et, du coup, vont à l'hôpital alors qu'en fait, il y aurait une autre solution ? En résumé, quelle structure ou quelle organisation proposez-vous entre le médecin de famille et l'hôpital pour faire en sorte que l'offre de soins réponde à l'ensemble des situations et éviter que des patients aillent à l'hôpital alors que leur situation de santé ne le justifie pas ?

M. Jean-Luc PRÉEL : On a dit tout à l'heure que le diagnostic était globalement partagé et que la réforme était urgente. Nous l'avons tous compris depuis longtemps et l'exemple du passé a montré que l'on pouvait difficilement faire une réforme contre les professionnels de santé.

Je voudrais vous poser une première question sur la gouvernance du système, l'un des problèmes majeurs aujourd'hui. Tout le monde constate qu'il n'y a pas vraiment de pilote et je voudrais donc savoir quelle est, pour vous, la place des professionnels de santé dans la gouvernance. Souhaitez-vous être considérés comme des partenaires ou être associés aux décisions et, ensuite, à la gestion ? Souhaitez-vous être responsables de la gestion ou uniquement intervenir par les conventions ? Ma deuxième question porte sur la maîtrise médicalisée. Nous sommes à peu près tous d'accord sur son caractère indispensable. M. Chassang a rappelé tout à l'heure qu'entre 1993 et 1995, elle avait été relativement efficace. Dispose-t-on aujourd'hui des outils adéquats ? Passe-t-elle par une agence nationale qui définirait les bonnes pratiques médicales après les travaux des conférences de consensus ? Enfin, si un médecin n'applique pas ces bonnes pratiques, que fait-on ? Comment le remet-on dans le droit chemin, pour ne pas parler de sanctions ?

M. Claude EVIN : Je voudrais essentiellement revenir sur la gouvernance. Au cours de vos interventions précédentes, à plusieurs reprises, nous avons vu le débat osciller en permanence entre la question de la gestion de l'assurance maladie et la question de la gestion du système de santé. On s'est même demandé si l'un était lié à l'autre et je pourrais reprendre un certain nombre de points à ce sujet. M. Cabrera a dit tout à l'heure que l'objectif est de resituer le système sur son aspect assurantiel. Par ailleurs, on voit de nombreux exemples très concrets qui permettent de constater le lien évident entre la ville et l'hôpital. M. Chassang a même dit qu'il ne fallait pas que la médecine libérale soit la variable d'ajustement de l'hôpital. En fait, l'hôpital pourrait dire parfois la même chose à l'inverse, mais nous aurons l'occasion d'en débattre à nouveau ailleurs.

Se posent d'autres questions très concrètes, notamment sur le circuit du patient qui ne s'arrête pas à la médecine de ville, surtout pour les pathologies lourdes. Le patient est

dans un circuit dans lequel il passe entre plusieurs modes de prise en charge jusqu'à l'hôpital pour revenir éventuellement à la médecine de ville : il est donc nécessaire d'assurer la fluidité de l'ensemble de cette prise en charge.

On peut revenir aussi sur la question de la démographie médicale. Je ne veux pas aborder ici la question de savoir s'il y a trop de médecins ou non, mais quand 286 médecins se sont exprimés la semaine dernière – indépendamment de la perception que peuvent en avoir les usagers, les assurés sociaux et les patients – pour nous dire qu'ils ne sont pas assez nombreux, il faut en tenir compte. Nous savons tous très bien que c'est sans doute moins un problème de démographie globale que de répartition géographique. C'est sans doute, comme le disait M. Chassang tout à l'heure, un problème de spécialités, mais on voit bien quand même que, selon la manière dont l'offre de soins se répartit géographiquement, elle ne peut plus être abordée aujourd'hui en termes de médecine de ville d'un côté et de médecine hospitalière de l'autre. Sur les spécialités que nous avons évoquées, on voit bien qu'il est nécessaire de mettre en articulation les uns et les autres parce que l'offre de soins sur le terrain ne pourra pas être totalement assumée par les médecins libéraux. Certes, l'idée d'aller vers une obligation d'installation serait absolument inefficace, mais la situation ne peut se régler que si l'on met en place, avec les hôpitaux locaux, les hôpitaux généraux et les médecins ambulatoires – ville et campagne –, une bonne articulation des réseaux de soins.

Je pourrais revenir sur d'autres questions, notamment celle qu'a évoquée M. Costes tout à l'heure sur le lien entre la rémunération et l'organisation de l'offre de soins, en disant qu'il est évidemment nécessaire de poser le problème du niveau de rémunération et du service rendu mais que ce service rendu étant la permanence et la qualité des soins, la rémunération serait de la responsabilité des caisses et l'organisation de l'offre de soins de la responsabilité de l'Etat.

Je terminerai en posant une question sur les propositions concernant la gouvernance. Pensez-vous que l'on peut continuer à avoir un tel cloisonnement dans l'organisation du système ? Chacun a dit qu'il fallait une autre gouvernance, un autre pilotage et une gestion plus globale, mais qu'est-ce que cela veut dire, non pas en termes provocateurs mais pour essayer de préciser de quoi on parle ? Pensez-vous que l'on peut continuer de mener la discussion conventionnelle sur les bases instaurées par la loi de 1971 – ou même de 1945, puisqu'il y avait auparavant des conventions départementales –, avec les caisses de Sécurité sociale sur une partie, avec l'Etat sur une autre partie de cette problématique, avec les médecins de médecine ambulatoire, les caisses et les ARH sur les hôpitaux et avec le comité économique des produits de santé sur les médicaments ? Pensez-vous que l'on peut continuer comme cela ?

Vous avez dit tout à l'heure qu'il fallait clarifier le champ de compétences entre l'Etat et l'assurance maladie, mais quel contenu concret donnez-vous à une telle clarification ? Pensez-vous qu'il faut aller jusqu'à la remise en cause de l'architecture même du système ? Dans ce cas, quelle alternative permettrait de répondre à l'objectif que vous affichez et de répondre à l'idée selon laquelle, sur un certain nombre de points concrets, on ne peut pas continuer de fonctionner ainsi ? Pensez-vous qu'on peut résoudre les problèmes que vous avez évoqués en continuant d'avoir un système conventionnel avec les caisses, d'une part, et d'autres éléments de négociation avec l'Etat, d'autre part ? Imaginez-vous une autre architecture et laquelle ?

M. Hervé MORIN : Je voulais poser la même question que Claude Evin sur la gouvernance. Nous aurions pu continuer dans la provocation par un réquisitoire terrible à l'égard de la CNAM et du système. Ma deuxième question est plus précise. Pour vous, si

l'on se dirige vers un système de maîtrise médicalisée, pensez-vous que le conventionnement, auquel, selon vous, on doit redonner toutes ses lettres de noblesse, peut éventuellement conduire jusqu'au déconventionnement si les professionnels de santé, après une procédure d'alerte, ne font pas ce qu'il faut ? Troisièmement, on voit très bien quels moyens permettent de maîtriser les dépenses en se préoccupant de l'offre de soins, mais, pour ce qui est de la demande, on sait bien que, lorsque l'on est malade ou que l'on a le sentiment de l'être, on est totalement dans l'irrationnel. Quelles sont, selon vous, les clefs majeures pour essayer de réguler la demande de santé, puisque, les uns et les autres, vous parlez en permanence de consommation ?

J'ai une dernière question accessoire. Comme le Dr Cabrera, je pense que le cabinet médical est l'un des derniers lieux d'écoute dans le pays – il y a aussi les permanences des parlementaires, mais il y a plus de médecins que de parlementaires... – et je suis assez choqué par le contenu des études médicales. Celles-ci ne comprennent pas d'études sur la sociologie, la psychologie, l'histoire, etc., toutes ces sciences qui permettraient d'avoir une autre vision.

Ma question est simple : que faudrait-il modifier dans les études médicales pour que les cabinets médicaux soient des lieux où l'on fait plus d'écoute, ce qui évite les prescriptions et les examens qui sont inutiles parce que l'on a surtout affaire à des gens qui ont besoin d'une autre approche ?

M. Philippe VITEL : Je serai très rapide : je souhaite simplement compléter ce qu'a dit Jean-Pierre Door en vous posant trois questions. Premièrement, quel bilan tirez-vous aujourd'hui du fonctionnement des unions régionales ? Deuxièmement, dans le cadre de la gouvernance décentralisée, envisagez-vous une fusion des ARH et des unions régionales dans les ARS ? Troisièmement, en cas de mise en place de telles structures, pourrait-on envisager des conventions d'objectifs entre les praticiens et ces structures pour essayer d'aborder des problématiques locales qui, parfois, grèvent largement les budgets ? Je pense par exemple, pour ma région, aux IJ et aux transports qui sont le double de la moyenne nationale.

M. Dinorino CABRERA : Pour ce qui est de la gouvernance, il est vrai que l'assurance maladie n'a pas été gérée et qu'il faut changer ce système. Comme M. Chassang l'a dit tout à l'heure, il n'y avait pas de pression suffisante au niveau des caisses d'assurance maladie pour arriver à contracter un accord avec les professionnels de santé. On voit qu'à l'UNEDIC ou ailleurs, il y a une obligation de contracter, sans quoi il se passe quelque chose. Ce n'est pas le cas de l'assurance maladie du fait du règlement conventionnel minimal. Nous avons donc proposé d'autres pistes.

Le fait que l'assurance maladie soit gérée aujourd'hui par les seuls syndicats de salariés n'est pas une bonne chose. J'ose presque dire qu'ils n'ont pas compétence pour le faire. A mon avis, comme dans certaines grandes entreprises, il faut un directoire et des personnalités qui aient obligation de contracter avec les médecins sur des objectifs. Or, jusqu'à présent, les seules négociations que nous avons avec les caisses d'assurance maladie portent sur le niveau de rémunération de tel acte et l'on nous dit : « Vous gagnez trop et comme vous avez fait trop d'actes, je ne peux pas vous augmenter », sans jamais se demander comment on pourrait faire pour diminuer le volume des actes et augmenter leur niveau en compensation. A cet égard, le débat sur la visite à domicile a été très clair : nous avons réussi à faire quelque chose sur un segment précis.

Sur la gouvernance, je pense que les caisses d'assurance maladie, ne peuvent continuer ainsi et qu'il faut que l'Etat s'en mêle. En effet, si demain, un accord conventionnel dit « social » est conclu avec les caisses d'assurance maladie, comme celui

fait dans le cadre de l'indemnisation chômage, et qu'il échoue ensuite, cela retombera sur l'Etat. Cela implique donc que l'Etat prenne aussi ses responsabilités.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Que voulez-vous dire par là ?

M. Dinorino CABRERA : Cela veut dire qu'il doit y avoir une direction forte avec des pouvoirs de décision – ce qui n'est pas le cas aujourd'hui – dans une caisse d'assurance maladie unifiée.

M. Michel CHASSANG : A propos de la gouvernance, je vais répondre aux questions qui ont été formulées, et en particulier à celle de Claude Evin, fondamentale. Effectivement, nous avons regretté que, lors de la réunion du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la gouvernance de l'hôpital ait été complètement exclue au départ. Nous avons eu l'impression que l'on ne discutait que de la médecine ambulatoire. Premièrement, il nous paraît complètement incongru, inefficace et voué à l'échec de vouloir cantonner la réforme à la médecine de ville. Deuxièmement, continuer ce pilotage dual entre, d'une part, la délégation de gestion à l'assurance maladie de la portion congrue des dépenses, c'est-à-dire la médecine ambulatoire, et, d'autre part, celle de l'Etat, qui garde le pilotage en direct de l'hôpital et du médicament est une erreur. Nous l'avons dit et répété à plusieurs reprises. Nous comprenons fort bien les problèmes que cela engendre, mais, pour nous, c'est effectivement une erreur parce qu'il y a énormément de liens et, surtout, de transferts entre les deux. Nous vivons à l'heure des transferts entre l'ambulatoire et l'hospitalier et cela ne va faire que croître.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Quelle est votre proposition concrète ?

M. Michel CHASSANG : Ma proposition est qu'il y ait un pilotage unique.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Pouvez-vous nous le dessiner ?

M. Michel CHASSANG : Vous le choisirez, mais il en faut un. A mon avis, l'Etat a un rôle énorme à jouer s'agissant de la fonction publique hospitalière. Je veux dire par là qu'on voit mal l'Etat se désengager du dossier.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Voulez-vous dire que vous souhaitez que nous étatisions la médecine ? Je plaisante, bien sûr...

M. Michel CHASSANG : Je ne dis pas cela. Simplement, soit il y a une délégation de gestion totale à l'assurance maladie – ville, hôpital et médicaments – soit il n'y a pas de délégation de gestion. Il faut que cela se fasse dans des conditions assez précises et l'Etat ne peut pas être en dehors. Par conséquent, à notre sens, la gestion paritaire à la « bon papa » de 1945 telle que nous la connaissons et qui concerne uniquement la médecine ambulatoire doit cesser.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Pour être encore plus précis, dessinez-nous ce pilotage unique.

M. Michel CHASSANG : Je ne suis que médecin. Je vous indique les dysfonctionnements. Après, quelle architecture faut-il trouver ? Un schéma circule prévoyant un conseil de surveillance et un directoire appuyé par deux structures, l'une de santé, l'autre de type

INSEE Santé. Nous ne sommes pas du tout hostiles à tout cela et cela va plutôt dans le bon sens.

Cependant, nous avons une réserve quant à l'union des professionnels de santé. Vous devez tous être convaincus ici que nous ne délèguerons pas à d'autres le pouvoir de contractualiser à notre place. Les choses doivent être claires là-dessus. Nous avons un rôle majeur dans le système de santé et nous ferons tout pour le conserver. Cela ne veut pas dire que nous soyons hostiles à des accords supra professionnels. Mais il ne doit pas y avoir d'ambiguïté : les contrats professionnels pour les médecins se passeront entre les médecins et l'autorité qui sera mise en place. Nous ne délèguerons pas soit à des CNPS *bis*, soit à des unions de professionnels de santé qui seraient gérés par d'autres car cela ne fonctionnera pas.

M. Pierre COSTES : Parfois, derrière le mot gouvernance, on mélange un peu tout. La convention, ce sont les contrats ou les formes de contrats ; la contractualisation n'est pas le lieu de la gouvernance. La gouvernance consiste en l'organisation générale du champ et la délégation de l'organisation des compétences et des attributions. Un mot sur la convention car on évoque souvent la catastrophe du système conventionnel. C'est la mort du contrat conventionnel qui justifierait de faire autre chose et de changer la gouvernance.

Juste pour votre information, une seule catégorie de professionnels de santé se situe en dehors des clous conventionnels : ce sont les médecins spécialistes. On peut changer l'ensemble du système contractuel parce que les médecins spécialistes n'ont pas de convention, mais toutes les professions de santé en ont une, y compris les généralistes. Celle-ci a d'ailleurs fait l'objet d'un accord majoritaire. Quand on n'arrête pas de dire que l'on est très fort, c'est vraiment que l'on a des interrogations. Je suis désolé de le dire. MG France a fait 60 % aux élections mais deux syndicats représentatifs de généralistes sur trois ont signé la convention. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas chercher des assises plus larges. Je suis complètement d'accord avec Michel Chassang sur le fait que les accords doivent être très largement portés. C'est pour cette raison que l'on fait les accords transversaux les plus larges.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Pouvez-vous prendre le problème sous l'angle de l'architecture ?

M. Pierre COSTES : Votre question est de savoir où sont les professionnels dans la gouvernance. Première information, le CNPS se préoccupe de sa représentation. Des travaux sont en cours. Un séminaire est prévu le 16 juin. Cela fait longtemps que je suis chargé par lui de mener ces travaux de reconfiguration de la représentation interprofessionnelle des professionnels de santé. Il nous faut un lieu d'échange pour la contractualisation interprofessionnelle comme l'a dit M. Chassang, mais aussi pour la contractualisation entre professions. Il y a des questions transversales, il nous faut une structure. Nous avons pris conscience avec la non-signature de l'accord cadre de l'ACIP que le CNPS devait se rénover. Ne cherchez pas à organiser tout le champ des professionnels avant qu'ils ne vous fassent leurs propres propositions car ils ont des idées là-dessus ! Sur la gouvernance proprement dite, la question essentielle est de savoir si les professionnels y sont. Notre sentiment est que les professionnels ne peuvent pas être présents dans l'agence, la structure de gestion de l'assurance maladie, puisqu'ils sont en contrat avec cette gestion. Nous sommes dans le champ par le ou les contrat(s) avec l'assurance maladie. Par contre, en tant qu'entité professionnelle, nous avons notre place dans les lieux de l'expertise, de conseil, mais aussi probablement dans l'instance suprême du conseil de surveillance. Là, il y a des usagers. S'il y a des usagers, il y a des professionnels. S'il y a les offreurs, il y a les clients. Nous avons une légitimité à y être.

Nous avons d'ailleurs montré que la présence des professionnels dans le Haut Conseil n'était pas inintéressante pour celui-ci. On voit bien que, s'il y a une haute instance, qui travaille avec le Parlement, qui porte la gouvernance, les professionnels en tant que tels peuvent être présents à ce niveau.

Qu'en est-il du champ ? Le niveau suprême est celui qui traite de l'ensemble du champ, c'est-à-dire la ville, l'hôpital, le médicament, l'ensemble des prestations de santé et peut-être même au-delà uniquement du soin car la santé n'est pas que le soin, pas que l'hôpital. La catastrophe des 15 000 morts de la canicule n'est pas un problème lié à l'hôpital et, pourtant, il y arrive à l'hôpital et on le retrouvera en ville et en amont même du soin.

La question est vraiment posée : la gouvernance ne fait-elle que le soin ? Où sera l'instance où l'on fait la santé ? A ce niveau, santé ou soin, en tant que professionnels, nous revendiquons notre présence. Dans la gestion opérationnelle, la gestion déléguée, il y aura plusieurs niveaux de contractualisation jusqu'au niveau régional ; les professionnels sont dans la gestion jusqu'en région mais par le contrat. Ce n'est pas pour l'instant le champ des URML. Ce sont les organisations syndicales de professionnels qui négocient les contrats. Les positions de M. Chassang sont claires. Son organisation mène de facto nombre d'URML puisqu'ils sont présents dans les deux collèges. Que voulez-vous que je vous dise ? C'est mieux que de n'être que dans un secteur.

M. Jean-Claude RÉGI : Pour nous, la gouvernance de l'assurance maladie ne peut se concevoir que dans le cadre de la sécurité sociale solidaire. Elle ne saurait se résumer à la simple gestion d'un budget et devra intégrer toutes les dimensions de la santé publique. Pour nous, elle comporte au moins deux volets. Le premier est opérationnel et concerne la politique de santé, ses objectifs, ses priorités et l'organisation du système. Le second est économique et financier et renvoie à un objectif qui nous semble strictement politique.

Au plan opérationnel, la profession s'investit déjà dans le système. On parlait des URML et M. Vitel a posé le problème des unions régionales, des acteurs incontournables de la politique sanitaire à l'échelon régional. Il faut renforcer leur rôle notamment pour ce qui concerne la permanence des soins ou la reconstruction d'une médecine de proximité de premier recours. A l'échelon national, l'élaboration de la classification commune des actes médicaux, techniques et récemment cliniques a largement démontré la réalité de l'implication des médecins, quel que soit leur mode d'exercice, libéral ou privé, pour autant que l'on crée un climat favorable à cette négociation. Pour l'avenir, nous souhaitons que la politique de santé publique soit discutée et construite avec les professionnels au sein de nouvelles structures, haute autorité de santé ou autre, en amont des décisions budgétaires. La profession demandera aussi à participer à toute démarche d'évaluation, de qualité des politiques et des actions engagées.

Au plan économique et financier, la politique doit reprendre la main. Nous revendiquons la reconnaissance de la santé comme une fonction régaliennne prioritaire, le choix des objectifs prioritaires de santé publique devant revenir au politique une fois discuté au sein des instances précédemment citées. Nous avons la conviction qu'il est impossible que les professionnels soient juge et partie, sauf à courir le risque d'un conflit d'intérêt évident. Ils peuvent cependant avoir un rôle d'expertise dans la définition du coût réel de la pratique pour donner sa pleine efficacité au financement sans doute à réaménager. La gestion financière devra passer sous le contrôle de la représentation nationale.

Au total, nous revendiquons une redéfinition des rôles de chacun et une implication forte des professionnels dans tout ce qui touche à l'organisation des soins et

dans tous les aspects opérationnels du fonctionnement du système, les caisses n'intervenant pas à ce niveau en dehors des procédures de contrôle.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Si j'ai bien compris, pour préciser votre pensée, vous souhaitez que les politiques et notamment le Parlement s'investissent plus dans les aspects économiques et financiers. Cela veut-il dire que vous souhaitez que nous ne votions plus un objectif national de dépenses d'assurance maladie comme nous le faisons depuis 1996 ? Souhaitez-vous que nous votions une véritable loi de finances avec les recettes, les dépenses et éventuellement un collectif en cours de route ?

M. Jean-Claude RÉGI : Nous, professionnels de santé, n'avons pas à nous prononcer sur ce volet financier. Ce n'est pas notre domaine. Nous avons à travailler sur tout ce qui est opérationnel, nous engager dans tous les domaines de responsabilité, de qualité, etc., mais le volet financier n'est pas de notre compétence. C'est à l'Etat à prendre ses responsabilités.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Mais vous n'êtes pas satisfaits des objectifs puisque nous votons actuellement. Le Président de la Commission des Finances connaît bien la signification de ces objectifs et leur évolution depuis cinq ans.

M. Jean-Claude RÉGI : A priori, nous savons qu'ils seront dépassés. Nous ne pouvons pas nous satisfaire éternellement de cette situation.

M. Claude EVIN : Pourquoi ?

M. Jean-Claude RÉGI : Car il n'y a pas de régulation. Pouvez-vous décrire de la façon la plus médicalisée possible comment sont calculés les objectifs ?

M. Claude EVIN : Vous savez très bien que, quand ils ont été fixés, y compris à près de 5 %, ils n'ont pas davantage été respectés.

M. Jean-Marie LE GUEN : Le conseil de surveillance dont parlent M. Chassang et M. Costes, comprendrait des représentants des professionnels de santé, des organisations syndicales. Si le directoire est nommé par l'Etat, qu'appelleraient-ils une étatisation ?

M. Michel CHASSANG : Nous ne sommes pas candidats à la gestion. Nous n'avons pas vocation à figurer dans le pilotage du système d'assurance maladie. Nous sommes de modestes professionnels de santé. Mettez-vous à notre place ; par contre, laissez-nous à notre place et respectez-nous quand c'est la nôtre. Là, ce n'est pas la nôtre. Cela ne veut pas dire que, dans la haute autorité, nous n'ayons pas un mot à dire et peut-être à apporter une contribution utile. Ceci étant dit, effectivement, on tombe soit d'un côté, soit de l'autre. A partir de ce moment-là, parler et essayer de ne pas parler d'étatisation est assez difficile. On peut aussi faire en sorte que cette étatisation soit la plus intelligente possible.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Nous avons terminé sur la gouvernance. J'aurais espéré à titre tout à fait personnel que vous soyez un peu plus précis sur l'architecture et que vous alliez un peu plus loin. Ceci dit, on a quand même une vision claire de ce que vous souhaitez. Maintenant, je souhaiterais que l'on revienne sur les autres questions qui ont été posées. Nous sommes dans les pistes concrètes, les propositions. D'autres questions ont été posées, notamment par Jean-Luc Prél sur la maîtrise médicalisée et rejoignant la question des RMO évoquée par M. Morin. Il y avait aussi la formation.

M. Jean-Marie LE GUEN : Dans opposable, jusqu'où va le mot « opposable » ? Dans la suite des propos de M. Morin, ne faut-il pas une réflexion sur une formation moins liée à l'hôpital ? Avez-vous réfléchi à ce sujet ?

M. Michel CHASSANG : La maîtrise médicalisée est un vaste sujet, mais je vais être bref, donc forcément incomplet. Oui, il faut mettre en place des outils. Nous les avons. Il faut simplement leur redonner force et vigueur. Ce sont en particulier toutes les références médicales opposables que l'on a laissées au placard. Il faut à mon avis les rendre opposables non seulement aux médecins, mais aux patients. Je prends un exemple concret : trois échographies au cours d'une grossesse normale, suffisent. Elles doivent être opposables au médecin, mais aussi au patient, sinon, cela n'aurait pas de sens. Elles doivent en outre être opposables à l'ensemble des médecins, ville et hôpital. On voit bien qu'un système échappant aux références n'a pas de sens. La coordination est indispensable. Sur la formation médicale continue, nous n'avons aucune ambiguïté ; nous sommes favorables à la formation médicale continue obligatoire.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Obligatoire ?

M. Michel CHASSANG : Oui.

Mme Martine BILLARD : Faite par qui ?

M. Michel CHASSANG : Par nous.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Ce qui compte, c'est le mot obligatoire qui a beaucoup de sens.

M. Michel CHASSANG : Formation par nous, mais, de grâce, ni par l'assurance maladie, ni d'ailleurs les assurances privées. La profession doit organiser sa formation médicale continue. Nous sommes en outre favorables à l'évaluation des pratiques professionnelles. Il ne faut pas mélanger comme le font certains contrôle et évaluation des pratiques. Ce sont deux choses différentes. Il faut mettre en place un contrôle et, là, le contrôle médical des caisses doit retrouver cette mission qu'elles ont perdue. Cette mission de contrôle vise à dégager, détecter, punir, sanctionner les abus en tous genres. C'est moralisateur. Cela ne va pas forcément faire beaucoup d'économies, mais c'est indispensable à l'équilibre du système. Par contre, l'évaluation des pratiques professionnelles relève d'une toute autre démarche. L'évaluation des pratiques professionnelles doit, bien entendu, être organisée par la profession. Elle vise à prendre conscience des bonnes ou des mauvaises pratiques. Il n'y a aucune raison pour que les gens intelligents ne les modifient pas. Ils n'en ont pas conscience aujourd'hui. Je ne parle pas des truands, mais de ceux qui pratiquent une médecine normale. Ensuite, il faut faire en sorte de les améliorer tant sur le plan individuel que collectif. Pour cela, on dispose d'outils. L'objectif affiché est d'évaluer 10 000 médecins d'ici la fin 2005. 10 000 médecins, ce n'est pas rien. Là aussi, il ne faut pas que cela ne concerne que le libéral. Une politique d'évaluation et de formation concernant uniquement la ville et pas l'hôpital, n'aurait pas de sens et serait mal vécue.

Enfin, il faut coordonner les soins, ce qui contribue à la maîtrise médicalisée. Il y a un dossier médical dont on a parlé tout à l'heure. Jean-Luc Prél a demandé comment responsabiliser les patients dans le parcours de soin. Il faut les responsabiliser sur un plan financier. Cela veut dire en clair qu'il faut moduler les remboursements en fonction de l'utilisation optimale du patient dans le système de soin. Il faut encourager les professionnels à travailler en harmonie et en coordination. Ce n'est pas forcément le cas aujourd'hui. C'est plutôt l'inverse.

M. Claude EVIN : C'est un sujet compliqué et sensible, mais quand vous dites contrôle, quelle est la sanction – car c'est l'un des sujets sur lequel nous avons les uns et les autres complètement échoué depuis des années – car, qui dit contrôle, dit qu'à un moment il faut bien qu'une procédure existe ? Je fais notamment allusion à des mesures qui figuraient dans les ordonnances mais n'ont jamais réellement été mises en place. Quelle sanction imaginez-vous en la matière ? On peut certes avoir des mesures incitatives. Que fait-on si elles ne fonctionnent pas ? Il faut mesurer la manière dont on applique les sanctions, mais elles doivent exister. Or, l'affichage de sanctions a été très bloquant jusqu'à maintenant.

M. Michel CHASSANG : Si l'on met en place un système qui vise à faire la chasse aux comportements déviants, aux abus et aux gaspillages en tous genres, forcément, il doit être couplé à un système de sanction. Le déconventionnement n'est pas une bonne arme, je vous le dis tout de suite, surtout en période de démographie tendue ; aujourd'hui, le déconventionnement signifie l'interdiction d'exercer. Quand vous avez des patients qui sont remboursés moins d'un euro pour une consultation, vous ne pouvez plus travailler. Nous préférons des sanctions. Il y a un préjudice financier, les sanctions sont financières. Si, par contre, des problèmes touchent à la qualité d'exercice, surtout à sa sécurité, on est dans un autre domaine ; évidemment, il faut interdire au médecin d'exercer s'il est dangereux. Nous ne sommes pas du tout hostiles aux sanctions pour peu qu'elles soient justifiées et proportionnées à la faute.

M. Pierre MÉHAIGNERIE : Je me place sur le plan financier. Le rôle des médecins est important dans la réforme et s'ils ne sont pas convaincus, il sera difficile de convaincre les patients. Le mot clé est quand même la responsabilité. Vous l'avez évoquée au niveau de la gestion et de la gouvernance. Vous l'avez un peu abordée au niveau du patient et du médecin. Compte tenu du niveau actuel des prélèvements et des dépenses de vieillesse et de santé, pouvez-vous nous aider à convaincre tous les médecins que l'on ne peut plus augmenter les prélèvements sans menacer l'emploi ? Dans la responsabilité du patient et du médecin, il y a une interférence sur laquelle on peut jouer. Jusqu'où pour vous, peut aller la responsabilité du patient, y compris financière ? Que suggérez-vous ?

M. Michel CHASSANG : Nous en avons deux. On a déjà mis en place la première avec la visite à domicile. On responsabilise le patient dans son parcours de soins. Un patient qui appelle son médecin à son domicile prend en charge la différence s'il ne répond pas à un certain nombre de critères. C'est déjà un premier pas vers la responsabilité et cela ne peut pas se mettre en place si les médecins n'y participent pas. Aujourd'hui, ils y participent. Toutes les statistiques vont dans ce sens. La deuxième mesure consiste à apprendre dans notre société à faire des choix. Aujourd'hui, on rembourse tout à tout le monde dans n'importe quelle circonstance. Il faut faire des choix en termes médicaux. J'ai fait allusion aux trois échographies au cours de la grossesse. Il y a bien d'autres choix que nous pourrions faire. Les médecins sont disposés à vous aider à les mettre en application. L'équilibre des comptes de la sécurité sociale, le niveau de financement à lui consacrer, les modalités de remboursement et autres, sont très intéressants. Nous pouvons vous donner des pistes, mais nous ne pouvons malheureusement pas y contribuer. Simplement, si vous mettez en œuvre des critères de médicalisation du remboursement, de bonne utilisation du système de soin, cela ne peut pas se faire sans les médecins. Ils sont disposés à vous aider car il faudra faire des choix à flux budgétaire tendu.

M. Jean-Claude RÉGI : Sur le problème qui nous est posé de la formation médicale continue, mon ami Chassang a répondu d'une manière extrêmement tranchée concernant l'obligation de la formation médicale continue des médecins. Je pense que la formation médicale continue des médecins est une obligation déontologique de chaque médecin. Les obligations imposées par d'autres voies ne régleront pas le problème car il y aura des

adaptations. Se former est une obligation morale de chaque médecin. Il n'y a pas à légiférer en la matière.

M. Claude EVIN : Que fait-on quand l'obligation n'est pas respectée ?

M. Michel CHASSANG : Il ne faut pas trop s'engager sur le non-respect de l'obligation de formation non plus. N'attendez pas forcément la lune. La plupart des médecins se forment bien.

M. Jean-Claude RÉGI : Actuellement, nous sommes en train d'établir des critères de formation.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Il y a quand même des systèmes étrangers qui fonctionnent particulièrement bien dans ce domaine : l'exemple américain a beaucoup de sens.

M. Jean-Claude RÉGI : En ce moment même, pour la formation médicale continue, nous sommes en train d'étudier les critères d'obtention d'un certain nombre de points pour satisfaire à une exigence de formation. Pour l'instant, on n'a pas parlé d'obligation. On parle d'une démarche volontaire des médecins que nous appuyons fortement, qui est indispensable. C'est une responsabilité morale de chaque médecin de se former. L'Ordre a à prendre ses responsabilités en la matière. Il ne faut pas créer une obligation artificielle qui pourrait aussi se traduire par des comportements tels que la présence à des réunions que pour obtenir des points. Cette obligation n'est pas à mon sens quelque chose de porteur ; par contre, l'obligation morale de se former avec un contrôle ordinal...

M. Jean-Michel DUBERNARD : On a bien compris la nuance entre obligation morale et obligation tout court.

M. Pierre MÉHAIGNERIE : Comment pouvez-vous nous aider à faire partager la responsabilité financière au patient ?

M. Jean-Claude RÉGI : Le patient dans le système de soin : on va aborder le problème de l'accès au système.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Non, on parle de sa responsabilisation éventuellement financière pour nous aider à maintenir un équilibre.

M. Jean-Claude RÉGI : On peut parler des problèmes de franchise. Nous pensons qu'il y a en effet un moment où le patient doit être responsabilisé pour entrer dans le système. On ne peut pas éternellement avoir tout et n'importe quoi. A la FMF, nous pensons que le patient doit savoir que la santé n'est pas un bien de consommation. C'est quelque chose de précieux qu'il faut respecter. Il ne faut pas en abuser. Nous avons tous des responsabilités, aussi bien les médecins que les patients. Actuellement, dans l'esprit des patients, règne l'idée « j'ai payé, j'ai droit ». On doit casser ce cercle infernal. Nous devons tous participer à l'éducation des patients. A force de vouloir rembourser tout et n'importe quoi, on arrivera à ne plus pouvoir rembourser l'essentiel. C'est une idée que nous devons avoir à l'esprit dans cette phase de responsabilisation des patients. Nous ne devons pas pour autant nous défaire, nous les médecins, sur les patients en disant qu'ils sont responsables et que nous ne sommes pour rien dans le système.

Vous faites allusion à un prélèvement forfaitaire annuel ou à une responsabilisation sur chaque boîte de médicament ou sur des actes médicaux. Pour notre association, nous pensons qu'un ticket modérateur, appelez-le comme vous le voulez, paraît nécessaire. Il doit échapper aux complémentaires pour que chaque acte ait vraiment un coût et que tout le monde le sache. Il ne faut pas non plus exagérer. Ce n'est pas une limitation à l'accès au soin. Dans cette entreprise où l'on a un trou abyssal, tout le monde doit prendre ses responsabilités, nous médecins, mais aussi la société. Cette démarche nous paraît essentielle. Il est vrai que des études ont été faites sur la responsabilisation des patients. Il ne faut pas rendre les gens coupables de rentrer dans le système de soins, ce n'est pas ce que je veux dire. Dans l'esprit de tous les gens, surtout avec une carte qui est plus considérée comme une carte de crédit que comme une carte d'accès au soin, la carte Vitale, on en arrive au tout gratuit et on n'a plus de notion de la valeur de ce que l'on dépense. Il ne faut pas responsabiliser les patients, mais leur faire comprendre qu'ils accèdent à quelque chose de précieux, qui a un coût qu'ils doivent connaître. C'est une démarche citoyenne que je propose.

M. Dinorino CABRERA : La formation médicale continue, oui, c'est une obligation déontologique ; oui, il faut une assurance de suivi de formation avec des conséquences graduées comme partout. Il faut effectivement au départ la sommation et ensuite d'autres peines. J'espère que vous comprenez bien que l'on ne va pas les mettre en prison pour autant. D'ailleurs, dans notre schéma à trois niveaux, un médecin pouvait très bien ne pas être conventionné, mais passer sur un autre système. Donc, la formation étant une obligation déontologique, il doit y avoir des conséquences de l'assurance du suivi. Nous sommes favorables à l'évaluation collective des pratiques car cela permet en même temps de démontrer aux médecins que telles pratiques peuvent être médicalement meilleures ou économiquement plus soutenables, et par le biais de la formation de les faire passer.

Quant à la responsabilité financière des patients, il est évident que les médecins peuvent faire passer un message du genre : « Je ne peux plus vous soigner puisque l'on m'interdit de ». Je suis persuadé qu'il y a un trop grand nombre d'actes réalisés en croyant bien faire simplement parce que la prévention et le dépistage sont mal faits dans notre pays. De ce fait, on voit beaucoup de patients aller voir leur médecin pour prévenir ou soigner l'hypertension. En effet, suivant le journal, suivant le médecin, vous pouvez traiter à tel ou à tel niveau, avec tel ou tel traitement et la prévention ou le traitement peuvent coûter un ou 100 millions. Si l'on mettait demain tous les malades stressés sous statines au titre de la prévention, le système sauterait. Il nous faut une politique de prévention et de dépistage en expliquant aux gens qu'ils peuvent faire de la prévention à titre collectif ou individuel, mais que chacun ne doit pas se faire faire tous les examens pour un oui ou pour un non sans ciblage.

Le reproche majeur que je peux faire à notre pays est de ne pas avoir eu de véritable campagne de prévention nationale avec un suivi. Une telle pratique évite pourtant que chaque malade aille faire tous les trois mois son dosage de cholestérol et reparte avec un traitement. Ensuite, il faut porter le dossier médical partagé, qui doit être synthétisé par un médecin traitant. Ne parlons pas de généralistes ou de spécialistes. Pour 97 % des cas, ce sera un généraliste. Si un malade veut être suivi par un spécialiste, peu importe puisque le dossier médical partagé existera.

M. Jean-Marie LE GUEN : On remboursera ou on payera la même chose !

M. Dinorino CABRERA : Nous sommes d'accord sur le fait d'avoir des contraintes.

M. Michel CHASSANG : Remboursera.

M. Jean-Marie LE GUEN : Payera.

M. Dinorino CABRERA : On peut en discuter après, ce sera minime. Sur les responsabilités, de grâce, ne faites jamais passer un forfait par boîte de médicament ou par consultation standard. Je peux me payer un forfait par médicament, j'ai les moyens.

M. Jean-Marie LE GUEN : Votre argument est très juste, mais plaide également contre la franchise et pas simplement pour le forfait par boîte de médicament.

M. Dinorino CABRERA : Si vous voulez la mettre, mettez-la, cela ne me gêne pas du tout.

M. Jean-Michel DUBERNARD : Merci beaucoup, Messieurs, de nous avoir consacré un temps précieux et long. Nous tirerons certainement un très grand bénéfice de ce débat et de vos observations.

**Audition de M. Jean-Luc DEROUSSEN, secrétaire général adjoint,
en charge de l'assurance maladie à la CFTC**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 29 avril 2004)

Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président

M. le Président : M. Deroussen, je vous souhaite la bienvenue. Je sais quelles sont les positions de votre organisation syndicale sur l'assurance maladie. Le gouvernement parle d'une réforme. Puis-je vous interroger sur la façon dont vous voyez cette réforme, sur les principes dont elle doit s'inspirer ?

Puisque l'on dit qu'il y a un déficit important, avez-vous des pistes à nous suggérer du côté des recettes et des dépenses, mais aussi du côté de l'organisation, du fonctionnement et de la gestion de notre système de soins ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Si vous êtes vous-mêmes réunis aujourd'hui, c'est parce que la question de l'assurance maladie est vue à travers la question du déficit et qu'il est urgent de réformer ce système. On sait que réformer est dangereux. Des exemples assez récents le prouvent. Mais ne pas réformer, c'est impossible. Nous sommes dans cet état d'esprit.

Pour réformer, il faut avoir un certain nombre d'informations. Nous les avons puisées dans le diagnostic du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Autour de la table, certains y ont participé, mais beaucoup ont pu prendre connaissance de ce diagnostic.

En trois mois, nous avons pu rassembler une base d'informations solide. La diversité des sujets montre qu'à travers la qualité des soins, le rôle des professionnels de santé, des questions très ponctuelles – doit-on fermer ou non un hôpital ? faut-il en reconvertir ? – les questions de recettes, de dépenses, ont été mises sur la table. Il y a aussi la lutte contre le gaspillage. Parfois des mots qui fâchent ont été prononcés. Le diagnostic pourra être complété par les rapports des groupes de travail que le ministre Jean-François Mattei a mis en place, notamment sur la question de la coordination ville-hôpital. Tous les sujets méritent d'être sur la table. Ils y sont. Le diagnostic est clair : le système de soins est mal organisé. Il faut avoir cela en tête.

Dire qu'un système est mal organisé ne veut pas dire qu'il n'est pas bon. La médecine française est aujourd'hui une médecine de pointe. Pour nous, les professionnels de santé dans leur quasi-généralité – il y aura forcément toujours des exceptions – sont des gens qualifiés, compétents, disponibles. Selon le classement établi par l'Organisation mondiale de la santé, le système français est en tête. On sait que les classements sont toujours conçus par rapport à des références que l'on peut discuter. Mettons-nous à la place du patient, celui qui malheureusement est malade. Il a le choix de son généraliste, de son spécialiste. En règle générale, on peut dire qu'il est bien soigné. Il n'est jamais mis à la porte ni d'un hôpital ni d'une clinique. On accueille la personne, on soigne le patient, mais malheureusement la question du déficit est toujours mise en avant.

Ce n'est pas la première fois qu'il apparaît. Les compteurs ont déjà été remis à zéro. Cela veut dire que l'on n'a peut-être jamais abordé le problème dans son ensemble. On constate les recettes et on fait valoir que les dépenses, de toute façon, vont toujours augmenter. C'est un peu le serpent qui se mord la queue.

Nous sommes nous aussi persuadés que les dépenses de santé augmenteront à l'avenir beaucoup plus vite que le PIB car la population vieillit. Ce n'est pas parce que les gens sont âgés qu'ils n'ont pas le droit de bénéficier de davantage de soins ; la technologie avance, c'est aussi une façon d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, et cela coûte cher.

Mais il faut examiner de près leur structure. On parle un peu trop souvent de quasi-gratuité du système de santé. Cela nous gêne car cette gratuité est simplement le résultat d'un système de cotisations. Les malades ont cotisé. C'est pour eux une assurance. Tout Français a bien conscience du fait que, s'il n'avait à voir le médecin qu'une ou deux fois par an et à régler le montant modique d'une ordonnance, il arriverait à faire face. On sait, malheureusement, que l'accident de santé peut arriver. Personne n'est capable de faire face à une facture d'hôpital.

Cet aspect solidaire est un pilier fondateur de la sécurité sociale. La CFTC y tient et ne veut pas qu'il soit remis en cause. Pour nous, c'est la dynamique des dépenses qui est la première préoccupation, et c'est à cela qu'il faut s'attaquer. Des valeurs fondamentales demeurent : la solidarité, l'efficacité.

M. le Président : Sur les dépenses, si l'on cherche à être un peu plus précis, à l'égard des patients, êtes-vous oui ou non pour une franchise sur les boîtes de médicaments, par exemple ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Si l'on reste dans le système actuel, c'est-à-dire le guichet ouvert, vous allez voir le médecin comme vous voulez, autant de fois que vous voulez, il vous prescrit ce qu'il veut. Toutes les franchises, toutes les augmentations de CSG ne feront que passer un coup d'éponge sur un lavabo percé.

M. le Président : Donc, vous n'y êtes pas favorable.

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Uniquement si l'on s'attelle clairement à boucher la fuite, c'est-à-dire à retrouver un équilibre. On sait que, même s'il y a équilibre, on aura toujours à faire face à une augmentation des dépenses ; à ce moment-là, il sera temps de voir si, par une augmentation de la CSG, par une franchise adaptée en fonction des revenus – franchise annuelle, franchise sur les boîtes de médicaments – des solutions sont possibles. Donnons d'abord la priorité à un retour à l'équilibre.

M. le Président : J'entends bien, mais on peut avoir un retour à l'équilibre et éviter que dans l'avenir le déséquilibre recommence. Donc, vous n'êtes pas pour une franchise sur les boîtes de médicaments ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Nous n'approuverons pas une franchise sur les boîtes de médicaments, car certains Français sont obligés de prendre un médicament tous les jours.

Par contre, l'idée d'une franchise annuelle de responsabilisation est une hypothèse qui est pour nous recevable.

M. Pierre MÉHAIGNERIE : Proportionnelle au revenu ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Oui.

M. le Président : Etes-vous favorable ou non à ce que certains médicaments ou certains soins comme certaines cures thermales, par exemple, ne soient pas remboursés ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Ce n'est pas en tant qu'organisation syndicale, encore moins en tant qu'administrateur d'une caisse nationale d'assurance maladie, que l'on est à même de dire si un médicament est efficace ou non. Pour nous, c'est à une agence tout à fait indépendante qu'il appartient d'indiquer à ceux qui ont la responsabilité de la gestion qu'un médicament est efficace, admissible au remboursement. C'est vraiment le rôle des experts, des savants, des scientifiques. S'il n'est pas efficace, on ne voit pas pourquoi il doit être maintenu dans le périmètre de biens remboursables.

M. le Président : N'est-ce pas ce qui se passe déjà un peu aujourd'hui ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Pas tout à fait.

M. le Président : A l'égard des patients, des professionnels, des établissements, faut-il aussi faire un effort ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Tout à fait. Il y a aujourd'hui autant d'hôpitaux qu'il y a 20 ans et, même si ces hôpitaux ont été rénovés, on s'aperçoit que la durée du séjour en hôpital a considérablement diminué. Nous sommes inquiets d'entendre que, dans certains hôpitaux, la sécurité n'est pas assurée. Il est important d'informer clairement les habitants de telle ville, de tel canton, que si l'on ne ferme l'hôpital ce n'est pas pour faire des économies. Il faut bien leur indiquer que les fermetures sont décidées pour des raisons de sécurité, parce qu'il n'y a pas assez de clients. Il s'agit des maternités, de certaines spécialités pour lesquelles le praticien doit avoir suffisamment d'opérations ou d'actes à pratiquer pour justifier le maintien de l'hôpital. Cela veut dire qu'il y a probablement toute une redistribution à faire là où il y a à la fois des problèmes de sécurité et d'offre de soins.

M. le Président : Il n'y a pas que les hôpitaux, mais aussi les médecins. Doit-on chercher à mieux réguler la médecine de ville, par exemple, en supprimant le paiement à l'acte ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Le paiement à l'acte est tout à fait justifié. Les médecins font aussi un effort dans ce sens, en reconnaissant qu'il y a probablement un moyen terme à trouver entre un paiement à l'acte et une rémunération forfaitaire. Il est souhaitable que l'on puisse trouver, quel que soit l'endroit où l'on se trouve, un médecin, même la nuit, même les week-ends. Une garde de médecin suppose peut-être une rémunération spécifique.

M. le Président : Pour agir sur les dépenses, nous avons examiné la situation des patients. S'agissant des professionnels, faut-il ou ne faut-il pas accroître le contrôle médical de l'assurance maladie par l'intermédiaire des médecins conseils ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Le contrôle n'est pas forcément une sanction. Il peut être vu comme une évaluation, une amélioration des pratiques. Il faut reconnaître que les médecins sont un peu seuls pour évaluer et améliorer leur pratique médicale. Le fait qu'existe la possibilité, *via* des médecins conseils, *via* des conférences de consensus, de les aider à améliorer leur pratique médicale, est aussi une façon de les responsabiliser.

M. le Président : Voilà pour l'action sur les dépenses à l'égard des patients et des professionnels. Sur les recettes, êtes-vous favorable ou non à l'augmentation de la CSG ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : L'augmentation de la CSG est peut être inévitable, mais il faut pas considérer la situation de l'assurance maladie uniquement à travers cette augmentation.

M. le Président : Je n'ai jamais dit cela. Je cherche toutes les pistes.

M. Jean-Louis DEROUSSEN : C'est vraiment, de notre point de vue, une piste secondaire. La question de l'augmentation de la CSG, de l'élargissement de l'assiette des cotisations, voire de la TVA sociale, ne se pose, vis-à-vis des cotisants qui sont toujours les premiers concernés, que si, parallèlement, leur est donnée l'assurance que notre système est maintenant mieux organisé et répond correctement à leur attente.

M. Jean-Marie LE GUEN : Nous avons bien entendu ce que vous disiez sur l'ordre de vos priorités. Néanmoins, si l'on doit évoquer le financement, pouvez-vous indiquer votre préférence : augmentation de la CSG, instauration d'une TVA sociale, prolongation de la CRDS, augmentation de son taux ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Pour la CRDS, il faut être raisonnable. Il est un peu trop facile de dire que l'on peut dépenser sans compter, en reportant la charge sur nos petits-enfants. Ce serait malhonnête. La CRDS doit être perçue jusqu'en 2014, c'est bien assez. Cessons de toujours transférer aux générations futures ce que nous n'avons pas réussi à gérer nous-mêmes. Donc, pour la CRDS, c'est clair, c'est non.

M. Jean-Marie LE GUEN : Non pour l'augmentation du taux aussi ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Nous nous refusons à envisager une augmentation du taux de CRDS ou sa prolongation. Pour nous, c'est malhonnête.

Sur la question de la CSG ou de la TVA sociale, les mêmes débats ont eu lieu à l'occasion de la réforme des retraites : fallait-il augmenter les cotisations, faire payer les entreprises ? Nous avons demandé que l'on mette sur la table ce que rapporterait et ce que coûterait exactement la TVA sociale, ce que rapporte une augmentation de CSG et ce qu'elle coûte, car on sait très bien que toute ponction supplémentaire est gagée sur d'autres dépenses. C'est peut-être au consommateur de décider de l'effort qu'il doit consentir, et non pas à d'autres de décider pour lui.

M. le Président : Vous évitez un certain nombre de réponses car vous nous dites, c'est votre thèse, qu'au-delà du déficit, de la mauvaise gestion, en réalité tout le problème est de mettre en place une nouvelle organisation. Quelle organisation ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : L'organisation du système de soins, c'est-à-dire la gouvernance, qui est le mot à la mode.

M. Jean-Marie LE GUEN : Le système de soins n'est pas la gouvernance.

M. le Président : C'est un des éléments de l'organisation du système de soins.

M. Jean-Louis DEROUSSEN : La gouvernance ne se conçoit que si les partenaires sociaux veulent gérer le système et prendre leurs responsabilités. Selon nous, à partir de la politique de santé publique déterminée par l'Etat, des éclairages scientifiques seraient

apportés par un Haut Conseil sur le médicament et les pratiques médicales. Les partenaires sociaux seraient chargés de gérer et de rendre compte à la Nation, donc à vous-mêmes, parlementaires, qui nous ouvririez un budget. C'est ainsi que nous concevons la gouvernance et l'organisation du système de soins. Nous voulons prendre nos responsabilités, c'est-à-dire vous rendre compte. Vous nous donnez un budget, pluriannuel au besoin ; nous vous en rendons compte et le gérons.

M. le Président : Comment fait-on, comment cela se passe-t-il ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Aujourd'hui, le Parlement assigne aux gestionnaires un objectif de dépenses *a priori* à ne pas dépasser. Les parlementaires savent pertinemment en le votant chaque année qu'il sera dépassé. Le tout est d'essayer de le dépasser le moins possible et de le faire oublier pour voter le suivant l'année d'après. Pour nous, ce n'est pas réaliste. Nous souhaiterions une véritable loi de finances, quand bien même elle serait pluriannuelle. Si un dépassement était constaté une année donnée, les gestionnaires devraient fournir la preuve de leur capacité à faire des économies l'année suivante.

M. le Président : Il y aurait donc chaque année une loi de finances consacrée au système de soins.

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Une loi de finances pluriannuelle. Si l'on dépasse de 1 milliard une année, on doit en faire l'économie l'année suivante. Ce qui veut dire que les gestionnaires gèrent tout, y compris l'hôpital, puisque l'on ne peut pas se contenter de gérer la moitié des dépenses.

Il faut associer les différents partenaires d'un système qui comprend une partie obligatoire et une partie complémentaire. Il s'agit donc de travailler avec les acteurs de l'assurance maladie complémentaire et en relation conventionnelle avec les professionnels de santé. C'est le cœur même de la gouvernance. Gouverner, c'est organiser. Il nous appartient d'organiser, en lien avec les autres acteurs, le système de soins.

M. le Président : Nous sommes astreints à la règle de l'annualité. On ne peut pas voter des lois de finances pluriannuelles. Ce n'est pas possible.

M. Jean-Marie ROLLAND : Disons une loi de programmation.

M. le Président : Il s'agit d'engagements financiers. Si les dépenses sont supérieures aux engagements prévus, l'année suivante, les crédits seront moindres.

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Il est évident que, si la gestion est celle d'aujourd'hui, c'est-à-dire que l'on dépasse de 10 milliards les crédits prévus, le Parlement ne doit pas, l'année suivante, accorder 10 milliards de moins, sinon toute gestion deviendrait impossible.

M. le Président : En réalité, c'est un système sans fin.

M. Jean-Louis DEROUSSEN : On demande aujourd'hui à l'assurance maladie de gérer sans détenir tous les leviers de décision. On la met devant le fait accompli. On lui impose de rembourser tel médicament, à tel prix.

M. Jean-Marie LE GUEN : Vous nous proposez un système comparable à celui de l'UNEDIC.

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Tout à fait. La question nous a déjà été posée. Nous souhaiterions nous rapprocher du système de l'UNEDIC, une véritable gestion de partenaires sociaux.

M. le Président : Quels partenaires sociaux et *quid* si un partenaire ne veut pas gérer ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Dans d'autres domaines, ils prennent leurs responsabilités et les assument, même si je ne peux pas parler au nom de mes autres collègues. Assumer ses responsabilités, c'est à la fois signer et assumer sa signature ou à défaut ne pas signer en cas de désaccord sur les orientations, sans pour autant jouer l'entrave. La comparaison avec la gestion des retraites complémentaires AGIRC/ARCCO et de l'UNEDIC est éclairante.

M. Jean-Marie ROLLAND : Je voulais revenir sur l'organisation et non pas simplement sur la gouvernance. Vous avez commencé votre propos en disant que, si le service avait de bons résultats, il était mal organisé. J'aurais bien aimé que vous insistiez un peu sur ce point. Votre confédération est-elle favorable à une organisation différente s'agissant du médecin de famille, de l'accès direct aux spécialistes, de la coordination avec l'hôpital ? Vous n'avez pas parlé de la responsabilisation du consommateur ou de l'assuré.

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Nous nous sommes clairement avancés. Le ministre a reconnu notre audace. S'agissant du dossier médical partagé, pour nous, l'organisation passe aussi par la prévention. Aujourd'hui, elle est mal organisée. Un autre progrès consisterait à mieux répartir les moyens sur le territoire. Il y a pour le moment un excédent de moyens matériels et humains dans certaines régions au détriment d'autres. Cela suppose de bousculer certaines habitudes. La libre installation des médecins doit demeurer, mais sous une forme organisée.

M. Jean-Marie ROLLAND : Par incitation ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Par incitation, voire par non-conventionnement.

M. Philippe VITEL : Elle est estimée, régulée ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Il peut y avoir non-conventionnement car là où le besoin est de 200 médecins et où ils sont 800 pour 100 000 habitants, je ne vois pas pourquoi il faudrait conventionner le 800 unième. Il faut être clair. Ce mécanisme fonctionne très bien pour la pharmacie, pourquoi ne fonctionnerait-il pour les médecins ?

Sur la question du médecin de famille, médecin référent, nous sommes effectivement pour. Articulé avec le dossier médical partagé, c'est un point particulièrement important.

Pour l'accès aux spécialistes, le médecin de famille doit être le passage obligé, abstraction faite de quelques spécialités particulières, comme la gynécologie ou l'ophtalmologie. Il n'est pas possible d'avoir autant de spécialistes que de généralistes.

Mme Maryvonne BRIOT : Pour en revenir à l'organisation de l'installation des médecins, vous souhaitez aller jusqu'à refuser le conventionnement, ce qui voudrait dire que la caisse

nationale d'assurance maladie gèrerait elle-même l'installation des mèdecons sur le territoire ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Oui. J'ai dit que nous voulions travailler en partenariat étroit avec les organisations de mèdecons car nous serions véritablement responsables d'une politique conventionnelle. Il ne s'agit pas de retirer le conventionnement à des mèdecons installés, il s'agit de ne pas leur proposer de convention lorsqu'ils s'installent là où il est constaté que l'on n'en a pas besoin. Nous voulons assumer notre pouvoir de gestion.

Mme Maryvonne BRIOT : Une question complémentaire sur la gouvernance et la gestion. Le statut des caisses nationales me semble remis en cause, si l'on suit vos préconisations. Elles ne peuvent plus être des caisses nationales, avec nomination du directeur par l'État, si vous voulez gérer l'ensemble du système. Ou alors, il faut une autre structure. Comment voyez-vous cela ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Dans le schéma proposé par le ministre, figure une union des caisses nationales.

M. Jean-Marie LE GUEN : Vous êtes en train de nous dire que le ministre propose quelque chose.

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Si vous avez une photocopieuse dans votre enceinte, je pourrai même vous donner le schéma proposé.

M. le Président : Donnez-le !

M. Jean-Luc PRÉEL : On expliquera au ministre que cela nous a été communiqué par les partenaires sociaux.

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Il faut quand même que les partenaires servent à quelque chose. C'est un projet, il n'a pas dit que c'était son orientation définitive.

M. le Président : Continuez. Mme Briot n'a pas eu sa réponse.

M. Jean-Louis DEROUSSEN : On peut envisager une délégation au niveau régional d'une gestion nationale. Les CRAM doivent être à même de dire si oui ou non il y a convention possible pour tel ou tel mèdecon. Cela reste bien dans le cadre de la gestion par les partenaires sociaux.

M. Jean-Luc PRÉEL : Tout le monde convient aujourd'hui qu'il faut revenir sur la séparation ville/hôpital. Si vous gérez, êtes-vous prêt à gérer l'hôpital également ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Oui. A partir du moment où l'on se déclare prêt à vouloir gérer, on ne peut pas n'en gérer que la moitié. Pour nous, les 120 milliards de dépenses recouvrent l'hôpital et l'ambulatoire. Si nous sommes gestionnaires, nous voulons gérer la ville et l'hôpital, et prendre nos responsabilités. Nous sommes bien conscients du fait que nous devrions prendre la décision de la fermeture de tel hôpital ou de telle maternité, du non-conventionnement de tel professionnel de santé, voire du retrait d'une convention. Si l'on veut gérer, il faut prendre ses responsabilités.

M. Jean-Marie LE GUEN : Je reviens sur votre schéma de type UNEDIC. Vous dites qu'une somme est allouée, gérée et diminuée l'année N+1 en cas de dépassement. Or vous n'êtes pas maître des recettes ni en termes de taux, ni en termes d'assiette, ni en termes de volume. Cela veut dire que les parlementaires vous donnent une somme que vous gérez, même si vous avez toutes les raisons de penser que cette somme est insuffisante. Assumez-vous la responsabilité de gérer le système dans des conditions qui ne sont pas forcément excellentes – bien que les parlementaires soient très généreux quand même ? L'UNEDIC, elle, a le pouvoir d'augmenter les cotisations. C'est une simple question. Je trouve qu'il faut aller jusqu'au bout dans l'étude de tous les schémas et ne pas avoir peur d'innover.

Nous avons quelques doutes sur la volonté des partenaires sociaux de faire preuve de courage. *A priori*, ces doutes sont fondés concernant le MEDEF s'il persiste à dire qu'il n'a pas l'intention de rentrer dans un système comme celui-là. Il y a certes d'autres organisations, mais arrive un moment où la question de la représentativité se pose. Ce qui est vrai pour les organisations patronales l'est également pour les organisations syndicales de salariés. Je crois savoir qu'un certain nombre d'entre elles, et non des moindres, ne sont pas partie prenante d'un schéma de ce type. Vous souhaitez gérer 120 milliards d'euros ; si c'est avec les patrons sans le MEDEF d'une part, et les salariés sans un certain nombre de syndicats importants d'autre part, comment faites-vous pour aller négocier avec les hôpitaux, la pharmacie et les médecins libéraux ? Avez-vous le poids suffisant ?

Donc, deux types de questions se posent. Comment pouvez-vous souhaiter entrer dans un système où vous n'avez pas la maîtrise des recettes ? Vous avez parfaitement le droit de faire ces propositions, mais si elles ne sont acceptées ni par le MEDEF, ni par une partie importante des organisations syndicales de salariés, ne pensez-vous pas que cela obère la crédibilité de votre proposition ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Si la représentation nationale vote une baisse d'impôt, une baisse de CSG et qu'elle laisse toutes les dépenses à notre charge, on n'y arrivera pas.

Dans l'hypothèse d'une négociation entre l'assurance maladie et les parlementaires au moment de la préparation du budget souhaité, la négociation porterait aussi sur les recettes escomptées. On sait très bien que les recettes reposent à 80 % sur la CSG des salariés. En période de crise de l'emploi, on sait que les recettes diminuent. La question est du ressort de la négociation sur l'équilibre budgétaire à atteindre compte tenu des prévisions de recettes.

Ce n'est pas aux organisations syndicales de se mettre à genoux devant le MEDEF. Il a crié haut et fort qu'il avait quitté la gestion car il n'en était pas responsable. Dans le schéma que je présente, il participerait vraiment une totale gestion du système. Pourquoi refuserait-il de revenir si vous lui confiez une réelle gestion ?

M. le Président : Il y aurait une cogestion paritaire.

M. Jean-Marie LE GUEN : Une cogestion paritaire dans le cadre de moyens financiers donnés par le Parlement. C'est courageux.

M. le Président : C'est même inquiétant.

Mme Martine BILLARD : J'aurais une demande de précision. Vous êtes conscient que, compte tenu du recul de l'emploi, les recettes en termes de cotisations sociales et de CSG

ne peuvent que baisser. Vous avez dit que vous refusiez tout forfait par boîte de médicament, un forfait annuel intervenant vraiment en dernier ressort, et sous réserve que l'équilibre soit préalablement rétabli. Vous rejetez une augmentation de CSG ou de CRDS, ou un allongement de celle-ci. Vous refusez d'élargir l'assiette de la CSG. Je peux le comprendre, mais que proposez-vous, si vous dites que les recettes ne peuvent que baisser ? Des propositions ont été faites par d'autres partenaires sociaux. Pensez-vous que seule la baisse des dépenses permet de combler le déficit et de pallier la différence de rythme d'augmentation entre les dépenses et le PIB ?

S'agissant des exonérations de cotisations, dont une partie n'est manifestement pas compensée par l'Etat, quelle proposition faites-vous ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Notre proposition est forcément qu'il y ait plus d'emplois et davantage de recettes. Cela dit, nous n'en sommes pas maîtres. Prendre ses responsabilités c'est aussi prévoir, sinon le pire, du moins ce qui peut effectivement arriver.

Examinons également toutes les recettes qui ne rentrent pas. Sans revenir sur le passé, une partie du déficit est probablement due à une mauvaise affectation de recettes qui, initialement, devaient revenir à l'assurance maladie. En tant que gestionnaires, nous serions sans doute beaucoup plus intransigeants sur ces questions-là. Nous n'accepterions pas que l'assurance maladie soit privée de certaines de ses recettes.

Une part des dépenses nous semble injustifiée du fait d'une mauvaise organisation. Est-ce à hauteur de 10 milliards ? Si demain, et le plus tôt sera le mieux, advenait une meilleure organisation du système, la stabilisation du dérapage pourrait être rapide – on l'a constaté pour les antibiotiques ou les visites à domicile. Il est possible de dire que les 10 milliards de déficit disparaîtraient dans un délai deux ou trois ans. Bien évidemment, pendant ce temps, de nouvelles dépenses apparaîtront car la population vieillit et la technologie évolue ; se posera peut-être aussi la question de moindres recettes. C'est alors que nous devons effectivement regarder de près la question d'une augmentation de la CSG, d'un élargissement de l'assiette des cotisations, d'une TVA sociale. Nous ne sommes pas opposés par principe à l'examen de ces sujets. Simplement, nous ne souhaitons pas qu'ils deviennent prioritaires.

Mme Cécile GALLEZ : Dans le cadre de la maîtrise des dépenses, étant donné que les gens ne réalisent pas combien ils consomment annuellement, comment pensez-vous les responsabiliser ? Vous dites qu'avec l'âge il y a davantage de dépenses, mais n'y a-t-il pas quand même des gens qui consomment un peu trop à l'heure actuelle ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Oui, certains consomment un peu trop, qu'il s'agisse de pratiques qui ne sont pas forcément justifiées comme les trop nombreuses visites aux médecins, qu'il s'agisse de l'abus de médicaments Est-ce uniquement sur les patients qu'il faut se concentrer ? S'il y a trop de consommation de médicaments, c'est qu'il y a trop de médicaments prescrits. Le patient n'est pas tout à fait maître de la surconsommation de médicaments.

Grâce au dossier médical partagé, grâce à une carte Vitale informatisée, lorsqu'un patient ira consulter un médecin, celui-ci sera capable de voir qu'une demi-heure avant, il était chez un confrère. La première question que le praticien posera portera sur ce point. Il y a peut-être une justification. Les médecins doivent pouvoir s'expliquer entre eux. Le second médecin ne prescrira pas exactement les mêmes médicaments qu'une demi-heure plus tôt. Sur ce sujet, doit être recherchée une responsabilisation à la fois du professionnel et du patient, à travers le dossier médical partagé.

D'une façon générale, nous demandons que la qualité des soins soit encore améliorée et que la prise en charge du salarié aille au-delà de ce qui est couvert aujourd'hui par l'assurance maladie obligatoire. Une partie de l'assurance complémentaire doit rester du ressort de la responsabilisation individuelle, mais la prise en charge par l'assurance maladie doit augmenter.

M. Gérard BAPT : En tant qu'organisation syndicale représentante de salariés, avez-vous expertisé la question de la TVA sociale ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Nous l'avons expertisée au moment du débat sur les retraites, puisque le sénateur Arthuis avait conduit une mission sur le sujet. Nous n'avons pas réussi à obtenir de conclusions précises sur ce que cela pouvait apporter et surtout ce que cela coûtait.

Sur les retraites, nous avons demandé que chacun apporte sa pierre en disant : je suis pour la TVA sociale, voilà comment je la conçois ; je suis pour une hausse de CSG pour la retraite, une augmentation des cotisations... Que l'on mette tout sur la table et que tout soit débattu d'une façon totalement transparente.

Aujourd'hui, on a l'impression que chacun détient la vérité en employant des termes que le Français lambda ne comprend pas. Lui voit seulement que l'on va le faire payer plus, d'une façon ou d'une autre.

M. Alain VIDALIES : Jean-Marie Le Guen a soulevé une contradiction dans votre démonstration puisque vous voulez assurer la gestion, alors que les cotisations et les recettes sont fixées par d'autres. Il a fait référence à l'exemple de l'UNEDIC. Votre schéma va-t-il jusqu'à la maîtrise par les partenaires sociaux de la recette, ce qui serait cohérent ?

Dans les solutions que vous évoquez, vous n'avez jamais abordé la question éventuelle du changement d'assiette des cotisations, c'est-à-dire le passage d'une assiette composée des seuls salaires à d'autres pistes comme celle de la valeur ajoutée. Ecartez-vous ces solutions ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : Quand je parle négociation avec ceux qui vont accorder le budget, bien évidemment, la négociation va jusqu'à la possibilité de négocier le taux de CSG. Il faut aller au bout du propos. Dans la recherche d'un équilibre, la négociation doit être transparente. C'est probablement ce qui manque aujourd'hui.

Sur la question de l'assiette salariale des cotisations, nous demandons des cotisations davantage harmonisées qu'elles ne le sont aujourd'hui. Il faut également mettre sur la table la différence de CSG qui existe entre certaines catégories de population : les actifs, les retraités, les fonctionnaires, etc. Pour nous, il n'y a pas égalité devant les cotisations. Et l'on voudrait qu'il y ait égalité devant les prestations. Cela doit être mis sur la table. Ce qui ne veut pas dire que, du jour au lendemain, tous les retraités, y compris ceux qui perçoivent une petite retraite, doivent supporter une augmentation considérable du taux de CSG ; mais force est de constater que certains d'entre eux sont aujourd'hui bien plus aisés que des actifs avec une famille à charge. Nous sommes tout disposés à regarder cela de près. Que la part des salaires dans l'assiette des cotisations soit revue, que l'on examine la valeur ajoutée des entreprises et que l'on taxe les entreprises ; toutes les sources de financement doivent être débattues.

M. Alain VIDALIES : Je parlais des cotisations patronales car la part salariale, par définition, restera toujours basée sur les salaires. C'est la question de la part patronale, dont on voit bien qu'avec l'évolution de la productivité, comme cela a été signalé ce matin par le président de l'Union professionnelle artisanale, apparaît une sorte d'injustice entre les entreprises sur le niveau de participation. Apparaît même une certaine incohérence, puisque nous convenons que la mauvaise situation de l'emploi est source de difficulté pour le financement de la sécurité sociale et, en même temps, nous savons très bien que plus une entreprise va se moderniser, plus elle va faire disparaître de l'emploi et gagner en productivité, et moins elle va payer de cotisations, puisque la cotisation patronale est assise sur les salaires. Il va bien falloir un jour que l'on trouve une solution pour répondre à cette incohérence. Le changement d'assiette des cotisations patronales, qui peut être lissé dans le temps, vous paraît-il être une piste aujourd'hui digne d'être retenue ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN : C'est bien sûr une piste à retenir, il n'y a pas de doute là-dessus. L'exposé que nous fait régulièrement M. Buguet de l'UPA est suffisamment explicite. Ils ont besoin d'artisans. La richesse de leur entreprise, c'est l'homme. Pour le MEDEF, la richesse de son entreprise, ce sont les actionnaires. La différence est fondamentale.

M. le Président : Merci beaucoup, Monsieur.

**Audition de M. François CHEREQUE,
secrétaire général de la CFDT
(Extrait du procès-verbal de la séance du 29 avril 2004)
Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président**

M. le Président : Monsieur le secrétaire général, je vous souhaite la bienvenue.

Cette mission est consacrée à la problématique de l'assurance-maladie et nous voudrions ordonner notre discussion autour de trois thèmes : les grands principes qui doivent selon vous régir le système d'assurance maladie ; votre diagnostic sur les causes des difficultés du régime d'assurance maladie ; vos pistes de réflexion sur les dépenses, les recettes et la nouvelle gouvernance.

M. François CHEREQUE : Je vous remercie pour votre accueil. Je suis venu avec M. Bonnand, secrétaire national chargé de ce dossier, et M. Verollet, qui travaille avec lui.

Je ne ferai pas de grande intervention mais j'indiquerai simplement quelques lignes de réflexion sur les trois sujets que vous avez évoqués.

Concernant les grands principes qui doivent régir l'assurance maladie, le premier est celui de l'accessibilité aux soins pour tous et de l'égalité dans cette accessibilité. C'est un premier problème pour l'organisation du système qui, malgré les progrès réalisés ces dernières années avec la mise en place de la CMU, n'est pas encore égalitaire pour tous, d'abord pour des raisons financières parce qu'une partie de la population n'a toujours pas d'assurance complémentaire, mais aussi pour des raisons d'organisation et de mauvaise répartition territoriale des offreurs de soins, que ce soit dans le domaine hospitalier ou la médecine libérale.

Le deuxième principe est l'universalité, qui est lié au premier.

Le troisième est celui du financement socialisé, un principe de base qui remonte à la création de l'assurance-maladie et qui a évolué dans le temps. Il s'agissait d'abord d'un financement socialisé sur le travail car, à l'origine, les dépenses de l'assurance maladie servaient à financer un revenu de remplacement. En 1946, le montant des revenus de remplacement représentait la moitié des dépenses de l'assurance-maladie. L'année dernière, elles n'ont représenté que 5,7 % des dépenses de santé, les quelque 94 % restants étant consacrés au remboursement des soins. Il s'agit pour nous d'un élément important. Cela explique pourquoi le financement socialisé de l'assurance-maladie ne devait plus uniquement reposer sur les revenus du travail mais sur tous les revenus ; la CSG a donc toujours été pour nous un bon outil. Mais cela se justifie aussi par le fait que les dépenses « retournées » sous forme de salaire différé sont maintenant minimales. Nous tenons cependant à ce que ce financement socialisé repose sur une participation des entreprises car celles-ci doivent continuer à financer la solidarité nationale. Tels sont nos grands principes.

Un autre sujet important est celui de la place des partenaires sociaux. Nous tenons au système actuel. On entend dire qu'il ne sera ni privatisé, ni étatisé et j'espère que tout le monde en est d'accord. Au départ, la légitimité des partenaires sociaux était plus forte car une large part des cotisations revenait sous forme de salaire différé. Cette légitimité est certes moins forte aujourd'hui mais il me semble que nous devons garder une place importante, d'abord parce que nous avons une légitimité directe à intervenir sur certains sujets tels que les indemnités journalières, les accidents du travail ou les maladies

professionnelles, ensuite parce que la démocratie sociale doit nourrir la démocratie politique. L'Etat a intérêt à ce qu'il y ait, entre lui et les usagers une démocratie de contrôle, de maintien des grands principes, de proposition, pour faire en sorte que l'on n'aille ni vers la privatisation, ni vers l'étatisation. Nous devons être les garants de ce système, même si nous reconnaissons que nous ne pouvons pas occuper toute la place. C'est pour cela que nous disons que le paritarisme doit évoluer et que de nouveaux partenaires – société civile, professionnels... – doivent entrer dans l'organisation du système.

Les grandes difficultés sont de plusieurs ordres. Le système n'est plus ou est mal gouverné, ce qui pose la question de la gouvernance sur laquelle nous reviendrons plus tard. Le rôle de l'Etat, des partenaires sociaux ou de l'administration n'est pas défini, même si certains éléments de la réforme de 1996 ont apporté des précisions. La place de l'Etat, et en particulier du Parlement, est pour nous un élément important de cette réforme, avec notamment le vote chaque année de la loi de financement de la Sécurité sociale qui permet à la représentation nationale de donner son avis. Mais cela ne nous semble pas suffisant et a provoqué d'autres dysfonctionnements, en particulier sur les relations des caisses avec les professionnels.

Deuxième difficulté : l'organisation du système de soins est défaillante. Le secteur hospitalier est en grande majorité public alors que la médecine de ville est très libérale. Nous ne voulons pas revenir sur cet équilibre mais si nous avons avancé pour le premier, avec la mise en place d'une planification hospitalière régionale, résultat là encore de la réforme de 1996, la médecine de ville semble avoir besoin d'une organisation plus « contrainte ». L'absence de médecins libéraux rend en effet difficile l'accès aux soins dans certaines villes ou quartiers et les demandes se portent alors sur l'hôpital, ce qui provoque, en période de crise sanitaire, une explosion des urgences.

Concernant la gouvernance, nous avons élaboré depuis plusieurs mois un schéma avec la mutualité. Nous proposons de définir précisément le rôle de l'Etat dans le pilotage du système – décisions financières, offre de soins, etc. –, celui-ci étant conseillé par des instances et des experts scientifiques. Dans cette forme de gouvernance, les partenaires sociaux, ainsi que d'autres éléments de la société civile, seraient réunis au sein d'un Conseil qui aurait un rôle de propositions, d'évaluation, de contrôle de gestion et de proposition au Parlement. Les trois caisses d'assurance, associées aux caisses complémentaires, seraient chargées de la gestion directe du système et des négociations avec les professionnels de santé.

M. le Président : M. Bonnand, vous avez déclaré au journal *Les Echos* que la réforme de l'assurance-maladie ne s'engageait pas comme vous le voudriez. Confirmez-vous cette position ? Vous dites être particulièrement inquiet du manque d'orientations affichées par le gouvernement sur la réorganisation de l'offre de soins. Compte tenu de vos contacts avec le gouvernement, avez-vous été rassuré ? Pouvez-vous nous donner des précisions sur cette réorganisation ?

M. Gaby BONNAND : Nous confirmons ce que la CFDT indiquait par ma voix aux *Echos*, à savoir que la réforme ne s'engage pas dans le sens que nous voudrions. Comme l'a dit François Chérèque, pour nous, la réforme compte trois éléments : le système de soins, le financement et la gouvernance, celle-ci n'étant que le troisième point puisqu'elle n'est qu'un moyen de piloter un système mieux défini. Or, ce qui nous inquiète aujourd'hui, c'est que nous avons plutôt abordé avec le gouvernement les questions de gouvernance, sans aborder les questions d'organisation et de financement du système de soins.

M. le Président : Sur ce point, le gouvernement vous a-t-il distribué le schéma que nous a remis une autre organisation syndicale ? Ce schéma correspond-il à ce que vous souhaitez ?

M. François CHEREQUE : Nous avons eu ce tableau. Il nous a été présenté par le ministre, qui ne l'a d'ailleurs pas présenté à tous les syndicats. Il va dans la direction de ce que nous souhaitons, avec une ambiguïté cependant sur la place des complémentaires. Il faut donc la lever. En tout cas, il nous semble important que l'Etat définisse la politique de santé ainsi que les conditions de l'équilibre pluriannuel du système. Nous ne revendiquons pas cette responsabilité ; si nous voulons que les partenaires sociaux occupent une place importante, ils ne doivent pas pour autant se substituer à l'Etat en ce domaine.

Pour sa part, le rôle du Haut comité de la santé nous semble à peu près bien défini. En revanche, la place des complémentaires ne nous semble pas adéquate. Elles ne doivent pas être placées sous la responsabilité des unions des caisses mais leur être associées, tant dans la gestion du système que dans la négociation avec les professionnels.

M. le Président : Si je comprends bien, ce schéma va dans le sens que vous souhaitez sous réserve d'une redéfinition de la place et du rôle des complémentaires.

M. François CHEREQUE : Ce schéma ne définit pas non plus exactement la place des partenaires sociaux.

M. Jean-Luc PRÉEL : J'ai cru lire dans la presse que vous jugiez souhaitable de nous donner un délai pour réformer notre système de soins et de ne pas se précipiter pour parvenir à une vraie réforme. Mais nous sommes confrontés aujourd'hui à un déficit cumulé extrêmement important, de l'ordre de 33 ou 34 milliards d'euros. Quelles pistes proposez-vous pour le réduire ?

M. le Président : Je vous rappelle que nous n'en sommes encore qu'aux grands principes et au diagnostic. Nous aborderons ensuite, dans l'ordre, les recettes, les dépenses et la gouvernance.

M. Jean-Marie LE GUEN : Je souhaiterais poser deux questions. Vous avez indiqué que, pour vous, les trois volets de la réforme constituaient un tout. Vous attendez donc qu'ils soient traités en même temps. S'agit-il d'un souhait ou d'une condition ? Je rejoindrais par ailleurs M. Prél sur la question du rythme et de la méthode de discussion à suivre.

M. Claude EVIN : Pourriez-vous préciser ce que vous entendez par « accès aux soins » ? Vous préoccupez-vous seulement de l'accès aux médecins généralistes et spécialistes libéraux ou de l'accès à l'ensemble de l'offre de soins, qui ne peut pas se réduire au champ conventionnel que vous avez l'habitude de gérer avec la caisse nationale d'assurance-maladie ? Comment appréhendez-vous l'organisation de ce système de soins ? Comment concevez-vous la fluidité entre les différents modes de prise en charge sachant que les patients passent de l'un à l'autre sans savoir exactement qui gère quoi ? Il faudrait aller plus loin sur le plan du diagnostic car cela nous donnera peut-être des orientations sur le pilotage du système.

M. Pierre MEHAIGNERIE : Vous avez dit que le système de soins n'était plus gouverné et que son organisation était défailante, en évoquant la mauvaise coordination entre hôpital et médecine libérale. On retrouve pourtant dans les propos de M. Bonnard la même structure qu'hier. Si l'ARS signifie quelque chose pour certains d'entre nous, il faut tirer des conclusions sur la difficulté qu'ont les organisations à appréhender les problèmes dans leur totalité.

M. Yves BUR : Concernant la gouvernance, je voudrais revenir sur l'ordre de traitement des dossiers. Vous souhaitez d'abord que l'on mette en œuvre des mesures de redressement pour remettre le système de soins sur de bons rails. Puis vous accepteriez de gouverner ce système qui serait devenu vertueux. Est-ce par souci d'efficacité ou par « frilosité » ? Avez-vous peur de ne pas pouvoir mettre en œuvre vous-mêmes la nouvelle organisation d'un système de santé plus vertueux ?

M. Claude EVIN : En complément à l'intervention de M. Méhaignerie, quelle est la place de l'hôpital et du médicament dans ce schéma ? Vous semblez satisfait de votre place, mais quelle est celle de l'offre de soins ?

M. François CHEREQUE : Sur la question du rythme et l'urgence, je me suis exprimé à l'issue de mon rendez-vous avec le ministre de la santé qui ne nous a montré que le schéma. Je me méfie des discussions qui ne sont pas publiques et qui nous obligent à prendre une décision en une demi-journée et mon attitude a été confortée par les derniers propos du ministre de la santé. On nous annonce en effet que le projet doit être transmis au Conseil d'Etat le 20 mai et nous n'avons toujours pas abordé le fond du problème. Il y a urgence. Si tout doit être « plié » le 20 mai, je sais que nous n'aurons pas voix au chapitre comme nous le voudrions. Nous voulons disposer de temps pour travailler et que les députés aient le temps de jouer leur rôle ensuite. Il est évident que c'est vous qui détenez la solution *in fine* car nous n'avons pas vocation à définir le rôle de l'Etat dans le système de santé.

La réunion des trois volets est-elle une condition ? Oui, bien évidemment. Pour la CFDT, « sauver la Sécurité sociale » ne signifie pas « sauver notre pouvoir dans le système ». Je crois d'ailleurs que les assurés se moquent un peu de savoir si les syndicats garderont leur pouvoir. Ce n'est d'ailleurs pas une question de pouvoir mais d'organisation. Nous voulons donc débattre des questions d'organisation, mais aussi de financement et de gouvernance. Nous en faisons une condition.

Nous souhaitons au moins connaître les grandes lignes. Sur l'organisation du système, nous posons des questions très précises sur le médecin généraliste, c'est-à-dire le dossier médical, le lien entre l'hôpital et la médecine de ville, et la gouvernance de l'ensemble. Nous sommes favorables à un système organisé par l'Etat, ce qui ne veut pas dire qu'il ne doit pas y avoir de système d'organisation des soins régional. Nous en avons un pour l'hôpital. Comment associera-t-on la médecine libérale et l'hôpital ? Nous avons besoin de connaître ces éléments « constitutifs » de la maîtrise du système.

Autre exemple : le ministre nous dit qu'il veut une maîtrise médicalisée. Cela veut-il dire qu'il faut passer par un généraliste avant de consulter un spécialiste ? Y aura-t-il des contraintes à l'installation des médecins ? Nous avons besoin de connaître ces éléments avant de juger le système. Ce n'est pas une question de « frilosité » mais nous ne voulons pas de responsabilités sur le contrôle de la gestion du système si celui-ci est un tonneau sans fond. Nous voulons maîtriser l'évolution des dépenses dans un système mieux organisé. Nous ne vous demandons pas d'apurer la dette avant de prendre le contrôle d'un système qui serait devenu vertueux. Nous souhaitons simplement savoir comment il sera organisé.

Prenons un autre exemple : les relations avec les professionnels de santé. C'est sur ce point notamment que je dis que le système n'est pas gouverné. Le président de la CNAM, qui est leur interlocuteur, a une épée de Damoclès au-dessus de lui car s'il n'arrive pas à un accord, le ministre prendra la décision à sa place. Personnellement, si je me trouvais face à un patron en sachant que son supérieur pourrait me donner des moyens, j'irai tout de suite voir celui-ci. Si l'on ne négocie pas le pouvoir des caisses dans les discussions avec les professionnels de santé et la non-intervention de l'Etat dans le système

contractuel, nous ne prendrons pas de responsabilités dans le système. Nous ne voulons pas de réforme « par appartement ».

M. Gaby BONNAND : Pour répondre à la question de M. Evin, il faut bien voir que notre système a évolué. Nous sommes passés à un système où la couverture du risque ne peut plus être dissociée de la fonction d'organisation. C'est l'un des éléments majeurs de l'évolution. Nous sommes passés d'un système où l'on versait des revenus de remplacement et où l'offre de soins n'était pas un problème majeur – car insuffisante – à un système dans lequel, d'après le Haut Conseil, l'offre suscite la demande. La fonction de remboursement ne peut donc plus être dissociée de la fonction d'organisation du système de santé. De ce point de vue, les partenaires sociaux n'ont pas forcément une légitimité totale sur l'organisation du système de santé. Il faut donc trouver un système qui agisse sur cette organisation.

Nous souhaitons que l'Etat prenne plus de place. Il existe des SROS régionaux pour l'hôpital. Il nous faut maintenant des schémas d'organisation régionaux qui englobent l'hôpital et la médecine ambulatoire, sur la base desquels nous pourrions déléguer aux caisses d'assurance-maladie un pouvoir de négociation avec les professionnels de santé. Prenons un exemple. Le Haut Conseil a montré que le nombre de médecins par habitant était deux fois plus important dans les Hautes-Alpes qu'en Seine-Saint-Denis. Aucun outil d'évaluation ne nous permet de savoir si la situation est meilleure dans les Hautes-Alpes ou en Seine-Saint-Denis, mais il y a probablement des équilibres à trouver. Si l'on donne à l'assurance maladie la responsabilité d'inciter à une meilleure répartition, nous ne sommes pas preneurs tant que l'Etat n'aura pas donné ses orientations. Nous savons en effet très bien ce qui se passerait. Si nous demandions à des professionnels de s'établir ailleurs, ils iraient voir le ministre pour lui dire qu'on leur propose des choses impossibles. C'est dans le cadre d'orientations bien définies sur l'organisation que les caisses pourront négocier avec les professionnels de santé. Je pense d'ailleurs que l'augmentation du *numerus clausus*, alors que la liberté d'installation reste totale, pose problème. Cela montre en effet que l'on considère que le problème majeur est le déficit de professionnels de santé et non le manque d'organisation.

M. Philippe AUBERGER : Nous avons parlé de l'implantation des médecins. Etes-vous favorables à des mesures incitatives ou, le cas échéant, à des mesures plus autoritaires ? Qui, à votre avis, doit en décider, tant sur le plan des principes que sur le plan de leur application concrète au niveau local ? Concernant par ailleurs l'application des bonnes pratiques en médecine ambulatoire, existe-t-il aujourd'hui un arsenal de contraintes et de sanctions suffisant ? Pensez-vous que le système de santé doit se doter d'un tel arsenal ? Si oui, qui aura autorité pour définir et faire appliquer ces sanctions ?

M. François CHEREQUE : Concernant la CADES, nous ne sommes pas favorables à un report de la dette, et ce pour des raisons morales. Cela joue en effet sur certaines générations. La génération des 45-50 ans, qui a commencé sa carrière autour de 1975, a vécu toute sa vie professionnelle dans un environnement difficile – augmentation du chômage, difficultés économiques, pressions extérieures. Leurs enfants, qui arrivent aujourd'hui sur le marché du travail, connaissent d'importantes difficultés d'accès à l'emploi et il faudrait en plus leur dire que nous allons leur transmettre une dette.

M. Pierre MEHAIGNERIE : Ne pensez-vous pas qu'une ponction aujourd'hui sur le pouvoir d'achat pourrait s'avérer extrêmement délicate pour la croissance ?

M. François CHEREQUE : Concernant l'installation des médecins, je serais favorable à des mesures autoritaires. Je crois que les professionnels de santé sont prêts à entrer dans un système par la négociation, sinon, je serais favorable à des mesures autoritaires. Nous avons

soutenu une grande partie des mesures de 1996, surtout la maîtrise médicalisée et comptable, y compris les sanctions, mais cela n'a pas marché. Après des débats – et des conflits – importants, je crois que les professionnels de santé sont prêts à accepter un système de ce type. Il faut que l'Etat nous donne un cadre et c'est dans ce cadre que nous négocierons.

Si nous demandons à cette génération de rembourser cette dette, qui nous dit qu'elle n'aura pas elle aussi un problème de pouvoir d'achat ? Il faut donc mettre un terme à cette logique. Nous avons d'ailleurs un désaccord sur l'approche fiscale du gouvernement. Nous voulons que le débat sur le financement de la dette s'inscrive dans un cadre général ; on réduit aujourd'hui les impôts progressifs, qui nous semblent plutôt justes, pour augmenter des impôts non-progressifs. Comment soutenir une hausse de la CSG dans ce cadre.

M. Jean-Marie LE GUEN : J'aimerais revenir un instant sur le schéma de gouvernance. La Haute autorité en santé donne-t-elle selon vous des avis consultatifs ou opposables ? L'institut national des données de santé dispose-t-il de données nominatives ou anonymes ? Je me pose aussi des questions sur votre idée de conseil. Si j'ai bien compris, il s'agirait d'un conseil de surveillance. Y aura-t-il aussi un directoire ? Si oui, par qui sera-t-il nommé ? Quelle importance souhaitez-vous lui accorder ? S'agit-il pour vous d'une question importante ou secondaire ?

Concernant ensuite la composition du conseil de surveillance – essentiellement des partenaires sociaux –, le MEDEF a fait des déclarations peu engageantes quant à sa participation. Que proposez-vous si le MEDEF refuse d'en faire partie ? Faut-il accorder une place plus large aux autres représentants patronaux ? Proposez-vous plutôt une forme de « post-paritarisme » ? Si oui, comment faire pour lui donner toute sa légitimité sachant qu'il ne regroupera pas toutes les organisations syndicales impliquées dans la gestion du système ? Comment un conseil de surveillance qui ne comprendrait pas le MEDEF et dans lequel les organisations syndicales ne présenteraient pas un front uni pourrait-il assumer la légitimité d'une gestion déléguée sur l'hôpital, le médicament et la médecine de ville ?

M. François CHEREQUE : La Haute autorité aurait effectivement un rôle consultatif. Quant aux données de santé, elles seraient évidemment anonymes.

Concernant le conseil de surveillance, nous pensons qu'il devrait regrouper les partenaires sociaux, mais nous y voyons aussi des représentants des usagers – par le biais de leurs fédérations. Ce conseil participerait à la nomination du directeur des caisses. Puisque l'Etat joue un rôle important dans la définition des politiques de santé, le conseil de surveillance ne peut pas le nommer seul. Il s'agirait donc d'une co-désignation, ce qui n'est pas loin d'être le cas aujourd'hui.

Vous avez évoqué le patronat qui ne souhaite pas participer à cette instance. Si elle ne regroupe pas tous les partenaires sociaux, elle perdra de sa légitimité. Nous avons toujours été présents dans la gestion des caisses mais nous n'avons pas vocation à le rester. Nous aimerions parfois que d'autres prennent des responsabilités. Notre légitimité, nous la tenons non seulement de notre représentativité électorale, mais aussi de notre engagement. L'expérience de l'UNEDIC, qui est gérée par quatre syndicats depuis trente ans, est un bon exemple. Un des syndicats, qui n'a jamais signé un accord, a pourtant toujours participé à sa gestion. On est légitime le jour où l'on s'engage. Il y a donc une légitimité électorale et une légitimité d'engagement. Si certains syndicats ne s'engagent pas et que le patronat ne participe pas au système, celui-ci risque de connaître des problèmes d'équilibre.

M. Jean-Marie ROLLAND : Je souhaiterais revenir sur la question des relations avec les professionnels de santé. Vous avez un peu éludé la question de M. Auberger sur les rapports entre l'organisation, les professionnels de santé, les contraintes, le panier de soins... Y êtes-vous favorable ? Ce matin, un des représentants des syndicats médicaux estimait que le faible montant des actes médicaux entraînait leur multiplication. Qu'en pensez-vous ?

M. Gaby BONNAND : Nous pensons que le paiement à l'acte ne peut plus être le seul élément structurant de la rémunération des professionnels de santé. Il faut trouver un système qui implique une organisation plus forte, dans le cadre de réseaux de soins, de réseaux ville-hôpital, et d'un suivi médicalisé de type « parcours de santé » de l'usager. Il me semble que nous pouvons trouver d'autres moyens dans le cadre de la négociation avec les partenaires de santé. Le médecin référent est l'une des propositions qui a été faite. Deux millions de citoyens ont aujourd'hui un médecin référent. Ceux qui étaient contre diront que c'est un échec, ceux qui étaient pour, qu'il s'agit d'un bon début, mais il est sûr que la polémique qui a accompagné sa mise en place n'a pas permis à cette réforme de donner tous ses fruits. Aujourd'hui, avec les professionnels de santé, y compris ceux qui étaient opposés à cette sorte de logique, nous avons commencé à discuter d'un médecin « pivot » ou « orienteur », ainsi que d'un dossier médical « partagé » qui permettrait de mieux organiser le parcours de l'usager dans le système de soins. Dans ce cadre, je pense que la politique conventionnelle peut s'ouvrir sur d'autres dynamiques que le paiement à l'acte.

Je précise que nous sommes totalement opposés à un espace de liberté tarifaire. Nous pensons qu'il ne doit pas y avoir d'espace de liberté tarifaire, sans responsabilisation collective. Toute modulation dans les remboursements doit être liée à un processus de responsabilisation des acteurs. De la même manière, la modulation de la rémunération des médecins doit être liée à un parcours et à des engagements réciproques des professionnels et des usagers.

M. Jean-Marie ROLLAND : La démographie ne vous aide pas à aller dans ce sens. La carence de médecins dans certaines spécialités ne vous aide pas dans cette démarche de fermeté.

M. Gaby BONNAND : Je ne sais pas si la carence de médecins dans certaines spécialités y est pour quelque chose. En tout état de cause, je pense que l'organisation actuelle du système ne nous aide pas. Cette démarche pourrait contribuer à une meilleure organisation du système.

M. François CHEREQUE : Sur le conseil de surveillance, je rappelle que les conseils d'administration des caisses nationales accueillent aujourd'hui des personnalités qualifiées, désignées par l'Etat. Nous souhaitons qu'une place soit laissée à des représentants de la société civile autres que les partenaires sociaux, qui pourraient par exemple être désignés par les présidents des trois chambres.

M. le Président : Quelle serait la troisième ?

M. François CHEREQUE : Le conseil économique et social.

Concernant par ailleurs la rémunération des médecins, nous pensons que les médecins libéraux ont eux aussi une responsabilité dans l'organisation du système. Je pense par exemple aux médecins référents, même si nous préférons utiliser un autre terme. Il s'agit en fait des missions de service public de la médecine libérale, même s'il est

souhaitable de ne pas utiliser ces termes. Dans le même temps, la permanence des soins en médecine libérale ne doit pas forcément être rémunérée à l'acte.

M. Yves BUR : Je reviens sur la question de la gouvernance. Vous nous dites que l'Etat doit définir les politiques de santé publique et fixer les conditions de l'équilibre annuel. Mais vous dites aussi que l'Etat doit définir l'organisation du système de soins, son fonctionnement, son mode de régulation. L'Etat devra donc le faire par la loi, avec toute la lourdeur que cela implique. Or nous avons vu ces dernières années que tout ce qui n'était pas dans la loi était contesté. Si l'Etat va jusqu'à définir dans le détail l'organisation, le fonctionnement et la régulation du système de soins, que restera-t-il aux acteurs de cette fameuse « gouvernance » ? Sans doute la même chose qu'aujourd'hui, c'est-à-dire quasiment rien et, comme vous le souligniez tout à l'heure, les professionnels de santé auront tout intérêt à s'adresser directement au ministre. Dans un système où l'Etat doit tout décider, n'est-il pas bon qu'il gère directement le système, en s'appuyant bien sûr sur des agences régionales de santé, doublées de conseils de surveillance où l'ensemble des partenaires sociaux seraient représentés ? J'ai l'impression que l'on ne s'y retrouve plus très clairement. D'ailleurs, quand je vois M. Le Guen « naviguer » entre les différents concepts, je constate que le pilotage du système de santé n'est pas très clair.

M. Claude EVIN : Vous avez défini un conseil de surveillance et un directoire. Quel devrait être selon vous le champ de leurs compétences ? S'agit-il du champ conventionnel actuel ou d'un champ plus large qui comprendrait d'autres offreurs de soins ? Nous avons aussi beaucoup parlé de délégation de gestion. Jusqu'où ira l'autonomie des gestionnaires dans l'organisation de la dépense et de la recette ? Si cette autonomie portait aussi sur l'organisation de la recette, serait-ce compatible avec le maintien d'un financement de l'assurance-maladie par la CSG, compte tenu des contraintes constitutionnelles sur ce type de prélèvements ?

M. Jean-Luc PRÉEL : Vous avez dit tout à l'heure que vous ne souhaitiez pas d'étatisation du système. Mais notre système de santé n'est-il pas déjà en partie – pour ne pas dire quasiment – étatisé puisque l'Etat est responsable des hôpitaux, des cliniques, du médicament et de la quasi-totalité de la médecine ambulatoire ? Il est, me semble-t-il, de fait quasiment étatisé et sans vrai système de contrôle ce qui, en démocratie, pose un problème. Or comme vous proposez que l'Etat devienne responsable des grands principes, y compris de la démographie médicale et des conditions d'installation, que resterait-il aux partenaires sociaux ? Quels partenaires sociaux accepteraient de participer à ce conseil de surveillance ? Ne serait-il pas raisonnable de vous contenter des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui sont vraiment financés par des cotisations patronales et salariales, et de laisser à l'Etat le soin d'organiser le système de santé ?

M. Gérard BAPT : Pour prolonger la question, je comprends bien qu'une délégation de gestion soit confiée à des partenaires sociaux suffisamment représentatifs, mais j'imagine qu'à l'échelon régional, les ARS reproduiraient le même type de gestion, avec une délégation régionale, ce complexifierait le problème de représentativité.

Avez-vous par ailleurs expertisé la question d'une TVA sociale ? En matière de responsabilisation des usagers, après avoir éliminé le ticket modérateur et l'euro non-remboursable par boîte de médicaments, la modulation des remboursements en fonction des revenus par une franchise est-elle envisageable ?

M. Pierre MEHAIGNERIE : Vous avez dit que l'on devenait légitime en s'engageant. Vous avez vous-même mesuré le coût de cet engagement et nous avons vu que gouverner serait difficile dans les prochaines années. Pensez-vous que toutes les parties prenantes sont prêtes à s'engager ? Ne faut-il pas déjà en tirer les conséquences avec une structure dans

laquelle l'ARS tiendrait ses responsabilités de l'Etat et un conseil de surveillance dans lequel toutes les parties prenantes pourraient donner leur avis ? Ne faudrait-il pas tirer rapidement les conséquences d'une situation professionnelle et syndicale que l'on connaît déjà ?

M. le Président : Concernant la CRDS, vous êtes défavorable à sa prolongation, *quid* de son taux ? Etes-vous favorable à l'augmentation et à l'harmonisation du taux de CSG ? Etes-vous favorable à la TVA sociale ? Etes-vous prêt à prendre la valeur ajoutée des entreprises pour assiette de cotisation patronale ?

M. François CHEREQUE : Certains responsables politiques souhaiteraient que nous prenions en charge l'ensemble du système ; d'autres souhaiteraient au contraire que l'Etat en prenne l'entière responsabilité. Pour notre part, nous observons ce qui se passe dans les autres pays européens. Toute étatisation du système amène paradoxalement une part importante de privatisation. C'est pour cette raison que nous voulons rester présents dans le système. Nous savons en effet très bien qu'au bout d'un moment, les remboursements sont confiés aux complémentaires. C'est à cela que nous nous opposons.

Après cela, il faut dire jusqu'où l'on veut aller. Pour nous, le rôle de l'Etat est bien de définir le cadre. Pour prendre la question des relations avec les médecins, nous ne sommes pas favorables à un système dans lequel, en cas d'échec de la relation conventionnelle, leurs syndicats s'adresseraient directement au ministre. Lorsque nous disons que l'Etat doit définir le cadre, nous ne parlons pas obligatoirement d'une loi annuelle. Comment faisons-nous ? Nous résistons. Un système dans lequel les différents acteurs ne résisteraient pas conduirait en effet à une déresponsabilisation. Nous résistons donc parce que nous sommes dans un système légal, dont l'Etat définit le cadre, et c'est dans ce cadre, qui inclut l'hôpital, que nous négocions le système conventionnel. J'ai parlé de l'hôpital pour souligner que, depuis 1996, le secteur hospitalier est le seul à avoir connu des réformes. Il n'y a pas un seul département dans lequel il n'y ait eu une mesure de restructuration, de rapprochement ou de fermeture. Si la médecine libérale avait fait le quart de cela, cela aurait provoqué une révolution chez les professionnels libéraux. Mais la mesure la plus structurelle pour l'hôpital tient à la discussion sur le financement. Si nous voulons un financement à l'activité, devons-nous garder tel ou tel hôpital pour des raisons d'aménagement du territoire ? Dans notre système, l'hôpital serait placé sous la responsabilité des caisses.

Pourquoi ne prendrions-nous pas seulement les ATMP – accidents du travail et maladies professionnels ? Je sais qu'il existe une pression dans ce sens. Pourquoi pas ? Nous voulons maintenir les partenaires sociaux dans le système, non seulement parce qu'ils sont légitimes pour gérer les cotisations provenant du travail des salariés, mais aussi parce qu'ils occupent une place légitime dans l'organisation de la démocratie ; la participation des entreprises au système de santé doit dépasser largement le cadre du travail. Les entreprises ont également des responsabilités vis-à-vis de leur environnement, ce qui peut avoir des conséquences dramatiques, comme nous l'ont montré quelques exemples récents. Nous ne voulons pas « saucissonner » le système de santé avec des caisses chargées de gérer les ATMP, la maladie et la dépendance. Pour nous, tout ce qui relève du soin doit faire partie d'un système général.

Concernant la dette, nous ne sommes pas favorables à la progression de la CRDS, sauf si l'on estime que celle-ci doit servir à financer quelques équipements lourds. Nous ne sommes pas non plus favorables à la hausse du taux de CSG pour financer la dette. Nous ne voulons pas entrer dans une logique d'augmentation de la CRDS sans visibilité sur l'organisation de la politique fiscale de notre pays. Il faut en discuter, comme l'on discute de la dette générale de notre pays.

Notre union confédérale des retraités est favorable à une harmonisation de la CSG, à condition que cela permette de financer le risque de dépendance. Nous sommes en effet opposés à la suppression d'un jour férié, pas uniquement pour une question de temps de travail, mais pour une question de fond. Jusqu'à présent, la génération qui travaillait payait la formation de ses enfants et la retraite de ses parents, mais une quatrième génération est apparue et il n'est pas question de demander à la seule génération qui travaille de la financer. Il nous semble que la dépendance doit être financée par toutes les générations disposant de revenus, surtout dans un système où les retraites sont parfois supérieures aux revenus du travail. Nous sommes donc favorables à l'harmonisation de la CSG si cela permet aussi d'assurer le financement de la dépendance.

Nous ne sommes en revanche pas favorables à ce que l'on prenne la valeur ajoutée des entreprises pour assiette de cotisation. On confond en effet trop souvent bénéfice et valeur ajoutée des entreprises et nous savons bien que, dans le secteur privé, les salaires constituent une grande partie de la valeur ajoutée des entreprises. A chaque fois que l'on ponctionne la valeur ajoutée, on réduit donc la marge de négociation des syndicats sur les salaires, ce que nous ne souhaitons pas. En revanche, nous proposons que la contribution sociale sur les bénéfices des entreprises, qui était auparavant reversée au FOREC dans le cadre du financement des 35 heures et de divers allègements de charges et est actuellement reversée à l'Etat, soit réorientée vers l'assurance-maladie, ce qui permettra de la financer sur les bénéfices des entreprises et non sur leur valeur ajoutée.

Nous ne sommes pas favorables aux franchises. Elles entraîneraient en effet un transfert des remboursements vers les mutuelles, ce qui pourrait s'avérer discriminant et poserait la question de l'accès aux mutuelles. De plus, le système de franchise ne réduit pas les dépenses ; il ne fait que les transférer. Pour prendre un exemple, durant nos négociations contractuelles, nous avons adopté le principe de la visite à domicile médicalement justifiée. Cela a marché, mais malheureusement, certaines complémentaires continuent à rembourser les visites non-justifiées.

M. Gaby BONNAND : Je disais tout à l'heure qu'il était important d'associer la fonction de remboursement et la fonction d'organisation du système de santé. De la même manière, il faut associer la fonction de remboursement du régime général et des régimes complémentaires. Sans articulation entre les deux financeurs, nous n'arriverons pas à organiser le système de santé. Ce n'est pas parce que l'Etat est légitime dans l'organisation du système qu'il doit assurer la couverture de tous les risques. Nous sommes en effet convaincus que si l'Etat maîtrisait la totalité du système, son souci serait la recherche de l'équilibre financier. J'ai d'ailleurs relu récemment une interview de M. Laroque, l'un des fondateurs de la Sécurité sociale, dans laquelle il disait que s'il avait souhaité en confier la gestion aux partenaires sociaux, c'était pour éviter une implication forte de l'Etat qui aurait été surtout préoccupé de l'équilibre des finances publiques. Que se passerait-il dans un tel cas de figure ? On transférerait les remboursements vers les complémentaires. Aux Etats-Unis, par exemple, les dépenses (14,8 % du PIB) de santé n'ont pas diminué. Si les dépenses de santé augmentent, il faudra bien que quelqu'un les paye. Il faut donc en trouver les moyens, mais cela exige que nous pilotions ce système de la manière la plus équitable possible. Or si nous voulons le piloter, il faut articuler l'action des deux financeurs.

Concernant la responsabilisation des usagers, nous avons d'autres propositions. Si l'on décidait que les soins dentaires sont une priorité de santé publique, on pourrait très bien concevoir un droit à une visite annuelle chez le dentiste qui, si elle était respectée, donnerait droit à un meilleur remboursement en cas de soins réparateurs. Il ne s'agirait donc pas d'un ticket modérateur « aveugle », il impliquerait la responsabilité des professionnels et des usagers.

M. Yves BUR : La responsabilisation des patients ne s'exerce pas seulement pas la punition. Je crois qu'il faut trouver des moyens. Je crois qu'il est aussi possible de responsabiliser les professionnels de santé en prévoyant, au bout du contrat, une revalorisation des honoraires. Je souhaiterais simplement reprendre l'exemple du plan Johanet qui mettait en exergue la possibilité de générer une dizaine de milliards d'économies, dont une grande partie dans le système hospitalier. Revendiquez-vous la capacité de concrétiser ces économies ?

M. François CHEREQUE : Pour avoir été secrétaire général de la Fédération Santé-CFDT, je peux vous dire qu'il est plus facile pour les gestionnaires que pour les représentants des professionnels de santé de piloter le système. De la même façon, sur la question de l'organisation régionale, j'ai vu nombre de députés voter pour des budgets de santé en baisse et manifester dans la rue avec des usagers pour protester contre la fermeture d'un service. Pour notre part, nous essayons de participer à l'intérêt général. Nous nous engageons dans ce cadre, par des propositions, mais il revient ensuite à la représentation nationale de prendre des décisions et de décider l'organisation sanitaire. Nous prendrons alors nos responsabilités pour les mettre en œuvre.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : J'ai bien entendu vos propositions pour réintroduire dans notre débat la question du financement de la dépendance. La semaine prochaine, devrait cependant être adopté par l'Assemblée nationale le projet de loi mettant en place – sans réflexion avec l'assurance-maladie – un dispositif de financement tout à fait contraire à ce que vous proposez. Quelle est votre position sur le sujet ?

M. François CHEREQUE : Nous sommes en désaccord sur la façon dont cette caisse sera financée. Nous venons d'ailleurs d'adresser un courrier à tous les présidents de groupes parlementaires pour leur expliquer notre position. Après discussion avec de nombreux chefs d'entreprise, une grande partie du patronat semble en désaccord avec ce texte qui instaure une taxe supplémentaire sur les entreprises. Dans une période où l'économie tourne au ralenti, certains secteurs comme l'hôtellerie se demandent comment ils pourraient faire travailler davantage leurs salariés puisque leurs établissements sont déjà ouverts 365 jours l'an. On voit donc bien qu'il y aura une discrimination selon les secteurs d'activité. Les entreprises des secteurs en croissance pourront faire travailler davantage leurs salariés pour financer la dépendance mais les autres seront soumis à une taxe supplémentaire sur leur masse salariale, ce qui réduira leur valeur ajoutée et donc, les marges de négociation salariale.

M. Claude EVIN : Vous avez dit que si l'Etat gérait le système, il aurait pour seule préoccupation l'équilibre des dépenses publiques. Si l'Etat ne gère pas le système, qui se préoccupe de l'équilibre des dépenses publiques ? On pourrait imaginer une délégation de gestion mais comment se présenterait-elle sur le plan financier ? S'agirait-il de déléguer un champ de négociations avec une enveloppe fermée ou avec la possibilité pour le délégataire de jouer sur les recettes ? Si j'insiste sur ce point, c'est parce que nous avons toujours buté sur ce type de problèmes. C'est parce que nous avons toujours eu besoin de fixer des limites à la dépense que des mécanismes de sanction ont été imaginés. Il y a quatre ans a été votée une loi de financement de la Sécurité sociale qui visait à déléguer la gestion des dépenses aux caisses de sécurité sociale mais on ne peut pas dire que les mécanismes de régulation étaient particulièrement « intelligents ». Si l'on délègue la gestion en laissant la possibilité au gestionnaire de jouer sur les recettes, comme le fait l'UNEDIC, on peut se demander en quoi cela est compatible avec la CSG que le Parlement est le seul à pouvoir fixer. On peut aussi déléguer la gestion en confiant une enveloppe votée par le Parlement, mais comme on sait que la dépense évolue plus vite que la richesse, que fait-on lorsqu'il n'y a plus d'argent dans l'enveloppe ?

M. Gaby BONNAND : Cette question se pose à tous et il n'existe pas de réponse facile. Je ne souhaiterais pas que mes propos soient mal interprétés et que l'on pense que je ne vois en l'Etat qu'un « père Fouettard ». Je dis simplement qu'il y a une articulation à trouver. Il faut que l'Etat et que les gestionnaires assument jusqu'au bout. Prenons un exemple. Lorsque l'Etat arrête un objectif national de dépenses de santé et que, dans le même temps, les professionnels demandent une augmentation, on fait pression sur les gestionnaires pour qu'ils accordent cette augmentation, mais sans réévaluer leur enveloppe. Dans le système actuel, le Parlement vote les dépenses mais on a du mal à voir le lien entre celles-ci et les objectifs de santé. Les dépenses engagées par l'Etat doivent donc être articulées avec les objectifs de santé, dans un mouvement permanent entre démocratie politique et démocratie sociale.

Il faut aussi se méfier des réponses faciles. Pour prendre l'exemple de l'Unedic, lorsque l'Etat a pris en charge il y a vingt ans une partie de la solidarité, l'allocation unique et l'ASS étaient équivalentes. Aujourd'hui, l'ASS est inférieure de 30 % à la prestation de l'UNEDIC. Lorsque je dis que l'Etat peut être tenté de ne se préoccuper que des finances publiques, je m'appuie donc sur des éléments réels. Evitons d'en faire de même pour l'assurance-maladie. Trouvons des articulations qui permettent à la démocratie politique et sociale de s'exprimer.

M. Alain VIDALIES : M. Bapt vous a posé une question sur la TVA sociale à laquelle vous n'avez pas répondu. Concernant par ailleurs le changement d'assiette des cotisations patronales, je n'ai pas très bien saisi les raisons de votre objection, sinon que cela entraînerait des transferts d'un secteur industriel à l'autre. Vous nous dites que ce changement limiterait vos possibilités de négociation salariale. Le terme « valeur ajoutée » n'est peut-être pas le plus judicieux ; il faut bien comprendre qu'il s'agirait de prendre pour assiette de cotisation l'excédent brut d'exploitation, terme utilisé aujourd'hui par ceux qui proposent cette modification d'assiette.

M. François CHEREQUE : Nous ne sommes pas partisans de la TVA sociale car elle pèserait de façon inégale sur les revenus, au détriment des personnes les plus modestes.

Concernant le changement d'assiette de cotisation des entreprises, nous pourrions en discuter longtemps. La CFDT l'a proposé au précédent gouvernement qui nous a expliqué qu'un tel changement ne serait pas bon. Nous avons donc eu tendance à lui faire confiance et nous en sommes restés au même point. Mais nous nous méfions aussi des systèmes de financement basés sur des marges aléatoires. La masse salariale est l'un des éléments les moins aléatoires. En période de difficultés économiques, nous avons déjà du mal à assurer l'équilibre du système mais imaginez ce qui se serait produit en 2003 si une plus large partie du financement avait reposé sur la valeur ajoutée ou sur les bénéfices des entreprises. La question est la même pour les retraites puisque certains sont contre les fonds de pensions et veulent taxer les actions. Pour notre part, nous pensons que les systèmes sociaux doivent être basés sur des financements stables. Or la masse salariale constitue l'assiette la moins sensible aux variations économiques.

M. Gaby BONNAND : J'ajoute que l'assurance maladie est déjà pour partie financée par la valeur ajoutée des entreprises. 12,8 % de la masse salariale, soit la quote-part patronale, participe aux contributions. Or ces 12,8 % ne peuvent plus être considérés simplement comme des salaires différés puisqu'ils constituent une participation des entreprises au financement du système de soins. Avec une CSG qui s'applique à l'ensemble des revenus, nous ne voyons pas ce qu'amènerait de plus pertinent une cotisation sur la valeur ajoutée, si ce n'est la déstabilisation d'un système de financement aujourd'hui stable. Si nous allions dans cette direction, nous pensons en effet que cela pourrait donner l'idée aux employeurs, en contrepartie d'une taxe sur la valeur ajoutée des entreprises, de négocier une baisse de

leur quote-part patronale. Faisons en sorte que les entreprises continuent à contribuer au financement de l'assurance-maladie.

Mme Martine BILLARD : vous avez dit tout à l'heure que les entreprises avaient aussi des responsabilités vis-à-vis de leur environnement. Dans ce cadre, les entreprises de main-d'œuvre participent plus que les autres à la prise en charge de l'assurance-maladie. Compte tenu du fait que l'assurance-maladie prend en charge l'ensemble de la population, ne serait-il pas temps de prévoir un complément de financement qui permette de faire participer l'ensemble des entreprises, y compris celles qui ont peu de main-d'œuvre mais qui participent parfois à la dégradation de l'environnement ?

Concernant par ailleurs la CSG, vous avez dit que vous n'êtes pas opposés à son harmonisation pour tenir compte du fait que nombre de retraités ont des revenus égaux, si ce n'est supérieurs, à ceux de certains salariés. Cela peut être vrai aujourd'hui mais ne le sera pas forcément toujours compte tenu de la réforme des retraites. Dans quelques années, certains retraités devraient en effet voir leur retraite baisser par rapport aux taux de remplacement actuels. Etes-vous donc favorables à une CSG progressive ?

Enfin, dans le cadre du schéma de gestion actuellement en discussion, où se situe la gestion du prix du médicament ? Pensez-vous que les partenaires appelés à participer à la gestion de l'assurance-maladie devraient être plus impliqués qu'aujourd'hui dans la fixation du prix des médicaments ?

M. Pierre MEHAIGNERIE : Vous avez dit, à juste titre, qu'il fallait protéger les entreprises pour conserver la valeur ajoutée qui permet la négociation sur le pouvoir d'achat des salariés. Je partage cet avis. Vous avez également dit être défavorable à des cotisations supplémentaires et à des franchises sans révision fiscale. Si l'on trouvait les moyens, en supprimant par exemple des niches fiscales, de participer à cet équilibre, faudrait-il exonérer les citoyens de toute participation individuelle ? On constate par exemple qu'il y a deux fois plus de grossesses pathologiques dans le secteur public que parmi les agricultrices et les ouvrières, qu'il y a deux fois plus d'absentéisme dans le secteur protégé ou la première journée est exonérée que dans le secteur privé. Nous sentons bien que la notion de responsabilité individuelle est nécessaire. N'y a-t-il pas selon vous un chemin à suivre pour responsabiliser les individus ?

M. François CHEREQUE : Il faut rappeler que les 12,8 % de cotisations patronales représentent 47 % du financement de la CNAM, soit plus que la CSG, mais il existe d'autres moyens de faire en sorte que les entreprises prennent en charge leurs responsabilités en matière de santé. La CSG a eu le grand mérite de faire financer le système de santé par d'autres éléments de la richesse nationale. Nous n'exonérons pas les entreprises de leur financement mais nous sommes surpris de voir que le débat se fixe ainsi sur la valeur ajoutée des entreprises. Nous pensons en effet que l'on peut obtenir un financement de la part des entreprises sur d'autres assiettes. Il ne faut pas non plus oublier que les entreprises les plus polluantes sont souvent les entreprises de main-d'œuvre.

Nous ne sommes pas d'accord pour que la CSG soit progressive car nous avons toujours pensé qu'elle devait reposer sur un principe de cotisation – les assurés cotisent en fonction de leurs moyens et sont remboursés en fonction de leurs besoins. Si les cotisations sociales étaient progressives, les catégories aisées cotiseraient certes davantage, mais nous savons très bien que les classes qui en auront les moyens organiseront leurs propres systèmes complémentaires. Nous ne souhaitons donc pas ouvrir ce dossier.

Concernant enfin les retraités, on peut noter que tous les pays comparables à la France, y compris ceux qui ont adopté un régime de retraite basé sur la capitalisation, ont

vu le pouvoir d'achat de leurs retraités augmenter. Or nous ne pouvons plus continuer à dire à nos adhérents payés au SMIC qu'ils doivent financer des pensions représentant trois fois leur salaire. Il y a là une injustice que nous ne pouvons pas accepter. La solidarité doit aussi se faire avec les retraités. Ces derniers sont d'ailleurs prêts à participer au financement de la dépendance.

Quant à la responsabilisation des citoyens, nous y sommes favorables, éventuellement par des remboursements différenciés en fonction de leur parcours de santé. On entend parler de certains abus en matière d'arrêts maladie, mais ils ne représentent plus que 5,7 % des dépenses de santé. Nous serions donc favorables à un remboursement différencié pour les assurés qui ne suivraient pas les parcours de santé prédéfinis.

M. le Président : Merci M. Chérèque.

**Audition de M. Bernard THIBAUT,
secrétaire général de la CGT**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 29 avril 2004)

Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président

M. le Président : Nous allons entendre M. Bernard Thibault, secrétaire général de la CGT. Il est accompagné de Mme Catherine Lemoine, secrétaire générale de la fédération CGT des organismes sociaux, Mme Nadine Prigent, secrétaire générale de la fédération CGT santé et action sociale, M. Pierre-Yves Chanut, conseiller confédéral administrateur de la CGT au sein de l'Acoss et M. Daniel Prada, en charge du dossier assurance maladie. Nous venons d'entendre MM. Chérèque et Bonnand qui nous ont dit que la réforme ne s'engageait pas dans le sens qu'ils souhaitaient. M. Thibault, partagez-vous ce sentiment ou avez-vous l'impression que la réforme s'engage bien, ce qui vous distinguerait, une nouvelle fois, de la CFDT ?

M. Bernard THIBAUT : Il se peut que, sur certains sujets, nous ayons des points de vue très comparables. Je vous remercie, M. le Président et mesdames et messieurs les députés, d'avoir pris le temps d'auditionner les organisations syndicales sur un sujet qui fait partie de nos premières préoccupations. Nous sommes inquiets du peu d'avancée des travaux, en tout cas tels que nous les percevons, et du calendrier présenté par le gouvernement, pour une réforme jugée par tous nos concitoyens fondamentale puisque touchant à l'un des piliers de notre droit social français : l'avenir de l'assurance maladie. Il se trouve que notre rencontre a lieu après la réunion hier et ce matin du comité national de la CGT, le « parlement » de la CGT entre deux congrès, et je suis mandaté pour vous faire part, d'une part effectivement, de cette inquiétude et, d'autre part, de notre mécontentement quant à la méthode qui prévaut en ce moment pour aborder ce dossier jugé fondamental. Comme je le disais, la méthode n'est pas satisfaisante et le calendrier de plus en plus resserré est susceptible d'alimenter, à tort ou à raison, la suspicion sur ce que pourraient être des décisions soumises au Parlement d'ici quelques semaines, sans que les assurés sociaux, sans que nos concitoyens aient eu le sentiment d'avoir eu la possibilité d'émettre des points de vue sur des questions très nombreuses et, pour certaines, fort complexes. Nous nous en tenons pour l'instant à une succession de consultations qui consistent, pour nos interlocuteurs, à entendre les points de vue des acteurs, et ils sont nombreux sur le dossier de l'assurance maladie : les organisations de salariés, les professionnels de santé, les complémentaires, etc. Nous ne contestons pas le fait qu'à un moment donné, surtout s'agissant d'une réforme de portée législative, il reviendra aux parlementaires de se prononcer, mais le fait que ce dossier ne fasse pas l'objet d'une procédure spécifique, pour les questions qui sont à traiter plus particulièrement avec les organisations syndicales, organisations représentatives des salariés, ne serait-ce qu'au regard de notre statut dans les institutions de la sécurité sociale.

M. le Président : Vous ne contestez pas non plus que le gouvernement puisse avoir avec vous un dialogue et que nous, nous puissions avoir avec vous ce dialogue.

M. Bernard THIBAUT : Tout à fait. Nous souhaitons que ce dialogue avance pour se resserrer sur ce que nous qualifions nous de négociation sur un certain nombre de choix et de sujets. Ce n'est pas la succession d'auditions des opinions des uns et des autres qui nous permet d'avancer sur des choix qui peuvent être contradictoires sur la nature des réponses à apporter aux défis qui nous posés sur l'avenir de l'assurance maladie. Or nous ne connaissons pas précisément l'ampleur des questions susceptibles d'être soumises aux travaux parlementaires en juillet. Nous savons l'ampleur des questions qu'a soulevées le

rapport du Haut Conseil à l'élaboration duquel nous avons contribué avec d'autres, mais nous ne savons pas précisément ce que le Gouvernement a retenu comme devant déboucher sur des décisions d'ordre législatif en juillet prochain. Il y a des problématiques particulières – l'organisation du système, sa gouvernance, son financement –, mais il y a bel et bien une problématique globale nécessaire pour que les salariés sachent à quoi s'en tenir sur l'avenir d'une institution qui est, d'abord, à leur service.

M. le Président : Vous êtes sur la même position que la CFDT. Si je comprends bien, vous n'êtes pas opposé aux réformes, à la discussion, au dialogue, mais vous voulez négocier sur l'ensemble du dossier : le financement, la gouvernance, l'organisation, l'accès aux soins.

M. Bernard THIBAUT : Nous voudrions avoir une vision d'ensemble et une discussion sur l'ensemble de la problématique.

M. le Président : Actuellement, dans les contacts que vous avez avec le gouvernement, celui-ci ne vous a pas encore précisé les orientations qu'il compte prendre sur ces trois sujets ?

M. Bernard THIBAUT : Absolument pas. Entre ce qui peut être dit lors des rencontres bilatérales et ce que l'on peut lire dans la presse, il y a plus qu'une nuance. Sur le sujet de l'assurance maladie, nous découvrons avec étonnement dans un quotidien du soir des prises de position publiques, puisqu'elles émanent du ministre de la santé, sans que nous ayons été officiellement saisis de ces propositions.

M. le Président : Que souhaitez-vous exactement ?

M. Bernard THIBAUT : Nous souhaitons obtenir du gouvernement une négociation en bonne et due forme avec les organisations syndicales de salariés, qui, dans notre esprit, n'est pas destinée à se substituer aux autres dialogues que le gouvernement a besoin d'avoir avec d'autres acteurs sur le sujet. Je souhaite attirer votre attention sur le risque que pourrait faire courir la saisine du Parlement sur ce sujet au mois de juillet. Si nous avons le sentiment que les travaux parlementaires sont préparés dans la confidentialité et que le calendrier est utilisé sur un dossier compliqué et sensible – dans toutes les enquêtes d'opinion, nos concitoyens placent l'assurance maladie au deuxième ou au troisième rang de leurs préoccupations après l'emploi – pour éviter la concertation, il y a là un risque de tension majeur.

M. le Président : J'ai voulu cette mission précisément pour éviter cette confidentialité. Nous allons recevoir dans quelques jours le ministre de la santé. Quelles questions souhaiteriez-vous que nous lui posions ?

M. Bernard THIBAUT : Le changement de ministre en charge de ce dossier peut expliquer qu'il ait souhaité se réapproprier le sujet, mais nous jugeons que maintenir un calendrier aussi serré est un pari risqué. Que fait-on pour accélérer le débat public sur les différentes confrontations d'opinion qui peuvent exister sur l'avenir de l'assurance maladie dans notre pays, avant que les parlementaires puissent voir leurs délibérations éclairées par un débat que nous voulons le plus large possible ? Les Français savent bien qu'il y a des choix à faire ; l'essentiel est qu'ils adhèrent le plus possible à ces choix que la société française aura à faire pour demain. Nous n'avons pas le droit de ne pas leur dire, au vu de l'ampleur de cette réforme, que nous sommes en retard sur le processus de concertation. Première question, que compte faire le ministre pour accélérer la cadence de ce point de vue ?

Deuxième question, comment crée-on un cadre nous permettant d'appréhender l'ensemble de la problématique ? Nous avons le sentiment que nous allons, d'ici au mois de juillet, ne traiter qu'un bout de la réforme : la gouvernance. Or ce n'est pas comme cela que nous résoudrons la question des moyens pour couvrir les besoins de santé. Le rapport du Haut Conseil a mis le doigt sur le fait que notre pays devait se préparer à une croissance des financements pour satisfaire les besoins de santé de la population supérieure à la croissance du PIB. Ce simple constat implique que l'on puisse débattre, voire discuter et négocier, des modalités par lesquelles notre pays va réunir ces moyens. On sait qu'il peut y avoir des opinions diverses, notamment entre représentants des salariés et représentants des employeurs. Il y a là place pour des débats denses.

M. le Président : J'ai bien compris que vous vouliez une approche globale, à la fois sur la gouvernance, l'accès aux soins, le financement, mais pouvons-nous avoir votre vision sur chacune de ces questions ?

M. Bernard THIBAUT : Si vous le permettez, je ferai une remarque préliminaire. Outre ce premier constat du peu d'avancement des discussions officielles avec les pouvoirs publics, nous constatons également que des mesures concrètes sont prises s'agissant des structures concourant à la politique de santé. Une décision a par exemple été prise sur la création d'une cinquième branche pour couvrir les besoins de prise en charge des personnes dépendantes, alors que toutes les organisations syndicales ont dit leurs réserves et leur opposition, que tous les conseils d'administration de la sécurité sociale ont voté des délibérations pour contester, critiquer cette proposition et que les associations concernées ont rendu un avis unanime pour la critiquer également. Les discussions officielles avec les pouvoirs publics avancent lentement et, dans le même temps, des décisions concrètes se prennent, ce qui laisse à penser que l'on anticipe déjà sur les conclusions d'un débat que l'on n'a pas totalement eu. Cela alimente une certaine tension et une suspicion quant à la nature des travaux à venir.

Nous avons prévu de vous remettre une note synthétique qui s'articule autour des trois domaines dans lesquels le Haut Conseil de l'assurance maladie a suggéré la définition de nouvelles modalités ou de nouvelles actions : l'organisation de la branche maladie de la sécurité sociale, l'organisation du système sanitaire, la réforme du financement de la sécurité sociale. Nous avons quelques idées dans chacun de ces domaines. Je ne pense pas avoir le temps de toutes les décrire, mais je peux sans doute répondre à vos questions.

M. Pierre MEHAIGNERIE : M. Chérèque nous a dit qu'en matière de gouvernance de l'assurance maladie, chacun devait prendre ses responsabilités. Quelle peut-être demain la gouvernance des caisses nationales d'assurance maladie si d'une part, tous les participants ne sont pas présents et si, d'autre part, à certains moments, certains ne souhaitent pas prendre de responsabilités ?

M. Bernard THIBAUT : Il s'agit d'un point important sur lequel se concentrent ces derniers jours beaucoup de discussions. Il est pour nous très important, même s'il ne peut être considéré comme exclusif et suffisant à lui seul à caractériser la réforme. Nous sommes adeptes de réformes en matière d'assurance maladie et la gouvernance fait partie des points qu'il faut modifier. Nous ne sommes pas partisans d'une étatisation du système qui a, de fait, déjà été largement engagée. Nous ne sommes pas non plus favorables à un dispositif qui aurait comme conséquence de privatiser la sélection des risques ou de créer des inégalités d'accès aux soins entre les concitoyens. Pour ce faire, il faut définir un cadre juridique clair sur l'ensemble des prérogatives revenant aux uns et aux autres : pour nous, il ne fait aucun doute que l'Etat demeure le garant de la politique de santé et de l'organisation du système de protection sociale. Pour autant, nous avons besoin, en organisant une véritable démocratie sanitaire et sociale, d'institutions renouvelées en la matière. Il est

nécessaire de garantir l'efficacité et la légitimité des décisions qui sont prises dans les institutions. Cela est sans doute à l'origine d'une bonne part des problèmes que nous rencontrons aujourd'hui. Nous n'avons pas dans notre pays de réelle démocratie sociale et nous ne pensons pas que les travaux aient été suffisants en la matière pour résoudre fondamentalement ce problème, notamment s'agissant des dispositifs de sécurité sociale.

Quel schéma préconisons-nous ? Nous sommes favorables à un conseil d'administration composé des représentants des assurés, des organisations syndicales de salariés et de non salariés, à une représentation organisée en collèges, élus tous les cinq dans le cadre d'un scrutin proportionnel.

Nous sommes pour un conseil de branche dans lequel figureraient des représentants de la caisse, des professionnels de santé, les caisses complémentaires et les associations de malades. Ce conseil de branche permettrait d'avoir une vision cohérente sur les actions qu'il conviendrait de mettre en œuvre.

Nous sommes partisans d'un conseil scientifique, instance composée de spécialistes du monde médical et de la recherche, qui permettrait à l'ensemble de la collectivité nationale de mieux identifier les besoins et les choix en matière de prise en charge de priorités médicales. On ne peut que regretter que les décisions aujourd'hui ne soient pas plus éclairées par des avis de professionnels, d'experts.

M. le Président : M. Chérèque nous a parlé d'un conseil de surveillance. Il semble que vos objectifs soient les mêmes : la gestion par les partenaires sociaux du système de santé. Existe-t-il des différences entre votre schéma et celui proposé par M. Chérèque ?

M. Philippe AUBERGER : Vous n'avez pas parlé des employeurs. Quelle place leur accordez-vous dans ce schéma ?

M. Bernard THIBAUT : Nous estimons que les trois caisses d'assurance maladie des salariés ou des non salariés ont vocation à couvrir les besoins des assurés sociaux. Ces besoins existent, que les représentants des employeurs acceptent ou non de participer à la définition des orientations et des moyens permettant de les couvrir. Les représentants des salariés eux sont là pour aider à la définition des orientations et des choix.

Quelle est la différence entre notre schéma et les autres concepts ? Tout dépend des prérogatives que l'on accorde aux uns et aux autres. En même temps, les intitulés révèlent une différence de conception. Un conseil de surveillance surveille alors qu'un conseil d'administration administre. Notre préférence va au conseil d'administration. Nous sommes prêts à prendre nos responsabilités dès lors que des procédures démocratiques nous auront conféré un mandat réel. Pour que les acteurs aient une légitimité incontestable, il faut qu'il y ait des processus incontestables qui leur donnent un certain nombre de mandats. Nous regrettons pour notre part qu'ait été abandonné le processus d'élection régulière des représentants des assurés sociaux dans les conseils d'administration de la sécurité sociale. De mon point de vue, cela a beaucoup contribué à couper le citoyen de cette institution. Le fait d'avoir des élections à intervalles réguliers permet, à chaque élection, de préciser son mandat, ses orientations, etc. Cela n'est plus le cas depuis vingt ans à la sécurité sociale, à tel point que beaucoup de Français, notamment les plus jeunes, ignorent son fonctionnement et ne savent pas, par exemple, que des représentants syndicaux sont censés siéger dans les instances et prendre des décisions en leur nom. C'est pourquoi nous plaçons pour le rétablissement d'une forme d'élection des représentants des assurés sociaux dans ce conseil d'administration. Il faut également faire en sorte que l'on tienne compte de ce que peuvent dire les assurés sociaux à l'occasion de ces élections pour la prise de responsabilité des différents acteurs. De ce point de vue, le paritarisme actuel fait trop peu de cas de la

représentativité réelle des différents acteurs. Il faut donc que ce soient les assurés sociaux qui, quelque part, définissent l'ampleur du mandat confié à tel ou tel.

Avec un conseil de surveillance, nous n'aurions plus la même conception « historique » de la sécurité sociale. Il ne s'agit pas simplement de maintenir des dispositifs qui ont eu leurs vertus mais qui sont aujourd'hui dépassés. Si l'on créait une instance dans laquelle la représentation sociale, syndicale notamment, se verrait confinée à un rôle de surveillance, ce serait une rupture avec la conception qui a prévalu pour la construction de la sécurité sociale. Nous demandons que, dans le cadre d'une démocratie sociale renouvelée, l'ensemble des citoyens ait davantage de pouvoir pour maîtriser des institutions qui sont à leur service.

Si vous le permettez, je dirai encore quelques mots sur nos propositions en matière de gouvernance. A partir d'un conseil d'administration renouvelé, nous raisonnons en termes de partenariat à conduire avec les pouvoirs publics, par exemple pour l'élaboration du budget de la sécurité sociale, donc des axes politiques qui, à la fin du processus, sont de la responsabilité du Parlement. Nous souhaitons que les organismes administrant la sécurité sociale aient un rôle de premier plan comme force de proposition aux responsables politiques de la nation.

Nous souhaitons aussi que ce partenariat entre la nouvelle institution de la sécurité sociale et le Parlement puisse, sur des questions financières, prévoir un rendez-vous, tous les trois ans, de négociation sociale obligatoire entre le patronat et les organisations syndicales de salariés pour définir les modalités de recettes permettant de faire face aux besoins financiers en matière d'assurance maladie. Ce rendez-vous régulier de négociation entre le patronat et les organisations de salariés définirait les modalités de prélèvement des recettes consacrées au financement des besoins sociaux, avant que le Parlement soit amené à délibérer. Dans ce cas, plusieurs hypothèses se présentent. Soit les partenaires sociaux trouvent un accord, et les parlementaires sont éclairés par cet accord. Soit les partenaires sociaux ne trouvent pas de terrain d'entente, et les parlementaires devront arbitrer sur ce qu'ils estiment être l'intérêt public.

Nous pensons aussi qu'il serait utile de sortir les cotisations d'assurance maladie de l'enveloppe des prélèvements obligatoires, eu égard à leur statut d'assurance collective contre le risque maladie.

Concernant l'hôpital, on parle de gouvernance, mais il peut être traité sous divers angles. Considère-t-on qu'il fait partie de la réforme ? Ce n'est pas explicitement le cas pour le moment selon les pouvoirs publics. Or on ne peut pas selon nous avoir une réforme viable, sérieuse, tenable, sans que l'on s'interroge sur près de la moitié du budget de la sécurité sociale, consacré aux besoins financiers de l'hôpital. Il n'est pas question pour nous de modifier son statut, mais il y aurait sans doute lieu de mettre en place une nouvelle forme de partenariat entre la sécurité sociale et les pouvoirs publics dans le pilotage de décisions qui le touchent et qui structurent son activité. Pour nous, l'hôpital public entre complètement dans ce champ de gouvernance renouvelée.

M. Jean-Michel DUBERNARD : J'ai participé avec d'autres au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Ce Haut Conseil a su dépasser les aspects économiques et financiers pour aborder la question de la qualité, qualité dont on a eu l'impression qu'elle a tendance à se dégrader. D'après vous, comment pouvons-nous renverser cette tendance en améliorant l'organisation du système de soins ?

M. Bernard THIBAUT : Nous avons également été amenés à réfléchir à certains axes permettant de mieux organiser le système sanitaire de notre pays. Même si nous pouvons, à bien des égards, être fiers de notre système de soins, le diagnostic a fait apparaître de grandes insuffisances. La nécessité d'une répartition plus pertinente des moyens permettant une égalité d'accès à l'offre de soins doit être considérée comme devant mener à de nouvelles dispositions. Aujourd'hui nous constatons une inégalité d'accès. La question de la répartition de l'offre de soins conduit donc à s'interroger sur la crise démographique qui touche les professions médicales et paramédicales. Nous pensons que, parallèlement à des réformes structurelles, une volonté politique est nécessaire pour mettre en œuvre un plan d'urgence d'emploi et de formation dans le domaine de la santé. J'ai entendu dire que le ministre de la santé avait pris quelques dispositions sur le *numerus clausus*, mais cette réponse n'est pas à la hauteur des problèmes d'emploi et de formation. Certaines questions doivent être traitées avec les professionnels concernés collectivement ou plus spécialement avec chacune de leurs catégories par exemple pour l'installation des médecins libéraux. Nombre d'acteurs reconnaissent que la résolution de ce problème passe par une approche concertée. Il faut trouver un cadre de concertation qui permette de déboucher sur un meilleur équilibre dans l'installation des professionnels exerçant leur métier dans un cadre libéral, puisque notre système a cette particularité de conjuguer différents dispositifs, dont des professionnels qui exercent dans un cadre libéral.

M. le Président : Sur l'installation des médecins libéraux, êtes-vous favorable à des mesures incitatives ou plus contraignantes ?

M. Bernard THIBAUT : On a essayé depuis plusieurs années de créer beaucoup de contraintes en pensant que le système allait mieux fonctionner. La contrainte ne nous effraie pas *a priori*, mais nous pensons qu'il serait plus intelligent de faire le pari d'une autre méthode qui pourrait conjuguer des obligations en termes de moyens et des incitations en adhérant à un système.

Il faut se poser la question des moyens matériels mis à la disposition de ces professionnels, de leur rémunération, etc. Nous y répondons par une concertation avec les professionnels concernés. Nous sommes conscients de la difficulté de la tâche, mais nous ne voyons pas d'autre mécanique qui, plus contraignante, risquerait, vu le malaise ambiant, de déboucher sur des incompréhensions ou des rejets.

M. le Président : Est-ce à dire qu'il faut aller plus loin qu'un paiement à l'acte ?

M. Bernard THIBAUT : Par exemple, en tout cas, cela se discute. Je ne prétends pas être syndicaliste représentant à la fois les salariés et les médecins. Il nous semble qu'il faut traiter cette question, mais ne nous demandez pas d'émettre un point de vue qui dépasse notre statut. Je ne souhaite pas dire en lieu et place des représentants des médecins ce qu'eux-mêmes jugeraient acceptable ou pas. C'est un problème à traiter et nous sommes prêts à en discuter.

M. le Président : M. Thibault, vous voulez gérer, mais vous ne voulez pas nous préciser comment vous allez faire.

M. Bernard THIBAUT : Nous sommes très ouverts sur le mode de paiement, mais nous disons que, sur ce point comme sur les autres, il faudrait trouver un minimum de consensus avec les professionnels.

Selon nous, l'hôpital doit également faire l'objet d'une gouvernance renouvelée. Cela peut aussi permettre de réaffirmer le rôle de l'hôpital public dans une meilleure organisation du système sanitaire.

Les alternatives possibles à l'hospitalisation, l'articulation entre hôpital et médecine de ville, la promotion de réseaux..., autant de questions qui pourraient être traitées dès lors que l'on serait d'accord pour inclure l'hôpital public dans ce champ de nouvelle gouvernance. Mais pour aborder toutes ces questions, il faudrait que les restructurations de services ou les fermetures d'établissements en cours soient au moins mises entre parenthèses. Là encore, on donne plutôt le sentiment d'anticiper sur les décisions à venir.

Pour améliorer l'organisation, il conviendrait sans doute d'élargir la convention médicale en incluant la qualité des soins et le suivi du patient, l'élaboration de recommandations sur les bonnes pratiques, la mise en place d'un dossier médical partagé qui serait propriété du patient et tenu par un médecin coordinateur, la coordination des acteurs du système de soins pour une meilleure orientation du patient.

Nous pensons là aussi que les professionnels ont un rôle à jouer dans l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire, qui n'ont pas suffisamment leur place. Nous avons comme expérience les pratiques coopératives en psychiatrie qui permettent de mieux identifier les besoins. Il nous semble que ces exemples pourraient inspirer d'autres domaines.

M. Claude EVIN : J'ai pris note de la manière dont vous décrivez la nécessaire articulation entre les différents modes de prise en charge des malades. Vous avez par ailleurs évoqué la nécessité d'apporter des réponses en termes d'égalité d'accès aux soins, en termes de répartition géographique. Pour répondre à ce type de préoccupations, ne pensez-vous pas qu'il faudrait une architecture plus intégrée entre les caisses et l'Etat ?

Ma deuxième question porte sur la responsabilité. Va-t-elle jusqu'aux recettes ? Vous avez décrit une procédure de négociation entre patronat et syndicats avant que le Parlement soit invité à délibérer. Si le patronat et les syndicats ne trouvent pas d'accord, que va-t-il se passer ? Est-il possible d'imaginer un système plus intégré dans lequel les caisses ont une responsabilité, mais dans lequel l'Etat assure un pilotage et prend les décisions *in fine* ?

M. Jean-Marie LE GUEN : Ma question est similaire. Depuis que nous procédons à nos auditions, si la délégation de gestion suscite la sympathie, elle soulève également de réelles interrogations chez les parlementaires sur la réelle volonté des partenaires sociaux de gérer. Il est fort possible que vous ayez un jour ou l'autre une majorité politique qui ne soit pas complètement à l'écoute de l'ensemble des revendications financières de l'assurance maladie que vous voudriez voir mises en œuvre et pourtant vous seriez gestionnaires. Que se passera-t-il ? Logiquement, intéressé par l'assurance maladie et syndicaliste, vous verrez des besoins, mais le pouvoir politique, puisqu'il décide *in fine* des ressources dans votre schéma, ne vous donnera peut-être pas les ressources auxquelles vous estimez que la population a droit. Que se passera-t-il alors ?

Il peut arriver que certains services, voire certains hôpitaux doivent être fermés. On ne peut poser pour principe qu'il n'y aura pas de restructuration. Vous êtes gestionnaire de l'assurance maladie. Comment gérez-vous cette situation ? Etes-vous prêts à vous investir, en prenant des risques qui sont lourds ?

M. Philippe AUBERGER : Je souhaiterais que nous précisions les contours exacts de l'assurance-maladie par rapport à d'autres pôles de responsabilité. Si je vous ai bien compris, l'assurance-maladie devrait également être responsable de la prévention de certaines pathologies et s'occuper de la formation des médecins. Comment les responsabilités doivent-elles être partagées entre l'Etat et l'assurance maladie ? S'il y a des risques de conflit ou de frontière, songez-vous à désigner une instance d'arbitrage ? Cela est vrai également vis-à-vis du secteur privé. Le ministre de la santé a pris position en disant que les accidents sportifs et les accidents de loisirs devaient être pris en charge par l'assurance maladie au même titre que les accidents de santé. Dans cette idée, l'assurance privée n'aurait aucun rôle à jouer alors que l'on exige des sportifs qu'ils aient tous une licence avec une assurance. Nous ne voyons donc pas très bien où se situe la frontière entre ce qui est essentiel et que doit prendre en charge l'assurance maladie et ce qui paraît moins essentiel et qui peut, le cas échéant, au moins en partie sinon en totalité être pris en charge par le secteur privé.

M. Philippe VITEL : Ma question porte sur l'hôpital public. Vous ne souhaitez pas modifier son statut mais faire évoluer son rôle. Vous pensez également qu'un autre pilotage est nécessaire et doit rentrer dans le nouveau champ de gouvernance que vous avez défini. J'aimerais que vous nous précisiez la place que, selon vous, l'hôpital doit avoir dans la nouvelle organisation du système de soins que vous appelez de vos vœux.

M. Bernard THIBAUT : Que faire en cas de conflit ? Dans une démocratie, c'est vers les parlementaires que l'on se tourne pour définir l'intérêt public. Nous n'avons pas, par exemple, contesté le fait qu'il appartenait au Parlement d'adopter une réforme sur l'avenir de notre système de retraites par répartition. En revanche, les conditions à partir desquelles il a délibéré, en fonction des opinions en présence, ont soulevé une grande contestation. Personne ne nierait le fait qu'en matière de politique de santé, il revienne aux parlementaires d'avoir le dernier mot sur le choix des orientations et l'attribution des moyens pour servir ces orientations. Les conditions à partir desquelles il prend sa décision et ses motivations sont également importantes. Plusieurs schémas sont alors possibles. On peut estimer que la représentation nationale est la seule à pouvoir jouer ce rôle ; on peut aussi considérer que la puissance publique a intérêt à s'appuyer sur des institutions qui reconnaissent une place à des acteurs reconnus et dûment mandatés pour assurer, soit une part de responsabilité de gestion, ce que nous revendiquons, soit simplement un rôle de conseil avant la décision politique.

M. Claude EVIN : Sur quoi cette gestion porterait-elle ?

M. Bernard THIBAUT : La décision budgétaire devrait bénéficier d'un meilleur éclairage professionnel des décisions à prendre : c'est le rôle que nous assignons au conseil scientifique, une autorité médicale reconnue, qui permet de mieux identifier les actions à conduire. Le conseil d'administration devrait avoir les moyens d'évaluer les conséquences de ces orientations en termes de procédures, de réseaux, de moyens financiers et d'outils. Parallèlement à cela, il faudrait organiser régulièrement une négociation obligatoire entre le patronat et les organisations de salariés pour discuter des recettes. L'ensemble de ce travail serait soumis aux parlementaires, afin d'éclairer la décision publique.

Que se passerait-il si, d'aventure, les parlementaires n'étaient pas disposés à octroyer les moyens suffisants pour assumer ces responsabilités de gestion ? Pour être sûrs qu'ils ne seront pas confrontés à cette hypothèse, nous devons débattre des modalités de financement sur le long terme. Nous ne concevons pas un rôle qui se résumerait à donner aux représentants des assurés la responsabilité d'annoncer les mauvaises nouvelles. Il existe quand même des domaines où ils font la démonstration qu'ils ont une capacité objective de gestion.

M. le Président : Etes-vous favorable à une augmentation du taux de la CSG, à son harmonisation ? Etes-vous favorable à une augmentation du taux de la CRDS ou une prolongation de sa durée ? Etes-vous favorable à une TVA sociale ? Etes-vous favorable à une assiette des cotisations assise sur la valeur ajoutée ?

M. Bernard THIBAUT : La problématique financière est importante et personne ne comprendrait qu'elle ne fasse pas l'objet de plus de débats que les autres sujets. Il faut réformer le mode de financement de la sécurité sociale. Nous avons eu, voici un an, un débat comparable sur l'avenir du système de retraites par répartition. Nous proposons de passer d'une assiette de la part patronale des cotisations assise sur les salaires à une assiette assise sur la valeur ajoutée. L'assiette actuelle est préjudiciable aux entreprises et aux salariés. Le système de production a largement évolué et la richesse d'une entreprise n'est pas liée au nombre de ses salariés. Or nous conservons ce mécanisme de cotisations sociales qui avait sa pertinence il y a 50 ans.

Nous souhaitons par ailleurs remettre en cause les exonérations de cotisations patronales, qui ont connu une croissance exponentielle depuis dix ans sans que leur pertinence ait pu être démontrée.

Nous proposons aussi une contribution sociale assise sur les revenus financiers des entreprises, ce qui pourrait les inciter à encourager leurs investissements productifs, matériels comme immatériels (formation, R&D...). Notre pays a fait le constat que nous étions très largement en retard dans ce domaine.

Les impayés de cotisations génèrent également des pertes de recettes de l'ordre de 2 milliards d'euros pour le régime général. La plupart d'entre eux proviennent de très petites entreprises, qui emploient moins de dix salariés. Nous serions donc favorables à la création d'un fonds de garantie des entreprises, qui mutualise une assurance quant aux cotisations qu'elles doivent dans ce domaine.

Nous proposons de soumettre à cotisation sociale dans les conditions de droit commun les revenus issus de l'intéressement, de la participation et des plans d'épargne entreprise. Rappelons que ces plans sont déjà assujettis à la CSG et à la CRDS et que le plan d'épargne retraite collectif est assujetti à une contribution sociale au profit du fonds de réserve des retraites.

En revanche, tout en étant conscient du poids que représente la CSG dans le financement de l'assurance maladie, nous restons très réservés à son égard. Je vous prie de croire que la formule « très réservé » est une formule retenue. La CSG est en effet assise à 88 % sur les salaires et les retraites et seulement à 11 % sur les revenus financiers. En outre, elle est la cause principale de la baisse des retraites déjà liquidées depuis le début des années 90. Nous récusons donc la piste de son augmentation et nous sommes particulièrement opposés à un alignement de la CSG des revenus de remplacement sur ceux des actifs, notamment dans une période où parallèlement, on souhaite justifier une baisse de l'impôt sur le revenu, qui est sans doute plus équitable que la CSG dans sa forme actuelle.

M. Jean-Marie LE GUEN : Le rapport du Haut Conseil a estimé que la dérive des dépenses par rapport aux recettes était de l'ordre de 2 % à 3 % par an. Vous avez indiqué tout à l'heure que votre capacité de vous investir dans la gestion était dépendante d'un système de financement « dynamique ». Autrement dit, vous ne souhaitez vous engager dans une gestion que si l'on vous donne la garantie d'un financement suffisant. Qu'entendez-vous par un financement dynamique ? Aurait-il vocation à suivre ces 2 à 3 %

de progression par rapport à la croissance ? Accepteriez-vous de vous limiter à cette enveloppe lorsque vous prendriez des responsabilités de gestion ? On voit à peu près les sommes auxquelles on est confronté aujourd'hui : un déficit résiduel cumulé de 30 à 35 milliards d'euros et un déficit pour l'année 2005 aux alentours de 17 à 20 milliards d'euros. Comment peut-on traiter cela ? Pouvez-vous également nous dire un mot sur la CRDS par rapport à la CSG et sur la TVA sociale ?

M. Bernard THIBAUT : Nous ne conditionnons pas notre volonté d'assumer des responsabilités à une planification financière sur le long terme qui est, tout le monde le reconnaît, un exercice éminemment difficile. Le rapport du Haut Conseil met en évidence que notre pays doit accepter une croissance des dépenses de santé supérieure à celle du PIB. Expliquer à notre pays qu'il faudrait à l'avenir dépenser moins en matière de santé serait totalement impossible, sauf à admettre une qualité de soins moindre ou une sélection des malades susceptibles d'en bénéficier.

Faut-il une indexation des budgets ? Dans le domaine de la santé, il s'agit d'une problématique délicate dans la mesure où, si l'on peut identifier à un instant *t* les besoins sanitaires de la population, si l'on peut avoir quelques éclairages professionnels sur ce que pourraient être des évolutions dans des domaines maîtrisés, il demeure par définition que des besoins de prise en charge non prévus dans le budget peuvent apparaître. Il est donc pour le moins hasardeux de fixer une limite de progression des dépenses de santé à une évolution du budget plus 2 à 3 %.

Mme Martine BILLARD : Ne peut-on pas imaginer une baisse des dépenses de santé conçue non pas comme une restriction de l'accès à la santé, mais comme un meilleur accès à la santé : meilleure organisation, autre politique du médicament – qui doit fixer selon vous la politique de prix des médicaments que ce soit à l'hôpital ou à l'extérieur ? –, meilleure politique de prévention, au travail et dans l'environnement ?

M. Bernard THIBAUT : Il n'y a pas de contradiction entre nos positions et les vôtres. Par une meilleure organisation du système, on peut améliorer la manière dont sont utilisées les sommes mises à notre disposition. Nous pourrions également faire beaucoup en matière de prévention au travail si nos interlocuteurs patronaux étaient plus ouverts. Dans trop de secteurs, la dégradation des conditions de travail génère des pathologies lourdes. Or nous sommes confrontés à des interlocuteurs patronaux, notamment certains d'entre eux, qui considèrent que la situation sanitaire de la population est de moins en moins liée aux conditions de travail, contrairement à ce que beaucoup d'experts et de professionnels décrivent.

Mme Jacqueline FRAYSSE : M. Chérèque nous a dit ne pas être favorable à un changement d'assiette des cotisations sociales, sous prétexte que cela limiterait les marges de négociation salariale. Quel est votre avis sur ce point ?

M. Bernard THIBAUT : Si seulement nous étions convaincus que cela offrait une marge d'évolution pour la rémunération des salariés... mais pour l'instant, il n'y a ni l'un ni l'autre, ni évolution globale suffisante du pouvoir d'achat des salariés ni modification structurelle d'une assiette dont j'ai essayé de vous expliquer que la mécanique actuellement en vigueur est très préjudiciable à l'emploi car indexée sur les seuls salaires. Les réponses qui ont été apportées aux effets mécaniques de cette mesure, notamment par l'effet d'exonération de cette charge, n'ont pas produit les résultats escomptés.

Dans notre pays, la part des salaires dans la valeur ajoutée n'est plus ce qu'elle était. De 67,5 % en 1981, elle est passée à 59 % en 1991 et à 58 % en 2001. Il nous semblerait plus judicieux de consacrer une part plus importante à subvenir à des besoins

dans un cadre de droit collectif comme ceux organisés par l'assurance maladie, plutôt que de les renvoyer à d'hypothétiques marges sur des salaires qui, par définition, seront plus individualisés. Nous faisons le choix de consacrer une part que nous jugeons devant être croissante de la valeur ajoutée à des dispositifs collectifs, notamment consacrés à l'assurance maladie.

M. le Président : Quelle est votre opinion sur la CRDS et la TVA sociale ?

M. Daniel PRADA : Nous ne sommes pas favorables à la TVA sociale car elle conduirait, comme la CSG, à transférer le financement de l'assurance maladie aux ménages. Notre préoccupation est toujours la même : il s'agit de créer les conditions pour qu'un financement ne pèse pas sur le pouvoir d'achat, sur la consommation, sur la relance de la croissance et donc sur l'emploi. Les propositions de financement que nous faisons se situent toujours dans une logique d'un financement de la sécurité sociale qui ne se ferait pas au détriment de l'emploi. Par ailleurs, la mise en place d'une TVA sociale conduirait à dégager les entreprises de leurs responsabilités. On ne peut pas considérer que la gestion des entreprises, les conditions de travail, l'environnement de travail n'ont pas de conséquences sur la santé publique dans notre pays.

Il nous semble que, dans les mesures cohérentes que nous proposons, certaines répondraient, en partie, aux difficultés financières de la sécurité sociale. Je fais référence à la part des exonérations de cotisations sociales qui ne sont pas compensées par l'Etat et aux dettes patronales. Nous ne pouvons pas tirer un trait sur cette problématique. C'est la raison pour laquelle nous proposons la mise en place d'une caisse de garantie, afin de mutualiser au travers d'une cotisation patronale un financement qui permettrait de faire face à ces situations de difficultés.

Concernant la question de M. Evin, je le renvoie aux autres grandes fonctions de la sécurité sociale identifiées par le Haut Conseil : la couverture (périmètre et niveau de prise en charge), l'organisation du système, la gestion du risque et l'allocation des ressources, notamment à l'hôpital. Sur ces questions, les acteurs concernés ne semblent pas fixés sur ce qui relève de la responsabilité de l'Etat et ce qui relève de la responsabilité de l'assurance-maladie. C'est l'un des sujets sur lequel nous avons besoin de discuter, de négocier et de nous donner le temps.

On pourrait considérer que le périmètre et le niveau de la couverture relèvent de la responsabilité de l'Etat. C'est la raison pour laquelle dans un processus d'élaboration budgétaire, nous estimons que la sécurité sociale doit être force de proposition et de négociation avec l'Etat.

Sur l'organisation du système, on peut s'interroger sur l'identification, dans certains domaines, de responsabilités partagées. Par exemple, sur l'installation géographique des médecins, l'Etat a bien évidemment un rôle prépondérant à jouer, mais on peut également considérer que la sécurité sociale, de par son réseau, de par ses connaissances et ses expériences, peut avoir des propositions à faire. Les modalités d'encadrement de l'installation – incitation *versus* coercition – peuvent faire l'objet de débats dans les conventions médicales.

Dans le domaine de la gestion du risque, on peut considérer que la sécurité sociale peut avoir un rôle prépondérant, notamment au travers des conventions médicales.

L'allocation de ressources fait débat. Je ne pense pas que beaucoup d'acteurs aient tranché cette question, y compris au sein du cabinet du ministre. Nous y réfléchissons,

nous avons des propositions, mais rares sont les acteurs qui ont tranché cette question qui est au cœur des problèmes qui nous sont posés.

M. le Président : M. Thibault a insisté au début de son propos sur la nécessité de négocier. On voit toute la difficulté pour le gouvernement de trouver un accord avec des partenaires sociaux qui ont des positions radicalement opposées et qui sont même opposés sur l'assiette des cotisations. Je crains que la négociation n'avance pas puisque, entre vous, vous êtes déjà très divisés. Ne trouvez-vous difficile de négocier avec des gens qui ne sont d'accord sur rien ?

M. Bernard THIBAUT : Cela nous arrive régulièrement. Et pourtant, il faut prendre des décisions.

M. le Président : Entre vous, les sujets de divergence sont plus nombreux que les points de convergence.

M. Bernard THIBAUT : N'est-ce pas le propre d'un pays démocratique que de confronter les opinions ?

M. le Président : Mais il faudra prendre des décisions à un moment donné.

M. Bernard THIBAUT : Oui, les négociations, lorsqu'elles ont lieu, permettent d'identifier les acteurs qui sont pour telle ou telle option et la représentativité des différents acteurs défendant telle ou telle option.

M. le Président : Je vous remercie.

M. Bernard THIBAUT : J'aurais aimé que Nadine Prigent vous fasse part de notre opinion sur la situation de l'hôpital public.

M. le Président : Vous avez la parole.

Mme Nadine PRIGENT : Nous ne ferons pas l'hôpital sans ceux qui y travaillent, qu'ils soient médecins ou non médecins. Pour l'instant, nous n'avons pas le sentiment que, dans l'évolution de l'hôpital, on soit à l'écoute des hospitaliers eux-mêmes. Il faut prendre un virage à 180 degrés si l'on veut repenser l'hôpital public. Nous ne sommes pas pour le statu quo : l'hôpital public ne peut pas rester immobile face à des besoins de santé qui évoluent. Nous pensons qu'il faut repenser l'orientation de la politique hospitalière de notre pays. Soit on continue à concentrer l'hôpital public, comme cela a été fait depuis de nombreuses années, au nom des réductions de budgets, soit on considère qu'il a un rôle social, un rôle de soins, un rôle de prévention, un rôle de recherche et un rôle de formation. J'insiste sur le mot « public » car les évolutions actuelles font que le système public répond plus difficilement aux besoins de santé des populations. On voit un service commercial se développer de façon considérable, notamment à la suite des effets canicule de l'année dernière. Je précise qu'aujourd'hui 20 % des maisons de retraite sont détenues par le secteur commercial. Nous sommes favorables à l'évolution de l'hôpital mais sur d'autres critères, et notamment des critères de besoin des populations évalués dans les territoires à travers des démarches démocratiques qui n'existent pas aujourd'hui. Comment démocratiser le niveau régional ? Comment faire participer les professionnels, les populations à l'aménagement du territoire et à la définition de la place de l'hôpital ? Nous sommes ouverts à la discussion. Comment envisager l'évolution de l'hôpital public en fonction de critères de besoin et non plus en fonction de critères comptables qui ont conduit

à des politiques hospitalières très « concentrationnaires » ? Je précise que 140 000 lits, 200 services d'urgence, 16 % des maternités publiques et privées ont été fermés. On ne peut donc être surpris de la situation dans laquelle se trouve l'hôpital public aujourd'hui. Il n'y aura pas d'évolution de l'hôpital public si l'on n'est pas plus ambitieux en matière d'emploi et de formation des personnels de soins. Pour l'instant, nous n'avons aucune ouverture de ce point de vue. Je précise que nous formons pour l'hôpital, pour le privé, pour les services de soins dans les entreprises, les personnels de soins de l'Education nationale, la totalité des personnels de soins : on est très en dessous des besoins.

M. le Président : Merci.

**Audition de M. Alain COULOMB,
directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 29 avril 2004)

Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président,
puis de M. Jean-Michel DUBERNARD

M. le Président : Le gouvernement prépare la réforme de l'assurance maladie et nous souhaitons que vous nous livriez vos réflexions sur les moyens de mieux gérer le système.

M. Alain COULOMB : La réforme est nécessaire : je pense que le constat n'échappe à personne, notamment du point de vue de la contrainte financière. Je n'insisterai pas tant sur ce dernier point, qui a déjà été maintes fois évoqué, que sur les modifications qu'attendent les professionnels et les usagers. Le poste que j'occupe me permet en effet d'être impliqué dans le tissu hospitalier et ambulatoire. Il me semble que les usagers attendent tout d'abord que la réforme soit lisible : ils ont l'impression, pour le moment, de se trouver dans une situation de complexité et d'opacité fortes. Ils s'interrogent aussi sur le sens de la réforme, puisque les principales dispositions qui les concernent sont fragmentées et peu porteuses de sens. Enfin, il est nécessaire que cette réforme apparaisse comme équitable ; il ne s'agit pas en effet de multiplier les mécontentements en donnant l'impression qu'elle est fondée sur la recherche du bouc émissaire.

Je souhaiterais faire cinq constats.

Le premier est que les malades changent. Ainsi, si une réforme doit être porteuse d'avenir, elle doit s'appuyer non seulement sur la contrainte immédiate, mais également sur les tendances lourdes qui font que le système évolue malgré nous.

Les malades changent, d'abord dans leur chronicité ; c'est l'effet du vieillissement. Ces malades chroniques sont, par construction, des malades qui vont aller et venir dans le système de soins en fonction des phases aiguës et des phases de rémissions, entre le système hospitalier et le système ambulatoire. Ce seul fait, patent et massif, modifie considérablement cette structure héritée du Moyen Age qui séparait la ville de l'hôpital.

Le deuxième changement tient à la connaissance par les malades de leur maladie et à leur exigence d'une prise en charge globale. Le système hospitalier, tout comme le système ambulatoire, n'a pas été conçu pour écouter le malade ou pour répondre à ses exigences, mais pour soigner un épisode aigu. Le modèle dominant se caractérise aujourd'hui par l'asymétrie d'informations. En réalité, ce modèle ne s'applique plus aujourd'hui à la majorité des malades puisque l'on passe d'un épisode aigu à une maladie chronique. Le rôle des acteurs sera amené à changer : le seul choix que nous aurons sera de faciliter et d'encourager le changement ou de tenter de le retarder. Ces modifications des caractéristiques des malades doivent guider toute réforme.

Il y a un paradoxe : au moment où les caractéristiques que j'indiquais entraînent un besoin de prise en charge globale, on assiste à une spécialisation de la médecine. Il s'agit d'un des problèmes que nous aurons à résoudre par la coordination, par des évolutions entre les approches individuelles et collectives, par l'évolution de la culture médicale. A titre d'exemple, tout ce qui a trait à l'éducation thérapeutique dans un réseau est une réponse adaptée à cette tendance lourde et profonde, qui est inscrite dans la démographie.

Par ailleurs, le rapport au travail change. Un récent sondage, effectué auprès des internes en médecine, révèle que les déterminants de leur choix de spécialité reflètent les changements des professionnels de santé, comme des Français, dans leur rapport au travail. D'une part, pourquoi certains choisiraient-ils des spécialités à risque alors que la protection des professionnels de santé n'est pas assurée ? D'autre part, notre incapacité réglementaire à anticiper est patente. Nous avons participé à une flambée extraordinaire des coûts de production par le calendrier de mise en œuvre d'une mesure sur laquelle je ne me prononcerai pas : les 35 heures. Nous aurions pu anticiper cette situation par une formation professionnelle, deux à trois ans avant la décision, de manière à ne pas créer une demande forte de professionnels qui n'existait pas sur le marché du travail à un moment donné. En effet, il faut rappeler que la formation des professionnels de santé concernés demande de trois à six ans. De fait, nous ne pouvons pas conduire un paquebot de la taille de ce secteur d'activité sans anticiper sur les changements dans les relations au travail.

M. le Président : Vous avez très bien rappelé tout cela dans un article du *Monde*, daté du 20 avril dernier. Nous aurions souhaité que vous en précisiez certaines assertions. Ainsi, vous affirmez que l'on ne peut sortir de la crise que par le biais d'un réseau de soins, qui émerge en France. Qu'entendez-vous par-là ?

M. Alain COULOMB : Les réseaux représentent une réponse spontanée et plus ou moins adroitement encouragée au fait que les murs qui séparaient la ville de l'hôpital ne correspondent pas aux besoins des patients.

M. le Président : Disposez-vous d'exemples probants ?

M. Alain COULOMB : Je citerai deux types de réseaux, qui comptent parmi les mieux organisés, pour répondre aux pathologies chroniques que sont le diabète et le cancer. Le traitement du cancer exige une approche multidisciplinaire. En effet, il est le fruit d'un travail entre un oncologue médical, un radiothérapeute, un chirurgien et bien d'autres encore. Il y a au moins trois acteurs, ce qui signifie que si l'on veut prendre en charge cette maladie de façon plus efficace pour le patient et de façon moins coûteuse pour la collectivité, il est nécessaire de dépister, d'une part, et d'autre part, d'orienter le malade vers une prise en charge collective.

S'agissant du diabète ou de l'hypertension, il a été démontré que la prise en charge d'un malade chronique est de meilleure qualité et moins chère si l'on respecte certains protocoles au lieu de donner libre cours à l'errance médicale. Il s'agit d'une des principales propositions que je souhaitais faire : la qualité seule peut constituer l'axe d'une réforme. En effet, ce concept est le seul point commun entre usager, payeur et professionnel. Usager parce qu'il l'exige ; professionnel car il ne peut la récuser et payeur car il s'agit du fondement même de sa légitimité. Or lorsque l'on prend conscience du coût de la non-qualité de notre système, on réalise qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre le fait d'accroître la qualité et de diminuer les coûts : le pari que nous faisons situe la non-qualité entre 15 et 20 % des dépenses, soit autant de gisements existants.

M. le Président : Cette situation s'apparente quelque peu aux réseaux gérontologiques.

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : La problématique est la même. En effet, nous savons que les 5 % de personnes qui occasionnent environ 50 % des dépenses souffrent de maladies chroniques et sont très âgées.

La Mutualité sociale agricole a réalisé une analyse complète et financière de ce qu'ont apporté les réseaux de soins gérontologiques en termes de qualité des soins. Les hôpitaux locaux deviennent de vrais pivots entre l'hôpital de proximité et les médecins généralistes. L'hôpital de Besançon en est un exemple probant. Il faut voir combien le réseau de prévention des accidents vasculaires cérébraux peut s'appuyer sur ces dispositifs de réseaux de soins. Autre exemple qui fonctionne de façon très satisfaisante en Franche-Comté et en Bourgogne : celui des réseaux de prise en charge des insuffisants rénaux. Je souhaiterais insister sur ce point alors que nous allons débattre du projet de loi créant une caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui installera une séparation entre secteurs sanitaire et social. Il s'agit d'un enjeu essentiel, tant en termes financiers qu'en termes de qualité.

M. Alain COULOMB : Force est de reconnaître que les dépenses et les mécontentements augmentent de concert. Ce que dit Mme Guinchard-Kunstler ne marche que si c'est la même main et la même bourse qui gèrent la ville et l'hôpital. Le problème de la non-qualité se situe dans la cloison : s'il y a un diable, il est dans la cloison. C'est donc celle-ci qu'il faut abattre. Prenons l'exemple de la ville et l'hôpital. A un instant T, 15 % des personnes qui s'y trouvent n'ont rien à y faire. Ils s'y trouvent pour de multiples raisons : leur appartement n'a pas suffisamment été aménagé pour les y accueillir, les sorties n'ont pas été programmées afin que les personnes puissent être accueillies dans un service de soins de suite, l'assistante sociale est malencontreusement absente, etc.

Il ne faut pas attribuer cette non-qualité aux professionnels : il s'agit souvent d'un problème d'organisation. J'indiquais que le coût de la non-qualité avoisinait les 15 à 20 % du coût global. Il existe, à mon sens, trois raisons principales à ce problème. La première est que la médecine n'est pas entièrement « protocolisable ». En effet, la science s'accroît et se développe, mais il restera toujours une part marginale que l'on ne pourra soumettre aux protocoles.

Le deuxième facteur, un peu plus important, réside dans les pratiques professionnelles. En effet, les médecins ne suivent pas toujours les référentiels qui ont pu être développés par la « science », l'ANAES ou les sociétés savantes. Les raisons en sont diverses : personne n'a pris le temps de les leur expliquer, ils ne sont pas mis à leur disposition de manière simple, etc. A l'évidence, les médecins n'ont pas envie de mal faire, mais force est de reconnaître que les procédures peuvent parfois se révéler un peu compliquées. Nous avons nous-même un effort à fournir afin de simplifier nos référentiels et les rendre plus directement accessibles.

La troisième source de non-qualité, la plus importante, réside dans l'organisation ou plutôt dans la non-organisation. Les cloisons entre le médical et le social, entre l'hôpital et la médecine de ville ou entre le public et le privé en sont un facteur essentiel.

Cependant, aucun des trois n'est fatal. La science progresse, l'évaluation des pratiques professionnelles doit cheminer et une organisation plus fluide doit se mettre en place.

Mais l'existence de trois systèmes de régulation différents et d'au moins deux acteurs différents pour réguler la ville, l'hôpital public et l'hospitalisation privée, ne peut que renforcer la non-qualité organisationnelle du système et donc son surcoût.

Mon raisonnement n'est pas théorique et ne part pas d'une construction esthétique : il tient à une observation objective des facteurs de non-qualité. L'ANAES visite près de 700 hôpitaux par an. Cette enquête révèle chaque fois une diversité forte dans la

qualité de la prise en charge. Cette diversité ne tient ni au statut juridique ni à la taille ni à la discipline médico-tarifaire ni au budget de l'établissement. En définitive, elle tient à la qualité du management, c'est-à-dire à la capacité de l'équipe de faire vivre ensemble des professionnels différents, de telle manière que l'énergie dépensée produise davantage de mouvement que de chaleur. C'est le management médical de l'établissement qui va déterminer la qualité de la prise en charge.

Il est intéressant de constater que le débat théorique sur la taille ou le statut juridique des établissements est largement indépendant de la qualité de la prise en charge. Ceux qui avancent qu'il est nécessaire et suffisant de dépenser davantage pour accroître la qualité des services sont donc dans l'erreur. Il peut s'agir d'une conviction pour certains, mais qui est éloignée de mes observations.

M. le Président : Les représentants de la CGT ne semblent pas partager vos propos. Ils estiment qu'il est nécessaire de doter le système de budgets supplémentaires. Il est normal que ce débat crée des divergences.

M. Alain COULOMB : A partir de mes constatations, trois propositions apparaissent.

Nous assistons à la fin d'un modèle cloisonné, caractérisé par une distinction forte entre la ville et l'hôpital, le public et le privé, le sanitaire et le médico-social. Nous devons tenter de développer un modèle plus égalitaire, plus réactif et plus adaptable.

Le niveau de régulation ne peut être que régional. Il doit concerner et la ville et l'hôpital.

Il paraît indispensable de se servir de la qualité comme d'un outil de régulation et non de la considérer comme une caractéristique de plus. La qualité, qui passe par l'utilisation de référentiels, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'accréditation des structures, est un instrument de régulation qui doit être sanctionné financièrement, positivement ou négativement.

M. Hervé MORIN : Un de nos interlocuteurs constatait, lors d'une précédente réunion, qu'il était difficile de voir clair dans le fonctionnement des hôpitaux et de comprendre pourquoi, pour une pathologie identique, il existait des différences de coûts considérables d'un hôpital à l'autre. Un autre intervenant nous disait, par ailleurs, que l'ANAES faisait de l'accréditation normative et réglementaire, mais pas de l'évaluation. De fait, elle ne semble pas à même de favoriser l'amélioration de la qualité de l'efficacité des structures hospitalières. Que pensez-vous de ces deux observations ?

Par ailleurs, il est souvent fait état de maladies nosocomiales. Sommes-nous davantage touchés que les autres pays et, dans l'affirmative, quelles en sont les raisons ?

(M. Jean-Michel DUBERNARD remplace M. Jean-Louis DEBRÉ à la présidence)

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : L'évaluation est au cœur des débats depuis près de 25 ans, alors qu'il n'est question d'accréditation que depuis une douzaine d'années. Aujourd'hui, on accrédite les structures, les locaux, la façon de tenir les dossiers ou de distribuer les médicaments, jamais les équipes. J'ai récemment été soumis à une accréditation, qui n'a pas examiné la qualité de notre travail dans ma spécialité.

Force est de reconnaître que l'évolution est particulièrement lente et que nous accusons un retard certain par rapport à d'autres pays, notamment les Etats-Unis. Qu'allez-vous faire ou proposer afin d'accélérer l'accréditation et d'élargir le champ de l'évaluation ?

M. Alain COULOMB : Pourquoi le taux de maladies nosocomiales augmente-t-il ? Essentiellement parce qu'on le mesure. Il va de soi qu'il se trouve davantage de germes dans une chambre d'hôpital que dans une chambre à coucher. On ne peut sérieusement prétendre atteindre le risque zéro en termes d'infections nosocomiales. La part de ces infections qui pourrait diminuer est estimée par les experts entre 30 et 40 % : nous disposons donc d'une marge certaine.

Nous avons un problème d'instruments de mesures, d'indicateurs, etc. Selon un rapport que nous venons de publier, trois facteurs expliquent les infections sur les sites opératoires. Le premier est la nature même des malades : certains sont porteurs de plus de germes que d'autres. Le deuxième est la manière de mesurer : en effet, l'instrument de mesure n'est pas identique partout. Le troisième est l'aménagement et le comportement des acteurs et le respect des procédures à l'intérieur du bloc opératoire.

Le premier facteur, tenant aux malades, est 35 fois plus important que le dernier. De fait, il n'est pas facile d'interpréter ce taux. Nous devons donc mettre en œuvre des procédures, mais également tenter d'adopter une attitude non culpabilisante sur ce sujet. Dans le cas contraire, nous prendrions le risque d'aboutir à des réactions de dissimulation.

S'agissant de l'accréditation, nous avons un problème quantitatif et un problème qualitatif. Le problème quantitatif est de faire en sorte que l'accréditation ne soit pas symbolique. Nous sommes tenus d'accréditer les hôpitaux tous les 4 ans, ce qui représente 700 établissements par an en moyenne. L'année dernière, nous sommes passés de 200 à 650 hôpitaux ; cette année, nous en visiterons 720. Le cycle quantitatif sera donc tenu. Il nous a été demandé d'accréditer les réseaux : nous sommes en train d'élaborer des référentiels afin de pouvoir les accréditer dans les meilleurs délais. La deuxième critique repose sur les critères d'accréditation. Nous ne disposons pas actuellement de référentiels médicaux suffisamment pertinents pour accréditer la qualité du service médical rendu de façon indiscutable. Les professionnels nous reprochent de ne pas insister davantage sur la qualité du service médical rendu, mais, dans le même temps, ne nous donnent pas les référentiels permettant de mesurer l'écart entre cette référence et le réel que nous constatons. Dès cette année, nous avons expérimenté une nouvelle version du manuel d'accréditation. A compter de septembre prochain, les établissements nouvellement accrédités le seront suivant cette nouvelle version. Nous poserons pour chacune des activités principales des établissements publics ou privés accrédités les trois questions suivantes :

Comment appliquez-vous les référentiels de qualité dans votre spécialité ?

Comment mesurez-vous l'écart entre vos pratiques et ces référentiels ?

Comment corrigez-vous cet écart ?

Votre critique à ce sujet est juste dans la mesure où les usagers ne se rendent pas dans les hôpitaux pour y déjeuner, y dîner ou y dormir, mais pour y être pris en charge médicalement. Le reproche pertinent que l'on faisait jusqu'alors à l'ANAES était d'insister davantage sur les fonctions transversales que sur les fonctions de soins. Le nouveau

référentiel est en cours d'expérimentation dans 35 établissements et sera généralisé dans le 2^{ème} semestre 2004.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Je souhaiterais approfondir la question. Je pense qu'il existe plusieurs définitions de l'accréditation. La plus simple est : donner crédit. Il s'agit, par exemple, de donner des crédits à un hôpital afin de faire de la transplantation rénale. Il ne s'agit pas d'évaluer, mais de donner crédit. L'accréditation permettra, dans cet exemple précis, de vérifier que l'équipe compte les immunologistes, les médecins, les chirurgiens, les virologues capables de réaliser cette série d'actes opératoires.

M. Alain COULOMB : En France, ce rôle est dévolu à l'Etat.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Vous indiquez que vous allez évaluer les grands types d'activités. Or évaluer la cancérologie à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, par exemple, revient à étudier 17 ou 18 services différents.

Je m'interroge : n'est-ce pas une nouvelle contribution intellectuelle, une nouvelle vision technocratique qui ne correspond plus à la réalité du terrain ? Je vous rappelle que neuf services sur dix traitent les cancers : ne vaudrait-il pas mieux analyser de façon sectorielle ?

M. Alain COULOMB : Nous avons mené un débat sur l'accréditation par services ou par établissements, qui a été tranché. Cette deuxième version du manuel d'accréditation tient compte d'une analyse systématique des remarques qui nous ont été faites. Nous n'avons pas voulu changer pour changer. Les deux critiques fortes qui nous ont été faites visaient un processus trop compliqué, d'une part, et insuffisamment médicalisé, d'autre part.

La démarche qualité n'est pas simple. Nous avons tenté de la simplifier en passant de 300 à 200 critères d'évaluation. Comme toute démarche à vocation scientifique, une démarche qualité doit nécessairement reposer sur des procédures.

Outre cet aspect de simplification, il existe aussi un aspect de médicalisation. Il est nécessaire d'insister davantage sur la qualité de la prise en charge. L'hospitalisation ne concerne pas uniquement les grands établissements : il s'agit d'un tissu hospitalier dans lequel le concept de services est bien souvent dépourvu de sens. Il ne sert à rien d'être sauvé par un chirurgien de grand talent si l'on est ensuite victime d'une infection nosocomiale. De même, les examens complémentaires sont inutiles si un tiers des radios ou des analyses biologiques arrive après le départ du malade.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Je serais heureux si vous pouviez remettre aux membres de la mission un dossier sur les pratiques des autres pays en matière d'évaluation et d'accréditation.

M. Alain COULOMB : Je souhaiterais insister sur le fait que la France n'a pas à rougir de son système d'évaluation des pratiques et d'accréditation des établissements de santé. La principale différence réside dans le fait que la plupart des médecins anglo-saxons ont organisé leurs propres évaluations.

M. Jean-Marie LE GUEN : Votre analyse semble pertinente. On peut néanmoins dire que ces idées sont dans l'air depuis une quinzaine d'années et que nombre de ces points, notamment la mise en place des réseaux, ont déjà fait l'objet d'expérimentations. Comment analysez-vous le fait que nous n'ayons pas été en mesure de passer à la masse critique sur

l'ensemble de ces innovations ? S'agit-il d'un problème financier, d'un problème de méthodes ou d'un problème politique ? Quelles sont les raisons pour lesquelles nous ne sommes pas encore arrivés à opérer cette modernisation ?

Par ailleurs, est-il sain de traiter, dans la même structure, des problèmes de qualité et des problèmes d'efficience ? Ainsi, vous pouvez être simultanément sollicité afin d'évaluer un problème de procédure ou de RMO et pour évaluer un problème d'efficience. Ne pensez-vous pas que ce problème risque d'affecter la légitimité de l'ANAES, confrontée à des demandes parfois contradictoires ?

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Je partage votre avis sur l'importance de travailler sur la réorganisation des soins et sur l'évaluation de la pratique afin d'aboutir à un décloisonnement entre ville et hôpital ou entre médical et social. Quels seraient, à votre sens, les éléments essentiels pour permettre la mise en place de l'évolution de la pratique ? S'agit-il d'une évolution ayant trait au dispositif de rémunération, au système de gouvernance, au rapprochement du lieu de décision ?

M. Jean-Marie ROLLAND : Nous parlons lors de chaque audition de qualité, mais c'est la première fois que nous l'abordons avec autant de pragmatisme. Je découvre ici de nombreuses choses sur les thèmes de l'évaluation et de l'accréditation.

Je souhaiterais aborder le sujet de la connaissance et de la communication sur la qualité réelle des hôpitaux. A titre d'exemple, il me souvient d'un hôpital américain qui se targuait d'avoir les meilleurs résultats sur les prothèses du genou. Je ne pense pas que nous en arriverons à ce point. Vos critères d'évaluation tiennent-ils compte des problèmes de durée d'hospitalisation et du coût global de l'hospitalisation ? En outre, je me demande si nous allons pouvoir appliquer ce système à l'exercice de la médecine générale ou des spécialités.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Nous nous sommes beaucoup appuyés sur les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Or celui-ci ne s'est pas limité au constat économique et financier, mais s'est également penché sur la qualité. Le sentiment d'un certain nombre de ses membres, qui est également celui de plusieurs députés, est que l'on peut réaliser des économies tout en améliorant la qualité. Ceci signifie que le rôle de l'ANAES devient majeur. Pourriez-vous nous indiquer votre avis sur ce point ?

M. Alain COULOMB : Les principaux freins tiennent notamment au morcellement des financements. En effet, deux rapports sur trois nous promettent des économies gagnées sur l'hôpital. Or tant que l'hôpital restera financé par dotation globale, ce gage sera virtuel. De fait, nous ne pourrions développer le financement des réseaux de façon significative que lorsque ce gage sera réel et consistera en une tarification hospitalière à l'activité. De même, nous devons envisager un suivi, par le même acteur, de ce qui se passe en ville, à l'hôpital et entre les deux. Il s'agit, à mon sens, du frein principal aujourd'hui et du levier principal de demain. Le budget global de l'hôpital garantit aujourd'hui un accroissement en fonction du budget de l'année n-1 et non en fonction de la quantité et de la qualité du service produit.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Si un hôpital se sépare d'un certain nombre de ses personnels, il conservera nonobstant le même budget. De même, pour quinze malades hospitalisés en moins, il continuera à percevoir la même somme.

M. Alain COULOMB : Comment changer cela ? En mettant en place un système d'allocation de ressources beaucoup plus fluide, lié à l'activité et à la qualité.

Les mesures de mise en œuvre de la qualité peuvent sembler lourdes et coûteuses. Or nous les avons estimés à hauteur de un point dans le cadre de notre enquête. Les économies visées se situent entre 15 et 18 %. Quel est l'investisseur qui refuserait d'investir un euro pour en gagner quinze ? L'assurance maladie n'a jamais encouragé la qualité, bien qu'elle ait tenté de lutter contre la non-qualité. Pourquoi ces procédures se sont-elles développées plus rapidement dans le secteur industriel et des services ? La réponse ne tient pas à l'intelligence des acteurs ou à la difficulté spécifique de la matière. L'intérêt majeur est la réduction des coûts de la non-qualité. Dans la situation qui nous intéresse, le producteur de surcoût est le producteur de soins alors que celui qui le supporte est le payeur. Or le producteur de soins n'est pas touché par la non-qualité, qu'il s'agisse d'un libéral ou d'un hospitalier.

Je crois par ailleurs que nous avons intérêt à séparer l'expertise scientifique de l'allocation de ressources. Le rôle de l'ANAES est double. Nos « clients » sont, d'une part, les professionnels qui nous demandent de les accompagner dans leur démarche de qualité, d'autre part, l'Etat et l'assurance maladie, qui nous demandent d'éclairer la décision publique.

Nous organisons des conférences de consensus. Nous tentons de faire l'état de la science et d'en tirer un rapport entre bénéfique et risque. Nous sommes au service des décideurs publics en tâchant de les éclairer par l'expertise que nous pouvons posséder ou organiser. Il paraît nécessaire de distinguer clairement la décision publique de l'expertise scientifique. Tout le monde y gagne : l'expert est plus indépendant et le décideur public est plus responsable. Par exemple, dans le cas de la vaccination contre l'hépatite B, le ministre s'exprimera dans quelques jours à partir des recommandations que nous lui avons fournies.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Quel est le rôle de la société scientifique dans cette démarche ?

M. Alain COULOMB : J'ai cité deux exemples : les recommandations de pratiques professionnelles et l'expertise clinique. En général, en monodisciplinarité, l'expert est la société scientifique. En revanche, lorsqu'il s'agit de recommandations qui se trouvent à cheval entre deux disciplines médicales, il nous est demandé d'effectuer l'expertise. Il s'agit par exemple du cas de l'analgésie en gastro-entérologie, qui demande d'accorder, à la fois, des gastro-entérologues et des anesthésistes. Dans le cadre de l'expertise publique, nous ne faisons pas seulement appel à des experts. Le groupe de travail est aussi composé de journalistes, d'associations d'usagers, de médecins généralistes.

Sur le plan de l'allocation des ressources, il me semble qu'il existe des gisements de productivité considérables à l'échelon local, que nous n'avons pas à dénoncer, mais à éclairer. Les décideurs publics disposeront ainsi de tous les éléments concrets pour prendre leurs décisions. Prenons l'exemple de l'hôpital de Saint-Affrique. Cet hôpital pourrait ne pas être accréditable s'il n'y avait pas suffisamment de médecins soignants dans leurs spécialités. Nous devons indiquer aux autorités locales et régionales ainsi qu'à l'ARH que nous avons considéré que cet hôpital comportait des éléments de non-qualité. L'expertise n'est pas synonyme d'allocation de ressources automatique : elle éclaire la décision publique.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Je tiens à vous remercier. Les éléments que vous nous avez communiqués sont particulièrement importants, notamment la relation entre qualité, financement et économie.

**Audition conjointe de M. Philippe DOUSTE-BLAZY,
ministre de la santé et de la protection sociale,
et de M. Xavier BERTRAND,
secrétaire d'Etat à l'assurance maladie**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 4 mai 2004)

Présidence de M. DEBRÉ, Président

M. le Président : Mes chers collègues, tout d'abord, je voudrais remercier les ministres d'être présents aujourd'hui. Nous entendrons avec beaucoup d'intérêt leur audition.

Comme vous le savez, la mission essaie de réfléchir sur la problématique de l'assurance maladie. Je souhaiterais que vous ordonniez votre propos autour de trois idées :

- Quels sont pour vous les principes qui doivent régir la réforme de l'assurance maladie ?
- Quel diagnostic faites-vous des problèmes actuels de l'assurance maladie ?
- Que proposez-vous pour sortir des difficultés que vous avez mises en lumière, d'une part au plan de la gouvernance, mais naturellement aussi au plan financier ?

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Xavier Bertrand et moi-même sommes très heureux de venir devant votre mission parlementaire. Ce sujet est l'un des plus importants dans notre république aujourd'hui ; il mérite que nous dépassions les clivages partisans et que nous retrouvions le sens de l'intérêt général comme d'autres l'avaient fait il y a plusieurs dizaines d'années.

Je voudrais commencer en vous donnant l'information suivante : le déficit de l'assurance maladie cette année devrait atteindre 12,9 milliards d'euros, c'est-à-dire pratiquement la quasi-totalité du déficit du régime général qui sera de 14 milliards d'euros. Durant cette audition, 3 millions d'euros de pertes viendront s'y ajouter. C'est vous dire l'importance du sujet que nous traitons aujourd'hui. J'ai demandé que la commission des comptes de la Sécurité sociale soit réunie le plus vite possible.

Ce déficit est le signe révélateur d'un état de fait beaucoup plus grave encore : l'absence de pilotage, l'absence d'une organisation et d'une gestion réelles de notre système d'assurance maladie.

Notre système de santé en France est très spécifique.

Il est considéré parmi les meilleurs du monde, voire le meilleur selon l'Organisation mondiale de la santé. De quoi parle l'OMS ? De ce que l'on appelle les soins curatifs et individuels. Aujourd'hui, le suivi d'un cancer, la survie à la suite du diagnostic et du traitement sont des indicateurs parmi les plus performants.

A l'inverse, notre système préventif est malheureusement parmi les plus mauvais d'Europe.

Nous sommes très bons sur le curatif et l'individuel et mauvais sur le préventif et le communautaire. Cela montre la nécessité d'une culture de santé publique à acquérir dès les premières années de médecine. Je dirais même que c'est une culture générale que doit avoir notre pays.

Notre système de santé est devenu fou, en tout cas mal géré, et on retrouve peu de cohérence entre le système de santé publique d'un côté et le système de soins de l'autre.

Voilà pour ma première remarque. Au-delà de tous les clivages, nous pouvons nous mettre d'accord sur ce constat. Dans cette salle, des gens qui n'appartiennent pas à ma famille politique ont d'ailleurs travaillé dans ce sens.

Nous laissons augmenter les dépenses maladie sans avoir la certitude qu'elles sont justifiées. Il est donc urgent de réformer en profondeur notre système de soins pour sauver – je dis bien « sauver » – les principes fondamentaux de l'assurance maladie auxquels nos concitoyens sont attachés.

Quels sont les trois grands principes ?

Le premier est de préserver une assurance maladie solidaire. Chacun doit y contribuer selon ses moyens et recevoir selon ses besoins. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a montré que la poursuite de la tendance actuelle à la croissance non maîtrisée des dépenses mettrait en danger la Sécurité sociale. Si nous continuons ainsi, il n'y aura plus d'assurance maladie.

Nous ne voulons pas que les plans de déremboursement se succèdent. Nous refusons un système de santé à deux vitesses parce qu'alors, ce sont les plus modestes, les plus pauvres, les plus démunis qui, paieraient les pots cassés. C'est évident. L'espérance de vie d'un ouvrier est en moyenne inférieure de quatre ans à celle d'un cadre supérieur. Les facteurs de risques sont beaucoup plus importants dans les catégories sociales plus modestes. La prévention du cancer du sein n'est pas la même en fonction de la catégorie socioprofessionnelle et du niveau de revenus.

Le deuxième principe est d'accroître la qualité des soins. Si j'ai un seul message à faire passer, c'est celui-ci. Plutôt que de faire un énième plan de l'assurance maladie qui consistera à dérembourser, à augmenter les cotisations pour « perfuser » un système, il me paraît important de le remettre en marche sans accepter qu'il perde d'argent. Cela me paraît possible à une seule condition : jouer sur la qualité des soins. On peut, en jouant sur la qualité des soins, changer les comportements à la fois des usagers, les malades, et des professionnels de santé.

Depuis trois semaines, Xavier Bertrand et moi-même avons rencontré une cinquantaine d'associations, syndicats et partenaires sociaux. Nous avons rencontré en particulier les professionnels de santé et les syndicats de médecins. Je peux d'ores et déjà vous dire que les syndicats de médecins ont approuvé ce que je vais vous présenter. Ils sont favorables à l'adoption de nouveaux comportements avec la qualité à la clef. De toute façon, on ne fera rien contre eux, mais avec eux.

J'ai travaillé auprès de Mme Veil, avenue de Ségur, il y a dix ans. En revenant à ces fonctions, j'ai compris que les mentalités avaient changé, y compris celles des professionnels de santé, et j'ai compris que les rapports entre la mutualité française et les professionnels de santé avaient changé.

Je suis persuadé que l'on peut changer les comportements en fonction de la qualité. En effet, depuis douze à quinze ans, on assiste, dans la culture scientifique, à

l'avènement de la conférence de consensus. De quoi s'agit-il ? La communauté internationale se retrouve pour savoir que faire sur des mono-pathologies.

Par exemple, devant l'hypercholestérolémie familiale essentielle, les conférences de consensus ont montré que si le taux de cholestérolémie est inférieur à 2,6 ou 2,7 grammes par litre, il faut donner un régime et des fibrates, et certainement pas des inhibiteurs de la HMG CoA réductase, c'est-à-dire des médicaments qui coûtent trois à cinq fois plus cher. Dans la conférence de consensus, c'est la qualité des soins qui est en jeu, mais aussi le rapport coût / efficacité qui joue un rôle important dans la santé publique. Il faut prendre en compte ce qui est bon pour le malade, mais aussi ce que cela coûte à l'assurance maladie. La médecine libérale est aussi payée par la collectivité, en l'occurrence la Sécurité sociale.

Je voulais parler de ces conférences de consensus parce que 80 % des mono pathologies peuvent y être intégrées. Ce n'est pas vrai pour les pluri-pathologies qui atteignent les personnes âgées. Le domaine est alors plus complexe.

Le troisième grand principe est l'égalité d'accès aux soins, qui doit être garanti à tous, quel que soit le lieu de résidence sur le territoire national et quels que soient les revenus. Nous avons abordé ce sujet lors du débat sur la dernière loi de santé publique, en particulier le problème de la répartition des médecins libéraux sur le territoire. L'égalité d'accès aux soins est l'un des trois piliers de l'assurance maladie universelle qui font partie du pacte républicain.

Il nous faut donc réformer, profondément et globalement notre système d'assurance maladie. Je voudrais vous en donner les grandes orientations.

Elles s'appuient sur le constat partagé réalisé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Le travail fait par les partenaires sociaux et les acteurs du système de santé est, de l'avis de tous, remarquable. Les pistes de réforme esquissées dans le rapport du Haut Conseil vont dans le bon sens.

La première nécessité est de revoir l'organisation de notre système de soins, tant au niveau du pilotage général que de son fonctionnement. Pour atteindre cet objectif, il est indispensable que tous les acteurs, l'Etat, les gestionnaires de l'assurance maladie, les professionnels de santé, les patients, soient mieux responsabilisés. Leurs compétences doivent donc être mieux définies.

Le Haut Conseil concluait à la nécessité de faire des choix en matière d'assurance maladie, sans remettre en cause l'universalité de la couverture. Il nous faut donc pouvoir garantir que ces choix seront basés sur de véritables critères scientifiques, dans l'intérêt de la qualité des soins et de la santé des patients.

Le Haut Conseil nous rappelle aussi que la recherche d'une meilleure efficacité et d'une plus grande qualité sont les principaux déterminants du développement durable de notre système d'assurance maladie. Il ne sera assuré que si nous le bâtissons autour de ces notions.

Le gouvernement a disposé d'une excellente base pour engager la concertation avec l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie. Elle est loin d'être terminée. Nous

avons déjà pu rencontrer la CFDT, la CGT, l'UNSA, la CFTC, la CGC, FO, le MEDEF, les syndicats médicaux, les syndicaux des professions hospitalières... Il s'agissait de réunions bilatérales. De nombreuses propositions ont déjà été faites par les uns et par les autres. Nous arrivons aujourd'hui à une nouvelle phase. A partir des propositions de l'ensemble de nos partenaires, il va nous falloir ensemble construire un projet.

Revoir la gouvernance de l'assurance maladie est nécessaire pour assurer une organisation efficace des soins. L'objectif du gouvernement est de mettre en place un nouveau partenariat – je dis bien partenariat – entre les acteurs du monde de la santé dans le respect des trois principes que j'ai précédemment évoqués.

Pour cela, il nous faut instaurer un pilotage responsable de l'assurance maladie. La situation actuelle reste marquée par l'enchevêtrement des responsabilités des divers acteurs, Etat, partenaires sociaux, organismes de couverture complémentaire, professionnels de santé. Cette situation aboutit à une dilution des responsabilités.

Nous devons aujourd'hui penser un nouveau mode de gestion qui soit à la fois légitime et responsable.

L'Etat doit être le garant des principes fondamentaux de notre système de soins et d'assurance maladie. Il doit fixer les principales orientations :

- les grands objectifs de santé publique d'abord. Le politique fait de la politique, en l'occurrence de la politique de santé publique. C'est l'un des aspects de la loi de santé publique,
- les conditions de l'équilibre pluriannuel des régimes sociaux ensuite. Les lois de financement de la Sécurité sociale doivent être modernisées,
- les conditions d'un égal accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

Pour faciliter la mise en œuvre des objectifs de santé et éclairer les choix des gestionnaires, une Haute autorité de santé publique se verrait confier l'évaluation scientifique des produits de santé, des pratiques médicales et des processus diagnostiques et thérapeutiques. Cette Haute autorité de santé publique devrait être constituée sous la forme d'une autorité administrative indépendante. Elle permettra d'objectiver, en accord avec les professionnels, les conditions de remboursement des soins par l'assurance maladie et les organismes de protection complémentaire.

Les avis de la Haute autorité guideront les gestionnaires de l'assurance maladie. Le gouvernement souhaite leur donner les compétences et les outils leur permettant d'assumer leurs responsabilités. Le cadre de la gestion de l'assurance maladie doit être celui d'un paritarisme rénové qui permette à la fois de favoriser une véritable démocratie sociale et de clarifier le rôle et les responsabilités de chacun des acteurs.

Les relations entre l'Etat et l'assurance maladie devront reposer sur une base contractuelle pluriannuelle permettant la définition d'un cahier des charges et les engagements réciproques des deux parties. C'est dans le cadre d'une délégation de gestion renforcée que la responsabilité de l'assurance maladie pourra mieux s'exprimer.

Pour cela, nous souhaitons, avec Xavier Bertrand, que l'assurance maladie puisse être dotée d'instances de direction renouvelées, à la fois légitimes et responsables. Son organisation interne devra permettre une mise en œuvre rapide, efficace et adaptée aux contextes locaux des grandes orientations fixées par l'Etat. Il paraît nécessaire, dans ce cadre, de se donner les moyens d'assurer une meilleure cohérence de l'action des différents

organismes locaux, afin de réduire les inégalités fortes de soins persistant sur le territoire. Il existe encore aujourd'hui dans notre pays des disparités régionales inacceptables en matière de santé publique.

Pour assurer cette délégation de gestion élargie, les régimes d'assurance maladie devront s'appuyer sur un partenariat, tant avec les organismes de couverture complémentaire qu'avec les professionnels de santé. Les enjeux du partenariat sont majeurs : gestion cohérente des domaines remboursables, relations avec les professionnels de santé, partage des données de santé.

Une organisation commune des caisses d'assurance maladie pourrait regrouper les instances dirigeantes des trois principaux régimes – CNAM, MSA, CANAM. Cette organisation aurait un rôle central dans le pilotage de l'assurance maladie : conclure dans le cadre d'un vrai partenariat les conventions fixant notamment les modalités d'exercice des professions médicales et paramédicales.

J'annonce devant cette mission parlementaire que, dès vendredi, mon directeur de cabinet, Frédéric Van Roekeghem et le directeur de cabinet de M. Xavier Bertrand, Jean-Marc Aubert, ici présents, recevront les partenaires sociaux dans le cadre de discussions multilatérales pour commencer la négociation et la concertation sur tous ces sujets.

Cette organisation sera-t-elle une union nationale des caisses, une organisation commune ? Nous verrons. J'ai le sentiment, après avoir parlé avec les uns et les autres, qu'il y a une volonté commune d'avancer sur cette nouvelle gouvernance.

Cette organisation commune des caisses d'assurance maladie aura aussi, en lien avec les professionnels de santé et les organismes complémentaires, un rôle important d'initiative et de proposition s'agissant du domaine remboursable par l'assurance maladie. Le prix de l'électrocardiogramme est encore fixé dans les bureaux du ministre au quatrième étage. Ce n'est pas au ministre à fixer, de manière unilatérale, le prix de l'électrocardiogramme, de l'épreuve d'effort ou de l'échocardiographie ! Les pratiques doivent changer.

Cette organisation commune des caisses d'assurance maladie s'appuiera sur les avis et les recommandations formulées par la Haute autorité en santé publique.

Enfin, le partage d'information doit être au cœur du partenariat entre caisses d'assurance maladie, organismes de couverture complémentaire et professionnels de santé. L'implication des partenaires dans un institut des données de santé doit y contribuer fortement. Il manque aujourd'hui, cruellement. Les Etats-Unis ont leur CDC. Nous avons un manque de connaissance des données de santé épidémiologique, qu'elles soient descriptives, analytiques ou d'intervention. C'est en fonction de ces données que la Haute autorité pourra s'exprimer et que les partenaires sociaux pourront prendre leurs responsabilités. Cet institut sera en charge d'assurer le partage de l'ensemble des données disponibles sur les pathologies et les soins.

L'objectif de ce partenariat est donc – vous le comprenez – de soigner mieux en dépensant mieux.

Ce ne sera possible qu'avec un changement profond de l'organisation de notre système de soins.

Les pistes de réforme sont d'ailleurs assez consensuelles entre les acteurs.

En premier lieu, la prévention doit faire l'objet d'un investissement beaucoup plus important qu'aujourd'hui. Comme je le disais au début de mon intervention, nous sommes les mauvais élèves de la classe européenne dans ce domaine.

Il faut mieux associer les professionnels de santé aux actions de prévention au travers des contrats de santé publique. Le développement de consultations de prévention apparaît aussi être une nécessité. Il serait d'ailleurs souhaitable que chacun bénéficie d'un dossier de prévention qui pourrait être une partie du dossier médical partagé que je vais évoquer.

Certains partenaires proposent même de conditionner une amélioration du remboursement en fonction de l'effort de prévention des patients. Ce serait un développement de ce qui se fait aujourd'hui pour les 12-18 ans dans le domaine bucco-dentaire. Je ne dis pas que je retiens cette idée, mais je la livre à la mission.

Deuxième axe de progrès : le dossier médical partagé et la coordination des soins.

La liberté du patient, comme celle du médecin, constituent une des forces de notre système de soins. Toutefois, nous sommes le seul pays au monde dans lequel quelqu'un qui a une petite douleur précordiale qui n'aurait rien à voir avec le cœur, peut faire jusqu'à 24 électrocardiogrammes normaux en vingt-quatre heures, remboursés tous sans que personne ne s'en offusque.

Comment s'étonner alors des interactions médicamenteuses dangereuses ? De plus, aujourd'hui, les malades sont laissés seuls face à une offre de soins désorganisée, alors que leur souci légitime est d'être pris en charge de la manière la plus adaptée à leur pathologie.

Tous les partenaires le reconnaissent : l'outil le plus efficace de cette coordination s'appelle le dossier médical partagé. Son développement est une nécessité absolue. Il est la garantie d'un bon respect des protocoles de soins. Il permettra de suivre le cheminement du malade dans le système de soins. Il limitera les actes redondants et inutiles, il garantira les échanges d'informations entre professionnels, il permettra de connaître non seulement tous les actes médicaux, mais aussi tous les traitements et tous les antécédents du malade en quelques secondes pour n'importe quel médecin, qu'il soit libéral ou hospitalier.

Vous me direz que cela prendra du temps. Aujourd'hui, nous sommes persuadés de pouvoir mettre en place un dossier médical partagé dans des délais assez brefs. Nous avons beaucoup travaillé depuis trois semaines sur ce sujet.

Les médecins pourront mieux établir leur diagnostic. Ils pourront mieux traiter. Ils pourront aussi adapter plus facilement les traitements prescrits aux autres traitements de leurs patients. Ils pourront aussi leur rappeler qu'il ne sert à rien de répéter certains examens. Combien de fois ne m'a-t-on pas raconté les cas suivant : on chute sur le bras dans la rue. Une radio du radius et du cubitus faite dans un cabinet de radiologie privé, ne montre pas de fracture. On va à l'hôpital où le premier acte est de refaire la même radio du radius et du cubitus. Le dossier médical partagé est un outil qui permettra de diminuer ces redondances, y compris à l'entrée de l'hôpital.

La technologie permet la création de dossiers médicaux pour chaque Français. L'ADSL permet des échanges rapides de données. Les capacités de stockage sont quasiment illimitées. Des expériences existent dans de nombreuses régions.

Il faut donc maintenant favoriser le développement rapide de ce dossier médical partagé. Le gouvernement et l'assurance maladie doivent s'engager. Nous devons inciter les entreprises compétentes à s'adapter aux besoins des professionnels et des patients. Les médecins sont maintenant prêts à en accepter le principe.

Le deuxième moyen de favoriser la coordination est de développer les réseaux de soins. Beaucoup d'initiatives sont intervenues dans ce domaine depuis plus de vingt ans. Il faut aller plus loin. Faut-il, comme le proposent certains, rendre progressivement obligatoire une prise en charge par un réseau des pathologies chroniques et sévères ? Si l'on reste dans la logique actuelle, il faudra trouver le moyen de rendre leur existence plus systématique.

Le troisième axe de progrès réside dans la généralisation des démarches de qualité.

Le constat du Haut Conseil sur ce sujet est sévère. Il souligne : l'absence d'une approche globale et indépendante sur la formation continue des professionnels ; les carences de l'évaluation ; la diversité des acteurs qui contribuent, sans coordination, à l'élaboration et à la diffusion des référentiels des bonnes pratiques.

Le dossier médical partagé permettra l'évaluation des pratiques médicales par les professionnels eux-mêmes et par les URML. Il permettra aussi la mise en place des références en fonction des conférences de consensus.

S'agissant des référentiels, nous devons nous engager dans le sens de véritables protocoles de soins. Près de la moitié des soins en France sont couverts aujourd'hui par des référentiels qui ne sont pas toujours respectés. La Haute autorité en santé publique devra favoriser la mise en place rapide de protocoles auxquels les professionnels de santé pourront se référer. L'assurance maladie doit mettre en œuvre les moyens de contrôler leur bonne application. Sinon, le système que je présente ne sert à rien.

La formation continue et l'évaluation des pratiques devraient permettre de propager ces protocoles et plus largement, les bonnes pratiques auprès des professionnels. Il faudra aussi renforcer l'éducation à la santé afin que les malades en aient aussi connaissance.

La logique que nous cherchons à développer à travers ce processus autour des protocoles, c'est la responsabilisation des acteurs, qu'ils soient professionnels, patients, usagers.

Il nous faudra avoir une approche spécifique pour les indemnités journalières qui croissent à un rythme rapide. Nous aurons l'occasion de faire des propositions aux partenaires sociaux dans les prochains jours. Je ne fais ici qu'une note d'étape en fonction des négociations que j'ai menées avec les partenaires sociaux. Je suis prêt à revenir quand vous le voudrez pour débattre des autres étapes que j'aurai franchies sur les autres secteurs de la réforme.

Il convient aussi de s'interroger sur l'hôpital. Je fais partie de ceux qui pensent qu'il ne peut pas y avoir un plan d'assurance maladie sans un versant hospitalier. Nous en avons parlé avec certains responsables hospitaliers, non des moindres. J'ai rencontré des praticiens hospitaliers, la FHF, des directeurs d'hôpitaux. L'hôpital public connaît un certain malaise. Les conditions de travail y sont difficiles. Ses missions doivent être redéfinies.

Depuis M. Robert Debré, en 1958, personne n'a redonné au niveau politique une mission à l'hôpital public. Pourtant, chacun sait que les centaines de milliers de femmes et d'hommes travaillant en hôpital public travaillent bien.

Certaines actions sont à mener. Je pense à la politique d'achat de l'hôpital. Les dépenses de produits de santé y vont croissant. Est-on sûr de payer le juste prix ? Il faudra développer une véritable politique d'achat à travers le développement des médicaments génériques ou encore la mise en place de centrales d'achat.

Enfin, une meilleure organisation de soins, une plus grande responsabilisation des acteurs et un meilleur pilotage du système de santé permettront d'atténuer la croissance des dépenses de santé, ou plutôt d'assurance maladie. C'est important pour éviter que le déficit se creuse à nouveau à l'avenir.

Nous avons en fait deux missions à accomplir.

La première est, pour moi, la plus importante. Sans occulter par habileté le redressement des comptes que nous allons aborder, elle consiste à inventer un système d'organisation qui permettra de garantir la pérennité de notre système d'assurance maladie, sans continuer à voir filer l'argent au fur et à mesure que l'on en met. Il nous faut trouver des nouveaux systèmes de gestion, trouver de nouveaux comportements. Y arrivera-t-on ? Je l'espère et j'espère que nous le ferons avec tous les Français au-delà des clivages. En tout cas, avec les partenaires sociaux, c'est bien parti !

La deuxième mission consiste à redresser les comptes de l'assurance maladie. C'est un élément classique, récurrent : tous les deux ou trois ans, il faut redresser les comptes de l'assurance maladie. On le fera là aussi bien sûr.

Je me permets de bien différencier les deux missions. Cela me paraît extrêmement important.

Je laisse la parole à Xavier Bertrand pour exposer la seconde.

M. Xavier BERTRAND : Nous avons entendu à ce sujet des propositions très diverses, à la fois des partenaires sociaux et des acteurs du système de santé que nous avons rencontrés. Tout comme vous, nous sommes trop respectueux du dialogue social pour vous présenter, dès aujourd'hui, des mesures définitives, car il nous faut encore poursuivre la concertation que, d'ailleurs, ces acteurs ont saluée à maintes reprises.

Plusieurs confédérations syndicales ont souligné l'importance que revêt la problématique des charges indues, c'est-à-dire les charges supportées par l'assurance maladie en lieu et place de l'Etat. C'est le cas notamment des exonérations de charges non compensées ou aussi des pertes de recettes subies par la Sécurité sociale, à la suite de la création du FOREC par la majorité précédente.

Le gouvernement examinera ce point au cours des prochaines semaines dans le cadre du bouclage financier du plan de redressement.

D'autres mesures financières seront inévitables. Mais ne nous trompons pas : augmenter les prélèvements n'est pas, en soi, la seule réponse au déficit de l'assurance maladie. Le Haut Conseil l'a d'ailleurs souligné, indiquant que le déficit de l'assurance maladie ne relevait que pour un tiers seulement d'un aspect conjoncturel et pour deux tiers d'une véritable problématique structurelle. Les recettes ne pourront qu'accompagner la remise à plat de notre système sur la base des principes qui viennent de vous être présentés par M. Philippe Douste-Blazy.

Nos différents interlocuteurs ont souligné la nécessité de recourir à des mesures solidaires et équitables. Il faut donc un partage équilibré de l'effort entre l'ensemble des acteurs concernés.

Pour être très précis, ce que je vais évoquer devant vous maintenant n'est pas le plan du gouvernement, mais bel et bien les différentes pistes qui nous ont été présentées par les acteurs du monde de la santé et les partenaires sociaux rencontrés au cours des séances de concertation.

Plusieurs mesures concernent la responsabilisation du patient. Selon certains intervenants, laisser au patient un reste à charge pourrait permettre de sortir de l'impression d'une gratuité totale des soins.

Par ailleurs, certains de nos interlocuteurs ont évoqué des recettes pesant sur l'ensemble des français, comme la CSG, la TVA sociale ou plus spécifiquement, sur les revenus financiers.

D'autres ont envisagé des recettes pesant sur les entreprises, comme les cotisations sociales, voire une contribution sur la valeur ajoutée ou un supplément d'imposition sur les bénéfices.

L'effort de redressement doit enfin porter d'abord sur la dette. Plusieurs voies sont possibles, comme l'augmentation ou l'allongement de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

En ce qui concerne le financement, le gouvernement veillera tout particulièrement à ce que, si de nouveaux prélèvements étaient nécessaires, ils ne pénalisent ni la croissance ni l'emploi.

M. le Président : Vous aurez l'occasion de vous exprimer dans un instant, M. Le Guen !

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Je comprends que M. Le Guen ait hâte de voir le gouvernement présenter des mesures financières. Je voudrais simplement lui dire que, pour ce qui nous concerne, nous avons décidé, à la lumière des années passées, qu'il fallait quand même écouter les partenaires sociaux. En écoutant les partenaires sociaux...

Mme Paulette GUINCHARD-KUNSTLER : Comme pour le jour férié !

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : En tout cas, en ce qui concerne la réforme que nous avons l'intention de faire avec M. Xavier Bertrand, nous voulons écouter les partenaires sociaux.

M. le Président : Permettez-moi de vous interrompre, M. le ministre. Certains partenaires sociaux se sont plaints devant nous de l'insuffisance de concertation. Comment pensez-vous trouver une solution pour concilier à la fois le dialogue social dont vous dites qu'il est nécessaire – il est indispensable – avec les délais que vous vous êtes fixés, et que je comprends ?

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : C'est en effet un sujet extrêmement important. Nous avons décidé, comme le fait le gouvernement chaque fois qu'il veut discuter avec les partenaires sociaux, de procéder en deux temps.

Dans un premier temps, le gouvernement a reçu de manière bilatérale les différents syndicats. Aucun syndicat s'exprimant devant vous ne peut dire qu'il n'a pas été reçu puisque tous – je les ai nommés tout à l'heure – sont venus parler avec nous de la réforme.

Après avoir écouté ces différents syndicats et partenaires sociaux, nous rédigeons un texte. Je vous l'ai annoncé tout à l'heure, mais c'est vrai que je n'ai peut-être pas été suffisamment clair, nous allons – c'était le choix de certains responsables de grandes centrales syndicales qui se sont exprimés le 1^{er} mai dans les médias – commencer les discussions multilatérales. Ainsi, les acteurs de l'assurance maladie seront autour de la table vendredi matin avec nos deux directeurs de cabinet. Je souhaite aller le plus rapidement possible pour que nous puissions, M. Xavier Bertrand et moi-même, recevoir les responsables des centrales syndicales pour aborder les négociations finales.

M. Jean-Michel DUBERNARD : M. le ministre, merci d'avoir précisé les grandes lignes de la modernisation de notre assurance maladie et du système de santé – les deux étant bien liés – que vous mettez en place.

Où en êtes-vous de votre analyse sur la place des complémentaires dans le système d'assurance ? Que pensez-vous faire pour ces 8 % de Français, selon le rapport Chadelat, qui ne peuvent pas se payer de complémentaires ? Il s'agit des classes moyennes basses qui se situent un peu au-dessus du seuil de la CMU complémentaire.

Pouvez-vous détailler la place de l'hôpital public dans la modernisation de l'assurance maladie ? Quelle sera la place du pilotage de la réforme et de l'organisation interne de l'hôpital ? La commission des affaires sociales est très attachée au plan Hôpital 2007, annoncé par le Président de la République.

Nous avons lancé une mission à laquelle participaient au moins huit à neuf des députés ici présents. M. René Couanau a remis un rapport très consensuel qui a donné au plan Hôpital 2007 une dimension autre que purement financière, insistant sur ces notions de pilotage et d'organisation interne.

Personne ne sait, M. le ministre, où la déception pourrait conduire la majorité silencieuse des aides-soignantes, infirmières, médecins qui vivent dans l'espoir de voir arriver rapidement ce plan pour que leurs patients soient traités dans les meilleures conditions et que leurs conditions de travail soient améliorées.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Le temps est venu que les assurances complémentaires prennent leur place dans le système de gouvernance de l'assurance maladie.

Pour prendre un exemple, à Pâques l'an dernier, tous les Français ont vu à la télévision l'annonce de la décision de déremboursement de trois cents médicaments. Le SMR – service médical rendu – est un système qui permet de se prononcer sur l'efficacité d'un médicament. J'ai indiqué à plusieurs reprises que ce système était bon, mais qu'il fallait le rendre, même si c'est le ministre qui finit par signer, le plus indépendant possible pour montrer que c'est la communauté scientifique qui décide d'un remboursement ou pas. Or, quelques semaines plus tard, les complémentaires ont décidé de rembourser ces médicaments. S'il y a déremboursement d'un côté et que les complémentaires prennent la relève, les cotisations des mutuelles augmentent de 10 % sans que personne n'ait rien dit. Mais les Français ont payé leurs cotisations 10 % de plus.

Si un gouvernement, de gauche ou de droite, avait fait cela, cela aurait été ressenti très négativement. Les mutuelles le font, et personne ne dit rien !

Je souhaite que les complémentaires soient dans le système et que l'on décide avec elles de ce qui est remboursable ou de ce qui ne l'est pas. Sinon, le système devient fou !

Je remercie le président Dubernard de sa question essentielle sur la place de l'hôpital public et sur Hôpital 2007. Je voudrais dire d'abord que le travail de mon prédécesseur au ministère a été considérable et que le rapport de M. Couanau est excellent. Il ne faut pas remettre en cause tout ce travail, mais je sais qu'une minorité non silencieuse fait croire que la TAA peut signifier la privatisation de l'hôpital public.

J'ai, le premier, en 1994, fait réaliser une expérimentation en Languedoc-Roussillon sur la tarification à la pathologie. S'il y a bien une personne qui ne veut pas que la tarification à l'activité conduise à la privatisation de l'hôpital public, c'est bien moi. J'ai demandé une commission d'audit et d'accompagnement sur cette question pour être sûr que certaines activités hospitalières ne soient pas maltraitées par la TAA.

Quelqu'un qui change des valves mitrales à longueur de semaines peut avoir intérêt à la TAA. Pour quelqu'un qui travaille en urgence de porte et qui reçoit pour la quinzième fois dans le mois un patient en coma éthylique, la TAA est peut-être un peu moins positive.

Je veux m'assurer qu'elle ne se fasse pas au détriment de certaines activités hospitalières, l'hôpital public ayant vraiment une mission de service public auprès des malades, quels qu'ils soient et pas uniquement pour les très grandes pathologies très connues et avec de très grandes équipes. C'est ce dont je veux m'assurer, sans remettre en cause le système.

M. Jean-Marie LE GUEN : L'audition que nous avons ce matin a en fait déjà commencé hier soir...

M. le Président : Tout le monde ne regarde pas TF1 !

M. Jean-Marie LE GUEN : Malheureusement, il y aura sans doute eu plus de téléspectateurs sur TF1 hier soir que de téléspectateurs aujourd'hui pour nous voir.

M. le Président : Il y a la chaîne parlementaire !

M. Jean-Marie LE GUEN : Je trouve intéressant le résumé assez pédagogique que nous a fait le ministre dans une première partie de son intervention. Je partage les analyses du Haut Conseil évidemment et un certain nombre de préconisations avancées par le ministre.

Mais la majorité des Français a entendu que la carte Vitale était à l'origine des difficultés de la Sécurité sociale. Je m'aperçois, et je m'en félicite, que l'on n'en parle plus ce matin et que s'il peut exister ici ou là des problèmes de fraude ou d'abus, ils ne sont pas à l'échelle des problèmes auxquels nous sommes confrontés.

De ce point de vue, il me semblerait utile de rendre public le plus rapidement possible le rapport Mercerau substantiellement différent de ce qui a été dit depuis 24 heures, à la fois sur l'ampleur de la fraude et sur la manière de lutter contre celle-ci. L'avantage de l'Assemblée nationale par rapport aux plateaux télévisés est peut-être de revenir au réel.

Pour ce qui est des valeurs, j'aperçois aussi des évolutions...

M. le Président : Permettez-moi de vous interrompre, M. Le Guen. M. le ministre, sur la publication du rapport, pouvez-vous répondre immédiatement ?

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : J'y réponds tout de suite parce que c'est un élément important. Manifestement, M. Le Guen, vous ne faites pas partie de ceux qui ont regardé TF1 hier soir...

M. le Président : Il préparait LCI.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Si vous aviez regardé TF1 hier soir, vous m'auriez entendu expliquer que cette fraude à la carte Vitale n'était pas la cause du trou de la Sécurité sociale, mais que c'était le symbole d'une gestion insuffisamment rigoureuse de l'assurance maladie.

J'ajoute que le rapport d'étape de M. Mercerau, ancien directeur de cabinet de M. Jean-Louis Bianco, ministre des affaires sociales – quelqu'un qui peut nous réunir, M. Le Guen – est sans ambiguïté. Je vais d'ailleurs le rendre public. Il précise qu'il y a près de dix millions de cartes Vitale en surnombre. Par ailleurs, il explique les origines de tous ces problèmes, de ces fraudes parfois, à la carte Vitale.

Je ne la remets pas en cause. Je me contente de dire que l'ensemble du système doit être bien géré et que le rapport de M. Mercerau est clair, précis et net. Je vous remercie de m'avoir permis de le dire.

M. Jean-Marie LE GUEN : Vous aviez dit, il y a quelques jours : « Dépenser moins pour soigner mieux. » Aujourd'hui, vous nous dites : « Dépenser mieux pour soigner mieux. » Cela me paraît plus réaliste, un peu moins démagogique et donc, plus proche de la réalité.

Sur les objectifs, qu'il s'agisse de la gouvernance ou du système de santé – vous n'avez pratiquement rien dit sur les problèmes financiers –, vous avez fixé un certain nombre de directions qui peuvent rassembler très largement et qui découlent très naturellement de ce qui a été dit dans le rapport du Haut Conseil. Mais à chaque difficulté,

c'est-à-dire nécessité d'un choix politique, vous ne vous exprimez pas. Comme vous êtes à quelques jours de déposer un projet de loi, dont vous nous avez dit à plusieurs reprises, ainsi que le Premier ministre, qu'il serait un projet global touchant à la fois aux trois sujets dont nous parlons, j'imagine que vous aurez à effectuer ces choix dans les quinze jours qui viennent et à les expliciter devant la représentation nationale.

Je ne veux pas tous les citer pour n'en retenir que quelques-uns.

Sur les questions de gouvernance, le rapport du Haut Conseil indique que la première question était de savoir si la nouvelle organisation de l'assurance maladie doit traiter l'ensemble du champ. L'hôpital sera-t-il désormais au cœur des responsabilités de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie ou sera-t-il, comme il l'est à l'heure actuelle, essentiellement géré par l'Etat ? C'est un point fondamental pour l'amélioration du système de santé. Cela ne peut pas, de notre point de vue, se limiter à la seule application de la TAA.

Le deuxième sujet, que tous ceux qui travaillent sur ces dossiers connaissent, et ils sont nombreux ici ce matin, est la question de savoir, une fois que l'on aura désigné un conseil de surveillance ou un conseil d'administration de cette nouvelle assurance maladie, qui aura la responsabilité du directoire et comment il sera nommé ? L'Etat ou les partenaires sociaux ? C'est une frontière difficile à franchir, mais selon que l'on est d'un côté ou de l'autre, on change de système.

Nous sommes nombreux à penser que l'échelon régional est un élément moteur pour la mise en œuvre d'une nouvelle organisation du système de soins et de la prévention des risques. Quel sera l'impact de la régionalisation ? Y en aura-t-il un ? Quelle sera la projection en région des structures qui existeront au plan national ?

Sur le périmètre de soins, vous nous avez parlé de Haute autorité scientifique. Il en existe d'ores et déjà : le Haut Conseil de santé publique, l'ANAES, etc., structures qui sont déjà fortes, que l'on peut renforcer. Faut-il les regrouper dans une Haute autorité ? Pourquoi pas ? Mais son avis ne sera jamais qu'un avis, si je vous ai bien entendu. Il sera transmis aux partenaires sociaux ou à l'Etat qui gèrera l'assurance maladie. A un moment ou à un autre, il y a opposabilité de la décision du périmètre. De ce point de vue, est-ce l'Etat, dans sa représentation politique, ou n'est-ce pas lui qui décidera ? C'est un problème politique, un problème constitutionnel majeur, sur lequel il serait quand même bon que vous nous éclairiez.

Sur l'organisation du système de soins, vous parlez de dossier médical partagé. Pourquoi pas ? C'est un souhait que nous avons émis. M. Jean-Louis Bianco dans les années 1992-1993 et vous-même quand vous étiez ministre, vous en parliez déjà. Vous nous dites que sa mise en œuvre est possible dans des temps prochains. Je l'espère. Mais à ma connaissance, il n'existe même pas de logiciel propre à traiter ces questions.

Vous nous parlez de réseaux et de qualité. Toute la question est de savoir quels moyens, à la fois politiques, juridiques et financiers seront mis en œuvre pour les réaliser. Cela fait quinze ans déjà que l'on en parle. Resteront-ils des expériences marginales qui se débrouillent avec difficulté ou deviendront-ils la règle ? Mettra-t-on les moyens financiers et juridiques pour les généraliser ?

L'opposabilité de la qualité est au cœur du problème. Il ne suffit pas de parler de formation médicale continue. Au passage, la loi de santé publique que nous avons votée il y a quatre jours ne prévoit plus de sanction lorsqu'elle n'est pas respectée. Il ne s'agit pas

simplement d'information indépendante du corps médical, des professionnels de santé, des usagers. Il faut se donner les moyens. Or nous venons de supprimer ou en tout cas d'amoindrir la portée du Fonds pour l'information médicale (FOPI). Ces impératifs de qualité seront-ils opposables juridiquement aux professionnels de santé et à l'assurance maladie et éventuellement, lorsque c'est le cas, aux assurés ?

La question n'est pas de souhaiter, la question est aujourd'hui de faire. Cela présuppose des décisions qui, pour certaines d'entre elles, sont difficiles à prendre, c'est vrai.

Le président Dubernard a évoqué l'hôpital 2007. Le risque de privatisation ne vient pas de la TAA en tant que telle, mais du fait que vous avez, dans le projet de loi de finances de l'année dernière, indiqué qu'elle devait se faire en convergence entre public et privé. L'hôpital doit être au cœur de la réforme. Il faut en mobiliser les acteurs et lever leurs préventions quant aux objectifs de privatisation qu'ils vous prêtent.

Le médicament prend une place considérable, non seulement dans la thérapeutique, mais aussi dans l'ensemble du système de soins. Il paie une grande partie de la formation des professionnels de santé, l'essentiel de l'évaluation de la qualité dont on parle. Quels objectifs vous fixez-vous et quels moyens vous donnez-vous pour – si vous en êtes d'accord – diminuer sa place, tout en valorisant par ailleurs sa fonction thérapeutique ?

Enfin, sur le financement, je n'ai pas besoin d'insister. Nous remercions le ministre de nous avoir rappelé ce que nous avons déjà entendu des partenaires sociaux la semaine dernière. Personne d'entre nous ne doute une seconde que la justice, l'équité, la faisabilité de cette réforme soient profondément dépendantes des conditions de financement. Je sais que vous partez avec un très lourd handicap puisque, depuis deux ans, se sont accumulées des dettes considérables. Le déficit prévisionnel est de 14 milliards, voire 15 milliards pour cette année, et de 18 milliards d'euros pour l'année prochaine. Bien évidemment, la crédibilité n'est pas au rendez-vous quand on n'est pas capable de poser ces questions devant les Français ni devant la représentation nationale ce matin.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Vous posez des questions précises auxquelles je vais répondre. Je serais intéressé aussi que l'on pose les mêmes questions à M. Hollande. J'écouterai les réponses précises qu'il apportera...

M. Jean-Marie LE GUEN : Vous savez qu'il n'est pas ministre de la santé.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Il est responsable de l'opposition, je crois. Vous avez dit un jour, M. Le Guen : « programme contre programme ». Il me tarde de connaître le vôtre. Je vais vous donner le mien.

M. Jean-Marie LE GUEN : Nous sommes ici pour connaître le vôtre. M. le Président, convoquez M. Hollande !

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Vous avez posé six questions, je vous donnerai six réponses précises.

Premièrement, vous demandez si l'hôpital sera dans le système. La réponse est oui.

Pour le directoire, vous me demandez si c'est l'Etat qui décide. Ma proposition est simple : je pense que l'Etat doit proposer les responsables du directoire. Il faut que les partenaires sociaux acceptent ses propositions.

La régionalisation, comme vous, je la souhaite. Mais permettez-moi d'abord de définir la gouvernance au niveau national et ensuite, nous arriverons à l'aspect régionalisation.

M. Jean-Marie LE GUEN : Pas l'année prochaine. Dans quinze jours !

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Si vous avez l'occasion un jour d'avoir les mêmes missions que moi aujourd'hui, vous verrez qu'il vaut mieux commencer par le côté national.

Pour le dossier médical partagé, vous dites deux choses.

Il n'existerait pas de logiciel. Je vous invite à venir me voir, je vous montrerai des logiciels de gestion.

Sur l'opposabilité, je n'ai pas été clair. Je vous remercie de me donner l'occasion de préciser ma position. C'est oui, cent fois oui. S'il n'y a pas d'opposabilité, il n'y a pas de système.

M. Jean-Marie LE GUEN : Qui prend la décision ? Cela ne peut pas être la Haute autorité.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Je n'ai pas dit que c'était la Haute autorité. Elle donnera des avis.

M. Claude EVIN : Mais c'est le ministre qui signe.

M. Alain CLAEYS : C'est l'Etat qui garde la compétence.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Oui, mais la Haute autorité de santé publique a son indépendance.

Le deuxième sujet porte sur l'opposabilité du dossier médical partagé. Je vais prendre mes responsabilités et vous répondre. Il est important de monter les références médicales avec la Haute autorité et avec les professions de santé. Je suis d'accord pour que ce soit fait avec eux. Une fois que c'est fait – je peux vous assurer que les syndicats médicaux m'ont donné leur accord –, alors il y a une opposabilité. Sinon, le système ne serait pas crédible. Dans mon esprit, c'était évident, mais peut-être fallait-il le dire plus clairement.

Je ne veux pas, comme vous, de privatisation de l'hôpital public.

Personne ne peut être contre le fait que l'on regarde qui fait quoi à l'hôpital. Je suis persuadé que la tarification à l'activité doit être regardée de très près, à condition que la commission d'audit et d'accompagnement ne me dise pas que telle ou telle activité ou spécialité peut en pâtir.

Sur les médicaments, sachez M. Le Guen que j'aurai l'occasion d'annoncer très prochainement avec les responsables de l'industrie pharmaceutique un plan de mesures financières qui sera important.

M. Jean-Luc PRÉEL : Tout le monde est d'accord sur les grands principes annoncés pour sauvegarder et si possible améliorer notre système de soins en allant vers l'efficience.

Je suis aussi intéressé par la Haute autorité. L'union nationale des caisses est un projet que j'avais défendu depuis longtemps. Sur un institut des données de santé, j'ai déposé une proposition de loi pour la création d'un INSEE de la santé qui va dans ce sens. Je suis également favorable au dossier médical partagé.

Il reste de grandes questions dont certaines viennent d'être évoquées.

Le déficit cumulé de notre système est supérieur à trente milliards d'euros aujourd'hui. Comment faire pour le diminuer ? Certes, il est indolore de prolonger la CADES et de remettre les compteurs à zéro. Mais est-il acceptable de laisser à nos enfants et petits-enfants ce que nous n'aurons pas fait ?

Ma deuxième question concerne la gouvernance et le paritarisme renouvelé que vous avez évoqué. Autant le paritarisme ne pose pas de problème pour les accidents du travail et les maladies professionnelles – tous les acteurs sont d'accord –, autant pour gérer la santé, il faut que tous les partenaires sociaux soient prêts à participer à ce paritarisme renouvelé.

Pour mettre en œuvre une maîtrise médicalisée des dépenses de santé, vous savez très bien qu'il faut que les professionnels soient d'accord. Je n'ai pas compris comment, dans votre système, ils étaient associés en amont aux décisions et en aval à la gestion.

Sur la coupure ville - hôpital que tout le monde dénonce régulièrement, que pensez-vous des ARS ? Pourraient-elles réunir la prévention, l'éducation, l'ambulatoire et les établissements ?

Enfin, je souhaiterais revenir sur Hôpital 2007. Faire la réforme d'un système de santé en traitant d'un côté l'ambulatoire et de l'autre l'hôpital ne sera pas efficace. Le plan Hôpital 2007 comportait trois volets : un volet investissements, un volet de tarification à l'activité et un volet nouvelle gouvernance. Envisagez-vous de poursuivre ce qui a été initié par M. Mattei ? Quel sera le rôle des conseils d'administration ?

Je vous renvoie au rapport « Le désenchantement hospitalier », qui a été substitué par la mission : « Le miracle permanent » car l'hôpital fonctionne encore. Nous comptons sur vous pour qu'il fonctionne encore demain.

M. Xavier BERTRAND : M. Preel, votre première question concerne le déficit cumulé qui devrait se situer autour de 32 milliards d'euros cette année. Permettez-moi de le resituer dans un contexte quelque peu différent. Le redressement du système – donnée essentielle du plan de modernisation et de sauvegarde qui sera présenté au Parlement cet été – doit avant tout prendre en compte la notion des dépenses, le « dépenser mieux » qu'a évoqué M. Douste-Blazy. Si nous voulons « dépenser mieux », nous avons besoin de voir ce que nous sommes en mesure de réaliser en matière d'organisation du système de soins avec, à chaque fois, pour maître mot la qualité.

Comment pouvons-nous faire évoluer les comportements ? Ce n'est qu'ensuite que nous pourrions ou devrions aborder la question des recettes. La question de la dette n'est pas du tout secondaire, mais doit être regardée à ce moment seulement. Mais j'ai bien compris votre position.

Les acteurs que nous avons rencontrés n'étaient vraiment pas unanimes sur l'augmentation du taux de la CRDS avec l'échéance initialement prévue de 2014, ou la prolongation à 2024 de l'échéance. Il n'y avait vraiment pas de consensus, loin s'en faut. Les décisions ne sont pas arrêtées, elles ne doivent être envisagées que si nous avons considéré les situations globalement au préalable.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : M. Prével, vous demandez si les partenaires sociaux sont d'accord sur le paritarisme. La négociation que nous commençons dès vendredi avec nos directeurs de cabinet nous permettra de savoir lesquels vont accepter ce point ainsi renouvelé.

Très franchement, je pense que l'on peut se mettre d'accord. En tout cas, il peut y avoir un clan des réformateurs, assez large – ai-je envie de dire. Nous aurons affaire à des réformateurs et à des conservateurs. Les réformateurs sont ceux qui voudront sauver le système et trouver de nouvelles pistes.

Vous m'avez interrogé sur l'intervention en amont et en aval des professions de santé dans la mise en œuvre de la régulation médicalisée des dépenses de santé. En amont, nous définirons avec eux les références médicales. En aval, je crois beaucoup à l'évaluation des professionnels de santé par les professionnels dans les URML. Il faut arrêter de dire que les médecins ne veulent pas se former ou s'évaluer. Ce n'est pas vrai. Mais il faut le faire par la profession elle-même. Je pense que c'est jouable.

L'ARS est une idée qui doit évidemment faire son chemin. Simplement, je me permets, dans un premier temps, de définir les choses au plan national. Une fois que ce sera fait, nous pourrions regarder au niveau régional.

Enfin, sur la nouvelle gouvernance de l'hôpital, je souhaite qu'il puisse y avoir une parfaite continuité entre notre action et ce qui a été réalisé auparavant. Encore faut-il parfaitement comprendre que nous devons réussir demain les assises régionales de l'hospitalisation.

Je souhaite qu'avant la fin décembre, se tiennent dans toutes les régions des assises de l'hospitalisation, non pas pour enterrer quoi que ce soit, mais pour répondre à quatre questions :

1. Quelle mission pour l'hôpital public ?
2. Quelle meilleure organisation entre la médecine ambulatoire de ville et l'hôpital public ?
3. Quelle amélioration de la vie interne de l'hôpital ?
4. Enfin, que faut-il faire demain, pour qu'à l'hôpital, nous puissions avoir une meilleure efficacité à un moindre prix ?

M. le Président : Alors, M. Gremetz, réformateur ou conservateur ? Vous avez la parole.

M. Maxime GREMETZ : Nous sommes tous réformateurs. Parfois les progressistes votent régressistes... « Réformateur » ne veut rien dire. Quand vous avez imposé la

régression de la réforme des retraites, ce n'était pas progressiste. La preuve en est que vous avez perdu les élections ! Moi, je suis innovateur, ou novateur.

Il me semble que nous n'avons pas beaucoup d'éléments d'information. J'ai plus appris dans la presse d'hier que par vos propos de ce matin. Vos projets me semblaient aussi plus précis. Pourquoi n'avance-t-on pas plus dans le débat ?

Je suis favorable à une analyse de type projet contre projet, comme nous l'avons fait pour la retraite. Vous n'allez pas tarder à connaître notre projet. Ne pas être conservateur, c'est faire des critiques, mais aussi des propositions. Nous avons toute une série de propositions qui ne sont pas nouvelles, mais fondamentales.

Je souhaite évoquer la gouvernance. Nous voyons comment on peut gérer démocratiquement et efficacement. Vous parlez de nouvelle gouvernance, de paritarisme rénové. Ce sont des mots.

Ils ne signifieront quelque chose que si vous remettez en chantier les élections démocratiques à la Sécurité sociale, avec toutes les organisations syndicales et tous les salariés. C'est leur Sécurité sociale. Elle n'est pas à vous, ni à moi, mais à eux, ceux qui cotisent. Si l'on parle de nouvelle gouvernance et que l'on ne comprend pas cela, c'est de l'illusion.

Ne me dites pas que je critique sans rien proposer. En temps voulu, nous remettrons officiellement au gouvernement un document contenant le détail de nos propositions.

Vous parlez de tout, mais pas de la politique du médicament. Qui produit les médicaments ? Quels sont les taux de profit des trusts pharmaceutiques ? Qui fixe les prix des médicaments ? Qui donne l'accréditation ? Est-ce un médicament ou non ? Si ce n'est pas un médicament, il ne faut pas le rembourser, il n'est pas accrédité. Il faut établir si c'est bien un médicament, s'il est utile ou pas. Je suppose que les gens qui accréditent les médicaments sont compétents. Cela me paraît simple : c'est un médicament ou ce n'est pas un médicament. Si ce n'est pas un médicament, ce n'est pas remboursable. Pourquoi parler d'une politique de déremboursement ? Je ne comprends pas. C'est trop compliqué pour moi.

M. le Président : Le ministre n'en a pas parlé.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Je n'ai jamais dit cela.

M. Maxime GREMETZ : M. Bertrand a dit : « Il y en a qui évoquent l'idée de ne pas... »

M. le Président : « Il y en a qui évoquent... », mais pas lui !

M. Maxime GREMETZ : M. Douste-Blazy laisse au député picard – les Picards ont toujours bon dos – le soin d'annoncer que : « il y en a qui disent ceci ou cela. »

En tout cas, M. le ministre n'a pas parlé de la politique du médicament.

Hôpital 2007 : tous les médecins et personnels hospitaliers disent qu'il faut remettre l'ouvrage sur le métier, parce que cela ne satisfait personne et que cela génère une

inquiétude formidable. Cela ne signifie pas qu'il n'y a rien à faire à l'hôpital. Au contraire ! Mais tout le monde dit qu'il faut un grand débat national.

M. le Président : Quelles sont vos questions ?

M. Maxime GREMETZ : Mes remarques, mes observations constituent en même temps des questions.

Je souhaite donc que l'on parle de la politique du médicament.

La prévention est un de mes sujets favoris. Je pense que nous sommes en dessous de tout en ce qui concerne la prévention à l'école, la prévention au travail. J'ai encore en tête un formidable discours de M. Mattei sur la prévention. Mais à part des paroles, que fait-on ? Quand fera-t-on un grand effort sur la médecine scolaire qui se dégrade, sur la médecine du travail qui se dégrade terriblement ?

Concernant les recettes, c'est un peu fort. Quand je vois que les chômeurs, soutenus par la population, ont dû se battre avec autant d'acharnement pour obtenir qu'on les rétablisse dans leurs droits. Cela coûte 900 millions d'euros. S'agissant des recettes, pourquoi ne redonne-t-on pas immédiatement à la Sécurité sociale les trois milliards d'exonérations de cotisations patronales ? C'est un hold-up de l'Etat. Vingt milliards d'exonérations ! Est-il normal d'exonérer les grands groupes multinationaux, les grandes sociétés qui délocalisent ? Est-il normal que l'on subventionne de la même façon les entreprises qui multiplient la précarité et celles qui créent des emplois stables ?

Vous culpabilisez beaucoup les usagers et les praticiens, mais vous ne culpabilisez personne pour les quatre milliards d'euros de dettes du patronat envers la Sécurité sociale. Personne n'en dit un mot. Il n'est donc pas répréhensible de ne pas payer les cotisations de Sécurité sociale.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Je ne culpabilise personne. Je souhaite simplement que chacun soit responsable.

Vous avez raison : ce ne sont pas les réformateurs et les conservateurs, ce sont les immobiles et les novateurs.

M. Maxime GREMETZ : Cela bouge tout le temps. La vie, c'est le mouvement.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Il faut être dans le mouvement. Rester immobile dans cette affaire, c'est prendre des risques considérables pour l'avenir de l'assurance maladie.

Vous m'avez interrogé sur la politique du médicament. J'ai dit à votre mission que j'étais prêt à revenir au fur et à mesure de l'avancée de nos discussions avec les uns et les autres. Il y aura notamment une annonce concernant les mesures financières sur le médicament et l'industrie pharmaceutique. Le dossier progresse, mais on ne peut pas tout faire en trois semaines.

Vous avez raison sur un point : ou un médicament est efficace, et il est remboursé, ou il ne l'est pas, et il ne doit pas être remboursé. C'est évident.

Mme Catherine GENISSON : Si ce n'est pas efficace, ce n'est pas un médicament !

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Concernant l'hôpital, votre collègue M. Brard, que j'ai rencontré longuement à Montreuil il y a quelques jours, n'a pas un avis aussi sévère que le vôtre sur mon action. Les véritables rénovations et projets à réaliser feront l'objet d'un plan. Dix milliards d'euros seront investis dans l'hôpital public. Cela fait trente ou trente-cinq ans que l'on n'a plus vu cela. C'est un plan d'investissements, de rénovation très important. Je souhaite qu'il soit fait avec les élus et qu'il soit fait aussi en fonction des besoins de la population.

Enfin, je vous ai dit que dans le dossier médical partagé, il y aura un volet prévention que j'aurai l'occasion de définir prochainement. Certains disent même que les remboursements devraient être fonction de la capacité de prévention de chacun.

M. Claude EVIN : Vous avez évoqué trois types de sujets : la question du financement, celle de l'organisation du système et celle de la gouvernance.

Comme vous n'avez pas dit grand-chose sur la question du financement, nous pouvons passer rapidement. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Sur l'organisation du système de soins, vous abordez un certain nombre de sujets qui sont tout à fait pertinents. Je ne peux que m'inscrire dans les intentions.

Le dossier médical partagé ? Oui, mais votre discours me rappelle celui qui était tenu en 1995-1996 sur le carnet de santé. Certes, il était auparavant sur papier, il s'est modernisé. On a dépensé plus de 450 millions de francs sans qu'il soit utilisé. On voit bien qu'il ne suffit pas d'annoncer une intention si l'on ne se donne pas les moyens de la faire aboutir.

Un réseau de santé ? Oui. Un cadre juridique existe aujourd'hui, renforcé par divers textes. Une amorce de financement a été introduite dans une loi de financement de la Sécurité sociale à la fin 2001. C'est tout à fait utile. Mais pour que les réseaux de santé se mettent en place, il est nécessaire d'avoir une appréciation sur un schéma d'organisation sanitaire territoriale assurant la complémentarité entre l'ambulatoire et l'hospitalier. Il ne suffit pas de présenter l'orientation ; il faut nous indiquer comment on le met en place et qui pilote, concrètement, sur le terrain.

Vous avez évoqué l'articulation entre médecine de ville et hôpital. En effet, c'est l'élément important de la réforme. Mais encore une fois, qui pilote, où s'exprime la volonté, qui organise, qui impulse ?

Une parenthèse sur l'hôpital : l'hôpital est prêt à faire encore beaucoup pour fluidifier le circuit du patient, pour améliorer son efficacité. Cela étant, on ne part pas de rien. L'hôpital est quand même l'institution qui a le mieux maîtrisé l'évolution de ses dépenses au cours de ces dernières années. Certes, il dépense beaucoup, mais on lui demande aussi beaucoup. Sa progression des dépenses a été la moins rapide. Des restructurations ont été menées, parfois douloureusement, mais on ne peut pas nier qu'elles aient été faites. Cela a été possible parce qu'il y avait un pilote identifié – cela a posé débat, mais personne aujourd'hui ne le conteste – : l'agence régionale d'hospitalisation.

L'organisation des soins ? Oui, il y a des pistes de réformes. Comment les met-on en place ?

J'en arrive à la gouvernance qui est la question essentielle. Vous avez commencé par dire qui pilote. Vous nous faites un schéma, des propositions qui ne concernent que vingt pour cent de la dépense d'assurance maladie, ce qui est géré dans le cadre conventionnel entre les caisses de Sécurité sociale et les professionnels libéraux. C'est une réforme tronquée ! C'est un cinquième de réforme que vous nous présentez.

Vous avez dit tout à l'heure que l'hôpital serait dans le système. Où est-il ? Ne confondons pas le problème de la gouvernance, la question de l'organisation interne de l'hôpital et la nécessité de revoir la création des pôles d'activité avec la problématique de l'ensemble du système.

Si l'on veut avoir la fluidité que vous évoquez, un dossier médical partagé, des réseaux, de la restructuration, avoir une articulation médecine de ville - hôpital, il faut bien qu'il y ait un pilote. Or, vous nous proposez quelque chose de tronqué. Où est la réforme du pilotage ? La loi du 6 mars 2002 avait été votée sous l'impulsion d'Elisabeth Guigou à l'issue d'un an de discussions. Elle avait effectivement réformé en créant trois étages de pilotage conventionnel. Je suis prêt à vous concéder que cela n'a pas vraiment marché. En quoi ce que vous nous proposez là est-il vraiment différent, à part l'introduction des complémentaires ?

Non, dans ce que vous nous proposez, l'hôpital n'est pas dans l'organisation même du système.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Je ne répondrai pas que M. Evin a été ministre avant moi.

M. Claude EVIN : Vous l'avez été après moi deux fois.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Vous posez trois questions importantes : le carnet de santé de 1995, le réseau ville-hôpital, la place de l'hôpital dans la gouvernance.

Sur le carnet de santé de 1995, vous avez raison. Si le dossier médical partagé n'est pas obligatoire...

M. Claude EVIN : Le carnet est obligatoire dans la loi. Le code de la Sécurité sociale prévoit qu'il peut peser sur les remboursements.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Le dossier médical de 1995 a été fait sans les professions de santé qui étaient contre et avec une assurance maladie qui a traîné les pieds. Vous recevrez peut-être les syndicats médicaux ; ils sont favorables au dossier médical partagé. Il est évident que c'est la dernière chance. Sans cette régulation médicalisée, certaines mesures financières seront inexorables et je n'en veux pas, parce qu'elles coûteraient aux plus modestes. C'est donc obligatoire et opposable.

Qui doit piloter le réseau ville – hôpital ? L'hôpital.

Je vous ai reçu et j'ai compris que vous souhaitiez que le nouveau schéma de gouvernance puisse inclure l'hôpital. Je vous l'ai dit, et je le répète devant la mission parlementaire : cela fait partie pour moi des choses qui sont tout à fait envisageables. Pourquoi ? Parce qu'il est clair que plus on aura un système homogène de gouvernance,

plus on aura de résultats, et plus on pourra faire travailler les gens ensemble. Ville-hôpital en est un exemple, la politique du médicament en est un autre.

Je suis absolument d'accord sur ce point, mais il faut que je trouve une possibilité d'ouverture avec tous les partenaires sociaux. Etes-vous sûr qu'ils accepteront tous cela ? Puisque nous commençons les négociations multilatérales vendredi, je peux vous assurer qu'en toute honnêteté, la question sera posée, en votre nom, M. Evin, et au mien.

M. Hervé MARITON : Tout à l'heure, le président Debré vous a interrogé sur le diagnostic. Tous ceux que nous avons entendu ici le partagent.

Il semble cependant que les perceptions de nos concitoyens soient diverses. Une annexe du rapport du Haut Conseil indique que 47 % de nos compatriotes pensent que la dépense annuelle de santé est de quinze euros. Je n'ai pas le sentiment que ce problème de perception individuelle de l'enjeu soit tout à fait abordé comme il devrait l'être.

Vous avez évoqué certaines grandes orientations pour la réforme. Quelle est leur portée ? Xavier Bertrand a bien rappelé tout à l'heure que la question des recettes devrait être abordée plus tard, mais nous en sommes peut-être déjà à la question des dépenses. En d'autres termes, pour résumer les choses de manière un peu vulgaire, ce qui a été évoqué aujourd'hui, cela fait combien et à quelle distance se situe-t-on de l'équilibre ? Si l'objectif de la réforme est d'abord établi en termes de qualité du système de santé, il faut tout de même atteindre un certain équilibre financier pour que tout cela soit durable. Combien pèse chacune des pistes évoquées ?

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : C'est le sujet le plus important. Nous sommes en train de le chiffrer justement. Le Président de la République a estimé qu'il fallait aller aux alentours de 2007 près de l'équilibre.

J'aurai l'occasion de vous présenter les mesures financières concernant l'industrie pharmaceutique. Je ne peux pas donner ici les chiffres, M. le Président, parce que je ne les ai pas validés totalement avec l'industrie pharmaceutique. Mais je crois pouvoir vous dire qu'ils sont conséquents.

S'agissant des médicaments génériques ou, surtout, des médicaments innovants, je tiens à dire aujourd'hui qu'ils sont payés par l'hôpital sans qu'il y ait vraiment de politique d'achats concurrentielle...

M. Claude EVIN : C'est le dernier décret pris par votre prédécesseur.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Je sais. Cela n'existait pas jusque-là. Le décret ne couvre pas tout.

Le directeur des hôpitaux, M. Couty, estime à deux milliards d'euros sur une année pleine l'économie réalisable non par une diminution de la qualité, mais par une amélioration de la gestion hospitalière, en particulier de la politique d'achat. Quand on dirige une grande collectivité locale, on sait ce qu'est une politique d'achat. La plupart des hôpitaux français ne disposent pas des services d'une centrale d'achat.

Grâce au dossier médical, même s'il est évidemment très difficile de le chiffrer, tout le monde s'accorde à dire que, d'ici 2007, entre 6,5 et 7 milliards d'euros pourront être gagnés. Encore faut-il que nous ayons de meilleures informations de l'administration de la Sécurité sociale pour savoir exactement ce que l'on peut gagner. Par exemple, une grossesse normale nécessite trois échographies fœtales selon la conférence de consensus. C'est le nombre d'échographies nécessaire et suffisant. Si la grossesse est anormale, on peut en faire beaucoup plus. Si une future maman veut une échographie fœtale tous les quinze jours, elle doit payer elle-même. Si un gynécologue obstétricien fait faire une échographie fœtale tous les quinze jours, il doit en assurer aussi les conséquences parce qu'il est en dehors du référentiel.

M. Jean-Marie LE GUEN : Il doit être sanctionné ?

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Les syndicats médicaux le proposent ! Tout à l'heure, je vous ai parlé d'opposabilité, M. Le Guen. Je n'ai pas peur de dire les choses.

M. Mariton, quand la Sécurité sociale m'aura dit le nombre d'échographies fœtales justifiées et injustifiées, je pourrai vraiment vous répondre. Ces chiffrages sont en cours.

M. Gérard BAPT : Je veux revenir sur votre démarche, dans sa cohérence et dans sa forme.

Vous avez beaucoup insisté sur votre volonté de négociation, de concertation, de recherche de consensus. Aujourd'hui même s'ouvre à l'Assemblée nationale une discussion sur la caisse nationale de solidarité. M. Fragonard que nous avons entendu la semaine dernière disait que le Haut Conseil s'était inquiété de la perspective de voir autonomisés les soins aux personnes âgées dans une sorte de Sécurité sociale autonome.

Ne croyez-vous pas qu'il aurait donc mieux valu reporter cette discussion qui pose d'ailleurs des problèmes au sein même de l'UMP ?

Quant à la forme de votre démarche, en allant hier sur le plateau de télévision de la chaîne la plus regardée à l'heure de plus grande écoute, vous saviez bien que la presse écrite, l'information audiovisuelle se focaliseraient sur la carte Vitale sans même que vous ayez rendu public ce rapport Mercerau.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : C'est fait.

M. Gérard BAPT : Un étudiant qui devient salarié ou un salarié qui devient commerçant change de carte Vitale sans rendre la précédente. Vous lancez à l'opinion publique un message selon lequel il s'agit de lutter avant tout contre la fraude. A mon sens, si vous recherchez une démarche de responsabilisation, c'est contre performant.

Vous avez listé les recettes possibles, mais vous n'avez pas parlé de remboursements ou de franchises. Pourtant, la presse fourmille d'informations sur ce sujet. Vous avez parlé de responsabilisation partagée entre le prescripteur et le patient. Quelles sont vos pistes de responsabilisation du patient ? Que pensez-vous du ticket modérateur d'ordre public évoqué à plusieurs reprises ou d'une franchise quelle que soit sa forme ?

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Tout le monde sera très heureux d'entendre que les 10 millions de cartes Vitales supplémentaires ne vous posent pas problème. Je tiens à vous dire que vous êtes le seul en France. Je veux bien que les étudiants en aient deux ou trois. Ce n'est pas le sujet. Ce que je sais, c'est que M. Mercerau, ancien directeur de cabinet de Jean-Louis Bianco – ...

M. Maxime GREMETZ : Ce n'est pas une référence.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Pour moi, c'est une référence.

M. Jean-Marie LE GUEN : C'est une utilisation des fonctionnaires qui est très intéressante et tout à votre honneur. Le mot « utilisation » était à double sens, vous l'aurez compris.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Je cite le nom de M. Mercerau pour bien montrer que je n'ai pas ressorti un rapport comme cela pour m'en servir. M. Mercerau a écrit une note de pré-rapport me disant qu'il y avait de l'ordre de 10 millions de cartes Vitale supplémentaires. Il ajoute...

M. Jean-Marie LE GUEN : Expliquez pourquoi !

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Puisque vous voulez y revenir, il ajoute quelque chose de très important : lorsque quelqu'un a une affection de longue durée, importante, il peut en effet donner ou prêter sa carte à des personnes de sa fratrie qui ne sont pas en longue durée.

M. Jean-Marie LE GUEN : Hier, vous avez montré sur TF1 la carte d'une personne qui aurait servi à faire rembourser les soins de membres de sa famille. Quelle suite judiciaire avez-vous donné au dossier ? A moins que cela ne soit une manipulation de l'opinion publique !?

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Je n'en ai pas une, j'en ai deux cents !

M. Jean-Marie LE GUEN : C'est un délit.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Vous, vous estimez que devant les délits, il ne faut rien faire. Pas moi ! J'ai fait une proposition d'authentification pour être sûr que le porteur de la carte Vitale en est bien le titulaire. Cette affaire est extrêmement importante parce que c'est une sorte de carte d'identité de santé. Il me paraît important, quand on est attaché à l'assurance maladie, de faire cesser ce type de délits.

Mme Martine BILLARD : Allez-vous présenter cet été au Parlement un projet global de réforme du système de santé ou la partie de projet sur la gouvernance cet été et la partie sur les mesures financières dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale ?

Sur la gouvernance, vous avez présenté l'idée de Haute autorité de santé. Quelle sera l'articulation avec les agences existantes, comme l'AFSSAPS et le comité économique des produits de santé notamment sur les questions de qualité et de prix des médicaments ? Ces deux organismes seront-ils fondus dans la Haute autorité ?

Vous parlez aussi de délégation de gestion, avec une direction renforcée. Des diverses auditions de la mission, il ressort que c'est une des questions posées par les partenaires sociaux. Ils souhaitent savoir ce qu'implique cette délégation de gestion, notamment en termes de maîtrise des recettes et des dépenses. Un intervenant supputait qu'elle empêcherait le ministre de passer au-dessus des partenaires sociaux pour fixer les honoraires médicaux comme cela se fait actuellement.

Un rapport financé par l'Europe traite de la désaffection des personnels aides-soignants et infirmiers dans les hôpitaux, notamment des hôpitaux français. Avez-vous des pistes sur ce sujet ? Pensez-vous que ce sujet fasse partie de la réforme globale ? C'est l'une des questions posées à l'hôpital.

Ma dernière question porte sur la prévention. Je suis un peu étonnée de ce que vous dites, M. le ministre. Nous venons d'avoir un débat sur le projet de politique de santé. J'ai déposé au nom des Verts des amendements sur la prévention. Les trois quarts ont été rejetés. L'amendement sur les distributeurs de boisson, déposé par un de vos collègues de l'UMP, a été voté contre votre volonté. Si la politique de prévention se limite à la partie bucco-dentaire et si vous ne prenez pas en compte la prévention dans le milieu de travail et dans le milieu environnemental dès que des lobbies économiques sont en cause, je ne vois pas comment on va moduler les remboursements en fonction de la prise en compte de la prévention.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Vous avez demandé si nous fractionnerions notre plan en un projet de loi sur la gouvernance puis sur le financement. Non, nous allons vous donner le plan d'assurance maladie en entier.

M. Maxime GREMETZ : C'est déjà une victoire. Quels mois de juillet et août allons-nous passer ?

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Concernant l'AFSSAPS, le comité économique et l'ANAES, je souhaite avoir une discussion avec leurs responsables pour savoir comment bâtir cette Haute autorité de santé publique. Il ne s'agit pas de soustraire, mais d'additionner et de mieux organiser pour qu'il y ait une autorité supérieure.

Je suis attaché comme vous à la prévention de l'obésité chez l'enfant. Je ne la mets pas sur le même plan que le problème des années de vie perdues, les AVP, indicateur majeur de santé dans un pays comme le nôtre. Nous sommes très mauvais en ce domaine. La prévention dont je parle porte surtout les AVP, le dépistage du cancer du sein et du colon, la prévention des accidents violents. Je sais que tout est prévention, en particulier l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle. J'aurai l'occasion de m'exprimer dans quelques mois sur un grand plan de prévention de santé publique. Je ne peux pas tout faire. Pour l'instant, je fais un plan d'assurance maladie.

M. Jacques DOMERGUE : Parmi les pistes d'efforts à faire, vous mettez l'accent, comme vos prédécesseurs, sur la notion de la qualité, la qualité étant source d'économie même si elle nécessite un investissement et donc, génère quelques surcoûts. Comment concilier cette notion avec les difficultés que rencontrent certaines spécialités ? Je pense aux spécialités en crise : chirurgiens, anesthésistes, gynécologues obstétriciens. Certaines vont entrer dans des périodes tendues en matière d'effectifs, et ce malgré votre annonce d'augmentation du *numerus clausus* et le fait que les jeunes reviennent vers les professions médicales. Il y aura donc un hiatus à gérer et donc, une difficulté à assurer cette qualité.

Ma deuxième question concerne l'hôpital public. Parmi les éléments du plan Hôpital 2007, vous ne vous êtes pas prononcé sur les centres de responsabilité, les « pôles », qui sont sûrement un des modes de réorganisation de l'hôpital pour remotiver les personnels. La morosité des personnels dont vous avez parlé est une réalité. Ces pôles génèrent quelques craintes chez ces personnels de par les réorganisations nécessaires et de par le manque de clarté sur la répartition des responsabilités.

Enfin, avez-vous l'assurance de tous les partenaires sociaux que la responsabilisation des assurés est acceptée par tous ?

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : En ce qui concerne le rôle des spécialités, vous connaissez mieux que personne le problème des chirurgiens qui sont confrontés à une judiciarisation croissante et à un problème d'actes non revalorisés. Ces spécialités seront soumises demain à des problèmes majeurs de démographie. J'ai eu l'occasion de m'exprimer à ce sujet lors des questions d'actualité.

Premier point : il faut qu'il y ait des passerelles supplémentaires entre les spécialités déjà organisées et d'autres. Pourquoi ne pas être médecin gastro-entérologue et prendre une spécialité de cardiologie ? Pourquoi pas un schéma similaire en chirurgie ? Ces passerelles me semblent très importantes.

Deuxième point : une formation médicale continue validante doit permettre aux gens d'accéder à de nouvelles spécialités. En tout cas, cette décision a été prise par mon prédécesseur pour les internes du nouveau régime.

Si le dossier médical partagé, dans la mesure où il sera obligatoire et contraignant ne modifie pas les comportements des Français et des professions de santé, il y aura alors en effet un problème majeur. Pour prendre un exemple, on a évoqué la possibilité de faire payer au patient deux euros par boîte de médicament. Je suis contre parce que cela ne permet pas de différencier celui qui est riche de celui qui est modeste. On demandera plus d'efforts à celui qui est malade, voire très malade. Votre question est majeure, mais si les Français ne se responsabilisent pas et si l'on n'arrive pas, jour après jour, via le dossier médical partagé, à donner l'impression que les dépenses d'assurance maladie coûtent à la société, malheureusement, il y aura alors certainement une privatisation. Cela, je n'en veux pas.

Concernant les pôles, j'aimerais beaucoup en parler avec vous pour avoir votre avis !

M. Alain CLAEYS : Je voudrais revenir un bref instant sur l'émission d'hier soir à la télévision. J'ai considéré votre attitude comme choquante. Sur un sujet aussi grave que l'assurance maladie, on ne joue pas sur les peurs ou la culpabilisation.

S'il y a des délits dans notre pays, il existe une façon de les traiter. Mais on ne met pas en avant une carte Vitale au 20 heures devant six millions de téléspectateurs pour faire un coup politique à la veille de venir devant une mission parlementaire.

Je n'ai pas d'autre commentaire à faire sur cette prestation, mais je tenais à faire cette remarque car cela m'a profondément choqué.

Je veux revenir à cette mission. Je crois que le président de l'Assemblée nationale a eu raison de vouloir nous faire travailler vite pour être opérationnels le plus

rapidement possible. Nous avons deux rendez-vous : un rendez-vous avec les partenaires, parce que nous faisons de la consultation nous aussi, et un rendez-vous avec vous.

Le président a organisé ces débats autour de trois questions : les principes, le diagnostic et les solutions.

Pour ne pas vous faire de procès d'intention, je vous ai écouté attentivement et j'ai relu le texte que vous nous avez fait distribuer. Sur les principes, le compte y est. Sur le diagnostic, vous nous avez présenté avec beaucoup de clarté ce que M. Fragonard nous avait présenté. Pour le reste, le compte n'y est pas ! Vous ne pouvez pas nous prendre pour des naïfs et commencer votre intervention en donnant le montant du déficit et en précisant qu'il se creusera encore au cours des deux heures que dure notre réunion, sans nous apporter la moindre solution ou proposition qui permettrait demain de soigner mieux et de faire des économies sur notre système de santé !

Le seul schéma élaboré est la gouvernance. Je comprends bien votre démarche. Vous en faites un préalable avec les partenaires sociaux : se mettre d'accord sur la gouvernance. Comment voulez-vous pouvoir avancer sur la gouvernance si vous et le gouvernement ne tranchez pas sur le périmètre ? Claude Evin l'a dit tout à l'heure : oui ou non, le gouvernement accepte-t-il de mettre dans ce périmètre de la gouvernance l'hôpital et les médicaments ?

Vous avez dit que vous feriez la proposition, mais vous n'avez pas arbitré sur ce sujet. Si vous l'avez fait, vous serez obligé, concrètement, de revenir sur certaines dispositions d'Hôpital 2007, c'est incontournable.

Il reste cinq semaines utiles avant que ce projet de loi n'aille devant le Conseil d'Etat. Quand la représentation nationale sera-t-elle saisie de votre schéma d'organisation ? A mon avis, il y a un lien essentiel entre cette gouvernance et l'organisation des soins. Les organisations représentatives ne s'engageront pas sur ce schéma de gouvernance si elles ne connaissent pas précisément votre schéma sur l'organisation des soins.

Je ne parle pas des mesures financières à prendre à court terme et qui seront proposées. Je vous suggère, M. le Président, comme c'est un problème de recettes obligatoires ou de dépenses obligatoires, d'auditionner le moment venu le ministre de l'économie et des finances qui pourra nous apporter un certain nombre d'éléments.

Après vous avoir écouté attentivement et sans vous faire de procès d'intention, quand, concrètement, au-delà des principes, au-delà du diagnostic, la mission d'information sera-t-elle saisie de vos propositions ?

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Etes-vous sûr de m'avoir écouté ?

M. Alain CLAEYS : Je vous ai bien écouté.

Mme Catherine GENISSON : Nous nous sommes tous posé la même question.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : M. Claeys, je n'accepte pas, en particulier venant de vous, une quelconque leçon de morale ! Et sur ce sujet encore moins que sur d'autres ! Vous faites ces reproches à un ministre responsable de la protection sociale et de la santé, alors qu'il a reçu un rapport l'informant de l'existence de dix millions de cartes Vitale

supplémentaires mais qu'il a ajouté au cours de la même émission, que ce n'est pas la cause essentielle du déficit de la Sécurité sociale. Je vous trouve sévère sur une affaire qui est majeure parce qu'elle démontre l'inorganisation et la mauvaise gestion du système.

Vous me posez des questions. Vous ne faites aucune proposition. Il me tarde de voir le fameux « projet contre projet » dont on parle tant. Mais je vois qu'une fois de plus, le Parti socialiste n'a pas de projet.

M. Jean-Marie LE GUEN : C'est vous qui n'avez pas de projet !

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Vous me dites que je ne propose pas. J'ai même répondu à M. Mariton avec des chiffrages. Vous ne m'avez pas entendu.

Enfin, j'ai dit à M. Evin que je souhaitais que l'hôpital soit dans la gouvernance. J'ai donc arbitré et je vais le proposer aux partenaires sociaux.

Vous me demandez mon calendrier ? Je veux bien aller vite, mais je ne veux pas bâcler sans les partenaires sociaux. Je suis désolé, M. Claeys, mais il faut aussi les prendre en compte. Ce n'est pas parce que vous les avez oubliés de temps en temps que je les oublierai...

M. Jean-Marie LE GUEN : En tout cas, ils se sont rappelés à vous !

M. Pierre MORANGE : Merci, M. le Président, d'avoir initié cette mission d'information tout à fait essentielle. Merci, MM. les ministres de nous avoir tracé un certain nombre de perspectives concernant cette réforme que vous avez le courage de saisir à bras-le-corps.

Pour reprendre les propos de la Cour des comptes, la réforme est motivée notamment par une urgence sanitaire et financière qui – vous le rappeliez à l'instant – est liée pour un tiers à une situation conjoncturelle et pour deux tiers à des causes structurelles. Ce qui ne peut que ramener les uns et les autres à une certaine modestie compte tenu du passé, s'ils veulent conserver un minimum de crédibilité et de légitimité sur le sujet.

Je poserai trois questions très brèves :

La première est une question de fond sur l'objectif rappelé par le Président de la République, à savoir le retour à l'équilibre pour l'horizon 2007. Vous avez dessiné les pistes de marges de manœuvre qui seront générées par des économies résultant d'un principe d'efficience, de l'application de la qualité et d'éventuelles autres recettes nouvelles.

Vous avez évoqué la notion d'un paritarisme renouvelé et légitime. Y a-t-il sur le sujet une réflexion sur un processus électif pour la désignation des partenaires sociaux ?

Nous connaissons l'évolution des projets de loi de financement de la Sécurité sociale. Y a-t-il une réflexion sur leur éventuelle transformation en une loi de finance de la Sécurité sociale et donc en une loi organique qui en serait la conséquence ?

M. Xavier BERTRAND : M. Morange, plusieurs points sur votre première remarque. Le Président de la République l'a dit : c'est bien d'un retour vers l'équilibre en 2007 dont il s'agit.

Pourquoi cette notion d'équilibre ? Pourquoi 2007 ? Parce que cela voudra dire que nous aurons une vraie visibilité et de vraies garanties quant à la pérennité de notre système de santé. Cela me paraît important pour bien montrer que si nous avons l'intention de discuter d'un tel texte avant l'été, c'est simplement pour que les Français puissent être rassurés sur l'avenir de leur système de santé.

Il est également important de rappeler que nous sommes engagés dans un processus. C'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de prendre des dispositions pour la seule année 2004. Ce texte a une portée beaucoup plus large, allant jusqu'en 2007. Si nous sommes bien dans une évolution des comportements des différents acteurs, il nous faut disposer de ce délai pour que les uns et les autres modifient un certain nombre d'habitudes et de comportements. Cela constitue le premier rendez-vous de l'été.

Un certain nombre d'autres rendez-vous parlementaires seront envisagés, dont le rendez-vous traditionnel du projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Il est vrai que si nous allons bel et bien dans cette voie de pluriannualité pour avoir une vraie visibilité, nous aurons besoin d'en passer par une loi organique.

On parle bien aujourd'hui d'un paritarisme rénové. Certains partenaires sociaux ont dit que cela devait se refonder sur une élection, mais aucun calendrier précis n'a été revendiqué et assumé par ces mêmes organisations. C'est plus un objectif qu'une modalité de très court terme.

M. Jean-Marie ROLLAND : M. le ministre, vous avez évoqué à plusieurs reprises les références qui seraient établies par les conférences de consensus. Jusqu'où et à qui vont-elles être appliquées ? Comptez-vous sensibiliser les assurés sociaux ?

Concernant le dossier de soins partagé, imaginez-vous un système qui permettrait qu'ils soient utilisés comme base de référence de l'institut qui va collecter les données ? Cela ira-t-il jusque-là ?

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Absolument ! Pour répondre à votre dernière question, c'est un outil extraordinaire pour avoir des indicateurs de santé et des données de santé épidémiologiques. Aujourd'hui, nous manquons beaucoup de données, en particulier sur les disparités régionales en termes de santé publique et sur les pratiques médicales.

Ce sera une innovation majeure de pouvoir expliquer aux usagers de la santé, aux malades eux-mêmes, que les références médicales sont quelque chose qui se respecte. Une quatrième échographie fœtale pendant une grossesse normale ne se rembourse pas.

M. Jean-Pierre DOOR : M. le ministre, merci d'être présent ce matin. Ce débat sérieux ne méritait pas les propos polémiques que j'ai entendus. En matière de communication audiovisuelle, certains sont des experts. Ils sont partis, c'est dommage !

Vous dites qu'il ne faut plus mettre de rustine sur un système qui prend l'eau depuis plusieurs années. Vous avez raison. Nous sommes tous, autour de cette table, d'accord.

J'ai apprécié les pistes que vous nous proposez, en particulier la triple logique qui est celle de la solidarité, de l'assurance pour tous, y compris ceux qui sont juste au-dessus de la CMU, et de la performance, en particulier la qualité de soin.

Nous sommes tous conscients qu'il faut être responsable. Cela fait longtemps que l'on en parle, mais il faut maintenant véritablement responsabiliser tous les acteurs.

Vous avez raison sur la nouvelle carte Vitale. Il y a longtemps que les professionnels de santé demandaient qu'elle soit identifiée. J'ai bien entendu certains reproches tout à l'heure. J'ai également l'exemple de quelqu'un qui, dans une clinique, a été opéré d'une vésicule avec la carte Vitale de son voisin. Certes, nous avons porté plainte, mais beaucoup passent à travers les mailles du filet. Il faudra bien un jour avoir cette carte vitale identifiée au même titre que la carte bleue ou la carte bancaire.

Le système conventionnel dont parlait M. Evin est en panne et vous souhaitez le remettre à flot, en particulier avec l'accord des professionnels de santé puisque rien ne pourra se faire contre eux.

S'agissant des référentiels, ils sont tout à fait d'accord pour les mettre en œuvre, et nous sommes tous d'accord pour qu'il existe des référentiels de bonne pratique. Par qui seront-ils faits ? Je crois que vous avez des pistes, eux aussi. Je m'adresse au président de la Fédération hospitalière : il faut qu'ils intègrent l'hôpital. C'est indispensable. Ancien médecin hospitalier, je souhaite qu'ils intègrent à la fois les responsables médicaux, à savoir les chefs de service, et nos jeunes internes ou nos étudiants.

Le dossier informatisé partagé est également une mesure très importante. Je crois savoir que des logiciels sont prêts pour le mettre en œuvre. Il faudra sans doute y mettre de l'argent, mais on en tirera un gros bénéfice. Il faut aussi que ce dossier soit partagé avec l'hôpital, que ce dossier participe de toute la chaîne de santé et puisse être à la disposition du patient, bien entendu, mais aussi de tous les praticiens qu'il consultera, que ce soit en établissement privé ou public.

J'ai eu confirmation que les syndicats médicaux acceptent réellement maintenant la formation médicale continue obligatoire. Ils la veulent, ils veulent qu'elle soit faite. Comment l'organiserons-nous ? Ils sont aussi d'accord pour l'évaluation des pratiques par l'intermédiaire des référentiels.

En ce qui concerne les sanctions, je crois qu'ils sont d'accord pour les accepter à condition qu'elles soient bien pesées et décidées par des organismes qui puissent les juger en âme et conscience au moins au niveau d'une bonne pratique médicale et non pas à l'aveugle.

Quel peut être, dans votre raisonnement actuel – je sais que vous n'en êtes qu'aux prémices de la construction de cette réforme – l'avenir des établissements privés qui représentent plus de 60 % de la chirurgie en France ? Je sais qu'ils souffrent du fait de l'augmentation des primes d'assurance, en particulier de la RCP, l'assurance de responsabilité civile professionnelle, qui amputent considérablement leur budget.

La classification commune des actes médicaux réclamée verra-t-elle le jour bientôt ? Elle est importante car c'est elle qui permettra d'établir une hiérarchie des actes. La nomenclature est trop ancienne, et c'est à partir de la nouvelle classification que l'on pourra avoir un codage et donc informatiser.

Parmi les professionnels de santé, nombreux sont ceux qui réclament des espaces de liberté tarifaire pour éventuellement ne plus parler de secteur II. Que pourrions-nous leur répondre ? Quelles seront éventuellement les pistes ?

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : M. Door, merci de vos propos sur les références médicales. Je crois en effet qu'il y a aujourd'hui une volonté de professionnels de les mettre en place. Il faut le faire avec eux, y compris dans la définition des références.

Vous avez même dit qu'ils étaient prêts à l'opposabilité et à la sanction. Ils vont assez loin dans ce domaine.

Il est vrai que 60 % de la chirurgie est faite dans des établissements privés. Nous avons rencontré M. Ponceillé récemment. Je lui ai dit l'importance que revêtait pour nous une bonne entente entre l'hôpital public et l'hôpital privé ; nous ferons en sorte de répondre à ses questions et à ses inquiétudes.

S'agissant de la nomenclature, la dernière personne à avoir augmenté le K, en 1994, est devant vous. En même temps, 1994 fut la seule année où les dépenses d'assurance maladie n'ont augmenté que de 1,6 %. Les deux étaient liés !

En accord avec les professions de santé, si nous réussissons avec le dossier médical, si nous réussissons à changer les comportements des uns et des autres, vous verrez que nous ferons beaucoup plus de 6 ou 7 milliards d'euros d'économies. Alors, il ne sera pas impossible de revaloriser un certain nombre d'actes ou de cotations médicales. Je n'ai aucune envie de voir mes confrères multiplier les actes pour pouvoir augmenter leur pouvoir d'achat. Il n'y a rien de pire ! Il faut au contraire arriver à une juste valeur en fonction des efforts de chacun. Je me suis permis de leur dire qu'il était important de présenter d'abord aux Français un effort équitable avant de pouvoir donner quelque chose à l'un ou l'autre. Cela étant, le travail sur la nomenclature, travail qui est fait depuis dix ans de manière très sérieuse, est enfin arrivé à maturité. Pour une fois, on ne saupoudre pas en donnant quelques euros de plus à tout le monde. Des choix ont été faits en fonction des cotations et des actes médicaux. Je serai donc là aussi au rendez-vous des professions de santé.

Mme Cécile GALLEZ : Nous n'avons pas beaucoup parlé du médicament. C'est peut-être prématuré. En tant que pharmacienne retraitée, cela m'intéresse quand même.

Plutôt que d'avoir à opter pour le déremboursement, ne pourrait-on pas demander aux laboratoires de ne pas créer trop de spécialités ? Quand on trouve un produit chimique valable, pourquoi créer quinze spécialités ?

Ne peut-on changer le conditionnement des boîtes de médicaments ? Beaucoup des boîtes contiennent vingt-huit comprimés, alors qu'un seul mois compte vingt-huit jours. Si l'on veut un traitement continu, on pourrait avoir des boîtes de dix ou vingt. Il y a beaucoup de choses à voir en ce domaine.

M. Xavier BERTRAND : M. Douste-Blazy s'est exprimé sur la politique du médicament. Les parlementaires ont sans doute souvent entendu cette remarque sur le conditionnement des médicaments. Son adaptation aux traitements des pathologies fait partie des points à discuter avec l'industrie pharmaceutique. Les Français aussi évoquent cette question comme

une remarque de bon sens et elle doit être intégrée dans la réflexion sur l'adaptation de notre système.

M. Philippe VITEL : Je crois fortement aux vertus des rapprochements ville-hôpital et des économies de santé que ces rapprochements pourraient générer. L'universalité du dossier médical partagé qui concernerait autant les actes libéraux que les actes hospitaliers en est pour moi un des atouts et un des vecteurs essentiels.

Tout le monde constate que la mise en place des ARH a été une réussite. Cette analyse régionale de la politique de soins apporte des comportements plus rationnels. Je pense en particulier aux rapprochements imposés aux hospitalisations privées qui permettent d'avoir des plateaux techniques de haut niveau et donc, de qualité. En ce sens, je ne vois pas comment on pourrait ne pas inclure dans cette réforme la mise en place des ARS qui me semblent aujourd'hui un des outils essentiels, pour le rapprochement que l'on évoque. J'aimerais connaître votre opinion précise sur notre vision de cette architecture décentralisée de la gouvernance.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY : Juste avant, Mme Gallez a posé une question sur les médicaments. On constate que les pharmaciens ayant un intérêt à prescrire des génériques le font. Il faudrait peut-être voir quels sont les autres acteurs de santé, comme les médecins, qui auraient intérêt à les prescrire.

M. Vitel, vous avez raison : dès l'instant où la gouvernance au niveau national est définie, il faut essayer de savoir comment on peut la décentraliser.

Les propos de M. Door, de M. Evin et les vôtres ont quelque part une logique. Il est vrai que si la gouvernance intéresse tous les secteurs, en particulier les secteurs hospitaliers, nous aurons beaucoup plus de facilités demain pour monter les réseaux ville – hôpital, pour faire les ARS. Cela ne veut plus rien dire de faire une ARH seule s'il y a une gouvernance commune.

Les partenaires sociaux seront-ils prêts à défendre une gouvernance avec les hôpitaux ? C'est un changement de culture extraordinaire. Je l'ai évoqué hier avec le directeur des hôpitaux. C'est très délicat et difficile de passer de la culture étatique de l'hôpital à une culture de partenaires sociaux, d'assurance maladie et de gouvernance partagée. Mais il est vrai que votre question est bonne car elle va au-delà des clivages. Ce serait peut-être bien de la poser comme cela. Si l'on veut aller plus loin sur les ARS, sur les réseaux villes-hôpitaux, sur la permanence de soins dans certains endroits où il n'y a plus de médecins libéraux autour de l'hôpital, si l'on veut aller plus loin sur les urgences hospitalières, je m'aperçois ce matin, par cette audition, qu'il y a une logique importante à inclure l'hôpital dans la gouvernance.

M. le Président : Merci, MM. les ministres, s'il en est besoin, nous nous reverrons. Merci mesdames et messieurs.

**Table ronde « assureurs complémentaires »¹ regroupant
M. Jean-Pierre DAVANT, président de la FNMF,
M. Jean-Louis FAURE, délégué général du CTIP,
M. Daniel HAVIS, président du GEMA,
MM. Gérard de LA MARTINIERE et André RENAUDIN,
président et délégué général de la FFSA
(Extrait du procès-verbal de la séance du 5 mai 2004)
Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président,
puis de M. Claude EVIN**

M. le Président : La mission d'information parlementaire, parce qu'elle s'intéresse à l'avenir de l'assurance maladie, vous demande, Messieurs, de lui dire comment, à votre avis, les assurances complémentaires peuvent être associées à l'organisation de notre système de soins. J'interrogerai pour commencer M. Davant, qui a pris position publiquement et souhaité, en particulier, la création d'une Haute autorité en santé. Comment l'envisagez-vous ? Que doit être, pour vous, un paritarisme rénové ? Quelle sera la nouvelle architecture de l'assurance maladie ? Nous savons que vous vous êtes entretenu de ces questions avec le ministre de la santé et le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, et nous espérons qu'ils ont été un tout petit peu plus précis avec vous qu'ils ne l'ont été, hier, dans cette enceinte... Mais sans doute en a-t-il été ainsi, puisque le ministre nous avait indiqué réserver la primeur de ses réflexions aux professionnels. Forts de ce que vous nous aurez fait connaître, nous pourrions interroger à nouveau les ministres, sans dissimuler nos sources...

M. Jean-Pierre DAVANT : Je présenterai à la mission d'information les propositions rendues publiques lors de notre congrès de juin 2003. Bien que ce congrès se soit tenu à Toulouse, j'insiste sur le fait que nous ne sommes pour rien dans la nomination de M. Douste-Blazy au ministère de la santé...

La mutualité française a constaté que, derrière le paravent du paritarisme, c'est en fait l'Etat qui gère l'assurance maladie : l'Etat prend toutes les décisions relatives à l'hôpital, public et privé ; les laboratoires pharmaceutiques ont pour seuls interlocuteurs le ministre et son cabinet et, quand une décision de déremboursement est prise, les assurances complémentaires en subissent immédiatement les conséquences sans avoir en rien été consultées ; enfin, l'Etat définit la politique contractuelle avec les médecins. D'évidence, c'est l'Etat qui gère le système de santé français. Il porte donc la responsabilité de la situation actuelle et l'on constate d'ailleurs que la branche maladie est en déficit perpétuel, y compris pendant les périodes de croissance économique. Il va donc sans dire que les mesures que nous proposons ne peuvent en aucun cas régler la question du déficit.

M. le Président : Il s'agit bien de définir de nouvelles règles de gouvernance.

M. Jean-Pierre DAVANT : La mutualité française propose en premier lieu d'en revenir aux principes de 1945, ce qui suppose de permettre à nouveau aux partenaires sociaux de prendre les responsabilités qui devraient être les leurs dans la gestion du régime d'assurance obligatoire. Pour autant, l'Etat continuera d'avoir un rôle déterminant, puisqu'il lui incombera toujours de définir les orientations du système de santé et de vérifier que chaque citoyen a un égal accès à des soins de qualité.

¹

FNMF : Fédération nationale de la mutualité française
CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance
GEMA : Groupement des entreprises mutuelles d'assurances
FFSA : Fédération française des sociétés d'assurances

Nous proposons ensuite d'organiser une union nationale des caisses d'assurance maladie. Le régime obligatoire remboursant 60 % des dépenses de la médecine de ville et les assurances complémentaires les 40 % restant, on voit bien que les assurances complémentaires ne peuvent être tenues plus longtemps à l'écart : elles doivent être considérées comme les partenaires naturels du régime obligatoire, dont la mutualité française reconnaît la prééminence. J'y insiste, car je réfute les accusations selon lesquelles nous souhaiterions nous engager dans une gestion privatisée de l'assurance maladie. Je rappelle à ce sujet que, lors de la création de la CMU, nous nous étions élevés contre la mise en concurrence du régime obligatoire et des régimes complémentaires.

La troisième mesure indispensable est de créer une instance représentative des professions de santé, qui leur donnera une légitimité à contractualiser.

Nous proposons aussi de créer une Haute autorité en santé, chargée d'évaluer les techniques et les pratiques médicales, les médicaments et les critères d'accréditation des services hospitaliers. Ses travaux et ses avis seraient rendus publics ; elle pourrait être saisie par le régime obligatoire, par les régimes complémentaires, par l'Etat et par les associations de malades. Pour garantir sa parfaite indépendance, elle serait exclusivement composée d'experts et de scientifiques nommés par le Président de la République, par le Président de l'Assemblée nationale et par le Président du Sénat, et son budget serait voté dans le cadre du PLFSS. Ses membres seraient nommés pour cinq ans et renouvelables pour un seul mandat. Une fois ses avis rendus, il reviendrait au régime obligatoire et aux régimes complémentaires de fixer, après concertation, leurs prestations respectives.

La mutualité française propose enfin de créer un établissement public national chargé de rassembler les données de santé issues de la gestion administrative, d'en assurer le traitement, et d'en garantir l'accès aux chercheurs pour permettre des études épidémiologiques qui serviront à mieux cibler les efforts.

M. le Président : Partagez-vous, Messieurs, le point de vue exprimé par M. Davant sur la gestion de l'assurance maladie ou existe-t-il, comme j'ai cru le comprendre, quelques nuances entre vous ?

M. Jean-Louis FAURE : Les institutions de prévoyance considèrent qu'il est de la responsabilité des partenaires sociaux de formuler leurs propositions sur la gestion de l'assurance maladie, mais elles veulent coopérer avec la sécurité sociale. Autrement dit, si, comme le propose M. Davant, on en vient à créer une union nationale des caisses d'assurance maladie, nous souhaitons que les partenaires sociaux y aient leur place.

M. Daniel HAVIS : Nous n'avons pas de divergence majeure avec ce qui vient d'être exprimé. Il est en effet essentiel que tous les acteurs interviennent à des degrés et structures différents pour éviter le mélange des genres et pour bien conduire un système enfin remis sur ses rails.

M. Gérard de LA MARTINIÈRE : S'agissant de la gestion déléguée de l'assurance maladie obligatoire, il est en effet indispensable que l'enveloppe de solidarité nationale soit effectivement respectée. A ce titre il est tout à fait légitime que les gérants du système rendent des comptes aux pouvoirs publics.

Nous sommes également favorables à la création d'un établissement public chargé de protéger les données individuelles de santé, mais évitons de grâce de créer une nouvelle usine à gaz. Il importe que les données soient utilisables.

La Haute autorité en santé nous semble indispensable, mais il est essentiel qu'elle puisse intégrer plusieurs référentiels de bonnes pratiques. Il ne serait pas raisonnable de s'en remettre à un référentiel national unique.

Enfin, nous souhaitons qu'une conférence des complémentaires et de l'obligatoire traite de la bonne articulation entre les différents régimes, mais il faut, là encore, éviter de rigidifier le système.

M. le Président : M. Davant, je vous remercie de nous avoir transmis votre document présentant les vingt-cinq propositions de la mutualité française pour rénover le système de santé. La deuxième de ces propositions est de créer une Haute autorité en santé, indépendante, chargée de déterminer l'utilité des différentes interventions préventives, curatives ou de compensation. Dans votre esprit, cette instance donne-t-elle seulement des avis ou est-elle décisionnaire ?

M. Jean-Pierre DAVANT : La Haute autorité donne des avis. Ce sont les gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire et l'Etat, en dernier ressort, qui décident.

M. Claude EVIN : Mais qui a le dernier mot ? Contestez-vous le fait que ce soit l'Etat ?

M. le Président : Et lorsque vous parlez d'associer le complémentaire et l'obligatoire, cela signifie-t-il que vous entendez participer aux discussions sur ce qui est remboursable et ce qui ne l'est pas ? J'observe au passage que la prise en charge du ticket modérateur par les complémentaires n'est pas une source d'économie.

M. Jean-Pierre DAVANT : L'Etat est garant de l'égalité d'accès aux soins de chaque citoyen. S'agissant de la « gestion du risque » – ce qui serait une nouveauté puisque le risque n'est aujourd'hui pas géré ! –, nous considérons qu'elle appartient naturellement aux gestionnaires du système, mais que le Parlement gardera de toute façon le dernier mot *via* le PLFSS. Nos propositions ne visent absolument pas à priver le Parlement de ses prérogatives, et je rappelle que nous avons soutenu en 1995 le principe d'une loi spécifique de financement de la sécurité sociale.

Il est donc bien clair que la Haute autorité ne rend que des avis, mais on imagine mal que les pouvoirs publics n'en tiennent pas compte lorsque seraient identifiées des pratiques dangereuses pour les patients !

S'agissant enfin du niveau des prestations, je rappelle que nous ne partons pas de zéro. Nous sommes par principe opposés à tout transfert de charges du régime obligatoire vers les complémentaires, mais nous tiendrons compte de l'existant.

M. le Président : Anticipant sur une question de Mme Fraysse, je serais tenté de vous demander s'il est bien utile de rembourser les médicaments dont l'utilité n'est pas démontrée ! S'ils sont inutiles, doivent-ils être toujours considérés comme des médicaments ?

Mme Jacqueline FRAYSSE : Merci, M. le Président, d'être aussi fidèle à ma pensée...

M. Jean-Pierre DAVANT : Nous sommes sur cette ligne depuis quinze ans, mais nous n'avons guère été entendus par les hôtes successifs de l'avenue de Ségur ! Si un produit n'a

pas – ou pas beaucoup – d'utilité, pourquoi le rembourser ? Pour autant, nous ne sommes pas opposés à son maintien sur le marché, si certains patients y trouvent intérêt.

M. Jean-Marie LE GUEN : Ne condamnons pas les pastilles Valda !

M. le Président : Est-ce à dire que les complémentaires ne prendront plus en charge les spécialités à SMR insuffisant ?

M. Jean-Louis FAURE : Nous sommes sur un marché concurrentiel, fondé sur le libre consentement des individus.

M. Daniel HAVIS : La déconnection entre les régimes obligatoires et complémentaires existe déjà. S'agissant par exemple des contraceptifs, il est fréquent que les complémentaires interviennent là où l'obligatoire refuse toute prise en charge. Quoiqu'il en soit, nous ne sommes pas du tout opposés à une actualisation de la liste des médicaments admis au remboursement.

M. Gérard de LA MARTINIÈRE : Il faut débattre sur les évolutions prévisibles des différents régimes. Si nos positions convergent, nous devons coordonner notre action. Si tel n'est pas le cas, nous prendrons en compte prioritairement les attentes de nos clients. Le marché reste ouvert. Il est de la responsabilité d'un assureur de répondre aux besoins de ses clients.

M. le Président : Mais cela ne revient-il pas à limiter singulièrement le rôle de la Haute autorité en santé ?

M. André RENAUDIN : Le dernier mot revient au patient, dans le cadre du colloque singulier avec son praticien. Mais il est important que la Haute autorité éclaire tout le monde sur les bonnes pratiques.

M. le Président : Convenez qu'il s'agira d'un éclairage très limité si vous n'en tenez aucun compte !

M. André RENAUDIN : Il ne s'agit en tout état de cause que du quart des dépenses totales de santé. Laissons au millier de sociétés d'assurance privées présentes sur notre territoire un espace de liberté !

M. Pierre MORANGE : Vous avez rappelé, M. Davant, que vous étiez favorable au principe d'une loi de financement de la sécurité sociale. Compte tenu du fait que celle-ci semble avoir vocation à ne jamais être respectée, ne pensez-vous pas qu'il faudrait faire évoluer le système, de sorte que l'enveloppe budgétaire arrêtée par le Parlement s'inscrive dans une véritable loi de finances retraçant des dotations contingentées ?

Ne faut-il pas confier aux partenaires sociaux, éclairés par la Haute Autorité, le soin d'optimiser les dotations budgétaires en vue de mieux répondre aux impératifs sanitaires ?

M. Jean-Marie LE GUEN : Que recouvre à vos yeux la notion d'Etat garant ? Dans votre esprit, le seul rôle du Parlement est-il de faire un chèque ou a-t-il un rôle normatif ? Doit-il intervenir dans la définition de la politique de santé ?

L'intérêt principal d'un processus d'association entre les régimes obligatoires et complémentaires serait d'éviter que les complémentaires ne soient conduites à rembourser « trop », ou de manière non conforme aux grandes orientations de la politique de santé. Mais dans le cadre d'un marché concurrentiel, comment éviter que les complémentaires aillent au-delà de la prise en charge des seuls produits normés ?

M. de La Martinière a clairement indiqué qu'il n'était pas souhaitable que la Haute autorité se prononce sur des protocoles uniques de bonnes pratiques. Le débat est ouvert : est-il possible et souhaitable d'aller vers des références médicales opposables uniques ? Les complémentaires seront-elles tenues de s'aligner sur le régime obligatoire, et qui en décidera ? On imagine bien le rôle que pourraient jouer les complémentaires dans l'ambulatoire et chacun s'accorde sur la nécessité de placer l'hôpital dans le champ commun de l'assurance maladie. Quelle est votre position à ce sujet ?

Enfin, M. Dubernard a rappelé à plusieurs reprises l'existence d'une partie de la population – on parle de 8 ou 9 % – ne bénéficiant ni de la CMU ni d'une assurance complémentaire. Qui sont-ils ? Comment se fait-il que ni le marché ni la solidarité nationale ne soient en mesure de les prendre en charge ? Considérez-vous qu'il revient à l'Etat de les assurer ?

(M. Claude Evin remplace M. Jean-Louis Debré à la présidence)

M. Hervé MARITON : Je fais partie de ces « piétons » qui ne sont pas spécialistes de ces questions, mais j'ai cru comprendre que l'on parlait de ce que sont les complémentaires. En revanche, je n'ai pas compris si elles avaient vocation à être totalement alignées sur le régime obligatoire, ou totalement indépendantes de la régulation renforcée de l'assurance maladie.

M. Davant nous a expliqué que, dans le remboursement du médicament, seul l'Etat décidait et que lorsqu'un taux de remboursement par l'assurance maladie diminuait, il augmentait à due proportion pour les mutuelles. Mais, dans ce cas, c'est la logique du marché qui l'emporte : il faut donc en prendre acte et se placer en dehors de la régulation publique.

M. Jean-Luc PRÉEL : Parce qu'elles sont impliquées dans le remboursement, les complémentaires souhaitent être associées aux décisions, mais à quel niveau ? Sont-elles prêtes à participer au futur directoire de l'assurance maladie ? Pour ma part, j'ai déjà dit que je n'étais pas favorable à ce que la mutualité participe au conseil d'administration de la CNAM, où elle est à la fois juge et partie puisque les décisions relatives aux remboursements ont sur elle des effets directs.

Par ailleurs, tout le monde s'accorde sur la séparation entre ambulatoire et hôpital, mais nos interlocuteurs s'intéressent surtout au premier, qu'ils remboursent en grande partie. En revanche, 65 à 70 % des dépenses hospitalières étant liées au personnel, c'est l'Etat qui décide. Comment les complémentaires envisagent-elles d'être associées aux mesures relatives à l'hôpital ?

Enfin, s'agissant du forfait par feuille de soins et des médicaments non remboursables, comment, dans la mesure où chacun peut s'assurer dans un autre pays européen, prétendre imposer aux complémentaires le non-remboursement ?

M. Yves BUR : Le déficit de l'assurance maladie s'alourdit de 3 milliards d'euros par an. Comment sortir de cette situation ? Il va s'écouler un temps très long avant que la Haute autorité définisse ce qui sera pris en charge et que les caisses voient comment elles pourront ou non rembourser. Or il est urgent d'agir.

Dans le document que M. Davant nous a remis, on ne voit pas qui pilote. Or, quand il y a plusieurs pilotes dans l'avion, il n'y en a aucun ! Comment va-t-on clarifier les responsabilités ? Qu'est-ce que les complémentaires sont prêtes à prendre en charge au premier euro, s'agissant en particulier des médicaments offrant un SMR insuffisant ?

Mme Martine BILLARD : Quelle est la position des complémentaires par rapport au dossier médical opposable ? Considèrent-elles qu'elles doivent avoir accès aux données ?

Comme plusieurs de mes collègues, je m'interroge également sur le fait que la liberté du marché permette de rembourser des soins et des médicaments qui ne seraient pas pris en charge par le régime de base obligatoire.

S'agissant de la Haute autorité, M. Davant pense-t-il que tous les comités et agences existants devront se fondre en elle, ou qu'ils pourront travailler avec elle et continuer à donner leur avis sur les médicaments, les prix et les accréditations ?

M. Jacques DOMERGUE : Si l'on reconnaît que certains médicaments et prestations sont appelés à être exclus du champ de l'activité médicale, à l'évidence on ne peut garantir que certains établissements ne les prendront pas en charge. On peut donc imaginer un système à trois volets. Le premier serait celui des ALD, avec les prestations relevant de l'activité médicale et prises en charge par l'assurance maladie. Le deuxième volet sortirait totalement du champ de l'activité médicale et n'impliquerait ni la solidarité nationale ni les complémentaires. Pour le troisième, l'assurance maladie et les complémentaires interviendraient, le curseur étant fixé – par le Parlement ou par la Haute autorité, cela reste à définir – en fonction de la conjoncture, en particulier économique.

M. Jean-Pierre DOOR : Si j'ai bien compris M. Davant, on trouverait au sein de la Haute autorité l'Etat, l'assurance maladie et les complémentaires qui évalueraient et valideraient les techniques et les pratiques et fixeraient ainsi des référentiels. Mais qui participera à l'élaboration de ces derniers ? Des conseils scientifiques, universitaires ou médicaux ? Comment sera par ailleurs organisée la concertation à un échelon plus bas, par exemple celui des unions médicales régionales ?

Enfin, comme l'a dit M. Prével, dans ce schéma on ne voit pas du tout l'hospitalisation. Où sont les ARH et l'ANAES ?

M. Jean-Marie ROLLAND : On n'a pas assez insisté jusqu'ici sur la différence entre couverture individuelle et collective. Si 25 millions de Français sont couverts par une complémentaire collective, on ignore le nombre des bénéficiaires d'une couverture individuelle. Il est important de savoir quels efforts les organismes que vous représentez pourront faire afin que tous les Français, en particulier ceux dont le revenu se situe entre le seuil de la CMU et le niveau des minima sociaux, bénéficient d'une couverture efficace, comparable à la CMU, aujourd'hui plus intéressante que bon nombre de couvertures complémentaires collectives.

M. Gérard BAPT : Je souhaitais aborder le ticket modérateur d'ordre public, mais cela a déjà été fait.

M. Jean-Pierre DAVANT : Vous avez fait le choix de nous auditionner ensemble, mais nous sommes très différents. Pour ma part, je parle au nom des 62 % de Français qui ont choisi des mutuelles complémentaires. La mutualité française, qui existait avant la sécurité

sociale, gère des hôpitaux, des pharmacies, des maisons pour personnes âgées, elle fait de la prévention. Elle est donc entièrement dédiée à la santé.

Je dis donc clairement que nous ne prendrons pas en charge les médicaments dont la Haute autorité aura jugé qu'ils ne sont pas suffisamment efficaces. En revanche, si nos marges nous le permettent, nous prendrons en charge un certain nombre d'actions médicales mal remboursées par la sécurité sociale comme les prothèses auditives, la dentisterie, la lunetterie. C'est là un choix politique que nous faisons.

Nous n'avons pas tous la même approche du système de santé. Pour nous, il ne s'agit pas d'un marché, et nous voulons un partenariat étroit avec la sécurité sociale, pour réguler non pas les dépenses remboursées mais les dépenses de santé, car tout sort de la poche des Français, les cotisations sociales comme les cotisations aux mutuelles.

La question de M. Morange est fondamentale : à quoi bon bouleverser le dispositif si c'est pour retomber dans les mêmes errements ? De nos premières discussions avec le ministre et avec des experts, il ressort qu'il convient de basculer vers la pluriannualité et de se doter des indicateurs qui font actuellement défaut. Ainsi évitera-t-on que le vote par le Parlement du budget des dépenses de santé soit remis en cause dès les premiers mois de l'année. Nous proposerons au ministre un certain nombre d'outils pour cela.

Il faut, en particulier, dire clairement comment on rectifiera le tir lorsque cela sera nécessaire. Depuis 1995, tous les gouvernements ont financé les déficits par la CRDS et les Français vont devoir payer jusqu'en 2014. Nous ferons donc des propositions pour qu'on ne laisse pas le déficit se creuser en cours d'exercice et pour qu'on redresse la barre à temps.

S'agissant de la Haute autorité, il est hors de question de ne pas utiliser l'ANAES, les agences et les sociétés savantes, dont certaines travaillent déjà à l'élaboration de protocoles de bonnes pratiques et proposent des initiatives pour améliorer la qualité des soins. Le but est bien de faire en sorte que, sous l'égide de la Haute autorité, les Français bénéficient d'une démarche médicale plus rationnelle.

Quant à l'hôpital, il est aujourd'hui géré par l'Etat, et l'on imagine mal de donner à l'union des caisses d'assurance compétence sur des fonctionnaires. On crierait à la privatisation ! Nous souhaitons que l'hôpital public demeure de la responsabilité de l'Etat, mais aussi que l'on mène une politique plus intelligente pour coordonner hôpital et médecine de ville et pratiquer les ajustements nécessaires. Aujourd'hui cette coordination entre les deux secteurs est inexistante. Grâce à une permanence des soins assurée par la médecine de ville, on pourrait désencombrer les urgences, et grâce au dossier médical partagé, on pourrait assurer une continuité des soins.

M. Claude EVIN, Président : M. Renaudin, vous voudrez certainement prolonger le propos de M. Davant en marquant votre différence...

M. André RENAUDIN : Je précise d'abord que la FFSA comprend dans ses adhérents un certain nombre d'organismes mutualistes.

Je reviens sur la question, soulevée par M. Mariton et par M. Domergue, de l'articulation entre régimes de base et régimes complémentaires.

D'abord, comprenons bien qu'il est normal que chaque personne puisse s'assurer pour le risque santé comme contre le décès, l'accident ou la dépendance, et qu'il n'y a pas de limite objective à cette demande. Chacun peut choisir son niveau de couverture.

En second lieu, qu'il soit régi par le code de la mutualité ou par le code des assurances, chaque organisme reçoit bien l'agrément d'assurance maladie tel qu'il est prévu par les directives européennes. Nos sociétés ne sont pas « complémentaires » par nature, elles le sont mécaniquement dans la mesure où elles interviennent après la sécurité sociale qui couvre déjà 75 % des dépenses.

Enfin, on a coutume d'aborder la situation « par le haut ». Certes, l'Etat ne peut pas se désintéresser de la santé de la population, et il est logique qu'il donne ensuite délégation à des régimes de base et complémentaires. Mais il faut envisager les choses à partir de la base, c'est-à-dire du dialogue singulier entre une personne qui veut se soigner et son médecin. S'offre à elle un ensemble de soins – et il n'est pas anormal d'utiliser également des référentiels étrangers, car il ne s'agit pas de tout réinventer – incluant notamment le médicament, dont la définition échappe totalement aux assurances complémentaires. La question est de savoir quelle part de ces prestations est prise en charge par la solidarité nationale. C'est à l'Etat, après avis de la Haute autorité, d'en décider, de définir des priorités et une enveloppe financière. Tant que la solidarité nationale ne joue pas à 100 % et qu'il existe un ticket modérateur, il est normal que les assurances complémentaires interviennent, et logique qu'une conférence réunisse régimes de base et complémentaires pour décider du remboursement. Au-delà de ce panier de soins, chacun est libre de ses initiatives.

S'agissant des 8 % de personnes qui ne sont pas couvertes par une assurance complémentaire, je n'ai pas de réponse précise à la question de M. Le Guen. Il y a certainement deux catégories, ceux qui sont juste au-dessus du seuil de la CMU et ceux qui ont fait le choix de ne pas s'assurer. Lors des travaux préparatoires du projet de loi créant la CMU, on pensait qu'il y aurait six millions de bénéficiaires, or il n'y en a que cinq millions actuellement. C'est peut-être le seuil qui est en cause.

M. Jean-Louis FAURE : Une grande partie de ceux qui n'ont pas accès à une complémentaire santé a des revenus compris entre le plafond d'accès à la CMU et le SMIC. La situation est compliquée car, dès le départ, le minimum vieillesse était supérieur à ce plafond. Pour couvrir cette population, il faut tenir compte des deux handicaps que sont le revenu et l'âge. Il faudra aussi probablement mettre en place des structures de compensation entre assureurs, afin d'éviter que certains n'éliminent le « mauvais risque ». Mais il y a à l'évidence quelque chose à faire en faveur de cette population. Les institutions de prévoyance – qui sont à but non lucratif – mettent en œuvre des contrats collectifs qui couvrent beaucoup de personnes à faible revenu. Mais aussi, à travers l'action sociale, la complémentaire santé des chômeurs ou des retraités à faibles ressources peut être totalement ou partiellement prise en charge par les institutions de prévoyance. Cet ensemble de mesures ne fait certes pas une politique et ne peut répondre totalement aux problèmes des personnes dont les revenus sont compris entre le SMIC et le plafond de la CMU, mais certaines solutions sont déjà mises en œuvre. Sur un marché, il n'y a pas de solution unique. Celle-ci ne pourrait être offerte que par la sécurité sociale, qui constitue évidemment la meilleure protection.

M. Daniel HAVIS : Dès lors qu'on fixait un seuil pour l'accès à la CMU, il était prévisible qu'il y aurait un effet de seuil. Mais ce n'est pas la seule inégalité ; il y en a une, pour ce qui est de la déduction fiscale des cotisations, entre l'assuré individuel et l'assuré collectif. Il y aura donc tout un ensemble de problèmes à examiner, à l'occasion de la refonte de

l'assurance maladie, pour assurer un accès égal de l'ensemble de la population à la protection sociale – accès qui, quoi qu'on en dise, n'est pas aujourd'hui égal en France.

M. Claude EVIN, Président : Revenons sur le fonctionnement du système. Vous affirmez que l'Etat doit être garant, mais garant de quoi ? Il définit au moins ce qui relève de la solidarité nationale, avec l'aide de la Haute autorité. Sur cette base, il donne un mandat, ou une délégation de gestion à l'union des caisses d'assurance maladie et à l'union des caisses complémentaires. Les membres de cette dernière diffèrent entre eux, mais ils délibèrent sur le mandat de l'Etat, compte tenu du rôle de l'assurance maladie et du fait que l'assurance est un marché et que les dépenses de santé couvrent un champ plus large que celui des soins efficaces. De quoi l'union des caisses complémentaires délibère-t-elle exactement ? Il faut le préciser.

M. Gérard de LA MARTINIÈRE : L'Etat ne donne mandat qu'à l'union des caisses d'assurance maladie, car elles utilisent, pour répondre aux priorités de santé publique, le produit de prélèvements obligatoires. Il n'en donne pas aux organismes d'assurance maladie, qui sont des assurances complémentaires, mais pas uniquement. Leur activité est régie par des dispositions réglementaires et par la loi Evin. Le rôle de la conférence des assurances maladie, obligatoires et complémentaires, est d'articuler les conditions d'exercice de ces deux catégories de financeurs. Nous souhaitons pouvoir le faire en anticipant les évolutions, plutôt que d'être mis devant le fait accompli, comme cela a été le cas dans le passé au détriment de nos relations avec nos clients.

M. Jean-Pierre DAVANT : Les complémentaires subissent les déremboursements de médicaments sans avoir les informations nécessaires pour faire le tri. De la sorte, sauf à dérembourser tous ceux qui sont à 35 %, – ce qui serait une bêtise, d'autant que M. Mattei a fait passer à 35 % des médicaments utiles –, nous sommes obligés de rembourser à la fois les médicaments utiles et inutiles.

J'espère que vous avez compris, M. le Président, que la mutualité défend les principes de la solidarité et de la sécurité sociale et ne pense pas que la santé doit être un marché. Nous avons dit que les complémentaires devaient travailler en étroit partenariat avec l'assurance maladie obligatoire, en reconnaissant la prééminence de cette dernière, pour réguler le dispositif des dépenses de santé.

M. Claude EVIN, Président : Ce que je souhaite comprendre plus précisément, c'est comment fonctionne ce partenariat.

M. Jean-Pierre DAVANT : Je le répète, la prééminence appartient à l'assurance maladie obligatoire : c'est-à-dire que, dans le champ de la discussion et de la contractualisation, point n'est besoin de solliciter l'accord des complémentaires pour que les régimes obligatoires passent un accord avec les professions de santé. Il n'y a donc pas de privatisation du dispositif par l'introduction d'un corps étranger.

Pourquoi faut-il que nous soyons tous autour d'une table ? Quand on rembourse 40 % des dépenses de la médecine de ville, il est difficile de se passer d'un opérateur pour chercher les meilleures solutions. Quand le régime obligatoire décide de ne plus rembourser les visites abusives, si les complémentaires disent : « Peu nous importe, nous sommes sur un marché, nous remboursons ces visites », cela met à mal toute volonté de mieux réguler le régime obligatoire. Par conséquent, nous ne pouvons pas nous passer de discuter et de rechercher entre nous des solutions.

M. Claude EVIN, Président : Je suis bien d'accord. Mais je constate que vous seriez réunis dans une union des complémentaires, alors que vous avez des objectifs différents. Certains refusent de prendre en charge certaines dépenses alors que d'autres, considérant qu'ils sont sur un marché, les prennent en charge. Ce que je voudrais comprendre, c'est comment tout cela s'articule.

M. Jean-Pierre DAVANT : Il y a tout d'abord un fait majoritaire à reconnaître : la mutualité représente 62 % des Français. D'autre part, l'Etat consent aujourd'hui à 52 % des Français, de par la déductibilité des cotisations, une aide publique pour l'acquisition d'une complémentaire, et ce dans n'importe quelles conditions, y compris lorsque sont pris en charge des dépassements. Quant à l'aide des entreprises, elle aussi défiscalisée, elle appauvrit en outre le système social, puisque cet abondement ne fait pas non plus l'objet de cotisations. On bascule ainsi insensiblement dans le système américain : le jour où l'entreprise ferme, le jour où l'individu perd son travail, il n'a plus de complémentaire santé.

Nous proposons de créer un crédit d'impôt pour tous les Français, mais dans des conditions bien définies. Nous estimons en effet que l'aide publique doit contribuer à la régulation du dispositif de santé. Nous proposons donc que cette aide bénéficie seulement à ceux qui choisiront une complémentaire qui aura elle-même signé un accord avec la sécurité sociale et les professions de santé pour la régulation du système de santé.

M. Yves BUR : A combien est évaluée l'aide publique pour les complémentaires ?

M. Jean-Pierre DAVANT : Il faut le demander à M. Sarkozy. Aujourd'hui, on ne le sait pas. Mais cette aide publique est considérable. Si vous ajoutez la CMU, la déduction fiscale des cotisations complémentaires – accordée par la loi Madelin aux artisans, commerçants et professions libérales – et l'aide intervenant dans le cadre des contrats collectifs, on arrive à des montants très importants. Aujourd'hui 52 % des Français bénéficient d'une aide publique pour acquérir une complémentaire, ce qui signifie que 48 % n'en bénéficient pas. L'égalité devant l'impôt n'est donc pas respectée.

M. Jean-Louis FAURE : En matière d'aide individuelle, le système ne peut fonctionner que s'il y a une compensation entre les mécanismes d'assurance, car le jeu du marché est complexe. Je vous renvoie à l'ouvrage *Assurance santé : segmentation et complémentarité*. On constate, non pas une sélection en fonction des niveaux de risque, car ce ne serait pas politiquement correct, mais une segmentation de la population : certains assureurs n'ont que des clients de 30 à 40 ans, certaines banques offrent gratuitement la complémentaire, pendant trois ans, aux gens de 30 ans...

Sur un marché, il n'y a jamais une solution unique. La couverture complémentaire de groupe ne prétend pas être « la » solution. Vous devez être attentifs à la diversité des problèmes, et probablement faire appel, pour cela, à l'aide d'experts indépendants. Ils vous informeront, par exemple, sur les problèmes d'anti-sélection, c'est-à-dire les clients qui ne s'assurent qu'en fonction des risques qu'ils prévoient d'encourir : dans ce cas, l'assureur est obligé d'en tenir compte et d'augmenter les tarifs.

M. Philippe AUBERGER : Je souhaite savoir si l'Etat est légitime pour limiter le champ des couvertures complémentaires. Il s'agit certes d'un marché ; mais, dès lors que l'Etat assure une couverture principale assez étendue, on peut penser qu'il est en droit de limiter la complémentaire. Il sera d'autant plus légitime à le faire qu'il accepte déjà la déduction des cotisations en cas d'assurance collective, et qu'il acceptera demain – c'est en tout cas un engagement qui a été pris – les déductions pour les assurances individuelles.

M. Jean-Marie LE GUEN : M. Davant estime impossible et peu souhaitable que l'assurance maladie intervienne dans l'allocation des ressources à l'hôpital. Je souhaite savoir si c'est également la position des autres assureurs. On peut en effet penser que la fongibilité entre l'hôpital et la médecine de ville sera une des clés de la réforme. Tous les assureurs complémentaires partagent-ils la position de M. Davant ?

On sait, d'autre part, qu'il existe une très forte corrélation entre l'âge et le niveau des dépenses de santé. Ne pensez-vous pas qu'il faudrait resserrer les possibilités, ouvertes parfois aux contrats complémentaires, d'évacuer les retraités, notamment par le biais des tarifs ? La loi sur la CMU a prévu à cet égard des mécanismes beaucoup trop souples. Vous-mêmes, en tant qu'assureurs complémentaires, estimez-vous justifié d'opérer une compensation entre la couverture complémentaire des adultes jeunes et celle des retraités ? Ne faudra-t-il pas revoir dans un sens plus contraignant l'articulation entre les contrats adultes et les contrats seniors, pour opérer un lissage du risque ?

M. Daniel HAVIS : La mutualité pratique déjà beaucoup la compensation intergénération. Je ne dis pas qu'un encadrement n'est pas nécessaire. Mais je reviendrai sur ce point à la proposition de M. Davant, qui répond en même temps à la question de M. Auberger : dès lors qu'il y a des aides, il est assez naturel qu'elles s'assortissent de conditions. Ce qu'on peut reprocher au système actuel, c'est qu'il n'en pose aucune. Créons donc des aides qui bénéficient à tous, et fixons des conditions. Telle est, selon nous, la voie qu'il faut explorer pour renforcer les solidarités.

(M. Jean-Louis Debré remplace M. Claude Evin à la présidence).

M. Jean-Louis FAURE : En ce qui concerne le problème des retraités, nous avons réfléchi à deux directions, qu'il faudrait encore approfondir. Tout d'abord, il faut qu'il n'y ait qu'un tarif pour tous les retraités, quel que soit leur âge. Ensuite, il ne faut plus qu'il soit possible de limiter l'âge d'entrée dans une complémentaire santé. On arriverait de la sorte à un équilibre de marché : s'il est trop cher de rester dans telle complémentaire, on pourra à tout âge aller dans une autre. Mais, quelles que soient les règles qu'on met en œuvre, il y a toujours des possibilités de les contourner, de sorte que, comme par hasard, on constate que certains ont moins de retraités que d'autres.

M. Jean-Pierre DAVANT : Dans les mutuelles, on trouve 30 à 40 % de retraités de plus que chez les autres opérateurs de complémentaires santé. C'est parce que ceux-ci ont fait une sélection des risques, par le biais de cotisations qui augmentent en fonction de l'âge. Quant à l'aide des entreprises, elle cesse évidemment quand le salarié part en retraite. Nous souhaitons donc que vous examiniez attentivement notre proposition de créer un crédit d'impôt : il bénéficierait aux personnes à faible revenu et aux retraités, qui ne reçoivent aucune aide aujourd'hui. Nous pensons qu'il faut à cet égard moraliser la situation. Il n'est pas acceptable que les mutuelles soient le seul refuge des personnes âgées, alors que les autres opérateurs bénéficient aussi des aides publiques.

M. le Président : Je vous remercie. Je note l'existence de désaccords entre vous sur l'esprit même de ce qu'est la santé. Pour certains c'est un marché ; pour d'autres, c'est un bien à assurer à tous et le plus largement possible.

**Audition de M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE,
président du MEDEF**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 5 mai 2004)

Présidence de M. Jean-Louis DEBRÉ, Président,
puis de M. Jean-Michel DUBERNARD

M. le Président : Je suis heureux de vous accueillir, M. Seillière, ainsi que M. Creyssel, délégué général de votre organisation. La mission d'information, qui s'attache à faire le point sur la situation de l'assurance maladie, vient d'entendre les représentants des assurances complémentaires, et cette audition a été plutôt inquiétante car le moins que l'on en puisse dire est qu'ils ne sont pas d'accord entre eux : ils ne le sont pas sur la nécessité d'une union entre eux, et ils ne le sont pas davantage sur ce qu'il conviendrait de rembourser et de ne pas rembourser après que l'Etat aura décidé ce qui doit être pris en compte par l'assurance obligatoire.

Le MEDEF, qui a quitté le conseil d'administration des caisses d'assurance maladie depuis quelques années, entend-il s'impliquer à nouveau dans la gestion paritaire de l'assurance maladie ? Le ministre a laissé entendre, hier, que vous pourriez être d'accord pour reprendre votre place dans le cadre d'un paritarisme rénové ; qu'en est-il ? Si vous ne reveniez pas, cela signifierait que le vide immense laissé par votre absence serait comblé par d'autres – l'UPA ou la CGPME...

Je vous invite à répondre à ces questions d'ordre général avant que mes collègues qui sont, eux, des spécialistes, ne vous interrogent sur des points plus précis.

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Pas plus que vous, je ne suis un spécialiste de ce sujet. Pour le MEDEF, la question de la gestion est secondaire : notre préoccupation majeure est que la France dispose du meilleur système de santé possible, et ce à des conditions financières telles que la compétitivité du pays ne soit pas entamée, car cela ralentirait la croissance et pèserait sur l'emploi. Nous attendons donc des pouvoirs publics qu'ils présentent une réforme permettant d'assurer dans les meilleurs délais l'équilibre financier de l'assurance maladie tout en garantissant une protection de qualité. Notre décision de participer au système rénové dépendra du jugement que nous porterons sur la réforme envisagée. Autrement dit, les entrepreneurs n'ont pas d'idée particulière sur la manière dont doit fonctionner le régime de santé national ; d'ailleurs, il n'est pas de leur compétence de définir les moyens de le réformer, et nous admirons ceux des partenaires sociaux qui prétendent la détenir...

Le MEDEF a participé aux travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ; il a identifié certaines pistes qui ne sont pas les nôtres, mais dont il conçoit qu'elles puissent intéresser. Ainsi, on ne peut qu'être favorable à une meilleure articulation entre médecine de ville et hôpital, à un conventionnement plus sélectif, à une réforme de la gestion hospitalière avec la généralisation de la tarification, à l'instauration d'un ticket modérateur, à la lutte contre le nomadisme médical et à une meilleure articulation entre régime d'assurance général et régimes complémentaires. Mais, sur tous ces points, nous attendons, comme je l'ai dit, les propositions de réforme du régime d'assurance santé national, propositions qui sont de la responsabilité des pouvoirs publics.

De fait, qui, en France, a la légitimité nécessaire pour définir et conduire une politique de santé nationale ? En 1945, il a été établi que cela serait du ressort du paritarisme. Cette conception dérivait de ce que les entreprises avaient mis en place avant la

guerre et que l'on a alors étendu. A cette époque, le paritarisme est apparu comme étant le meilleur système de gestion possible, et il a d'ailleurs fonctionné correctement pendant une vingtaine d'années. Mais, à partir de 1965, les premiers déficits sont apparus et, depuis lors, l'Etat s'est substitué avec constance aux partenaires sociaux, qui se sont vus privés de leurs prérogatives. Certes, l'illusion a toujours été entretenue que les partenaires sociaux continuaient de décider, mais une tutelle de fait leur a été progressivement imposée. C'est de cette situation que le MEDEF a tiré les conséquences en décidant de ne plus siéger dans des instances où ceux qu'il représentait étaient privés de toute influence, puisque les décisions étaient prises ailleurs. Le pas décisif a été franchi au moment où a été instituée la contribution sociale visant à financer les 35 heures, mais le problème de fond était celui que j'ai décrit : le cadre paritaire fixé pour la gestion de l'assurance maladie était devenu un cadre national, et c'est ce sur quoi il faut revenir.

Il n'en reste pas moins que le MEDEF est convaincu du bien-fondé du paritarisme à chaque fois qu'il trouve sa source dans le contrat de travail. C'est bien pourquoi nous avons manifesté notre intérêt à de multiples reprises, qu'il s'agisse de formation, d'assurance chômage, de retraite complémentaire, d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

M. le Président : Etes-vous favorable à la création d'une Haute autorité de santé chargée de définir le périmètre remboursable ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Il revient aux pouvoirs publics de définir le champ de l'assurance maladie, de la manière qui leur semblera la meilleure. De même, il revient au Parlement de déterminer, par une loi de finances sociales, le montant exact des financements nécessaires et la manière dont ils sont perçus. Autrement dit, le montant que la Nation veut affecter à la santé doit être circonscrit précisément au lieu que, comme c'est le cas actuellement, les dépenses de l'assurance maladie dérivent sans contrôle. Le Parlement ne peut plus s'en tenir à donner un montant indicatif de dépenses ; il lui faut fixer la nature de la politique de santé, le montant précis de ce qui lui est alloué et sa répartition exacte entre cotisations sociales, CSG et autres prélèvements éventuels.

M. le Président : S'agissant des recettes, êtes-vous favorable à l'augmentation de la CSG ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Nous y sommes radicalement opposés car une telle mesure aurait pour conséquence de ralentir la croissance et, ce faisant, de contracter l'emploi. Une telle solution serait d'autant plus malvenue que les prélèvements obligatoires sont déjà de 5 points supérieurs, en France, à la moyenne européenne.

M. le Président : Etes-vous favorable à l'harmonisation du taux de prélèvement sur les salaires et sur les pensions ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Il ne revient pas au MEDEF de donner d'indications à ce sujet.

M. le Président : Etes-vous favorable à l'augmentation du taux de la CRDS ou à la prolongation de sa durée ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Notre opinion est que la Nation n'a pas à faire peser de telles charges sur ses enfants.

M. le Président : Etes-vous favorable à l'institution d'une TVA sociale ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Notre rôle n'est pas de recommander la création d'une taxe supplémentaire. Pour nous, une meilleure organisation du système de santé est nécessaire, et toute réforme qui conduirait à l'augmentation des prélèvements obligatoires pénaliserait et la croissance et l'emploi.

M. le Président : J'en déduis que vous n'êtes pas favorable à la prise en compte de la valeur ajoutée dans la détermination de l'assiette des cotisations sociales.

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Nous pensons que ce serait une véritable erreur.

M. le Président : Et quelle est votre opinion sur une éventuelle franchise des remboursements ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Le MEDEF n'a pas compétence pour dire si une franchise d'un euro ou de cinquante centimes doit s'appliquer sur chaque boîte de médicament, et le dirait-il, d'ailleurs, qu'un tollé général s'élèverait, au point que la mesure envisagée, à supposer qu'elle soit judicieuse, se heurterait à de fortes réticences, au motif qu'on la dirait inspirée par le MEDEF... Je le répète : nous n'avons pas à formuler une recommandation ou une autre ; nous attendons les propositions des pouvoirs publics, sur lesquelles nous nous prononcerons.

M. le Président : Si je résume vos propos, vous n'êtes pas favorable à l'augmentation de recettes et vous n'avez pas d'avis sur les dépenses... Dans ces conditions, comment envisagez-vous que l'on puisse réduire le déficit de l'assurance maladie ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Nous attendons les propositions de réforme du gouvernement !

M. le Président : Nous aussi !

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Le déficit atteint un niveau insupportable, mais il n'est pas de notre rôle de décider de ce qui doit être fait.

M. le Président : Pardonnez mon impertinence, mais j'imagine qu'il arrive au ministre de solliciter votre avis. Est-ce que vous lui répondez que vous n'en avez pas et que vous êtes dans une position d'attente ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Je suis mandaté pour affirmer que nous n'avons pas, en tant qu'entrepreneurs, à nous prononcer sur la marche à suivre. Cela ne nous dispense pas de faire des recommandations en matière de gestion.

M. Jean-Luc PRÉEL : Si je vous ai bien suivi, vous souhaitez que notre pays dispose d'un meilleur système de santé, mais qu'il soit mis fin à toute dérive dans son financement.

Etes-vous disposé à participer à la gestion des risques liés au travail, accidents du travail, maladies professionnelles ? Etes-vous favorable à la création d'une caisse spécifique gérée paritairement pour ces risques ?

S'agissant de la santé, j'ai bien compris que vous n'étiez pas très chaud pour participer directement à la gestion, mais quelle seraient les conditions de votre retour au directoire du système, dans la perspective de sa nouvelle gouvernance ? Est-il bien réaliste de prétendre peser sur l'évolution des dépenses, compte tenu du poids de l'hôpital public, et, en particulier, de ses dépenses de personnel, strictement encadrées par statut de droit public ?

Le déficit cumulé atteint 33 milliards et vous n'êtes favorable ni à une augmentation de la CSG, ni à un allongement du délai de perception de la CRDS. Faut-il en déduire que vous êtes favorable à une augmentation du taux de la CRDS ? Quant à la « TVA sociale », n'y seriez-vous pas plutôt favorable, si elle venait remplacer les modes de financement actuels ?

M. le Président : J'espère que M. Prél aura plus de chance que moi dans la réponse à ses questions !

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Notre engagement dans la démarche de refondation sociale a démontré notre goût du paritarisme, dès lors qu'il s'agit de questions qui touchent directement à la vie des entreprises. Mais le domaine de la santé a muté. Il doit à présent quitter le champ du paritarisme pour être pris en charge par la collectivité nationale. Je vous le répète, je suis mandaté pour affirmer qu'il n'est pas de notre responsabilité d'entrepreneurs de revenir aux commandes pour gérer paritairement le système de santé. Ce modèle a vécu, et je dis « bon vent » aux organisations syndicales qui prétendent continuer de le faire vivre !

Nous plaidons, quant à nous, pour la création d'une institution nouvelle, où s'allieraient la légitimité de l'Etat et celle de la société civile. Dans la phase de diagnostic, le Haut Conseil pour l'assurance maladie a montré comment assurer la représentation de la société civile pour traiter d'un problème d'ampleur nationale et conduire une réforme du système de santé conforme aux attentes du pays, c'est-à-dire concernant tout à la fois la médecine de ville et l'hôpital. Dans cet esprit, nous avons proposé au gouvernement et à nos différents interlocuteurs, la création d'une agence nationale de santé, conduite par un directoire et contrôlé par un conseil de surveillance. Nommé par la puissance publique pour une période de cinq ans, durant laquelle il serait inamovible, le directoire jouerait un rôle exécutif. Les orientations nationales de la politique de santé et les financements ayant été établis, il soumettrait au conseil de surveillance un plan d'action pour toute la durée de son mandat. Représentatif de la société civile, le conseil de surveillance serait chargé de le valider et de contrôler sa bonne exécution.

En un mot, nous voyons dans ce mode d'organisation un outil de travail solide et efficace. Dès lors, les cohortes qui ne manquent pas de se manifester sur ces sujets pourraient s'adresser directement à cette institution responsable. Telle est notre conception de la nouvelle gouvernance. Bien entendu, le MEDEF serait disposé à prendre toute sa place dans le conseil de surveillance de cette nouvelle organisation. Il ne s'agirait donc pas à proprement parler d'un « retour », mais d'une « arrivée » dans une nouvelle institution, porteuse d'une conception renouvelée du paritarisme.

Par ailleurs, nous sommes favorables à la création d'une institution paritaire spécifique, en charge des accidents du travail, des maladies professionnelles et des indemnités journalières. Celle-ci serait compétente pour lever les cotisations dédiées comme pour gérer les prestations, et responsable de son action.

Vous le voyez, dans ces conditions, nous serions très heureux de participer !

(M. Jean-Michel Dubernard remplace M. Jean-Louis Debré à la présidence).

M. Philippe AUBERGER : Le MEDEF souhaite bien entendu que le taux des prélèvements obligatoires soit enfin stabilisé et que le déficit puisse être résorbé. Dès lors, considérez-vous avoir une responsabilité particulière dans la gestion du produit des prélèvements obligatoires ? Etes-vous favorable à la création d'une institution spécifique, compétente pour toutes les questions ayant trait à la disponibilité des salariés, accidents du travail, maladies professionnelles, absences donnant lieu à indemnités journalières ? Le MEDEF assurerait-il la gestion directe d'une telle institution ou entend-il limiter son champ d'intervention aux seuls accidents du travail ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Je l'ai dit, nous sommes favorables à l'existence d'une caisse spécifique, liée à la responsabilité de l'entreprise dans la santé de ses salariés, et nous voulons instituer, dans ce cadre paritaire, un contrôle plus rigoureux des indemnités journalières. Il y a là un domaine dans lequel le paritarisme trouve une compétence naturelle. Des négociations à ce sujet seraient tout à fait légitimes.

S'agissant par contre de la gouvernance de l'ensemble du système de santé, je continuerai à résister aux sollicitations visant à ce que nous « reprenions notre place » dans un paritarisme dont le modèle a vécu ! J'observe du reste que lorsque j'annonce que je serais disposé à présider moi-même, dans le cadre paritaire, l'enthousiasme de mes interlocuteurs pour un éventuel retour a tendance à faiblir !

La santé, chacun peut le mesurer, a muté et nous sommes fidèles à notre analyse. Les entreprises ne peuvent être considérées comme responsables des grands événements de santé qui affectent notre pays. Voyez l'exemple dramatique de la canicule de l'été dernier. Nul n'a songé à mettre en cause les partenaires sociaux. Ce sont bien les plus hauts responsables de l'Etat qui ont été interpellés.

Je le redis, la gestion paritaire telle que définie en 1945 a vécu dans le domaine de la santé !

M. Philippe AUBERGER : Quelle serait la mission principale de la nouvelle institution paritaire que vous appelez de vous vœux ? Quel serait son champ d'action ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : La puissance publique lui fixerait sa mission et les moyens pour la conduire. Elle présenterait alors un plan d'action, et, le cas échéant, demanderait au Parlement des moyens supplémentaires pour la mener à bien. Nous sortirions ainsi du système absurde où, chaque mois, les « gestionnaires » du système constatent un déficit abyssal, tout en jouissant d'un droit de tirage illimité sur des dotations budgétaires purement indicatives. Et je rappelle que des sommes colossales sont en jeu, une centaine de milliards, soit près de 10 % du PIB !

L'exécutif, désigné de façon inamovible pour conduire cette politique de santé, se verrait indiquer les principes de cette dernière, notamment ce qui est remboursable et ce qui ne l'est pas, et ce qui relève de l'assurance personnelle dans le cadre des mutuelles. Pour la définition de la politique de santé, nous attendons la réforme, pour le montant disponible, nous attendons que le Parlement se prononce dans le cadre d'une procédure budgétaire. Ensuite, l'agence mettra en œuvre les franchises, les remboursements, les fusions d'hôpitaux, les fermetures de maternités, toutes choses que l'on ne peut demander aux entrepreneurs.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Je vous remercie de nous avoir présenté un schéma organisationnel clair. Vous avez aussi fait allusion au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dont votre représentant a partagé le diagnostic.

En ce qui concerne le paritarisme, on peut se demander si vous êtes partisan d'une évolution vers un système privé comme en Amérique du Nord ou vers une étatisation, comme au Royaume-Uni, les deux systèmes ayant chacun ses mérites. Il m'a semblé que vous penchiez plutôt pour la seconde solution...

Enfin, comment voyez-vous l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Il y a des années que le MEDEF réfléchit à tout cela, et il avait proposé une architecture totalement nouvelle pour l'assurance maladie dans laquelle l'assuré aurait exercé son choix entre un système public, mutualisé ou privé. Mais nous avons compris qu'aucun homme politique ne pouvait assumer la responsabilité de s'engager dans cette voie et nous nous sommes aperçus que notre proposition était irrecevable parce qu'elle avait été présentée par Denis Kessler qui, en dépit de ses grandes compétences, apparaissait comme le représentant des assurances privées.

Nous avons donc renoncé à cette vraie réforme, et nous nous contentons aujourd'hui de proposer un aménagement du système existant. Nous proposons d'allier le paritarisme dans la société civile avec l'autorité de l'Etat à qui il appartiendra de fixer les limites de son intervention. Bien évidemment, ceux qui souhaiteront s'assurer pour un risque dont ils considèrent qu'il n'est pas pris en compte pourront le faire auprès de la mutuelle de leur choix. Mais nous récusons évidemment l'idée d'une mutualité obligatoire. Les mutuelles assurent déjà, je crois, 30 % des prestations de santé, elles devront être partie du nouveau système et entretenir des relations clairement définies avec la nouvelle agence.

M. Jean-Marie LE GUEN : Votre discours a le mérite de la cohérence. Parce que vous ne croyez plus au paritarisme, vous proposez une étatisation pondérée. Mais, si vous affirmez avoir renoncé à votre projet initial qui s'inscrivait pleinement dans une logique de marché et confiait un rôle essentiel aux assureurs, il ne me semble pas que votre nouveau schéma soit en totale contradiction avec cette logique de marché et de privatisation.

Par ailleurs, comment conciliez-vous le droit pour chaque personne de s'assurer et le ticket modérateur d'ordre public ?

J'aimerais aussi connaître votre point de vue sur la création de la caisse nationale de solidarité pour le handicap et la dépendance dont notre assemblée débat actuellement.

Pouvez-vous revenir sur l'idée de conventionnement sélectif ?

Enfin, en tant que représentant des entreprises, comment voyez-vous la place de l'industrie pharmaceutique dans la maîtrise des dépenses et la qualité des soins ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : C'est à l'issue d'un long débat en conseil exécutif que nous avons décidé de renoncer à une proposition que la société française n'était pas prête à accepter. C'est dans la même logique que nous avons renoncé à demander l'abrogation pure et simple des 35 heures. Mais nous refusons également de participer, sous

quelque forme que ce soit, à la gestion d'un système auquel nous ne croyons pas. Dans ces conditions, nous nous contentons de participer à la réflexion sur l'aménagement du système actuel d'assurance maladie. Mais nous restons persuadés qu'il fonctionne beaucoup plus mal que ceux de nos voisins, car le monopole va à l'encontre de l'efficacité, de la réduction des coûts et de la motivation.

J'ai évoqué un certain nombre de pistes tracées par le Haut Conseil, mais il n'est pas de ma compétence d'entrer dans le détail. J'ajoute que l'on peut s'interroger sur la représentativité du système paritaire quand on sait que le secteur privé ne compte que 4 % de syndiqués...

M. Jean-Marie LE GUEN : Vous préféreriez les élections ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Je l'ai dit, je n'entrerai pas dans des réponses plus précises.

S'agissant du ticket modérateur d'ordre public, je redis qu'on ne peut aller vers un système de mutuelle obligatoire. Il faut que le choix de s'assurer en complément reste libre et individuel.

M. Jacques CREYSSEL : Nous sommes plutôt réservés sur les modalités techniques de la création de la caisse nationale car il nous apparaît que l'on veut compliquer encore un système déjà bien obscur. Le sujet majeur est la maîtrise des dépenses. Le problème est de trouver de nouvelles ressources car le risque d'impasse financière est réel.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Vous n'avez pas répondu à la question de M. Le Guen sur le médicament.

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Il vous appartient de convoquer le représentant de l'industrie pharmaceutique. Le MEDEF représente les entreprises en général et il laisse à chaque fédération le soin de présenter sa position.

M. Hervé MORIN : En vous abstenant de faire des propositions, vous aidez le gouvernement à qui on ne pourra reprocher de vous rejoindre...

J'ai bien compris que vous ne vouliez pas de ressource nouvelle ni de nouveau prélèvement obligatoire. Cela exclut en particulier la TVA sociale. Pourtant il ne semblerait pas absurde que l'ensemble du système repose sur d'autres ressources que les seules cotisations pesant sur le travail. Si l'on veut enrichir la croissance en emplois et faire supporter une partie de notre protection sociale par les produits importés, il faut bien trouver une nouvelle ressource.

En second lieu, puisque le MEDEF mène une réflexion sur de nombreux sujets, avez-vous déjà pensé à faire de la France un pôle d'excellence en matière de santé en Europe et dans le monde ? Cette compétence, payée à son juste prix, serait très créatrice d'emplois. Pourquoi les Allemands, les Britanniques, ne viendraient-ils pas se faire soigner en France, comme certains vont aujourd'hui aux Etats-Unis ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Effectivement, nous ne sommes pas favorables à la création de recettes nouvelles. Selon nous, on pourrait renoncer au lien entre contrat de travail et financement de la santé, car ce n'est pas le contrat de travail qui donne droit à une

protection, c'est le fait d'être citoyen. Substituer aux cotisations une fiscalité, directe ou indirecte, serait donc parfaitement en phase avec notre analyse. De même que l'on a dit que le paritarisme n'était plus légitime, on pourrait dire que les cotisations ne le sont plus. Cette fiscalité pour la santé doit-elle passer par la TVA ? Nous sommes sensibles au fait qu'avec la TVA, on ferait concourir les importations au financement. Mais le choix ne nous appartient pas.

Face à la concurrence des économies émergentes dans la décennie à venir, la France doit effectivement trouver des activités qui ne peuvent pas être délocalisées et qui sont créatrices de valeur ajoutée. La santé est bien un secteur d'excellence au niveau mondial. On peut donc imaginer une politique nationale « dirigée » pour que les Européens et les Japonais viennent dans nos hôpitaux et nos cliniques et même dans nos établissements de convalescence. Ce serait un grand secteur de croissance et d'emploi. Le commissariat au plan devrait y réfléchir.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Relisez le rapport du Haut Conseil qui traite des aspects économiques aussi bien que qualitatifs de l'assurance maladie. Je crois que cela modèrera votre enthousiasme.

M. Yves BUR : Nous avons compris votre réticence à remettre en selle un paritarisme qui a montré ses limites. Les auditions que nous avons tenues nous ont prouvé que vous n'aviez pas tout à fait tort, car ni du côté salarial, ni du côté patronal, nous n'avons perçu de vision d'avenir sur le système de santé.

Vous proposez de créer une agence dotée d'un directoire. Mais quelles garanties avons-nous que ces personnes qualifiées emmèneront le système sur la bonne voie, surtout si elles sont inamovibles ?

Quant à l'ONDAM, il ne signifie plus grand-chose aujourd'hui. Pensez-vous qu'à l'avenir il faudrait voter un ONDAM fixe, avec obligation pour les gestionnaires de l'assurance maladie de s'y tenir ? Et dans cette hypothèse, comment résorber un déficit d'une quinzaine de milliards en 2004 et qui croît de trois milliards par an, sans recourir à des recettes supplémentaires ? Pensez-vous que la seule optimisation du système y suffirait ? Enfin peut-on imaginer que les entreprises participent financièrement à un effort partagé par les salariés et les professionnels de santé pour remonter la pente, ou est-ce totalement exclu ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Pour ce qui est de l'ONDAM, si vous suggérez que ces crédits ne puissent être dépassés sans revenir devant le Parlement, c'est bien notre vision des choses. Aucun organisme ne peut se réformer si on le laisse dépenser à sa guise. Au cas où l'agence chargée de la mise en œuvre de la politique de santé aurait un besoin de financement, il faudrait augmenter la franchise ou pratiquer des déremboursements ; en tout cas, c'est par ce type de mesures qu'il faudrait trouver l'argent. Ce sont là des décisions difficiles, mais c'est bien l'organisme qui a délégation pour gérer qui doit les prendre.

Nous avons parlé d'inamovibilité. Il y a certainement des cas où on pourrait la remettre en cause, mais selon une procédure d'*impeachment*, c'est-à-dire pour des motifs sérieux. Si au moindre petit cortège, l'agence perd son autorité et s'entend dire par le ministre ce qu'elle doit faire, la gestion du système sera de nouveau impossible. Si nous voulons l'inamovibilité, c'est que le risque d'impuissance est bien plus grand que le risque d'abus.

Enfin, c'est sur l'idée d'un effort partagé que j'aurai le plus de mal à vous répondre, car elle signifie forcément une hausse des cotisations et je n'ai pas mandat pour le faire. En réalité, le niveau de prélèvement ne laisse plus aucune possibilité d'augmenter les cotisations, c'est-à-dire les impôts sur les entreprises. Nous sommes déjà au-delà de ce qu'il faudrait face à la concurrence. Je vous le dis : ne le faites pas ! Si vous le faisiez, nous devrions nous soumettre, mais je comprendrais alors que certains aillent produire ailleurs, et cela, je ne le veux pas. Mon refus d'augmenter les cotisations est avant tout un désir passionné de maintenir l'emploi en France.

Mme Martine BILLARD : Vous voulez limiter la responsabilité des entreprises à ce qui relève de la santé des salariés, maladies professionnelles, accidents du travail et indemnités journalières. A terme, vous supprimeriez les cotisations sur le salaire qui ne correspondent pas strictement au financement de ces trois secteurs. Pourtant, au-delà des maladies professionnelles reconnues, il y a de nombreuses maladies liées au travail, par exemple les affections musculo-squelettiques, qui sont aussi à l'origine de nombreux arrêts de travail. L'entreprise ne devrait-elle pas participer à la politique de prévention et de soins pour ces maladies même si elles ne sont pas répertoriées comme maladies professionnelles ? D'autre part, lorsqu'un salarié est malade, même si cela n'a pas de lien direct avec sa vie professionnelle, il y a des répercussions sur la vie de l'entreprise. Comment en exclure la santé de l'individu en général ? Enfin, certaines entreprises sont responsables de la dégradation de la santé, notamment par la pollution qu'elles créent. Comment justifier dès lors qu'elles ne participent pas à la solidarité nationale quand il s'agit de santé ?

M. Ernest-Antoine SEILLIÈRE : Actuellement, il est déjà très difficile de déterminer ce qui relève de la responsabilité du salarié et de celle de l'entreprise en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail. C'est là un sujet constamment débattu. On peut avancer comme solution qu'il n'y a pas de spécificité paritaire et renoncer à créer une caisse spécifique, avec un paritarisme complet, liée à l'agence de santé. Mais dans l'entreprise on s'occupe déjà de santé, de prévention, de formation, par exemple grâce aux comités d'hygiène et de sécurité. Il me semble que le paritarisme est une incitation à mieux prendre en compte les problèmes de santé dans l'entreprise. Le MEDEF pense donc qu'on a intérêt à le maintenir pour la santé des salariés et pour la motivation des entrepreneurs.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Nous vous remercions pour la clarté de vos propos.

**Table ronde « médicaments et dispositifs médicaux »¹ regroupant
M. Bernard CAPDEVILLE, président de la FSPF,
Mme Odile CORBIN, directrice générale du SNITEM,
MM. Pierre LE SOURD et Bernard LEMOINE,
président et vice-président du LEEM,
M. Jean MARIMBERT, directeur général de l'AFSSAPS**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 5 mai 2004)

Présidence de M. Jean-Michel DUBERNARD,

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Nous avons le plaisir d'accueillir pour cette table ronde M. Bernard Capdeville, président de la fédération des syndicats pharmaceutiques de France, qu'accompagne M. Leportier, responsable de cette fédération pour les problèmes sociaux ; Mme Odile Corbin, directrice générale du SNITEM ; MM. Pierre Le Sourd et Bernard Lemoine, président et vice-président délégué du LEEM et M. Jean Marimbert, directeur général de l'AFSSAPS.

Cette mission, présidée par M. Jean-Louis Debré, veut contribuer à éclairer les choix de la représentation nationale sur l'avenir de l'assurance maladie, avant l'examen du projet de loi qui sera prochainement présenté par le gouvernement. Nous souhaitons que vous nous livriez vos réflexions sur les questions fondamentales qui forment la trame de nos travaux. Tout d'abord, le diagnostic des difficultés actuelles : je pense aux difficultés financières, mais aussi aux dysfonctionnements qui pourraient miner à terme les fondements du système. Ensuite, les pistes possibles pour une réforme.

La place du médicament dans notre système de santé a été fréquemment évoquée dans les auditions conduites par notre mission. Hier encore, le ministre de la santé, sans dévoiler véritablement les pistes de réforme dans ce domaine, a évoqué la politique d'achat des hôpitaux et laissé espérer des économies sur ce point. Nous autres députés, nous avons beaucoup de difficultés à appréhender les dépenses de médicaments et leur répartition. On évoque ici ou là des chiffres étonnants, et nous souhaitons en savoir plus. Comment pouvez-vous, à votre place, contribuer à la maîtrise des dépenses de santé ?

M. Bernard CAPDEVILLE : Nous avons déjà formulé certaines propositions sur la politique du médicament. A la suite d'un accord entre les industriels et l'Etat, nous avons promu, pratiquement seuls dans un premier temps, la politique des génériques, qui est un des principaux leviers pour maîtriser la croissance des coûts. Après l'accord de juin 2002 entre les médecins et l'assurance maladie, le marché des génériques a explosé. Je tiens à souligner ici l'un des obstacles à son développement : il arrive, par exemple dans le cas du Mopral, que des molécules soient disponibles, mais ne soient inscrites qu'avec retard au répertoire de l'agence du médicament. En conséquence, c'est en toute illégalité que les pharmaciens d'officine le substituent. Or, l'écart est tout de même de 17 euros par boîte ! Il faudrait donc accélérer la mise sur le marché de ces produits. Il faudrait aussi appuyer la démarche des pharmaciens et des médecins : l'assurance maladie et les complémentaires doivent continuer à promouvoir le générique comme élément du maintien d'un bon niveau de remboursements. L'acceptation du générique par les Français a reposé presque uniquement sur l'action des pharmaciens d'officine : il faut qu'ils soient davantage soutenus par les organismes publics, les médecins et les industriels.

¹

FSPF : Fédération des syndicats pharmaceutiques de France
SNITEM : Syndicat national de l'industrie des technologies médicales
LEEM : Les entreprises du médicament
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Qu'est-ce qui est mal piloté dans la politique du médicament ? C'est que les médecins travaillent en aveugles et les pharmaciens en borgnes, faute de supports d'information accessibles aux deux acteurs, qui leur permettraient de savoir exactement quel traitement ont reçu les patients. Cela pourrait éviter beaucoup de surcoûts, et aussi quelques milliers d'accidents qui conduisent à des hospitalisations. C'est pourquoi nous avons proposé il y a quelques années d'inscrire dans la puce de la carte Vitale les quatre ou cinq dernières dispensations de médicaments. Nous nous sommes heurtés à un blocage de la part des médecins, qui voyaient là un « flicage ». L'assurance maladie n'a pas non plus soutenu le projet, alors qu'il ne portait que sur les médicaments, qui sont pourtant totalement codifiés. Nous sommes donc aujourd'hui obligés d'utiliser les fichiers patients dont nous disposons. Si les patients ne sont pas trop nomades, ce qui est heureusement fréquent chez les malades chroniques et les personnes âgées, nous disposons ainsi de données auxquelles nous pouvons appliquer un système analytique de détection des incompatibilités, ce qui permet une alerte automatique.

Nous sommes donc franchement partisans, soit d'utiliser la carte Vitale pour enregistrer les prescriptions de médicaments, soit de développer la démarche du dossier médical partagé. Sans cela, pharmaciens et médecins peuvent créer involontairement des surcoûts, et surtout mal soigner les patients. Le dossier médical partagé devrait s'adresser avant tout, pour le médicament, aux malades chroniques. Quelles sont les professions qui peuvent alimenter ce dossier ? D'abord, les pharmaciens d'officine qui, à 92 ou 93 %, transmettent tous les jours leurs données à l'assurance maladie. Les biologistes peuvent également y contribuer, et sans doute les radiologues. Le parc informatique des autres professions ne pourra pas y contribuer dans un délai raisonnable. Nous sommes sur le point de conclure avec l'assurance maladie un protocole d'accord. Il portera sur la coordination des soins, la détention par le pharmacien du dossier pharmacologique du patient, la permanence des soins, et l'information des malades chroniques au moyen d'une fiche sur les médicaments qu'ils reçoivent, comportant les mises en garde nécessaires. Cela s'appliquera notamment aux médicaments issus de la réserve hospitalière.

Mme Odile CORBIN : Je remercie la mission d'information d'avoir voulu entendre le SNITEM, ce qui n'est pas courant. Dans l'offre des biens de santé, avec cinq à six milliards de chiffre d'affaires, nous venons en effet loin derrière le médicament. Pourtant notre domaine, qui s'étend de la seringue au stimulateur cardiaque en passant par les prothèses, joue un rôle structurant. M. Jean-François Mattei nous avait conviés à nous exprimer en réaction au rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Nous avons donc procédé à une analyse de ce rapport par mots-clés. Après avoir réaffirmé notre attachement à un système universel et solidaire d'assurance maladie, nous avons choisi de centrer notre propos sur deux points essentiels : les problèmes de gouvernance et la notion de panier de soins.

A nos yeux, il importe de conduire une pédagogie pour responsabiliser les acteurs. Cette responsabilisation n'est pas uniquement financière. Nos produits ont des modes de prescription et d'accès au marché très divers, mais ils ont en commun d'être rarement demandés au médecin par le patient. Le poids du patient sur la prescription est donc très limité : une des caractéristiques essentielles de nos produits est qu'ils sont opérateurs-dépendants.

Dans le cadre du débat qui a eu lieu au sein du Haut Conseil sur l'avenir de l'assurance maladie, nous nous étions dits favorables au maintien de la prééminence du rôle de l'Etat en matière de politique de la recherche et de la politique industrielle. Depuis lors, nous avons cru comprendre que le ministre envisageait la création d'une structure qui agirait par délégation de gestion, l'Etat restant garant de l'équilibre des comptes de la santé, d'une part, de la politique de la recherche et de la politique industrielle, d'autre part. Nous

aimerions avoir des assurances sur ce point. Nous regrettons par ailleurs que réformes structurelles et réformes ponctuelles ne soient pas faites en bloc, et aussi l'absence d'un dialogue suffisant en amont. Notre expertise est en effet certaine dans les domaines qui nous concernent, et les pouvoirs publics auraient pu en tirer bénéfice. Il est donc dommage que nous ne soyons que consultés sur des projets dont il apparaît trop souvent qu'ils sont déjà finalisés. Il serait bon de créer un groupe de concertation paritaire, dans lequel les représentants de l'industrie pourraient faire entendre leur voix.

S'agissant de la sécurité et de l'efficacité des traitements, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a instauré de nouvelles procédures d'accès aux remboursements qui supposent la démonstration du service rendu. Des outils d'évaluation ont donc été définis, qui sont déjà utilisés mais qui pourraient sans doute l'être mieux. Dans ce cas encore, une instance de dialogue serait nécessaire, qui permettrait de parvenir à un consensus incontestable. Notre industrie est un vecteur du progrès : à ce titre, la part qu'elle réclame dans le dialogue lui est due, puisque le système actuel étant à bout de souffle, l'assurance maladie ne pourra continuer de tout prendre en charge et que les choix indispensables seront nécessairement fondés sur l'évaluation.

Par ailleurs, si un transfert de charges s'opère entre régime obligatoire et régimes complémentaires, il conviendra au préalable de bien organiser l'articulation entre ces régimes afin que tous puissent continuer d'accéder aux soins, y compris ceux qui ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire ; pour ceux-là, une aide devra être prévue. Enfin, l'assurance complémentaire devrait pouvoir intervenir au premier euro pour certains segments de la thérapeutique.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Le moins que l'on en puisse dire est que les représentants des assurances complémentaires ont un autre point de vue à ce sujet...

M. Pierre LE SOURD : Je traiterai pour commencer de la réduction du déficit de l'assurance maladie en rappelant en premier lieu qu'au cours des dernières années, les progrès thérapeutiques ont été considérables. De nouvelles molécules ont été mises au point et de nombreux brevets vont tomber dans le domaine public. Du développement des médicaments génériques qui s'ensuivra, on peut attendre des économies substantielles qui permettront de réduire le déficit de l'assurance maladie. On se réjouira d'autre part que, la carte Vitale étant désormais sécurisée, on puisse enfin envisager la création d'un dossier médical partagé, dont l'inexistence était tout d'une anomalie. D'ailleurs, le ministre escompte de cette mesure de 5 à 6 milliards d'économies, qui s'accompagneront, ce qui n'est pas négligeable, de meilleurs soins, puisque le cheminement médical des patients sera désormais établi. Enfin, on ne peut prétendre réduire le déficit sans tenir compte de la dépense hospitalière.

La réforme de l'assurance maladie qui s'engage devra impérativement tenir compte des 3 milliards d'investissements de recherche réalisés en France et ne pas les décourager. Déjà, un médicament sur deux est issu des biotechnologies et cette tendance ne fera que se confirmer au cours des années à venir. La réforme devra donc permettre d'associer recherche publique et recherche hospitalière et prévoir aussi la reconversion, dans un contexte de forte concurrence, de l'industrie pharmaceutique traditionnelle. C'est d'autant plus nécessaire que les patients exigent des soins de qualité. Tout doit être fait pour que la France continue d'être considérée comme un lieu d'accueil attrayant pour la recherche thérapeutique. Cette politique ne peut être déléguée à l'assurance maladie.

M. Bernard LEMOINE : La seule application des mesures législatives et réglementaires déjà adoptées permettra des économies significatives sur le poste du médicament remboursable. Les conclusions des études conduites par le LEEM montrent que, dans

l'année qui suivra la mise en œuvre complète du calendrier prévu, l'enveloppe de ce poste baissera de 4 points, et de 2 à 2,5 points encore au cours de l'année suivante. C'est ainsi qu'en deux ans, ce poste de dépenses passera d'une tendance de 7,5 % ces quatre dernières années à une tendance de l'ordre de 1 % de croissance. Le développement des médicaments génériques et l'application des tarifs forfaitaires de responsabilité permettront les deux tiers de ces économies, le tiers restant étant dû au respect croissant des règles de bon usage et aux effets de l'accord-cadre hospitalier. J'insiste sur le fait que ces économies seront obtenues sans même que l'on procède à des remboursements éventuels supplémentaires et toutes choses étant égales par ailleurs. C'est dire que si le dossier médical partagé est institué et si les accords de bon usage sont généralisés, des résultats meilleurs encore seront atteints.

Le LEEM, qui est partisan d'un partenariat renforcé avec l'Etat, considère que ce dernier doit prendre pleinement conscience de la place de l'hôpital dans la régulation. Il est donc favorable à l'élargissement du comité économique des produits de santé à la direction des hôpitaux, mais aussi aux assurances complémentaires. D'autre part, la cohérence commande qu'aux orientations ministérielles annuelles viennent s'ajouter les orientations définies par les caisses d'assurance maladie. Il paraît en effet normal que les payeurs assignent des objectifs à la gestion de ce partenariat avec l'Etat. Il serait tout à fait concevable, si un support législatif le rendait possible, que les orientations données au CEPS soient rendues publiques.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : M. Marimbert, vous êtes le directeur général de l'AFSSAPS. Comment la politique du médicament peut-elle à vos yeux contribuer à une meilleure maîtrise des dépenses de santé ? Quelle place donner à l'évaluation ?

M. Jean MARIMBERT : Nous manquons de données sur l'utilisation concrète du médicament, et en particulier pour rapprocher le diagnostic de la prescription. Faute d'outils suffisants, nous avons du mal à apprécier les conditions d'utilisation en situation réelle du médicament. Pour y remédier, il conviendrait de multiplier les études post-AMM. Il y a là, au-delà de l'évaluation du SMR, un enjeu de sécurité sanitaire. Je suis du reste convaincu qu'il ne faut pas opposer maîtrise des dépenses et amélioration de la sécurité sanitaire. Les deux objectifs vont de pair. A cet égard, il faut être bien conscient que la notion de bon usage concerne aussi – et peut-être d'abord – la sécurité sanitaire. Le rapport bénéfice/risque de chaque spécialité doit être rendu positif par son bon usage.

Pour les côtoyer depuis trois mois, je sais que les professionnels de santé ont besoin que soient produits des référentiels de qualité. Il est de même tout à fait essentiel de faire le lien entre les produits et les soins si l'on veut mener à bien l'évaluation de l'ensemble du protocole de soins. A cet égard il convient de mieux coordonner l'information disponible de manière à la rendre plus intelligible pour les professionnels de santé comme pour leurs patients. L'évaluation doit être appréciée de manière globale. Elle constitue en effet un *continuum* qui ne peut être tronçonné. Au reste, c'est le même vivier d'experts qui la conduit depuis la phase préalable à l'autorisation de mise sur le marché jusqu'à l'appréciation du service médical rendu. Je l'ai dit, nous souhaiterions que la Haute autorité en santé publique dont la création semble envisagée, puisse inciter à la généralisation des études post-AMM. En effet, l'évaluation française est une force qui nous est reconnue même si elle est aujourd'hui fragilisée par les contraintes auxquelles sont soumis les experts hospitalo-universitaires. Quels que soient les choix institutionnels qui seront faits, il faut développer notre potentiel d'évaluation, ainsi que les bases de données permettant de rapprocher les données médicales et économiques sur l'utilisation du médicament.

J'insiste enfin sur la nécessité de mieux coordonner l'information sur les bonnes pratiques car elle doit venir éclairer les décisions sur le panier de soins. L'information doit être plus directement utilisable.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : M. Capdeville, toutes les officines françaises travaillent aujourd'hui en réseau et pourraient presque répondre de manière instantanée à la question que vous avez soulevée. Grâce à la carte Vitale, il doit être possible d'être informé de la nature des différents médicaments qui ont été délivrés à l'assuré et de prévenir ainsi les interactions médicamenteuses liées au nomadisme médical. Dans quel délai pourrait-on mettre en place un tel mécanisme ?

M. Pierre LEPORTIER : En théorie, la carte Vitale pourrait être adaptée à cet usage mais toutes les officines ne travaillent pas encore en réseau.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Dans quel délai pourrait-on améliorer la situation ?

M. Pierre LEPORTIER : Si la décision était prise, les éditeurs de logiciels à l'usage des pharmaciens pourraient sans doute développer une application dédiée dans un délai de trois à six mois.

M. Jean-Pierre DOOR : Je serai moins pessimiste que M. Capdeville pour ce qui concerne la télétransmission. A brève échéance l'ensemble des professionnels de santé y viendra. J'ai apprécié que soit souligné le rôle important du pharmacien dans le parcours de soins du patient.

S'agissant du conditionnement des médicaments, est-il envisageable d'aller vers des présentations adaptées à la durée du traitement ?

Estimez-vous que l'automédication présente des dangers ou qu'elle constitue une piste de réflexion à explorer ?

Ai-je bien compris, M. Le Sourd, que vous n'étiez pas opposé par principe à l'idée de dérembourser certaines spécialités dont l'efficacité médicale pourrait être mise en cause ? Qui doit apprécier l'utilité de tel ou tel médicament ?

En matière de médicaments, les hôpitaux pratiquent parfois des prix différents. Ne serait-il pas souhaitable de recourir à des centrales d'achat pour harmoniser les prix ?

Enfin, ne faut-il pas revenir sur un système qui permet de commercialiser des spécialités issues d'une même molécule sous des noms différents ?

Mme Martine BILLARD : Une question que certains jugeront peut-être naïve mais comment justifie-t-on la surconsommation de médicaments, souvent appréciée comme un mal national ? Comment la combattre ? S'il est nécessaire de maîtriser les dépenses à consommation constante, ne faut-il pas relancer la promotion du générique ?

Mme Cécile GALLEZ : Etant moi-même pharmacien retraité, je puis témoigner que les assurés nous rapportent un nombre ahurissant de médicaments non consommés. Va-t-on enfin les conditionner différemment pour éviter les gaspillages ? Ne serait-il pas

raisonnable de limiter le nombre de spécialités commercialisées ? Mes confrères se plaignent de ne pas avoir assez de place pour les mettre toutes en rayon !

Mme Maryvonne BRIOT : Je souhaite savoir ce que vous pensez de la possibilité pour les pharmaciens de prescrire des médicaments dans le cadre des protocoles de longue durée et des traitements des maladies chroniques.

Par ailleurs, comment envisagez-vous d'utiliser le dossier médical partagé et comment vous situez-vous par rapport à l'AFSSAPS et au nouvel institut de données envisagé ?

M. Jean-Luc PRÉEL : Le ministre nous a laissé entendre hier qu'il y aurait un plan pour le médicament et pour faire des économies, mais de votre point de vue, cela ne signifie-t-il pas une décroissance ?

Pouvez-vous également préciser votre position par rapport aux prescriptions en DCI ?

Enfin, on envisage de mettre une photo sur la carte Vitale, mais comment faire quand c'est un membre de la famille qui vient retirer les médicaments ?

M. Gérard DUBRAC : Je suis moi aussi pharmacien, mais pas encore retraité. Je suis hostile au déremboursement parce qu'il revient à nier, pour des raisons comptables, une AMM donnée quelque temps auparavant. En outre, bien souvent le déremboursement d'un médicament peu onéreux est compensé par le recours à un médicament cher. Qui plus est, l'opinion associe le remboursement à l'efficacité médicale alors qu'il existe des médicaments actifs, qui ne sont délivrés que sur ordonnance et qui ne sont pas remboursables, souvent parce que les laboratoires ne l'ont pas voulu.

Enfin, il ne faut pas tuer l'automédication, pour laquelle le pharmacien a un rôle à jouer, y compris par la prescription directe au comptoir.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : M. Marimbert, pourriez-vous être plus précis sur les relations entre l'AFSSAPS et la Haute autorité.

M. Jean MARIMBERT : Je ne sais pas si la Haute autorité qui se dessine sera un organe délibérant ou plutôt scientifique. Nous n'avons pas besoin d'un organisme de plus mais d'un véritable coordinateur.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Ne vous inquiétez pas : vous ne serez pas mis en concurrence...

M. Jean MARIMBERT : J'ai appris à ne pas juger l'intérêt d'une fonction au regard du nombre de personnes que j'ai sous ma responsabilité... J'ai simplement voulu dire qu'il existait déjà une commission de transparence et la CEPP pour les dispositifs médicaux et qu'il était souhaitable que la Haute autorité apporte une valeur ajoutée quant elle procédera à l'évaluation scientifique du rapport bénéfices-risques et du service rendu. Je serais plus à l'aise avec une Haute autorité qui ne reproduirait pas ce qui existe déjà.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Je puis vous rassurer sur ce point, ce n'est pas ce qui est envisagé.

M. Pierre LE SOURD : S'agissant des remboursements, le LEEM a toujours été très attaché à la réévaluation continue de l'ensemble du portefeuille par une instance compétente. Le projet de Haute autorité nous semble donc tout à fait justifié. Nous nous opposons au déremboursement, parce qu'il peut induire un surcoût et prive le malade d'un produit auquel il est habitué et qui rend un service médical indispensable. J'ajoute que le portefeuille ne représente que 7 % en volume et 3 % des remboursements et qu'on surestime donc les effets du déremboursement. Le LEEM est également opposé à la prescription en DCI. Il souhaite un développement de l'automédication, qui permet d'importantes économies et qui suppose l'implication des pharmaciens et le recours à des marques connues des patients.

M. Bernard LEMOINE : Nous tenons à ce que l'hôpital reste le vecteur privilégié de l'accès des patients à l'innovation. Il faut donc préserver notre système performant. L'accord-cadre hospitalier que nous venons de signer consacre, avec de nombreux garde-fous, le concept essentiel de prix européen. Il permettra d'aboutir, par le seul jeu de l'harmonisation, à une baisse de 5 % des prix.

Nous restons opposés aux centrales d'achat hospitalières car les besoins sont différents selon les hôpitaux et doivent reposer sur une approche médicalisée.

Il est vrai que la consommation de médicaments en France est l'une des plus importantes des pays développés. Cela tient bien plus au fait que notre système très généreux offre une très grande liberté de prescription qu'aux investissements promotionnels de l'industrie. Nous sommes d'accord pour y remédier, pour développer des actions de bon usage avec les officines et les médecins, pour passer des contrats d'objectifs avec les caisses, pour aller vers le dossier médical partagé. Mais les caisses nous demandent des efforts alors qu'elles sont incapables de mettre en œuvre l'accord du 5 juin 2002 concernant l'ensemble des actions de bon usage. Cela étant, les succès remportés avec les antibiotiques montrent qu'il est possible de faire beaucoup plus.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Quel est le montant des dépenses hospitalières en matière de médicaments ?

M. Bernard LEMOINE : Quatre milliards.

Ces dix dernières années, la consommation des autres pays européens s'est d'ailleurs rapprochée de la nôtre.

Pour nous, le « plan médicament » doit être un ensemble de dispositions conduisant à une inflexion de la tendance vers 3 % puis vers zéro.

La France est le dernier des pays développés à se lancer véritablement dans le générique. Elle est en retard, mais nos efforts devraient porter leurs fruits.

Mme Odile CORBIN : Nous voyons d'un œil très favorable la création de la Haute autorité qui réalisera l'évaluation des produits, des pratiques et des actes que nous souhaitons conduire.

Je n'ai pas insisté sur l'hôpital, mais il est au cœur de notre propos puisqu'il représente 90 à 95 % de notre activité. L'idée de tarification à l'activité est celle d'une allocation des ressources identique entre public et privé, visant, *de facto*, l'hôpital.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Sur les six milliards de chiffre d'affaires des technologies médicales, quel pourcentage représente les entreprises strictement françaises ?

Mme Odile CORBIN : Nous n'avons pas accès aux bases de données qui permettraient de le dire précisément mais, sur les quatre milliards de chiffre d'affaires des membres du SNITEM, je dirais qu'une petite moitié est le fait d'entreprises à capitaux français.

M. Bernard CAPDEVILLE : S'agissant du conditionnement, le calendrier lunaire est adapté pour les femmes, et le calendrier grégorien pour tous les autres patients, qui reviennent nous voir au bout d'un mois, pas de 28 jours.

Recourir à l'automédication dans un pays où tout est remboursé, ce serait se taper sur la tête... En dépit de tous nos efforts, ce système ne se développera que si le patient ne peut pas trouver d'équivalent avec vignette.

Les déremboursements ont souvent des effets pervers et entraînent des surcoûts pour l'assurance maladie. En réalité, tant que nous n'aurons pas de codification des pathologies et des actes médicaux, nous ne pourrons pas assurer un suivi intelligent de l'AMM. En ce qui concerne l'excès de prescription, je peux vous suivre ; pour ce qui est de la surconsommation, pas totalement, car en Europe le patient français est un de ceux qui observent le plus mal leur traitement. Quant à faire du pharmacien un prescripteur, il semble difficile de prescrire soi-même ce qui constituera votre revenu ! De toute façon, les pharmaciens ne sont pas formés au diagnostic. Il ne peut donc y avoir de pharmacien « pro médecin ». Cela étant le pharmacien peut assurer un suivi, et par exemple le renouvellement d'une prescription avec remboursement. Enfin, ce n'est pas en agissant sur les conditionnements qu'on réduira les volumes, mais en gérant mieux prescription, dispensation et observance, en améliorant la coordination et en responsabilisant tous les acteurs.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Je vous remercie.

Table ronde « usagers »¹ regroupant :
Mme Christiane BASSET, administratrice à l'UNAF,
en charge de l'assurance maladie,
M. Christian SAOUT, président de AIDES,
Mme Frédérique POTHIER, secrétaire de l'association LIEN
(Extrait du procès-verbal de la séance du 5 mai 2004)
Présidence de M. Jean-Michel DUBERNARD

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Je vous souhaite la bienvenue.

L'objectif de cette mission d'information est d'éclairer les décisions qui devront être prises concernant l'avenir de l'assurance maladie dans la perspective du projet de loi qui sera présenté très prochainement par le gouvernement.

Je rappelle les trois questions fondamentales qui servent de trame à nos travaux. Premièrement, quels sont les grands principes qui devront régir l'assurance-maladie ? Deuxièmement, quel diagnostic peut-on faire des difficultés actuelles – aspects financiers et fonctionnement du régime ? Troisièmement, quelles pistes peut-on envisager pour une éventuelle réforme dans le domaine de l'organisation, du fonctionnement et de la gestion du système de soins ?

Vous avez publié récemment une tribune dans *Le Monde* – le 20 avril –, regrettant de ne pas avoir été entendus par le gouvernement. Nous vous invitons à vous exprimer ici et nous lui ferons part de vos positions. Vous avez évoqué dans cet article en particulier la question du financement. Quel type de recettes pourrait avoir votre préférence ? Vous avez également indiqué qu'il fallait réorganiser le système de soins. Comment, selon vous, pourrions-nous responsabiliser les différentes parties prenantes ? Enfin, en ce qui concerne la question de la gouvernance, quelle pourrait être la place des usagers dans le nouveau schéma d'organisation ?

Mme Christiane BASSET : Le système de santé, qui se fonde sur les principes d'universalité et de solidarité, garantit l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. Dans son principe originel, le système d'assurance-maladie était financé par des cotisations prélevées sur les revenus du travail. C'est ce principe originel, dont il faut préserver l'esprit, basé sur l'universalité et la solidarité, qui a conduit à donner aux partenaires sociaux la responsabilité de la branche d'assurance-maladie. Par ailleurs, l'évolution du système, et notamment la prise en compte de populations qui ne peuvent cotiser, a induit la mise en place de nouvelles sources de financement – essentiellement, la CSG –, ce qui doit logiquement nous mener à faire évoluer les modes de gestion.

Une saine gestion de la branche doit permettre aux partenaires sociaux et aux usagers de jouer un rôle actif. Il importe donc de les informer, de les faire participer aux prises de décisions. Dans la mesure où le financement est désormais « multi-factoriel », il y a désormais de la place pour tout le monde !

Mme Frédérique POTHIER : Vous avez tous reçu les documents que nous avons établis à votre attention, qui présentent le point de vue du collectif d'une vingtaine d'associations de familles, de patients, de malades et de consommateurs, qui ont réfléchi aux principes généraux qui doivent gouverner le système d'assurance-maladie. Il s'agit essentiellement

¹

UNAF : Union nationale des associations familiales

LIEN : Lutte, information et études des infections nosocomiales

du caractère obligatoire et universel du système, basé sur la solidarité et la responsabilisation de tous les utilisateurs – et pas seulement les patients et les usagers du système de soins. En effet, nous ne pouvons pas envisager une réforme qui ne comporterait que des contraintes pesant sur les malades.

Je souhaiterais développer les questions relatives au périmètre des services remboursables et les questions relatives à la qualité des prescriptions.

Sur le premier point, notre collectif estime qu'il est indispensable d'évaluer de manière rigoureuse tous les biens et services couverts. Aujourd'hui, un certain nombre d'entre eux le sont, comme par exemple les médicaments. Toutefois, la majorité des biens et des services ne sont pas évalués de manière systématique. Ils devraient l'être de manière périodique par une instance indépendante. Il est indispensable à notre sens de mettre en place un tel système.

Par ailleurs, la qualité des soins est un sujet qui nous tient particulièrement à cœur. Elle devrait être un pré-requis non-négociable du système de santé. En effet, il faut rappeler à cet égard que l'un des enjeux du système de santé est la vie humaine, le handicap ou l'hospitalisation. Il s'agit donc d'un enjeu de premier ordre.

Or nous avons constaté l'existence de dysfonctionnements, et notamment la mise en place insuffisante des référentiels. Il faut arrêter avec l'angélisme ! Inciter est une bonne chose. Cependant, il est peut-être nécessaire dans certains cas de passer à la contrainte et d'imposer les référentiels et les bonnes pratiques préconisés par les autorités nationales et internationales. Il faudrait rendre ces bonnes pratiques opposables, c'est-à-dire obligatoires aussi bien pour la médecine de ville que pour l'hôpital, et ceci dans un seul but : le bien des usagers. Ces derniers veulent être assurés que les professionnels de la santé à qui ils confient leur vie usent des bonnes pratiques.

Par ailleurs, nous souhaiterions que soit mise en place une information continue à l'attention des professionnels de la santé – et pas seulement une information à caractère médical. Nous souhaiterions en outre qu'elle soit réellement obligatoire. Ce n'est pas encore le cas, ce qui est dommage. Dans le domaine de la santé, où les connaissances évoluent très rapidement, il est intolérable et incompréhensible de ne pas pouvoir assurer aux malades que les praticiens qui les prennent en charge sont bien au fait des dernières connaissances et de ce que l'on appelle « l'état de l'art ».

Nous revendiquons également des évaluations et des accréditations des établissements comme des professionnels. L'accréditation des établissements existe certes déjà. Elle est mise en œuvre par l'ANAES. Nous pensons toutefois qu'elle est insuffisante, autant sur le plan quantitatif – à ce jour, trop peu d'hôpitaux bénéficient de cette accréditation – que sur le plan qualitatif. Sur ce point, il faut souligner que les établissements de soins sont accrédités « en bloc ». Or nous souhaiterions une accréditation plus fine, qui serait faite par exemple par service ou par unité de soins.

La mesure de la qualité n'est pas un exercice facile. En effet, elle est perçue comme l'absence de défaut, l'absence de réclamations. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'améliorer la qualité dans un système quelconque, on commence par mesurer la non-qualité. On peut se rendre compte que la non-qualité coûte très cher, et particulièrement dans le monde de la santé.

La mesure de la non-qualité est une question importante. Or, dans ce domaine, nous ne disposons pas en France d'indicateurs véritablement fiables. Par exemple, dans le

domaine des infections nosocomiales, une enquête nationale est effectuée environ tous les cinq ans sur quelques établissements-pilote, qui ne comptent pas parmi les plus mauvais, puisqu'ils se portent volontaires. Aujourd'hui, nous sommes néanmoins incapables de dire combien il y a en France d'infections nosocomiales. Il n'existe pas par ailleurs d'observatoire de la iatrogénie, et donc pas de données fiables disponibles dans ce domaine. Or la mise en place d'un tel recueil de données est indispensable pour pouvoir savoir de quoi on parle, où l'on veut aller et quelles sont les marges de progrès possibles. On se rendrait sans doute compte que la marge de progrès possible est très importante.

M. Christian SAOUT : En ce qui concerne les principes du système d'assurance-maladie, il semble que nous soyons un peu « fâchés » aujourd'hui avec la régulation de l'offre de soins. Il serait souhaitable de mettre en place un mécanisme qui permette de gérer sa répartition. Dans le système actuel, elle est excédentaire dans certaines régions, alors que des hommes et des femmes se battent pour accéder à la santé dans d'autres régions parce que personne ne peut les prendre en charge. Ce qui est ici en jeu est aussi la coordination de l'offre de soins. Le projet de loi en préparation devra prendre en compte cette problématique si l'on veut parvenir à réaliser des économies tout en améliorant l'offre de soins. Il faut notamment assurer la continuité des soins par la mise en réseau de la médecine. Cette mise en réseau est absolument indispensable. Cependant, elle doit suivre certains principes. Il convient sans doute d'aller plus loin que ce que les textes récents ont prévu. Les réseaux doivent poursuivre d'autres objectifs que financiers, en visant l'amélioration de la prise en charge des personnes et de la qualité des soins. Les travaux menés sous l'égide des pouvoirs publics sur la mise en réseau devraient permettre de dégager des lignes directrices d'ici à la fin de l'année.

Concernant la démographie médicale et paramédicale, nous souhaiterions que soit mis en œuvre le principe de transparence et d'objectivation. Cette objectivation fait défaut au système de soins français actuellement, comme vient de l'illustrer Mme Pothier. En effectuant des évaluations, nous pourrions nous livrer à un exercice d'anticipation des besoins en personnels. Il faudrait mettre en place des processus de qualification des médecins et des personnels paramédicaux. A cet égard, il convient de se poser la question de la définition du « soin ». Doit-il toujours n'être pris en charge que par le médecin ou peut-on envisager la mise en place de profils d'intervenants « non-médicaux » capables de prendre en charge une partie des soins ? Des efforts ont été consentis en la matière et mériteraient d'être poursuivis.

Sur les principes relatifs à l'organisation des soins, nous considérons qu'il ne peut y avoir de système de santé régulé sans régulateur. Au-delà du médecin « traitant », des médecins spécialistes ou généralistes, il serait souhaitable de mettre en place un système de « médecins de référence ».

La question de l'hôpital semble avoir été mise à l'écart des réflexions engagées sur la réforme du système d'assurance-maladie. Il nous semble pourtant qu'il faudrait la mettre au cœur des réflexions, en raison notamment des sommes très importantes qui sont consacrées au fonctionnement des établissements. Il faudrait s'interroger aussi sur la structuration de l'offre de soins hospitaliers et mettre en œuvre à la fois un meilleur maillage territorial des services de soins de proximité et une meilleure collaboration entre l'hôpital et la médecine de ville. Cela pourrait se réaliser par le biais des réseaux, mais également à l'occasion de la réforme de l'assurance-maladie.

Je souhaiterais insister sur un certain nombre de messages. En particulier, il me semble nécessaire de porter une attention particulière à la question de la prévention. Nous sommes bien conscients qu'en mettant l'accent sur ce sujet, nous ne réaliserons pas forcément des économies. Cependant, la question principale qu'il faut se poser n'est pas la

manière dont on peut réaliser le plus d'économies, mais, sur ce point, plutôt la question de la pertinence des réformes mises en œuvre pour une meilleure qualité de vie.

Par ailleurs, nous souhaiterions insister sur l'information de l'utilisateur. Des efforts ont été réalisés dans ce domaine, notamment vis-à-vis des malades, mais il reste beaucoup à réaliser dans le domaine de l'information du milieu médical. Par exemple, nous avons été surpris d'apprendre que nombre de personnes du monde médical ignoraient le coût des soins. Or la connaissance de ce coût nous semble être un élément déterminant, qui permettrait de réguler la consommation de soins. En outre, les informations sur la qualité du système de santé nous semblent insuffisantes. La question se pose toutefois de savoir comment nous pourrions organiser et assurer la qualité de cette information. Peut-être un système comparable à la certification ISO 9001 serait-il envisageable. En tout cas, il faudrait mettre à disposition des usagers une base de données permettant leur information. Les usagers devraient notamment pouvoir avoir accès à des informations sur les médecins qu'ils rencontrent – par exemple, quelle a été leur dernière formation suivie ? Nous croyons à la vertu de la transparence sur la qualité et les compétences des personnels de la santé.

Sur la question de la gouvernance et du financement du système d'assurance-maladie, le système actuel nous semble être un peu confus. Il importe d'en clarifier le fonctionnement. L'Etat doit être le garant de l'assurance-maladie. Le schéma proposé par le gouvernement ne soulève pas d'objections majeures de notre part. Néanmoins, il nous semble nécessaire de préserver un certain nombre de principes, et notamment celui de la participation des usagers à la gouvernance et leur représentation dans la gestion du système d'assurance-maladie. Nous souhaiterions que soient poursuivis les efforts entrepris dans ce domaine. Pour les organes de l'assurance-maladie, certaines associations estiment que les usagers devraient participer à la gestion du système alors que d'autres pensent qu'ils devraient également participer à la régulation et à l'accompagnement de la réforme des processus. A ce jour, il semble que l'on ait des difficultés à s'entendre sur cette question de la participation des usagers aux conseils d'administration des organes de l'assurance-maladie. Permettre aux usagers de siéger au conseil d'administration de la CNAM par exemple permettrait de prendre plus facilement la mesure des besoins des personnes qui sont concernées au premier chef. Nous souhaiterions à tout le moins que les décisions concernant le système d'assurance-maladie soient prises après avoir entendu et pris en compte le point de vue des usagers. Il semble difficile que la CNAM prenne des décisions sans avoir consulté les personnes concernées. C'est ainsi que nous pourrions potentialiser la réforme du système d'assurance-maladie.

Nous avons récemment eu une discussion sur le financement, au cours de laquelle nous avons évoqué les principales hypothèses. Il nous est apparu que c'est en nous tournant vers la CSG que nous obtiendrions les meilleurs résultats. Les autres hypothèses qui ont été envisagées, concernant par exemple la TVA sociale, sont jugées gênantes par le collectif, en raison des effets qu'elles pourraient avoir pour nos concitoyens les moins privilégiés. Nous avons également pensé que, si nous y étions contraints, nous pourrions accepter un report de la dette sur les générations futures ; cette perspective nous dérange toutefois sur le plan moral, et nous préférierions éviter d'y avoir recours.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Nous avons noté que vous souhaitiez être mieux associés par le ministère aux discussions en cours. Je souhaiterais soulever deux questions et les examiner à la lumière du point de vue des usagers. D'abord, en ce qui concerne l'hôpital, vous avez souhaité que la question de son fonctionnement ne soit pas dissociée du reste du débat. Tout le monde est d'accord sur ce principe. Il est évident qu'elle doit être abordée, d'autant que le milieu hospitalier génère près de la moitié des dépenses du système de soins. Par ailleurs, vous avez abordé avec beaucoup de justesse la question de la qualité des soins et de la possibilité de mettre en place un système d'accréditation. J'aimerais que vous nous donniez votre point de vue sur la manière dont

l'on pourrait « piloter » la gestion de l'hôpital. En outre, je souhaiterais que vous abordiez la question des affections de longue durée, qui représente 50 % des dépenses de l'assurance-maladie. Au sein des 31 entités de l'assurance-maladie, il y a des affections extrêmement différentes, que l'on ne peut sans doute pas toutes mettre sur le même plan. Il serait souhaitable, à mon sens, d'affiner nos analyses et d'aider un peu mieux les patients atteints par certaines pathologies. Je souhaiterais connaître le point de vue des associations d'usagers sur ces sujets.

M. Christian SAOUT : D'après l'expérience de l'association que je préside, je pense que nous pourrions aller plus loin sur la question des ALD et que nous devrions cesser de penser que ce qui concerne le patient doit se régler entre le médecin et la Sécurité sociale. Pourquoi n'associe-t-on pas mieux le patient pour établir un véritable « pacte permanent de soins » entre le patient et le médecin ? Au terme d'une étude récente, nous avons proposé que soit mis en place un pacte thérapeutique qui engage à la fois le médecin-conseil, le médecin traitant et le patient. Il faut s'efforcer de créer une dynamique de cette nature. Il faut être à l'écoute des uns et des autres sur cette question.

La responsabilité de chacun – c'est-à-dire la responsabilité politique, la responsabilité publique aussi bien que celle du consommateur de soins – doit être prise en compte. Il faudrait mettre en place une nouvelle relation contractuelle. En effet, un système trop « vertical » aurait des effets délétères sur la consommation de soins. Il est possible de dégager de nouvelles solutions à l'occasion de la réforme du système d'assurance-maladie. En tout cas, il est nécessaire de parvenir à créer un dialogue avec les personnes qui sont concernées au premier chef. Il faut se garder de donner l'impression que la réforme du système de santé se réalise « sur le dos » des usagers. Il faut mettre en place un véritable engagement contractuel entre ceux qui vont bien et les malades. Il faut aller jusqu'au bout de cette logique.

M. Alain CLAEYS : Nous nous demandons cependant si vous êtes d'accord avec l'idée que certaines affections de longue durée soient moins prises en charge que d'autres afin de proposer un système d'assurance-maladie plus cohérent.

Par ailleurs, *quid* de la question de l'hôpital ? Estimez-vous être suffisamment associés à sa gestion ?

M. Christian SAOUT : Nous estimons que les représentants des usagers aux conseils d'administration des hôpitaux sont trop seuls et n'ont pas la possibilité de faire progresser leurs idées, leurs attentes et leurs aspirations. Je regrette que le Parlement ait rejeté l'idée d'un seuil minimal de deux représentants des usagers dans chaque conseil d'administration.

Par ailleurs, si l'on ne coupe pas le lien qui existe dans certaines communes entre la responsabilité de maire de la commune et celle de président du conseil d'administration de l'hôpital public – plus gros employeur de la commune –, je ne vois pas comment nous pourrions nous en sortir. Il n'est pas anormal que le maire d'une commune fasse dans ce cadre de responsabilité une politique d'emplois, mais certaines décisions peuvent faire des ravages.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Quelle devrait être l'organisation ?

M. Christian SAOUT : En tant que consommateurs de soins, je ne peux que vous dire que l'organisation de l'hôpital est kafkaïenne : il vous est demandé de vous présenter une heure avant votre consultation, vous devez attendre trois heures, il vous est annoncé que la facture vous sera envoyée à votre domicile et il arrive qu'on ne la reçoive pas. Quelle entreprise

pourrait fonctionner comme cela ? Nous pourrions raconter d'innombrables anecdotes sur l'hôpital. Nous avons le sentiment qu'il n'y a, à l'hôpital, ni régulation ni transparence. Mais, manifestement, le choix a été fait de ne pas intégrer l'hôpital dans la réforme.

M. Jean-Marie LE GUEN : Concernant les référentiels, n'y a-t-il pas une contradiction inhérente à la rationalisation des « schémas de soins » ? Comment peut-on gérer cette contradiction ? En outre, les discours des responsables semblent faire une distinction entre qualité et efficacité. Que suggérez-vous dans ce domaine ? Quel est votre point de vue sur la problématique de la qualité du soin, et notamment sur la problématique du médicament à service médical rendu insuffisant ?

M. Jean-Marie ROLLAND : Vous avez insisté sur la nécessité d'impliquer les usagers. Vous avez évoqué la question de l'information, mais également celle de la démocratie participative et des référentiels. Estimez-vous qu'en contrepartie, on puisse demander aux patients de se responsabiliser et que l'on puisse lui imposer des contraintes ? Par ailleurs, quid du contrôle ? Qui doit le réaliser ? Quelles en sont les contraintes ?

Par ailleurs, vous avez mentionné la répartition de l'offre de soins. Etes-vous de ceux qui affirment qu'il faut fermer des hôpitaux et ne pas les remplacer et qu'il n'est pas nécessaire de construire systématiquement des blocs opératoires dans certains endroits à condition que l'on facilite plutôt le transport par hélicoptère ?

Enfin, vous n'avez pas parlé du rôle du régime général et du rôle des régimes complémentaires.

M. Richard MALLIÉ : Concernant le financement, vous avez parlé de la CSG. Etes-vous favorable à un prolongement de la durée de la CRDS si c'était nécessaire ?

M. Christian SAOUT : Nous y serions favorables s'il le fallait. Nous préférierions néanmoins aboutir à l'équilibre *via* une augmentation de la CSG.

M. Richard MALLIÉ : Par ailleurs, seriez-vous favorables à un élargissement de son assiette ?

M. Jean-Pierre DOOR : Les projets qui ont été proposés me semblent extrêmement responsables et constructifs. Je me réjouis que les usagers se prononcent sur le problème des soins.

Les ALD constituent un problème majeur pour la coordination des soins. Il serait souhaitable de bien évaluer les ALD, ce qui est tout à fait possible grâce au partenariat qui existe entre le médecin-conseil et le patient.

Sur le financement, certains ont évoqué la possibilité de mettre en place une franchise, qui contribuerait à responsabiliser les patients. Qu'en pensez-vous ?

En outre, vous avez évoqué la question des référentiels, et des référentiels « opposables ». Cela me semble indispensable. Partagez-vous l'idée qu'il faille mettre en place des référentiels identiques pour la médecine de ville et au sein de l'hôpital ? Qui doit participer à leur élaboration ? Qui évaluera les médecins ? En tout cas, les médecins et les syndicats qui les représentent semblent accepter l'éventualité de sanctions individuelles à l'encontre de ceux qui sortiraient des normes de la pratique médicale.

M. Pierre MORANGE : Concernant le financement et les recettes, y a-t-il à votre sens une limite au recours à la CSG, compte tenu des perspectives démographiques et des autres conséquences possibles de son augmentation ? Considérez-vous qu'il faille envisager une loi de finances qui précise les conditions de son affectation ?

Mme Christiane BASSET : Je m'exprimerai au nom du collectif, mais aussi de l'UNAF. S'il fallait augmenter les recettes, l'UNAF se prononcerait favorablement pour le recours à la CSG en raison du caractère quasi-universel de son assiette. Elle ne s'opposerait pas à une augmentation du taux de 7,5 % qui s'accompagnerait d'une convergence modérée du taux actuellement supporté par les revenus de remplacement qui est de 6,2 %.

Sur la question de la franchise, je rappellerai qu'un montant de 100 euros a, par le passé, été évoqué. Nous craignons que cela pénalise les plus pauvres. Par ailleurs, cela pourrait aller à l'encontre du principe d'universalité de la Sécurité sociale, pour lequel nous nous sommes battus.

Mme Frédérique POTHIER : Nous ne sommes pas favorables à l'augmentation de la CRDS.

M. Christian SAOUT : Il faudrait parvenir à mettre en place un système de franchise qui soit en rapport avec les ressources financières des patients, faute de quoi elle sera discriminante pour les plus modestes d'entre nous.

Pour la loi de finances, l'idée d'un système sur lequel on dispose d'un droit de tirage permanent, et qui n'a pas de point d'arrêt, ne favorise pas la responsabilisation. En revanche, je ne pense pas que le problème soit le fait des usagers. Ce ne sont tout de même pas eux qui signent leurs ordonnances ! Il faut que le pouvoir exécutif prenne ses décisions dans son champ de compétences. De notre point de vue, il s'agit d'un problème de choix politiques majeurs. Il s'agit d'une véritable responsabilité.

Mme Frédérique POTHIER : Concernant les questions du référentiel, de l'efficacité des soins et de la responsabilisation des patients, il faudrait que la médecine devienne véritablement « scientifique ». Ainsi, aujourd'hui, il n'est pas tolérable que les patients ne bénéficient pas du même niveau de soins selon que l'on va trouver tel ou tel médecin ou que l'on habite telle ou telle ville. Par exemple, sur le cancer de la prostate ou les prothèses de hanche, le patient sera plus ou moins bien traité selon l'hôpital auquel il s'adresse.

M. Jean-Marie LE GUEN : Votre point de vue revient à « discriminer » l'homéopathie, n'est-ce pas ?

Mme Frédérique POTHIER : L'homéopathie est une question relative à l'efficacité du soin. Elle peut être abordée à deux niveaux. Il faut d'abord prendre en compte l'autorisation. Un médicament peut être ou non autorisé. Ensuite se pose la question de la prise en charge ou non du médicament. Or il me semble que le problème du déremboursement des médicaments est extrêmement mal exposé à la population. En effet, les gens ont l'impression que les médicaments qui présentent un SMR faible sont inefficaces voire dangereux. Ce n'est pas le cas. En somme, il faut bien évaluer les soins et les médicaments et les passer au crible de ce double critère : l'autorisation administrative, d'une part, et la prise en charge ou non, d'autre part. Ces deux éléments devraient être évalués par une autorité de santé indépendante, dont le mode de fonctionnement serait parfaitement transparent et qui pourrait procéder à des réévaluations périodiques. En effet,

une opération ou un soin qui était à la pointe en 1980 ne l'est peut-être plus en 2004. Il est donc nécessaire de procéder à des évaluations et réévaluations régulières.

En outre, les référentiels doivent s'appliquer à toutes les maladies, et pas seulement aux pathologies lourdes. Par exemple, les antibiotiques ne sont pas toujours indiqués dans certaines affections. Pourtant, nombre de médecins continuent de les prescrire.

Concernant la responsabilisation des patients, nous revendiquons la mise en place d'une contrainte équitable. Cela signifie qu'elle ne peut porter que sur les usagers. Comme il serait inéquitable qu'elle ne porte pas du tout sur eux.

Le système français actuel est caractérisé par une liberté totale d'installation des praticiens, une liberté totale des prescriptions, l'absence d'obligation pour les médecins de se former ainsi que la possibilité pour eux de ne pas appliquer les référentiels. Il faut, bien entendu, faire peser une contrainte sur les usagers, mais également sur les professionnels de la santé.

La responsabilisation du patient peut passer par la mise en place du dossier médical partagé. Toutefois, il convient de respecter le principe de confidentialité des données échangées, notamment lorsque certaines données sont transmises aux assureurs.

Il serait également acceptable de mettre en place des systèmes de « portes d'entrée » dans le système de soins, par un spécialiste ou un généraliste selon la pathologie concernée. Il est important de faire comprendre à la population l'intérêt de ce système, qui permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il faut expliquer aux usagers pourquoi on choisit de débourser tel ou tel soin en leur montrant comment l'argent du système de soins peut être employé de manière plus intelligente, pour des pathologies plus lourdes et plus préoccupantes. Toutes ces questions, si elles sont bien expliquées, me semblent pouvoir être très bien comprises par les patients.

M. Christian SAOUT : Les référentiels seraient extrêmement sécurisants pour les patients. En outre, ils présentent un aspect très pédagogique. Il ne faut pas néanmoins en avoir une vision « fermée ». Ainsi, il faut pouvoir prendre en compte les aléas ou ce qui n'a pas « fonctionné ». On doit pouvoir prendre en compte un événement ou un besoin particulier et les faire évoluer. Les référentiels doivent être sécurisants, pédagogiques et pouvoir prendre en compte les événements nouveaux dans la vie du patient.

En outre, ils doivent être établis par un organisme indépendant. Il faut aussi que la question du service médical rendu soit posée par des médecins indépendants. Ensuite, que l'on décide de payer au-delà de ce qui est nécessaire parce que l'on dispose des richesses suffisantes est une question qui relève de la responsabilité collective.

Concernant la responsabilisation, il faut faire extrêmement attention à la question des dossiers médicaux partagés. Il faut rappeler à cet égard qu'une loi a été votée en 2002, qui assure au patient l'accès direct à son dossier médical. On ne peut envisager la mise en œuvre de dossiers médicaux informatisés auxquels le patient n'aurait pas accès. Le partage du dossier médical ne saurait exclure le patient. Pour autant, vous ne devez pas vous méprendre sur mes propos : nous ne sommes pas hostiles à son principe. Je milite simplement pour que le patient puisse toujours avoir accès à son dossier. C'est la qualité des soins et la régulation du système de santé qui en dépendent. En revanche, cela doit se réaliser en toute transparence pour les patients. Aussi semble-t-il nécessaire de remettre à plat la question de l'informatisation des données de santé. L'amélioration des conditions de

prise en charge financière des soins ne doit pas se réaliser au détriment du patient et de son information. Il faut mener deux combats de front : l'amélioration du système de santé publique et la garantie des droits individuels et collectifs sur les données médicales.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Je tiens à vous remercier, au nom des députés ici présents, de la qualité de vos exposés et de vos idées. Vous nous avez impressionnés. Vous avez su représenter vos mandants, les patients. Vous avez réussi à redonner du lustre au mot « usagers ».

**Table ronde « gestionnaires des caisses obligatoires »¹ regroupant
M. Yves HUMEZ, directeur général de la CCMSA,
M. Daniel LENOIR, directeur de la CNAMTS,
MM. Gérard QUEVILLON et Daniel POSTEL-VINAY, président et directeur
général de la CANAM**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 5 mai 2004)

Présidence de M. Jean-Michel DUBERNARD

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Mes chers collègues, nous accueillons pour cette seconde table ronde, qui clôturera la journée, les représentants des caisses d'assurance maladie obligatoire. Je vous présente M. Yves Humez, directeur général de la CCMSA, accompagné de M. Dominique Bertrand, médecin-conseil, et de M. Vincent Lidsky, directeur délégué aux politiques sociales. Nous entendrons également M. Daniel Lenoir, directeur de la CNAM, et MM. Gérard Quevillon et Daniel Postel-Vinay, respectivement président et directeur général de la CANAM. Messieurs, je vous souhaite la bienvenue. Cette mission est présidée par le Président Jean-Louis Debré, qui a assisté à toutes les réunions jusqu'à présent mais qui est actuellement retenu par un problème imprévu. La mission d'information a pour objectif de contribuer à éclairer les choix de la représentation nationale sur l'avenir de l'assurance maladie avant l'examen du projet de loi, qui aura lieu dans les semaines qui viennent. Je souhaiterais que vous nous livriez vos réflexions à propos de trois questions fondamentales. Tout d'abord, quels sont les grands principes qui doivent continuer à régir l'assurance maladie ? Je souhaiterais que vous puissiez répondre assez rapidement à cette question. Ensuite, quel diagnostic faites-vous des difficultés actuelles ? Il s'agit d'évoquer bien évidemment les problèmes financiers, mais aussi les dysfonctionnements qui risquent, à la longue, de miner la qualité et le fondement même du régime. Sur ces questions, les travaux du Haut Conseil sont très éclairants. Enfin, et surtout, quelles sont les pistes envisageables pour une éventuelle réforme concernant les recettes, les dépenses, l'organisation, le fonctionnement et la gestion de notre système de soins ?

M. Daniel LENOIR : En ce qui concerne les grands principes, il ne me semble pas nécessaire d'insister longuement, dans la mesure où tout le monde est attaché à l'assurance sociale. Cependant, il est peut-être utile de commenter ces deux termes. Si la dimension sociale renvoie à la solidarité, il ne faut pas oublier que le système d'assurance maladie est une assurance : dans un récent dépliant que nous avons envoyé aux assurés, nous avons rappelé que nous couvrons un risque, et il me semble important de le rappeler. Ce risque, nous l'avons chiffré. Par exemple, le risque maternité, qui est un risque heureux, représente, pour une cotisation moyenne, l'équivalent d'un an de cotisation.

En matière de diagnostic, je serai là encore relativement bref, dans la mesure où, vous l'avez dit, les travaux du Haut Conseil ont largement traité ce thème. J'aimerais quant à moi insister sur les dépenses. J'ai souhaité que la caisse nationale approfondisse le diagnostic du Haut Conseil sur ce volet, et nous avons fait une étude, que je tiens à votre disposition, démontrant depuis 1998 une tendance à la dépense de + 2,8 milliards d'euros par an, et ceci en retirant du déficit toutes les composantes conjoncturelles, et en laissant inchangées les composantes du côté recettes. Il est impossible, et en cela cette étude conforte le diagnostic du Haut Conseil, de couvrir ces dépenses grâce à une hypothèse économique de croissance, car cette dernière devrait alors être supérieure de deux points à la croissance normale et habituelle. De même, ce déficit ne peut être couvert par l'endettement : en effet, si des mesures sur les recettes n'avaient pas été prises, le rétro-

¹

CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CANAM : Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes

calcul effectué à partir des travaux du Haut Conseil conduirait à estimer que l'endettement depuis 1990 avoisinerait aujourd'hui 200 milliards d'euros. Ce déficit, enfin, ne peut pas non plus être entièrement couvert par des recettes : en effet, si nous transformons, pour les besoins du calcul, cette dérive en points de CSG, nous aboutissons à une augmentation de celle-ci d'un point tous les trois ans. De la même manière, comme l'a dit le Haut Conseil, une politique de déremboursement ferait passer les taux moyens de remboursement à 55 % à l'horizon 2020, ce qui impliquerait non seulement des problèmes en matière d'exclusion des soins, mais aussi, et je voudrais insister sur ce point, une concentration des dépenses de l'assurance maladie sur la dépense prise en charge à 100 % qui est précisément celle qui augmente le plus rapidement. Ainsi, lorsque la dépense prise en charge avec le ticket modérateur augmente de 4 à 5 % par an, celle prise en charge à 100 % augmente de 12 à 14 %. La principale conclusion en matière de diagnostic, et il faut saluer en cela la pertinence des travaux du Haut Conseil, est la nécessaire redéfinition du périmètre des soins remboursables. Les analyses que nous avons menées à la caisse nationale d'assurance maladie mettent en évidence l'existence de marges d'économies considérables au sein même du système. Une récente étude, qui n'est pas encore publiée, montre que si nous harmonisons, pour des populations identiques, les seules prescriptions des médecins généralistes, l'économie potentielle serait de l'ordre de 2 à 2,5 milliards d'euros. Nous savons tous à cet égard que la France est un pays où l'on sur-prescrit. De la même manière, une estimation concernant le périmètre des ALD, ou plus exactement ce qui n'est pas rattaché à l'affection de longue durée, laisse apparaître un potentiel d'économies de l'ordre de 2 milliards d'euros également. De nombreux travaux menés par l'assurance maladie, montrent, concernant les prescriptions de médicaments, les dispositifs médicaux et les actes techniques – comme, récemment, sur la chirurgie de l'obésité –, qu'un certain nombre d'actes ou de médicaments sont prescrits en dehors des indications remboursables.

Il existe certes aujourd'hui une définition du périmètre de soins remboursables, mais elle est à la fois insuffisante et mal respectée. Ce périmètre est aujourd'hui défini au travers de l'AMM pour le médicament, du marquage CE et CEPP pour les dispositifs médicaux, des références médicales opposables, des accords de bon usage des soins et des contrats de bonnes pratiques. Plus récemment, cette définition a été clarifiée, notamment au moment du vote de la dernière loi de financement de la Sécurité sociale par le Parlement, par le dispositif juridique du non remboursable, qui prévoit que cette mention doit obligatoirement figurer sur l'ordonnance lors de la prescription d'actes ou de produits hors indications thérapeutiques ou diagnostiques remboursables. Le potentiel d'économies est très important, et de nombreuses études, menées par la CNAM ou par d'autres caisses, montrent que, sur les indications médicamenteuses uniquement, on observe très fréquemment de 15 à 50 % de prescriptions en dehors des indications de l'AMM. L'étude effectuée sur les hypolipémiants est à cet égard particulièrement significative. Dès lors, pourquoi ce périmètre n'est-il pas respecté ? D'une part, parce qu'il n'est pas assez précis, médicalement et juridiquement : sa définition médicale est hétérogène, comme le montre le cas des AMM, et sa définition juridique est imprécise. D'autre part, parce qu'il n'est pas opposable : il est mal connu et peu responsabilisant pour les assurés et les professionnels de santé. On peut citer à cet égard l'exemple des RMO, qui n'étaient pas opposables aux assurés, et dont l'opposabilité aux professionnels de santé a été remise en cause par des jugements du Conseil d'Etat en 1999. On peut ajouter à ce sujet que les périmètres de soins sont différents en ville et à l'hôpital : les actes ne sont pas remboursés aux mêmes taux, le contenu du périmètre de soins à l'hôpital est différent – il est défini par la marge financière et les consommations médicales sont largement déterminées par l'offre de soins disponible.

La redéfinition du périmètre de soins ne doit pas conduire à limiter ces derniers mais à respecter l'objectif constitutionnel d'accès aux soins : elle doit fixer la ligne de partage entre solidarité collective et responsabilité individuelle. Le périmètre de soins permet d'améliorer les indications médicales et de circonscrire la responsabilité du professionnel. Il est en outre l'élément central de l'achat par la Nation de ses biens et services médicaux. Il s'agit donc de faire de l'assurance maladie un acheteur avisé, dans la

mesure où une meilleure définition permet d'obtenir des éléments plus fiables sur les indications et les volumes. Il est bien évident que la définition du périmètre des soins nécessitera des arbitrages politiques, à la lumière de ce qui est à la fois nécessaire, efficace et utile à la santé. Elle suppose d'indiquer clairement aux assurés sociaux les enjeux de ce périmètre, de missionner une autorité mandatée pour opérer ces choix de gestion et de mettre en place, à cette fin, des critères scientifiques, techniques, économiques et démocratiques.

En ce qui concerne maintenant les modalités de gestion du périmètre de soins, je voudrais proposer trois pistes de réflexion. Tout d'abord, il me semble important de partir du périmètre de soins réel, certes imparfait et imprécis, mais qui a le mérite d'exister : il s'exprime dans une dépense d'assurance maladie, fixée par la loi au niveau de l'ONDAM. L'année dernière, un rapport sur l'exécution de l'ONDAM a montré qu'il était possible de décrire précisément l'utilisation des quelque 116,7 milliards d'euros de cette année-là et d'analyser les écarts par rapport à l'objectif budgétaire et au périmètre tel qu'il est défini. Un tel rapport annuel devrait prendre place dans le processus d'élaboration de la loi de financement de la Sécurité sociale, en décrivant l'utilisation de la dépense, en identifiant les actions correctrices susceptibles d'améliorer le respect du périmètre existant et en précisant ce dernier. Il s'agirait là d'éclairer le Parlement, de fixer le cadre légal de l'action et de permettre une meilleure identification des outils visant à informer les assurés, à mettre en place les leviers contractuels, à intégrer les indications dans les critères de remboursement et à mettre en place les contrôles pertinents.

Ensuite, la caisse nationale a mis en place depuis l'année dernière des plans d'actions de régulation afin de se rapprocher d'une gestion plus précise du périmètre de soins. J'ai engagé ces actions sur les postes de dépenses les plus importants et dont la croissance était la plus forte : les arrêts de travail, les affections de longue durée, les prescriptions d'analyses biologiques, les dispositifs médicaux, les médicaments, les transports sanitaires et la chirurgie ambulatoire. Ces actions s'articulent autour du contrôle, de l'information des usagers et de dispositifs contractuels, qu'il s'agisse d'accords de bon usage ou de références médicales opposables, qu'il faudra remettre en place. Tous ces dispositifs ont un impact réel sur la dépense. Je voudrais citer, à titre d'exemple, les premiers résultats du plan d'action sur les arrêts de travail : nous avons assisté, à la mi-2003, alors que le plan avait été mis en place au début de cette même année, à une inflexion des arrêts de travail en volume – et pas seulement en valeur. Cette baisse semble, au demeurant, persistante. Dans le cadre de ces plans d'actions, il nous faut développer les dispositifs de contrôle de l'attribution de la prestation. Je rappelle qu'il existe aujourd'hui, pour l'assurance maladie, quatre dispositifs de contrôle. Le premier, celui de l'entente préalable, est un mécanisme en amont qui est particulièrement coûteux en moyens. Il est en outre peu efficace lorsqu'il est maintenu sur une longue période, du fait de l'adaptation des pratiques aux critères. Ce mécanisme mériterait d'être centré sur des actes dont les enjeux sont importants en matière de santé autant qu'en termes de dépenses. Nous disposons, en outre, d'un dispositif issu de la loi de financement 2002 qui nous permet de mettre en place un suivi des dispositifs dits innovants, ainsi qu'un second issu de la loi pour 2004, qui donne une base juridique aux PIREs, c'est-à-dire aux protocoles inter-régimes d'examen spécial pour affections de longue durée, qui permet, en amont de la prestation, d'avoir un contrat entre le professionnel de santé, l'assuré social et le médecin conseil. Le second dispositif a été développé en aval de la prestation, en ciblant les contrôles sur les situations des consommateurs ou des prescripteurs atypiques. Nos bases statistiques nous permettent de repérer les déviations par rapport à l'application du périmètre de soins. Il nous reste, et j'attire l'attention du législateur sur ce sujet, à obtenir les moyens de responsabiliser ceux qui abusent, qu'il s'agisse d'assurés ou de professionnels de santé. En outre, l'évolution de nos outils informatiques nous a permis de mettre en place un troisième dispositif de contrôle, à savoir un système de filtres au moment de la liquidation des prestations. Ces derniers, même s'ils sont encore insuffisants, permettent d'isoler les factures et de vérifier leur pertinence : nous souhaiterions élargir ces filtres au comptage des actes. Le quatrième

moyen de contrôle pourrait consister en un dossier de suivi de consommation du patient, alimenté à partir des actes et des produits prescrits : cette solution est techniquement envisageable. Il serait par exemple possible de permettre aux professionnels de santé de se connecter aux bases de l'assurance maladie pour connaître en temps réel l'ensemble des consommations de leur patient sur une période de deux ans environ.

La troisième idée visant à améliorer la gestion du périmètre de soins consiste à permettre aux personnels de santé de mieux gérer ce dernier. Cette idée me semble importante, mais je la développerai peu car je pense qu'elle fait l'objet d'un accord général. Outre l'information et l'accès au dossier de suivi de la consommation des patients, cette évolution implique une meilleure diffusion de références médicales – qui devraient être plus nombreuses – et leur intégration dans les logiciels de pratique professionnelle. Elle suppose en outre la mise en place d'un dossier médical du patient afin d'améliorer significativement la coordination et la qualité des soins. De manière générale, les solutions visant à améliorer la coordination des soins et la complémentarité des professionnels contribuent à cette meilleure gestion du périmètre de soins, comme tous les dispositifs de qualité au demeurant.

Pour conclure, s'il ne m'appartient pas de fixer précisément le cadre d'organisation du système, je crois qu'une gestion dynamique des dépenses de l'assurance maladie et du périmètre de soins est possible dès lors que les responsabilités sont clarifiées, autour de trois rôles. Le premier est le cadre budgétaire général, à savoir l'ONDAM, et la définition plus précise des droits aux prestations et des devoirs de chacun. Il est bien évident que ce rôle incombe au législateur. Le deuxième pourrait être assumé par une instance, aujourd'hui manquante, qui serait chargée de mesurer l'utilité médicale des actes et des produits : il pourrait incomber à un Haut Conseil. J'insiste sur cette notion d'utilité médicale, car il n'y a pas de bijection entre cette dernière et la définition du remboursement. Enfin, il me semble que le troisième rôle est celui du gestionnaire, qui doit posséder des marges de manœuvre suffisantes pour gérer le périmètre de soins sur les bases juridiques et médicales que j'ai exposées.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : La nouvelle organisation proposée par le ministère de la santé suggère une union des caisses d'assurance maladie obligatoire : qu'en pensez-vous ? Comment imaginez-vous cette union ? Quelle doit être, pour vous, l'étendue de la délégation de gestion ? Comment imaginez-vous l'application des avis de la Haute autorité sur le périmètre des soins remboursés ? Enfin, comment voyez-vous les relations et la concertation avec les assureurs complémentaires pour mieux maîtriser les dépenses ? Il nous est clairement apparu, au cours de la table ronde que nous avons organisée ce matin, que les assureurs complémentaires ne sont pas d'accord entre eux sur ce qu'ils doivent rembourser au-delà des remboursements de l'assurance obligatoire. C'est la vision de la santé elle-même qui est en jeu, qu'elle doive entrer dans le domaine du marché ou rester accessible à tous.

M. Yves HUMEZ : Préalablement, permettez-moi d'excuser notre présidente, Mme Gros, qui aurait aimé être présente mais qui a été contrainte par des obligations dont elle n'a pu se libérer.

En ce qui concerne les grands principes, j'irai assez vite. Le premier d'entre eux, la solidarité, est particulièrement important pour les populations agricoles, du fait que la plupart des assurés ne disposent que très rarement de revenus garantis. Sans entrer dans les détails des contraintes inhérentes à ces professions que vous connaissez bien, on peut affirmer que le souci de solidarité y est particulièrement prégnant. De la même manière, pour les salariés du monde agricole, souvent précaires ou saisonniers, ces valeurs de solidarité prennent un relief particulier. La seconde valeur sur laquelle il convient d'insister est la responsabilité, qui est véritablement au cœur des préoccupations de la MSA. Je vous

rappelle que la MSA dispose d'un réseau d'élus de terrain très impliqués – délégués et administrateurs –, qui l'a amenée à être à l'initiative de nombre d'expérimentations, notamment les expérimentations Soubie. La solidarité et la responsabilité sont donc au cœur des valeurs de la MSA.

Nous partageons le diagnostic du Haut Conseil dans la mesure où nous avons participé à ses travaux. Il existe néanmoins quelques différences, qui sont liées aux particularités de la mutualité sociale agricole et de son public. Tout d'abord, la représentativité n'est pas soumise à caution dans le régime agricole, du fait d'élections régulières. Ensuite, notre organisation est basée sur le guichet unique ; nous prenons en charge l'ensemble de la protection sociale. Cette particularité nous permet de développer une approche médico-sociale particulièrement intéressante qui nous permet d'aborder les problèmes de manière plus globale. Nous avons en outre une longue pratique des collaborations avec les assureurs complémentaires, développée dans le cadre d'accords et de partenariats. Enfin, nous bénéficions d'une approche plus simple et plus directe des populations de notre périmètre du fait notamment de la pratique du guichet unique.

Si l'on s'intéresse maintenant à la consommation des soins, il est important de prendre en considération une première particularité des populations concernées, à savoir une moyenne d'âge plus élevée que dans les autres régimes. Cette particularité explique le nombre important de patients en affections de longue durée dans le régime agricole (22 % contre 12 % dans le régime général), et des recours spécifiques aux soins médicaux, à savoir un recours plus fréquent au médecin généraliste et un recours nettement moins fréquent aux médecins spécialistes (ce dernier est deux fois moins important dans la population agricole que dans le reste de la population). Ces éléments doivent vous permettre d'identifier les problématiques spécifiques aux populations agricoles, auxquelles il faut ajouter celle de l'accès aux soins, compte tenu bien entendu des lieux de vie et de l'inégale couverture du territoire en matière d'accès à certains professionnels de santé.

En ce qui concerne les solutions proposées, nous avons évoqué, s'agissant du périmètre des soins et services, la qualité et la responsabilisation, et nous sommes favorables à une Haute autorité qui définisse le panier de soins et qui permette de trancher le débat sur les remboursements. Cette instance doit pouvoir donner aux régimes gestionnaires des informations et des références utiles. Nous sommes également favorables à ce que l'assurance maladie obligatoire soit présente sur tous les champs, et à ce que l'assurance complémentaire reste complémentaire. Nous avons, dans le cadre d'une expérimentation intitulée « prophylaxie dentaire », qui s'adressait aux enfants de 7 et 12 ans du monde agricole, montré tout l'intérêt de la prévention et d'une action en partenariat avec les complémentaires. Nous constatons, quelques années plus tard, des gains significatifs en matière de dépenses de santé et d'amélioration de la qualité. Nous pouvons donc revendiquer une longue tradition de travail avec les assurances complémentaires. Ainsi, l'expérimentation « Groupama partenaires santé » nous a permis de vérifier sur le terrain que la mise en place de dispositifs tels que des rencontres de pairs évoquant leur pratique combinées à la prise en charge d'assurés au titre du tiers payant, par exemple, avaient des impacts réels et mesurables sur la qualité et le coût des soins. Nous avons également développé les réseaux gérontologiques, sur 19 sites, et nous avons observé, à partir d'une évaluation récente, que les effets en matière de qualité et de coût sont là encore significatifs. Les expérimentations ont confirmé qu'il était possible d'améliorer l'organisation des soins, leur qualité, mais aussi de favoriser une diminution des coûts. La voie de leur généralisation doit être recherchée.

Concernant la responsabilisation des assurés, nous estimons qu'il est nécessaire, d'une part, de développer la prévention en allant jusqu'à créer un lien entre cette dernière et l'accès au remboursement. On peut penser, notamment dans le domaine dentaire, à des dispositifs prévoyant un meilleur remboursement lorsque l'assuré a suivi le

parcours de prévention mis en place à cet effet. L'expérimentation que nous avons menée en ce sens montre que les effets positifs sont là encore au rendez-vous. Il serait souhaitable, d'autre part, d'orienter les patients dans des parcours de soins, à partir d'un interlocuteur unique, qui pourrait être le médecin de référence – un médecin généraliste le plus souvent, ou un spécialiste dans certaines situations spécifiques. La prise en charge pourrait alors être modulée en fonction du respect de ce parcours de soins. Nous sommes, par ailleurs, très favorables à la mise en place du dossier médical partagé. Notre participation à ce dispositif est réelle : Mme Gros a rédigé pour le CES un rapport sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé, et a été sollicitée pour prendre la présidence du comité de pilotage du dossier médical partagé. Sur la problématique spécifique des ALD, nous souhaitons renforcer la contractualisation entre l'assuré et le médecin quant au programme de soins et au suivi de ceux-ci. Nous sommes particulièrement attentifs à cette problématique du fait du nombre important d'ALD parmi nos assurés. Nous envisageons de développer des séances d'éducation thérapeutiques permettant au patient d'avoir une meilleure connaissance de sa pathologie. Concernant la responsabilisation des personnels de santé, nous sommes favorables au système des bonnes pratiques et du respect des référentiels, que nous avons éprouvé dans toute une série d'expériences ainsi que dans le plan ALD. Nous avons aussi, dans le cadre des contrats de bonnes pratiques, piloté en inter-régimes un projet intitulé « Exercice en milieu rural » pour faciliter les conditions de remplacement et donc inciter les médecins à rester ou à s'installer en zones rurales.

En ce qui concerne la gouvernance, je répète que nous sommes favorables à la mise en place d'une Haute autorité en santé, autorité scientifique permettant l'optimisation du processus de soins.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Quelle est votre position sur l'union des caisses d'assurance maladie obligatoire ?

M. Yves HUMEZ : Nous avons évoqué cette question devant les ministres lorsqu'ils nous ont reçus. Notre présidente a répété que l'union des caisses ne nous posait aucun problème, dans la mesure où nous pouvons nous prévaloir d'une longue pratique de l'inter-régimes dans les négociations conventionnelles. Le seul élément de réponse complémentaire que l'on peut apporter concerne le fait que cette union doit permettre à chacune des caisses d'exprimer sa particularité, car elles sont en rapport avec des publics qui ont des caractéristiques spécifiques. Ainsi, nous voulons pouvoir exprimer les attentes des populations agricoles et continuer les expériences de terrain, en lien avec les territoires ruraux. Nous sommes en effet convaincus que les régulations et les solutions à apporter viendront de ce type de pratiques.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Qu'en est-il de l'étendue de la délégation de gestion ?

M. Alain CLAEYS : Si vous me le permettez, j'aimerais compléter la question posée par M. le Président. Par rapport au schéma défini, et suite à votre entretien avec le ministre, quels sont selon vous les points qui sont encore en débat concernant notamment le périmètre et l'organisation ?

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Pour préciser et compléter le propos de M. Claeys, j'aimerais vous poser la question suivante : vous vous positionnez en faveur de la création d'une Haute autorité, mais quelles seront les relations entre l'union des caisses et cette Haute autorité ? De même, pouvez-vous préciser la nature des relations avec les complémentaires telles que vous les envisagez ?

M. Yves HUMEZ : Les caisses sont, aujourd'hui, pilotées par des conseils d'administration. La question est donc de savoir ce que vont devenir les membres de ces conseils d'administration, et comment les CA des caisses seront représentés dans cette union des caisses. Leurs membres portent la représentation des régimes au sens politique. Dans notre régime, les présidents et les administrateurs sont des élus, et c'est là une fonction qui a une importance réelle. Il faut, dans un nouveau conseil d'administration, qu'ils puissent porter les orientations importantes en termes d'accès aux soins notamment. Il serait tout à fait possible, dans ces conditions et dans le cadre d'une délégation claire, d'imaginer que la gestion opérationnelle soit confiée à un exécutif qui serait l'émanation des directions des caisses existantes, à la condition que le lien entre cet exécutif et le pouvoir politique issu des conseils d'administration soit établi de façon claire et qu'il permette une relation assez proche de celle que l'on connaît dans notre régime. Cet exécutif regrouperait les directeurs, et le conseil politique pourrait comprendre, à tout le moins, les trois présidents. Ce dernier ne me semble pas devoir être trop élargi : notre proposition pourrait être d'instituer un comité ou une conférence des présidents, dont le fonctionnement serait simple et facile à gérer. Au-delà, il pourrait y avoir un conseil d'orientation plus large, représentant un certain nombre de composantes qui vont au-delà de la composition des conseils existants, en incluant d'autres parties prenantes. Voilà comment nous pouvons nous positionner par rapport à l'union des caisses.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Pardonnez-moi d'insister, mais quelle est votre position concernant les relations avec la mutualité individuelle et les assurances privées ?

M. Yves HUMEZ : D'après ce que j'ai compris du schéma, il pourrait y avoir, parallèlement à cette union des caisses d'assurance maladie obligatoire, une union des complémentaires. Dès lors, une contractualisation entre ces deux unions est envisageable, concernant des dispositifs qui présideraient au partage des prises en charge. Il faudra en l'espèce trouver les voies et moyens d'un fonctionnement qui permette d'engager, par la suite, une négociation avec les professionnels de santé, de telle sorte qu'on ne se retrouve pas dans une situation plus complexe que celle que nous connaissons actuellement. Cette question est aujourd'hui une réelle source d'interrogations pour nous : il pourrait s'agir en quelque sorte d'un conventionnement ou d'un contrat en amont d'une négociation.

M. Gérard QUEVILLON : Sur la question de la gouvernance, nous sommes favorables à la création de l'union des caisses nationales d'assurance maladie, mais nous estimons qu'il serait souhaitable que cette évolution institutionnelle s'accompagne d'une spécialisation des fonctions. L'union des caisses pourrait ainsi se concentrer sur le respect de l'ONDAM. Concernant la délégation de gestion, celle-ci ne doit pas excéder les limites juridiques des caisses nationales afin de ne pas leur confier une mission impossible à remplir. Par exemple, la fixation des tarifs conventionnels peut être déléguée aux caisses, mais pas l'allocation et le respect d'une enveloppe d'honoraires en valeur, dans la mesure où les caisses ne disposent pas des outils juridiques nécessaires. En effet, si l'on souhaite renforcer le rôle des partenaires sociaux, il ne faut pas les mettre, à l'avance, dans une situation d'échec. Nous sommes tout à fait disposés à prendre nos responsabilités, mais nous ne voulons pas que le dispositif aille au-delà de ce que la loi nous autorise à faire. En outre, la délégation doit être réelle pour être crédible : après la fixation d'un cadrage par le gouvernement, les professionnels ne doivent pas pouvoir négocier simultanément ou successivement avec les caisses nationales et le gouvernement. Je crois qu'il nous faudra retrouver un certain équilibre ainsi qu'une plus grande clarté, car la situation que nous vivons depuis un certain temps est, pour les présidents notamment, difficilement supportable.

Vous ne serez pas surpris, dans la mesure où je représente les indépendants, du choix que nous opérons entre les mesures d'économie et celles qui visent à augmenter les recettes : les professionnels indépendants préfèrent maximiser les économies et minimiser les augmentations de charges. En matière d'économies, il nous semble qu'il faut combattre l'idée de gratuité des soins et trouver les moyens de montrer que les soins ont un coût. L'objectif est de mettre ce principe en pratique sur le terrain, par la mise en place d'une franchise annuelle, dont le montant serait variable selon les revenus. Cette mesure serait bien acceptée par les professionnels indépendants. Nous considérons qu'un petit « reste à charge » doit demeurer, sur le modèle des allocations familiales ou des allocations logement qui prennent en compte les revenus du ménage. Cette mesure est peut-être difficile à mettre en œuvre, mais elle nous semble nécessaire.

M. Pierre MEHAIGNERIE : De quel ordre serait cette franchise ?

M. Gérard QUEVILLON : Nous n'avons pas, à l'heure actuelle, suffisamment travaillé sur le sujet, mais nous pensons qu'elle doit être indexée sur les revenus familiaux. Il n'est pas pensable, en effet, qu'une personne sans moyens ne puisse pas se soigner parce que le « reste à charge » serait trop important. En revanche, il serait juste qu'une personne qui en a les moyens participe davantage à la prise en charge des soins. Il nous semble donc qu'il faut laisser une partie de la dépense à la charge de l'assuré, entre la part prise par l'assurance obligatoire et celle de la complémentaire, afin de mettre un frein au raisonnement qui veut que plus on a les moyens, plus on se couvre par des assurances complémentaires. Ce raisonnement pourrait mener, si les assureurs jouaient le jeu jusqu'au bout, à faire rembourser le non-remboursable. Nous avons, pour notre part, l'habitude de travailler avec les assureurs, qui sont nos organismes conventionnés : il nous semble possible de faire comprendre cette nécessité d'un « reste à charge » pour les consommateurs, seul véritable frein efficace à la croissance des dépenses.

M. Daniel POSTEL-VINAY : Concernant la gouvernance et la gestion proprement dite de l'assurance maladie, nous attendons, c'est une image, le Carlos Ghosn de l'assurance maladie. Certains chantiers de modernisation très importants traînent depuis plusieurs années, comme, par exemple, celui de la prescription électronique. Une modernisation de grande envergure de la gestion de ces réseaux est absolument nécessaire. La délégation de gestion aux caisses, quant à elle, m'amène à insister sur ses limites. Nous devons raisonner, pour le type de dépense qui nous concerne, en prix, volume et effet panier. Par conséquent, il nous faudra être très attentifs à la compétence déléguée : si cette dernière est une compétence tarifaire, il ne faut pas demander à ceux qui ont reçu délégation de gérer une enveloppe en valeur. Il existe aussi des limites constitutionnelles à la délégation. Il est important d'éviter les malentendus avec les partenaires sociaux. Enfin, nous sommes assez rapidement confrontés en la matière à un problème de légitimité. En effet, l'utilisation des outils véritablement efficaces en matière de maîtrise de dépenses nécessite une très forte légitimité : il s'agit là d'une limite évidente à la délégation de gestion aux partenaires sociaux.

M. Alain CLAEYS : Quelle est, dès lors, votre conclusion ?

M. Daniel POSTEL-VINAY : Ma conclusion est que les transferts de responsabilité sans transfert de compétence juridique ou sans légitimité suffisante pour exercer la compétence déléguée sont risqués. On voit bien actuellement, dans le cas de l'UNEDIC, que pour la population, pour les citoyens, ce ne sont pas les partenaires sociaux qui sont responsables lorsqu'il y a un coup dur mais bien le gouvernement ou le Parlement. Il faut être très attentif à cette situation et veiller à ce que les véritables responsables devant l'opinion ne donnent pas le sentiment qu'ils cherchent à esquiver leurs responsabilités. Je voudrais ajouter un mot à propos de la mutualité et des assureurs. Il peut être intéressant de leur accorder un rôle plus important dans le dispositif mais en prenant garde à deux éléments.

Tout d'abord, il existe des zones de conflits d'intérêt majeurs entre les régimes de base et les complémentaires, essentiellement à propos de la gestion de la frontière d'exonération du ticket modérateur. D'après les études que nous avons menées, nous estimons aujourd'hui qu'entre 5 et 10 % des dépenses ambulatoires de l'assurance maladie au titre des ALD sont, à tort, exonérées du ticket modérateur. Il est difficile de gérer rigoureusement cette frontière si ceux qui la gèrent ont un intérêt évident à laisser dériver l'exonération du ticket modérateur. Voilà un exemple concret de conflit d'intérêt. En revanche, sur des sujets comme le re-calibrage du panier de soins, il est plus facile de trouver un accord. Cependant, nous ne devons pas nous faire d'illusions : ce ne sont pas ces sujets qui sont les plus porteurs d'économies potentielles.

La seconde limite de ces partenariats tient en ce que l'autorité de la FFSA et de la FNMF sur, respectivement, les sociétés d'assurances et les mutuelles, est faible. Ces entreprises doivent tenir compte de la loi du marché. Par conséquent, il ne faut pas imaginer que l'on va pouvoir demander à ces organisations de jouer un rôle qu'elles n'ont ni les moyens juridiques, ni les moyens économiques, de jouer. Je souhaiterais, pour terminer, attirer votre attention sur le respect de l'ONDAM. La gestion du risque et les délégations de gestion en matière d'effet-prix sur les honoraires ne sont pas des outils suffisamment efficaces pour la gestion de l'ONDAM. La gestion du risque concerne des études, dont le montage prend deux ou trois ans, et qui ne peuvent pas produire d'économies significatives. On ne peut véritablement garantir le respect de l'ONDAM qu'en modulant le montant des participations de manière infra-annuelle : c'est là le seul outil disponible réellement efficace. Il est clair que si nous nous engageons sur la voie d'un système de franchise annuelle, nous pourrions concevoir que le Parlement, chaque année, dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale, fixe la limite dans laquelle le gouvernement est autorisé à moduler les participations. Ce dispositif exercerait un effet de levier puissant sur l'ensemble des partenaires, et chacun s'efforcerait de respecter l'ONDAM pour ne pas devoir utiliser cette arme.

M. Pierre MEHAIGNERIE : J'attends avec impatience les contributions écrites de MM. Quevillon et Postel-Vinay, et j'aurais aimé savoir si leurs positions étaient partagées par les deux autres intervenants, concernant notamment les problématiques de la responsabilité et des marges financières des plans nationaux.

M. Alain CLAEYS : J'aimerais savoir quelle sera la place de la Haute autorité par rapport à l'Etat et aux différents partenaires en présence.

M. Jean-Marie ROLLAND : J'aimerais poser trois petites questions. Vous avez, dans chacun de vos régimes, l'obligation de gérer un certain nombre de dossiers de CMU. Je rappelle qu'ils sont environ 5 millions, et que vous en gérez 80 %. A partir de cette expérience, quelles sont vos préconisations concernant l'assurance à titre complémentaire des 8 à 10 % de Français qui sont trop riches pour bénéficier de la CMU et pas assez pour payer une assurance complémentaire ? Je pense en effet que nous devons absolument nous occuper d'eux. Ensuite, vous avez parlé de franchise sans vouloir nous donner de chiffre. Dès lors, je vous pose une question, à laquelle vous n'êtes pas obligés de répondre immédiatement : quelle part laissez-vous à la charge d'un smicard qui a une consultation à 20 euros et une prescription à 40 euros ? Si vous le souhaitez, je peux formuler ma question autrement : combien lui laissez-vous à la fin de l'année ? Enfin, une petite question méchante pour terminer, si vous le permettez : qu'est-ce qui justifie encore aujourd'hui l'existence de trois grandes caisses d'assurance, sans compter toutes les petites ?

M. Jean-Luc PREEL : Mes questions risquent d'être également un peu provocantes. La première porte sur la légitimité du paritarisme, qui me semble ne souffrir aucune contestation concernant les accidents du travail, les maladies professionnelles et le chômage. En revanche, est-il légitime à gérer la santé, qui commence à la naissance et finit

avec la mort ? Quel est le lien avec le travail ? Comment mettre ce paritarisme en œuvre ? Nous avons entendu le Premier ministre parler de paritarisme rénové : qu'entendez-vous par là et comment le mettre en œuvre si le MEDEF ne participe pas ? Ma deuxième question concerne le système de soins, qui à mon sens est un tout et regroupe l'hôpital et l'ambulatoire. Vous avez dit, M. Lenoir, vouloir gérer le périmètre de soins remboursables. Or l'hospitalisation est remboursée : envisagez-vous de gérer l'hôpital, en sachant que le personnel intervient pour 65 % des dépenses, qu'il est soumis au statut de la fonction publique et que c'est en général le gouvernement qui prend les décisions de reclassement et de revalorisation ? Comment ferez-vous pour gérer l'hôpital ? Ma troisième question concerne l'union des caisses. Sur quelles bases cette union sera-t-elle réalisée ? S'opérera-t-elle selon le poids de chacun ? Et je vous soumetts une réponse que nous avons obtenue ce matin de la part de la fédération des mutuelles. Cette dernière a dit aux assureurs et aux associations de prévoyance que les répartitions se feraient en fonction du poids démographique de chacun. M. Lenoir, souhaitez-vous décider pour les deux autres dans cette union des caisses ? Et, en ce qui concerne la MSA, qui gère à la fois la santé, la famille et les retraites, comment pensez-vous préserver le guichet unique ? Une autre question concerne le dossier médical partagé informatisé, dont le Premier ministre attend qu'il produise une économie de 6 à 7 milliards d'euros, ce qui n'est pas négligeable : dans quels délais sera-t-il mis en œuvre et quelles économies peut-on en attendre ? Les bonnes pratiques, quant à elles, concernent la mise en œuvre des référentiels. Si elles ne sont pas appliquées, quel est le rôle du service médical et quelles seront les conséquences pour les déviants ? Par ailleurs, l'INSEE de la santé, telle que je l'appelle, est dans les projets semble-t-il : pensez-vous que cette solution centralisée de traitement et de communication des données à tous les acteurs soit souhaitable ? Enfin, une question importante sur le financement. D'une part, j'ai cru voir, en lisant rapidement les préconisations de la MSA, que vous n'étiez pas favorables à une augmentation de la CSG. Or nous sommes en présence d'un déficit cumulé de 33 milliards d'euros : comment le financer, quelles sont vos pistes ? D'autre part, on sait que les dépenses de santé augmentent de 2 % de plus que le PIB en moyenne : avez-vous des propositions pour financer ces dépenses ?

M. Daniel LENOIR : Je vais tenter de répondre brièvement à chacune des questions. J'estime, tout d'abord, que réaliser l'union des caisses est une bonne idée dès lors qu'il y a une délégation de gestion importante. Celle-ci ne peut s'envisager raisonnablement que de la façon la plus large possible, dans la mesure où, comme l'a dit M. Postel-Vinay, il y a une continuité de la dépense : l'ONDAM est un tout. Il est bien évident que cette large délégation pose un réel problème de légitimité et de délégation de compétences. De deux choses l'une : soit il y a une délégation sur la responsabilité de la dépense, auquel cas il faut la déléguer réellement du fait de la continuité de celle-ci, soit il n'y a pas de délégation du tout. Je voudrais par ailleurs ajouter qu'il me semble utile de maintenir, aux côtés d'un opérateur unique, des réseaux de terrain qui permettent une certaine émulation, garantie de l'innovation, à condition bien entendu que ces réseaux soient suffisamment importants. A partir de là, je le répète, l'union des caisses permet de concilier, dès lors qu'il y a une délégation, les avantages de l'opérateur unique et ceux de la diversité des réseaux. Pour répondre à M. Prétel, la question de l'hôpital est probablement la question la plus difficile en matière de régulation de la dépense. L'hôpital représente 52 % des dépenses, et, vu de la caisse nationale d'assurance maladie, vu du rapport sur l'exécution de l'ONDAM, c'est une boîte noire : on ne sait pas ce qu'on y dépense. Je ne dis pas que je m'en satisfasse, mais c'est un fait. A ce sujet, la mise en place de la tarification à l'activité, dont je suis un fervent partisan, va nous permettre de sortir de cette situation, avec certes un certain nombre de risques qu'il ne faut pas sous-estimer. Il faudra à cet égard aller jusqu'au bout de la logique : j'imagine mal comment on pourra mettre en place une tarification à l'activité s'il n'y a pas de continuité du suivi des soins.

En ce qui concerne le dossier médical partagé, il est tout à fait possible d'avoir très rapidement accès aux bases de données existantes de l'assurance maladie, à la différence près qu'il n'est pas possible, actuellement, d'accéder aux actes réalisés à

l'hôpital. Les études sont en cours, mais je pense que le délai de mise en place est inférieur à un an. Le dossier médical partagé tel que l'a évoqué un peu plus longuement M. Humez renvoie à un dispositif différent, plus lourd et plus complexe : il s'agit en effet d'un outil mis à la disposition du patient et du professionnel de santé et qui permettrait un suivi et une coordination dans la durée. Le premier gain que l'on peut attendre de ce dossier est une économie réalisée sur les dépenses, du fait d'une meilleure définition du périmètre de soins. Le second avantage, essentiel lui aussi, concerne l'amélioration de la qualité des soins.

Je reviens maintenant, M. le Président, à votre question sur les assureurs complémentaires. Je suis tout à fait conscient, comme l'a souligné M. Postel-Vinay, des conflits d'intérêt qui peuvent exister entre eux. Il y en a en revanche très peu, pour des raisons évidentes, entre les régimes obligatoires : il y a une petite émulation, plutôt saine d'ailleurs, mais guère de conflits d'intérêt. Il faut, à ce sujet, distinguer deux éléments. En ce qui concerne l'accord sur le périmètre de soins, je ne vois pas d'obstacle à des accords avec les assurances complémentaires. Il peut certes y avoir, dans certains cas, des conflits d'intérêts, mais on a vu dans l'accord sur la visite, et on le voit aujourd'hui sur la question du déplacement, à quel point il est important que les assureurs complémentaires puissent s'impliquer dans une régulation du périmètre de soins. Le second sujet que nous devons traiter concerne toute la partie qui se trouve en dehors du périmètre de soins remboursables.

A propos de la Haute autorité, je ne pense pas, très franchement, qu'elle puisse elle-même définir ce qui est remboursable et ce qui ne l'est pas. J'estime en revanche que sa mission doit être de définir les critères de l'utilité médicale. On constate en la matière un réel manque de cohérence et d'outils méthodologiques. Définir, ensuite, à partir de cette utilité médicale, le remboursement et son taux me paraît être une démarche particulièrement cohérente : il faut accepter que les taux de remboursement soient différents en fonction d'utilités médicales différentes. Il me semble qu'il s'agit là d'un domaine devant relever soit des pouvoirs publics, soit de la délégation de gestion. Ce type de problématique peut en effet se déléguer assez facilement, à partir du moment où le Parlement en fixe le cadre et les limites, car, d'un point de vue constitutionnel, il est nécessaire que la délégation ait une base législative.

Concernant la CMU, l'expérience que nous menons actuellement, à savoir une aide à la mutualisation, n'est pas réellement positive. Il s'agit vraisemblablement d'une bonne idée, mais sa mise en place n'est pas satisfaisante, du point de vue du montage et de l'accès : le taux de réussite est assez faible. Je crois au demeurant que c'est ce type de situation qu'il faudrait pouvoir généraliser, et conditionner l'accès à ce type d'aide à des accords avec le régulateur, en mettant en place un cahier des charges. La CANAM avait lancé un appel d'offre qui reflétait ce type de préoccupation. La caisse nationale n'avait pas pu le faire à l'époque.

Sur la question de l'existence de trois grandes caisses, je crois qu'il apparaît clairement aujourd'hui qu'il n'y a plus qu'un seul régime en matière d'assurance maladie, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il ne doive y avoir qu'un seul gestionnaire : il peut y avoir des réseaux différents, sachant que l'union des caisses aurait un rôle à jouer dans ce paysage. Concernant la question de M. Prél sur la légitimité du paritarisme, et sans vouloir me dérober, vous comprenez bien que je ne puisse pas vous donner de réponse définitive et complète. Néanmoins, si nous souhaitons qu'il y ait une source de légitimité au sein même des différents régimes d'assurance sociale, nous avons besoin d'instances regroupant des représentants des assurés sociaux. Pour le régime général, il nous faudra nous prononcer, et il reviendra au Parlement de trancher, sur les instances de gouvernance, en nous interrogeant, ainsi que M. Humez l'a suggéré, sur les relations entre ces instances et les exécutifs. Il est à cet égard presque certain que nous ne pourrions pas rester sur l'idée d'un paritarisme pur, qui, d'ailleurs, n'est plus en vigueur actuellement : le conseil d'administration de la CNAM n'est pas le fruit d'un paritarisme pur, et pas seulement parce

qu'une composante est absente. Une troisième composante y est en effet présente outre la mutualité : les personnalités qualifiées. Il n'en reste pas moins que la représentation des assurés au sein des instances me semble incontournable.

Concernant les arrêts de travail et le rôle du service médical, nous avons relancé, les contrôles au début de l'année 2003, non pas pour faire la chasse aux arrêts de travail en général, mais pour débusquer ceux qui sont injustifiés. Il est tout à fait probable, au passage, que nous n'ayons pas fait les efforts de communication nécessaires à ce moment-là. Nous manquons, très franchement, de références en matière de prescriptions d'arrêts de travail pour pouvoir nous prononcer, en fonction de la situation, sur la justification de l'arrêt de travail.

M. Jean-Luc PREEL : Je voudrais compléter votre propos car une piste a été lancée il y a quelques jours à ce sujet : elle préconise que le médecin pourrait prescrire le premier arrêt de travail, et que les renouvellements éventuels pourraient être effectués par le service médical de la caisse.

M. Edouard LANDRAIN : Au fil des rencontres que nous avons faites sous votre autorité, M. le Président, nous nous sommes rendu compte que la carte Vitale est peut-être le pivot du système, et qu'il était possible, techniquement, de la sophistiquer de telle manière que l'on puisse y retrouver l'ensemble des renseignements du dossier médical. Pensez-vous que cette amélioration technique pourrait nous permettre de regrouper sur un même support le nombre de visites, le suivi médical et tous les renseignements utiles ? Vous le savez, cette carte a un coût : êtes-vous prêts à participer financièrement à sa mise en place, avec l'aide bien évidemment des caisses complémentaires et, éventuellement, de l'Etat ?

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Je voudrais, quant à moi, insister sur le nombre de médecins du conseil médical, à savoir environ 2 200 pour 2 500 postes : cela vous paraît-il suffisant ? Ne devrait-on pas, en outre, dissocier leurs fonctions de contrôle et de conseil ?

M. Daniel LENOIR : La réorganisation que nous opérons actuellement conduit effectivement à mieux dissocier les fonctions de conseil et de contrôle. Se limiter à dire que le nombre de médecins conseil est insuffisant serait, à mon sens, exagéré. Il est important, d'abord, de mieux cibler leur travail, et nous nous y employons. Peut-être faudra-t-il, ensuite, demain, augmenter les effectifs. Pour vous donner un exemple, nous avons dans nos bases les moyens d'identifier les consommateurs et les prescripteurs atypiques, sur lesquels nous devons faire porter, en priorité, notre effort de contrôle : faire du contrôle tous azimuts n'est ni productif ni efficace. La problématique de la carte Vitale, telle que vous la présentez, est tout à fait conforme au projet Vitale 2 que nous menons actuellement. Il est financé par les régimes obligatoires, et les régimes complémentaires ont prévu d'y participer. L'idée principale est d'avoir Vitale en ligne, car nous ne mettrons jamais toutes les informations sur une petite puce : elle devrait permettre de se connecter sur des serveurs de données, pour les liquidations, et sur les serveurs des organismes complémentaires. J'ajoute que ce dispositif doit aboutir, *via* des accès Internet, à la prescription électronique.

Nous avons actuellement les moyens, grâce à la mise en place du SNIRAM – Système national inter-régimes d'assurance maladie – que le Parlement a voté il y a quelques années, de faire fonctionner l'INSEE Santé que vous appelez de vos vœux, M. Préel. Nos bases de données sont de plus en plus précises, et servent non seulement aux contrôles mais aussi à nourrir toutes les études que nous menons et que vous recevez, je pense, régulièrement. Je ne suis pas, en revanche, absolument persuadé qu'il soit nécessaire d'isoler ce dispositif dans un établissement public : peut-être un groupement d'intérêt public serait-il suffisant. Il y a, dans le « village » des outils d'analyse des données de santé

plusieurs « maisons » qu'il serait préférable, à mon sens, de pouvoir faire travailler de concert.

M. Yves HUMEZ : Je ne répondrai pas à toutes les questions, dans la mesure où certaines de mes réponses sont identiques à celles qui viennent d'être données. En ce qui concerne l'augmentation de la CSG, je ne peux que vous rappeler que le monde des exploitants agricoles n'a jamais été très favorable, comme vous le savez, à la hausse des prélèvements. En ce qui concerne la franchise, même s'il est souhaitable de n'écarter aucune solution, on se souvient qu'il y a une vingtaine d'années, des travaux avaient été effectués pour essayer de mettre en place des franchises, dont on a vu tous les effets pervers. Ce système implique en effet nombre d'exonérations de franchise, ce qui, a terme, est très peu efficace. Du fait de ces nombreux effets pervers, la franchise n'est donc pas une solution que nous appelons de nos vœux.

Sur l'hôpital, nous pensons que la TAA peut nous apporter un certain nombre de solutions, mais à certaines conditions. En effet, lorsque les hôpitaux seront performants, la dotation TAA sera suffisante pour équilibrer leur fonctionnement, mais, dans le cas inverse, le tarif qui leur sera alloué sera inférieur aux besoins. Il faudrait alors trouver une méthode qui puisse contraindre, sur un délai relativement court, ces hôpitaux à fonctionner dans le cadre d'une véritable tarification à l'activité. En effet, si l'on opte pour une TAA et qu'en même temps on alloue un complément de ressources parce que celle-ci est insuffisante, on se heurtera à une réelle difficulté. Il y a néanmoins là un moyen de travailler à produire des économies dans le secteur hospitalier. En matière de régulation, nous sommes très favorables, du fait probablement de notre organisation et de la présence de délégués dans les cantons, à la solution de proximité. Je crois qu'il faudra, demain, aller convaincre les usagers de la nécessaire évolution de leurs pratiques. Il ne s'agit pas uniquement de discours : nous menons actuellement des expérimentations qui sont significatives. Par exemple, nous mettons en place une opération intitulée « Seniors, soyez acteurs de votre santé », en partenariat avec la Fédération des aînés ruraux, et nous nous rendons sur le terrain pour faire un travail d'explication : nous constatons à cette occasion de réels changements de comportement. Il y a là un travail en profondeur à faire, et nous pensons que les réformes doivent venir de ce type d'action de terrain plutôt que du sommet.

Le contrôle médical répond aux mêmes impératifs de proximité : nous avons besoin d'un contrôle médical qui soit au plus près des caisses, qui les accompagne au quotidien et qui joue un rôle d'ingénierie médico-sociale.

Notre position concernant l'union des trois caisses s'inscrit dans la même perspective de proximité et de connaissance du milieu et des problématiques des populations : qui mieux que les pairs du monde agricole d'aujourd'hui peuvent porter les besoins de cette population ? L'objectif est bien sûr de tenter de trouver, dans une organisation déjà existante mais que nous devons conforter dans une union des caisses, le moyen de développer des synergies tout en préservant la place d'une expression des sensibilités de chacun. Vous faisiez mention de la problématique du guichet unique : nous pensons que l'approche médico-sociale transversale peut être intéressante, notamment du point de vue de la prise en charge des besoins des personnes. On voit bien, en particulier pour les populations âgées qui sont nombreuses dans notre régime, qu'il est très souvent préférable de lier les approches médicale et sociale, ce que permet le guichet unique. Nous estimons que ce type d'organisation est particulièrement pertinent pour améliorer la gestion de la prise en charge.

M. Gérard QUEVILLON : S'agissant de la CMU complémentaire, la CANAM a, depuis un certain nombre d'années, innové en mettant en place un système piloté par la commission sociale qui prend en charge les cotisations de la CMU complémentaire, en fonction des revenus – à partir du moment où le seuil prévu par la loi est dépassé. Je dois

vous dire que ce dispositif ne nous donne pas entièrement satisfaction, car les contrats proposés par les complémentaires sont trop chers. Bien souvent, malgré l'aide que nous lui apportons, l'adhérent ne peut pas faire l'effort nécessaire au paiement de cette couverture complémentaire. Nous tentons actuellement de négocier avec les complémentaires pour trouver un tarif plus compétitif et plus acceptable. L'objectif est toujours de pouvoir, par le biais de la commission sociale, participer à la cotisation ou au paiement de primes de cette complémentaire, plutôt que de prendre en charge leur ticket modérateur. Nous sommes très attachés à ce dispositif, car nous nous devons d'aider certains de nos adhérents qui, pour quelques francs parfois, ne peuvent accéder à ces couvertures complémentaires. Nous avons l'espoir d'aboutir, d'ici à la fin de l'année, dans notre négociation avec les complémentaires.

En ce qui concerne la problématique des trois caisses, nous sommes aujourd'hui, en matière de prestations, quasiment alignés sur le régime général : nous pourrions donc sans difficulté intégrer ce dernier. Le problème réside dans le fait que c'est aujourd'hui l'individu qui paie sa cotisation. Or, dans le domaine de l'action sociale, c'est à titre individuel que les professionnels indépendants, les commerçants, artisans et professions libérales, statuent sur l'aide au paiement des cotisations ou au ticket modérateur. Nous souhaitons préserver cette personnalisation, car nous sommes également élus nationaux et régionaux. Cette connaissance de nos mandants est précieuse lorsqu'il s'agit de les aider : entre professionnels, nous comprenons les difficultés momentanées ou durables qui touchent telle ou telle profession, et nous désirons préserver cette spécificité. En effet, intégrer le régime général ne pose aucun problème dès lors que tout va bien, mais dès que surgissent des difficultés particulières, qu'elles soient liées au paiement des cotisations ou à l'aide personnalisée de l'adhérent, il est préférable qu'elles soient gérées par des professionnels.

La question du suivi médical se pose pour nous de manière particulière, puisque nos médecins conseil sont les salariés des caisses régionales, sous l'autorité administrative du directeur. La gestion des relations entre l'assuré et le service médical est réellement locale.

En ce qui concerne la carte Vitale, je pense qu'il faut souhaiter que son champ soit le plus large possible. J'espère à ce propos que nous n'allons pas au-devant de multiples problèmes : souvenez-vous des levées de boucliers du monde médical et des assurés auxquelles nous avons dû faire face lorsque nous avons essayé de remettre en place le carnet de santé. Il existe dans ce domaine des freins et des obstacles d'importance. Je suis un fervent partisan du suivi médical, mais il faut faire porter notre effort sur l'évolution des mentalités, qui doivent changer en profondeur. Nous sommes prêts à faire passer ce message.

Concernant la gestion de nos caisses, nous sommes en train de fusionner nos caisses maladie et vieillesse afin de générer d'importantes d'économies. Je pense que nous pourrions disposer, dès la fin de l'année, d'un guichet unique pour les prestations et les cotisations. Nous consentons là un effort considérable, qui se traduira par des diminutions d'emplois et une réduction du nombre de caisses, mais l'amélioration de la gestion de nos fonds et de nos adhérents est à ce prix.

M. Daniel POSTEL-VINAY : Je voudrais faire deux observations complémentaires. Je pense tout d'abord qu'il faut être conscient que la mise en place de la tarification à l'activité constitue pour les finances publiques un risque nouveau et majeur, puisqu'elle porte sur 40 % de la dépense : on passe d'un système où l'on contrôlait la dépense en valeur à un système où l'on ne contrôlera plus que les prix en perdant la maîtrise du volume et de l'effet de panier. Ensuite, j'aimerais signaler que, si l'on prend des mesures sur la participation de l'assuré, il ne faut pas, bien entendu, que cela se traduise par un transfert

aux complémentaires. Par conséquent, il me semble souhaitable d'associer l'outil fiscal à ces dispositifs en réservant le bénéfice de la défiscalisation aux contrats, assureurs ou mutualistes, qui sont vertueux sur le plan de la maîtrise des dépenses. C'est donc une philosophie différente qu'il faut introduire, par la voie fiscale.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Merci Messieurs. Vous nous avez éclairés. Les questions ont été directes et les réponses claires. Merci à vous.

**Table ronde « établissements de santé »¹ regroupant
M. Max PONSEILLÉ, président de la FHP,
M. Georges RIFFARD, directeur général de la FEHAP
Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE, directrice générale de l'AP-HP,
M. Gérard VINCENT, délégué général de la FHF**

(Extrait du procès-verbal de la séance du 6 mai 2004)

Présidence de M. Jean-Michel DUBERNARD

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Je dois excuser le Président de l'Assemblée nationale, M. Jean-Louis Debré, qui est retenu par une visite d'hôtes étrangers qui semble se prolonger quelque peu. Comme il vous l'a été indiqué, je souhaiterais que vous nous livriez vos réflexions sur trois questions fondamentales qui servent de trame à nos travaux : quels sont les grands principes qui doivent continuer à régir l'assurance maladie ? Je crois qu'on peut aller vite, mais il nous faut être sûrs que nous soyons sur la même longueur d'onde.

Quel diagnostic faites-vous des difficultés actuelles de l'ensemble de l'assurance maladie ? Il s'agit bien sûr d'évoquer les aspects financiers mais aussi les dysfonctionnements, qui risquent à la longue de miner les fondements même du régime. En ce qui concerne l'hôpital, il est très difficile pour les députés de se faire une idée objective de la situation.

Enfin et surtout, quelles sont les pistes envisageables pour une éventuelle réforme, du côté des recettes et des dépenses mais surtout du côté de l'organisation, du fonctionnement et de la gestion de notre système de soins ? Vous êtes concernés au premier chef par le système hospitalier.

La question de l'hôpital a été maintes fois évoquée au cours de nos précédentes auditions. Il semble que nous soyons tous d'accord pour qu'il soit inclus dans la prochaine réforme. Comment, en effet, maîtriser les dépenses sans prendre en compte l'hôpital, qui représente près de la moitié des dépenses de santé ? Une fois ce postulat posé, la mécanique de contrôle me semble plus difficile à imaginer. Je crois que nous touchons là à des questions de gouvernance qui nous intéressent beaucoup. Est-ce les partenaires sociaux, même agissant dans un paritarisme rénové comme le veut le ministre, qui vont décider ? Que pensez-vous de l'instauration d'agences régionales de santé et comment pourraient-elles fonctionner ? Sommes-nous prêts à mettre en place de telles structures qui viendraient compléter les ARH, qui ont fait la preuve, de façon globale et générale, de leur intérêt ? Comment améliorer, selon vous, la coordination hôpital-médecine de ville ?

Se pose aussi la question du plan Hôpital 2007, qui a été souhaité par le Président de la République dès sa prise de fonction. Un peu plus de 10 milliards d'euros ont été dégagés pour ce Plan, soit près de 1 500 « services » neufs qui pourraient être créés dans notre pays. Je parle de l'hôpital public mais dans mon esprit, l'hôpital signifie bien sûr l'hospitalisation, tant privée que publique. Où en êtes-vous de ce plan Hôpital 2007 ? Pensez-vous qu'il puisse remplir les objectifs qui lui ont été fixés ? Je rappelle que bon nombre de membres de la mission ont participé aux travaux de la commission des affaires

¹

FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif

AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

FHF : Fédération hospitalière de France

sociales, conduits par M. René Couanau. Nous avons formulé des propositions très fortes, qui ont influencé le plan initial, lequel, de purement financier, a évolué pour concerner aussi le pilotage de l'hospitalisation et son organisation interne.

M. Max PONSEILLÉ : Mesdames, Messieurs, je crois qu'il faut peut-être en préambule repréciser un certain nombre de points qui me paraissent essentiels sur l'hospitalisation privée, afin de vous expliquer de quelle façon nous abordons cette réforme et quelles sont les pistes que nous proposons à la réflexion.

L'hospitalisation privée, dans notre pays, de façon tout à fait originale par rapport aux autres pays européens, représente la prise de charge de 40 % environ des patients hospitalisés, avec des secteurs dans lesquels elle est particulièrement présente, notamment la chirurgie, puisque sur cette discipline, qui est sûrement la plus technique, la plus délicate et la plus angoissante pour les patients, et qui mobilise le plus de ressources, l'hospitalisation privée dépasse largement les 50 %, et s'est fortement impliquée depuis des années dans la chirurgie ambulatoire, qui est à mon avis l'exemple même de la restructuration hospitalière qu'il est souhaitable d'avoir. Elle est présente sur un certain nombre de secteurs, en dehors de la chirurgie – la médecine, l'obstétrique... – à hauteur de 40 % environ.

Le secteur que je représente devant vous aujourd'hui n'est donc pas marginal, et ne se cantonne pas à la prise en charge des patients riches et aisés, comme il est trop souvent caricaturé. Dans le cadre de la solidarité nationale, il accueille sans discrimination tous les Français qui s'y présentent et qui choisissent de se faire soigner par lui. Quand je dis sans discrimination, je veux dire sans discrimination sociale bien entendu, mais aussi sans discrimination sur le plan des pathologies. Il y a des pathologies qui n'ont pas été développées, pour des raisons historiques, par l'hospitalisation privée, ou pour lesquelles on ne lui a pas reconnu ou accordé d'autorisation. Mais sur le reste, l'hospitalisation privée prend en charge des patients légers et des patients lourds, avec un taux de patients lourds qui mériterait d'ailleurs d'être précisé. Il est tout aussi important que pour les hôpitaux généraux, peut-être un peu moins que pour les CHU. Mais avec des centres de chirurgie cardiaque, avec des gros services de cancérologie, avec de la grosse chirurgie digestive, il est tout de même très présent.

La définition de service public ne s'applique pas à nous mais la définition de service au public s'applique tout à fait : nous rendons un service absolument incontournable dans le monde hospitalier. Comment pourrait-on envisager demain d'organiser le système hospitalier si l'on marginalisait un des acteurs qui prend en charge au moins 40 % des patients ? Si, comme cela arrive trop souvent, on ne prend pas en considération l'importance du travail que nous faisons, je crois que nous passerons complètement à côté d'éléments essentiels pour réorganiser et restructurer le tissu hospitalier, qui ne peut pas se faire sans nous. Nous sommes au cœur d'une activité d'intérêt général. Nous la menons avec passion, avec intérêt, et dans des conditions de qualité qui ne sont pas contestables

Personne n'ayant le privilège d'avoir des valeurs, et n'ayant pas que des valeurs marchandes, bien loin de là, nous sommes attachés à des principes fondamentaux. Ce sont les principes fondateurs de la protection sociale et nous ne pouvons concevoir une réforme que sur la base de notions de solidarité, d'universalité et d'égalité d'accès aux soins. C'est notre référence culturelle, puisque ce sont des médecins qui ont créé les établissements privés.

Derrière ces valeurs fondamentales, nous avons des convictions fortes, qui sont aussi des convictions de gestionnaires, impliqués dans des réalités économiques. Nous savons que quelle que soit la prestation de service et encore plus pour une prestation

hospitalière – puisqu'on peut se permettre des comparaisons –, la qualité est quelque chose d'essentiel, et nous sommes au cœur de la qualité. D'ailleurs, personne ne nous a jamais reproché de défaillance à ce niveau-là.

Nous sommes aussi particulièrement sensibles, parce que c'est l'intérêt des citoyens de ce pays et des patients, à ce que la liberté de choix perdure. Nous sommes des éléments de la liberté de choix. Il existe une vraie liberté de choix dans ce pays, grâce à notre présence dans le monde hospitalier. Nous savons que dans certains secteurs, sur certaines pathologies, lorsqu'elles sont particulièrement techniques, ou lorsque le secteur est particulièrement petit, cette liberté de choix doit être sacrifiée à des principes d'efficacité. Mais dès qu'elle est possible, dès que la ville acquiert une certaine taille, nous y sommes particulièrement attachés.

Nous avons pris par ailleurs des engagements, qui sont forts, en matière de restructurations. Notre secteur s'est très fortement restructuré depuis les années 1995, avec chaque année 40 à 50 opérations. Ce sont des opérations importantes, qui font qu'aujourd'hui le secteur est arrivé à une certaine maturation. Elles doivent se poursuivre ; elles ne seront jamais à leur terme, puisqu'elles doivent évoluer pour être en phase avec les impératifs techniques, éventuellement économiques, et les problèmes de démographie. Depuis deux ans, nous avons marqué cependant le pas car elles ont un coût économique. Le plan Hôpital 2007 a aussi été pour nous une bouffée d'oxygène et doit nous permettre de les poursuivre.

Je vous l'ai dit, nous sommes au cœur des processus de qualité. Les références que nous avons aujourd'hui, les statistiques dont nous disposons sur les procédures d'accréditation, montrent à quel point les établissements privés se sont engagés, avec des taux qui sont identiques à ceux des autres établissements publics, peut-être légèrement supérieurs. Nous sommes dans la qualité, c'est notre souci. D'ailleurs, quand nous voyons, sur plusieurs années, l'évolution des patients, des usagers, qui, de plus en plus, ont recours à nos services, nous pensons que la qualité n'est pas faite que de l'accréditation ; elle est aussi faite du libre choix des malades. A ce titre nous pensons que nous sommes sur la bonne voie. Nous sommes engagés dans l'efficacité. Je crois que cela doit être aussi le cœur du débat sur la réforme de l'assurance maladie. Dans le domaine de l'efficacité, c'est-à-dire l'efficacité d'un côté, mais avec aussi un jugement économique, nous avons fait nos preuves et pouvons les faire encore. Je regrette que la DHOS, notamment, ou d'autres organismes, n'aient pas essayé d'avoir des analyses plus précises sur les coûts des structures. Cela aurait une valeur particulièrement motivante pour les uns et les autres. Je pense même que dans ce domaine, on entretient volontairement une certaine opacité. Pour autant, nous sommes fortement engagés dans l'efficacité et nous sommes engagés dans les réformes, parce que nous pensons que le système doit se réformer.

Nous nous sommes engagés fortement dans la tarification à l'activité, de façon volontaire. Au 1^{er} octobre de cette année en principe, le secteur hospitalier privé va basculer à 100 % dans la tarification à l'activité, sur les activités MCO. Je dois vous dire que c'est un souci, pas tellement pour le président, qui a motivé et accompagné cette décision, mais pour l'ensemble des établissements qui vont basculer dans un mode de rémunération fondamentalement différent pour des prestations de services souvent difficiles à apprécier. Nous en sommes conscients ; mais nous savons aussi que notre secteur doit évoluer, que notre système de tarification est actuellement désuet. Tous les systèmes de tarification hospitaliers en France sont désuets. Nous nous sommes très fortement engagés dans la tarification à l'activité, et nous pensons que si celle-ci se met en place, c'est parce que nous avons été, depuis longtemps, un élément moteur de cette tarification.

Je vais tenter pour vous répondre d'établir un diagnostic. Il repose sur deux ou trois points. Le premier point, que vous connaissez parfaitement, est un malaise des

professionnels qui est particulièrement important. Il s'accompagne d'une demande de moyens, tant en personnel que sur le plan technique ou en termes de locaux. Les professionnels manquent aussi de visibilité, et vous le comprenez bien, plus encore pour ceux qui n'ont pas la sécurité de l'emploi, c'est-à-dire dans le secteur privé. Ce ne sont pas pour autant ceux qui manifestent le plus, mais c'est vrai qu'il existe des angoisses à ce niveau-là, et des pénuries de personnel.

La pénurie de personnel médecin, notamment, constitue un véritable souci pour nous. Le deuxième élément de diagnostic touche aux problèmes financiers. On a pu voir, au cours des années passées, le fameux trou de la Sécurité sociale, s'agrandir de façon constante. Nous avons conscience que, sur ce sujet, des optimisations importantes sont à mener, et qu'il n'y a pas de rapport direct entre l'importance des ressources et la qualité des structures. Un constat intéressant a d'ailleurs été dressé par l'ANAES, qui a essayé de mesurer, sur les établissements accrédités, quelle était l'importance des établissements « riches » et « pauvres », en dotation globale ou en tarifs privés. Il a surtout mis en avant la volonté, la qualité de management, la motivation des équipes. Il est ainsi apparu qu'il y avait sûrement de vraies optimisations à réaliser entre les dotations des établissements, publics et privés, pour arriver à prendre en charge, pour partie, ce problème financier.

Dans ce diagnostic, un élément me paraît particulièrement important : il n'existe pas, aujourd'hui, de façon nette, d'insatisfaction des usagers. Les professionnels sont insatisfaits, les comptables le sont également, et à juste titre. Mais les usagers, aujourd'hui, ne sont pas trop insatisfaits. Je ne veux pas pour autant balayer d'un revers de main le mal-être d'un certain nombre de patients insuffisamment pris en charge et de cas particuliers. Mais pour autant, dans l'ensemble, la médecine dans notre pays est plutôt de qualité. Il n'y a pas notamment de liste d'attente.

C'est quelque chose de fondamental, si l'on s'en tient aux comparaisons étrangères. Il existe une véritable liberté de choix. On peut regretter que les patients manquent d'indicateurs dans cette liberté de choix. La qualité est plutôt bonne ; il n'y a pas d'insatisfaction. Je crois que vis-à-vis des usagers, c'est aussi à mettre en perspective lorsqu'on veut se positionner par rapport à un système qui risque de se déliter du fait des problèmes qu'il rencontre. Mais les structures qui existent sont quand même des structures intéressantes, à mon avis. Nous pensons que sur cette approche qui existe de la part des usagers et sur cette absence de liste d'attente, sur cette possibilité de libre choix et sur cette qualité, nous avons un rôle à jouer. Un point nous paraît fondamental dans ce diagnostic : le cloisonnement du système. Il faut évoquer le cloisonnement entre l'assurance maladie et l'Etat, et à l'intérieur des différentes enveloppes qui constituent les enveloppes de financement des activités, sur l'ambulatoire, sur l'hospitalisation publique et sur l'hospitalisation privée.

On a vu, au cours des dernières années, des glissements d'activité entre l'hôpital public et la médecine ambulatoire, des spécialités ont basculé d'un secteur à l'autre, la médecine de ville a basculé vers l'hôpital public, des externalisations ont eu lieu de l'hôpital public vers la médecine de ville, pour des examens de laboratoire, de biologie... Le principal blocage, pour nous, est le cloisonnement des autorités et des enveloppes. La réflexion nous conduit à avoir un projet de gouvernance, tout en sachant que nous avons une légitimité relative sur cette organisation générale.

Ce qui nous intéresse le plus aujourd'hui, serait vraisemblablement de mettre en place une gouvernance qui soit une véritable autorité, qui prendrait en charge la totalité du secteur hospitalier et de la médecine de ville. Il me semble aussi qu'en fonction des besoins des Français, et en fonction des évolutions techniques, en fonction des problèmes de la démographie médicale, en fonction de la complémentarité privé-public, ville-public-privé et du problème de pénurie médicale qui nécessite aussi une meilleure utilisation des

médecins et du corps médical sur ces différentes structures, il est fondamental que cette Haute autorité, quelle que soit la définition qu'on lui donne et les personnes qu'on y place rassemble certaines composantes : l'Etat, qui y sera présent incontestablement, parce que sinon, il agira de l'extérieur, et cela sera pire que tout, puisque c'est ce qu'on voit aujourd'hui ; les partenaires sociaux, qui nous semblent aussi avoir une place s'ils en ont la volonté ; les usagers, sous réserve de définir si les syndicats ne les représentent pas déjà mais à mon avis pas les professionnels, parce que nous n'avons pas la volonté d'être gérants et gérés. Il y aurait aussi un conseil de surveillance ou un conseil d'administration, relayé par un directoire fort.

Nous avons été sous la tutelle de la CRAM jusqu'en 2000. Nous sommes aujourd'hui sous la tutelle de la DHOS. Nous étions avant avec la médecine de ville. Nous sommes aujourd'hui à côté de l'hôpital, ce qui n'est pas illogique. Ces différentes structures, qui sont en compétition, ne peuvent gérer de façon intelligente en permettant notamment la mise en place des réseaux transversaux.

Nous pensons que les professionnels ont un rôle à avoir au niveau de cette gouvernance mais un rôle indirect, à travers une autorité médicale qui a la responsabilité de valider des pratiques, des guides d'évaluation, qui a la responsabilité de proposer à ce conseil d'administration ou de surveillance et à ce directoire des éléments de bonnes pratiques, qu'elle ne crée pas elle-même, mais qu'elle obtient, par appel d'offres, auprès de ceux qui savent : l'ANAES, les universités, des sociétés de services, des sociétés savantes... A partir de là, elle pourra valider des outils qui permettront de faire passer des messages. Elle sera alors la base de la réorganisation du système de soins.

Il faut également essayer de gommer les abus, les fraudes et les gaspillages, qui, je le pense, sont nombreux. Nous n'en sommes pas exempts : il en existe dans notre secteur. Nous sommes prêts, bien entendu, à balayer devant notre porte, dans la mesure où il y aura des référentiels qui s'imposeront et que nous pourrions imposer dans nos établissements. Mais ils doivent concerner tout le monde. C'est derrière cette autorité que nous pourrions réorganiser le service et mettre en avant les points principaux : la qualité, la sécurité, l'efficacité et surtout l'efficacité. Je m'emporte sur cette cause, peut-être parce que j'ai rarement l'occasion de la plaider devant un parterre aussi intéressé et d'une telle autorité.

Je veux terminer en vous disant qu'il serait en tout cas franchement dommage, au moment où on réforme l'assurance maladie, alors que la France a la chance tout à fait extraordinaire d'avoir un secteur privé qui s'implique dans l'organisation hospitalière, de ne pas nous prendre en compte. Nous avons des contacts avec les Allemands, les Anglais, qui envient l'existence de notre système privé, qui non seulement arrive à faire preuve d'efficacité, de souplesse, mais qui en plus de ça est un élément concurrentiel sain par rapport à l'offre publique hospitalière.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : Si vous le permettez, pour être plus brève, et parce que je me considère incompétente, je ne répondrai pas sur les questions générales de l'assurance maladie. Je me centrerai sur l'hôpital, notamment parce que c'est le domaine qui m'absorbe totalement depuis un an et demi.

Ce qui me frappe, depuis un an et demi, à la lumière d'une expérience passée pour moitié dans le secteur public et pour moitié dans le privé, c'est de voir à quel point tout est en place pour une explosion des dépenses à l'hôpital. Je voudrais insister sur ce point.

Il y a d'abord le vieillissement de la population. Cela paraît une banalité, mais au-delà de l'aspect quantitatif, l'hôpital public, qui s'est de plus en plus spécialisé, a beaucoup de mal à prendre en charge les personnes âgées qui, le plus souvent, ont des polyopathologies. L'hospitalisation est parfois une occasion de « grabatisation » des personnes âgées. De plus, le manque de structures de soins de suite et de réadaptation fait que nous gardons indûment les personnes âgées trop longtemps dans des structures où elles ne sont pas heureuses, parce que le rythme des services de soins aigus n'est pas favorable aux personnes âgées et son coût est bien supérieur à celui constaté en SSR.

La deuxième chose est la montée de la précarité, pour laquelle se produit de nouveau le même phénomène : on reçoit des gens qui sont malades, certes, mais que l'on n'arrive pas à renvoyer chez eux lorsqu'ils sont guéris, du fait des conditions sociales – manque de structures notamment. Surtout, il me semble que la frontière entre le médical et le médico-social est extraordinairement floue, et là encore, n'est pas située à l'optimum, tant sur le plan financier que du point de vue social. Je ne crois pas que l'hôpital soit un lieu d'épanouissement social pour les patients.

La troisième chose est que, en tout cas à Paris, on a le sentiment d'un désengagement de la médecine de ville, en particulier du secteur conventionné, et on a le sentiment qu'arrivent à l'hôpital toutes les personnes qui ne peuvent pas payer des dépassements d'honoraires ou même faire l'avance des frais. Le phénomène des urgences est tout à fait particulier : nous avons aux urgences, vous le savez bien, des gens qui pourraient tout à fait relever d'un généraliste mais qui viennent parce qu'ils n'ont pas de généraliste, ils n'en connaissent pas et ils ne peuvent pas appeler SOS Médecins. En outre, on y trouve des gens socialement tout à fait favorisés, qui considèrent que le service rendu aux urgences est performant. On critique beaucoup les urgences, mais c'est quand même le seul endroit où en quelques heures, vous avez votre scanner, votre IRM... Il faut aussi prendre en compte le sentiment consumériste de certaines personnes qui sont reçues aux urgences et déclarent : « je paie mes impôts, j'ai droit à une IRM ou à un scanner ». Tout cela est évidemment un facteur de coûts important.

Le progrès médical est un autre élément déterminant. Il faut s'en réjouir, les progrès vont à un rythme tout à fait considérable, impressionnant. Mais, en même temps, cela donne le sentiment qu'il n'y a plus de limites : maintenant, vous appuyez sur un bouton, vous avez des examens biologiques en masse – que les médecins n'ont d'ailleurs pas toujours le temps de lire. Vous avez des possibilités d'examen et d'investigation sans fin. Il y a un vrai phénomène, à la fois de coût et de technicisation de la médecine. S'y ajoute, à la décharge des médecins, la judiciarisation. Quand on dit au praticien : « est-ce bien utile, de faire tel ou tel examen ? », il répond : « en cas de jugement, le juge va dire que vous auriez dû faire ceci, faire cela, etc... ». Je le vis actuellement dans des cas extrêmement précis.

L'autre aspect est la contradiction que fait naître ce progrès médical, qui va tellement vite qu'il rend désuets certains modes de prise en charge. Ainsi en est-il du développement de la chirurgie interventionnelle, qui est un admirable progrès, mais coûteux – puisque les stents qu'on met en place pour déboucher les artères coronaires sont très coûteux ; la prochaine génération coûtera quatre fois plus cher. Mais évidemment, le nombre d'interventions de chirurgie cardiaque s'en trouve diminué. C'est la même chose pour l'ambulatoire, etc. Or notre système – ce ne sont pas les personnes qui sont en cause, mais bien l'organisation – est d'une grande rigidité : une fois qu'un professeur des universités praticien hospitalier, a été nommé, il l'est à vie. Souvent il est nommé pour des raisons de formation autant que des raisons hospitalières. Avec le caractère très scientifique des formations, nous avons un nombre important de PU-PH biologistes, etc., qui ne correspondent pas tous à des besoins hospitaliers précis.

Il existe donc un contraste entre le rythme du progrès et la rigidité des organisations. Il faut attendre la retraite d'un chef de service pour pouvoir supprimer le service. Encore a-t-on le plus grand mal, car en général il considère qu'il a hérité de ses patrons un certain nombre de lits et de personnel, et qu'il doit les transmettre à ses élèves. La conception notariale des lits et de propriété du personnel est un élément de très grande rigidité. Il est vrai qu'elle est aussi la contrepartie de leur motivation.

Mais c'est l'organisation qui est responsable du maintien d'un tel système. Nous avons trois établissements, à Berck, à Hendaye, à San Salvador, où il y a très peu de patients qui viennent de Paris. La persistance dans l'être, la volonté de tout le monde – et tout le monde est responsable –, pousse par exemple le personnel à vouloir conserver le statut de l'AP-HP. Les élus locaux poussent aussi au maintien du *statu quo*. Tout cela peut se comprendre. Le résultat est que nous avons beaucoup de mal à nous adapter au progrès médical et aux enjeux thérapeutiques.

Je voudrais aussi dire quelques mots de la RTT – réduction du temps de travail –, avec nuance, car j'ai participé à sa mise en place pour les entreprises privées, et je ne suis pas une critique absolue de la RTT. Mais ce qui a été fait de façon intelligente dans les entreprises – l'utiliser comme moyen pour remettre à plat les organisations – n'a pas du tout été fait dans l'hôpital public. Je trouve cela dramatique. Je vais en donner un exemple. Comme chacun le sait, à Paris, les enfants sont plutôt malades l'hiver, tandis que l'été, plus de la moitié d'entre eux est en vacances.

Il suffirait que l'on puisse faire travailler, en pédiatrie, les équipes comme avant – 39 heures en moyenne par semaine –, donner plus de vacances l'été – ce qui n'est tout de même pas anti-social !, pour ne pas avoir de pénurie. La réflexion organisationnelle est nettement insuffisante à l'hôpital. Je m'étonne d'ailleurs souvent que cela ne marche pas plus mal. Il existe une hiérarchie médicale, qui a ses habitudes et ses horaires. Les infirmières constituent une hiérarchie à part ; puis il y a les administratifs. Je me souviens, lorsque j'ai présenté mon plan, un médecin m'a dit : « Madame, comment voulez-vous que l'on fasse ? Je n'ai aucune autorité sur mon personnel ». Je lui ai dit : « certes. Mais je vous ferai observer que je n'ai aucune autorité sur vous ». Et le malade se situe au centre de tout cela.

Vous évoquiez la chirurgie ambulatoire. Vous le savez : la France est en retard, en ce domaine, sur l'étranger. La CNAM a fait un très bon rapport, qui montre que l'ambulatoire coûte, tout compris, 30 % moins cher – et c'est tout de même plus agréable pour le patient de ne pas rester trop à l'hôpital.

L'hôpital public est également en retard par rapport au privé, parce que pour mettre en place la chirurgie ambulatoire, il faut absolument changer l'organisation, partir du malade, et faire que les professionnels arrivent exactement quand il faut par rapport au cheminement du patient. Voilà pour le constat.

J'en viens aux solutions. Pour ma part, je me sens assez en phase avec le projet d'Hôpital 2007. Je crois d'abord qu'il y a urgence à sortir de la dotation globale : l'idée consistant à proportionner les moyens à l'activité me paraît absolument essentielle. Maintenant, il va y avoir le problème de l'application de la tarification à l'activité. Ceci recouvre deux sujets. Il faut que la base soit solide, et je crains que la composition des établissements qui contribuent à l'échelle nationale des coûts ne garantisse pas la meilleure fiabilité. Pour le dire simplement, il y a par exemple très peu de CHU. Nous avons donc un problème de valorisation de nos actes spécifiques – mais cela peut se régler, il s'agit de questions techniques.

La deuxième chose est qu'il faut absolument, de mon point de vue, éviter qu'à l'hôpital public, la tarification à l'activité ne conduise à choisir les patients. J'ai écouté M. Ponsellé mais j'ai travaillé dans le privé, et je vois très bien ce que je ferais si j'étais dans une clinique privée : je chercherais, comme on le fait dans toutes les entreprises, à identifier les bonnes activités, rémunératrices. Je choisirais donc mes activités et mes malades. Je ferais aussi en sorte que les taux d'occupation soient de 100 %, par une très bonne programmation. A *contrario*, l'honneur de l'hôpital public est de ne pas choisir les malades, de recevoir absolument tout le monde, on ne peut viser un taux d'occupation de 100 % car il faut réserver la place à l'aval des urgences. Je crois beaucoup que la tarification à l'activité peut nous amener de l'efficacité. Je crois au benchmarking, parce que je l'ai réalisé à l'intérieur de l'AP. Les performances de services d'une même discipline font apparaître des écarts considérables. Je suis pour l'efficacité, mais je crois qu'il faut comparer ce qui est comparable. Je serais plutôt en faveur d'une double échelle des coûts : public d'un côté, privé de l'autre, parce que les règles du jeu ne sont pas les mêmes.

En ce qui concerne les pôles, il faut aussi avoir à l'esprit que les progrès médicaux et l'histoire de la médecine ont fait que les grands services de 140 lits sont devenus, au cours du temps, de tous petits services. Il y a, à l'AP-HP, des services de quatre lits. Comment voulez-vous optimiser le travail du personnel dans ce cadre-là ? Je vais très souvent sur le terrain et je vois la juxtaposition de services où effectivement il n'y a pas assez de moyens et où les gens courent sans arrêt, et à côté des gens qui ont beaucoup moins de choses à faire. Il faut donc absolument trouver un périmètre d'utilisation des moyens plus vaste. Il ne s'agit pas de gérer les personnels comme des pions, mais au contraire d'encourager une certaine polyvalence à l'intérieur d'un ensemble qui ait une logique médicale. A mes yeux, les pôles, en tant qu'unités de gestion auxquelles seraient accordés les moyens, en lits et en personnel, pour une bonne gestion médico-économique, sont une solution à tous ces problèmes d'organisation.

Il faut vraiment revoir les organisations de travail, parce qu'aujourd'hui, la situation est préjudiciable à la fois aux malades et au personnel ; on ne sait pas adapter les moyens aux besoins. J'ai parlé de la pédiatrie. Parlons des urgences. Il y a des flux imprévisibles, comme la canicule. Mais il y a des flux qui sont parfaitement prévus. On sait très bien que dans la journée, on a beaucoup plus de monde entre 18 heures et 23 heures. On ne sait pas suffisamment ajuster les moyens aux besoins. Le résultat est que les équipes sont parfois dans un stress invraisemblable, qui les conduit à réclamer beaucoup de moyens ; et à d'autres moments, en sous-activité totale. Évidemment, c'est le moment du stress qui reste dans toutes les mémoires. Lorsque je vais aux urgences, je trouve souvent peu de malades, et généralement plus de personnes que de malades... En réalité, c'est très variable.

Nous avons peut-être une opportunité, du fait de la mise en place prochaine de la RTT médicale. Ce que nous n'avons pas su faire au moment de la RTT de l'ensemble du personnel, nous devons impérativement le faire à cette occasion ; en veillant à la concordance des temps entre les médecins, les soignants et tous les acteurs, dans une organisation centrée sur le malade. Dernier point, il me paraît également essentiel de réfléchir à la fluidité des filières. Il existe des surcoûts très importants dans l'hôpital public, en raison, encore une fois, du fait que les lits de MCO, qui sont très coûteux, sont trop souvent occupés par des personnes qui ne trouvent pas de place en SSR, puis en long séjour. Il faut donc absolument, et je rejoins en cela votre idée, que l'hôpital s'ouvre, qu'il passe des accords avec les autres filières, le secteur médico-social, la médecine de ville, etc.

M. Georges RIFFARD : Compte tenu de l'heure avancée et de l'adhésion de la FEHAP au diagnostic adopté par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, je vous propose de passer à la thérapeutique tout de suite. Premièrement, il faut organiser le fonctionnement du système de soins des établissements de santé, en s'appuyant sur la planification, mais

une vraie planification. Celle-ci devrait donc être contraignante et reposerait sur un référentiel précis en termes de santé publique. Cela veut dire que les planifications qui sont réalisées à partir d'une approche comptable, comme cela a été le cas notamment en Ile-de-France durant un certain nombre d'années, ne paraissent pas être une bonne solution. Le tarif est fait pour rémunérer une activité, et la planification est faite pour mettre en adéquation l'offre de soins par rapport aux besoins.

Deuxième élément, il faut une contractualisation, avec un engagement d'objectifs et de moyens. Aujourd'hui, un certain nombre de contrats d'objectifs et de moyens sont signés avec les agences régionales d'hospitalisation. Les établissements ont des objectifs. Mais s'agissant des moyens, dans plus de la moitié des régions, en 2004, les directeurs d'agence ont dit aux établissements : « nous n'avons pas de crédit aujourd'hui pour faire face à nos engagements, par conséquent vous n'aurez pas de moyens sur les contrats signés il y a un an ou deux ans au nom de l'Etat ». Cela est évidemment tout à fait insupportable. D'autres directeurs d'agence ont choisi une stratégie tout à fait inverse, et tel d'entre eux a, je cite, décidé de « sanctuariser » les contrats qui avaient été signés. Il faut savoir si on est dans le contractuel. Si on a des engagements réciproques, il faut les tenir d'un côté et de l'autre.

Le troisième point est l'évaluation des résultats, au regard des engagements qui ont été pris. Je crois que dans ce domaine, à partir des contrats, des éléments précis – un calendrier, des critères d'appréciation –, on doit pouvoir aller aux résultats, et en tirer aussi des conséquences sur le fonctionnement des établissements. Je pense que cet élément de la contractualisation est majeur.

Quatrièmement, la coordination des acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, et naturellement la médecine de ville, nous paraît essentielle ; mais pour que cette coordination des acteurs se réalise, il faut qu'il y ait, de la part des pouvoirs publics, à la fois de l'intérêt et un financement. Même s'il y a peu de crédits au niveau des agences régionales d'hospitalisation, des priorités doivent être fixées. Il nous semble qu'une partie des crédits pourrait être affectée prioritairement à l'ensemble des actions de coordination, entre les établissements publics, établissements privés à but non lucratif, établissements privés commerciaux, la médecine de ville, des établissements médico-sociaux, notamment pour personnes âgées, etc. Si vraiment c'est une priorité, il faut que l'ensemble des acteurs qui s'engagent dans cette voie aient un encouragement qui ne soit pas seulement verbal, mais qui montre bien qu'il s'agit d'une stratégie importante.

Le cinquième point consisterait à s'inscrire dans une logique pluriannuelle de soins et de financement. Il nous semble que les évolutions des établissements de santé, en interne et en externe, nécessitent un fort et durable investissement des chefs d'établissement, du corps médical et de l'ensemble des personnels : élaborer un projet d'établissement, un contrat d'objectifs et de moyens, un groupement de coopération sanitaire, tout cela en recevant les experts visiteurs pour l'accréditation, représente un investissement de la part des personnels. Il faut donc un peu de temps pour pouvoir associer l'ensemble des forces vives des établissements, et il faut encourager absolument ce système.

Cette mobilisation est un challenge permanent. Cela doit donc pouvoir s'inscrire dans le temps, car lorsque tout cela s'arrête, il n'est pas facile de maintenir l'ensemble des personnels – le corps médical, et les autres personnels – mobilisés pour la réalisation des objectifs, qui ne paraissent plus partagés par l'ensemble des partenaires.

Le financement pluriannuel paraît indispensable pour la réalisation des contrats d'objectifs et de moyens. Si on arrête tous les deux ou trois ans ce qui est en cours, à

l'évidence on ne peut avoir de logique durable, et Hôpital 2007 n'aurait pas de sens si l'on avait de telles ruptures. Le financement pluriannuel aurait aussi pour vertu d'échapper à la seule logique du PIB – produit intérieur brut. Mon propos est un peu caricatural, mais cela permettra de bien me faire comprendre. Lorsque celui-ci est très élevé – ce que nous souhaitons tous, naturellement –, il a un impact immédiat sur le chômage, la précarité, et on pourrait faire le diagnostic que le corps social est en bonne santé. D'aucuns pourraient alors inviter chacun à se soigner. Mais si la tendance d'évolution du PIB se retourne, le chômage va alors augmenter, en même temps que la précarité ; le corps social se porte moins bien, et l'on est tenté de dire : « surtout, ce n'est pas le moment de vous soigner ». Cette donnée pluriannuelle, y compris pour la gestion de l'assurance maladie, paraît indispensable.

Sixième et avant-dernier point, il me semble que nous devrions utiliser les systèmes tarifaires pour financer les missions – validées – des établissements et s'assurer de leur adéquation. *A contrario*, comme je l'évoquais tout à l'heure, il ne faut pas développer une logique de planification comptable, qui présente deux inconvénients majeurs : une déstabilisation budgétaire de tous les établissements et une inefficacité, au regard de la réduction de l'offre de soins.

Au passage, je crois aussi qu'il faut revisiter les charges des établissements. La taxe sur les salaires fonctionne sur le modèle de la pompe : lorsqu'on a créé cette taxe, qui concerne les trois types d'établissement, il existait effectivement un plafond et un plancher. Au fur et à mesure que les salaires ont augmenté, on a maintenu les plafonds et les planchers. Ainsi, aujourd'hui, l'ensemble de nos établissements adhérents paie 2,5 milliards d'euros au titre de la taxe sur les salaires. Je crois qu'il serait convenable de revoir les plafonds, que l'on a « congelés » durant près de vingt ans.

Enfin, dernier point, notre fédération demande que soit mise en place une instance nationale regroupant l'Etat, l'assurance maladie, les assurances complémentaires, les fédérations d'établissements de santé, les médecins de ville, les usagers, pour faire évoluer de manière plus fluide le système. Il nous semble qu'accompagner régulièrement toute cette évolution et en tirer des conséquences, y compris au regard de nos propres adhérents, serait plus adapté, plutôt que de fonctionner de façon heurtée tous les trois ou quatre ans avec un nouveau plan.

M. Gérard VINCENT : Mesdames et messieurs les députés, je voudrais d'abord préciser que je parle sous le contrôle du nouveau président de la fédération hospitalière de France, qui a été élu hier. Quels sont les principes qui doivent gouverner notre système d'assurance maladie et auxquels tient la FHF ? Le premier principe est celui de solidarité, bien entendu. Cela nous avait amenés, il y a quelque temps, avant les élections présidentielles et législatives, à élaborer une plate-forme FHF sur l'avenir de l'hospitalisation, qui avait d'ailleurs été adressée à tous les parlementaires, dans laquelle nous prônions à l'époque la généralisation de la CSG, comme mode de financement de l'assurance maladie, au nom de la solidarité.

Dans le même ordre d'idée, nous ne sommes pas favorables non plus au transfert de pans entiers des dépenses d'assurance maladie – je pense aux lunettes ou aux soins dentaires – aux assurances complémentaires. Je le dis au passage, car c'est une idée qui a longuement été débattue au sein des instances de la FHF.

Le deuxième principe auquel nous sommes attachés est celui de l'égalité et de l'équité, notamment dans la répartition géographique, dans le maillage du territoire, tant en termes d'hospitalisation qu'en termes de médecine de ville et de soins ambulatoires. Lorsque j'évoque le maillage du territoire, la FHF ne plaide pas pour le maintien absolu de l'existant : il est clair que la médecine évoluant, il faut que les établissements hospitaliers

évoluent. Dans notre esprit, il faut poursuivre la politique, je n'ose plus dire de restructuration, parce que le terme fâche souvent, notamment les élus locaux, mais d'adaptation de l'offre de soins hospitaliers à l'évolution des besoins, ne serait-ce qu'au nom de la qualité. Je ne crois pas – ceci n'engage que moi – que la politique de restructuration aboutira à des économies importantes pour l'assurance maladie. On le voit bien, chaque fois qu'un service de chirurgie ou une maternité sont fermés, des négociations sont amorcées qui se traduisent, en gros, par le maintien de l'emploi au niveau local, par le développement de services de prise en charge de personnes âgées, de soins de suite et de réadaptation. La politique de restructuration, interne à chaque établissement mais aussi entre les établissements, ne se traduit pas forcément par des économies importantes. Mais il faut la poursuivre, c'est la thèse de la FHF.

Il faut aussi oser aborder des problèmes aussi importants que celui de la régulation de l'installation des médecins en ville. Lorsqu'on parle d'équité et d'égalité d'accès aux soins, il faut se rendre compte qu'aujourd'hui certaines régions sont désertées. Les patients ont du mal à trouver un médecin. C'est une des raisons – Mme Van Lerberghe le rappelait – pour lesquelles le patient se précipite à l'hôpital, outre le fait que l'hôpital lui apporte des services de qualité. Le troisième principe qui découle du principe de solidarité est qu'il nous faut faire la chasse au gaspillage. C'est pour cela que nous sommes tout à fait favorables à ce qu'il y ait une instance qui dise ce qui est utile et ce qui ne l'est pas, en matière de remboursements.

Sur le diagnostic, je dirais que notre système hospitalier est de qualité, peut-être d'ailleurs parce qu'il existe une émulation entre public et privé. La FHF l'a souvent dit. C'est une des caractéristiques du système hospitalier français, qu'on trouve très peu chez nos voisins, sauf en Allemagne. Les autres pays européens ont des systèmes très monolithiques, quasiment entièrement publics, ou avec un système privé à but non lucratif, très proche du public. La France a cette caractéristique et, à mes yeux, cette chance, d'avoir un système dual dans lequel il existe une compétition, une émulation, une concurrence. Je crois que c'est sain.

Je suis convaincu que les hôpitaux publics ne seraient pas de la même qualité s'il n'existait pas cette concurrence, et inversement. Le Royaume-Uni, par exemple, a un système dont les résultats sont inverses aux nôtres, en termes d'organisation : la médecine de ville y est très bien organisée, mais le système hospitalier y est défaillant. Je suis convaincu, alors que le système britannique est très décrié aujourd'hui, que lorsque les Anglais auront mis dans leur système hospitalier beaucoup plus d'argent – ce qu'ils sont en train de faire –, ils auront une organisation beaucoup plus rationnelle que la nôtre. Le modèle britannique tant décrié sera peut-être demain le modèle européen que tout le monde enviera.

Les défauts de notre système sont l'inégalité sur le territoire, aussi bien pour l'hospitalisation que pour la médecine de ville. Je reviens sur la liberté d'installation des médecins. Je ne suis pas pour les contraindre à s'installer où il ne faut pas : cela ne marchera jamais. On ne va pas dire à un médecin : « vous allez vous installer à 300 kilomètres de chez vous, même si vous n'êtes pas originaire de cette région ». Il faut trouver des moyens de les inciter à s'installer là où il y a des besoins.

Le gros défaut de notre système est le cloisonnement, notamment entre médecine hospitalière et médecine de ville. Le système est relativement éclaté. Un exemple : les ARH s'occupent de l'hospitalisation, les URCAM s'occupent de la médecine de ville, et il y a peu de relations entre les deux. Les problèmes de permanence des soins montrent bien que le dispositif n'est pas géré, n'est pas piloté. L'afflux des patients aux urgences montre bien qu'il n'y a pas de pilote dans l'organisation et le pilotage. C'est la raison pour laquelle nous pensons qu'il faut une régulation commune pour l'hôpital et la

médecine de ville. Nous avons proposé la création des agences régionales de santé, dont je reparlerai tout à l'heure, quand j'évoquerai le problème de la gouvernance.

Je voudrais dire un mot, rapidement, des difficultés budgétaires des établissements. Je m'attache bien sûr aux établissements publics, que je représente ce matin avec Mme Van Lerberghe. Je me permets de nuancer la démonstration qu'elle a faite, lorsqu'elle a dit que le progrès médical allait induire une forte progression des dépenses de santé.

Si l'on regarde ce qui s'est passé depuis quinze ans, on s'aperçoit d'abord que les dépenses hospitalières, publiques et privées, ont fortement augmenté depuis quinze ans, au moins pour les deux tiers sous l'effet de la forte croissance de la masse salariale. Pourquoi ? Parce que les gouvernements successifs ont amélioré le sort des personnels hospitaliers – quasiment tous. Personne ne contestera la nécessité de ces avancées sociales, bien entendu. Il n'empêche que depuis 1988, année durant laquelle a eu lieu la première grande grève d'infirmières, on a additionné protocole catégoriel sur protocole catégoriel, ce qui explique la forte croissance des dépenses hospitalières, à mon avis au moins pour les deux tiers.

Le progrès médical, qui a un rôle, n'explique au mieux qu'un tiers de la croissance des dépenses hospitalières depuis quinze ans – c'est-à-dire les molécules coûteuses, les dispositifs médicaux implantables. Même la croissance des effectifs n'a pas tellement été liée au progrès médical mais plutôt à la mise en place des 35 heures. Pour cette raison, je suis convaincu qu'il n'y a pas de fatalité à la croissance des dépenses hospitalières – je ne suis pas compétent pour parler de l'ensemble du champ des dépenses de santé.

Si l'on arrive à maîtriser la croissance de la masse salariale, on peut financer le progrès médical, sans pour autant mettre à mal les finances de la Sécurité sociale. Je vais essayer de m'expliquer en prenant l'exemple de ce qui pourrait se passer à partir de 2005. Il me semble que nous allons avoir une fenêtre de tir relativement intéressante, du fait de départs massifs en retraite et de l'arrivée de jeune personnel. Le GVT – glissement-vieillessement technique – va arriver à zéro et va peut-être même être négatif. En outre, nous n'aurons plus les créations d'emplois RTT : les tranches de création d'emploi vont être terminées. Nous aurons fini de financer les protocoles catégoriels, sauf si, d'ici là, le gouvernement décide d'accorder d'autres avancées sociales à d'autres catégories de personnel.

Ces trois éléments conjugués vont à mon avis se traduire mathématiquement par une décélération de la croissance des dépenses hospitalières, publiques et privées. Avec un taux de progression naturel qui serait de 2,5 % et un PIB qui repartirait, on pourrait financer le progrès médical sans trop de difficulté. L'hospitalisation n'est pas un bateau ivre : on peut maîtriser la croissance des dépenses hospitalières.

La dernière difficulté est de taille : c'est le problème de la démographie. Je suis un peu étonné que l'on dise que tout ce qui a été fait au cours des trente, vingt ou dix dernières années était n'importe quoi, et que l'on affirme que ce que l'on fait aujourd'hui en relevant le *numerus clausus* est absolument nécessaire. On n'en est pas sûr. Si l'on ne prend pas de mesures, notamment de régulation de l'installation des médecins, nous aurons dans dix ans les mêmes difficultés. On s'apercevra que finalement, on aura relevé le *numerus clausus*, sans pour autant avoir résolu le problème de fond.

J'en viens rapidement aux propositions et aux pistes de la FHF. Même si celle-ci n'est pas nécessairement la plus légitime pour proposer une réforme de la gouvernance

de l'assurance maladie elle y a réfléchi, et assez longuement. Je me permets donc de proposer un schéma, qui ressemble d'ailleurs d'assez près aux schémas exposés par de nombreux partenaires depuis quelque temps.

Nous verrions bien un système avec trois niveaux, qui ne sont pas hiérarchiquement dépendants les uns des autres. Le premier niveau serait celui d'une Haute autorité de santé, qui définirait le périmètre de ce qui est remboursé par l'assurance maladie, et qui irait même jusqu'à fixer les cotisations ouvrières et patronales. On s'est posé la question : est-ce à l'Etat de le faire ? Est-ce à une Haute autorité ? On peut penser que celle-ci pourrait avoir le pouvoir de le faire. Elle serait également responsable des grands équipements.

Le deuxième niveau serait celui d'une agence nationale de santé, qui serait le gestionnaire du système. Je précise tout de suite qu'il y aurait un autre niveau, celui des caisses d'assurance maladie, qui gèreraient l'assurance santé. Le directeur de l'agence nationale de santé serait nommé par l'Etat. Certains nous ont dit qu'il agirait pour le compte de l'Etat. Pourquoi pas ? Je crois que l'Etat ne peut pas se désengager du dossier de santé. Mais en confiant à un directeur nommé pour cinq ans des pouvoirs importants pour gérer une agence nationale de santé, on irait, me semble-t-il, dans le bon sens. Les instances de direction de l'agence nationale de santé comprendraient également un conseil de surveillance, composé des partenaires, notamment des représentants du patronat, des salariés et des caisses d'assurance maladie.

Cette agence nationale de santé s'appuierait sur des agences régionales de santé, celles-ci étant compétentes sur l'ensemble du champ sanitaire, hospitalier et ambulatoire. Elle organiserait l'offre de soins hospitalière et libérale – ambulatoire –, dans un souci de cohérence, pour éviter l'éclatement que nous connaissons aujourd'hui. Elle allouerait les ressources, c'est-à-dire qu'elle aurait le droit de fixer les tarifs des hôpitaux, des cliniques et les tarifs des actes des médecins libéraux, quitte à les décliner au niveau régional. Pourquoi pas ? On peut imaginer des tarifs hospitaliers publics et privés par région. Je ne suis pas sûr que nous pourrions éternellement avoir des tarifs opposables aux cliniques et aux hôpitaux fixés au niveau national. Il faudra bien tenir compte des réalités régionales. L'agence nationale fixerait aussi le prix des médicaments, en liaison avec le comité économique des produits de santé. Elle fixerait, pourquoi pas, le *numerus clausus*, puisqu'elle serait chargée d'assurer les équilibres territoriaux, en termes d'offre de soins.

Et puis il y aurait les caisses d'assurance maladie qui seraient les gestionnaires de l'assurance santé – affiliation des assurés, remboursements – et qui, par des enquêtes – il ne faut pas oublier qu'il existe un corps des médecins conseil assez conséquent, probablement le plus grand corps d'audit de France –, veilleraient à ce que les bonnes pratiques soient appliquées par les professionnels.

Je dis un mot sur le plan Hôpital 2007. En ce qui concerne la relance de l'investissement, je crois qu'il ne faut surtout pas arrêter. Pourquoi, d'ailleurs, a-t-il fallu le relancer ? Tout simplement parce qu'on avait tari l'autofinancement. A cause des dotations globales aux hôpitaux, les directeurs d'hôpitaux ont été obligés de diminuer les dotations aux amortissements qui constituent la part d'autofinancement de l'investissement, qui permet aussi d'emprunter. S'il a fallu relancer l'investissement, c'est parce qu'il y a eu des tensions budgétaires. D'ailleurs, il y a eu une relance de l'investissement en 1991 ; je m'en souviens très bien, j'étais au ministère à l'époque. Elle avait été moins médiatisée mais elle s'appuyait sur les mêmes ressorts et la même dynamique. Puis ensuite, il y a eu une dégradation, du fait des tensions budgétaires que j'ai évoquées.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Si vous le permettez, en 1991, il y avait eu une relance et il y avait déjà eu un bel effort, que j'avais salué à l'époque. Vous savez ce qu'il en est advenu. Ne croyez-vous pas aujourd'hui que l'organisation interne doit être obligatoirement associée à l'aspect relance de l'investissement ?

M. Gérard VINCENT : Je vais y venir, en abordant la question de la gouvernance, si vous le voulez bien, en quelques mots. Le dossier de tarification à l'activité est, comme l'ont souligné ceux qui se sont exprimés avant moi, important. La FHF, il y a cinq ans – et je crois que ce qu'elle a dit à l'époque a pesé – a souhaité que l'on sorte du système de dotation globale de financement et que l'on se dirige vers un système de financement à l'activité, malgré les risques. J'entends les directeurs d'hôpitaux, la moitié d'entre eux va y perdre, et se demande comment ils vont faire. Ils ne savent pas encore comment ils vont adapter leur organisation, leurs effectifs et leur personnel. Lorsqu'on a un praticien hospitalier dont l'activité a décliné ou va être supprimée, comment fait-on ? On retombe sur les problèmes de gouvernance.

Mais cette réforme est fondamentale. Je crois qu'il faut absolument la poursuivre. Nous allons sortir de l'ère de l'administration pour aller enfin vers l'ère de la gestion. Cela dit, je crois qu'il faut être prudent, parce que les conséquences budgétaires et donc sociales de la mise en place hâtive de la tarification à l'activité peuvent être dramatiques. Il peut se produire des explosions sociales graves, avec des tensions politiques extrêmement vives. C'est pour cela que je pense que l'idée d'une enveloppe unique, même à moyen terme, est hasardeuse.

On ne peut pas imaginer à court terme, par ailleurs, des tarifs uniques public-privé. Mme Rose-Marie Van Lerberghe l'a très bien dit tout à l'heure. J'ajoute qu'il me semblerait difficile que les tarifs couvrent plus de 50 % du budget d'un hôpital. Dans tous les pays où a été mise en place une tarification à l'activité – il y en a quelques-uns aujourd'hui –, elle ne couvre jamais plus de 50 % de l'activité d'un hôpital public, parce qu'il faut couvrir les missions de service public. Or celles-ci ont un coût, et parfois des surcoûts très élevés, qui ne peuvent entrer dans une logique de « marché ».

S'agissant de la gouvernance je rejoins les propos de Mme Van Lerberghe. La réforme qui nous est proposée est une étape. Dans une société, on progresse souvent par étape. Mais la vraie gouvernance de l'hôpital existera le jour où, à l'instar de ce qui se passe dans les cliniques privées et dans les établissements privés à but non lucratif, l'hôpital pourra véritablement choisir les hommes et les femmes qui assurent la production. C'est d'ailleurs ce que fait M. Riffard dans ses établissements, et ce sont souvent des praticiens hospitaliers venant du public, qui ne sont pas plus malheureux, bien au contraire, que dans les hôpitaux publics, et qui acceptent en fait d'être sous une autorité.

On dit souvent que le corps médical n'acceptera jamais d'être sous l'autorité d'une administration. Alors mettons des médecins à la tête des hôpitaux ; ce n'est pas le problème ! Mais un directeur est un directeur, avec un conseil d'administration. C'est lui qui doit choisir les hommes. Tant que nous n'aurons pas fait cette véritable révolution culturelle – et je m'empresse de dire qu'elle est impossible aujourd'hui : on mettrait tous les médecins hospitaliers dans la rue –, on ne pourra pas parler de véritable gouvernance à l'hôpital.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : M. Vincent a eu raison de me reprendre, je me suis mal exprimée sur le progrès médical. Il n'est pas en soi un facteur d'explosion des dépenses. Mais il est lié à une très grande rigidité des structures, avec cette particularité du secteur public où l'on ajoute toujours, sans jamais rien enlever.

Il crée des possibilités illimitées, et il y a une question dont je n'ai pas parlé mais qui est très importante : la juste prescription. Je crois qu'effectivement, l'objectif est d'éviter le rationnement. Pour cela les professionnels eux-mêmes doivent réfléchir au bon usage des médicaments et des examens. J'ai d'ailleurs saisi le comité national d'éthique sur « économie et éthique ». Je crois que c'est un vrai sujet.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Si vous me permettez, le progrès médical peut aussi être source d'économies. La sédio-chirurgie, la radiologie interventionnelle, que vous citiez tout à l'heure – je parle devant un cardiologue éminent –, c'est la même chose. La chirurgie du calcul a pratiquement disparu. Je pense quand même que dans ce domaine, on peut aussi considérer qu'il y a là un progrès économique.

M. Pierre MÉHAIGNERIE : J'ai apprécié la clarté des propos. Sur la limite du pouvoir entre l'ARS et les CRAM : quelle responsabilité resterait-il au conseil des CRAM ?

M. Gérard VINCENT : Je vais essayer de vous répondre, M. le ministre. N'oublions pas que lorsque les ARH ont été créées, on a créé une nouvelle structure tout simplement parce qu'on ne pouvait « tuer » ni les DRASS ni les CRAM. Il a fallu faire la synthèse. On s'est appuyé, et c'est fort heureux – j'étais très dubitatif au départ mais je reconnais que cela a été une réussite – sur les forces des CRAM et des services de l'Etat. Nous allons avoir le même problème le jour où on va créer des ARS : il faudra tenir compte de l'existant. La CRAM, en tant qu'institution, verrait, à mes yeux, son pouvoir diminuer au profit d'une ARS, qui s'appuiera sur les compétences des services de l'Etat et des services de celle-ci. Quand on n'est pas capable de supprimer l'un ou l'autre, on essaie de faire en sorte que les deux s'entendent.

M. Hervé MORIN : J'ajoute quelque chose qui va dans le même sens que ce qu'a dit M. Méhaignerie. L'idée, pour faire très bref, que la CNAM ait une délégation de gestion qui concerne aussi l'hôpital vous semble-t-elle impossible, notamment sur le plan social ?

M. Gérard VINCENT : Je pense que l'Etat ne peut pas se désengager du dossier « santé ». Nous ne sommes pas dans une logique marchande. Il y a des éléments du secteur de santé, y compris à l'hôpital, qui répondent à une logique marchande. Mais il ne faut pas oublier toutes les missions de service public. N'oubliez pas que l'hôpital est tout de même un fantastique amortisseur de crise. L'Etat ne peut donc pas se désengager ou se désintéresser de ce secteur. Je ne pense pas que l'assurance maladie soit légitime pour assurer le pilotage du système hospitalier, sans compter que de surcroît les hospitaliers auraient du mal à l'accepter.

La médecine de ville n'assure pas les mêmes missions de service public. Si les hôpitaux ont à faire face à un afflux de patients, c'est bien parce que la médecine de ville a déserté. Je ne jette pas la pierre aux médecins de ville. Je ferais peut-être pareil si j'étais à leur place. En tout cas, c'est une réalité.

M. Gérard BAPT : Je souhaite poser deux questions. Souvent, on a entendu dire, au sein de la mission, qu'on ne pouvait séparer la ville de l'hôpital si l'on veut mettre en œuvre une réforme de notre offre de soins. Cela pose immédiatement le problème de gouvernance. J'entendais M. Jean-Pierre Davant, qui excluait totalement que les partenaires sociaux puissent se poser en gestionnaires, peu ou prou, du système hospitalier, ne serait-ce que par rapport à la fonction publique hospitalière. C'est une difficulté réelle, qui peut peut-être être contournée dans le cadre de l'ARS. Mais pour le moment, sur ce point, le gouvernement n'a absolument pas souhaité s'engager.

La deuxième question concerne l'AP-HP. Je vous entendais, au cours d'un déjeuner-débat consacré à l'avenir de la médecine, il y a quelques mois, annoncer un important plan d'économies. Mais si vous voulez faire des économies, en dehors des difficultés qui sont apparues, par exemple l'été dernier, alors que vous décrivez un système d'une grande rigidité, cela ne va-t-il pas conduire obligatoirement vers la pénurie ?

Mme Martine BILLARD : Mme Van Lerberghe, j'ai bien écouté le début de votre intervention sur les raisons d'une possible explosion des dépenses à l'hôpital, notamment eu égard au problème des personnes âgées et des personnes se trouvant en situation de précarité en Ile-de-France. N'a-t-on pas aujourd'hui atteint la limite du supportable, en termes de restructuration des établissements de l'AP en Ile-de-France ?

Le fait que les personnes en situation de précarité se présentent aux urgences, faute d'avoir un médecin de ville ou d'avoir les moyens d'avancer les soins, est aussi dû à mon avis, au moins à Paris, à la fermeture de structures qui existaient auparavant : les centres médicaux, les dispensaires – notamment ceux gérés par la Croix Rouge. C'est donc une question qui vous est adressée mais qui est aussi adressée à M. Vincent de manière plus générale : aujourd'hui, le secteur public ne doit-il pas réfléchir à des structures intermédiaires, si l'on peut dire, entre l'hôpital – que celui-ci soit public ou privé – et le médecin de ville ? N'est-ce pas la disparition de ce tissu de soins de proximité qui conduit aujourd'hui un certain nombre de personnes à se précipiter vers les hôpitaux en faisant augmenter d'autant les dépenses ?

M. Pierre MORANGE : Mme Van Lerberghe, j'ai cru comprendre que des contacts étaient établis avec des cabinets d'audit en ressources humaines, à l'AP-HP, qui, forts de leurs expériences étrangères, avaient vocation éventuellement à réfléchir à une gestion plus rationnelle des ressources humaines, puisque la croissance des dépenses hospitalières est essentiellement liée à la croissance de la masse salariale. Cette réflexion continue-t-elle de progresser, envisagez-vous de la mettre en œuvre ?

La deuxième question s'adresse plutôt à M. Vincent. Celui-ci nous rappelait que l'Etat ne pouvait pas se désengager du sujet de la santé. La Haute autorité en matière de santé, dans votre schéma, pourrait même avoir compétence pour décider du montant des cotisations. N'y a-t-il pas là une relative contradiction au regard des prérogatives régaliennes de l'Etat en la matière ?

M. Jean-Luc PRÉEL : Mes questions s'adressent aux deux représentants de l'hospitalisation publique. M. Gérard Vincent proposait des ARS une idée qui est chère à certains d'entre nous. Dans ce cadre-là, quel serait le rôle de l'AP ? Celle-ci est-elle prête à rentrer dans le droit commun, et quelle est la bonne taille pour une gestion hospitalière ? Je sais qu'à l'AP, vous évoluez vers la possibilité de plusieurs pôles parisiens. Quelle autonomie pensez-vous leur donner ?

Vous avez évoqué la tarification à l'activité. On sait très bien qu'un certain nombre d'établissements ont des difficultés parce qu'il n'y a pas eu de « rebasement ». Comment mettre en place une tarification à l'activité pour des établissements qui connaissent des difficultés aujourd'hui ? Enfin, pensez-vous que l'on pourra aller demain, assez rapidement, vers la contractualisation pour les praticiens, ce qui signifierait la possibilité d'embaucher des praticiens sur la base de contrats et non en fonction du statut actuel ?

M. Philippe VITEL : Madame, vous envisagiez la possibilité de la mise en place de la RTT médicale pour aller vers un meilleur ajustement des moyens aux besoins. Ne croyez-

vous pas que cela créera deux pôles de salariés, ce qui pourrait susciter quelques oppositions entre eux, ainsi que des difficultés secondaires d'organisation du travail ?

M. Edouard LANDRAIN : En vous écoutant, on se rend compte qu'entre le malade et l'hôpital, il manque des structures intermédiaires. Pour des raisons d'économies on a supprimé en ville les dispensaires, qui avaient autrefois un rôle de proximité extraordinaire. Il y a également une fâcheuse tendance à vouloir supprimer les petits hôpitaux de secteur en milieu rural, qui jouaient un rôle de soupape, en quelque sorte, et de tri. J'aimerais avoir votre sentiment sur cette nouvelle gouvernance susceptible de faire en sorte que l'humanité soit préservée de la meilleure façon qui soit, peut-être par la création de maisons médicales d'un « nouveau style », de maisons de santé de proximité, qui permettraient de ne pas engorger les services d'urgence des hôpitaux, tout en permettant aux gens d'être mieux soignés, parce qu'au plus près.

Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE : M. Bapt, je me bats tous les jours contre l'idée que faire des économies veut forcément dire détériorer la qualité. Ce n'est pas parce qu'on est un service public que l'on doit être mal géré.

Pour arriver à convaincre tout le monde à l'AP-HP, syndicats, compris, j'ai engagé une démarche, à partir des éléments qui existaient – comptabilité analytique et PMSI – de *benchmarking* interne, qui permet de comparer discipline par discipline les performances. Je l'ai fait pour les plateaux médico-techniques et pour les services supports. Je vais vous donner un exemple concret. A Beaujon, la journée de restauration coûte 17 euros. A Bichat, elle coûte 29 euros. Croyez-vous vraiment qu'on mange tellement mieux à Bichat qu'à Beaujon ? En général, on mange mal partout. Ma conviction profonde est que si, en effet, l'on se dit qu'économies = détérioration de la qualité, on va dans le mur. Je considère que c'est précisément pour éviter le rationnement qu'il faut réfléchir en termes d'efficacité et de qualité.

Si je fais l'hypothèse, un peu théorique, que ceux dont les performances sont supérieures à la moyenne restent comme ils sont et que ceux qui sont moins bien que la moyenne arrivent à la moyenne – ce qui est quand même atteignable, puisque certains font mieux –, on constate un potentiel d'amélioration de 100 millions d'euros dans les services cliniques, de 150 millions d'euros dans les plateaux médico-techniques et de 100 millions d'euros dans les services « support ». Ceci est à comparer au fait que, lorsque l'AP coûte globalement 400 millions d'euros de plus que les autres CHU. Encore une fois, j'ai travaillé dans le public et dans le privé. Je ne veux pas gérer l'AP comme une entreprise. Je l'ai dit tout à l'heure. En revanche, je trouve que l'on peut tout à fait s'inspirer de méthodes qui ont fait leurs preuves ailleurs pour chercher l'efficacité. C'est même, à mon avis, un gage de réussite du service public. Ce qui est important est de faire cela en toute transparence. Nous avons présenté notre tableau de comparaison aux syndicats, par exemple, et je trouve que c'est un bon sujet de dialogue social. On peut alors se demander pourquoi, à Beaujon, cela coûte moins cher. Vous allez me dire : l'un est sous-traité et l'autre ne l'est pas. En réalité, c'est à Beaujon que nous fonctionnons en régie – 17 euros –, alors que c'est à Bichat que nous sous-traitons – 29 euros. Mais l'inverse se trouve aussi. Par conséquent, réfléchir sur le rapport coût-efficacité n'est pas contraire au service public.

Mme Billard, en ce qui concerne les structures intermédiaires, nous sommes en train de construire notre plan stratégique. Je crois qu'il s'agit de moments très importants, qui nous permettent de réfléchir à nos missions. On s'aperçoit en effet que si l'on n'y prend garde, l'hôpital va commencer à tout faire, et il ne fait pas tout bien. Financièrement, il est plus coûteux, et socialement il est moins performant. Je vais prendre l'exemple des personnes âgées. Nous avons des EPHAD ; ils sont 40 % plus cher en forfait d'hébergement et deux fois plus cher médicalement. Je ne suis pas absolument convaincue que les projets de vie y soient nécessairement au mieux de ce qu'ils pourraient être.

Notre situation financière est difficile, nous préférons donc éviter le recours à des cabinets de conseils. Dans certains cas, toutefois, cela va être nécessaire. L'idée est très simple : trouver ceux qui savent faire ce que j'ai déjà eu l'occasion de réaliser dans d'autres univers professionnels. Il s'agit de façon participative, de regarder le process de travail et de trouver ensemble les solutions qui améliorent à la fois le service rendu au malade et les conditions de travail. Nous sommes donc en train, effectivement, de voir quels cabinets pourraient nous aider dans cette démarche. Tout cela serait effectué sur la base du volontariat de nos équipes.

En ce qui concerne le rôle de l'AP, la question est pertinente, car comme vous le savez nous avons un statut particulier, auquel l'ensemble des personnels est très attaché. Aujourd'hui, il est vrai que la taille de l'AP entraîne une bureaucratie très pénalisante, et dont souffrent d'ailleurs les personnels. Mais à l'inverse, cela nous donne une taille critique déterminante pour le progrès médical. C'est pour cela que les médecins y sont attachés. Au moment de la canicule, nous avons eu les premiers cas d'hyperthermie le jeudi 7 août 2003 au soir. Ils restaient dispersés. C'est parce que nous sommes l'AP que l'information a été centralisée et que, dans la nuit du jeudi au vendredi, M. Pierre Carli a compulsé la littérature médicale et recherché le précédent de Chicago en 1995, pour faire l'analyse de l'hyperthermie, que nous ne connaissions pas. En termes de gestion, l'enjeu est de conserver les avantages de l'unité, en évitant d'en avoir les inconvénients. C'est vrai que l'organisation en groupements hospitaliers universitaires a cette vocation, cette ambition-là.

S'agissant des maisons médicales, je crois que cela peut dépendre beaucoup de l'endroit où l'on est. Je m'explique. A Necker, compte tenu de la population que l'hôpital dessert, lorsque les familles se présentent inquiètes aux urgences, vous pouvez les renvoyer vers une structure extérieure ou leur généraliste. A Robert Debré, les populations souvent ne parlent pas français et sont parfois dans un état de dénuement très grand ; c'est impossible. L'expérience que nous avons eue cet hiver le montre. Il y a eu une forte poussée aux urgences. La Ville de Paris avait pris l'initiative d'ouvrir des lieux de consultation le week-end. Il y a eu très peu de patients. Nous avons donc conçu une solution d'attente. A Robert Debré, il y a des boxes de consultation au-dessus des urgences, cela tombe bien ; nous avons fait une expérience, avec une association qui réunit d'ailleurs des médecins, salariés mais payés à l'acte. Nous avons passé un accord temporaire pour qu'ils viennent le week-end, pour absorber une partie du flux. Ainsi, les gens arrivaient – et c'est alors notre responsabilité de les accueillir, on ne peut pas les renvoyer comme cela –, étaient vus par l'infirmière d'orientation. Lorsque ce n'était pas grave, nous leur disions : « vous avez le choix. Ou bien vous voulez vraiment être pris par nous, et il y aura un long temps d'attente ; ou bien vous allez au-dessus ». En fait, durant la période où le système a fonctionné, il a accueilli 45 % du flux, et il y a eu très peu de refus.

M. Hervé MORIN : J'ai simplement une question que j'ai posée hier au président du MEDEF. Je souhaiterais savoir ce qu'en pensent les représentants de l'hospitalisation privée, notamment.

Vous connaissez sans doute l'idée qui consisterait à faire de la France un pôle d'excellence, dans le cadre des théories économiques de type « avantage comparatif », selon laquelle la France deviendrait un pays dans lequel on viendrait se faire soigner, avec des patients étrangers ayant un pouvoir d'achat leur permettant de venir se faire opérer d'une chirurgie particulière. Cette idée correspond-elle, à vos yeux, à quelque chose de faisable, de réalisable et de pertinent ?

M. Max PONSEILLÉ : L'idée est intéressante, surtout qu'il y a eu des précédents : il y a quelques années, de nombreux patients italiens sont venus se faire soigner en France, sur la

Côte d'Azur mais aussi à Paris, notamment en cancérologie, en cardiologie. Actuellement, cette idée est tout de même un peu plus difficile à mettre en œuvre, en raison du contingentement qu'impose la carte sanitaire pour limiter le nombre de lits disponibles. Les lits qui existent dans les établissements correspondent aux besoins de la population.

Cela nécessiterait donc des investissements. En outre, ceux-ci devraient correspondre à des lits qui auraient reçu une forme d'autorisation, sans être conventionnés. Il existe là un certain flou. Nous avons aussi été concernés par ce type de sollicitation avec les patients anglais, qui devaient venir dans le cadre de la résorption des files d'attente qu'avait annoncée Tony Blair. Quelques-uns sont venus, les établissements ont été intéressés. Mais ce sont les Anglais qui n'ont pas donné suite. Dans les régions du Sud – je suis de Montpellier – nous avons des contacts avec le Maghreb. Mais c'est vrai qu'on a un peu de mal à concrétiser cette idée dans le contexte actuel, puisque l'urgence consiste plutôt à prendre en charge les populations de proximité.

M. Gérard VINCENT : Pour compléter, M. le Président, je crois que c'est une bonne piste, ne serait-ce que parce qu'il existe aussi dans les établissements des capacités de « production » inutilisées, notamment à certaines périodes de l'année. Pour de la chirurgie froide, par exemple, on pourrait très bien faire venir, à leur demande, des patients étrangers.

Mais si les hôpitaux publics sont réticents – ils ont été très réticents pour accueillir des patients britanniques –, c'est pour deux raisons. La première est qu'on a refusé, lorsque nous avons demandé au ministère, que ces recettes supplémentaires soient considérées comme des recettes véritablement supplémentaires, et ne viennent pas en déduction de la dotation globale. Le problème va être réglé grâce à la tarification à l'activité. Mais on retombe sur le problème de la gouvernance interne à l'hôpital : imaginons qu'un hôpital soit amené à augmenter ses moyens, notamment en hommes, pour répondre à l'augmentation de l'activité liée à l'arrivée de patients étrangers. Encore faut-il que le jour où cette activité diminue ou disparaît, il puisse réduire ses effectifs. Or aujourd'hui dans le cadre des statuts actuels de la fonction publique, on est coincés. C'est la raison pour laquelle, je voulais le dire tout à l'heure, dans la plate-forme de la FHF, nous n'avons pas dit que nous voulions privatiser les hôpitaux publics. Nous imaginons bien la levée de boucliers qu'une telle idée eût suscitée. Nous avons dit que le modèle des établissements privés à but non lucratif nous paraissait un modèle dont on pouvait s'inspirer à moyen terme – nous avons pris les précautions de langage nécessaires.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Si vous me permettez, pour aller un tout petit peu plus loin dans la question de M. Morin, je crois qu'il faut distinguer deux types de patients, et notamment ceux qui auraient besoin de soins de niveau courant et qui ne peuvent les avoir dans leur pays. C'est le cas par exemple des Britanniques, des patients du Maghreb, dans un bon nombre de cas, et aussi des patients américains qui – je l'ai vécu – venaient se faire opérer de la prostate en France parce que cela coûtait moins cher. Je ne sais pas par quel mécanisme mais telle était la situation. Nous avons ainsi connu une « vague », à un certain moment, dans le service que je dirigeais. Je pense que la question de M. Morin visait à demander si dans les domaines de pointe, on pourrait attirer une clientèle... Et là il y a un véritable problème : on est encore capable d'innovation dans ce pays, on a cette capacité ; mais une fois que l'on a innové ponctuellement, on n'est pas capable de transformer cette innovation en une activité de pointe régulière. C'est, me semble-t-il, un des problèmes.

M. Georges RIFFARD : Je rejoins ce qui vient d'être dit par M. Gérard Vincent. Après tout si, véritablement, il y a des demandes qui vont très au-delà de ce qui existe aujourd'hui – car dans les zones frontalières il existe déjà de nombreux malades européens qui viennent se faire soigner de façon assez régulière –, et s'il s'agissait d'un choix qui devait être fait, il faudrait intégrer ceci dans le dispositif de tarification à l'activité. En effet, si l'on raisonne

en termes macro-économiques, lorsqu'on aura fermé l'enveloppe au niveau national, imaginez que tous les établissements vont devenir de plus en plus performants et vont avoir beaucoup plus d'activité ; ils vont du même coup recevoir beaucoup plus de crédits. Naturellement, c'est un contresens par rapport à l'organisation. Il est prévu dans les textes que si l'activité augmentait sur le plan national, on baisserait les tarifs de telle façon que l'on se retrouve avec les mêmes crédits que si l'on n'avait pas eu une majoration d'activité. Je crois, du même coup, que si l'on devait avancer dans cette voie, il faudrait que ce soit traité, et que l'on se prononce aussi sur le caractère durable ou non.

M. Jean-Marie LE GUEN : J'ai une question très simple. La commission des affaires sociales a adopté un rapport sur la gouvernance, dit rapport Couanau. Ce rapport sur la gouvernance a débouché, avec un peu de retard de mon point de vue, sur des propositions de réforme de la gouvernance avancées par Jean-François Mattei. Pensez-vous qu'il est possible de faire quoi que ce soit à l'hôpital si l'on ne met pas en œuvre la réforme de la gouvernance, telle qu'elle a été prônée par le Parlement et par le précédent ministre de la Santé ?

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Pour ma part, je préfère le terme de pilotage à celui de gouvernance, mais cela revient au même.

M. Gérard VINCENT : J'imagine que la question s'adresse à moi. Il faut effectivement mettre en œuvre la réforme. Elle est réclamée par une grande partie du monde hospitalier, même si, vous l'avez souligné, certains s'y opposent, et même si, comme je l'ai dit, elle est sans doute insuffisante. L'idéal serait quand même que les hôpitaux recrutent au sens du code du travail des gens qui vont être les piliers de l'établissement. A commencer par les directeurs, d'ailleurs : il n'est pas question de dire que le conseil d'administration va recruter les médecins tandis que le directeur y échapperait. Je crois qu'il faut une logique globale. Nous avons une réunion hier, avec les présidents des conférences des directeurs d'hôpitaux, de CHU, de centres hospitaliers généraux... Tous ont dit qu'il fallait absolument que le ministre accepte de poursuivre ce dossier. Je suis chargé aujourd'hui même d'appeler le directeur de cabinet pour demander un rendez-vous. Nous avons une réunion de travail sur ce sujet la semaine prochaine.

M. Jean-Marie LE GUEN : Voilà un bon point du rapport de la mission.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : C'est clair. Nous l'avions déjà souligné et c'est bien que vous reveniez là-dessus.

M. Gérard VINCENT : Vous avez raison, M. Morange, d'avoir mis le doigt sur une contradiction entre le principe que j'ai avancé, selon lequel l'Etat ne peut pas se désengager du domaine de la santé, et la possibilité de confier à une Haute autorité en santé publique le soin de fixer les cotisations. J'aurais d'ailleurs pu, dans mon exposé, vous donner l'occasion de relever une autre contradiction : j'aurais dû dire également qu'il se pose un problème de fixation des salaires des personnels. Compte tenu du poids de la masse salariale dans les budgets hospitaliers publics – 72 % quasiment aujourd'hui, après les créations d'emplois liées à la RTT –, si c'est l'Etat qui fixe les tarifs et si c'est la Haute autorité qui est chargée de l'équilibre, il y a bien un divorce.

J'ai donc bien conscience que le schéma que j'ai proposé a quelques failles. Mais peut-on imaginer que la Haute autorité ait délégation de l'Etat, qu'elle agisse en son nom. Ses membres sont nommés par l'Etat. Mais ce n'est pas l'Etat quand même : ce n'est pas le Premier ministre, ni le ministre de la santé. Le schéma que j'ai présenté tout à l'heure me paraît théoriquement pouvoir fonctionner.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Il y a peut-être des étapes à prévoir.

M. Gérard VINCENT : Oui, il y a peut-être des étapes.

Table ronde « financement » regroupant
M. Michel GRIGNON, directeur de recherches au CREDES/IRDRES
M. François MONIER, secrétaire général de la commission des comptes
de la Sécurité sociale,
M. Jean-Luc TAVERNIER, directeur de la Prévision et de l'analyse économique au
ministère des finances

(Extrait du procès-verbal de la séance du 6 mai 2004)

Présidence de M. Jean-Michel DUBERNARD

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Nous connaissons tous l'importance du déficit actuel de l'assurance maladie et de la dette cumulée. M. Monier nous a fait parvenir des chiffres très complets sur ce point. Mais votre audition devrait aussi nous permettre d'obtenir des chiffrages précis sur les différentes mesures thérapeutiques que nous avons listées.

S'agissant par exemple des recettes, pourriez-vous nous dire précisément combien rapporterait 1 point supplémentaire de cotisations, 1 point supplémentaire de CRDS et 1 point supplémentaire de TVA ?

M. Michel GRIGNON : J'avais préparé quelques éléments sur le financement de l'assurance maladie. En ce qui concerne le diagnostic, je souhaitais évoquer très brièvement ce qui peut expliquer le fait que la dépense de santé croît tendanciellement plus vite que la richesse nationale, en insistant sur le fait que ce n'est pas tant le vieillissement qui est en cause, mais surtout le progrès technique. Ensuite, je souhaitais plutôt insister sur la thérapeutique et en particulier sur l'aspect « responsabilisation du patient ». Je voulais développer l'idée que si les malades paient plus, ils dépensent moins. On dispose maintenant d'éléments empiriques assez forts sur ce point. Mais est-ce souhaitable ? Ma réponse sera plutôt négative, de plusieurs points de vue.

Si l'on examine cette question au vu des résultats en termes de santé, en termes de contenu des soins auxquels les gens renoncent quand ils dépensent moins, ou en termes de bien-être – concept d'économiste –, dans les trois cas la réponse est plutôt non. Je pourrais développer les éléments sur lesquels je m'appuie pour dire cela.

Au total, il me semble que le débat principal ne porte pas tellement sur la capacité de régulation de la dépense totale qu'offre l'augmentation de la part laissée à la charge des malades. A mon avis le débat se situe plutôt en termes d'équité : jusqu'où peut-on supporter que les pauvres ou les moins riches financent eux-mêmes leur assurance maladie ? Jusqu'où peut-on demander aux riches de financer l'assurance maladie des pauvres ? Je crois que c'est là-dessus qu'il faut focaliser le débat si l'on s'intéresse aux problématiques de responsabilisation des patients, étant entendu, encore une fois, qu'il n'est pas efficace d'essayer de faire dépenser moins en diminuant les transferts des bien portants vers les malades.

Ensuite, je souhaitais développer, beaucoup plus rapidement les autres éléments de thérapeutique auxquels l'on pourrait penser. En restant toujours dans la logique du financement de l'assurance maladie, il faut rappeler qu'en tant que financeur, l'assurance maladie est aussi une instance qui paie des producteurs – les médecins, les hôpitaux. Je souhaitais aussi évoquer ces points-là, mais encore une fois beaucoup plus brièvement, car l'on dispose de moins d'évidences empiriques, et je les connais moins. Je voulais terminer sur un point qui me paraît intéressant en termes de financement et de

responsabilisation des assurés : les indemnités journalières. On en a pas mal parlé ces derniers temps. Je suis à votre disposition pour les évoquer si vous le souhaitez.

M. Jean-Marie LE GUEN : Pouvez-vous nous rappeler ou nous confirmer la structure de consommation suivant les catégories sociales et professionnelles données dans le rapport du Haut Conseil ? Elle constitue à mon avis un phénomène fondamental, qui ajoute un élément à la question de l'équité que vous évoquiez. Cela pose en effet la question de la nature de l'accès aux soins, et ceci en termes d'accessibilité réelle. Je ne crois pas me tromper en disant que la structure de la consommation selon les catégories sociales varie énormément : pour faire vite, les catégories sociales supérieures ont une dépense plutôt inférieure à la moyenne, mais avec une structure essentiellement basée sur le recours aux soins primaires – médecin spécialiste, pharmacie, avec, en proportion, une « consommation hospitalière » nettement moindre. Les catégories sociales défavorisées – ouvriers qualifiés, ouvriers spécialisés – présentent une dépense globale plus importante, dont la structure montre la prépondérance du recours à l'hôpital par rapport au médecin de ville. Confirmez-vous cette analyse ? Et ceci ne veut-il pas dire qu'indépendamment de l'équité sociale, il se pose le problème de l'utilisation de l'offre de soins qui est optimisée pour les catégories sociales supérieures, et non optimisée pour les catégories sociales plus défavorisées ?

M. Michel GRIGNON : Oui, vous avez raison. De plus, nous avons maintenant, grâce à l'expérience quasiment naturelle qu'a constitué la CMU, des éléments qui nous permettent d'affirmer que cette différence n'est pas en priorité culturelle. Pendant un certain nombre d'années, on s'est dit que peut-être, après tout, les ouvriers consommaient moins, ou différemment, en raison de préférences différentes. Avec la CMU, nous disposons aujourd'hui de bons indicateurs qui permettent d'affirmer que les raisons de ce constat sont d'ordre financier plus que culturel : lorsqu'on donne à des gens pauvres une couverture santé moyenne – c'est-à-dire à peu près celle dont bénéficie le reste de la population –, ils consomment à peu près comme le reste de la population, et fréquentent la médecine ambulatoire. Un des points vraiment importants dont nous avons pu faire le constat avec la CMU est que celle-ci a en fait diminué la proportion, parmi les pauvres, des gens qui n'allaient jamais voir le médecin au cours de l'année. On peut penser que ceci recouvre des soins utiles. Après, il s'agit d'une question normative. Mais on peut quand même penser que ne jamais aller voir le médecin au cours de l'année n'est pas une très bonne idée.

M. François MONIER : Compte tenu de mes fonctions, j'avais essentiellement prévu d'évoquer la situation et les perspectives de l'assurance maladie. Je vous ai envoyé quelques éléments. Le ministre a fourni des indications pour 2004.

Je rappelle simplement les chiffres. Le déficit de l'assurance maladie est de 11 milliards d'euros en 2003, et sera vraisemblablement proche de 13 milliards d'euros en 2004. Le chiffre de 2003 est définitif ; celui que j'indique pour l'année 2004 constitue bien sûr une prévision. Ces chiffres traduisent une détérioration extrêmement rapide : en deux ans, ce déficit s'est dégradé d'une dizaine de milliards d'euros, soit 4,5 milliards par an, en 2002 et 2003, l'année 2003 étant la plus mauvaise, en ceci qu'elle a vu se cumuler une croissance très vive des dépenses de l'assurance maladie et une croissance très modeste des recettes, du fait du ralentissement général de l'activité économique.

L'année 2003 constitue certainement le point bas, en termes de dégradation. Néanmoins, la situation continuerait de se détériorer si nous ne faisons rien, et le déficit continuerait d'augmenter de l'ordre d'environ 2 milliards d'euros par an au cours des prochaines années. Voilà quelles sont les perspectives. Je suis bien sûr prêt à vous détailler ces éléments, notamment pour l'analyse de la période récente. Je reviendrai, si vous le voulez, sur les causes ou l'analyse que l'on peut faire de ce qui s'est passé au cours des dernières années.

J'ai également transmis un certain nombre de graphiques illustrant certains aspects qui ont été traités par le Haut Conseil, par exemple la croissance très forte des indemnités journalières, la rapidité des passages en ALD ou la consommation des médicaments. Il s'agit là de quelques-uns des facteurs qui expliquent la croissance très vive que l'on observe depuis trois ou quatre ans pour les dépenses d'assurance maladie.

M. Jean-Luc TAVERNIER : Je vais répondre à vos questions, puis je dirai quelques mots sur le diagnostic, de façon très rapide.

Un point de cotisation patronale représente 5 milliards d'euros. Je ne dispose pas de chiffres très détaillés. En ce qui concerne la CRDS, je dispose de données valant pour la CSG, mais la CRDS est marginalement supérieure : un point de CSG représente 9 milliards d'euros. Enfin, un point de TVA représente 7,4 milliards d'euros, si l'on fait la somme des deux taux : 5,4 milliards d'euros pour le taux moyen et 2 milliards d'euros pour le taux réduit.

En ce qui concerne le diagnostic, j'ai retenu des travaux du Haut Conseil, d'abord, que le déficit est, au moins aux trois quarts, d'origine structurelle : si l'on rêve de retour à une conjoncture meilleure, cela ne peut résorber qu'un quart du déficit actuel.

Il apparaît également que le déficit est lié à une croissance des dépenses continûment plus forte, avec une différence comprise entre 1,5 % et 2 %, que la croissance potentielle de l'économie. On peut rêver d'augmenter la croissance potentielle mais elle ne couvrira jamais le différentiel. Il se pose donc bien une question structurelle. Si l'on veut rattraper l'écart entre la recette et la dépense, il faut augmenter d'un point la CSG tous les trois ou quatre ans, ou augmenter d'un point le taux de TVA moyen un peu moins de tous les deux ans.

Troisième élément de diagnostic, lorsqu'on établit des comparaisons internationales, on observe globalement que le coût de la santé, au sens large, est en moyenne, avec 10 points de PIB, 1 point de PIB plus élevé que la moyenne des pays comparables.

Ce point de PIB n'est bien sûr pas perdu. D'abord, il n'est pas perdu pour tout le monde, puisqu'il faut tenir compte des revenus de ceux qui exercent leur activité dans le secteur de la santé – cela va sans dire. Qu'a-t-il comme contrepartie en termes de qualité du service rendu ? Je dirais qu'elle s'apprécie sans doute moins en termes d'indicateurs sanitaires qu'en termes de confort du système. Je crois en effet que le système français est celui qui offre le moins de contraintes et la plus grande liberté, en tout cas parmi tous ceux que j'ai pu analyser. Elle se décline dans la liberté d'installation du médecin, la liberté de consultation du patient – où il le souhaite, quand il le souhaite –, la liberté de prescription du prescripteur – quasi-totale –, etc.

Il n'existe quasiment aucune contrainte. La contrepartie de ce point supplémentaire de PIB, par rapport aux autres pays – qui, eux aussi, ont du mal à réguler et à optimiser leur système –, se trouve donc, à mes yeux, dans un supplément de confort, de liberté et de souplesse du système. En tant qu'économiste, je ne suis pas qualifié pour dire si ce confort accru mérite le point de PIB qu'on y consacre. Je puis dire, en revanche, que nous pourrions l'utiliser autrement, si l'on s'autorisait à avoir un peu moins de liberté et un peu plus de contraintes.

A mon avis, nous souffrons de façon très profonde de l'absence de débat sur ce que nous appelons, en économie, la révélation des préférences collectives : les gens préfèrent-ils payer un point de PIB en moins, avoir un peu plus de contraintes, ou préfèrent-ils payer davantage afin de conserver la liberté qui existe aujourd'hui ? Cette question n'est jamais posée, y compris pendant les débats sur la loi de financement de la Sécurité sociale. J'ai participé à l'élaboration de la première, au sein du cabinet de M. Jacques Barrot. Je ne vais donc pas renier ce travail. Mais il manque un débat sur la révélation de ce que veulent profondément les Français quant au choix entre le coût et le confort d'utilisation, me semble-t-il.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Merci. Je vous propose que nous organisions la discussion en trois points :

- les recettes ;
- les dépenses ;
- la gouvernance.

Une action sur les recettes est-elle indispensable ? Je remarque au passage que nous avons beaucoup parlé de dépenses et d'organisation, mais nous avons assez peu évoqué les recettes. Si une action sur les recettes est indispensable, à quelle échéance ? Peut-on aujourd'hui raisonnablement envisager une hausse des prélèvements ? Faut-il préférer une modification de leurs structures ? Que pensez-vous d'une hausse de la CSG ? Comment percevriez-vous une prolongation ou une augmentation du taux de la CRDS ? Peut-on augmenter les cotisations ? Faut-il modifier l'assiette des cotisations patronales ? Est-ce possible ? A quelles conditions ? Et que pensez-vous de la TVA sociale, qui a longtemps été abordée ?

M. Gérard BAPT : Je souhaite dire un mot pour compléter vos propos. Dans le rapport Fragonard, étaient citées les recettes potentielles, qui n'arrivaient pas à la Sécurité sociale – par exemple la dette de l'Etat, les exonérations non compensées... Peut-être pouvons-nous aussi penser, après tout, aux taxes sur l'alcool et le tabac, qui pourraient être dirigées exclusivement dans le financement de l'assurance maladie. Pouvons-nous avoir votre avis là-dessus ?

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Quel est, annuellement et en cumul, le montant des cotisations non versées par les employeurs ?

M. François MONIER : Le constat a été fait au sein du Haut Conseil. Aujourd'hui, la CNAM est financée à 85 % par des cotisations et de la CSG. S'y ajoutent un peu de recettes d'autres impôts, mais très peu, à hauteur de 2 % ou 3 %. Il y a aussi des recettes diverses, notamment les remboursements d'exonérations, qui étaient effectués par le FOREC et qui vont maintenant l'être par l'Etat.

Je trouve, pour ma part, difficile que certaines recettes aient deux affectations : les taxes sur tabac et alcool, pour le moment, ne sont affectées que pour partie à la CNAM. Cela a d'ailleurs changé tous les ans depuis dix ans : CNAM, FOREC, FSV, Etat maintenant... C'est un problème à voir dans les relations Etat-Sécurité sociale ; mais je pense qu'il serait souhaitable que ces recettes soient affectées intégralement, un jour ou l'autre, à la CNAM. Ces impôts – taxes sur tabac et alcool, assurance automobile et quelques autres – me semblent avoir pour vocation à être affectés intégralement à l'assurance maladie. Il se pose un problème de frontières, et je trouve que dans la clarification nécessaire qu'il doit y avoir dans les relations entre Etat et Sécurité sociale, il serait utile de le définir une fois pour toutes, sans modifier chaque année la part affectée à l'un et celle affectée à l'autre en fonction des besoins des uns et des autres.

D'une façon générale, oui, il y a intérêt à clarifier les relations entre l'Etat et la Sécurité sociale. Un des aspects qui a été évoqué par M. Bapt touche aux exonérations non compensées. Environ 10 % des exonérations de cotisations sociales – dont le montant est maintenant considérable : environ 20 milliards d'euros en 2004 – ne sont pas compensées à la Sécurité sociale. Tout le reste – 18 milliards d'euros environ – est compensé par l'Etat maintenant, intégralement, du fait de la disparition du FOREC. Comme vous le savez, la loi de 1994 a décrété que désormais toutes les exonérations de cotisations seraient remboursées par l'Etat. On peut décider l'inverse, mais à mon avis l'endroit où on met le curseur, dans les relations entre l'Etat et la Sécurité sociale, ne changera rien à ce qui est important : le déficit total de nos administrations publiques. Il faut apprendre à raisonner en ces termes.

Il y a un autre sujet que je souhaite mentionner au passage, car on ne l'évoque jamais. Peut-être est-ce un peu technique. En reprenant tous les remboursements d'exonérations que le FOREC remboursait, l'Etat récupère ainsi des taxes qui étaient affectées à la Sécurité sociale, à l'assurance maladie, et qui, en 2000 ou 2001, étaient passées de la CNAM au FOREC. Il y a une partie des taxes tabac et alcool qui, il y a cinq ans, étaient affectées à la CNAM et qui, au moment où le FOREC, qui remboursait les exonérations de cotisations sociales, avait besoin de beaucoup de fonds, lui avaient été transférées qui, aujourd'hui que le FOREC disparaît, sont reprises par l'Etat. Le montant de ces taxes est très difficile à évaluer, mais il est, d'après mes calculs, de l'ordre de 1 milliard d'euros. Si on compare à la situation qui prévalait il y a cinq ans, il apparaît que le niveau des taxes tabac et alcool affectées à l'assurance maladie est moindre aujourd'hui.

Mon sentiment personnel est que la CSG est le meilleur impôt susceptible d'être mobilisé, du fait de son universalité et de son rendement. A la première question que vous avez posée, M. le Président, il me semble que malheureusement, compte tenu de la situation, et même si la priorité doit porter sur une action structurelle sur la dépense, on n'évitera pas une prochaine hausse des prélèvements.

M. Jean-Luc TAVERNIER : Directeur d'administration centrale, étant pour le moment dans une négociation interministérielle, je souhaiterais m'exonérer des réponses à des questions qui sont, pour moi, difficiles.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Vous pouvez nous donner votre point de vue, tout simplement.

M. Jean-Luc TAVERNIER : Mon point de vue importe peu. Celui qui importe est celui de mon ministre. En ce qui concerne les prélèvements, la position du ministère des finances est que cette question doit se traiter d'abord par une action sur la dépense, avant de penser à toute hausse de prélèvement.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Nous sommes en train de préparer le débat parlementaire. Nous vous posons donc des questions qui sont d'ordre technique, afin de savoir ce que rapporterait tel ou tel impôt, comment fonctionne tel ou tel système... Nous ne sommes pas là pour anticiper sur les décisions gouvernementales qui seront prises.

M. Jean-Luc PRÉÉL : Nous avons aujourd'hui un déficit cumulé qui est de l'ordre de 33 milliards d'euros qui, sauf erreur, entraîne des frais financiers de l'ordre de 1 milliard d'euros environ. Comment le finance-t-on ?

M. Jean-Luc TAVERNIER : M. le Président, je suis dans une situation difficile, en plein travail interministériel. Il n'est pas question pour moi d'exposer la position du ministre sur ce sujet. Si vous voulez le savoir, il faut l'interroger lui.

D'un point de vue technique, s'agissant de la question du transfert alcool, il faut revenir à la genèse de cette affaire. Le FOREC devait financer les allègements de charges. Il a été décidé sous la précédente législature qu'il serait en partie financé par les régimes sociaux qui profitaient du surcroît de masse salariale imputé aux 35 heures. Par conséquent, lorsqu'il s'est agi de transférer la charge du FOREC – le financement des allègements de charges – à l'Etat, celui-ci a aussi récupéré ses recettes.

Il n'y a pas eu de « rapt » au préjudice de l'assurance maladie.

Il me semble qu'augmenter les prélèvements sur les entreprises n'est vraiment pas une bonne idée. C'est la dernière chose dont on a besoin. Lorsqu'un trou aussi important que celui de l'assurance maladie apparaît, appeler à la rescousse les entreprises et créer ce précédent – on n'a pas tellement demandé de cotisations supplémentaires aux entreprises pour financer l'assurance maladie depuis quasiment vingt-cinq ans –, me paraît le meilleur moyen de diminuer l'attractivité de l'investissement dans notre pays.

S'agissant du changement d'assiette des cotisations patronales, je crois qu'il aboutirait à dépenser beaucoup d'énergie pour pas grand-chose. Un excellent rapport a été rédigé par le professeur Malinvaud sur la cotisation à la valeur ajoutée, en 1998 ou 1999. Il dit tout sur le sujet et en substance, qu'il y a beaucoup de poudre aux yeux et d'illusions dans ces changements de taxation et ces changements d'assiette.

On le voit bien avec la taxe professionnelle : on a supprimé la part salariale, et on dit, cinq ans plus tard, qu'il faut réformer cet impôt car il ne pèse plus que sur le capital. Par conséquent, faire en sorte que les cotisations patronales soient assises sur la valeur ajoutée, pour essayer par exemple de rétablir une taxation égalitaire des facteurs, me paraît mobiliser beaucoup d'énergie pour un résultat au mieux nul, et potentiellement négatif.

La TVA sociale est quelque chose que je déconseille assez formellement, pour tout un tas de raisons, sauf à supposer que les entreprises paient intégralement la hausse de la TVA et ne la répercutent absolument pas dans leurs prix, auquel cas l'on serait renvoyé à un prélèvement sur les entreprises. Sauf à supposer cela, la TVA passe dans les prix, et on est renvoyé à des questions douloureuses d'évolution des salaires suite à ce surcroît d'inflation, d'évolution des prestations sociales, de tous les transferts. Le bilan que l'on peut en faire, avec nos outils de modélisation, est assez négatif. Mieux vaut, *a priori*, une autre forme de prélèvement sur le revenu des ménages, plutôt que la TVA. C'est l'analyse macroéconomique.

J'ajoute une analyse en termes de logique de financement de la protection sociale. Je crois que nous voulons tous essayer d'être plus parcimonieux dans la dépense d'assurance maladie et d'être plus efficaces. Le champ de la fiscalité indirecte, la manne potentielle qu'elle représente pour l'assurance maladie, réduit considérablement les incitations que l'on aura, dans les prochaines années, à optimiser le système et à éviter que la dépense continue de dériver comme elle l'a fait ces dernières années.

M. Michel GRIGNON : Je n'ai absolument aucune compétence concernant les mérites respectifs des différents modes de financement. Je voulais juste souligner quelque chose qui, encore une fois, a trait à l'équité.

Je suis tout à fait d'accord avec ce que vient d'indiquer M. Tavernier : la première chose consiste en effet à savoir si la dépense totale va augmenter, diminuer... Une fois que l'on a agi, en gros, sur les prix et sur les producteurs pour fixer la dépense totale, sa répartition est vraiment ce qui importe.

Nous pouvons nous comparer avec ce qui se fait à l'étranger. Nous avons des éléments qui permettent de savoir si notre financement de l'assurance maladie ou plutôt le financement des soins, d'une façon plus générale, est plus équitable, plus redistributif que ce qui existe à l'étranger. La dernière comparaison qui a pu être établie sur un nombre de pays assez important remonte au début des années 1990. C'est un peu ancien. On est en train de refaire l'exercice en ce moment.

L'étude a été réalisée sur douze pays, uniquement des pays riches. Trois pays avaient un système de financement redistributif : en gros, la quantité de soins que vous pouvez acheter ne dépend pas de vos revenus. Ces trois pays étaient le Royaume-Uni, l'Italie, la Finlande. Deux pays étaient au voisinage de zéro, c'est-à-dire qu'ils n'étaient ni redistributifs ni anti-redistributifs : la France et l'Espagne. Très proches d'eux, figuraient le Danemark et la Suède. Je signale au passage que le Danemark et la Suède utilisent beaucoup de tickets modérateurs d'ordre public sur les médicaments. Ils se retrouvent ainsi avec un « score » peu flatteur. Ensuite arrivaient l'Allemagne et les Pays-Bas, pays assez anti-redistributifs, pour une raison simple : leur système est segmenté verticalement. Ainsi, en gros, les plus riches ont la possibilité de ne pas être dans le système, et ils ne s'en privent pas ; c'est-à-dire qu'ils ne financent pas les autres. En Allemagne, ceci concerne 10 % des plus riches ; aux Pays-Bas, la proportion est de 37 % des plus riches. Imaginez que demain, les 37 % de Français percevant les plus hauts salaires quittent le système de la Sécurité sociale. Le déficit de celle-ci ne serait pas de 10 milliards d'euros, mais bien supérieur... C'est ce qui explique que les systèmes allemand et néerlandais soient beaucoup plus inéquitables.

Cela ne vous étonnera pas non plus, la Suisse et les Etats-Unis apparaissent comme des systèmes très fortement inéquitables et très anti-redistributifs : pour se payer la même quantité de soins, il faut sacrifier beaucoup plus, en proportion de son revenu, quand on est pauvre que quand on est riche, parce qu'il n'existe pas de système de redistribution.

Lorsqu'on décompose ces indicateurs, pour les différents pays, en séparant ce qui est le fait du financement social et le fait des financements privés, y compris les mutuelles, on s'aperçoit qu'en France, deux éléments se compensent. C'est ce qui explique que nous soyons proches de zéro. Nous avons un système qui est très redistributif, c'est l'assurance sociale ; et un système qui est très anti-redistributif, ce sont tous les autres systèmes, y compris l'assurance complémentaire. Elle ne s'inscrit pas dans une logique redistributive, car elle fonctionne selon un principe forfaitaire : que l'on soit pauvre ou riche, on doit payer la même chose.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Nous allons passer maintenant à l'action sur les dépenses. M. Monier, j'aimerais que vous nous en disiez un peu plus sur leur décomposition. Quelles seraient, à vos yeux, les mesures les plus intéressantes à prendre ? Y a-t-il des économies à faire sur la gestion de l'hôpital ? Combien pourrait rapporter une hausse du ticket modérateur, ou l'instauration d'un ticket modérateur d'ordre public ? Quelle recette pourrait-on attendre du forfait par boîte de médicaments ? Quel serait l'impact sur les dépenses d'une franchise modulée sur les revenus ?

M. Jean-Marie ROLLAND : On peut aussi se demander quel sera l'effet de la démographie sur les dépenses de santé dans les prochaines années. Pendant un moment, on

mettait en avant le postulat selon lequel l'offre crée la dépense. Quel est le moyen de mieux réguler la répartition des médecins dans cette période de décline des effectifs ?

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : J'ajoute une autre question : quelles économies peut-on attendre d'un meilleur contrôle de l'admission en affections de longue durée ?

M. François MONIER : Je n'ai pas de réponse à toutes vos questions. Je voudrais dire un mot pour faire la liaison entre la question des dépenses et celle des recettes. Lorsqu'on élabore des scénarios de retour à l'équilibre en 2007 ou même en 2010, on s'aperçoit de l'exigence et de la rigueur dont il faut faire preuve pour y parvenir.

En termes de dépenses, les niveaux à atteindre sont extrêmement bas, et supposent une réduction très forte de leur croissance, pour parvenir à la réalisation de ces scénarios, compte tenu de la gravité de la situation actuelle. Le chiffre a été rappelé tout à l'heure : - 13 milliards d'euros, soit près de 100 milliards de francs, en 2004, pour la seule assurance maladie.

L'augmentation a commencé en 1997-1998. Il y a d'abord eu l'accélération des soins de ville. Puis après, progressivement, au cours des quatre ou cinq dernières années, toutes les composantes de l'assurance maladie se sont mises à accélérer. Il y a eu le médicament, d'abord. Puis, surtout à partir de 2002, on a eu une croissance des dépenses de l'assurance maladie de l'ordre de 7 % lors de chacune des deux dernières années : plus de 7 % en 2002, 6,5 % en 2003 – données en valeur. Ce sont des croissances assez exceptionnelles, dans lesquelles il faut distinguer une tendance de fond et ce qui relève du conjoncturel.

Parmi les facteurs exceptionnels qui contribuent à cette croissance, il y a eu les revalorisations de tarifs en 2002 et 2003, qui expliquent environ 1,5 % sur les deux années. Il y a eu aussi l'accélération un peu nouvelle, inhabituelle, de la croissance des dépenses des établissements – hôpitaux, cliniques... –, dont une bonne partie est liée, comme vous le savez, à la mise en place des 35 heures. Si l'on fait abstraction de ces éléments exceptionnels, les estimations que nous faisons au sein de la commission des comptes font apparaître qu'en gros, la tendance de fond de croissance des dépenses d'assurance maladie qui reste est de l'ordre de 5,5 % par an, en valeur. Elle est, comme l'a souligné M. Tavernier tout à l'heure, supérieure à la croissance spontanée des recettes découlant de la progression du PIB, qui est plutôt de l'ordre de 4 %, sur une période assez longue. Cela donne ainsi la mesure de l'effort « structurel » qu'il faut consentir, si l'on veut ramener les dépenses à un taux qui ne se traduise plus par une augmentation, chaque année, des déficits. Je ne pourrai que rappeler des généralités sur les « remèdes ». Tous les éléments que j'ai fournis sous forme de graphiques constituent les leviers sur lesquels, à mes yeux, il faut agir. Il s'agit par exemple de la croissance excessive des indemnités journalières.

Il y a des questions à se poser sur le rythme actuel de passage en ALD, puisqu'il dépasse 10 % par an, ces temps-ci.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Les ALD représentent environ 50 % des dépenses. Avez-vous une idée de ce que l'on pourrait économiser en modifiant l'accès aux ALD ou en disséquant, de façon fine, chacune d'elles ? On sait très bien qu'il y a des gens qui ont besoin d'être plus aidés dans certains cas, tandis que d'autres moins, pour les mêmes maladies. Notre objectif – je parle sous le contrôle de M. Méhaignerie – est de dépenser mieux, parfois plus et parfois moins.

M. François MONIER : On pourrait effectuer des calculs de coin de table, mais j'ai un peu de mal à avancer un chiffre immédiatement.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : On me dit 5 %. D'autres – des spécialistes aussi – avancent le chiffre de 10 %. Si l'on peut économiser 10 % de la moitié des dépenses, cela représente 5 % du total, c'est fabuleux.

M. François MONIER : Oui, cela représenterait 5 à 6 milliards d'euros.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : N'avez-vous pas de projection là-dessus, même au ministère ?

M. François MONIER : Je ne dispose pas de telles données.

M. Jean-Luc TAVERNIER : Vous demandez des éléments d'information chiffrés sur les différentes mesures possibles, notamment en termes de responsabilisation des patients, en incluant sous ce vocable les franchises annuelles ou les tickets modérateurs d'ordre public. Pour avoir de l'ordre de 9 à 10 milliards d'euros, c'est-à-dire à peu près l'équivalent d'un point de CSG, il faut instaurer une franchise annuelle de l'ordre de 200 euros sur les dépenses remboursées par le régime général d'assurance maladie. Ceci vaut par personne, et non pas par famille.

Ces chiffres donnent l'impression d'une grande technicité mais le résultat est simplement obtenu en divisant le total par le nombre de Français. C'est un peu plus complexe parce qu'il y a des gens qui n'ont aucune dépense, et qu'on essaie d'en tenir compte. Pour ce qui est d'une taxation, par exemple, de 2 euros par feuille de soins, en retenant pour hypothèse, comme nous le faisons, 450 millions de consultations par an, cela aboutit à un total de 900 millions ou d'1 milliard d'euros par an.

M. Pierre MÉHAIGNERIE : Cela ne va pas loin.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Certes. Mais vous savez que c'est petite touche par petite touche que nous réussirons à améliorer la situation.

M. Jean-Luc TAVERNIER : Nous avons procédé à un autre chiffrage, même si le ministre de la santé, sauf erreur de ma part, a indiqué qu'il l'excluait – 50 centimes par boîte de médicament rapportent environ 1,5 milliard d'euros.

Sur les hiérarchies respectives d'une franchise et d'un ticket modérateur d'ordre public, on voit bien que chacune de ces mesures a son avantage et son inconvénient. La franchise annuelle, en faisant le parallèle avec l'assurance automobile, permet peut-être d'éviter les premiers actes inutiles ; en revanche, elle n'a pas d'incitation microéconomique à chaque fois que l'on va chez le médecin ou que l'on engage une dépense. A l'inverse, un montant de 2 euros par feuille de soins a un effet à chaque fois que l'on prend la décision d'engager une dépense. Cela ne concerne pas tout à fait les mêmes catégories de population. Une franchise annuelle de 200 euros va moins frapper ceux qui sont malades. En revanche, quand on a 2 euros à chaque fois qu'on fait un acte, à l'évidence cela frappe davantage les malades.

La franchise annuelle peut présenter un avantage en termes d'équité. Mais elle peut avoir un inconvénient, en termes de logique du système : avec une franchise annuelle,

certaines personnes ne bénéficieraient plus d'aucun remboursement au cours de l'année, bien que continuant à subir un prélèvement pour l'assurance maladie. Les deux systèmes ont leurs avantages et leurs inconvénients.

Pour ce qui est de la responsabilisation des prescripteurs, dont il faut aussi parler, la quantification est plus difficile, par nature. Lorsqu'on regarde les prescriptions des médecins et que l'on essaie de corriger de la structure de leur clientèle – l'âge, notamment – il apparaît qu'entre les 20 % des médecins les moins prescripteurs – le premier quintile – et les 20 % les plus prescripteurs – le cinquième quintile –, le montant des prescriptions par patient varie du simple au triple. Evidemment, si l'on essaie d'harmoniser tout cela, de faire converger les uns vers les autres, on dispose de sources potentielles d'économies qui sont très importantes. Si les 20 % qui prescrivent le plus, c'est-à-dire l'ensemble du cinquième quintile, consommaient autant que celui qui est à la frontière entre le quatrième et le cinquième décile, c'est-à-dire au niveau de 80 %, cela représenterait 500 millions d'euros. Si l'on essaie de faire converger encore, cela peut aboutir à 1 milliard d'euros à l'horizon de quelques années. Voilà les ordres de grandeur. Je puis vous indiquer un autre chiffrage que je tiens de la CNAM. Pour l'ordonnancier bi-zone concernant les affections de longue durée, son chiffre se situait entre 1 et 2 milliards d'euros.

M. Jean-Marie ROLLAND : Contrôle compris ?

M. Jean-Luc TAVERNIER : Non, cela n'inclut pas le coût du contrôle. Cela dit, sur ce point, je crois que la question est moins la capacité de la CNAM à faire ces contrôles que la mise à sa disposition d'un dispositif de sanctions correctement graduées, qui dépasse les obstacles politiques et juridiques.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Avec d'autres sources, qui venaient probablement directement de la CNAM, j'avais le chiffre de 1 milliard d'euros.

M. Michel GRIGNON : Du côté de la responsabilisation du patient, je crois que vous avez déjà compris que je n'y étais pas extrêmement favorable. Un élément important, que je n'ai pas encore cité, est la concentration des dépenses. 10 % des malades ou des assurés représentent 60 % de la dépense. On peut évidemment se dire que ce sont des gens qui gâchent et dépensent n'importe comment.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Est-ce 10 % ou 5 % ?

M. Michel GRIGNON : Pour 60 % de la dépense, c'est 10 %.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Et à quelle part de la dépense correspond le chiffre de 5 % de la population ?

M. Jean-Marie ROLLAND : 50 %.

M. Michel GRIGNON : 5 % des assurés représentent un peu moins de 50 %, 47 % exactement, de la dépense. Il y a beaucoup de gens qui ne consomment pas du tout, ou très très peu. Il y a donc, inversement, très peu de gens qui consomment beaucoup, vraisemblablement – du moins peut-on l'imaginer – parce qu'ils sont très malades.

Dans ce cas, il serait assez difficile, pour tout un tas de raisons, et principalement des raisons d'efficacité, de leur demander un effort, c'est-à-dire de leur

demander de contribuer à chaque fois qu'ils consomment. On peut constater que même sur des suivis à relativement court terme, lorsque les gens sont moins couverts, ils sont en plus mauvaise santé. Une expérience a été réalisée aux Etats-Unis. Elle a consisté à attribuer à des individus, au hasard, des plans d'assurance maladie différents, allant d'une couverture associée à une franchise annuelle très élevée, jusqu'à des plans qui couvraient à presque 100 %. L'écart que l'on pouvait constater dans la population la plus pauvre, en termes de risque de mortalité – les individus ne sont pas décédés : il s'agissait d'écarts de risque de mortalité selon les prévisions à terme qui pouvaient être déduites –, était de plus de 10 %, cet écart étant lié à la mortalité résultant de l'hypertension dans le cadre de maladies cardiovasculaires. On constate donc un vrai impact. Je ne dis pas qu'il ne faut pas responsabiliser le patient. Mais lorsqu'on veut trop le responsabiliser, on finit par « mordre » sur l'état de santé, et ceci se voit sur la concentration des dépenses, tout simplement.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Vous me permettez de dire qu'il faut analyser très en détail les données économiques provenant, notamment, des Etats-Unis. C'est le constat auquel m'a conduit ma petite expérience, à titre personnel.

Mme Martine BILLARD : Je souhaite vous demander une précision. Lorsque vous parlez des 60 % de la dépense, cela inclut-il les indemnités journalières ou s'agit-il des dépenses de soins ?

M. Michel GRIGNON : Il s'agit des soins, des prestations en nature uniquement. Dernier point que je voudrais signaler, la France est déjà très en pointe en matière de ticket modérateur ou en matière de participation financière des malades. L'Allemagne est en train de mettre en place des tickets modérateurs « à tout va », mais nos voisins d'Outre-Rhin n'ont pas trop de difficulté, dans la mesure où ils partent de zéro. Pour l'instant, ils sont encore dans la zone bénéfique, dans laquelle cela ne pèse pas trop sur les malades. Nous, nous sommes déjà très loin, et l'on sait que l'efficacité marginale est plus faible.

M. Pierre MÉHAIGNERIE : Parlez-vous d'un ticket modérateur remboursable ou non ?

M. Michel GRIGNON : Je pense, pour ma part, qu'il s'agit un peu d'un faux problème. Je ne vois pas très bien...

M. Pierre MÉHAIGNERIE : L'un peut avoir un effet de responsabilisation, lorsqu'il reste une certaine participation, tandis que ceci ne vaut pas nécessairement dans l'autre cas, avec un remboursement à 100 %.

M. Michel GRIGNON : Je vais vous faire une réponse d'économiste. S'il existe une demande sur le marché de la couverture complémentaire, c'est parce que les gens préfèrent s'assurer plutôt que de ne pas s'assurer. Je ne vois pas au nom de quoi on leur interdirait d'accéder à un bien qui n'est pas contraire à la loi, qui n'est pas dangereux, et qui leur permet tout simplement d'accéder à quelque chose qu'ils souhaitent. C'est un peu comme si l'on voulait leur interdire d'acheter des téléviseurs ou des machines à laver. Il existe aujourd'hui un marché de la couverture complémentaire, avec une demande florissante. Cela prouve que les gens veulent se couvrir contre les « reste à charge » du régime obligatoire. Du point de vue philosophique, je ne vois pas au nom de quoi on pourrait s'y opposer.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : On ne va peut-être pas engager ce débat. Je voudrais rappeler un chiffre : sur 20 euros d'une consultation, seuls 13 euros sont remboursés. C'est l'argument que je me suis fait vivement opposer, en Allemagne, lorsque

je discutais avec la ministre de la santé sur la mise en place de tickets modérateurs ou de forfaits.

M. Jean-Luc TAVERNIER : J'ai une réaction à ce que dit M. Grignon lorsqu'il souligne que s'il existe un marché, il faut le laisser se développer. Dans l'économie de l'assurance, il est de bon sens que malgré tout, il peut y avoir des systèmes de *bonus-malus*, des systèmes de franchise, pour optimiser le marché de l'assurance.

M. Michel GRIGNON : Il ne s'agit pas de systèmes de franchise obligatoire. Vous savez mieux que moi que l'effet marginal de la franchise est mauvais. En général, les franchises visent uniquement, dans les systèmes d'assurance classiques, à éviter que l'on paie les frais de gestion sur les tout petits risques, car alors cela ne vaut pas le coup. Il existe un coût fixe qui est le frais de gestion de l'assureur, et la franchise sert uniquement à cela dans les systèmes d'assurance classiques.

Après, l'on peut mettre en place des dispositifs de *bonus-malus*. Pour assurer une voiture, cela n'est pas très compliqué, puisque la voiture a une valeur vénale maximum. Il est donc très facile de prévoir des systèmes de *bonus-malus*, ou autres, qui font que l'individu, de toute façon, sera couvert, parce qu'il existe un montant maximum de dépenses auquel il est soumis. Dans le domaine de la santé, c'est légèrement différent.

Mme Martine BILLARD : J'ai une question sur le tableau relatif aux arrêts maladie de longue durée. On constate une croissance énorme de cet indicateur en 2002. Y a-t-il une explication à ce phénomène ? Avez-vous, par ailleurs, un croisement entre l'augmentation et l'âge ? Là, nous avons deux tableaux différents. Il serait intéressant de savoir si cette augmentation est liée à un vieillissement de la population et à des départs en retraite.

M. Michel GRIGNON : Nous avons travaillé sur les indemnités journalières à partir des fichiers de la CNAM. Trois hypothèses peuvent expliquer la hausse des indemnités journalières, et principalement la hausse de celles-ci lorsque la conjoncture économique est bonne – ce qui était le cas.

La première hypothèse consiste à dire que les gens se sentant plus en sécurité et plus en confiance, en raison d'un moindre risque de licenciement, ils sont plus à leur aise, et prennent des congés maladie remboursés indus – même s'ils ne sont pas malades. La deuxième hypothèse consiste à dire que la croissance économique se traduit par un plus grand nombre d'heures travaillées. Les cadences sont plus importantes. Par conséquent les gens sont plus fatigués, et sont conduits à prendre des congés de façon plus importante – de façon parfaitement légitime et justifiée. Les congés pris peuvent s'apprécier, dans cette hypothèse, comme les coûts de la croissance, en quelque sorte.

La troisième hypothèse repose sur un élément que l'on oublie souvent mais qui est important : si le nombre de chômeurs se réduit, cela veut dire que plus de gens travaillent. Ainsi, certaines personnes qui ne travaillaient pas auparavant se mettent à travailler. Il est permis de penser que ces personnes étaient souvent en moins bonne santé. En tout cas, on peut penser que parmi les chômeurs, il y a plus de gens en moins bonne santé que parmi les non chômeurs. Lorsqu'on fait entrer ces personnes dans la population active occupée, on augmente ainsi le nombre de personnes qui sont en état de travailler – en conséquence de quoi elles vont percevoir des indemnités journalières, ce qui n'était pas le cas lorsque ces personnes étaient au chômage – et qui peuvent, potentiellement, avoir plus de congés maladie.

Nous n'avons pas les moyens, pour l'instant, de suivre dans le temps ce qui est lié à ces différents facteurs. Il semble, au CREDES, selon des conclusions provisoires qui ne sont pas encore publiées, que c'est d'abord l'effet de structure qui compte : on a fait entrer dans la population active occupée des gens qui, autrefois, n'en faisaient pas partie, et qui étaient en moins bonne santé. Deuxièmement, intervient l'effet que j'appellerai le coût parallèle de la croissance économique : pour le dire rapidement, ce n'est pas dans les catégories d'emplois les plus protégés que l'on constate l'augmentation la plus sensible d'indemnités journalières ou de congés maladie. C'est plutôt dans les catégories de population qui sont le plus soumises à un risque éventuel lié à la pression, sur les salariés, de la croissance économique – c'est-à-dire, en gros, les ouvriers.

M. Pierre MÉHAIGNERIE : Est-il vrai qu'il y a deux fois plus de congés maladie dans le secteur public que dans le secteur salarié ? En Ille et Vilaine, il y a deux fois plus de grossesses pathologiques dans le secteur public que parmi les ouvrières et les agricultrices. Est-ce vrai ou faux ?

M. Michel GRIGNON : C'est peut-être vrai.

M. Pierre MÉHAIGNERIE : Il faut regarder la réalité en face, quand même.

M. Michel GRIGNON : Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, nous avons travaillé sur les données de l'assurance maladie, donc relatives aux travailleurs salariés. Nous avons ainsi comparé les chiffres se rapportant à des populations ne faisant pas partie du secteur public. Je ne me suis donc pas prononcé sur les indemnités journalières du secteur public. Il s'agit d'un problème à part, me semble-t-il, qui se pose dans des termes légèrement différents. De plus, ces indemnités sont financées de façon complètement différente.

M. Jean-Michel DUBERNARD, Président : Si vous le voulez, bien, nous allons passer au troisième temps de cette table ronde : la « gouvernance ». Qui doit gérer le budget de l'assurance maladie ? Peut-on confier la détermination des dépenses et celle des recettes à des décideurs différents ? Une gestion déléguée aux partenaires sociaux devrait-elle, selon vous, englober le champ de l'hôpital ? Avec quels moyens d'action en recettes et en dépenses ? Pour nous parlementaires, faut-il voter un budget de l'assurance maladie contraignant ? Un plafond de dépenses est-il crédible ? Dans quelle mesure faut-il réformer, pour ce faire, le PLFSS ? Doit-on clarifier les relations financières entre l'Etat, l'assurance maladie... ?

M. Pierre MÉHAIGNERIE : Je serais tenté de dire que ce ne sont pas nos invités qui sont les mieux placés pour répondre à ces questions. Mais peut-être ont-ils un avis sur la responsabilité qui pourrait incomber à l'ARS et sur celle qui pourrait revenir aux CRAM ?

M. François MONIER : Je ne me sens pas en mesure de répondre à ces questions, si ce n'est pour énoncer des généralités, sur la nécessaire clarification des relations entre l'Etat et la Sécurité sociale, entre les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité sociale.

Je voudrais dire un tout petit mot, notamment sur les franchises. Je souhaite simplement vous rappeler que dans le rapport de la Cour des Comptes de septembre dernier, figuraient quelques pages très intéressantes sur l'affaiblissement du rôle des prix, des tarifs et des taux de remboursement dans le comportement de l'utilisateur. Je me situe tout à fait du côté de M. Tavernier sur ce point-là. Il existe un type de régulation, qui a été considérablement affaibli, et dont je pense qu'il devrait faire partie d'une réforme.

M. Jean-Luc TAVERNIER : Je ne vais pas répondre à toutes les questions mais je vois bien ce qu'il faut éviter. Ce qu'il faut éviter, c'est une situation telle que celle que nous avons pu vivre il y a douze mois, dans laquelle les caisses d'assurance maladie négocient un règlement conventionnel, ou plutôt une convention, avec les professionnels de santé, sachant que si la négociation échoue, ce n'est pas très grave parce qu'on peut la reprendre avec le ministre de la santé. Les responsabilités ne sont pas clairement « déclinées ». Pour répondre de façon illustrative, il me semble qu'il ne faut pas que les responsabilités soient imbriquées : il faut qu'elles aillent clairement dans un sens. On peut avoir un règlement conventionnel minimal qui s'applique si la convention échoue. Mais ce règlement conventionnel minimal est connu *ex ante*, avant la négociation. Si la négociation entre les parties qui discutent de la convention – caisses d'assurance maladie et professionnels – échoue, il ne doit pas être possible de retourner voir le ministre afin d'obtenir un autre règlement conventionnel minimal, distinct de celui qui existait avant la négociation. Cette confusion des responsabilités rend le système ingouvernable. Il faut donc vraiment que ce soit décliné dans un sens clair, et que celui qui va négocier sache ce qu'il adviendra si la négociation échoue, sans alternative possible.

Pour avoir la révélation des préférences des Français, il serait, me semble-t-il, utile qu'au Parlement, lorsque l'on vote l'objectif de l'assurance maladie – qui ne peut pas être limitatif –, l'on discute de ce qui se passe, de façon un peu mécanique, si l'objectif est dépassé. Je ne sais pas si ce principe serait constitutionnel ou non, je n'y ai pas suffisamment réfléchi. Ainsi, dans la loi de financement de la Sécurité sociale 2004, en supposant que l'on ait voté l'ONDAM 2004, à 4 % en valeur, on aurait pu prévoir que s'il atteint 6 % et non 4 %, on fera un demi-point de CSG, du déremboursement, voire une autre mesure encore... L'essentiel serait en tout cas, à mes yeux, que le débat ait lieu, de sorte qu'en aval, ceux qui négocient avec les professionnels, quels qu'ils soient, sachent quelle est la sanction de l'échec. On saurait quel est l'enjeu pour les cotisants, pour ceux qui financent le système. C'est une idée personnelle que j'essaie de promouvoir depuis plusieurs années, en vain. Je vous la donne de nouveau.

En ce qui concerne les agences régionales de santé, j'ai une difficulté. Je vois bien que la séparation hôpital-médecine de ville conduit à un système sous-optimal. Mais je ne vois pas réellement le grain à moudre. Je ne vois pas concrètement ce qui se passerait si on confiait aux ARH des responsabilités englobant la médecine de ville.

M. Jean-Luc PRÉEL : Je ne suis pas là pour convaincre, et ce n'est pas le but de notre propos. Mais aujourd'hui, l'un des défauts majeurs de notre système réside dans la séparation entre l'hôpital et la ville, que ce soit pour les urgences ou pour le reste. Nous avons auditionné tout à l'heure la fédération hospitalière privée. Celle-ci fonctionne avec des spécialistes libéraux. Par conséquent, on ne peut plus traiter séparément l'ambulatoire et l'hôpital. L'idée serait d'avoir un interlocuteur unique au niveau régional, comme j'ai déjà eu l'occasion d'en défendre le principe. Que cet interlocuteur ait un directeur régional et qu'il ait un conseil d'administration dans lequel on retrouve tous les partenaires régionaux me paraît essentiel. Il faut prendre en compte les besoins au niveau régional.

S'ajouterait à cela une agence nationale de la santé qui serait un interlocuteur. Je souhaitais aussi revenir sur quelque chose que vous avez dit tout à l'heure, et qui me paraît important. Au cours de ces auditions, de nombreuses personnes nous ont dit, comme vous, qu'il ne fallait pas que l'on puisse, après qu'un contrat a été passé, se tourner de nouveau vers le ministre. Mais c'est une illusion pure que d'espérer cela. Je suis le premier à dire qu'il faut effectivement un interlocuteur unique, avoir un responsable unique, et pourquoi pas une sorte d'agence nationale qui regrouperait les agences régionales, pour simplifier. Mais lorsque surviendra un conflit – et il s'en produira forcément –, on voit ce qui se passe pour les intermittents du spectacle, par exemple : les médecins, les infirmières, les syndicats, iront dans la rue, iront voir le ministre, et le problème deviendra politique.

C'est alors nécessairement le ministre de la santé ou le Premier ministre qui s'en saisira et qui tranchera. Je crois qu'il faut aller vers une meilleure organisation de la gouvernance ; mais penser que l'on puisse « tout couper » me paraît un peu illusoire.

M. Jean-Luc TAVERNIER : Le parallèle avec les intermittents du spectacle est très éclairant. Je suis assez d'accord avec vous. Cependant, il faut bien que les gestionnaires puissent être assurés, malgré tout, que leurs décisions ont un sens. C'est pour cela que j'avais pris l'exemple du règlement conventionnel minimal. Je ne pense pas qu'il soit hors d'atteinte d'imaginer que le règlement conventionnel minimal soit défini avant la négociation, et que le gouvernement s'engage à ne pas le retoucher si la négociation échoue.

M. Jean-Luc PRÉEL : Je pense que l'on n'arrivera pas à une maîtrise médicalisée des dépenses de santé – qui constitue, théoriquement, le souhait de tous les acteurs – sans que chacun soit associé en amont aux décisions et en aval à la gestion. C'est pour cela que je plaide pour des conseils régionaux de santé élus par collège, afin que tout le monde s'y retrouve, que chacun soit associé en amont au niveau des besoins de santé, et de sorte que quand on leur envoie l'enveloppe sur un ONDAM régionalisé, ils soient amenés à la gérer par des contrats au niveau régional. Une autre question posée tout à l'heure, que vous avez évoquée, porte sur l'ONDAM. Aujourd'hui, celui-ci est fixé par Bercy, sur des critères économiques, à l'automne. On savait très bien que celui de cette année n'était pas tenable parce que les dépenses étaient sous-estimées et les recettes surestimées. Tant que nous n'aurons pas un ONDAM bâti sur des données « médicales », on n'a aucune chance de le tenir.

M. Pierre MÉHAIGNERIE : On peut avoir un ONDAM dont on sache qu'il ne soit pas pure fiction. Dans les comparaisons établies entre Etats, aujourd'hui, vous avez certainement étudié ce que font nos voisins en matière de maîtrise, et en particulier l'Allemagne. Quelles sont les mesures de responsabilisation qui semblent y avoir été les plus efficaces ?

M. Jean-Luc TAVERNIER : Nous avons regardé un petit peu cela au cours de l'année dernière. Comme le disait M. Grignon, l'Allemagne est actuellement dans une phase d'instauration de ticket modérateur avec des montants assez importants, de l'ordre de 5 à 10 euros par ordonnance si j'ai bonne mémoire. Il s'agit donc de mesures importantes, dans une logique de responsabilisation des patients. C'est la réforme Schmidt actuelle, qui est votée, sauf erreur de ma part. Ce sont les retraites qui ne sont pas votées. Le reste des réformes structurelles avance quand même assez bien.

Je reviens un peu en arrière, à l'époque du chancelier précédent, M. Kohl, car il existe une différence notable entre ce qui existe en Allemagne et ce qui existe chez nous. Outre-Rhin, son ministre de la santé a pris un ensemble de mesures de régulation de l'offre de façon un peu contraignante pour l'organisation des médecins, leurs prescriptions et leurs honoraires. C'est ce que l'on appelle le « praxis budget ». C'est aussi très controversé, bien sûr ; mais cela a été mis en œuvre pendant au moins quelques années à partir du milieu des années 1990. Ce n'est pas un système de quotas, ne le disons pas ainsi. Mais les médecins, un peu comme au Québec, à ma connaissance, ont un droit de tirage en matière d'honoraires ou de prescriptions – je crois qu'ils avaient choisi la formule d'honoraires, qui n'est peut-être pas la meilleure –, de façon proportionnée au nombre de patients. Ce principe n'est peut-être pas possible dans le contexte actuel français, mais est appliqué en Allemagne. Les médecins ne l'ont pas pris de bon cœur. Mais on voit très clairement les conséquences que cela a eu sur le nombre d'actes en Allemagne. A partir de la réforme, la tendance, qui était explosive, est devenue « plate ». Cela explique que les Allemands soient maintenant orientés vers la responsabilisation des patients, car ils avaient plutôt délaissé cet aspect, en se concentrant sur l'offre dans un premier temps.

M. Jean-Marie ROLLAND : Je voudrais revenir sur une question que l'on a rapidement abordée tout à l'heure. Quel serait le coût d'une assurance complémentaire pour ceux qui n'ont pas les moyens de se la payer et qui sont encore trop riches pour accéder à la CMU, c'est-à-dire les 8 % à 10 % de Français qui sont entre la CMU et la complémentaire ? Avec un petit *distinguo* à faire entre l'assurance complémentaire de groupe et l'assurance complémentaire individuelle. D'après ce que l'on a appris, en effet, l'assurance complémentaire de groupe coûte 25 % moins cher que l'assurance individuelle.

M. Jean-Luc TAVERNIER : Je crois que sur les 8 % de Français qui n'ont pas de complémentaire, on estime que la moitié d'entre eux n'en a pas pour des raisons financières. Cela représente donc une proportion de 4 % de la population totale. Il s'agit, à mon avis, de personnes qui n'ont pas forcément accès à des contrats de groupe, parce qu'ils ne travaillent pas dans de grandes entreprises, ou ne sont pas même salariés.

On voit bien que si on veut aider cette catégorie-là et la cibler, ce n'est pas facile. Ce l'est d'autant moins si l'on passe par une aide fiscale, puisque pour des tas de raisons, touchant notamment à l'égalité de traitement constitutionnelle, il est difficile de mettre en œuvre, par exemple, un crédit d'impôt uniquement pour les personnes qui n'auraient pas d'assurance complémentaire. Du coup, on est obligé de fonder une telle mesure sur le barème de revenus, etc., et cela coûte très cher, parce qu'évidemment, tous ceux qui ont déjà une complémentaire vont bénéficier de l'aide fiscale.

Si, en revanche, on passe par ce qui avait été instauré pour lisser le seuil de rupture à la sortie de la CMU, où les caisses d'action sociale des CPAM peuvent – cela fonctionne plus ou moins bien – donner une aide *ad hoc* à des gens qui sont au-dessus du seuil de la CMU mais qui n'ont pas les moyens de se payer une complémentaire, le champ des possibles est très large. On peut proportionner à peu près comme on le souhaite. C'est beaucoup plus parcimonieux que l'aide fiscale ; en revanche, cela repose sur le bon fonctionnement et le bon jugement des lieux où va être dispensée l'aide à la personne, c'est-à-dire les centres d'action sociale des CPAM, sauf erreur de ma part.

Contributions

Contributions adressées à la mission ¹

- Union nationale des syndicats autonomes (UNSA)
- Conseil national de l'Ordre des médecins
- Académie nationale de Médecine
- Commission sociale des Evêques de France
- Union nationale des professions libérales (UNAPL)
- Association Santé et citoyenneté
- Intersyndicale nationale autonome représentative des internes en médecine générale (ISNAR-IMG)
- Conférence nationale des associations de médecins libéraux
- Club des pharmaciens et partenaires pour la santé (PEPS)
- Collectif des groupements de pharmaciens
- G5 (regroupement des laboratoires pharmaceutiques français)
- GlaxoSmithKline (laboratoire pharmaceutique)
- Laboratoires Boiron
- Laboratoires internationaux de recherche (LIR)
- M. François Pesty, au nom de l'Institut national de la promotion médicale des génériques de médicaments à intérêt médico-économique prioritaire
- Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs (SNMKR)
- Conseil national des exploitants thermaux
- Association des directeurs des caisses d'assurance maladie

¹ Contributions reçues d'organismes que la mission n'a pu auditionner