

Assurance maladie: faire des

N'ayant ni la volonté ni la capacité d'entamer, avec les professionnels, le chantier de l'organisation du système de santé, les pouvoirs publics posent des rustines financières. Or les dépenses de santé augmentent chaque année. De même que les inégalités d'accès aux soins.

Pierre VOLOVITCH,
économiste
de la santé

Nous connaissons les mesures que le gouvernement va prendre pour réduire le déficit de l'assurance maladie. Comme les années précédentes, les niveaux de prise en charge des dépenses par l'assurance maladie seront réduits, renvoyant une partie croissante des dépenses sur les complémentaires et les ménages. L'assurance maladie, une fois de plus, va «faire des économies».

Les économistes ne savent pas tout, loin de là, sur les dépenses liées aux soins. Mais nous savons fermement trois choses. Les dépenses de soins sont très fortement concentrées sur un petit nombre de personnes. Les plus modestes ont recours au système de soins plus tardivement que les catégories plus favorisées. Pour plus des deux tiers, les dépenses d'assurance maladie correspondent aux revenus des professionnels de santé. Cette connaissance de la réalité économique des dépenses liées aux soins nous permet d'affirmer que les mesures de transfert des dépenses sur les ménages et les complémentaires seront inefficaces économiquement, et injustes socialement.

Pourquoi, alors que les éléments de savoir économique que nous avons nous permettent de savoir à l'avance que les politiques de réduction des niveaux de prise en charge ne seront ni efficaces ni justes, les pouvoirs publics continuent-ils de les mener? Parce que «faire de l'économie» dans le domaine des dépenses d'assurance maladie conduit clairement à se poser la question de l'organisation du système de santé; parce qu'organiser le système de santé suppose d'être capable de négocier avec les professionnels de santé, et en particulier avec les

médecins. Incapable de faire de l'économie dans le domaine des soins, les pouvoirs publics «font des économies».

Des dépenses de soins fortement concentrées

La moitié de la population présentant l'état de santé le meilleur est à l'origine de 5% de la dépense de soins. A l'autre bout de la distribution, les 5% de la population ayant l'état de santé le plus dégradé sont à l'origine de 50% de la dépense de soins⁽¹⁾. Ce que nous dit cette situation, c'est que le comportement des malades – ce sur quoi on veut agir en diminuant les remboursements de l'assurance maladie – ne joue qu'un faible rôle sur les dépenses. Les gros consommateurs de soins – les personnes les plus malades – ne prennent aucune décision sur leurs dépenses de soins. C'est le système de soins (les professionnels, et la façon dont ils sont organisés entre eux) qui décide.

Le lien entre dépense et organisation du système est renforcé par ce que l'on appelle la «transition épidémiologique». Alors que la majorité des problèmes pris en charge par le système de soins dans les années 1950 étaient des épisodes «aigus», la majorité des problèmes de santé pris en charge aujourd'hui sont des épisodes «chroniques». Quand le patient souffre d'un problème de santé chronique, il doit avoir recours aux services de plusieurs professionnels de santé sur une longue période. On retrouve ici un problème d'organisation du système de soins (organisations des liens et de la coordination entre professionnels), qui ne relève évidemment pas de chaque malade isolé.

Le constat est commun à tous les pays qui disposent de ce type de

statistiques. Plus on descend dans l'échelle sociale (revenus, formation) et plus le recours aux soins est tardif. Pour des raisons financières, mais aussi pour des raisons culturelles. Le soin, c'est un dialogue entre un professionnel et un malade. La langue du professionnel n'est pas la langue du malade. Plus l'écart de formation est grand, plus les différences de langage, les difficultés de se comprendre sont grandes (ce qui justifierait des efforts sur la formation des professionnels – mais c'est un autre débat). La conséquence de ce recours plus tardif aux soins est que la structure de consommation de soins les plus modestes fait apparaître un recours plus faible aux médecins spécialistes, et un recours plus fort aux soins hospitaliers. Ce qui, au final, en termes économiques, conduit à une dépense plus importante (les soins hospitaliers sont plus coûteux), pour des résultats sanitaires moins bons (la maladie a été prise en charge plus tardivement). La conclusion est qu'une politique qui viserait à la réduction de la dépense de soins devrait favoriser l'accès le plus précoce possible aux soins⁽²⁾. A l'évidence, réduire les niveaux de prise en charge des dépenses de soins par l'assurance maladie va dans le sens exactement inverse. Un ménage pauvre qui renonce à se soigner pour des raisons financières devra avoir recours aux soins, plus tard, quand la situation sera plus mauvaise. Et il faudra avoir recours à des soins plus lourds...

Le poids des revenus des professionnels

Economiquement, le secteur de la santé se rattache à une activité «de main-d'œuvre». Certes la production de médicaments et d'appareils médicaux (on pense

économies ou de l'économie?

© SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES INFIRMIÈRE(S) ANESTHÉSISTES



Organiser le système de santé suppose que les pouvoirs publics soient capables de négocier avec les professionnels de santé, et en particulier avec les médecins.

en particulier à l'imagerie) relève plus de logiques industrielles. Et il y a, dans ce domaine, des politiques à mener. Mais à côté de cette production « industrielle », rappelons que pour plus des deux tiers, les dépenses de santé sont à la source des revenus des médecins, infirmières, kinés, orthophonistes, aides-soignantes... Une réflexion économique sur les dépenses de santé devrait porter sur les revenus des professionnels, les niveaux de ces revenus, les écarts entre catégories⁽³⁾. Ce qui, évidemment, s'articule directement avec une réflexion sur les rôles des uns et des autres dans l'organisation du système de soins⁽⁴⁾. Or cette réflexion n'existe pas.

Dans le même temps, l'une des formes que prend la politique de déremboursement est l'écart qui se creuse, de plus en plus profon-

dément, entre les tarifs affichés par l'assurance maladie et les prix pratiqués par les professionnels (dépassements, dessous-table...). Soit un des facteurs de difficulté d'accès aux soins pour les catégories les plus modestes... Ce que l'on sait sur les dépenses de santé devrait donc conduire à poser, en priorité, la question de l'organisation du système de soins, à partir de ce qui existe, à définir des objectifs, à tracer les étapes d'évolution vers la transformation souhaitée.

A l'inverse, les pouvoirs publics continuent de mener une politique « d'économies » qui renforce les inégalités d'accès aux soins, sans résoudre la question de l'évolution des dépenses. Pourquoi ce refus d'utiliser les savoirs économiques que l'on a sur les dépenses de soins? Parce que, encore une fois, se poser la ques-

tion de l'organisation du système de soins, celle de l'accès des plus modestes à ce dernier, et celle des revenus (toutes ces questions étant liées) supposerait, de la part des pouvoirs publics, d'entamer une réflexion dans ce domaine et surtout de rentrer en négociation avec les professionnels.

Changer de problématique

La structuration du système de santé et les politiques publiques menées dans le domaine de la négociation avec les professionnels font qu'aujourd'hui, les pouvoirs publics n'ont pas de représentant des professionnels avec qui négocier. La « convention » qui devrait se négocier entre l'assurance maladie et les médecins ne concerne que la médecine de ville, les médecins, les tarifs des actes des médecins.

(1) Si l'on prend non plus les 5% les plus malades, mais les 15% des plus malades, leur part atteint pratiquement 75% de la dépense totale.

(2) Les Britanniques avaient produit une étude montrant que la réduction des inégalités de santé était un facteur de réduction de la dépense de soins. On peut discuter du chiffre qui sortait de cette étude; pas de l'idée générale sur laquelle elle s'appuyait.

(3) Aujourd'hui un radiologue de ville perçoit un revenu (déduction faite des charges) en moyenne quatre fois supérieur à celui d'un généraliste. Qui a décidé de cet écart? à quel projet correspond-il? par quoi est-il justifié? Ce n'est qu'un exemple parmi tant d'autres.

(4) Sur cette question, voir en particulier: « Comment payer ceux qui nous soignent », in *Pratiques* n° 39, 4^e trimestre 2007.

Quand tentatives il y a eu – parce que certains secteurs de l'administration sont conscients du problème – de « construire » des acteurs avec qui négocier (création des Unions régionales de médecins libéraux – URML), les politiques ont pris grand soin de ne tenir aucun compte des résultats des élections à ces mêmes URML... qu'ils avaient pourtant mis en place. Le type de rapport entre médecins et Etat – grosse présence des médecins dans les structures politiques, inexistence d'un interlocuteur collectif –, est totalement pervers⁽⁵⁾.

Les dépenses de santé augmen-

tent et elles augmenteront. Parce qu'il s'agit de ce que les économistes appellent un « bien supérieur »; parce que les « besoins », et surtout la capacité de l'appareil de soins à répondre à ces « besoins », progresseront; parce que les professionnels du soin seront de mieux en mieux formés, et disposeront donc de revenus évoluant plutôt plus rapidement que ceux de la moyenne de la population...

Vouloir réduire ou bloquer les dépenses de soins n'aurait, dans ce contexte, pas de sens. Mais dans un pays qui a décidé de sol-

grande partie des dépenses de soins, les questions « combien dépensons-nous? », « à quoi [le] dépensons-nous? », « pour quel résultat? », « pourrions-nous [le] dépenser autrement avec d'autres résultats? »... sont évidemment du plus haut intérêt démocratique.

Se poser ces questions suppose-rait de sortir de politiques où l'on « fait des économies » sur le dos des plus fragiles, pour se mettre à faire « de l'économie ». Ce faisant, il s'agirait de négocier, avec un ou des acteur(s) représentatif(s) des professionnels, les étapes pour aller vers l'organisation choisie. ●

(5) Sur ces rapports, voir *Les Médecins face à l'Etat*, Patrick Hassenteufel, Presses de Sciences Po, 1997.

Une réflexion économique sur les dépenses de santé devrait porter sur les revenus des professionnels, les niveaux de ces revenus, les écarts entre catégories.

Pour en savoir plus

Une question de droits? Une question d'argent? Certains disent que la santé n'a pas de prix; d'autres campent sur l'idée qu'elle a un coût... La santé est une chose trop sérieuse pour ne mériter que ces phrases à l'emporte-pièce. Et le débat démocratique ne peut se contenter de l'affirmation de la justesse des chiffres, car ceux-ci sont autant des calculs statistiques que des construits sociaux. On ne naît pas « chiffres de la santé », on le devient, par l'application de présupposés politiques. Il convient d'y voir clair.

Pour une plongée dans le « maquis » :

- l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), qui publie un bulletin de réflexion, documenté et accessible, « Questions d'économie de la santé » (www.irdes.fr);
- la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), service statistique du ministère de la Santé, qui présente un bulletin périodique, « Etudes

et résultats » (www.sante-sports.gouv.fr/etudes-et-resultats,4001.html);

- la revue *Pratiques, Cahiers de la médecine utopique*, très liée au Syndicat de la médecine générale (SMG), entre médecine et société (www.pratiques.fr);

- l'Institut de recherches économiques et sociales (Ires) qui permet, avec sa revue *Chronique internationale*, un regard comparatif avec les situations dans d'autres pays, d'Europe et d'ailleurs (www.ires.fr);

- l'Institut national des études démographiques (Ined), qui publie un bulletin, « Populations et sociétés » (disponible sur www.ined.fr);

- la revue *Alternatives économiques*, source forte d'articles d'analyse, à la portée de tous (www.alternatives-economiques.fr).

Quelques références spécifiques :

- « Assurance, assistance, solidarité », in *La Revue de l'Ires*, n° 30, 1999, pour tout ce qui concerne la problématique de la protection sociale;

- « Réformes des systèmes d'assurance maladie et débats sociaux », in *Chronique internationale* de l'Ires, n° 91, novembre 2004 (numéro spécial), un excellent regard comparatif sur l'étranger;
- Pierre Volovitch, « Quelle utilisation de l'économie dans le champ de l'assurance maladie? », in *La Revue de l'Ires*, n° 51, 2006;

- Catherine Halpern (coord.), *La Santé, un enjeu de société*, éditions Sciences humaines, 2010. Une synthèse pluridisciplinaire, accessible, récente, avec une pluralité d'entrées qui permet à chacun(e) de trouver son chemin de connaissance.

Dans Hommes & Libertés :

- « Santé : questions de droits », dossier *H&L* n° 151 (juillet-août-septembre 2010), bientôt disponible sur www.ldh-france.org;

- Dominique Guibert, « Tant qu'on a la santé? », in *H&L* n° 147 (juillet-août-septembre 2009), sur www.ldh-france.org/H-L-147-Tant-qu-on-a-la-sante.

Dominique Guibert,
secrétaire général de la LDH