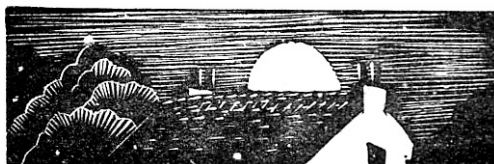


Printemps 2004. Pour qui dans le futur cherchera les traces d'un débat sur la réforme de l'assurance maladie, cette période ne ressemblera pas du tout au printemps 2003 et à ses cortèges de protestation contre la réforme des retraites. Forte de la première expérience, avec l'organisation d'une rencontre « nocturne » des adhérents en janvier 2004 suivie de la Lettre grise N°8, *La retraite aux flambeaux*, Pénombre avait pris le risque d'organiser une seconde nocturne sur les chiffres de la santé, cette fois au moment même où le plan de réforme devait être soumis à la discussion publique. Le calendrier fut respecté : la soirée ici relatée se tenait le 25 juin, à l'École Nationale du Génie Rural des Eaux et Forêts, dix jours après l'adoption du projet de loi déposé par le gouvernement au parlement. Mais l'explosion attendue d'arguments chiffrés pour ou contre ce projet, milliards d'euros de déficit ou d'économie, millions de boîtes de médicaments vendues ou gaspillées, milliers de médecins manquants, centaines de milliers de manifestants, ne se produisit pas.

Comme on pourra le lire ici, les pénombriens et leurs invités furent assez unanimes pour estimer que le débat, et plus particulièrement le débat chiffré, n'avait pas vraiment lieu. Et pourtant, les spécialistes de la santé présents confirmaient l'importance des enjeux, certains d'entre eux allant même jusqu'à penser que le plus important n'était pas l'ampleur quantitative de la réforme mais le changement de point de vue sur le financement du système de santé qu'elle introduisait. Encore une fois, les journalistes étaient au banc des accusés : comment l'ensemble de la presse peut-il se laisser aller à reprendre de façon aussi peu critique les arguments déployés par la communication gouvernementale et à limiter le recours aux chiffres aux quelques éléments choisis à chaque opération de com' : trou de la sécu, cartes vitales falsifiées, arrêts de travail abusifs... Et celui qui était ce soir-là sur ce banc plaidait coupable, avec sinon des circonstances atténuantes, au moins des explications permettant de comprendre de l'intérieur ce qui produit cette passivité médiatique. Dommage pour la qualité du débat. D'autant plus dommage qu'au grand effroi des participants, un ex « Monsieur plan de redressement » dévoilait les recettes pas très mirobolantes qui permettent de prétendre combler un trou dont la profondeur restait assez mystérieuse. Ce qui était l'occasion de réveiller à nouveau le fantôme de Paul Valéry : « la politique ça consiste à empêcher les gens de s'occuper de ce qui les regarde ». Et, avec la complicité des journaux ajoutait le porte-parole du fantôme.

Pour cette nocturne, Pénombre avait donc pas mal de malades en salle d'attente...



SYMPTÔMES

Ça vous gratouille ou ça vous chatouille ?

Philippe Douste-Blazy : « la question qui se pose est aujourd'hui de savoir ce que l'on doit faire, parce que le système est en faillite. Or vous l'avez dit, ça n'est pas d'aujourd'hui, cela fait maintenant à peu près vingt ans, vingt-cinq ans que les Français entendent qu'il y a un trou dans la Sécurité sociale, et d'ailleurs quand on dit 23 000 euros par minutes de déficit, pourquoi pas 40 000, pourquoi pas 50 000... bref, les chiffres n'ont même plus d'intérêt, personne n'y croit. »

(Extrait vidéo de l'émission 100 minutes pour convaincre, 17 mai 2004).

Bruno Aubusson : pour que les chiffres aient un intérêt, encore faut-il savoir ce qu'ils mesurent... 24 000 euros de déficit à la minute pour rendre compréhensible ce que signifient 12,6 milliards par an de déficit, cela n'a que l'apparence du bon sens.

Nous reviendrons plus tard aux chiffres observés dans les médias, mais voici tout de même déjà une infographie où l'on trouve un peu plus de choses qu'un chiffre choc, mais pas encore assez d'explications. Je ne connaissais rien aux chiffres de la santé avant l'organisation de cette nocturne. Mais j'ai essayé de comprendre un peu. D'où le petit dossier qui vous a été remis à l'entrée qui traduit le point où j'en suis (voir annexe).

Le déficit de l'assurance maladie est lié, dit-on, à une augmentation des dépenses de santé plus rapide que la croissance économique. D'où l'intérêt porté à la part des dépenses de santé dans le PIB. C'est le graphique en haut à droite de « La Balise » (extrait de *L'Express* ci-contre). Bien. Mais d'une source à l'autre, la part annoncée des dépenses de santé dans le PIB n'est pas la même. Cela provient du fait que divers indicateurs issus de la comptabilité nationale sont envisageables et utilisés parfois sans prendre garde aux différences qui en découlent.

D'abord, il faut penser qu'une définition de la fonction santé a été adoptée, la limitant au traitement et à la prévention d'une perturbation d'un état de santé. Acheter un chapeau pour se protéger du soleil n'est pas une dépense de santé je présume, acheter une crème pour soigner ses coups de soleil probablement oui.

Ensuite on va s'intéresser à des ensembles plus ou moins larges. La consommation de soins et de biens médicaux d'abord, soit 136 milliards d'euros en 2002, soit 8,9 % du PIB, comprend les soins hospitaliers (61 milliards en 2002, donc environ 45 %), les soins ambulatoires (36 milliards ou environ 27 %), les médicaments (29 milliards, environ 21 %), le transport des malades (2 milliards, 1,6 %) et les autres biens médicaux (8 milliards, 6 %). Cette consommation entre dans le champ des prises en charge par la branche assurance maladie de la sécurité sociale, pour un montant total de 103 milliards d'euros, donc avec un taux global de prise en charge par la sécu de 76 %, les mutuelles et assurances prennent en charge environ 13 % et 11 % restent à la charge des ménages (environ 15 milliards).

La consommation médicale totale comprend de surcroît la médecine préventive, seulement 3 milliards d'euros pour lesquels l'assurance maladie intervient moins financièrement (15 %). La différence n'est pas très grande avec le premier agrégat, mais la consommation médicale totale semble un indicateur moins pertinent pour évaluer ce qui revient à la sécu, c'est pourtant ce qui est fait sur la balise, avec une majoration à la clef de la part dans le PIB.

Inversement tout ce qui est à la charge de la sécu n'est pas compris dans la consommation de soins et de biens médicaux. Il faut aussi ajouter les indemnités journalières d'arrêt de travail qui entrent dans le cadre des dépenses courantes de santé, soient près de 10 milliards en 2002, entièrement à la charge de la sécu.

Pour arriver aux 158 milliards des dépenses courantes de santé il faut encore ajouter les dépenses en faveur du système de soins (7 milliards) et les dépenses de gestion (3 milliards) et retirer des doubles comptes pour un peu plus de 3 milliards à nouveau. 158 milliards, ça fait 10,4 % du PIB et non plus 8,9 %.

Quand on passe aux comparaisons internationales, c'est un nouvel agrégat qui est utilisé, la dépense nationale de santé. Cette fois les indemnités journalières ne figurent pas, ni les dépenses de recherche et de formation médicales, mais on ajoute les investissements du secteur public. D'où une autre évaluation de la part des dépenses de santé dans le PIB : 9,7 % en 2002.

Si la France arrive en 5^{ème} rang des pays de l'OCDE pour ce pourcentage, cela n'est donc sûrement pas dû aux éventuels arrêts maladie abusifs puisque ceux-ci n'interviennent pas dans la comparaison. En revanche, les dépenses de médicaments semblent bien plus élevées en France que dans le reste de l'Europe. La France vient juste derrière les USA. Mais j'attends la fin de la soirée pour savoir si cette indication est fiable.

Le budget de l'assurance maladie n'est pas égal aux dépenses de santé puisque toutes les dépenses n'ont pas vocation à être prises en charge et que selon les catégories de dépenses le taux de prise en charge varie. Difficile de s'y retrouver dans les sources à propos de ce budget. Selon les comptes de la Santé publiés par la DREES, en 2002, les dépenses de santé ont été financées à hauteur d'environ 113 milliards d'euros. C'est à peu près le chiffre indiqué dans le budget général de l'assurance maladie : 106,9 milliards pour les prestations légales et 7 milliards pour la gestion du système de santé (*L'assurance maladie : chiffres et repères*, avril 2003).

Le budget total de l'assurance maladie s'élève à 126 milliards, « les autres dépenses sont constituées essentiellement de compensations financières entre organismes de Sécurité sociale ». Environ 12 milliards si l'on comprend donc (126 – 106,9 – 7).

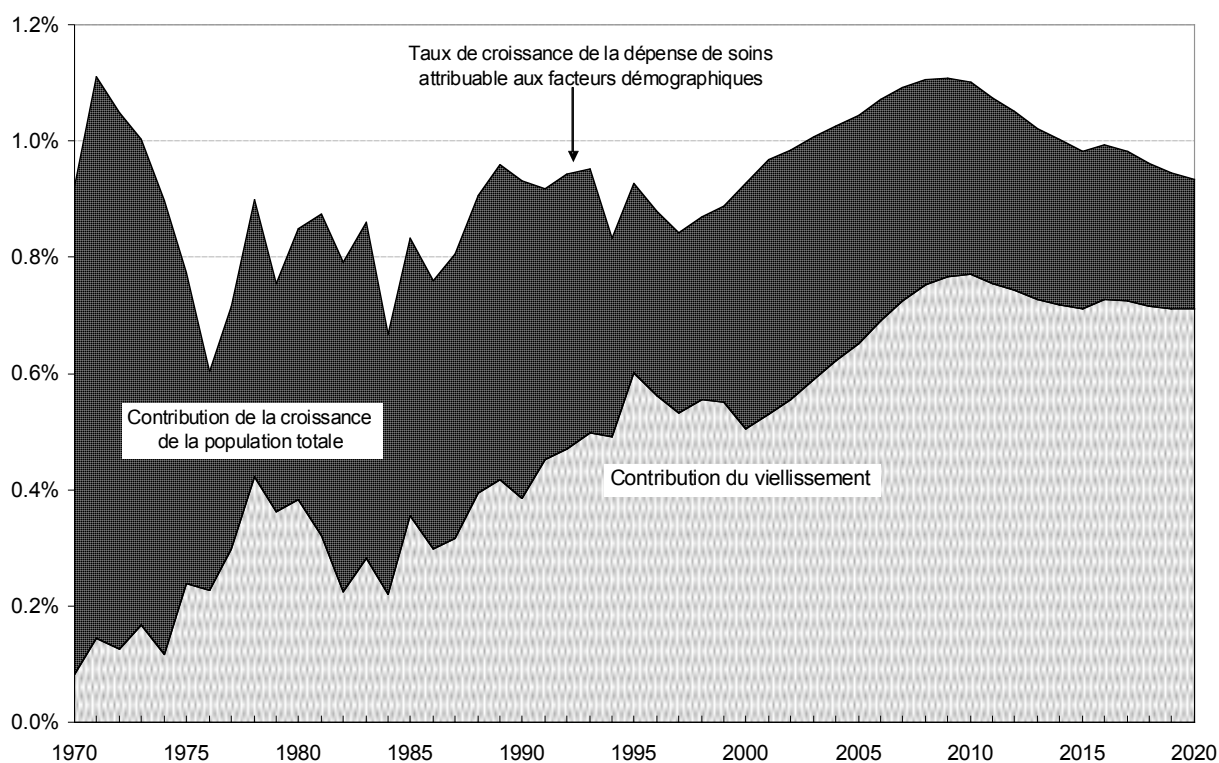
Du côté des recettes, un total de 117 milliards pour l'assurance maladie, dont 63 milliards de cotisations sociales (52 %), 40 milliards de CSG, impôts et taxes (36 %), 7 milliards de transferts et contributions de l'État et encore 7 milliards de régularisation et recours contre tiers. 126 – 117 = 9, le déficit de l'assurance maladie en 2002 aurait été d'environ 9 milliards d'euros, mais les comptes sont sûrement beaucoup plus compliqués à faire puisque le chiffre retenu par le rapport du HCAAM (Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) est de 6,1 milliards de déficit. La façon de considérer les 7 milliards de transfert et les 7 milliards de régularisations doit être à l'origine de ces chiffrages, assez variables selon les auteurs, de la profondeur du trou. Les 12 milliards de déficit pour 2004 annoncés par Douste-Blazy à la presse en avril étaient devenus 12,9 le 17 juin devant la commission spéciale de l'Assemblée nationale...

DIAGNOSTICS

L'économiste, l'historien et le médecin

Gérard Cornilleau : Je vais tenter d'interpréter l'évolution de quelques données présentées dans les graphiques suivants, et aussi dire deux ou trois choses sur la soutenabilité économique de l'évolution des dépenses de santé, dont tout le monde sait qu'elles augmentent. Elles n'augmentent pas seulement en France, elles augmentent dans tous les pays du monde ; et elles augmentent plus vite que le produit intérieur brut, ce qui implique nécessairement des difficultés financières qui ne peuvent être résolues, à terme, que par des augmentations de prélèvements, ce que les gens, en général, apprécient moyennement.

Graphique 1 : contribution de la démographie à la croissance des dépenses de santé



Quels sont les facteurs qui peuvent expliquer cette croissance continue, qui s'observe depuis plus de cinquante ans maintenant ? En général, dans la littérature, on trouve trois facteurs principaux : le premier est la démographie. Il faut rappeler des choses assez simples : évidemment, le fait que la population augmente explique que les dépenses doivent croître mécaniquement. On ne l'oublie jamais quand on traite l'évolution des dépenses de santé à très long terme, mais on l'oublie d'une année sur l'autre, en général, on ne tient pas compte du fait que la population augmente dans les commentaires de l'augmentation des dépenses. Le deuxième facteur démographique, c'est le vieillissement de la population ; toutes choses égales par ailleurs, le fait que l'âge moyen de la population soit de plus en plus élevé implique des dépenses supplémentaires. Il faut savoir qu'en

gros, une personne de 80 ans, coûte 4 ou 5 fois plus cher que quelqu'un qui a une vingtaine d'années. Donc, mécaniquement, plus il y a de personnes âgées dans la population, plus les dépenses augmentent. Je ne vais pas rentrer dans un débat, qui aura peut-être lieu tout à l'heure, sur la question de savoir si, dans l'avenir, ce vieillissement ne pourrait pas avoir un effet plus faible sur l'augmentation des dépenses, du fait de l'amélioration générale de l'état de santé, et en particulier de l'état de santé des personnes âgées. C'est un débat très technique, mais, en réalité, aujourd'hui, on a beaucoup de mal à observer une inflexion dans ce domaine, ce qui fait que l'hypothèse la plus vraisemblable est que le vieillissement entraînera, comme c'était le cas dans le passé, une hausse des dépenses de santé assez mécanique, liée simplement à la structure par âges de la population. Vous avez un premier graphique qui montre ça : en gros, depuis 1970 les facteurs démographiques expliquent 1 % de la croissance annuelle de la dépense en volume, la « quantité » de soins de santé qui sont consommés en France. En réalité, le vieillissement se substitue aujourd'hui à la croissance de la population qui est très ralentie alors qu'elle était très forte, dans les années 70. Bien entendu, l'effet du vieillissement est, du point de vue du financement, assez différent de la croissance de la population, parce que, quand la population augmente du fait d'une hausse de la natalité, à terme, les ressources de la nation augmentent également, et donc, ça ne pose aucun problème de financement. Par contre, le vieillissement implique lui, des prélèvements supplémentaires. Au total, il faut avoir en tête le fait que, d'une année sur l'autre, en gros, on part avec au moins 1 % de croissance des dépenses de santé due à la démographie.

Le deuxième facteur qui est en général retenu pour expliquer l'évolution des dépenses de santé, c'est tout bêtement l'élévation des niveaux de vie. Sur le graphique 2, on voit très bien, sur les données internationales, qu'il y a un lien très fort entre les dépenses par tête, qui, ici, sont en dollars, et le niveau du PIB par habitant. Il y a des pays qui s'écartent un peu, les États-Unis ont un niveau particulièrement élevé, même quand on tient compte des différences de niveau de vie avec le reste du monde. La France est un petit peu au-dessus, mais pas tellement au-dessus, de la position qu'elle devrait occuper compte tenu du niveau de richesse français. Je ne veux pas m'attarder sur les raisons qui expliquent ce lien entre niveau de vie et dépenses de santé par tête, je crois que c'est assez évident : au fur et à mesure qu'on devient plus riche, eh bien, on souhaite consommer... enfin, vivre en meilleure santé, c'est quand même un élément tout à fait essentiel du bien-être, donc il est assez naturel qu'on trouve cette relation. On pourrait revenir dans la discussion sur la question de savoir si le lien est bien du côté de la demande de soins ou de l'offre, mais de toutes façons, il y a toujours cette relation entre évolution du niveau de vie et évolution des dépenses de santé par tête.

Le troisième facteur qui est toujours retenu pour expliquer la croissance des dépenses de santé, eh bien, c'est le progrès technique, qui, dans le secteur de la santé, a une caractéristique très particulière qu'on n'observe pas dans les autres secteurs économiques : dans la plupart des secteurs

Et je te vis, comme eux, voguant sur ton esquif
Interroger le flot, l'âme grosse d'alarmes.
Va ! navigue en riant et nargue le récif !
Sur des autans douteux ne verse point de larmes !

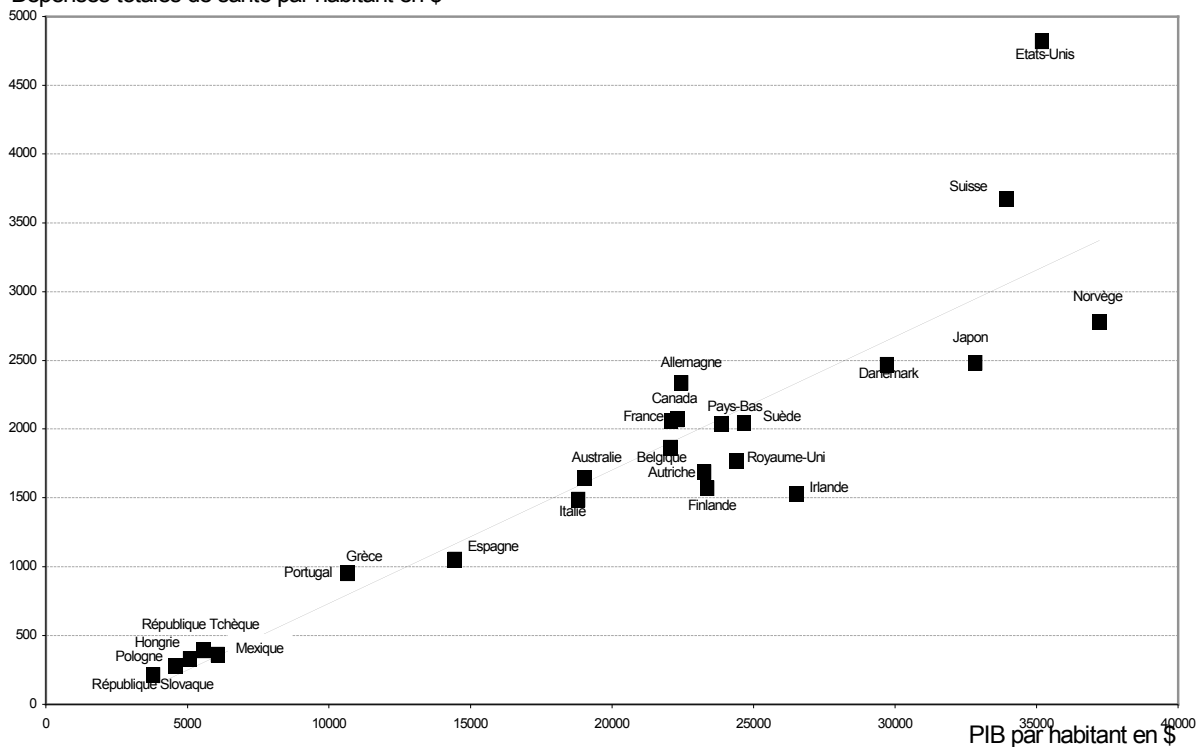
Stéphane Mallarmé – Réponse à Espinas

économiques, le progrès technique permet des gains de productivité, donc rend les produits de moins en moins chers, et il ne génère pas de besoin de financement supplémentaire. Par contre, dans le secteur médical, il semble que ce ne soit pas tout à fait la même chose : il y a peu de gains de productivité en réalité, par contre il y a des coûts supplémentaires, c'est-à-dire que les

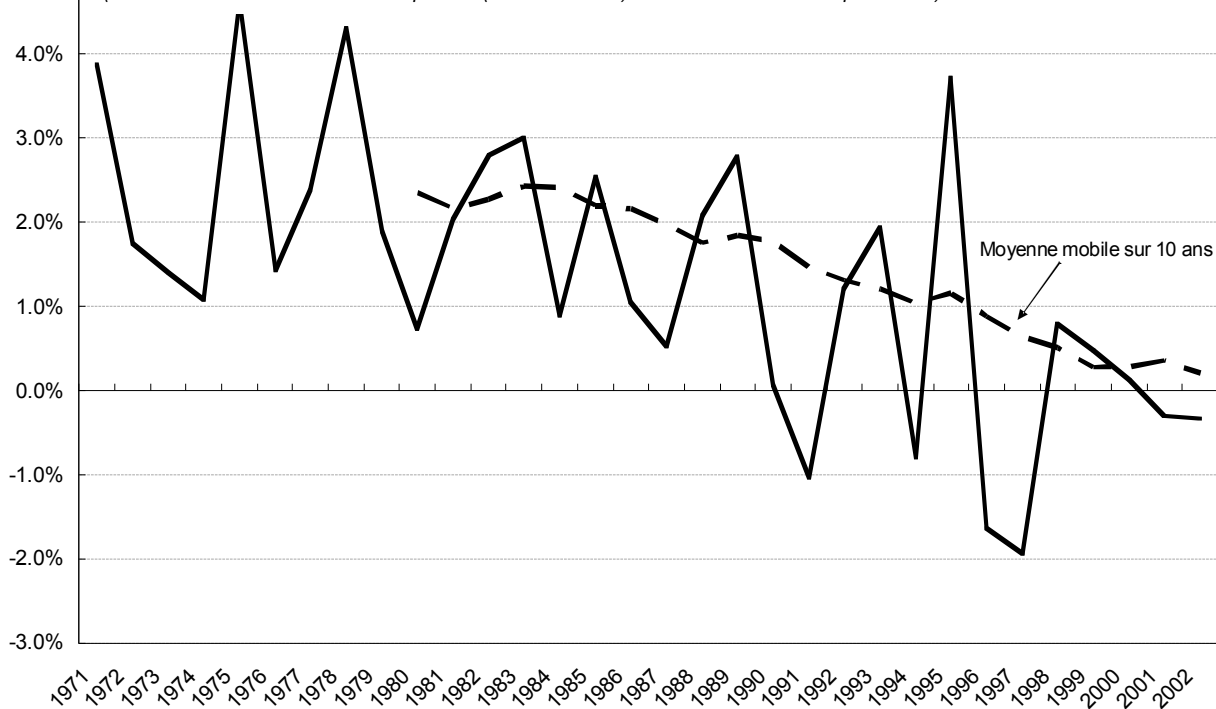
nouveaux traitements sont, certes, plus efficaces que les anciens, mais ils sont aussi plus coûteux, alors que, en général, dans le reste de l'économie, les nouveaux produits ou les nouveaux services sont à la fois plus efficaces et moins coûteux. Ce facteur est assez difficile à visualiser. En général, on considère qu'il a un impact régulier (graphique 3).

Graphique 2 : dépenses de santé par habitant et PIB par tête en 2001

Dépenses totales de santé par habitant en \$

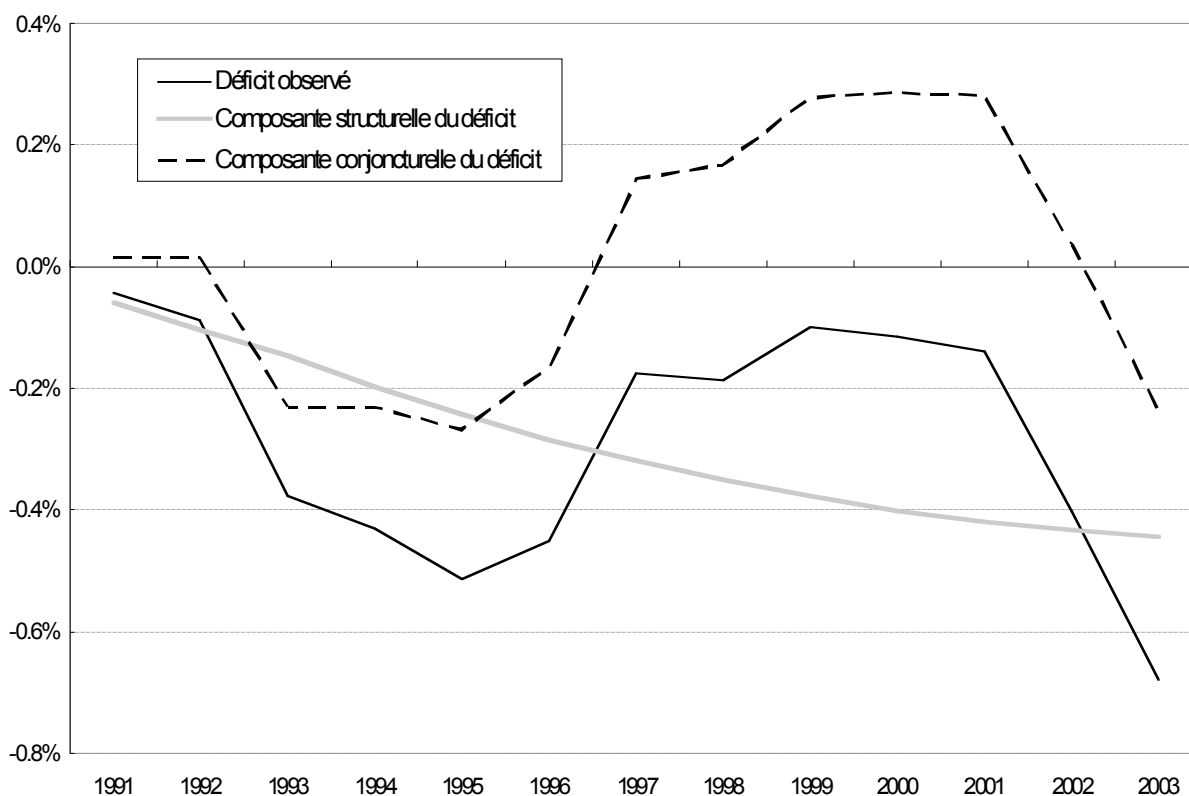


Ecart des taux de croissance calculés et observés de la dépense de santé par habitant, corrigée de l'effet du vieillissement ;
(calculé = taux de croissance du Pib par tête (décalé de 2 ans) - taux de croissance des prix relatifs)



Graphique 3 : tendance autonome de la croissance des dépenses de santé par habitant corrigée du vieillissement

En général le progrès technique, c'est toujours le temps qui l'explique. Ici, je vais vous passer la cuisine qui permet de construire ce petit graphique, mais en gros, c'est la croissance autonome des dépenses par tête, une fois qu'on a corrigé ces dépenses de l'effet du vieillissement et de l'effet de la croissance de la richesse nationale, donc c'est une sorte de résidu qui représente l'augmentation autonome du coût de la santé, qu'on relie en général au progrès technique. Ce qu'on peut voir sur ce graphique, c'est qu'en réalité, au lieu d'une explosion des dépenses, on observe plutôt une tendance au ralentissement de l'augmentation des dépenses : dans les années 80, la tendance autonome expliquait encore 2 % de croissance par an, au cours des dix dernières années, ça a été seulement 0,2, ça a été divisé par 10. On n'est donc pas du tout dans une situation explosive, et ça m'amène à la première conclusion qu'on peut tirer de l'examen de l'évolution des dépenses de santé : c'est que, certes, elles continuent à augmenter plus rapidement que la richesse nationale, mais sur un rythme qui est de plus en plus ralenti, on n'est plus très très loin du moment où... on commence à pouvoir envisager la possibilité que les dépenses de santé puissent être financées à prélèvements constants. Mais enfin, on n'en est pas encore là. Aujourd'hui, pour les vingt ans qui viennent, pour autant qu'on puisse faire de la prospective quantitative – je crois qu'il faut toujours essayer – il faut envisager sérieusement que les dépenses de santé augmentent en proportion du PIB de 0,1 point par an, soit, en gros, 1 point tous les dix ans... entre 1 point tous les 7 ans et 1 point tous les 10 ans ; ça correspond à peu près aux tendances qu'on observe depuis une quinzaine d'années. Alors on peut considérer, c'est la question du verre à moitié plein ou à moitié vide, que cette situation est difficile, qu'elle crée des problèmes, ou que, au fond, un point de PIB tous les dix ans, ce n'est pas considérable, c'est moins rapide que la croissance des dépenses de loyer dans la consommation des ménages, par exemple.



Graphique 4 : déficit structurel et conjoncturel

Est-ce que cette augmentation tendancielle de la part des dépenses de santé dans la richesse nationale est incompatible avec l'équilibre macroéconomique, comme on l'entend parfois ? La réponse des macroéconomistes est clairement : non, elle ne l'est pas, sous une condition sur laquelle je reviendrai un peu plus en détails pour conclure. Mais *a priori* elle ne l'est pas, le secteur de la santé est un secteur économique qui, du point de vue macroéconomique, n'est pas différent des autres, à ceci près qu'il est plutôt mieux protégé de la concurrence extérieure, qu'il est plutôt riche en emplois à la fois très qualifiés et peu qualifiés, et que son développement ne pose pas de problème particulier, si ce n'est qu'il faut lui apporter régulièrement les financements qui permettent de soutenir la croissance dont je viens de parler. J'en viens, pour finir, à la condition pour que ce développement tendanciel du secteur de la santé soit économiquement soutenable.

D'abord, juste une petite parenthèse pour dire qu'aujourd'hui, le déficit de la sécurité sociale, le déficit de l'assurance maladie, est clairement structurel. Il est structurel en ceci que les dépenses ont augmenté à leur rythme, selon les tendances dont je viens de parler, alors que les recettes n'ont pas augmenté au même rythme, tout simplement parce qu'on n'a pas élevé suffisamment vite les taux de prélèvements qui financent ces dépenses, on les a augmentés, mais à un rythme qui était insuffisant. Je vous passe également la cuisine très compliquée qu'il faut faire pour aboutir à ce genre de graphique (graphique 4, ci-contre), mais on voit que, en réalité, depuis 90, au cours des dix ou quinze dernières années, il y a eu une augmentation régulière du déficit, c'est ce trait gris, qui baisse régulièrement, puisque comme c'est un déficit on est dans la partie négative, donc ça correspond à une augmentation du déficit, donc cette évolution très régulière qui est un creusement structurel lié à ce décalage entre le taux du prélèvement et le taux de croissance des dépenses ; et puis le déficit effectif, eh bien il a fluctué au gré de la conjoncture. En particulier il a été fortement aggravé au delà de son niveau structurel pendant la récession de 1993, et dans les années de croissance lente jusqu'en 1997 ; ensuite il a été totalement masqué par la conjoncture, c'est-à-dire que le déficit s'est réduit du fait de la croissance économique et donc de recettes plus importantes, au delà de leur tendance naturelle, avant de se recreuser à nouveau sous l'effet de la conjoncture, mais aujourd'hui, en gros, sur 13 milliards de déficit de l'assurance maladie, on peut considérer qu'il y en a 9 qui sont imputables à un désajustement structurel des taux de prélèvements et des taux de dépenses, et puis 3, enfin 3 ou 4 qui sont imputables simplement à la conjoncture purement économique. À quelle condition – j'en reviens à mon sujet principal – la croissance de la dépense est-elle soutenable ? Eh bien à condition qu'on élève régulièrement le taux de prélèvement ; et ce prélèvement, il doit être assis sur la CSG, sur l'ensemble des revenus des Français, pour que ceci ne perturbe pas les mécanismes de formation des coûts salariaux ; si, par exemple, on voulait financer cette augmentation des dépenses de santé par une hausse des cotisations salariales employeurs, on aurait... quelques désagréments du point de vue de l'emploi ; si vous voulez, je peux revenir sur ce point un petit plus en détails dans la discussion... ce que moi j'observe, c'est que dans le débat, cette question est relativement peu ou mal abordée, l'opinion générale est que l'objectif visé doit toujours être de stabiliser les prélèvements. Il y a, à mon avis, un effort de pédagogie important à faire, pour que les Français comprennent qu'il est tout à fait naturel qu'ils consomment plus pour leur santé, mais qu'ils doivent évidemment, en contrepartie, en payer le prix.

Frédéric Pierru : Pour de nombreux citoyens, du Français moyen au journaliste patenté, sans oublier le spécialiste reconnu, le déficit de la Sécurité sociale est, soit un mythe, soit un mauvais tour que jouent les hommes au pouvoir. Ce serait une affaire politique, dont il vaut mieux ne pas s'occuper. Ce qui est intéressant, c'est de voir qu'entre les débats actuels, et notamment les débats de 2004, et ceux qui ont pu se dérouler depuis les années cinquante, il existe en fait de fortes similitudes dans les termes, et notamment les arguments avancés.

Tableau 4 – Soldes du régime général, de 1947 à 1967
(en millions de francs courants)

	Assurances sociales	Accidents du travail	Prestations familiales	Total	Soldes en % des recettes	Soldes en % des dépenses
1947 ⁽¹⁾	14 797	5 923	- 2 321	18 399	9,4	10,4
1948	27 215	7 087	- 18 201	16 101	4,9	5,1
1949	- 181	- 52	6 261	6,028	1,3	1,4
1950 ⁽²⁾	- 30 361	- 1 957	6 249	- 26,069	- 5,3	- 5,0
1951	- 43 348	- 911	9 277	- 34 982	- 5,5	- 5,2
1952	- 32 161	1 871	40 450	10 160	1,2	1,2
1953	- 37 610	- 1 737	42 039	2 692	0,3	0,3
1954	- 46 895	- 3 208	33 565	- 16 538	- 1,7	- 1,7
1955	- 56 187	- 4 393	25 670	- 34 910	- 3,3	- 3,2
1956	- 45 800	- 1 700	49 700	2 200	0,2	0,2
1957	- 652	14	726	88	0,6	0,6
1958	- 587	78	1 043	534	3,4	3,5
1959	6	31	298	335	1,9	2,0
1960	- 231	- 33	314	50	0,3	0,3
1961	- 321	33	505	217	1,0	1,0
1962	72	16	676	764	2,9	3,0
1963 ⁽³⁾	- 41	- 73	201	87	0,3	0,3
1964	- 521	- 213	431	- 303	- 0,8	- 0,8
1965	- 1 544	- 168	630	- 1 082	- 2,7	- 2,6
1966	- 2 978	- 132	1 003	- 2 107	- 4,8	- 4,6
1967	- 3 412	- 37	1 121	- 2 328	- 4,8	- 4,6

REFORME DEBRE
DECRETS BACON
MONTÉE EN CHARGE
DU CONVENTIONNE-
MENT
POLITIQUE DE MODER-
NISATION DU PARC
HOSPITALIER
1967: REFORME
JEANNENAY →
CRÉATION DES TROIS
BRANCHES, DONT LA
CNAMTS.

⁽¹⁾ Source pour 1947-1949 : *Revue française du travail*, 1949.
⁽²⁾ Sources pour 1950-1962 : rapports au Président de la République.
⁽³⁾ Sources pour 1963-1967 : annuaire INSEE, 1968.

Collection des données et calculs : SESI, Pierre Volovitch,
à partir des données du SESI

Ce tableau reprend le solde du régime général de 1947 à 1967¹. La colonne qui nous intéresse ce soir, c'est la colonne Assurance sociale puisque, à cette époque, la branche Maladie n'existe pas encore en tant que branche autonome, ça sera, et j'y reviendrai, la réforme de 1967 qui créera la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMts). Mais je vous garantis que c'est surtout la branche Assurance maladie qui est responsable des déficits du régime général. Ce qu'on constate, c'est qu'effectivement, dès 1950 et 1951, le régime général est confronté à des déficits importants, qui représentent environ 5 % du solde des recettes, des niveaux qu'on ne retrouvera qu'en 1993, au moment de la grave récession économique. Et le problème sur lequel je voudrais revenir, c'est que ces années de déficit ont été précédées par un débat parlementaire de quatre jours, en juillet 1949, autour, justement, de la Sécurité sociale. En analysant le contenu, on est frappé par le caractère très contemporain des arguments qui s'y échangent.

¹ n.d.l.r. Pierre Volovitch, spécialiste reconnu des comptes de la Santé, cité dans ce tableau, n'avait pu accepter notre invitation à la Nocturne en raison d'un déplacement à l'étranger.

Le contexte. En 1950 et en 1951, les dépenses de santé progressent très fortement, puisque c'est l'arrivée des antibiotiques et leur diffusion rapide, mais aussi depuis 1941, l'ouverture de l'hôpital à tous les Français. Et, en même temps, la France connaît une récession, un ralentissement économique. On a donc une constante : des dépenses de santé en constante progression, et un ralentissement économique, c'est ce qu'on appelle l'effet ciseaux. Alors, les positions en présence sont les suivantes : d'un côté, vous avez des députés de gauche qui dénoncent la politique économique du gouvernement, une politique d'austérité qui grèverait les recettes du régime général, et donc le plongerait dans le déficit, alors que l'économie et la santé seraient une richesse pour la nation, et notamment dans l'effort de reconstruction. À l'inverse, il y a les opposants, ou en tous cas les Cassandre de la Sécurité sociale nouvellement créée qui s'interrogent déjà sur la question de la soutenabilité économique des dépenses sociales en général et de santé en particulier.

C'est donc un vieux débat que celui de la soutenabilité économique de la forte croissance des dépenses de santé. Et puis les députés sont d'accord, pas les plus à gauche... mais dans leur grande majorité, sur le fait qu'il existe un certain nombre d'excès, d'abus, et notamment d'abus en matière d'arrêts de travail et d'indemnités journalières. De leur point de vue, il faut impérativement responsabiliser les acteurs, en instaurant une franchise sur les médicaments et les soins, et renforcer le contrôle des assurés, et, déjà, dérembourser le petit risque. Je vous cite une déclaration du député de Savoie, toujours dans ce débat de juillet 1949, qui est d'une confondante actualité :

« La Chambre de commerce de Paris signale un accroissement anormal des frais médicaux, pharmaceutiques, dentaires, et des indemnités journalières. Cet accroissement tient à trois raisons : il y a d'abord les maladies fictives ; nous connaissons tous des employés qui, désirant passer huit jours chez eux, vont trouver un médecin pour se faire délivrer un certificat. Combien de médecins viennent dire : il nous est difficile de refuser un certificat, car nous ne sommes pas sûrs d'avoir raison de le refuser ; et si nous le refusons, un autre le donnera, et ce sera un client de perdu. Ainsi nous connaissons l'absentéisme dans nos usines. Deuxième raison de cet accroissement des dépenses : les accidents insignifiants – donc la bobologie – pour lesquels autrefois on se bornait à un simple pansement, tandis que maintenant on va trouver le médecin. Troisième raison : les incapacités de travail prolongées : un médecin donnera facilement quinze jours de repos pour une petite grippe ou pour un léger accident, la fraude est d'autant plus grande que la caisse est beaucoup plus concentrée. »

Ce qui est intéressant, c'est que, déjà, à l'époque, la question des abus et des fraudes n'est absolument pas chiffrée. C'est d'ailleurs pour ça qu'elle est très utilisée, puisqu'il n'existe absolument aucun chiffre sur lequel fonder ces allégations.

Cette question des fraudes va s'effacer de la scène publique pendant un moment, jusqu'à une deuxième période que l'on identifie sur le tableau : le milieu des années soixante, de 1965 à 1967, où, effectivement, les Assurances sociales renouent avec des déficits importants, et où l'on retrouve encore les mêmes débats sur les causes des déficits et les remèdes envisageables pour revenir à l'équilibre. C'est l'instauration d'une franchise sur les médicaments, la hausse des tickets modérateurs, la responsabilisation des assurés, la suppression du remboursement des cures thermales et de certaines spécialités pharmaceutiques. Ce sera un échec puisqu'il y aura une forte mobilisation syndicale contre ce plan, et globalement la Sécurité sociale, l'assurance maladie en particulier, échapperont en grande partie à la rigueur économique du plan dit De Gaulle – Rueff.

Affres du passé nécessaires
Agrippant comme avec des serres
Le sépulcre de désaveu

Stéphane Mallarmé
Tout Orgueil fume-t-il du soir)

Tableau 5. — Soldes du régime général de la Sécurité sociale, de 1968 à 2001
(en millions de francs courants)

	CNAMTS	CNAVTS	CNAF	Total	Soldes en % des recettes	Soldes en % des dépenses
1968 ⁽¹⁾	321	8	282	611	1,0	1,0
1969	— 8	390	1 212	1 594	2,3	2,4
1970	— 442	294	1 888	1 740	2,3	2,3
1971	— 431	709	2 489	2 767	3,1	3,2
1972	— 2 021	62	3 558	1 599	1,6	1,6
1973	— 2 029	— 950	3 440	461	0,4	0,4
1974	— 2 742	— 507	— 514	— 3 763	— 2,8	— 2,7
1975	— 6 323	1 422	1 640	— 3 261	— 2,0	— 1,9
1976	— 3 855	— 781	3 737	— 899	— 0,4	— 0,4
1977	2 935	— 459	3 352	5 828	2,3	2,4
1978	— 5 521	— 8 003	2 722	— 10 802	— 4,1	— 4,0
1979 ⁽²⁾	— 289	— 875	1 205	41	0,0	0,0
1980	8 577	1 072	1 020	10 669	2,9	3,0
1981	— 2 889	— 672	— 3 059	— 6 620	— 1,6	— 1,6
1982	5 377	— 1 058	— 11 978	— 7 659	— 1,6	— 1,5
1983	13 048	— 8 845	6 971	11 174	2,0	2,0
1984	7 520	— 1 655	10 816	16 681	2,6	2,7
1985	15 204	— 7 891	6 072	13 385	2,0	— 2,0
1986	— 5 089	— 15 604	655	— 20 038	— 2,9	— 2,8
1987	7 830	— 10 281	1 023	— 1 428	— 0,2	— 0,2
1988	5 409	— 17 064	4 367	— 7 288	— 0,9	0,9
1989	732	— 4 645	3 517	— 396	0,0	0,0
1990	— 6 791	— 6 610	3 770	— 9 631	— 1,1	— 1,1
1991	— 2 578	— 18 693	4 639	— 16 632	— 1,8	— 1,7
1992	— 4 228	— 17 907	6 834	— 15 301	— 1,5	— 1,5
1993	— 27 614	— 39 456	10 662	— 56 408	— 5,5	— 5,2
1994	— 31 502	— 12 773	— 10 450	— 54 838	— 5,1	— 4,9
1995	— 38 594	10 142	— 38 895	— 67 347	— 6,0	— 5,6
1996	— 35 724	— 7 868	— 9 654	— 53 246	— 4,6	— 4,4
1997	— 14 141	— 5 166	— 14 540	— 33 847	— 2,8	— 2,7
1998	— 14 355	— 224	— 1 903	— 16 482	— 1,3	— 1,3
1999	— 8 292	3 716	4 810	234	0,0	0,0
2000	— 4 056	595	6 797	3 336	0,2	0,2
2001 ⁽³⁾	— 5 000	3 800	8 500	9 800	0,7	0,7

⁽¹⁾ Sources pour 1968-1978 : Fonds de dossier, SESI

⁽²⁾ Sources pour 1979-2001 : Rapports de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

⁽³⁾ Prévisions.

En 1965, le CNPF publie un rapport, le rapport Piketty, qui fera date, et lui aussi, commence à tirer la sonnette d'alarme sur la dérive des comptes de la Sécurité sociale et de l'Assurance maladie, et de la soutenabilité économique des dépenses de santé pour l'économie du pays, qui est, à l'époque, en train de s'ouvrir sur l'extérieur. Ça sera relayé, abondamment relayé, notamment dans l'*Express*, par Roger Priouret. Donc ce rapport propose, une fois encore, une lutte contre les abus et les fraudes, d'une part, et, d'autre part, la distinction du petit et du gros risque. Et puis en 1969, je ne résiste pas à la tentation de vous citer une allocution de Georges Pompidou à la

télévision, qui déclare, à partir des calculs de son ordinateur Fifi – selon le modèle physico-financier - :

« Je me suis amusé, si j'ose dire, à poser à un ordinateur la question suivante : supposons que toutes nos dépenses sociales se mettent à croître au rythme où s'accroissent à l'heure actuelle les dépenses de l'Assurance maladie, dans combien de temps est-ce que le budget social de la nation absorbera la totalité de nos ressources et de notre produit national ? Réponse de Fifi : 19 ans et 2 mois – ce qui nous amènerait en 1988 – je ne garantis pas les 2 mois. Il n'en reste pas moins que nous sommes là devant un problème d'une extrême gravité, et qu'il faut avoir le courage de regarder en face si on ne veut pas se préparer à des chocs brutaux et à de mauvaises surprises. »

De manière générale, ce qu'il est important de retenir sur cette période, et je vais faire assez vite, c'est qu'effectivement, s'il y a des épisodes de dramatisation, cette dramatisation n'a pas l'ampleur de celles du milieu des années 70. Globalement, les déficits sont résolus par une expansion du système de Sécurité sociale, c'est-à-dire, par une augmentation des cotisations sociales, par des déplaçonnements, et par un accroissement du nombre d'assurés.

Les choses commencent à se gâter à partir de 1973, on le voit (tableau ci-contre), avec le choc pétrolier, qui a une répercussion mécanique sur les comptes de la Sécurité sociale, et notamment sur la branche Maladie, puisqu'en 1967, il y a eu la réforme Jeanneney, qui distingue la CNAMts. On a donc les premiers déficits, et on commence à avoir une première dramatisation des comptes, par les gouvernements, pour faire passer des réformes jugées impopulaires. En 1975, par exemple, c'est le premier plan, un genre appelé à un grand développement, le plan dit Durafour, pour redresser les comptes de la Sécurité sociale. Simone Veil, elle aussi, en 1977, utilisera la dramatisation des comptes pour faire adopter son plan. Et en 1979 intervient une réforme d'importance puisque c'est la création de la Commission des comptes de la Sécurité sociale par deux messieurs qui ont cette idée-là : Dominique Coudreau et Jean-François Chadelat - déjà lui - pour alerter l'opinion publique chaque année sur l'état des finances de la Sécurité sociale. Et en 1979, c'est donc la naissance du « trou de la Sécu », qui sera abondamment mobilisé au cours des années 80, lorsqu'il faudra faire adopter les plans de redressement des comptes.

En fait, il y a un plan tous les ans, sauf les années d'élections.

André Grimaldi : À vrai dire je ne serais pas choqué si on disait que le coût de la santé augmente de manière importante parce que je considérerais que cette augmentation s'explique d'abord par un progrès important de la société. Vous avez analysé dans votre première intervention trois grands facteurs d'augmentation du coût de la santé. Le médecin que je suis reconnaît, comme vous, bien sûr comme premier facteur, le vieillissement de la population. La durée de vie augmente, mais les dernières années de vie se font sous prothèses et sous médicaments. De plus, 85 % des personnes meurent aujourd'hui à l'hôpital. Je ne trouve pas scandaleux de dépenser plus pour que les êtres humains meurent sans souffrir, et bénéficiant de soins de confort.

Le deuxième facteur est le progrès technique médical. Mais ce qu'il faut tout de suite ajouter, c'est que ces progrès médicaux débouchent de plus en plus souvent sur la persistance de maladies chroniques que l'on soigne mais que l'on ne guérit pas. Grâce aux progrès de la médecine, on évite la mort, mais on ne réussit pas toujours à guérir. C'est ce qui explique l'expansion des maladies chroniques. Le prototype de cette évolution est représenté par le SIDA. Il y a quelques années, le SIDA était une maladie aiguë rapidement mortelle, et grâce aux trithérapies il s'est transformé en maladie chronique. Mais le coût du traitement est d'environ 20 000 euros par an pour 100 à 150 000 personnes. C'est un progrès fondamental de nos sociétés développées et le scandale,

comme vous le savez, c'est que des centaines de milliers de malades vivant dans les pays sous-développés, n'ont pas accès à ces traitements. On peut dire la même chose pour beaucoup de maladies. Un nouveau médicament comme l'anti TNF α représente un progrès dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, mais il coûte à peu près 20 000 euros de surcoût pour 160 000 personnes. On pourrait avancer des exemples identiques pour la prise en charge en dialyse, la réalisation des greffes rénales, cardiaques ou hépatiques... Finalement, on va vivre beaucoup plus vieux, mais avec de plus en plus souvent des maladies chroniques. Ces deux facteurs ne peuvent qu'entraîner une augmentation des coûts de santé. Cela n'a rien à voir avec le gaspillage, c'est tout simplement la finalité de la société humaine. De plus, comme vous l'avez dit, il existe un changement radical du comportement vis-à-vis de la santé, en partie lié à l'augmentation du niveau de vie des populations. Il y a plus exactement un changement culturel, car chacun d'entre nous peut faire sienne la phrase de Marc Blondel, l'ancien secrétaire général de Force Ouvrière : « d'accord, je gagne moins que le Baron Sellières, mais je veux être soigné aussi bien que lui ». On voit des gens venir du bout du monde, ayant ramassé ce qu'ils peuvent de finances, pour faire soigner leur mère ou leur enfant dans un hôpital équipé ! Ce mouvement est irréversible. Dans un débat récent, Philippe Douste-Blazy nous a dit : « le jour de la mort, l'ouvrier est l'égal du Président de la République ». C'est vrai, mais la vérité est que l'ouvrier a toutes chances de mourir avant le Président ... Au delà de cette banalité qu'à l'instant de notre mort, nous sommes tous égaux, il y a une idée plus révolutionnaire : chaque citoyen peut comprendre qu'il n'a pas le train de vie du Président de la République, mais il n'accepte pas que lui-même ou en tout cas son conjoint, ses parents ou ses enfants, soient moins bien soignés que ceux du Président !

À mon sens, les besoins de santé sont illimités. C'est d'ailleurs ce qu'a reconnu l'OMS en disant : « la santé, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, c'est une sensation de bien-être physique et psychologique ». Nous en sommes loin, d'autant que l'évolution de la société elle-même détermine un certain nombre de pathologies que l'on pourrait dire sociales. Notre société, tout le monde en conviendra, est à la fois très individualiste, très compétitive, très consumériste, très inégalitaire, très excluante, très marginalisante, finalement très déstabilisante. Elle devient une sorte de jungle où chacun doit être le plus fort pour obtenir le plus grand plaisir individuel. C'est une société de l'avoir et de la concurrence et non pas une société du partage et de l'être. Du coup, rien d'étonnant à ce que l'angoisse et la dépression soient devenues les maux du siècle. On accuse

aujourd'hui les généralistes de prescrire trop d'anti-dépresseurs. Avant, on leur reprochait de prescrire trop de médicaments anxiolytiques en expliquant qu'ils auraient dû prescrire des anti-dépresseurs (mal supportés). Maintenant que l'on a des médicaments anti-hypertenseurs bien tolérés, on estime que leur prescription est abusive. Peut-être faudrait-il en effet préférer les psychothérapies ou une « sociothérapie » mais la première question est moins celle de la pertinence du traitement que de la réalité du diagnostic. Y a-t-il oui ou non, dans nos sociétés, une expansion des syndromes dépressifs (dus notamment au chômage et à la solitude) ? La réponse est hélas : oui.

De même se développent les comportements à risque allant jusqu'à la toxicomanie. Les troubles du comportement alimentaire sont les conséquences de l'ensemble de ces pathologies



sociales : anxiété, dépression, recherche de sensations fortes, dislocation sociale, abolition des rituels... La conséquence en est notamment l'accroissement de l'obésité. J'étais au congrès américain du diabète où un grand chercheur américain a déclaré : « pire que Ben Laden : Mac Do ! ». Le coût de l'obésité pour les Américains est colossal. Un enfant sur deux qui naît actuellement aux USA sera un grand obèse à l'âge de 30 ans et un sur trois sera diabétique. Si bien que même un gouvernement aussi libéral que le gouvernement Bush est obligé de définir une politique de santé et de lutte contre l'obésité.

Le dernier facteur qui explique l'augmentation de nos dépenses de santé, est dû à la spécificité du système de santé français, mi-public, mi-privé. Plus exactement, le financement est public, et la distribution est en partie privée, ce qui ne peut que déboucher sur une multiplication des prescriptions souvent inutiles, c'est-à-dire sur des abus et des gaspillages. Tout le monde, et en première ligne le gouvernement, met les abus et les gaspillages sur le dos des malades. En France, il faut quand même toujours passer par un médecin pour obtenir une prescription ! Si les malades abusent, il y a donc au moins un complice, qui est le médecin. Les médecins n'échappent pas à la logique de nos sociétés. Ils cherchent à maintenir leurs revenus, si besoin en multipliant les actes médicaux pas forcément utiles. S'ils ont une « machine à sous » comme un doppler ou une échographie, ils ont tendance à répéter inutilement ces examens. Mais le plus important n'est peut-être pas là. Le besoin de santé génère un marché colossal et, que je sache, l'industrie de la santé n'est pas une œuvre philanthropique. Elle cherche à faire des profits en investissant ce marché. Il y a par exemple 23 000 représentants de laboratoires en France dont le métier consiste à visiter régulièrement les médecins pour les inciter à prescrire des molécules de plus en plus chères. Cela fait 1 visiteur médical pour 8 médecins actifs ! J'étais le seul à le dire lors du débat avec Philippe Douste-Blazy organisé par le journal *Le Monde*. La réponse du Docteur Chassang, Secrétaire Général de la CSMS a été : « Monsieur Grimaldi, quand même, arrêtez de nous prendre pour des naïfs, on sait bien faire le tri entre la vérité scientifique et le marketing ». À l'en croire, il y aurait donc 23 000 personnes qui ne servent à rien et les laboratoires seraient à ce point stupides de les payer pour rien ! Hélas, toutes les études montrent que le principal facteur d'influence sur les prescriptions médicales, est la visite par les représentants des laboratoires ! De plus, quand on dit que le coût des médicaments s'explique par le coût de la recherche, soit environ 15 % des dépenses d'un laboratoire, on oublie de dire que le marketing représente au moins 25 % de ces dépenses. De plus, on compte dans la recherche des essais dits de phase 4, qui sont bien souvent des essais purement promotionnels proches du marketing. Je ne sais pas s'il existe d'autres branches d'activités où le marketing représente un poids pareil... De manière choquante, la Commission de Bruxelles a donné son autorisation pour la publicité sur les médicaments auprès du grand public. Cette autorisation concernait trois pathologies : le diabète, l'asthme et le cancer. Heureusement, cette décision a été bloquée par le Parlement Européen. Vous savez qu'aux USA, la publicité sur les médicaments est libre. Je me rappelle des affiches qui m'avaient étonné en arrivant à l'aéroport de Chicago. Elles proclamaient : « vous êtes diabétique, vous avez un nouveau médicament : REZULIN ! ». Un an après, le REZULIN en question était retiré du commerce parce qu'il était responsable de 80 morts par hépatite mortelle. Alors la Commission de Bruxelles a dit : feu vert pour cette pratique ! Comment peut-on dire d'un côté : les malades consomment trop et chercher à les culpabiliser, et d'un autre côté avoir une Commission qui dit à l'industrie pharmaceutique : faites de la publicité auprès des malades, c'est-à-dire faites pression sur le corps médical pour qu'il prescrive des médicaments ? Certes, la mesure a été bloquée par le Parlement Européen, mais c'est ce qui vous explique que vous avez pu voir des campagnes dans les grands journaux, y compris le journal *Le Monde* avec une pleine page déclarant : « Le Laboratoire A travaille pour guérir le cancer ! ». Ces campagnes sans nom de médicament ont pour fonction de préparer l'opinion publique à l'étape suivante où on fera directement de la publicité pour des médicaments nommément désignés.

SALLE D'ATTENTE

Où l'on prend le temps de lire son courrier, de poser beaucoup de questions, et de faire quelques réponses

Maurice Rougemont : Je voulais juste revenir sur la démonstration amusante de Frédéric Pierru. Je pense qu'au regard de la rigueur qui est requise à Pénombre, il y a quelques défauts. Parce que, donc, vous avez balayé, comme ça, toute la période qui va de l'après-guerre jusqu'à aujourd'hui. Dans toute la première période, vous avez oublié de dire, simplement, que, globalement, il y a eu une croissance de 5 à 6 %, qui a avalé le laxisme, et dans la deuxième période, qui va jusqu'à très récemment, il y a eu une forte inflation. Cette inflation à deux chiffres, ce laxisme aussi, a permis de faire volatiliser la dette.

Frédéric Pierru : J'en suis bien conscient... c'est vrai qu'en dix minutes, je suis obligé de me limiter à un récit très simplifié...

Michèle Dumail-Bretonneau : De l'intervention de Gérard Cornilleau, est-ce qu'on peut revoir l'avant-dernier graphique, je vous prie ?... Quel est le sens de la courbe en dents de scie ?

Gérard Cornilleau : Le sens des dents de scie, c'est... il n'a strictement aucun sens ; c'est simplement ce qu'on observe. Les données de santé ont quelque chose de particulier, dont il n'est pas très intéressant de parler ici, mais qui est assez étonnant pour les statisticiens. On pourrait imaginer qu'il s'agit de dépenses qui, *grosso modo*, ne varient pas trop d'un mois sur l'autre, d'une année sur l'autre, qu'il y a une tendance, à l'augmentation, mais que tout ça doit être relativement régulier. Pas du tout. Et on n'a jamais pu expliquer cette variabilité par des épisodes épidémiques ou quoi que ce soit. Donc il reste, effectivement, une part bizarre de volatilité de la dépense qui est difficile à expliquer, et qui fait que, d'ailleurs, pour visualiser les évolutions réelles de longue période, on est obligé de procéder à des lissages. Mais ici, par honnêteté, on vous donne des données brutes et des données lissées. Enfin le fait important, c'est que, malgré ce que vous avez dit sur la pression sociale, sur le fait que la consommation de soins est de nature assez impérieuse, qu'il y a cette volonté effectivement que tout le monde soit soigné de la même façon, c'est-à-dire le mieux possible etc., eh bien, malgré tout, malgré ce que vous avez dit aussi du progrès technique qui génère des coûts - je l'avais dit tout à l'heure - malgré ça, en réalité, au lieu d'exploser, les dépenses ont plutôt tendance à avoir une croissance modérée. Elle a été extrêmement modérée au cours des dix dernières années, extrêmement faible. Voyez ici que, en gros, ça a été divisé par dix par rapport au début des années 70. Donc, on n'est pas dans une situation qui correspond à cette vision explosive de la dépense de santé, et ça, on le voit aussi dans les autres pays.

André Grimaldi : Est-ce que je peux soulever une hypothèse ? La politique qui a été suivie de manière constante, à mon sens, par tous les gouvernements jusqu'en 2000, a été de diminuer « l'offre de soins » dans la mesure où ils estimaient que la demande de santé, potentiellement illimitée, n'était pas contrôlable. Ainsi, on a réduit le nombre de médecins et le nombre d'infirmières jusqu'à arriver à la situation actuelle de pénurie, dramatique dans certaines régions et dans certaines spécialités. On pourra en reparler. Je pense que l'on a cassé une grande partie du système, et qu'en réalité on va changer le système de santé quoiqu'on dise et quoiqu'on fasse. Est-ce que c'est une évolution que vous constatez ?

G.C. : Je pense que ça n'explique pas la totalité de cette évolution. D'abord on l'observe aussi dans d'autres pays, ce n'est pas spécifique à la France. Alors, bien entendu, effectivement, les

dispositions qui sont prises à chaque fois qu'on passe par une situation budgétaire très dégradée vont dans le sens d'un rationnement de l'offre de soins, et ça à peu près partout... il y a une espèce de jeu, qui, à mon avis, est assez pervers, entre les autorités publiques en charge de la gestion financière et puis les autorités en charge du système de soins. Donc, probablement, effectivement, l'action plutôt restrictive a joué, mais en même temps, par exemple, quand on regarde les budgets hospitaliers, certes, leur croissance a été ralentie, mais le facteur qui explique principalement ce ralentissement, c'est bien là aussi le progrès technique : c'est le raccourcissement des durées de séjour, une baisse tout à fait considérable du nombre de lits, mais qui a été plus faible par exemple en France qu'aux États-Unis, alors que, manifestement, les autres données dont on dispose sur l'état de santé général de la population ne montrent pas des évolutions dramatiques dans un sens ou dans un autre, donc il y a beaucoup de facteurs qui... enfin c'est assez difficile de démêler l'ensemble des facteurs qui expliquent ce ralentissement tendanciel de la croissance des dépenses de santé, mais on l'observe partout. Alors moi, je crois qu'il y a aussi une autre explication, c'est que c'est quand même une industrie – excusez-moi de parler d'industrie – qui a aujourd'hui une maturité quand même plus grande, que beaucoup de choses ont été faites, et que malgré tout, les arbres ne montent pas jusqu'au ciel... même en matière de santé.

Jan Robert Suesser : Deux questions. L'une à propos d'une réflexion qu'a eue incidemment Gérard Cornilleau lorsqu'il disait : quand les gens sont plus riches, ils veulent une meilleure santé, donc c'est normal que ça coûte plus cher ; et il donnait l'exemple des États-Unis. Nous savons que les coûts unitaires des mêmes soins sont beaucoup plus forts aux États-Unis qu'en Europe, et que, par conséquent, il faudrait peut-être regarder ce qui se passe du côté de ceux qui fixent les prix. En fait, pour les médicaments, on n'est pas dans un marché mondialisé comme on l'est pour des automobiles ou pour d'autres biens distribués partout, mais au contraire dans un marché segmenté quant au prix de vente, comme en rêvent d'ailleurs les agriculteurs du monde entier pour ne pas être en concurrence entre l'agriculture américaine et l'agriculture des pays du tiers-monde par exemple. On peut donc poser la question : qu'est-ce que c'est que le prix que l'on nous demande de payer ? Parce que, dans le déficit, le prix forcément a un certain rôle. Peux-tu nous dire quelque chose là-dessus ?

Je me pose une deuxième question, et celle-là, il faut peut-être aussi la poser à André Grimaldi. Vous disiez : le progrès technique, ça a un coût. Mais y a-t-il une raison pour que les nouveaux médicaments soient forcément toujours des médicaments plus chers ? Est-ce que, là aussi, les choix de recherche, les choix de ce que l'on amène jusqu'au marché, sont neutres ? Est-ce qu'il y a des conditions adéquates pour garantir qu'on ne fait pas des choix uniquement par les prix auxquels on va vendre ou on peut vendre ? Avec les techniques génétiques, par exemple, y a-t-il des raisons de ne pas produire des médicaments peu chers... En fait, pourquoi est-ce qu'on ne produit que des médicaments de plus en plus chers ? Pourquoi, lorsqu'on change un médicament, le paie-t-on plus cher que le médicament d'avant ? La voiture, de plus en plus efficace, de plus en plus sécurisée, avec de plus en plus d'équipements, est de moins en moins chère depuis 20 ans...

Un participant : Quelle est, à votre avis, la place de la démographie médicale dans l'augmentation des dépenses de santé ? Quelle part revient à l'augmentation du nombre de spécialistes qui investissent dans du matériel coûteux, qu'il faut bien rembourser ? Il semblerait qu'il y ait là une augmentation des coûts, du fait aussi du paiement à l'acte, pour des prestations qui ne sont pas forcément toujours très utiles.

David Causse : Juste une petite objection sur la question des coûts hospitaliers : en fait, depuis plus de dix ans aujourd'hui, ce qui explique 85 % de l'évolution des coûts, c'est la politique catégorielle et salariale. C'est, mécaniquement, l'évolution des coûts salariaux publics, en liaison avec les autres fonctions publiques : donc, qu'il s'agisse des rémunérations médicales ou non médicales, la part du progrès technique n'est pas si importante qu'on l'énonce, il s'agit plutôt des

progrès catégoriels et sociaux. De ce fait également, les gestionnaires ont été amenés à faire des arbitrages pour « tenir » leurs enveloppes budgétaires, ce qui explique le retard très important pris par l'équipement hospitalier, qu'il soit public ou privé, d'ailleurs, par rapport aux pays voisins, en termes d'équipement de haute technologie. Je crois bien me souvenir que l'on se situe derrière la Grèce pour les Pet-scans ; enfin, c'est tout à fait impressionnant. Je voulais donc le signaler, il y a eu un choix, un arbitrage politique, quels que soient les gouvernements d'ailleurs, en direction de la politique salariale depuis une dizaine d'années.

L'autre point que je voulais évoquer, c'est le paradoxe qui existe entre l'élargissement des prestations servies par l'assurance-maladie, qui est quand même la tendance historique, et le fait qu'aujourd'hui, point qui n'a pas été évoqué et que je voulais apporter au débat, on rencontre un fort effet d'éviction du point de vue de l'accès aux soins. On rencontre ainsi une proportion de plus en plus grande de personnes, qui ne sont pas dans des situations de grande précarité sociale les plus absolues – 1 chômeur sur 5, 1 employé sur 4 – qui expliquent avoir renoncé dans le courant de l'année aux soins qu'ils auraient estimé devoir recevoir.

Martine Kis : Je me demande s'il ne faut pas aussi considérer la santé comme un secteur productif, parce que, finalement, cette industrie pharmaceutique qui coûte cher, elle dégage des bénéfices, elle est donc imposable. Il y a l'industrie de tous les appareillages médicaux, les scanners, les prothèses, les roulettes de dentiste, etc. Tout ça, c'est un secteur industriel. Il y a le BTP, avec la construction des hôpitaux et des maisons de retraite médicalisées. On peut même voir l'industrie thermale qui fait vivre l'économie de pas mal de collectivités, donc il n'est pas question de toucher à ce secteur-là. La question que je me pose, c'est : est-ce que ce secteur qui est un trou d'un côté n'est pas aussi une part du PIB, et cette part de PIB n'augmente-t-elle pas peut-être un petit peu plus rapidement que le trou... est-ce que ça augmente aussi doucement que le trou... enfin, quel est le bénéfice de ce trou ?

G.C. : Ce qui se passe en général sur le thème de la santé, c'est qu'on a à la fois des interventions sur le thème du gâchis, sur le thème des économies qu'il faudrait faire, sur le thème des dépenses somptuaires ou inutiles, et puis des interventions sur le thème des besoins qui ne sont pas satisfaits, des difficultés d'accès, des traitements qu'on ne peut pas mettre en œuvre de manière aussi efficace qu'on le souhaiterait, de manques ici ou là, d'appareillages techniques de toutes sortes, de problèmes éventuellement d'emploi et de sous-emploi par rapport à ce qui serait souhaitable. Alors, en réalité, il faut bien voir qu'effectivement, personne n'est capable ni d'évaluer le montant des gâchis éventuels, ni d'évaluer non plus quels sont les vrais besoins réels de la population, c'est-à-dire que chercher à évaluer l'un ou l'autre est à mon avis extrêmement vain, tout simplement parce que les choses sont extraordinairement compliquées : dans le monde réel on observera toujours les deux, c'est-à-dire que dans certains secteurs, à certains moments, à certains endroits, on pourra observer des dépenses tout à fait inutiles, et puis à d'autres endroits on verra bien que la dépense pourrait être plus élevée dans l'intérêt de tous. Alors ce que disent les économistes sur ce sujet, c'est qu'au fond, il ne faut pas s'intéresser à cette question, d'essayer de quantifier les économies à faire ou les dépenses supplémentaires à réaliser, mais qu'il faut qu'il y ait dans le système les bonnes incitations, c'est-à-dire que ceux qui participent au système se comportent, bon an mal an, de la manière la plus favorable possible, à la fois à l'amélioration du système de soins, pour que les soins prodigués soient les meilleurs possibles, et puis aussi pour que ça coûte le moins cher possible. Alors ce n'est pas si simple. On sait que le système de santé français est quand même caractérisé par des incitations assez mauvaises, en particulier la médecine de ville est rémunérée à l'acte, on sait parfaitement que les mécanismes de rémunération à l'acte sont des incitations à la multiplication de l'activité médicale, mais sans beaucoup réfléchir à l'utilité de cette activité, donc ce n'est pas un système d'incitation très positif ; l'hôpital est financé, depuis les années 80, sur un budget global, on sait aussi que ce mode de financement est

extrêmement conservateur, qu'il rend très difficile le déplacement des budgets sur le territoire au gré de l'évolution des besoins, parce que la population bouge, que les besoins ne sont pas les mêmes partout, donc on sait que ce n'est pas non plus un bon système incitatif. Donc ce qu'on peut essayer de faire, c'est réfléchir à des choses un peu mieux fichues de ce point de vue-là. Alors à l'hôpital, c'est la fameuse tarification à la pathologie, c'est extrêmement compliqué, je ne pense pas qu'on aura le temps de rentrer dans les détails, mais on peut considérer, à condition évidemment que la mise en œuvre soit faite de façon intelligente, ce qui ne va pas de soi, que ça pourrait être améliorant. Ça consiste simplement, effectivement, à rémunérer les hôpitaux de manière forfaitaire pour le traitement des patients qu'ils reçoivent, en fonction des pathologies qu'ils doivent traiter pour ces patients. On voit bien que c'est conceptuellement assez simple. En réalité, c'est beaucoup plus compliqué, parce que des pathologies, il y en a plein, parce que chaque cas est un cas particulier, parce que, évidemment, les hôpitaux font autre chose que du soin, ils font aussi de la recherche, ils ont aussi, pour certains, une mission universitaire, certains traitent des populations aisées, d'autres des populations plus pauvres, enfin tout ça génère des coûts qui ne sont pas les mêmes, donc il faut introduire des correctifs, ça ne va pas de soi, mais on sait que ça a des propriétés incitatives qui sont quand même un peu meilleures que le budget global, quand on est rémunéré sur la base de son activité.

Frédéric Pierru : Juste un mot, car ça va me permettre de dire ce que je n'ai pas eu le temps d'exposer tout à l'heure. Le discours de Monsieur Cornilleau est très intéressant. Je le trouve très emblématique du glissement de problématique qui s'est opéré entre les années 80 et les années 90. Dans les années 80, on était sûr d'avoir le meilleur système de santé du monde et, surtout quand on parlait des abus et des fraudes, c'étaient les abus et les fraudes des assurés sociaux. Et, à compter des années 90, quand on passe d'une régulation par la demande - par une hausse des tickets modérateurs, notamment - à une régulation de l'offre médicale, on commence à remettre en cause, effectivement, la rationalité des pratiques médicales. On commence à raisonner en terme de système et d'incitation, en se disant : si les individus ou les acteurs du système de santé se comportent comme ils le font, de manière pas économe, c'est que les incitations du système de santé sont mal faites. Et ça c'est assez caractéristique du changement, du glissement de problématique entre les années 80 et 90, parce que les années 90 ont été irriguées par l'expertise en économie de la santé.

A.G. : Juste un mot. Quel est mon sentiment sur le rapport bénéfice – coût dans la santé par rapport au reste de l'activité économique ? En France, il y a des affections de longue durée (dites ALD 30) qui sont les 30 affections prises en charge à 100 %. Je suis spécialiste d'une de ces affections : le diabète. Le coût du diabète pris en charge à 100 % en France est en réalité moins important que le coût du diabète non pris en charge à 100 % aux USA. Parce que dans ces maladies, le coût essentiel est la survenue des complications, et tout ce qui favorise la prévention est un coût efficace. Autrement dit, aller faire son fond d'œil tous les ans est moins cher pour la collectivité que de devenir aveugle. Il faut savoir qu'il y a 18 millions de diabétiques aux USA, avec chaque année 5 à 10 000 nouveaux cas de cécité et 85 000 amputations. En France, le chiffre de cécité est estimé à 500 à 1 000 et le taux d'amputation à 8 500. De même, 65 % des nouveaux dialysés aux USA sont diabétiques contre 30 % en France. On peut affirmer que le système de soins français est nettement plus performant que le système de soins américain pour la prise en charge du diabète. Quarante-trois millions d'Américains n'ont pas de couverture sociale ! En réalité, l'exclusion de soins coûte très cher à la société. Autrement dit, on ne peut pas penser le soin comme une activité purement individuelle. Privatiser les soins (c'est-à-dire dire aux patients : « vous voulez vous soigner, c'est de votre responsabilité personnelle, c'est à vous de payer »), c'est socialement (et financièrement) une catastrophe.

G.C. : Aucun pays du monde ne fait ça !

A.G. : Aux USA, même si vous n'avez pas d'assurance, on vous prendra en charge lorsque vous serez amputé. Et encore, vous aurez droit à un nombre de jours d'hospitalisation limité. La durée d'hospitalisation pour les différentes pathologies dépend largement du type de contrat d'assurance que vous avez souscrit ou que l'entreprise a souscrit pour vous. Si vous êtes dans un système complètement libéral de régulation par une logique de marché, il faudra faire sauter la Sécu et la remplacer au moins en partie par les assurances. Certains libéraux pensent d'ailleurs que si la Sécu est incapable de contrôler les médecins, les assurances elles, réussiront à les contrôler, y compris les médecins hospitaliers. À chaque pathologie, correspondra un type d'activité médicale et paramédicale, et gare à celui qui dépasserait les normes fixées par la codification. C'est dans cette logique que l'on veut faire progressivement rentrer le système de soins français. En réalité, je pense que ni l'activité libérale isolée, ni le paiement à l'acte ne correspondent à l'évolution de la médecine moderne où le médecin prend en charge des malades chroniques sur le long cours, et où le plus souvent il ne peut plus travailler seul mais doit travailler avec d'autres professionnels, médicaux et para-médicaux. C'est là la part de vérité dans la proposition de Philippe Douste-Blazy du passage obligé par le médecin généraliste pour aller chez le spécialiste. Sauf que cette mesure supposerait que chaque généraliste ait préalablement défini avec des correspondants spécialistes les limites de sa prise en charge et les modalités de leur activité commune. On en est loin ! En réalité, le médecin généraliste enverra le patient automatiquement chez le spécialiste, ne serait-ce que pour des raisons médico-légales. Notre ministre aime prendre des exemples cardiologiques ; il nous explique que si le malade consulte pour douleur thoracique son médecin généraliste, celui-ci fera un électrocardiogramme et s'il est normal, il le rassurera : « c'est de l'angoisse ». Tandis que le spécialiste lui, sera amené à multiplier les examens : électrocardiogramme bien sûr, mais aussi radio de thorax, puis échocardiogramme, puis... tout cela inutilement. On pourrait répondre au ministre que le malade n'est pas forcé de toujours consulter un bon généraliste et un mauvais cardiologue ! La réalité est toute différente : face à une douleur thoracique, suspecte de pouvoir être angineuse, le médecin a 6 heures pour éviter l'infarctus et réaliser une revascularisation en urgence. Nous sommes prêts à parier que les médecins généralistes ne prendront pas le risque de passer à côté d'un infarctus. Finalement, pour chaque consultation de spécialiste, le malade devra avoir désormais deux consultations. Loin de diminuer le trou de la Sécu, cette mesure sera inflationniste.

Loin de remettre en cause le paiement à l'acte, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques, dont le paiement pourrait se faire sur un mode forfaitaire, le gouvernement vise à généraliser le paiement à l'acte en le faisant rentrer à l'hôpital sous la rubrique du paiement à l'activité dite AT2A. C'est-à-dire que les hôpitaux recevront un budget en fonction de leur activité déterminée par un codage des actes médicaux. Le codage est facile à réaliser lorsqu'il s'agit d'actes techniques tels que des actes chirurgicaux, mais comment coder la prise en charge de problèmes médico-sociaux ou psychologiques qui sont si importants dans la maladie chronique, ou encore comment coder la complexité d'un dossier, quelle part notamment donner à la formation et à la recherche dans les CHU ? Il faut bien qu'un jeune chirurgien apprenne à opérer. Il le fera dans un CHU en opérant avec un collègue plus ancien. Comment peut-on comparer cette activité avec celle d'un senior installé en clinique, sélectionnant les patients et les pathologies ... ? On voudrait mettre l'hôpital par terre, qu'on ne s'y prendrait pas autrement ! Prenons quelques exemples : on ne cesse de nous répéter qu'on consomme trop de médicaments, que 10 % des hospitalisations sont dues à la prise des médicaments. Mais on oublie de dire que sûrement 20 % des hospitalisations sont dues à la non prise des médicaments, par exemple 25 % des rejets de greffes sont dus à la non prise des médicaments immunosuppresseurs. Le problème de l'observance des traitements dans la maladie chronique est un problème essentiel. On peut estimer qu'au mieux 70 % des patients suivent leur traitement. Améliorer l'observance, n'est pas un problème technique, mais un problème d'éducation thérapeutique, de motivation et de relation. Comment coder cela ? En ce qui concerne ma spécialité, éduquer le patient à se soigner lui-même, grâce à des

hospitalisations de semaine risque de coûter très cher et de rapporter très peu en terme de points de codage. Autrement dit, chercher à éviter l'infarctus du myocarde, la dialyse, la cécité, ne rapporte pas grand-chose alors que la dilatation coronarienne, le traitement par le laser de la rétinopathie diabétique ou la séance de dialyse pourront rapporter gros ! Si l'activité de codage, c'est-à-dire la « rentabilité », devient la finalité de l'activité médicale, on en aura fini avec la notion de service public et on aura placé les médecins au cœur d'un conflit éthique entre le soin optimal qu'ils doivent aux patients et la rentabilité optimale qu'exigera l'institution. Et c'est pour gérer ce conflit éthique qu'on a besoin de « médecins gestionnaires ». Derrière cette réforme hospitalière, il y a en fait une vision technicienne administrative de la médecine qui résume l'activité médicale aux actes techniques (c'est en partie exact pour des spécialités comme la radiologie voire l'anesthésie ou la chirurgie, mais c'est complètement faux notamment pour la prise en charge des maladies chroniques). Cette réforme est en fait une réforme voulue par les directeurs d'hôpitaux dont l'idéologie a elle-même passablement évolué. Ces directeurs ne sont plus, comme par le passé, des grands commis de l'État attachés à la notion de service public. Aujourd'hui, ils se vivent comme des dirigeants d'entreprise, développent un langage entrepreneurial en parlant de « travail à flux tendu », de « gains de productivité », « d'économie d'échelle », de « restructuration »... D'ailleurs, de façon significative, on voit des directeurs passer du privé au public. La directrice de l'Assistance Publique vient de chez Danone. Gilles Johanet, l'ancien directeur de la Sécu est passé aux assurances privées. Jean de Kervasdoué, qui je crois est proche de la gauche, parle de l'hôpital entreprise et estime que les médecins doivent comprendre que les malades sont des clients. Cette idéologie entrepreneuriale est contradictoire avec l'idéologie médicale. Nous sommes choqués lorsque nous voyons aux USA des médecins faire de la publicité sur leur activité comme des commerçants vantant la marque de leurs marchandises.

Il était déjà 20 heures et les organisateurs avaient préparé quelques extraits du JT à leur façon. Ce qui suit n'est qu'un passage illustré de la vidéo préparée par Daniel Cote-Colisson.

France 2, jeudi 20 mai 2004, JT 20 heures.

David Pujadas : « Voici à propos de l'assurance maladie, un exemple saisissant, celui du TULLE GRAS, ce pansement contre les brûlures, remboursé partiellement, eh bien, c'est une information France 2, la société a été rachetée, le prix du produit qui est resté exactement le même a été multiplié par 9, autant d'argent prélevé dans les caisses de la Sécu. Jean-Daniel Flezakier, Alexandre Dequidt, reportage... » (*tournage dans une pharmacie*).



« Le TULLE GRAS Lumière est un produit vedette des armoires à pharmacie familiales. Destiné à soigner les petites brûlures, ses compresses enduites de vaseline et de baume du Pérou étaient jusque-là considérées comme un médicament, vendu 3,41 € et remboursé à 35 %. Mais le Tulle Gras Lumière n'est plus fabriqué et il est remplacé par le Tulle Gras Solvay. Même boîte, des compresses sans baume du Pérou, un peu plus vaselinées. Quant au prix, c'est passé à 30,49 €, c'est-à-dire neuf fois plus cher qu'auparavant. "[le pharmacien] La facture m'indiquait un prix de 30 €. J'ai été surpris, alors j'ai téléphoné à mon grossiste et en téléphonant à mon grossiste, j'ai eu la confirmation que c'était bien 30 €." Tout cela parce que le Tulle Gras Solvay a changé de catégorie administrative, ce qui veut dire que ce n'est plus un médicament, c'est un dispositif médical, une modification loin d'être anodine. D'abord pour l'État, il percevait 6 centimes d'euro par boîte, désormais grâce à une TVA à taux plein, ce sont quasiment 6 euros qui tombent dans son escarcelle.



L'assurance maladie va elle beaucoup moins apprécier car les dispositifs médicaux sont pris en charge à 65 % et, au lieu de 1,19 €, la Sécu devra rembourser près de 20 € par boîte, et il se vend 2 millions de boîtes par an. Les pouvoirs publics ne veulent pas s'exprimer sur ce point qu'ils qualifient en privé d'aberration, mais cet exemple du Tulle Gras montre que la réforme de la Sécurité sociale est d'une actualité brûlante ».



Karin van Effenterre : La rédaction a reçu un témoignage, dont je vous donne lecture :

« Chère Pénombre, je ne pourrai pas venir à votre soirée, parce que je suis clouée au lit par une intoxication !

« Je ne sais pas d'où ça me vient, mais je n'ai même pas pu aller travailler depuis deux jours ; remarquez, ce n'est pas trop grave parce que ma chef a accepté de prendre ça sur mes jours de RTT, sinon, je dépassais mon quota de congé de maladie...



« Parce que, et c'est pour ça que je vous écris aussi, moi, les chiffres, j'y crois ; surtout pour la santé, c'est important les chiffres !

« mais là, avec ce qui se passe sur la sécurité sociale, j'ai du mal à m'y retrouver et j'aurais besoin de vous...

« pourtant, je lis le journal presque tous les jours...

« Alors, comme je vous disais, pour les congés de maladie, je ne voudrais pas dépasser la moyenne, et cette année, j'ai déjà eu 6 jours d'arrêt. Quand j'étais jeune, je ne manquais jamais (même le lundi matin), mais maintenant, l'âge venant, c'est plus dur !

« Je fais maintenant partie des 25 % de 23 millions d'assurés ayant eu au moins un arrêt de travail en un an, mais pas des 10 % qui en ont eu trois ou plus, et je suis quand même en dessous de la moyenne de 6,3 jours d'arrêt à Paris, de 9,9 jours sur la France (*Le Parisien* : 1^{er} juin 2004).

CLÉS

- **25 % des 23 millions d'assurés** ont au moins un arrêt de travail par an. Parmi eux, 10 % ont eu trois arrêts ou plus.
- **En moyenne**, un salarié se fait prescrire 9,9 jours d'arrêt maladie par an. Ce chiffre varie de 6,3 à Paris à 15,4 dans les Bouches-du-Rhône, voire 18 en Haute-Corse, selon un rapport de l'Igas. Et certains médecins prescrivent cinq fois plus d'arrêts que leurs confrères.
- **5,4 milliards d'euros** d'indemnités journalières ont été versés en 2003, soit une hausse de 6,5 % en un an (contre + 11,2 % en 2002).
- **Entre 70 et 100 médecins-conseils** se consacrent à plein temps au contrôle des arrêts maladie. Soit un pour 230 000 à 330 000 assurés !
- **Le service médical** refuse 6 % des arrêts en cas de contrôle aléatoire, et jusqu'à 16 % en cas de contrôle ciblé.
- **Les contrôles sont systématiques** pour les arrêts de longue durée (supérieurs à trois mois) — soit 400 000 contrôles par an. En revanche, vérifier le caractère justifié ou non d'un arrêt de quelques jours est très difficile. D'où la multiplication des contrôles ciblés : patients « malades » à toutes les vacances scolaires, médecins trop « généreux », pathologies peu claires (mal de dos...).

« Attention, ce n'était pas abusif, j'ai été contrôlée par un des 1 900 médecins conseil de France, et je n'ai pas fait partie des 6 % d'arrêts refusés lors d'un contrôle aléatoire...

« Et là, j'ai une question : ces arrêts de maladie abusifs dont on parle tant dans le journal, est-ce que c'est vraiment significatif pour l'équilibre des caisses de la sécurité sociale ?

« Remarquez, j'ai bien un peu « abusé », moi, parce que quand mon mari a fait son hémorragie gastrique, il a fallu que je l'emmène à l'hôpital, et là, j'ai dit à ma chef que je me sentais mal, alors qu'en fait c'était lui ...

« Bon, on a été dans l'hôpital le plus proche, aux urgences et ils l'ont gardé pour la nuit. Ils ont été très bien, et je tiens à le dire, comme 57 % des Français d'après le sondage TNS Sofres du mois d'avril 2004. Sur les 90 000 personnes qui travaillent à l'AP-HP, j'espère que ce ne sera pas ceux qui l'ont soigné qui feront partie de la charrette de 920 postes supprimés en 2004.

« Et coup de chance, c'est un hôpital qui ne coûte pas trop cher, c'est le 18^{ème} du palmarès avec un coût de 2,441€ par point d'activité. (Le Parisien mardi 13 avril 2004)

« Et là, il y a encore une question que je veux poser à Pénombre :

Est-ce que cela a un sens pour vous de comparer le nombre d'actes médicaux par personne à plein temps, sans parler ni de la qualité de ces actes médicaux, ni de la vie professionnelle des salariés, sans dire, d'abord, comment c'est raisonnable de travailler ?

« Bon, j'en étais à mon mari et à son ulcère, parce qu'il avait bien déclenché un ulcère, ce coup-là !

« Et quand on lui a dit que ce n'était pas pris en charge à 100 % avec son cancer de la prostate parce que ça n'avait pas de rapport, moi, ça m'a rappelé mon canal carpien, qu'on a dit accident de sport pour que ce ne soit pas une maladie professionnelle, et j'ai un peu rigolé, parce que c'est bien en se faisant du souci et en mangeant des médicaments à longueur de temps qu'il s'est esquiné l'estomac, mais bon, c'est vrai aussi qu'il n'y aurait pas de cesse, il faudrait tout prendre à 100 % !

« C'est comme pour les médicaments, et je m'arrêterai là, parce que des histoires de santé, je pourrais vous en raconter pendant des heures, mais quand même les médicaments c'est terrible quand on veut pas trop dépenser : moi, je ne sais pas comment vous faites, mais plus ça va, plus j'en dépense ! et pourtant, comme 81 % de Français, je suis prête à faire un effort pour en consommer moins, et comme... 4 % des Français, je trouve que j'en consomme beaucoup (sondage TNS Sofres avril 2004).

« Est-ce que c'est parce qu'ils sont de plus en plus chers ? est-ce que c'est parce qu'on vieillit ? est-ce que il y a des chiffres là-dessus ?

Le Parisien 13 avril 2004

Des hôpitaux 50 % plus chers que d'autres

Comment comprendre ce classement		
(*) Le nombre d'euros par point ISA (indicateur synthétique d'activité) permet de mesurer les différences de coûts, pour le même soin, d'un établissement à l'autre. Exemple : si l'on estime qu'un accouchement par voie basse sans complication « vaut » 1 000 points ISA en France, cet acte-là a coûté 2 339 € en 2002 à Ambroise-Paré, contre 3 115 € à Armand-Trousseau, soit un écart de 776 €. Précision : si, pour l'assurance maladie, les coûts diffèrent, le patient, lui, est remboursé selon un tarif unique à l'AP-HP.		
1	Armand-Trousseau, Paris XII ^e	3,115 (*)
2	Paul-Brousse, Villejuif (94)	3,031
3	HEGP (1), Broussais, Paris XIV ^e - XV ^e	3
4	Robert-Debré, Paris XIX ^e	2,910
5	Rothschild, Paris XII ^e	2,862
6	Necker, Paris XV ^e	2,836
7	Louis-Mourier, Colombes (92)	2,736
8	Henri-Mondor, Créteil (94)	2,686
	Moyenne des hôpitaux de court séjour	2,603
9	Bichat, Paris XVIII ^e	2,585
10	Beaujon, Clichy (92)	2,574
11	Lariboisière, Paris X ^e	2,569
12	Saint-Louis, Paris X ^e	2,510
13	Jean-Verdier, Bondy (93)	2,507
14	Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre (94)	2,506
15	Antoine-Bécère, Clamart (92)	2,498
16	Avicenne, Bobigny (93)	2,493
17	Saint-Antoine, Paris XII ^e	2,479
18	Cochin, St-Vincent-de-Paul, Paris XIV ^e	2,441
19	Tenon, Paris XX ^e	2,403
20	La Pitié-Salpêtrière, Paris XIII ^e	2,393
21	Hôtel-Dieu, Paris IV ^e	2,383
22	Ambroise-Paré, Boulogne (92)	2,339

(1) Ouvert en 2000, l'hôpital européen Georges-Pompidou dépensait encore beaucoup d'argent en 2002, notamment pour amortir ses équipements médicaux, alors que les services de soins ne fonctionnaient pas encore à plein régime. Le ratio de l'HEGP devrait donc s'améliorer en 2003.

« Moi, j'ai déjà commencé par supprimer tous ceux que le médecin met à la fin de son ordonnance, parce qu'on m'a dit que c'était les premiers les plus importants, et que 1 médicament sur 5 a peu d'effet thérapeutique ; ensuite, je me bats pour que mon mari n'oublie pas de prendre du..., je n'arrive jamais à me rappeler les noms des génériques, ...du Omeprazol à la place du Mopral. Quant au Maalox, il est plus du tout remboursé, alors, il en prend moins, et il a mal, parce qu'il n'est pas d'accord pour prendre du ...Xolaam,

c'est quand même du vol manifeste à la Sécu le Xolaam, non ? (Le Parisien vendredi 16 avril

VOTRE ECONOMIE

Le Parisien 16 avril 2004

Génériques

Mopral : la Sécu espère gagner 50 millions d'euros

VOUS SOUHAITEZ faire faire des économies à l'assurance maladie ? Alors, retenez bien ce nom... un tantinet barbare : Omeprazol. A partir d'aujourd'hui, toutes les pharmacies de France proposeront en effet aux patients souffrant d'ulcères et autres aigreurs d'estomac le générique du célèbre Mopral. Ou plutôt, une douzaine de génériques différents, tant le marché est alléchant.

Numéro un des ventes des médicaments remboursés par l'assurance maladie, le Mopral a en effet permis au laboratoire AstraZeneca d'engranger quelque 450 millions d'euros de chiffre d'affaires en 2003 ! Avec plus de 11 millions de boîtes vendues, cet antitacéurique représente d'ailleurs, à lui seul, 2,5 % des remboursements de la Sécu.

Car d'autres brevets d'envergure arriveront d'ici peu à expiration. Tour à tour, le somnifère Stilnox, l'antihypertenseur Zestril, l'antihistaminique Zyrtec et, dans un an surtout, l'anticholestérol Zocor seront soumis à la rude concurrence des génériques. Leurs chiffres d'affaires dégringoleront alors, comme l'a montré le « cas » Prozac, dont le brevet est tombé fin 2001 : en l'espace de deux ans, Lilly a vu ses ventes chuter de 60 %.

Du coup, les laboratoires produisant des médicaments « de marque » rivalisent d'ingéniosité pour échapper à la menace (lire ci-dessous). AstraZeneca lui-même a ainsi mis en

place une stratégie d'évitement, en lançant il y a deux ans un autre antitacéurique, l'Inexium. Protégé par un brevet pour cause de mise sur le marché récente, le nouveau produit phare du laboratoire anglo-suédois tient ses promesses commerciales : en 2003, son chiffre d'affaires a atteint la somme de 120 millions d'euros.

Quant à l'avancée thérapeutique attendue... Pour la Food and Drug Administration (FDA), équivalent américain de l'Agence française des produits de santé (Afsaps), ce produit est « 3 % plus efficace » que le Mopral.



ODILE Plichon

Le brevet du Mopral, vieux de dix-sept ans, tombe aujourd'hui dans le domaine public. (AFP/JACK GUEZ)

Les astuces des labos pour contrer les génériques

2004)

« Et puis, je vais acheter le « Vidal de la famille », parce que pour 24 €, je pourrai peut-être moins dépenser en consultations et en médicaments, et vivre mieux, comme dit le journal ! (Le Parisien mercredi 28 avril 2004)

« Voilà ma dernière question :

« Je suis :

- une femme française,

- de 59 ans,

- agent titulaire de la fonction publique ayant commencé à travailler à 14 ans et demi,

- en attente des décrets d'application de la réforme des retraites concernant les carrières longues (Le Parisien lundi 7 juin 2004), trop âgée pour pouvoir ouvrir un PERP dans des conditions intéressantes (Le Parisien jeudi 22 avril 2004),

- mariée à un retraité encore en ALD, et dont la retraite dépasse le minimum vieillesse,

- j'ai un fils de 22 ans qui a échoué en première année de médecine en 2002, comme 83 % de sa promo (Le Parisien mardi 20 avril 2004) mais n'a pas encore droit au chômage parce que son stage chez Aventis n'a pas débouché sur un emploi (Le Parisien samedi 24 avril 2004),

- comme 2,5 ou 3 millions de Français, je n'ai ni mutuelle, ni assurance privée,

- je gagne plus que le seuil donnant droit à la CMU, et parmi mes proches, il y a des oubliés de la santé qui craignent pour leur CMU ou qui vont perdre l'AME.

« Alors, Pénombre, est-ce que j'existe en dehors de ces chiffres ? Et quel est mon rôle dans le débat public ?

« D'autre part, comme je veux en finir avec ce sentiment de gratuité qui m'envahit quand je pense au système de santé en France, pourriez-vous me chiffrer la somme d'économies à atteindre dans mon cas à l'horizon 2007 ?

« Bien à vous

Albane Grisou

Ici se poursuivaient les extraits d'émissions de télé proposés par Pénombre, sur les arrêts maladie, les fraudes à la carte Vitale, les médecins de campagne non remplacés...

Françoise Dixmier : Difficile de s'y retrouver, dans tout ça...

Je comprends que ça la mine, Madame Grisou, tous ces coûts, qu'elle ait besoin qu'on l'aide à faire ses calculs. Il va falloir qu'on s'y mette tous ensemble, et ça ne va pas être facile, parce que nos observateurs, à Pénombre, qui s'informent aussi ailleurs que dans *Le Parisien*, nous ont transmis beaucoup de questions que je vais vous soumettre.

Alors Madame Grisou veut se débarrasser de son sentiment de gratuité. Comme je la comprends : *Le Figaro Magazine* nous le dit bien : *l'assuré bénéficie d'un acquis social chèrement payé par l'ensemble de la communauté, et l'État espère voir basculer son comportement, habitué qu'il était au confortable « cela ne me coûte rien ».*

Au fait, cela ne me coûte vraiment rien ? *L'Express* nous dit : *aujourd'hui la santé est quasi-gratuite : elle représente de 2 à 4 % des revenus.* Mais pour *Le Point* : *la part que les ménages consacrent à leur santé est de 13 %.* Bizarre. Enfin, ce qu'elle aimerait sans doute plutôt savoir, Madame Grisou, c'est ce qu'on peut économiser en se débarrassant de son maudit sentiment de gratuité, d'autant qu'elle a peut-être remarqué que c'est aux États-Unis, où on n'a peut-être pas beaucoup de sentiment de gratuité, que la part du PIB réservée à la santé est la plus grosse, 14 %, ou à peu près : y a-t-il des études chiffrées à l'appui de la thèse : « la responsabilisation financière, ça marche » ?

En tous cas, il paraît que tout le monde n'a pas tant que ça un sentiment de gratuité, parce que Madame Royal nous dit sur *France 2* qu'il y a 1 Français sur 5 qui se restreint en terme de santé. Et Monsieur Douste-Blazy lui répond qu'il est entièrement d'accord avec elle, et que ça fait 2 millions 1/2 de Français qui se restreignent en terme de santé. Alors, est-ce 1 sur 5, ou 2 millions 1/2... Et quelle définition donne-t-on à ce concept, est-ce qu'il y a des enquêtes précises, ou est-ce qu'on dit ça juste pour montrer qu'on a ses pauvres à soi ?

Et tous ces médicaments, c'est encore trop, Madame Grisou. Molière nous disait déjà que *presque tous les hommes meurent de leurs remèdes et non pas de leurs maladies.* Regardez ce que nous dit Philippe Pignarre, dans *Libé* : *si notre dépense en médicaments s'alignait sur celle des Pays-Bas, nous économiserions près de 14 milliards d'euros par an.* Vous vous rendez compte, madame Grisou ? On fait comme les Hollandais, un peu de hasch à la place du Mopral, et on sauve la Sécu ! Ce qu'on se demande quand même, c'est si c'est vraiment 14 milliards.

À part ça, acheter le Vidal au lieu d'aller chez le médecin, c'est peut-être ce qu'il faut conseiller aux habitants de la région Centre, puisqu'il paraît que 70 % des communes n'y ont plus de médecin. Et là, on se demande si des médecins, il en faut plus, ou moins. Monsieur Douste-Blazy veut remonter le numerus clausus de 5 700 à 7 000 par an, mais François Aubrat, président de la coordination médicale hospitalière, nous dit dans le *JDD* : *non, il n'y a pas pénurie de médecins, nous avons d'ailleurs dépassé, pour la première fois, le cap de 200 000 médecins en France, et nous sommes plutôt bien placés par rapport à nos voisins européens,* et puis Gaby Bonnand, de la CFDT, nous dit dans *Le Point* : *personne ne sait s'il y a trop ou pas assez de médecins, puisqu'ils sont mal répartis. La seule conséquence qui soit sûre, c'est que dans cinq ans, il y aura 1 300*

médecins de plus et que cela fera 1 300 prescripteurs de plus. Est-ce qu'on peut savoir si 7 000 c'est mieux que 5 700?

Bon, admettons qu'on trouve le nombre idéal de médecins. Après ça, il ne faut pas profiter de notre sentiment de gratuité pour aller les voir à tort et à travers. Donc on va faire un dossier médical partagé. Ce sera plus rationnel : on ne refera pas dix fois le même examen, le diagnostic sera meilleur, très bien. Ça fera des économies, c'est sûr. Mais combien ? Parce qu'on se demande, en lisant *Libé* : *alors que le ministre affirmait au début de ce mois que la mise en place du dossier médical partagé permettrait de faire 6,5 à 7 milliards d'euros d'économie d'ici à 2007, hier, le chiffre a baissé. L'assurance maladie économisera 3,5 milliards d'euros, a assuré le ministre.*

Alors, 3,5 ou 7 ? Est-ce qu'on arrive vraiment à chiffrer ça ? Comment est-ce qu'on fait ?

Mais c'est sûr qu'il faut faire attention, parce qu'il paraît que de toutes façons, comme on vit plus vieux, et que la médecine fait des progrès, on est condamné à dépenser plus : monsieur Mattéi disait dans *Libé* en 2003 : *ma conviction est que les dépenses de santé vont croître inexorablement pour des raisons que l'on connaît : vieillissement de la population, progrès médical.* Et Bernard Bruhnes, dans *La Croix* : *avec le vieillissement qui se traduit par le développement de pathologies chroniques très coûteuses et avec les progrès des technologies et des thérapies, les dépenses s'envolent.* Mais Jean de Kervasdoué, dans *20 minutes*, lui, dit : *contrairement à ce qu'ont dit de nombreux ministres, l'impact du vieillissement et de l'amélioration des techniques est faible.*

Alors est-ce qu'on peut le chiffrer, cet impact ? Parce que là, justement, on n'a jamais eu un seul chiffre.

Et puis, après le sentiment de gratuité et le couple vieillissement-progrès, on a un bon coupable possible aussi : la fraude !

Alors votre carte vitale, madame Grisou, vous êtes sûre que c'est bien la vôtre ? Vous n'utilisez pas une des 10 millions en surnombre, j'espère ? Remarquez, l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) nous dit qu'*il n'y a que 250 000 cartes qui ont été utilisées au moins une fois après avoir été enregistrées sur une liste d'opposition.* On respire. Mais quand même, est-ce qu'on a un moyen d'avoir un ordre de grandeur de la valeur de la fraude, après tout ce ramdam ?

Et puis un autre coupable possible, c'est l'arrêt-maladie. Il y a d'abord l'arrêt fraudeur, lui, ce serait 6 %, tout le monde a l'air d'accord. Mais il y a aussi l'arrêt qui gonfle, qui s'allonge, qui se multiplie. Et celui-là, on aimerait en avoir le cœur net : il paraît que la hausse est étonnamment forte ces dernières années : *Le Monde* titre : *les dépenses d'indemnités journalières ont augmenté de 46 % entre 1997 et 2002*, mais pour *La Croix* : *entre 1997 et 2002, les dépenses d'indemnités journalières ont presque doublé.* Alors, 46 ou 100 % ? On aimerait savoir, et peut-être aussi connaître les raisons de cette augmentation ?

René Padieu : Je prends au vol la balle des indemnités journalières. J'avais été un peu intrigué par ce titre du *Monde*. Et j'ai essayé de comprendre ce qu'il y avait derrière, parce que 46 %... je me suis dit : les IJ, c'est du salaire de remplacement, donc ça doit augmenter au rythme des salaires, ce qui veut dire que dans les 46 %, il y a une partie qui est le coût unitaire, qui devrait varier comme les salaires, et puis le nombre de journées indemnisées. Alors, je n'avais pas l'indice des salaires sous la main, mais le 46 %, comme ça, à vue de nez, ça doit le ramener à 30 %, à peu près, de hausse du volume. Alors je me suis dit : bon, 30 %, c'est en effet beaucoup sur 5 ans, comment est-ce que ça peut s'expliquer ? Et puis j'ai pris ça à l'envers, parce qu'un petit peu plus loin dans l'article – moi, je ne connais rien à tout ça, donc je raisonne à partir du journal que j'ai sous les yeux, et puis si le journal est mal foutu, eh bien tant pis, je me prends les pieds avec lui – alors un peu plus loin, il disait : sur une année, de 2002 à 2003, le coût a augmenté de 5,6 %. Et le nombre

d'indemnités est passé de 200 millions à 213 millions, ce qui fait 6,5 %. Alors 6,5 % en nombre d'indemnités contre 5,6 en dépense totale, c'est-à-dire moins, ça veut donc dire que le coût unitaire de la journée indemnisée a diminué. Or moi, je croyais que ça augmentait comme les salaires. À moins que les salaires aient diminué cette année-là. Mais on le saurait. Donc il y a une incohérence. Alors je ne suis pas allé plus loin. J'ai posé mon crayon. Et je me suis dit : voyons... chaque jour on nous sort un nouveau truc, ça fait une manchette ; un journaliste, un ministre dit : voilà, ça y est, on a trouvé pourquoi... Alors c'est parce que... il y a trop de médecins, c'est parce qu'il y a du nomadisme médical, c'est parce que les médicaments sont trop chers, c'est parce qu'il y a des cartes vitales en trop, c'est parce qu'il y a de la fraude aux indemnités journalières... Bon, chaque jour on nous sort un truc, et puis huit jours après, on vous dégonfle ça, parce qu'il y a un autre spécialiste qui dit que, au fond, en mettant les choses au mieux, ça explique 1 % du phénomène... et donc il faut chercher autre chose. À chaque fois, on vous sort des chiffres péremptaires. Quand vous ne cherchez pas trop à comprendre, vous n'êtes pas sûr de ce que vous avez compris, et quand vous cherchez à comprendre, vous vous apercevez qu'on n'y comprend plus rien. Alors je me dis que tout ça, c'est plutôt des manœuvres de diversion, et je ne trouve pas ça très agréable.

Chantal Cases : Il y avait beaucoup de questions. J'ai fait un peu le tour de mes lectures, je vais essayer de voir si j'arrive à répondre à certaines. Et puis je pense qu'il y a plein d'autres gens dans la salle qui ont des éléments aussi. Sur la responsabilisation financière, ça c'est une question qu'on s'est posée depuis pas mal de temps. Je suis allée rechercher un peu dans mes archives. Alors j'ai trouvé une étude, je crois qu'il n'y en a qu'une vraie. Elle a été faite aux États-Unis dans les années soixante-dix. Vous jugerez que c'est peut-être un peu ancien, mais je crois que ça vaut quand même le coup de le dire. Je crois qu'il n'y a que les Américains qui osent faire ça, c'est une vraie expérience. C'est-à-dire qu'on a pris un échantillon de gens, et on a tiré au hasard des remboursements de santé, et pendant cinq ans on a remboursé leurs soins de santé selon ce qui avait été tiré au hasard. Donc il y a des gens qui ont été remboursés à plein tube, enfin à 100 %, et puis d'autres qui ont dû payer 25 %, plafonnés, 50, 95, et d'autres qui ont eu la gratuité pour l'hôpital, mais un plafond pour la ville, etc. Enfin donc il y avait plusieurs choses qui ont été essayées. Les résultats, au bout de cinq ans, si j'ai bien compris, étaient les suivants : quand on parle de la dépense hospitalière, quel que soit le type de remboursement, ça ne change rien. Pour les mêmes problèmes de santé, enfin, disons, toutes choses égales par ailleurs comme on dit en stats, le plan de financement, ça ne change rien : quand on est malade au point d'aller à l'hôpital, on va à l'hôpital et on paie, ou on ne paie pas, mais on y va. Deuxième résultat : évidemment, quand on passe du remboursement intégral des frais à une participation de 25 %, eh bien la dépense de santé diminue, en tous cas en ville, ça diminue assez nettement, et surtout pour les gens les moins riches. On comprend bien, d'ailleurs. C'est le deuxième résultat. Donc, effectivement, quand on responsabilise, on dépense moins. Seulement, le troisième résultat, il est un peu plus embêtant. C'est qu'au bout de cinq ans, on a regardé l'état de santé des gens, et puis on s'est rendu compte que ceux qui étaient en meilleure santé au bout du compte – je pense qu'on a dû contrôler tous les trucs qu'il fallait, c'était une expérience extrêmement sérieuse – eh bien ceux qui au bout du compte, étaient en meilleure santé, c'étaient ceux qui avaient le remboursement intégral de leurs soins, et cette amélioration s'observait surtout pour les moins riches. Bon, voilà, je vous laisse conclure. Encore une fois, c'est un peu ancien, mais je n'ai trouvé que ça de vraiment expérimental.

Et puis sur le vote Douste-Blazy - Ségolène Royal, là, je vais m'abstenir, je crois... Il y a bien un indicateur sur les gens qui se restreignent en matière de santé. C'est un indicateur qui est extrait d'enquêtes auprès des assurés sociaux, faites par le CREDES. Elles sont faites tous les deux ans. On demande aux gens s'il leur est arrivé dans l'année écoulée de se restreindre, de « renoncer à des soins pour des raisons financières », c'est exactement comme ça que la question est posée. Dans la

dernière enquête, en 2002, il y avait 11 % de la population enquêtée – des assurés sociaux en ménage ordinaire, si vous voulez tout savoir, après vous calculez combien de millions ça fait, je crois que ce n'est ni 20 % ni 2 millions 1/2 - donc 11 % qui disaient avoir renoncé à des soins dans l'année écoulée. En 2000, il y en avait à peu près 16 %. Entre temps, la CMU était un peu passée par là... Ce qui est assez compliqué, c'est qu'on peut compter ces renoncements en nombre de gens concernés, ou bien on peut compter en nombre de ménages. Si on compte en pourcentage des ménages, le chiffre est plus important, parce que, au sein d'un ménage, il y a des dépenses qu'on supprime plus facilement que d'autres. On se rend compte que, par exemple, c'est plutôt les adultes qui se restreignent, et ils ne restreignent pas tellement les dépenses pour leurs enfants. Juste un dernier chiffre que j'avais trouvé intéressant : dans l'enquête 2000, 38 % des personnes qui n'avaient aucune assurance complémentaire avaient renoncé à des soins. C'est beaucoup quand même.

Après, il y a l'histoire des 14 milliards de médicaments qui résultent de la substitution cannabis-Mopral... Je n'ai pas bien compris d'où venait ce chiffre, et, en plus, si on regarde les dépenses totales de médicaments en France, ce n'est quand même pas beaucoup, beaucoup plus, c'est quoi... deux fois plus. Enfin, bon... Donc ça me paraît quand même beaucoup. En tous cas, je voulais juste saisir l'occasion pour dire que les comparaisons internationales de dépenses de santé, et, en particulier sur les médicaments, mais pas seulement, c'est très compliqué. Parce que – Jan Robert a posé la question tout à l'heure, on y reviendra peut-être – du fait des différentes politiques de régulation entre pays, les prix des médicaments sont très différents entre pays – les labos, en gros, ils s'arrangent pour, au total, s'en sortir, je pense, c'est leur boulot. Donc les comparaisons en montants de dépenses, ce n'est pas très facile, ça ne permet pas complètement de se faire une idée. Il faudrait faire des comparaisons en volumes consommés. Seulement, les volumes, c'est compliqué, parce qu'on ne peut pas additionner les boîtes : les conditionnements, les dosages varient, ne sont pas les mêmes entre les pays etc., donc on n'arrive pas à faire comme ça. Alors, comment font les statisticiens ? Eh bien, toujours pareil, ils calculent des volumes en déflatant le total des dépenses par un indice de prix. Et là, pour les indices de prix aussi, on a quelques petits problèmes, parce que, par exemple en France, quand on fixe un prix pour un médicament, il n'évolue pas tellement. Ce sont d'autres présentations, d'autres médicaments qui arrivent sur le marché, et qui sont en général plus chers, on l'a dit. Quelquefois, il y en a qui sont vraiment nouveaux, et puis quelquefois il y en a qui ne sont pas très nouveaux, qui se substituent, en réalité, aux précédents. Mais c'est très compliqué de savoir pour chaque nouveau médicament si on peut dire qu'il est substituable ou pas. Alors, dans l'indice des prix du médicament, qu'est-ce qu'on fait ? Eh bien, on compte chaque nouveau médicament comme un produit nouveau, donc il n'y a pas d'augmentation de prix entre l'ancien médicament et le nouveau, même s'il ne s'agit que d'un changement de présentation. Et voilà comment l'indice des prix du médicament n'évolue pas beaucoup : parce qu'il est très difficile d'évaluer le changement de qualité qui résulte de l'apparition d'un nouveau médicament. Je pense que le professeur Grimaldi aura sûrement des choses à nous dire là-dessus. Mais ça, c'était la vision du statisticien, et en tous cas, c'est quand même un petit peu embêtant.

Sur la pénurie de médecins, je suis sûre que le professeur Grimaldi aura aussi des choses à dire, mais quand même, il y avait un truc que j'avais envie de dire, c'est-à-dire qu'on entend sans arrêt parler de pénurie de médecins, et pourtant, il n'y a jamais eu autant de médecins en France. Si on regarde le nombre de médecins par habitant, on a atteint maintenant un maximum. La densité, le nombre de médecins par habitant, a augmenté de 35 %, entre 1980 et 2002. Il y a des spécialistes dans la salle qui me diront si je me trompe. Et puis, si on compare aux autres pays européens, on est à peu près au milieu, en terme de densité. Seulement on comprend bien pourquoi on parle de pénurie, parce qu'il y a d'autres choses à dire : c'est qu'en France, il y a un très gros déséquilibre géographique, la densité médicale entre les régions peut varier du simple au double, alors voyez,

par rapport à une augmentation de 35 % sur vingt et quelques années, ça fait une sacrée différence. Et puis il y a une autre raison qui fait qu'on parle de pénurie de médecins, c'est qu'on crie peut-être au loup avant que ça n'arrive, mais le nombre de médecins va diminuer, la densité médicale va diminuer, parce qu'on a, on l'a beaucoup dit, baissé par le passé les *numerus clausus*. Donc, quand on fait des projections, on se rend compte que le nombre de médecins va diminuer ; selon les hypothèses qu'on prend sur le *numerus clausus*, selon qu'on dit qu'il est à 7 000 ou à 5 700, on va avoir des baisses plus ou moins fortes, et puis il y a plein d'autres facteurs qui entrent en ligne de compte. Mais en tous cas, dans les projections actuellement, la baisse qu'on pense devoir constater pendant les vingt prochaines années, elle sera moins forte que l'augmentation des vingt années précédentes, donc on va retomber à un niveau qui n'est, quand même, pas celui du moyen âge, d'une part ; en tous cas, cette baisse est beaucoup moins importante, là encore, que les écarts entre régions. Donc je pense qu'on a des visions qui sont différentes selon les lieux du territoire, et il y a vraiment beaucoup d'endroits où l'on peut se dire qu'on a beaucoup moins de médecins qu'ailleurs. En tous cas sur le nombre de médecins qu'il faudrait, je crois que même un planificateur effréné n'aurait pas la réponse à la question. Ça a été essayé, il y a eu des tentatives, on n'a pas vraiment abouti. En gros, quand même, il y a une grosse question sur le besoin en médecins, c'est : que font ces médecins ? Pendant combien de temps ? Pour soigner quels types de maladies ? Il y a des tas de différences dans les organisations entre pays, d'actes qui sont faits par des médecins, par des non médecins, qui font qu'on ne peut pas dire dans l'absolu : il en faut tant ou tant. En tous cas, encore une fois, pour l'instant, on est à peu près dans la moyenne en Europe.

Sur le dossier médical partagé, on s'est beaucoup interrogés entre statisticiens, sur les évaluations des économies... là je m'abstiens encore, je suis désolée. Ça ne m'arrive pas si souvent, mais là, vraiment, je ne sais pas. Tout ce qu'on sait, c'est que mettre en place un dossier médical partagé, ça va coûter de l'argent, évidemment. On ne sait pas combien, parce que ce n'est pas encore clair de savoir comment il va être fait, et alors, au bout du compte, combien on va économiser, heu... je ne sais pas s'il y a un médecin dans la salle qui a une idée ? Ou peut-être un représentant de l'assurance maladie ?

Et puis, dernier truc, je me lance quand même, mais alors vraiment, j'ai peur que ce ne soit très compliqué, c'est l'histoire de l'impact du vieillissement. D'abord, il y a eu un chiffre qui a été donné aujourd'hui, qui est un chiffre qu'on ne voit pas beaucoup dans les journaux, mais qu'on retrouve dans plein d'études, qui prévoit que le vieillissement va provoquer à peu près 0,7 % de volume de dépenses en plus par an. Ce n'est pas une explosion. Et pourquoi ce n'est pas une explosion, malgré tout ce qu'on a dit, malgré la chronicisation des maladies et tout ça ? C'est que les personnes âgées, ce n'est pas parce qu'elles sont âgées qu'elles dépensent de l'argent pour leur santé, c'est parce qu'elles sont plus malades. Ça a l'air bête de dire ça, mais raisonnons en statisticiens : si on vieillit en n'étant pas beaucoup plus malade qu'avant, on ne va pas dépenser beaucoup plus. Bon, allez... ce n'était pas tout à fait une expression de statisticien, mais en tous cas, ce qu'on constate, pour redevenir sérieux, c'est que, en France, on voit s'allonger l'espérance de vie, mais en même temps, si on a d'autres indicateurs qui mesurent, par exemple, les histoires de dépendance, l'espérance de vie sans incapacité, par exemple, elle s'allonge aussi. Donc, bien sûr, les personnes âgées deviennent dépendantes, mais elles deviennent dépendantes beaucoup plus tard. Vous me direz qu'elles deviennent peut-être dépendantes parce qu'elles soignent leurs maladies chroniques, c'est vrai aussi, certainement. Donc tout ça n'est pas si simple, et c'est peut-être aussi pour ça que l'effet n'est pas massif. En tous cas, il y a quelque chose qu'on observe, qui est un peu perturbant, c'est que le type de consommation se transforme, pas seulement à cause des maladies, à cause aussi des comportements des gens, des pratiques, du progrès médical, etc. Si on prend les personnes âgées, justement, on a fait une étude, qui montre que les nouvelles opérations, qu'on appelle de chirurgie fonctionnelle, explosent : le canal carpien de Madame Grisou, c'est 287 % en 5 ans, enfin, un truc comme ça, c'est énorme. Bon, tout simplement, ces opérations-là

sont devenues plus faciles, probablement les problèmes de canal carpien augmentent aussi, mais on peut offrir plus facilement ce genre de traitement. Alors forcément, les vieux de demain, si je peux me permettre, les personnes âgées de demain, ça sera plus politiquement correct – c'est moi, les vieux de demain, donc ...– eh bien, consommeront peut-être un petit peu plus que les vieux d'hier. Tout ça est bien compliqué, il y a des effets qui vont dans les deux sens.

Bernard Odier : Je suis psychiatre. Je reste sceptique quant aux facteurs « explicatifs » de l'augmentation des dépenses de santé, tels qu'ils sont serinés, disons, depuis des années, et tels qu'ils ont été repris, sans véritable réexamen, ce soir. Il me semble qu'une dimension insuffisamment explorée est celle qui est liée à la délimitation du champ de la santé, au périmètre de ce qui est considéré comme le périmètre des dépenses de santé. Ce que j'observe comme psychiatre, c'est que la santé est à une sorte d'intersection entre la sphère marchande et la sphère non marchande, la sphère de l'économie domestique. Par exemple, ce que je vois augmenter aujourd'hui tendanciellement très fortement, et depuis un moment déjà, c'est la façon dont le recours aux soins, et à certaines formes de soins, retraduit l'évolution de la structure de la société. Ça a été évoqué très rapidement par Monsieur Grimaldi quand il a parlé de dislocation des rituels sociaux. J'observe à Paris par exemple, que 39 % des foyers sont

composés d'une personne qui vit seule. Il est évident que, à ennuis de santé égaux, la question de l'hospitalisation va être posée beaucoup plus souvent. Il y a un facteur de prise en charge collective qui dépend directement de l'état des relations sociales, de la rupture du tissu social, et pour moi tendanciellement, le facteur principal d'augmentation des dépenses de santé, c'est le délitement des liens sociaux. Parce que, pour le prix des médicaments, j'observe en psychiatrie que leur efficacité augmente et que ça fait diminuer l'hospitalisation, donc je ne crois pas que ce soit le prix des médicaments qui augmente les dépenses en psychiatrie. Je suis donc un petit peu surpris qu'on s'en tienne au fond au type de problématique classique qui est proposé en économie de la santé, et qui à mon avis est déjouée par la réalité (*cf. encadré*).

Alain Chapiro : Je suis médecin-conseil à la sécurité sociale, et je puis donc être soumis à toutes les critiques. Bon, quelques remarques jetées comme ça. D'abord sur la soi-disant pénurie médicale. Je pense que la pénurie, en tout cas en ville, c'est d'abord une pénurie de permanence des soins, les médecins ayant décidé au cours des vingt dernières années de mener une vie un peu plus compatible avec une vie de famille au niveau des loisirs. N'oublions pas non plus la féminisation du corps médical qui fait que la permanence de nuit et de week-end n'est plus assurée. En ce qui concerne le personnel hospitalier, pénurie là également, mais surtout pénurie de diplômés français il ne faut

Le crime parfait de la déshospitalisation sauvage

En Italie, patrie de l'idéal de déshospitalisation, à côté d'expériences locales développées à la faveur de synergies entre pouvoirs politiques locaux et professionnels, la situation d'ensemble est médiocre, donnant lieu à scandales. Nous opposerons les bienfaits de la « désinstitutionnalisation bien tempérée » telle qu'elle a pu être conduite prudemment en France jusqu'au début des années 90, et les méfaits de l'externement. Les effets du rationnement de l'hospitalisation psychiatrique (de 150 000 lits à 50 000 lits en vingt ans) et de l'offre de soins psychiatriques (y compris dans le secteur libéral) sont capillaires, silencieux, font peu de vagues. La politique d'abandon actuel se traduit par une « casse » presque invisible, les dégâts s'accumulant dans ce qu'Emmanuel Todd appelle les « angles morts » de la société (le chômage de longue durée, la solitude, la rue, la prison, voire le cimetière). Hervé Bokobza parle d'« eugénisme soft ». Et le crime violent et immotivé, quand il survient, n'est pas mis spontanément en rapport avec une carence de l'offre de soins psychiatriques, sauf lorsque la victime a une certaine surface politique. Ressurgit alors la figure oubliée du régicide dans sa protestation extrême et désespérée. Et le gouvernement de reprendre de la main droite (la régaliennne, l'autoritaire, la sécuritaire) une partie de ce qu'il a lâché de la main gauche (la sociale, l'économique), comme aurait dit Pierre Bourdieu. Des « crédits fléchés » financeront les soins en prison, aux « malades dangereux » et autres « délinquants sexuels », voire aux victimes, tandis que la pénurie se généralise. Rien de commun entre le coût de la psychiatrie, au sens des dépenses de santé, et ce que coûteront, à tous les sens du terme, les carences grandissantes de la psychiatrie si la tendance actuelle se confirme. Aux États-Unis où la

pas l'oublier. Les hôpitaux travaillent essentiellement avec des médecins d'origine étrangère. Il y a dans les hôpitaux des contraintes fortes à cause d'une part de la RTT, qui fait que les médecins ne peuvent plus travailler autant qu'auparavant, mais également d'une circulaire de Bruxelles qui oblige certains médecins comme les obstétriciens, les anesthésistes réanimateurs qui prennent une garde de nuit à prendre un repos compensateur de 48 heures. C'est énorme, on n'a pas pu combler ce déficit. Enfin je vais terminer sur les indemnités journalières. Les services médicaux de l'assurance-maladie, les contrôleurs médicaux, sont tout à fait incapables de faire des contrôles sur les indemnités journalières, ils ne sont pas suffisamment nombreux, ça leur arrive trop tard. De plus lorsque des arrêts de travail non justifiés amènent à la cessation d'indemnités journalières, la gratuité du contentieux fait que chacun d'entre vous peut contester devant le tribunal de la sécurité sociale cette cessation d'indemnités journalières, les gens ne s'en privent pas, on ne peut rien y faire, ça dure de 8 à 12 mois, ça coûte des milliers d'euros à la sécurité sociale et finalement on ne gagne pas grand-chose...

Chantal Cases : Je voudrais parler du temps de travail des médecins. Parce que effectivement, on dit que les médecins veulent travailler de moins en moins. C'est sûrement vrai, seulement, ce qu'on constate dans les enquêtes, ce n'est pas ça, c'est que sur les dernières années, sur les dix dernières années, j'ai un spécialiste derrière moi, il va me taper sur la tête si je dis des bêtises, mais donc le travail déclaré par les médecins a considérablement augmenté. Et si on parle de la féminisation, justement, c'est assez intéressant. Parce que les femmes médecins déclarent un temps de travail moins important que les hommes, c'est à peu près 70 % actuellement du temps déclaré par les hommes, seulement il y a dix ans, c'était 60 %. Donc, le temps de travail de l'ensemble des médecins a augmenté, celui des hommes a augmenté, et celui des femmes a augmenté plus vite que celui des hommes. Peut-être que ce n'est pas ce qu'ils veulent, mais dans les années passées, c'est ça qu'on a constaté. Je crois que c'est important de donner des chiffres ce soir.

Un participant : Je suis un nouvel adhérent. Je peux me présenter comme un spéléologue dans le sens de l'image que nous avons vue tout à l'heure, c'est-à-dire que je participe au creusement du trou de la sécurité sociale. On a parlé de l'âge des présidents de la République, j'ai soixante dix-huit ans et je constate que j'ai vécu un peu plus longtemps que la plupart des présidents de la Cinquième République. Je ne sais pas si je dois être gêné par ça. Je suis également un ancien... disons que j'ai survécu à un infarctus de nombreuses années, je bénéficie donc des 100 %, donc je suis budgétivore à tous points de vue. Et en plus, étant d'origine juive, j'ai décidé de vivre jusqu'à 120 ans. Est-ce que je ne suis pas trop à la charge de la société ?

Gérard Cornilleau : Juste un petit commentaire. Je ne pense pas que tout ce qui a été dit en réalité sur les facteurs qui peuvent expliquer l'évolution des dépenses de santé soit contradictoire avec les diverses décompositions qu'on peut faire ici ou là. En réalité, les choses sont extrêmement simples. Le vieillissement, c'est 0,7 % à 1 % par an, la croissance du revenu par tête, c'est en gros un petit peu moins de 2 % par an, et puis il reste un facteur supplémentaire qui agrège l'ensemble de ce qui a été dit, aussi bien le progrès technique, le changement de la société, le changement des aspirations. Ce facteur-là a plutôt tendance à avoir un effet qui diminue, et je suis tout à fait étonné de voir qu'on continue à raisonner comme si la tendance était à l'explosion de ces dépenses, alors que c'est tout à fait l'inverse qu'on observe. C'est-à-dire que quand on agrège l'ensemble des facteurs supplémentaires aux deux facteurs centraux qui sont l'augmentation de la richesse et le vieillissement, la démographie, eh bien, on a plutôt le sentiment qu'on a affaire à une situation qui s'améliore : la tendance est à la stabilisation des dépenses dans le revenu, plutôt qu'à leur augmentation. Il me semble que toute la réflexion a tourné autour de l'idée que les dépenses explosent, et ce n'est vraiment pas le cas. Et j'ai oublié de dire quelque chose : pour éviter ce deuxième écueil, c'est que, même si ça ralentit, ça croît quand même encore un petit peu plus vite que le PIB, et il est inévitable que pendant plusieurs années encore, probablement même pendant

10 à 20 ans encore, il faille régulièrement augmenter les taux de prélèvements. Je vois que le débat ne s'enclenche pas du tout sur cette question, alors qu'il faudrait programmer à l'avance une hausse régulière des taux de prélèvements pour la santé ; sur des bases raisonnables, c'est-à-dire quelque chose qui à la fois soit crédible du point de vue des tendances inévitables qu'on connaît dans tous les pays. La dépense par tête va continuer à augmenter, donc il faut une augmentation des prélèvements programmée pour qu'elle soit visible et comprise et qu'on ne se retrouve pas tous les dix ans dans une situation de crise. C'est un premier élément, et, deuxième élément, il faut que ça soit raisonnable, c'est-à-dire qu'on laisse la place à la mise en oeuvre de réformes structurelles qui soient un peu améliorantes de la qualité des soins.

TRAITEMENTS

Le plan, le journaliste, le sociologue et le médecin

Tableau de synthèse des mesures

(en milliards d'euros)	
Impact financier de la réforme en 2007	
1. Organisation et fonctionnement du système de soins	
Maîtrise médicalisée	3,50
Produits de santé	2,30
Hôpital (hors revalorisation du forfait journalier)	1,60
Amélioration de la gestion des indemnités journalières	0,80
Systématisation du recours contre tiers	0,30
Economies sur les frais financiers (reprise de la dette par la CADES)	1,10
Diminution des coûts de gestion de la CNAMTS	0,20
Total Offre de soins	9,80
2. Participation de l'utilisateur	
Contribution de 1 € par acte	0,70
Revalorisation du forfait journalier hospitalier	0,30
Total participation de l'utilisateur	1,00
3. Redressement financier	
Transfert d'une partie des droits tabacs de l'Etat à la CNAMTS	1,00
Création d'une contribution additionnelle à la C3S	0,90
Relèvement de la CSG :	
élargissement de l'assiette de la CSG des actifs	1,00
relèvement de 0,4 point du taux de CSG des retraités imposables	0,60
relèvement de 0,7 point du taux sur les revenus du patrimoine	0,60
augmentation de 2 points du taux de CSG sur les jeux	0,10
Total volet recettes	4,20
Total des mesures	15,00

Bruno Aubusson : Dès l'annonce du plan gouvernemental, je me suis précipité pour aller le chercher sur le site Internet du ministère de la Santé, parce qu'on avait tellement fait circuler de chiffres bizarres que je me demandais finalement ce qui allait en sortir. Donc (tableau ci-joint) un plan à 15 milliards, et 15 milliards répartis en gros en 1/3 de recettes, et 2/3 d'économies. Au passage, un détail de présentation assez rigolo : les premières lignes en haut sont les économies sur l'organisation et le fonctionnement du système de soins, et le dernier pavé en bas, c'est le redressement financier... et puis au milieu, il y a la participation de l'utilisateur, un euro par acte. Cela devrait rapporter selon les prévisions quand même 0,7 milliard à l'assurance maladie, mais là, on ne sait pas si c'est une recette, ou si c'est une économie faite sur l'organisation du système de soins. Bon, n'allons pas trop embêter le ministre avec ça... Au moment de la décision, il nous assure que l'on peut

faire 3,5 milliards d'économies avec la maîtrise médicalisée, c'est-à-dire le dossier médical partagé, que, sur les médicaments on peut faire 2,3 milliards d'économies. On s'était posé beaucoup de questions pour savoir si c'était 2,0 ou 2,3, voire 14, et à ce moment on nous dit « bon, eh bien, 2,3 c'est plausible ».

Dans ce plan, on voit apparaître l'hôpital, dont on a très peu parlé pendant tout le débat préalable, même pendant la phase la plus active. Finalement, la réforme aurait quand même un impact... Les économies à l'hôpital, ça devrait nous rapporter 1,6 milliard et d'après ce que j'ai entendu tout à l'heure, c'est un peu étonnant. Et, au delà des doutes qui demeurent sur ces chiffres, c'est la présentation qui en est faite par les ministres et en particulier par Xavier Bertrand (ministre délégué auprès du ministre de la Santé pour la réforme de l'assurance maladie) qui m'étonne. Celle-ci va exactement à l'inverse de ce que propose Gérard Cornilleau il me semble, ou je ne comprends plus rien, puisqu'on nous dit « il y a 2/3 de structurel dans le déficit et il y a 1/3 de conjoncturel », et que finalement dans le plan les deux tiers sont financés par des économies qu'on va essayer de gratter un peu partout, tandis que les nouvelles recettes –un tiers du financement- ne servent qu'à financer le conjoncturel, comme si finalement, quand les choses iront bien, on pouvait supprimer ce type de recettes. Xavier Bertrand a été interviewé par le *Quotidien du médecin*, il assume cette présentation. D'abord, à la question « Vous prévoyez de faire 10 milliards d'économies grâce à la maîtrise médicalisée, êtes-vous assuré de faire autant et aussi vite ? » Il répond en substance : attendez, tout ça, les 10 milliards, c'est une économie à échéance 2007, et en fait, c'est une économie qu'on va faire par rapport aux prévisions de dépenses qu'on aurait faites en 2007 si on n'avait rien fait d'ici là... (*Rires*) Ah ! d'accord... mais alors on aura du mal à vérifier ! Un peu plus loin, dans sa réponse, Xavier Bertrand ajoute : « nous avons suivi exactement les recommandations du Haut Comité, on a fait 2/3 - 1/3, voilà pourquoi notre plan de 15 milliards d'euros se base sur 10 milliards de dépenses [économisées] et 5 milliards de recettes. Quant aux chiffres, nous ne les avons pas sortis d'un chapeau, ils n'ont rien de virtuel. » Et le journaliste est passé à une autre question, sans rien relever de la légèreté de la réponse...

Francis Laffon : Je suis journaliste, responsable du bureau parisien de *L'Alsace*, journal régional. Nous sommes liés, avec Pénombre, par une complicité ancienne que vient d'évoquer Bruno Aubusson. Pénombre participe aux « *Entretiens de l'information* », -structure informelle qui réunit des chercheurs, des représentants du milieu associatif, des avocats, des sociologues et bien sûr des journalistes. Ils réfléchissent ensemble au fonctionnement des médias. Fin août 2003, en partenariat avec Pénombre, les *Entretiens* ont organisé aux Universités de la communication d'Hourtin, un atelier de réflexion consacré à la réforme des retraites. L'an dernier, nous avons voulu mettre l'accent sur le chiffre, et sur la manière dont la presse l'utilise. Sur son rôle dans le débat public qu'il peut nourrir ou trahir. Je suis donc parmi vous au titre des *Entretiens de l'information* mais aussi de l'AJIS, l'Association des Journalistes de l'Information Sociale.

À Hourtin, à propos des retraites, nous avons identifié un certain nombre de fonctionnements, de dysfonctionnements surtout, de la presse. Nous les rappellerons, avant de voir si ces contraintes, inhérentes au système médiatique, ont pesé dans le dossier de l'assurance maladie et dans quel sens...

Voyons d'abord comment fonctionnent les médias, terme générique qui englobe la « presse », donc l'écrit. Mais dans le langage courant, les deux mots « presse » et « médias » sont devenus interchangeables et pour simplifier nous les utiliserons comme synonymes.

Avant tout, il faut savoir que le système est interactif entre les journaux écrits, les radios, la télévision et, de plus en plus, le réseau internet. Chacun lit, écoute et regarde les autres et agit en fonction d'eux. Pour l'utilisateur, c'est-à-dire le lecteur, l'auditeur ou le téléspectateur, la conséquence est claire et souvent agaçante. Il se crée un mimétisme qui explique pourquoi les mêmes sujets apparaissent partout au même moment et peuvent quitter l'actualité tout aussi vite. Les rédactions cherchent évidemment à se singulariser, à travers ce qu'on appelle, en jargon, les scoops ; et, en théorie à se démarquer. En fait, ce système en boucle est très souvent moutonnier.

Deuxième élément à intégrer : « le » journalisme n'existe pas, puisque ce terme « générique » revêt des formes d'exercice très différentes. Pour s'en tenir à la problématique de ce soir, et pour rester dans un vocabulaire en lien avec l'assurance maladie, notre métier comprend des « généralistes » - c'est mon cas- et des spécialistes. Le dossier Sécu est traité par les deux catégories : d'une part des journalistes politiques, au champ d'intervention très large, et qui, pour la plupart ont, face au chiffre, une appréhension qui peut virer à l'allergie ; et d'autre part, des journalistes spécialisés. Certains traitent le dossier de la Sécu, et même souvent un sous-ensemble de ce dossier, depuis des décennies, et en sont à leur énième ministre des Affaires sociales, leur énième ministre de la Santé. Parmi les généralistes, on peut même distinguer les super généralistes que sont les éditorialistes, l'éditorial étant un exercice particulier auquel il m'arrive très souvent de me livrer dans mon journal. Tour à tour les généralistes et les spécialistes ont été amenés à « traiter » le sujet de l'assurance maladie et cette dichotomie n'est pas sans conséquence.

Après celui du fonctionnement en boucle et du cloisonnement, un dernier point doit être souligné, un point de fragilisation sur lequel nous avons beaucoup insisté à Hourtin dans le débat co-organisé par Pénombres. Les journalistes ont le sentiment, justifié, d'être très vulnérables, à cause des normes industrielles qui s'imposent à eux.

Aucun secteur, n'échappe aux contraintes de la productivité. Ni de la concentration, mais ce sujet, la concentration des médias, mériterait une soirée thématique à lui seul. Volontairement, cette question du capital, ne sera donc pas abordée ici. En revanche, un autre effet de la marchandisation croissante, doit retenir notre attention. Dans nos entreprises, s'est développée une démarche marketing qui conditionne jusqu'aux choix informatifs, avec cette interrogation devenue obsédante, pour les directions : qu'est-ce qui intéresse le plus grand nombre de lecteurs ? En soi, il n'est pas illégitime d'avoir une telle approche, mais la réponse, standard, est plus inquiétante. Les sujets complexes, à commencer par la Sécu, peuvent difficilement rivaliser avec des « enquêtes » - le mot enquêtes est assorti de guillemets- sur les méthodes pour maigrir ou sur l'art du bronzage. Ils peuvent difficilement rivaliser aussi avec des faits divers gonflés à outrance. Dernière tendance lourde, celle du formatage. Le journal devient une étagère, avec des cases inamovibles, dans lesquelles doivent rentrer des articles de plus en plus courts. Un signe de trop par rapport au calibrage, et l'informatique refuse d'intégrer l'article. Lors du débat sur les retraites, à Hourtin, les effets négatifs de toutes ces contraintes ont été soulignés. Elles rendent quasi impossible le traitement, par les médias, d'un dossier complexe.

La machine à informer venant d'être décrite –très et trop sommairement, je le regrette- reste à voir comment elle a fonctionné sur le dossier de l'assurance maladie ?

Cette réforme constitue, en fait, un prisme idéal pour voir fonctionner -et dysfonctionner- le système médiatique. Plutôt que d'évoquer le processus de réforme dans son ensemble, je vous suggère d'isoler une phase particulière, mais importante, qui se situe entre le 17 et le 19 mai.

Le 17 mai ? Ce soir-là Philippe Douste-Blazy, est l'invité de « *100 minutes pour convaincre* ». Pour le gouvernement, ce rendez-vous télévisé constitue le temps fort de la communication sur la réforme.

Frédéric Pierru a une lecture plus fiable et plus détaillée que moi de la presse durant les jours qui suivent cette émission et il pourra démentir ou confirmer ce qui n'est peut-être qu'une intuition. De mémoire - et après relecture, *a posteriori*, de la copie AFP-, les commentaires du lendemain, le 18 mai, ne sont pas d'un enthousiasme débordant, mais néanmoins assez favorables. Et les talents pédagogiques du ministre de la Santé sont volontiers mis en exergue.

Très vite pourtant, dès le mercredi matin, le scepticisme prend le dessus, voire la critique. Un consensus apparaît pour diagnostiquer que la médecine Douste est une médecine homéopathique,

indolore, sauf pour les patients. On voit surtout que le compte n'y est pas, vous le démontrez ce soir.

Pourquoi deux visions assez différentes s'expriment-elles, ainsi, à quelques heures d'intervalle ? Précisément parce que les journalistes n'étaient pas les mêmes.

Le lundi soir, il faut boucler pratiquement en temps réel, puisque la copie doit être rendue autour de 22h30-23h au plus tard. Elle est confiée, le plus souvent, aux éditorialistes. Ils ne sont, rappelons-le, des spécialistes ni de l'assurance-maladie ni des données comptables.

À la relecture, je n'ai pas retrouvé, cependant, d'articles allant jusqu'à encenser le ministre de la Santé. Les journalistes ont en mémoire les mouvements sociaux de 2003 sur les retraites et se disent que l'histoire peut très bien se répéter. Ils ont aussi, pour un certain nombre, le souvenir d'autres plans qui devaient durablement guérir notre Sécu. Ils ont peut-être à l'esprit également la personnalité singulière du ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, dont la parole, disons les choses d'une manière ampoulée mais que vous comprendrez tous, n'est pas toujours d'une fiabilité totale (*rires*). Et qui n'est pas homme à prendre l'opinion à rebrousse-poil. Les applaudissements ne sont donc pas du tout de la même ampleur que ceux qui avaient salué le plan Juppé, de 1995, avec les suites que nous connaissons. Néanmoins on perçoit une certaine bienveillance.

Le lendemain le ton change. Pourquoi ? Parce que les journalistes spécialisés entrent en action. Les journaux économiques, mais aussi les quotidiens d'informations générales, ou encore les hebdos -*Le Canard Enchaîné*, dès le mercredi se montre très sévère, alors que son bouclage est intervenu le mardi matin-, insistent sur le caractère superficiel de la réforme qui transfère la dette sur la Cades, c'est-à-dire aux générations futures, et surtout qui épargne les médecins et les industriels du médicament.

Un consensus s'installe, globalement négatif. Les avis des journalistes spécialisés convergent avec ceux de leurs interlocuteurs. Syndicats de salariés, syndicats de médecins, économistes de la santé, ou encore représentants des complémentaires : tous, ou presque, vont dans le même sens : le compte n'y est pas. Ce diagnostic unanime s'est encore consolidé depuis.

Devant l'Association des Journalistes de l'Information Sociale, les mutuelles complémentaires, ont expliqué voici quelques jours, qu'il s'agit d'une bonne préparation... à la « vraie » réforme. Un député UMP a qualifié la réforme de mièvrerie. Richard Boutton ancien président des médecins généralistes explique que ce plan n'est ni fait ni à faire. Cerise sur le gâteau, dans une majorité qui est sous le coup de sa double défaite électorale, les divisions apparaissent au grand jour et le ministre de l'Économie annonce que la dérive financière va se poursuivre, ce que la CNAM dira également bientôt.

Pour conclure, que peut-on retenir du rôle des différents acteurs ?

Les médias s'en sortent honorablement, si l'on prend pour référence l'autre grande réforme, celle de la retraite, où les journalistes furent la cible de nombreuses critiques. À France 2, le médiateur, Jean-Claude Allanic, note que sur l'assurance maladie, les téléspectateurs n'ont pas mis en cause, sur le fond, le travail des journalistes. *Grosso modo*, les limites du plan gouvernemental ont été identifiées. Mais ce sont les lacunes très apparentes de la réforme qui ont facilité notre tâche, plutôt que nos propres vertus professionnelles. La vulnérabilité de la presse reste entière : les experts ont convergé, cette fois, mais nous n'avons toujours aucune capacité d'expertiser les expertises.

Nous avons été soumis à la tactique de Douste-Blazy, en terme de calendrier et de contenu. Hormis le 17, où il a sur-vendu son intervention, le ministre a distillé les annonces, ce que les professionnels de la communication appellent des annonces en pluie, je n'ose pas dire en goutte à goutte. Deux jours après son intervention télé, il fait savoir que le ticket modérateur augmenterait

aussi à l'hôpital, ce qu'il s'était gardé de faire le lundi soir. Il a également agité les chiffres chocs, du genre 23 000 euros de dépenses par minute, ou les dénonciations de fraude, toujours bien accueillies par la presse. Il a su nous emmener où il le souhaitait quand il le souhaitait. Il a mené le jeu et du coup il a été difficile pour les opposants qui voulaient un projet totalement alternatif de se faire entendre, je pense notamment aux projets d'Attac.

La presse ne sait pas très bien traiter ce genre de débat, et encore une fois le formatage y est pour beaucoup.

Pour l'instant, le gouvernement s'en est bien sorti du point de vue de l'image médiatique, parce que les journalistes sont devant une réalité *a priori* non contestable. Il n'y a pas eu d'énormes manifs. Comparé à celui de la réforme sur les retraites, le climat social est beaucoup plus apaisé. Or, non sans subtilité, la droite avait dramatisé l'enjeu après ce premier épisode en disant qu'à côté de la réforme de l'assurance maladie celle des retraites était une partie de plaisir. Quand le projet a été examiné en conseil des ministres, la balle est revenue dans le camp des journalistes politiques qui ont repris une grille de lecture non économique, mais assez proche des journalistes sportifs. Il n'y a pas de bagarre ni dans les gradins, ni sur le stade. Ils ont pu disserter également sur un thème qui leur est cher, celui de la réforme, thème devant lequel la presse se divise en deux clans : ceux qui disent que la France n'est pas réformable – sur le mode « mon bon monsieur, les corporatismes bloquent tout » - et ceux qui considèrent que malgré ses particularismes, l'hexagone a connu beaucoup de mutations depuis un quart de siècle.

C'est un autre avis que je partage avec Frédéric Pierru : les journalistes, politiques surtout, sont d'ailleurs favorables, *a priori*, aux réformes, et c'est un atout pour le pouvoir. Dans ce dossier, les deux camps trouvent d'ailleurs de quoi nourrir leurs certitudes. On peut dire que la réforme est passée, parce qu'il s'agit d'une non réforme. Ou que, au final, malgré les apparences, certains outils sont mis en place qui permettront, à terme, de modifier le système.

Mais l'ensemble des effets ou des non effets de la réforme ne peut pas être déterminé, car une bataille d'amendements s'engage. Viendront ensuite les décrets d'application et les négociations entre l'assurance maladie et les praticiens.

Et la santé, comment ça va ? Celle de la Sécu, pas bien meilleure... Celle de la presse, toujours aussi mal...

Frédéric Pierru : sur les journalistes qui s'occupent des questions de Sécurité sociale d'une manière générale, et d'assurance maladie en particulier, dans les principales salles de rédaction parisiennes, je ferai quelques remarques de fond, parce qu'on a souvent tendance à dénigrer les journalistes, à les railler pour leur mésusage des chiffres.

Pour ma part ce qui m'intéresse, c'est effectivement de me placer de leur point de vue, et puis d'essayer de comprendre, de cerner les contraintes qui pèsent sur leurs pratiques, que Francis a précédemment largement évoquées, ce qui prouve d'ailleurs que les journalistes peuvent avoir aussi un retour réflexif sur leurs propres pratiques et être critiques sur celles-ci. Je vais faire des amalgames, donc je ne serai pas précis.

Le premier point à soulever, c'est que l'information sociale en général et l'information sur la Sécurité sociale dans les rédactions, c'est la rubrique dont personne ne veut. C'est-à-dire, que d'une manière générale, c'est une information qui est très dévalorisée et dévalorisante pour celui qui s'en occupe ; je reprends le terme d'un journaliste, c'est une actualité « pénible » réputée technique, complexe, rébarbative, et ceux qui s'en occupent ne rêvent parfois que d'une chose, c'est d'en sortir. Et notamment pour aller vers des rubriques plus nobles que sont les rubriques politiques, par exemple.

Francis a dit quelque chose d'intéressant, c'est sur le consensus des journalistes autour des réformes, qui est maintenant un lieu commun. La première chose, c'est que les journalistes ne peuvent prendre de la distance par rapport au discours gouvernemental, et c'est apparu en filigrane dans le discours de Francis, que dans la mesure où il existe des cadres critiques qui ont été produits par des acteurs politiques dominants, c'est-à-dire, des partis de gouvernement ou des syndicats importants. S'il y a consensus politique, il y a consensus journalistique. Pour des questions de crédibilité et d'objectivité, les journalistes ne peuvent trop s'éloigner des termes des débats posés par les acteurs politiques et syndicaux. Or il se trouve que pendant des années, il y a eu quand même un consensus gauche/droite sur, par exemple, la politique de santé. Les journalistes ne font en quelque sorte que refléter ce consensus politique. La deuxième raison de ce consensus, c'est qu'il y a eu un profond renouvellement des journalistes sociaux et des journalistes qui s'occupent de ces questions. C'est-à-dire, que, en gros, et je schématise, on est passé de journalistes sociaux proches des syndicats à une nouvelle génération de journalistes experts parce que diplômés, sortis souvent des IEP, de Sciences-Po, du journalisme spécialisé. Un journaliste spécialisé est souvent diplômé de Sciences-Po, donc il tend à partager les mêmes catégories et les mêmes raisonnements que ses sources politiques, administratives et expertes qui sortent elles aussi de Sciences-Po et de l'ENA. Et là vous avez quand même un des ressorts principaux de cette espèce d'adhésion spontanée des journalistes à une gestion experte et chiffrée de la Sécurité sociale, et *a contrario*, vous avez là une des raisons de la faiblesse de la parole syndicale dans le débat public, hormis quelques syndicats réformistes dont les prises de position apparaissent suffisamment expertes et « modérées » pour être crédibles. Un de mes collègues politistes parle de « réformisme médiatique ». Je pense qu'il a foncièrement raison. À l'inverse de ce que dit Francis, je constate qu'il y a, chez les journalistes, une appétence pour les chiffres, une vraie fascination pour les chiffres, car les chiffres semblent constituer à leurs yeux le fait objectif par excellence. Les journalistes sont très conscients qu'ils ne peuvent pas les critiquer. Ces chiffres sont repris dès lors qu'ils viennent d'une source crédible, c'est-à-dire, d'une source. Ça, c'est le premier point.

Mais le deuxième point, c'est que les journalistes sont formés sur le tas. Et le journalisme social est d'abord un journalisme assis, c'est-à-dire que c'est un journalisme qui traite beaucoup d'informations délivrées par des sources officielles. Et souvent, ils sont même formés par ces sources officielles, c'est-à-dire, qu'ils arrivent, qu'ils ne connaissent rien à la rubrique, et ils sont formés par des gens de l'assurance maladie ou du gouvernement... parfois, j'en ai rencontré... par des syndicats médicaux ! Ils sont donc formés par leurs sources. De sorte que ça forme un petit microcosme, au bout du compte. Ça c'est le deuxième point.

Le troisième point porte sur les transformations des conditions de travail. Ce qui est très net, c'est que le journalisme social aujourd'hui est de plus en plus soumis à la concurrence, d'une part, ce qui n'était pas le cas au début des années 80, et à des impératifs de coûts, d'autre part : c'est-à-dire, que souvent les journalistes sont obligés de faire de l'information à l'économie, si j'ose dire, c'est-à-dire qu'ils n'ont plus les moyens ni le temps de faire des enquêtes de terrain ou du reportage. Du coup, ils vont tous aux mêmes sources, c'est pour ça que vous avez les mêmes experts médiatiques, vous avez les mêmes rapports... Tous les journalistes cherchent la même information aux mêmes sources... et là, paradoxalement, comme l'a dit Bourdieu, la concurrence homogénéise l'information.

Le quatrième point, c'est qu'avec la montée en puissance des logiques d'audience et commerciales, et la dépendance économique -Francis évoquait l'idée de vulnérabilité- la rédaction en chef pèse beaucoup plus sur la production de l'information des journalistes spécialisés. Et quand ils interviennent, eux les gens des rédactions en chef, ce sont des généralistes qui ne connaissent pas le dossier. Et donc ils ont dans la tête plein de mythes et de lieux communs, et souvent ils les imposent à leurs journalistes spécialisés, qui parfois ne sont pas d'accord. C'est comme ça que j'ai

pu rencontrer, par exemple sur le dossier de l'assurance maladie pour prendre un exemple très concret, une journaliste qui avait fait un reportage sur la coordination ville/hôpital. Ça a été shunté pour une publicité. Elle voulait faire un reportage sur l'évolution des comportements des patients et le rédacteur en chef l'a remplacé par un article sur l'argent des médecins, combien gagnent les médecins ? Parce qu'il paraît que c'est quelque chose qui les fascine.

Et cette emprise accrue des rédactions en chef sur la production de l'information est encore plus forte dans les phases de politisation ou de médiatisation. Alors là, juste, et pour aller vite, ça se caractérise par plusieurs choses.

D'abord vous avez l'irruption de la télévision. La télévision a un effet déformant maximal, c'est-à-dire, qu'elle conçoit une information pour de larges audiences, et c'est la raison pour laquelle le trou de la Sécu parle forcément aux journalistes télévisés. Ils n'y connaissent rien, et ça permet de faire des effets d'affichages alarmistes, sensationnalistes, etc., et cette définition a parfois tendance à s'imposer au reste des journalistes, y compris les plus spécialisés, alors même que, eux, en fréquentant les experts, sont beaucoup plus dubitatifs sur la question du trou de la Sécu. Bon. Ça, c'est le premier point.

Le deuxième, je n'y reviens pas, Francis l'a dit, c'est ce qui tourne autour de l'irruption des journalistes politiques et des éditorialistes, qui font prévaloir une lecture politicienne de la réforme au détriment du contenu même de la réforme.

Le troisième point, c'est la surveillance accrue des rédactions en chef.

Et le quatrième point, c'est quand même que le gouvernement, ou les sources officielles, ont de plus en plus intégré la logique médiatique, c'est-à-dire que, en quelque sorte, ils savent que les journalistes sont particulièrement intéressés par les chiffres, donc ils leur donnent des chiffres et ils essaient d'anticiper, je dirais, les *a priori* ou les préjugés des journalistes. Et c'est la raison pour laquelle apparaît, par exemple, la question des arrêts maladie, enfin des indemnités journalières, ou des abus, même s'ils ne sont pas convaincus que c'est le vrai motif de la réforme. Ils savent que pour vendre un plan de réforme c'est ce qu'il faut faire pour avoir un large écho médiatique.

F.L. : Entre les propos de Frédéric Pierru et les miens les choses s'emboîtent tout à fait. Je voudrais donc juste préciser deux ou trois points. Les journalistes politiques ont peur de manipuler les chiffres, mais ces mêmes chiffres -et ce n'est pas contradictoire- peuvent les fasciner, quand ils sont spectaculaires...

Des sociologues des médias ont mis l'accent, parmi les journalistes, sur le goût de la non-précision, sur leur manière d'être « fascinés par le flou ». On a même parlé de la « diagonale du flou », et en l'occurrence on pourrait parler de la « diagonale du trou » (*rires*).

Mais, comme le dit Frédéric, le gouvernement a très bien intégré notre fonctionnement et a su nous attirer, à la façon dont la lumière attire les lucioles, vers un ou deux chiffres-phares. Le « un euro », ou bien les 23 000 par minute...

Comme vous l'avez dit avec malice, Douste-Blazy savait très bien que ce chiffre frapperait les journalistes généralistes, bien qu'ils soient incapables de le vérifier. Ce genre de données les sécurise eux-mêmes, un peu comme les alpinistes qui ont besoin d'attaches. Les chiffres rassurent. L'ennui, c'est que les journalistes entretiennent souvent la confusion, mélangent volontiers pourcentages, pronostics, données concrètes et fiables... Dans le domaine de la santé, cela frise souvent la caricature. La presse évoque volontiers, par exemple, les pronostics de mortalité. «Vous avez tant de chances -de malchances surtout- de mourir écrasé par une voiture, d'être victime d'un accident cardiaque, d'un cancer ». Si vous évitez toute pollution, si vous mangez correctement, et si vous ne sortez pas en ville, est-ce que vous devenez immortels ? Je me suis toujours posé cette question.

Plus sérieusement, revenons à la question centrale de la compétence et de la possibilité pour les journalistes d'avoir une certaine expertise. Nos interlocuteurs la souhaite et tentent de la favoriser. Illustration : la CNAM, a ainsi organisé, en partenariat avec l'AJIS, plusieurs matinées de formation sur l'assurance maladie et notamment sur les dépenses. Nous a été ainsi présenté un graphique, que je dois avoir là, sur les économies engendrées par les plans de sauvetage successifs. Chacun, le plan Juppé surtout, entraîne de réelles économies. Mais ensuite, sur longue période, vous vous apercevez que l'inflexion est assez faible. Ici nous sommes à 9 points de PIB... Si rien n'avait été entrepris, si l'on prolongeait la courbe initiale, le poids de l'assurance maladie représenterait *grosso modo* entre 10,5 et 11 points de PIB. Soit une différence de 2 points de PIB, environ. Est-ce énorme ou pas ? La question est intéressante, car elle peut conduire à changer totalement d'optique sur le dossier « Sécu ».

Pour entreprendre un tel travail il faudrait du temps, de l'espace, et nous ne sommes pas outillés pour le faire. Beaucoup d'acteurs ont formulé des contre-propositions sur l'assurance maladie, mais pour les présenter de manière autre que superficielle, cela nécessite des moyens dont nous ne disposons pas. En particulier, et l'on en revient toujours à cette question, pour valider ou infirmer les chiffres. Il y a des exceptions heureuses. Mais dans l'ensemble, les journalistes ne savent pas traiter le chiffre. Le maltraiter ou le traiter mal, oui ; mais pas le traiter bien.

André Grimaldi : Il faudrait essayer de voir au delà de notre débat sur les chiffres, parce qu'on a finalement l'impression que le trou de la Sécu n'est pas si important et que les politiques dramatisent la situation, mais qu'en réalité le coût de la santé augmente peu. Finalement, tout le débat porterait sur l'importance du trou de la Sécu ... Je suis assez d'accord pour dire qu'il y a une dramatisation délibérée... ne serait-ce que pour pouvoir vanter les résultats des mesures ministérielles si, dans quelques mois, l'activité économique repart et entraîne automatiquement une augmentation de rentrée de cotisations... Par contre, je pense qu'on raterait l'essentiel du débat sur les mesures proposées si on en restait là. Je pense que l'air de rien, ces mesures avancent vers un autre système de santé. Si j'ai bien compris M. Cornilleau, il propose qu'on explique à la population pourquoi le coût de la santé va augmenter régulièrement et que la seule décision à prendre est d'essayer de fixer au mieux le taux de cette augmentation annuelle qui serait financée par une contribution de solidarité. Cette position, que je partage, suppose cependant que les citoyens n'aient pas le sentiment que leur argent est utilisé inutilement ou va directement enrichir ceux dont les revenus dépendent de la consommation de soins, indépendamment des besoins de la population. Pour que la majorité de la population adhère à l'idée d'une augmentation régulière du coût de la santé payé par les cotisations de tous, il faut qu'il y ait une politique pour éviter efficacement les abus et les gaspillages. Autrement l'opinion se retournera et proposera que chacun paie sa santé. C'est ce qu'est en train d'introduire le gouvernement comme un fait inéluctable. C'est cela le sens profond de la franchise de 1 euro. Sur le plan économique, cette franchise, qui ne sera pas payée par les personnes bénéficiant du CMU, est dérisoire. Son recouvrement est lui-même d'une parfaite complexité et son apport sera loin de combler le trou de la Sécu. Mais progressivement, on fait rentrer dans la tête des gens que la santé, on doit la payer personnellement. L'hypocrisie sur le forfait hospitalier est assez remarquable, puisque quand le ministre dit « je l'augmente d'un euro », il veut dire « je l'augmente d'un euro par an ! ». Je lui ai dit : « le Premier ministre ne croit pas à votre plan pour sauver la Sécurité Sociale ». C'est pour cela qu'il insiste tellement sur la franchise d'un euro, car il pense à l'après Douste-Blazy lorsqu'il faudra passer à deux, puis trois euros. Se posera alors la question : qui paie ? Une mutuelle, une assurance ou le particulier ? ...

Les réformes en cours ont de nombreux aspects pervers. Ainsi, le passage obligé par le médecin généraliste pour consulter un spécialiste peut à première vue apparaître comme une mesure simple de rationalisation pour éviter l'accès désordonné au système de soins. Faute d'une organisation

médicale du système, toute consultation chez le spécialiste coûtera en réalité deux consultations, l'une chez le généraliste, l'autre chez le spécialiste. Mais ce n'est pas le plus grave. Le plus grave se déroule, si je puis dire, en coulisse. Désormais, l'accès au médecin spécialiste se fera par une double voie : la voie par le généraliste, remboursée par la Sécurité Sociale, et la voie directe qui elle se fera à honoraires libres. On est en quelque sorte en train de généraliser ce qui était l'exception des consultations privées maintenues dans l'hôpital pour les professeurs. Si vous téléphonez pour avoir un rendez-vous en consultation publique, vous obtenez un rendez-vous dans 6 mois. Si par contre, vous voulez voir un chef de service ayant des consultations privées, vous pouvez le voir dans les 15 jours, mais évidemment ce n'est pas le même tarif ! C'était une survivance de la grande réforme de 1958 qui a été maintenue sans justification. Loin d'envisager son dépérissement, on l'introduit dans l'exercice libéral massivement. Désormais, il y aura donc officiellement deux médecines, celle qui passe par le médecin généraliste remboursée par la Sécu, et celle qui a accès directement au spécialiste hors Sécu. On va donc tout droit vers un système de santé mixte, associant un service public contraint dont la gauche et la droite pourront discuter le niveau de contraintes, et un service privé à honoraires libres. On ne pourra pas empêcher les mutuelles, puis les assurances privées de couvrir ce secteur, et cela en sera fini du système de santé français égalitaire et solidaire. C'est la même chose pour le libre choix des spécialités et des lieux d'installation pour les jeunes médecins. Si on est dans un système public solidaire, on ne peut plus maintenir ce libre choix, on est obligé de le limiter en fonction des besoins de santé du pays. On ne peut pas avoir que des radiologues et des cardiologues, et pas de chirurgiens. On ne peut pas avoir que des médecins dans le sud de la France et aucun dans le Pas-de-Calais. Il faut une véritable politique de planification sanitaire, quitte à mieux payer les étudiants en médecine en les prévenant qu'ils ne pourront pas automatiquement faire la spécialité de leur choix (quitte à donner plusieurs chances) et qu'ils ne pourront pas, au moins pendant les cinq premières années, s'installer là où ils veulent ... Évidemment, cela ne peut pas être appliqué de manière rétroactive, il faut le dire aux nouveaux étudiants, à ceux qui s'engagent dans les études de médecine, et il ne faut pas trembler comme le fait le gouvernement devant le Syndicat des Internes.

Quant à la réforme hospitalière, loin de défendre le service public, elle veut le faire fonctionner comme une entreprise privée rentable, le malade est transformé en client, les hôpitaux doivent se faire de la concurrence, doivent apprendre à faire de la publicité... Bref, on va appliquer à l'hôpital ce qu'on a appliqué à France Telecom et à EDF mais là c'est particulièrement choquant car cela va à l'encontre de l'éthique médicale. Toutefois, un certain nombre de spécialistes, en général exerçant des spécialités à haute technicité, sont prêts à rentrer dans le jeu et se sentent plus une âme de gestionnaires que de médecins. On voit toute une catégorie de professeurs en médecine s'éloigner de leur service et des

malades pour fréquenter de plus en plus, d'une part l'industrie pharmaceutique, d'autre part l'administration. Il faut bien comprendre que le développement fantastique des techniques médicales a non seulement bouleversé le système de santé, mais profondément modifié le corps médical qui est aujourd'hui totalement éclaté en autant de

Ah ! lorsque sous les pleurs d'un œil qui va s'éteindre
S'allume un feu si pur que c'est un feu du ciel !
Lorsque le teint perdant ce qu'il a de mortel
Séduit par son éclat, fleur qu'on aime sans craindre,
Mais qu'on vous dit : « Je meurs ! j'entends tinter un
glas !.. »

Ami, ne riez pas !

S. Mallarmé, Ne riez pas

corporations. J'ai été pour le moins surpris de voir à cette rentrée des collègues chirurgiens demander statutairement une rémunération différente de celle des médecins, mais cette politique est préconisée par un groupe d'économistes de Dauphine, et de professeurs des hôpitaux adeptes de

la politique libérale. Ils proposent que les hôpitaux soient mis en concurrence, les médecins soient également mis en concurrence car pour eux sans concurrence il n'y a ni productivité, ni qualité ! Notons au passage que cette idéologie libérale repose sur un profond pessimisme sur l'homme, ne croyant ni aux valeurs publiques, ni à l'émulation. Au fond, ce sont des « behavioristes » qui ne pensent qu'en terme de récompense et de punition et pour eux le stimulant suprême, c'est l'argent !

La réforme hospitalière prévoit donc que désormais les hôpitaux seront financés en fonction de leur activité. Mais cette activité dépendra du codage des actes. Du coup, inévitablement, chaque professionnel aura tendance à défendre son budget, en choisissant les actes rentables en terme de codage et si besoin en multipliant les actes, y compris sans réelle nécessité médicale... C'est une perversion productiviste inévitable qui s'exprime déjà dans la bouche des directeurs d'hôpitaux : « il faut maintenir et si possible développer l'activité » nous dit la Directrice Générale de l'Assistance Publique, et le Directeur de l'Hôpital Saint-Joseph a demandé à l'ensemble des médecins de son hôpital d'augmenter l'activité de 5 %. De plus, pour parfaire cette logique hôpital – entreprise, on cherche à remettre en cause les services actuels en regroupant plusieurs services dans un pôle (environ 5 services). Les infirmières du pôle n'appartiendront donc plus à une équipe de soins mais pourront être déplacées dans le pôle en fonction des besoins. C'est une sorte d'intérim généralisé où l'infirmière de rhumatologie sera affectée le lendemain en gastroentérologie puis en chirurgie orthopédique à la demande. Cette mesure ne prend pas en compte le processus de spécialisation de la médecine et surtout elle méconnaît le fait que la motivation et donc la qualité, passent par la continuité. Bref, je crains qu'avec suavité, notre ministre ne prépare un processus rampant de semi-privatisation. Il ne restera plus alors qu'à mettre la Sécurité Sociale en concurrence avec les assurances privées. Il reviendra sûrement à l'Europe et à la Commission de Bruxelles de mettre fin à cette ultime « exception française ».

Finalement, vous avez raison, les mesures proposées par Philippe Douste-Blazy ne représentent pas grand-chose sur le plan financier. Elles ne combleront pas le déficit de la Sécu, mais progressivement, se met en place un autre système de soins plus conforme aux idéologies libérales qui font de la santé une marchandise comme les autres.

MÉDECINES PARALLÈLES ?

Disparitions, multiplication des pilules et doubles-fonds

David Causse : Dans le titre de la première diapo (ci-après), figure l'expression « et le secteur médico-social ? » Médico-social est une expression un peu technocratique, mais ça me donne l'occasion de l'expliquer en tant qu'un des aspects éludés dans la réforme. Dans nos réunions de préparation à Pénombre pour cette soirée, on se demandait en effet : mais quels sont les chiffres ou les sujets qui manquent et qui n'existent pas aujourd'hui dans le débat sur l'assurance maladie, qui s'est d'abord focalisé sur la médecine ambulatoire, sur les soins de ville, qui est un peu venu sur le terrain hospitalier ensuite, mais qui n'a absolument pas porté sur les difficultés que rencontrent plus de 6 millions de Français concernés par le secteur médico-social d'une manière ou d'une autre : On dénombre ainsi plus d'un million de personnes âgées qui connaissent une perte d'autonomie et 5 millions de personnes handicapées qui, dans des proportions différentes

évidemment, ont besoin d'un hébergement ou d'un accompagnement particulier. Pour désigner ce secteur médico-social avec des mots « de tous les jours » : il s'agit de maisons de retraite, de services de longs séjours ; il s'agit aussi de maisons d'accueil spécialisé pour des adultes handicapés, mais aussi d'instituts médicaux éducatifs ou de services d'éducation spéciale pour des enfants et adolescents handicapés. Alors bien sûr qu'aujourd'hui, dans la répartition des ressources de l'assurance maladie, il s'agit d'une affaire très modeste, trop modeste : c'est le pot de terre (taire ?)

Et le secteur médico-social dans la réforme ?

- Les personnes âgées en perte d'autonomie : 1,2 millions de français(es), dont 50% en établissement,
- Les personnes handicapées : 5 millions de français(es) dont 90 % à domicile,
- 10 % de la population française concernée,
- 10 milliards d'euros de ressources apportés par l'assurance-maladie MAIS :
 - 1 page dans le rapport du haut conseil,
 - Aucune séance consacrée à ce sujet, aucune disposition dans le projet de loi gouvernemental

à côté des deux pots de fer (faire !) que sont la médecine de ville et la médecine hospitalière. Mais enfin quand même il y a ici des engagements importants de l'assurance-maladie : près de 10 milliards d'euros, qui concernent le temps médical et paramédical, le trop peu de temps médical et paramédical qu'on trouve dans les maisons de retraite, on en a beaucoup entendu parler évidemment en août 2003, mais aussi sur le plan du handicap, pour soutenir une offre qui permette à des enfants et adultes handicapés et à leurs familles de trouver des solutions. Je vous rappelle que dans notre pays -on évoquait tout à l'heure le fait que nous n'étions pas assujettis à la concurrence dans le système de santé- mais enfin nous avons la spécialité de l'exportation lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'adultes lourdement handicapés. Alors ce qui est très impressionnant, c'est de voir que tous ces sujets dits « médico-sociaux » sont (mal) traités avec seulement une demi-page dans le rapport du haut conseil sur l'assurance maladie. Juste pour écrire, uniquement pour mémoire : il est dépensé 9,7 milliards d'euros sur le secteur du handicap et le secteur de la gérontologie. Il n'y a eu absolument aucun débat sur la manière dont ce secteur-là pouvait éventuellement évoluer. Donc il semble n'être en rien concerné par la réforme, et alors la question qui se pose immédiatement, c'est de savoir si c'est une bonne chose. Parce que finalement, être réformé, ce n'est pas forcément une image très positive, et si la réforme n'est pas une réforme vers le haut, cela pourrait être une bonne chose que de se voir exempté ! Cela peut nous poser aussi cette question-là.

En fait, quand on est un peu habitué à ce secteur-là, il y a dans l'assistance des personnes qui le connaissent bien, on peut émettre trois hypothèses qui peuvent justifier cette sérieuse omission :

- d'abord la question de l'oubli pur et simple. C'est triste à dire, mais on est devant un secteur qui nous livre des images dures, de fin de vie, de mort, de grand handicap, et donc ce ne sont pas

des sujets faciles et réjouissants, ou qui sont de l'ordre de la médecine héroïque, celle qui remet sur pied et qui réinscrit immédiatement dans le circuit productif et la vie sociale. Ceci joue évidemment dans l'attitude des pouvoirs publics, comme dans les attitudes d'évitement du microcosme médiatique.

- Autre aspect, c'est un secteur qui fait l'objet de projets du gouvernement de longue date, d'implication plus large des collectivités locales, ce qui nous amène très immédiatement sur une autre perspective, une autre explication possible de cette absence : la décentralisation du secteur du handicap et de la gérontologie fait partie des objectifs du Premier ministre, bien avant la canicule d'ailleurs. Il se présente donc ici une possibilité de transfert de charges médico-sociales en dehors de l'assurance-maladie, de charges qui sont naturellement très évolutives. La démographie est ce que l'on sait : l'augmentation de la population de plus de 85 ans, qui est l'âge moyen où la question de l'entrée en établissement d'hébergement risque de se présenter, est considérable : plus 45 % d'ici 2010, plus 75 % d'ici 2020. Vous devinez la suite : ce que vous ne paierez plus dans vos cotisations sociales, vous l'aurez sans doute dans vos impôts locaux, en tout cas dans les départements dans lesquels il y a de la richesse à prélever, car elle est très inégalement répartie entre eux, ce qui pose de nombreuses questions.
- Enfin, la dernière hypothèse, non exclusive des deux premières, c'est la fameuse question dont vous avez entendu parler de la suppression du lundi de Pentecôte. Peut-être est-ce que finalement, dans l'esprit du gouvernement, ce lundi de Pentecôte que vous sacrifiez sur l'autel de la solidarité à vos concitoyens aînés et très grands handicapés, satisfait à l'affaire, clôt la question à moyen et long terme du financement du secteur médico-social. Avec l'état actuel de l'assurance maladie et avec cette journée de solidarité, tout va bien -dormez bonnes gens !-, c'est un « solde de tout compte » et avec cela vous devez être assurés, quelle que soit votre situation, d'avoir une place dans une institution médico-sociale correctement équipée, le cas échéant ou le temps venu.

Cette dernière hypothèse m'amène pour conclure à vous exposer, je crois, un véritable cas d'école de maniement des chiffres, pour les pénombriens que vous êtes, adhérents de longue date ou sympathisants : vous vous souvenez qu'en août 2003, il se passe quelque chose de terrible, qui a mis le gouvernement un genou à terre, et les deux pour l'un de ses ministres les plus médiatiques auquel a succédé Philippe Douste-Blazy. À la suite de la canicule, on met en place un système qui a été imaginé par l'Allemagne peu de temps avant. L'emprunt de l'idée est clair : on crée une nouvelle taxe sur les employeurs publics et privés de 03 % (cela, on sait très bien faire, c'est un système relativement classique), qui est « compensée » par une journée gratuite de travail des salariés. Initialement, c'était forcément le lundi de Pentecôte. Cela s'est depuis un petit peu assoupli. Puis les économistes calculent... Il semble bien que, somme toute, cela corresponde à un produit potentiel annuel de 2 milliards d'euros qui seront donc, -c'est l'annonce du gouvernement le 7 novembre 2003 dans le Plan Vieillesse et Solidarités-, partagés entre les secteurs du handicap et de la gérontologie.

Alors ce qui est extraordinaire, c'est qu'en fait vous avez tous entendu, et toute la presse a relayé sans aucune critique, un tout autre chiffre... Un tout autre chiffre qui est de 9 milliards d'euros que le gouvernement apporterait ainsi au secteur médico-social de la gérontologie et du handicap.

Alors, comment passe-t-on d'un produit social (parce que c'est une cotisation sociale très classique) de 2 milliards d'euros à une dépense de 9 milliards d'euros, chiffre qui n'a fait l'objet d'absolument aucune réflexion interrogative ou critique où que ce soit, si ce n'est dans le cercle trop étroit des experts ou des professionnels en charge de travailler sur ces points. Et sans doute là, pour ma part, n'ai-je pas réussi à faire mon boulot en termes de pédagogie, d'explicitation, même si je pense avoir été l'un des tous premiers à avoir analysé précisément les chiffres en détail et à avoir vu

cette énormité : mais encore faut-il que la presse générale et spécialisée ait envie de savoir et de faire savoir !

En fait, les « communicants » du gouvernement se sont livrés là à une opération intellectuelle étonnante : la multiplication des euros par un nombre d'années ne signifiant rien. Comment ? C'est très simple : le plan du Premier ministre a été annoncé pour s'appliquer à compter du milieu de l'année 2004 (d'où le vote d'une loi créant la caisse nationale de solidarité autonomie avec un démarrage au 1^{er} juillet), pour s'appliquer jusqu'en 2008, dit-on : de ce fait, 2 milliards par an pendant quatre ans et demi, cela fait 9 milliards ! Or, bien évidemment, le terme de 2008 n'a pas de sens réel : à cette échéance, il est peu probable que vous récupériez votre lundi de Pentecôte.

Alors, je vais prendre une analogie. C'est sidérant de voir que là, nos communicants officiels ont inventé une ficelle aussi grosse et que la pelote n'ait absolument pas été dévidée par les médias, quels qu'ils soient. C'est un peu comme si votre employeur vous annonçait royalement une augmentation de 500 euros : vous voyez c'est quand même un chiffre qui est sympathique ou significatif. Et en fait, en étudiant votre bulletin de paye les mois suivants, vous comprenez qu'il ne s'agit que d'une augmentation de huit euros par mois sur les cinq prochaines années, ce qui n'est pas tout à fait la même chose !

Voilà, donc je vais m'arrêter là-dessus, mais ce que je voulais dire, c'est que, pour rejoindre le professeur Grimaldi dans ses interrogations sur cette récente réforme de l'assurance maladie, à côté des réformes annoncées, il est des révolutions silencieuses. Et peut-être que dans les révolutions silencieuses qui sont à l'œuvre, les personnes âgées et les personnes handicapées les plus en difficulté en termes de perte d'autonomie, qui ont besoin d'un étayage par une institution spécialisée, sont en train de devenir des « intermittentes de la sécurité sociale ». Je vous remercie de votre écoute attentive.

Françoise Dixmier : merci pour cette jolie manipulation chiffrée. On a appris quelque chose d'intéressant ce soir. Je vais passer maintenant la parole à Jean-René Brunetière, un pénombrien patenté, qui dans une vie intérieure... antérieure pardon... a été responsable de missions risquées dans le domaine de la santé, comme la réforme de l'Agence du médicament, la réforme de l'allocation pour les personnes âgées, et peut-être, je ne suis pas tout à fait sûr de ce qu'il va nous raconter, mais j'ai l'impression qu'il va nous raconter qu'en fait finalement, la meilleure façon de boucher un trou, ce serait d'en creuser un autre, et donc je vous présente Jean-René Brunetière dans le rôle du Sapeur Camember. Un micro peut-être ? *(La rédaction choisit de passer ici à une transcription moins policée des propos tenus par le Sapeur.)*

Jean-René Brunetière : Je vais vous raconter deux choses. Il me faut un micro et un crayon...

X : Attends, on va te donner un micro va.

J.-R.B. : Vous m'entendez ? Même sans micro ? Il n'y a qu'à gueuler, au fond... C'est comme le débat médiatique, c'est à celui qui gueule le plus fort...

Je voulais donc vous parler de deux choses très rapidement.

- D'une part : comment escroquer la sécu ? Il s'agira juste de quelques aperçus... Comment traire la vache à lait : quelques techniques patentées.
- Et puis deuxièmement, la question que nous allons nous poser tous ensemble est la suivante : dans l'état actuel des finances publiques, peut-on raisonnablement se payer un plan d'économies aussi coûteux ?

Pour escroquer la sécu, donc...

Je vais faire de temps en temps des petits dessins (*dessinés sous le rétroprojecteur et reproduits ici*).

Nous avons vu l'histoire du tulle gras : dans ce cas, vous avez compris, vous substituez un machin à un autre ; ce sont deux comités différents qui examinent les trucs, donc ils ne se parlent pas, évidemment. Et il y en a un qui le cote cinq fois plus cher que l'autre. Vous avez gagné, vous empochez, vous partez. C'est quand même la Sécu qui a fixé le prix, n'est-ce-pas ? ce nest pas un industriel ou un commerçant... non ! non ! c'est bien un comité de la Sécu qui a fixé le prix cinq fois plus cher pour le même article que le comité d'à côté...

X : Neuf fois...

J.-R.B. : Neuf fois plus cher, neuf fois plus cher... Excusez-moi ! Quelquefois c'est trois, quelquefois c'est neuf, c'est le Loto !

Un autre système qui marche bien, c'est l'homothétie. Je vous raconte ça parce que moi, j'ai été en charge de temps en temps de gérer ces choses-là, et j'avais le sentiment de me faire escroquer tous les jours. Alors j'ai essayé de comprendre comment.

Un jour on vous présente un tout petit professionnel de santé, malheureux...

X : (*l'image est minuscule*) N'appuie pas sur les boutons comme ça...

J.-R.B. : Trop petit... voilà : donc un tout petit professionnel de santé, un médecin de campagne, malheureux, qui a très peu de clients, qui est consciencieux en diable, qui garde ses patients longtemps, qui les fait parler, qui les écoute etc., et, évidemment, c'est pas avec la consultation à 16 ou 17 €...

X : Le voilà ton petit bonhomme !

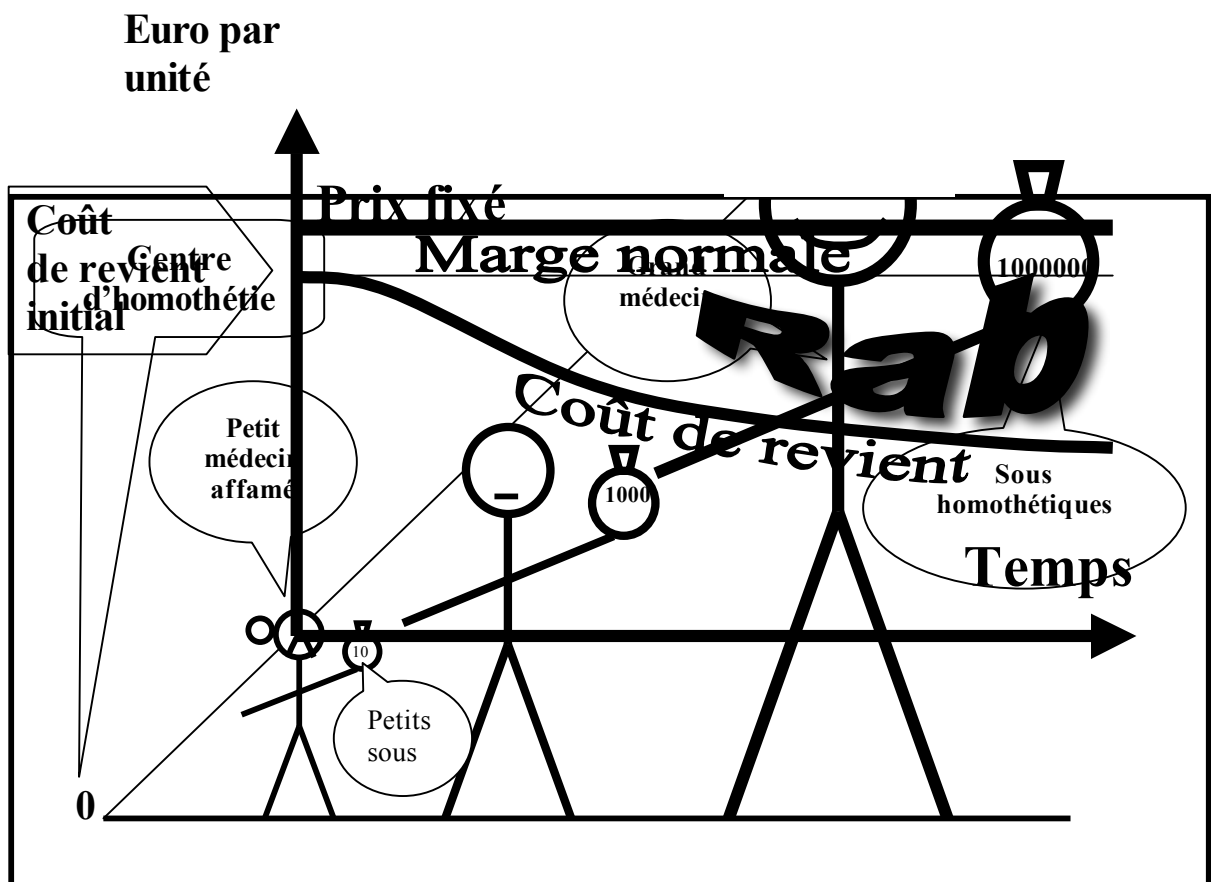
J.-R.B. : Voilà mon petit bonhomme, le petit bonhomme arrive ! Voilà. Oui, il faut « dézoomer ». On va dézoomer le petit bonhomme, il va rapetisser encore...

Évidemment, il ne peut pas vivre... Alors moi dans mon bureau, je pleurais, il y avait des larmes partout. Et donc on me disait : « il faut bien quand même qu'il vive ! », et donc on lui donne un petit machin, là, on lui donne... il faut combien, quoi, il faut au moins 20 euros pour qu'il vive, alors je vais mettre 20 euros, comme ça. Bon, ça ne fait quand même pas beaucoup...

Et puis, derrière, il y en a un autre, un peu plus grand, évidemment, et ça fait une « homothétie » (il y a des profs de maths dans la salle...). Donc pour lui, c'est « homothétique ». Il y a le centre de l'homothétie ici, et ça fait comme ça : donc ça, c'est homothétique de ça, c'est comme ça... (rires). Et puis alors maintenant il en a un autre derrière, toc, comme ça... Lui, il est si grand qu'il dépasse même de la feuille, comme ça... Pour lui aussi, c'est aussi homothétique, évidemment, enfin vous avez compris... Et sur son sac il y a plein de 0.

Vous connaissez le système ? Bien sûr, toute ressemblance avec des personnes ayant existé ou avec des corporations qui ont été citées dans le cours du débat serait pure malveillance.

Un autre système, c'est la rente technologique. Nous sommes dans un monde technologique. Là, je vais faire un graphique. Les profs de maths dans la salle me diront si je me trompe... Les axes Ox. et Oy... Vous êtes la sécu, et vous voyez apparaître à l'horizon une technique révolutionnaire qui soigne je ne sais quoi avec un appareil tout nouveau qui nous vient du Japon, de Chine ou des États-Unis. Évidemment, c'est tout nouveau, ça coûte très cher, ça a demandé beaucoup d'études, et le prix de revient de ce machin-là est à ce niveau-là. Alors vous négociez durement avec les professionnels, radiologues, biologiste etc. (ce sont les corporations qui sont dans ce genre de situation), vous négociez âprement le prix, ils vous disent que vous les étouffez... Finalement vous fixez le prix à ce niveau, pour qu'ils aient une marge quand même, mettons de 10 %. Bon, ce n'est pas mal... Il faut bien en sortir, de la discussion, parce que les malades font pression pendant ce temps-là : « comment, nous sommes privés de ce test, de cet examen que tout le monde a déjà ailleurs ? etc. ». Au cours du temps, comme ça, le prix va rester fixe, évidemment : on ne révisé pas les prix tous les jours, mais la technologie étant ce qu'elle est, les gains de productivité, l'informatique, les ordinateurs, tout ça, le coût de revient est divisé par deux tous les ans, quelquefois plus rapidement encore. Donc votre marge, qui était ça, devient ça... Eh bien il y a un petit rab quand même ! Hé, il faut bien vivre...

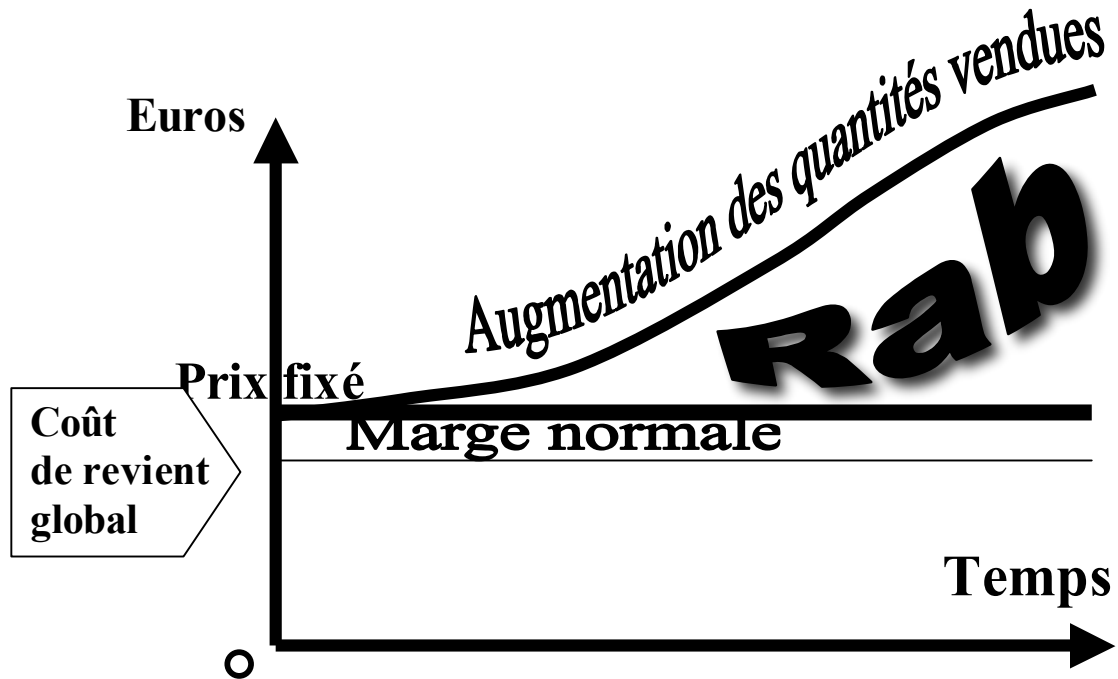


Le coup suivant est un peu analogue, c'est la « multiplication des pilules ». Il y a eu la multiplication des pains, mais il y a la multiplication des pilules aussi. C'est le même genre de truc : donc ça, c'est un médicament par exemple. À l'Agence du médicament, on ne s'occupait pas du prix du médicament, on se bornait à dire : « il tue des gens », où « il en guérit »... selon les connaissances les plus récentes. On autorisait le médicament et on fixait aussi ses indications.

Donc, par exemple en 1991, pour les hypercholestérolémies vraiment sévères, apparaît un nouveau médicament, le ZOCOR, beaucoup plus cher, dix fois plus cher que l'ancien médicament (qui est fabriqué à Dijon, d'ailleurs, ma ville... C'est pour ça que j'ai une dent contre...). Donc, arrive le ZOCOR, nouveau truc miracle dans les cholestérolémies vraiment solides qu'on n'arrivait pas jusque-là à traiter. Il y a 10 000 personnes en France qui sont victimes de ce cholestérol très élevé. Pour les autres, qui ont du cholestérol « normalement », les produits actuels, fabriqués à Dijon, marchent très bien. Je ne veux pas faire de pub, mais tout le monde aura reconnu...

Et donc, on négocie le prix. C'est toujours la même chose, on part du coût de revient. Dans le coût de revient, là, sur un médicament comme ça, il y a 70 % de recherche-développement, il y a 20 % de publicité et de visiteurs médicaux, et il y a peut-être 10 % de fabrication. La fabrication ne coûte pas très cher. C'est l'amortissement des coûts de recherche qui est le plus important. Donc, on va diviser le coût de recherche par le nombre de boîtes que vous allez vendre. S'il y a 10 000 personnes, tant de boîtes par mois, etc. il s'agit de simples divisions, ça fait tant par boîte. On met une marge de 10 %, toujours, ou de 5 %, et on dit « voilà le prix ».

Et dès la mise sur le marché, les visiteurs médicaux (n'oublions pas qu'il y a nos 20 % de visiteurs médicaux là-dedans), vont dire aux médecins : « vous savez, pour le cholestérol, le ZOCOR, c'est comme l'EPO, hein, ça dope. Même si vous avez un peu moins de cholestérol, c'est quand même bien meilleur que le médicament fabriqué à Dijon » et donc des cholestérols sévères, dont il y avait 10 000 cas, on va passer à tous les cholestérols, dont il y a 3 millions de cas. Et là, évidemment, comme on ne révisé pas à la baisse le prix du médicament, le bénéfice, eh bien c'est le jackpot ! Aux frais de la sécu, comme toujours...



Alain, tu avais aussi, dans le même genre de truc, un cas que tu me racontais tout à l'heure.

Alain Tripier : C'est un cas qui concerne les maladies chroniques, donc c'est un cas très important qui porte sur entre 150 000 et 200 000 malades. Donc c'est quelque chose qui est très lourd sur le plan des coûts de l'assurance maladie, une histoire triste qui s'est passée dans ces dernières années. Jusqu'à il y a trois ans les malades insuffisants respiratoires chroniques étaient soignés et pris en charge par des associations qui étaient périphériques aux hôpitaux (parce que l'hôpital n'a pas le droit de sortir de ses murs), des associations qui étaient en fait gérées par des hospitaliers et qui soignaient ces patients, qui prenaient en charge ces patients avec un forfait. Le forfait était calculé en fonction des coûts de fonctionnement de ces associations, du coût de l'oxygène, des respirateurs qu'il était nécessaire de prescrire à ces personnes, et s'ajoutaient à tout ça des frais de fonctionnement normaux. Et puis après des interventions très appuyées d'un certain industriel, que je citerai d'ailleurs qui s'appelle Air Liquide, on a fait en sorte que cette prestation, qui fonctionnait extrêmement bien, change de régime. Elle est passée du forfait au TIPS. le TIPS, pour ceux qui connaissent la santé c'est le tarif interministériel des prestations de santé, je crois. C'est-à-dire que les coûts des dépenses de santé correspondant au remboursement au TIPS ont été multipliés par un coefficient très important pour ces 175 000 ou 200 000 malades. Deux exemples très précis : un premier tout simple c'est que les associations n'étaient pas assujetties à la TVA, alors que le TIPS entre dans une prestation commerciale classique, donc vous avez déjà 19,6 % de surcoût pour l'assurance maladie, simplement par application de la TVA. Et puis un autre point tout simple, c'est que quand l'association prenait en charge un malade, elle le prenait en charge au jour près, alors que quand on rentre dans une prestation, le patient est pris en charge pour une semaine même s'il est soigné un jour. C'est facturé par les « entreprises de service médical » qui font ce genre de truc pour une semaine bien évidemment. Alors c'est un exemple très simple de « comment escroquer la sécurité sociale » avec des moyens tout à fait légaux d'ailleurs puisque le TIPS est vraiment le moyen de rembourser les médicaments ou les actes médicaux divers et multiples.

J.-R.B. : OK. Vous voyez qu'un des trucs qu'il ne faut pas oublier, c'est le bon usage du signe multiplier... C'est la vertu du paiement à l'acte, ou à la boîte, comme le professeur Grimaldi nous le disait tout à l'heure : ça permet de multiplier les choses, et d'être efficace dans la traite de l'assurance maladie.

Venons-en au plan, puisqu'on en parle : Bercy et le ministère de la Santé divergent sur l'impact du plan. Bercy table sur un déficit de 15 milliards d'euros en 2007, alors que c'était l'équilibre pour Douste-Blazy... Le ministère de la Santé critique le catastrophisme du ministère de l'Économie. J'ai voulu en avoir le cœur net et je suis tombé de Charybde en Scylla. Si vous voulez, nous allons faire les comptes ensemble. Nous allons donc reprendre le tableau que nous montrait Bruno tout à l'heure, et prendre les postes un par un... au moins les postes où on pense faire des économies grâce à ce qu'on appelle l' « organisation et le fonctionnement du système de soins », parce que, pour le reste, quand on prend de l'argent dans les poches des gens, je ne conteste pas les chiffres, ils sont certainement exacts. Ils savent compter ça : quand ils prennent dans la poche une contribution de un euro par acte, s'ils disent : « ça fait 0,70 », ils ont certainement compté. Si c'est faux je n'ai pas d'élément de jugement... non non, c'est sûrement juste.

En revanche...

X : On peut zoomer un peu s'il vous plaît ?

J.-R.B. : On peut zoomer, oui... C'est toi qui vas zoomer. C'est ça qui zoome ? Voilà.

Voilà on va faire le point.

X : C'est flou !

J.-R.B. : Le document est un petit peu flou mais on n'arrivera pas faire mieux (voir page 32). L'écran est au point. Mais c'est le plan de financement qui n'est pas au point. Le plan est flou et le financement n'est pas au point...

Alors donc... La « maîtrise médicalisée ». La maîtrise médicalisée, ils disent ça va rapporter 3, 50 milliards d'euros. Moi je vois plutôt des dépenses : on va avoir déjà la fabrication du dossier.

X : 500 millions...

J.-R.B. : Voilà. On dit 500... Alors moi je dis 500 puisque tout le monde dit 500. Mais on dit aussi que personne ne sait combien. On dit aussi que Blair, ça lui a coûté 9 milliards de livres. C'est curieux ça fait juste 15 milliards d'euros... Bon allez, 500 ! Nous sommes plus forts que les Anglais et je mets 500. Je me suis donné pour seule contrainte que mes chiffrages soient au moins aussi précis que ceux du gouvernement (*rires*). Ce n'est pas une contrainte très forte... Vous allez pouvoir en juger.

Deuxièmement, le professeur Grimaldi nous a bien expliqué que quand on va voir les généralistes, on nous envoie vers le spécialiste. Maintenant, on est obligé de voir le généraliste pour voir le spécialiste : du coup, au lieu de voir un spécialiste on va voir un généraliste plus un spécialiste : pour moi c'est une dépense supplémentaire !

Chaque fois que je ne savais pas combien ça coûtait, je mettais un milliard d'euros... Un milliard d'euros, donc. Eux, ils ont fait comme ça aussi, et avec des chiffres plus gros...

X : Tu faisais comme ça dans le temps ?

J.-R.B. : Non, non, non, nous avons des scrupules, nous...

Ils ont des poids ronds ou carrés
Des tambours des cerceaux dorés
L'ours et le singe animaux sages
Quêtent des sous sur leur passage

G. Apollinaire, Saltimbanques – Alcools

Maintenant, pour les génériques, il faut que je vous explique un truc. Le problème de fond, c'est que dans les chiffrages du plan, personne n'a jamais dit par rapport à quoi les « économies » ont été calculées :

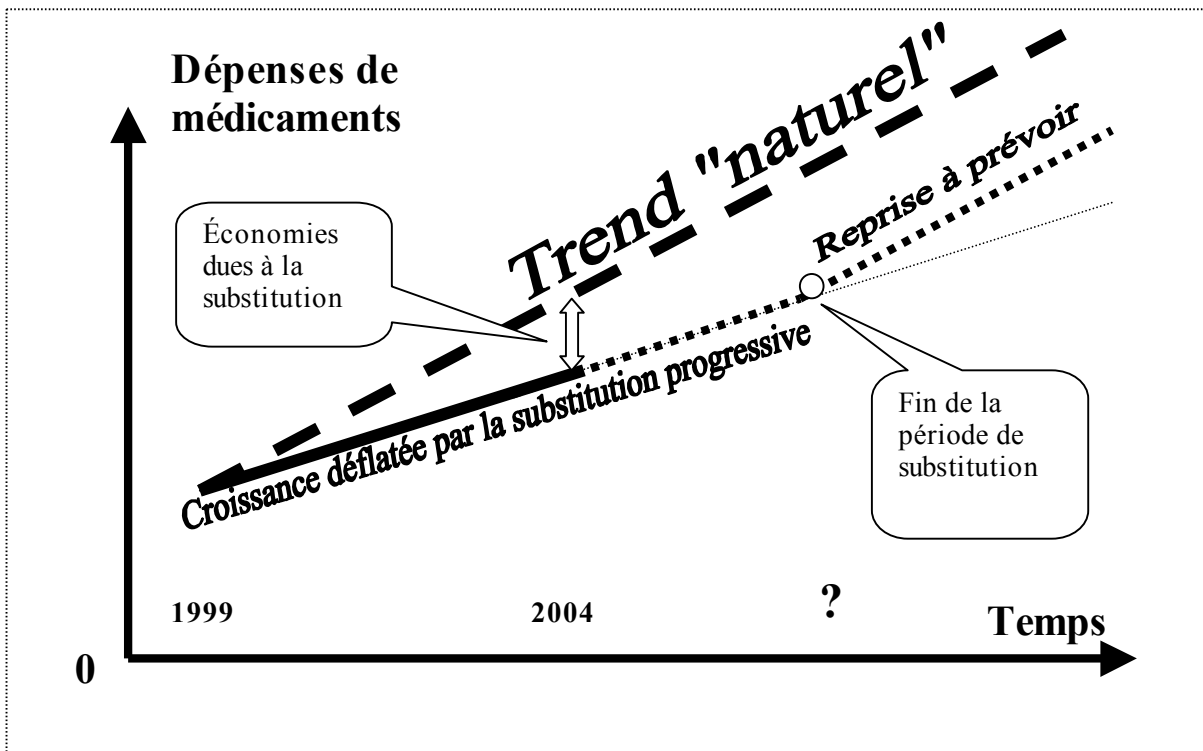
- par rapport à la dépense d'aujourd'hui ? dans ce cas, est-ce qu'on compte le trend naturel de l'année prochaine ? on ne le voit pas apparaître ;
- par rapport à l'évolution « normale » des dépenses ? c'est quoi l'évolution « normale » des dépenses ? c'est l'évolution « habituelle » des dépenses ? etc.

C'est plus prudent de ne pas préciser, parce que comme ça on a plus de chances d'avoir raison *a posteriori* par rapport au moins à quelque chose. Il suffira après de chercher la base de départ.

Pour ma part, je me suis dit : je vais prendre par rapport à la manière dont ça évolue « habituellement », c'est-à-dire ces dernières années. Les dépenses évoluent de 5 à 6 % par an ou quelque chose comme ça.

Pour les génériques, puisque quand le plan dit « produits de santé », c'est des génériques qu'il s'agit, des dépenses de médicaments, je repars sur un graphique... Accrochez vos ceintures ! C'est un peu difficile à comprendre. Mais comme vous êtes aguerris dans les chiffres...

Les dépenses de santé augmentent dans la période actuelle au rythme de 6 % par an. Chaque année, puisque la politique des génériques a commencé déjà il y a un moment, chaque année il y a des médicaments qui sont « génériqués », c'est-à-dire des médicaments qui l'année dernière étaient des médicaments « princeps » chers et qui cette année sont des génériques moins chers. Donc ce mouvement contribue à faire que l'augmentation ne soit que de 6 %. S'il n'y avait pas de politique continue de « génériquage », si je peux faire ce néologisme, on serait à 9 % d'évolution. Donc vous voyez, la pente « normale » de l'évolution, c'est ça (9 %). On va donc génériquer tout ce qui est « génériquable ». Une fois qu'on aura fini de génériquer tout ce qui est génériquable, comme le stock n'est pas infini, on va reprendre la pente à 9 %. Donc il va y avoir ici une inflexion. D'accord ? Donc ça veut dire que par rapport à la pente actuelle, ce qu'il faut prévoir avec les génériques, ce ne sont pas les bénéfices qu'on va avoir en génériquant d'autres médicaments. Ça c'est une erreur de raisonnement. Il faut prévoir que ça va s'arrêter et que la croissance des dépenses va reprendre de plus belle.



Comme je ne savais pas, j'avais donc mis un milliard. Puis j'ai réduit à 0,5 parce que je savais un peu, en fait. Mais ils ont forcé les chiffres : le chiffre de 2,30, ce n'est pas possible. 2,30, ça n'existe pas. Si je m'étais basé sur le 2,30, si j'avais fait comme eux, j'aurais pu mettre un milliard, mais je suis honnête, moi.

F.D. : 2.30, ce n'est pas seulement les génériques, quand même, c'est tous les médicaments que tu ne vas plus prendre aussi. Tu vas économiser, tu vas devenir raisonnable quand même...

J.-R.B. : Non, ça c'est la maîtrise médicalisée, ça.

X : Il faut aussi compter les baisses de prix...

J.-R.B. : Les baisses de prix sur les produits sous brevet ? Et comment on fait pour baisser les prix sur les produits sous brevet ?

X : Je ne sais pas moi...

J.-R.B. : Moi je faisais ça, mais... Allez, on va mettre 0,5. Vous me convainquez que 1, c'est peut-être un peu fort... 0,5 !

L'hôpital, maintenant : vous vous rendez compte, avec la crise des urgences, la canicule, les vieux dont on nous a parlé et qu'on a oubliés etc., ils comptent encore ratiboiser sur l'hôpital ! Non mais, on est où ? Non, pour l'hôpital, il va y avoir forcément des dépenses supplémentaires...

Là, je savais des choses, grâce à David [Causse]... Dans le couloir, je t'ai demandé : « les vieux coûtent combien en plus ? ». Il m'a dit : « 1,7 milliard ». On voit que David est sérieux : il va dans les virgules : 1,7 milliard, ça fait chic. Je garde 1,7 milliard, rien que pour les vieux. Ce n'est pas cher, il y en a beaucoup, des vieux, à ce qu'on nous a dit... Et puis il faut bien prévoir au moins un milliard, forfaitairement, pour réhabiliter les urgences, la canicule, les climatiseurs, enfin, vous n'allez pas me contredire : il manque d'argent l'hôpital, non ?

X : Mais on peut les laisser continuer à s'éteindre doucement...

J.-R.B. : Mais ce n'est pas du tout ce qu'il a dit, Douste-Blazy ! Il n'a jamais dit qu'on allait laisser les hôpitaux s'éteindre doucement... Non, non, au contraire, il a dit de belles paroles là-dessus que je ne saurais pas répéter.

F.D. : Il a dit que nous avons le meilleur hôpital du monde, et que donc il n'y avait pas de raison de s'arrêter...

J.-R.B. : Voilà ! hein ?

« Amélioration de la gestion des indemnités journalières ». Personnellement, je ne vois pas pourquoi on y arriverait alors que, depuis 50 ans... Tous les spécialistes nous ont dit que ce n'était pas possible, vous les avez vus à l'écran tout à l'heure. Donc : 0. Admettons déjà que ça ne nous coûte rien ! Et encore, il faut se méfier de tout, dans le monde où nous sommes...

« Systématisation du recours contre tiers », je n'ai rien compté parce que je n'ai pas bien compris ce que c'était...

« Économies sur les frais financiers » Je veux bien, je n'y comprends rien non plus... ça doit être un tour de passe-passe ça, quand même.

X : C'est...

J.-R.B. : Mais je ne le conteste pas, ça doit être bon ! Ce que je ne comprends pas je ne le conteste pas. Et puis « diminution des coûts de gestion de la CNAM ». Alors là, ça m'interroge... Ça veut dire que l'on va supprimer des personnels à la CNAM. Bon, ce personnel il est quand même utile pour gérer les dépenses de santé, pour appuyer dessus... on a dit qu'on n'avait pas assez de médecins conseils... donc j'ai fait l'hypothèse que chaque fonctionnaire de la CNAM économisait pour la collectivité chaque année l'équivalent de six fois son salaire.

X : Pourquoi six ?

J.-R.B. : Pourquoi six ? Pour que ça tombe juste, tu vas voir... Six fois son salaire, parce que comme ça, ça fait $6 \times 0,20 = 1,20$ de dépenses supplémentaires. On peut retirer 0,20 pour les salaires économisés, donc la différence fait +1 !

X : ???

J.-R.B. : Tu comprends pourquoi c'est six ?

X : ??????

J.-R.B. : Non ? non ! non... mais ça ne fait rien !

X : !!!!!

J.-R.B. : Si, parce que ça fait 0,20. Donc il y a 1,20 de dépenses, de dérapage des dépenses par le manque de contrôle de ces 0,20 qui ne sont plus là pour travailler... Donc $1,20 - 0,20$ (parce qu'on économise tout de même leur salaire, je suis honnête, j'ai tout compté), reste 1,0. OK ?

X : D'accord !

X : Non mais, attends... juste pour être sûr : dans la colonne de gauche, on a l'impression qu'au début, tu as mis ce que ça nous coûtait, et à la fin tu mets ce qui nous reste... Ça me paraît...

J.-R.B. : Non, je mets ce que ça nous coûte. Ce sont les dépenses supplémentaires.

X : Alors ça nous coûte 1,20...

J.-R.B. : Non, parce qu'on économise leur salaire, on les a débauchés.

X : ..., le 1,20.

J.-R.B. : Ah oui, eh bien alors je le supprime !

X : Alors il faut être honnête !

J.-R.B. : Tout ça, c'est faux, quoi.

X : Ah, d'accord, voilà.

J.-R.B. : Tout ça, ça n'existe pas. On garde ça et ça, bien sûr. Vous avez bien compris.

X : C'est-à-dire que tu remplaces du négatif par du positif.

J.-R.B. : Je remplace des trucs faux par des trucs un peu moins faux. Ça n'est pas très juste, mais c'est un peu moins faux, au moins. On est d'accord.

X : Ça change de signe.

J.-R.B. : Ça change de signe, oui. C'est en rouge et c'est de l'autre côté.

X : ???

J.-R.B. : Eh bien oui, il faut payer le généraliste en plus du spécialiste, on nous l'a expliqué tout à l'heure.

X :... En se plaçant de leur point de vue (les professionnels de santé), qui n'est pas de contenir les dépenses de santé, on doit quand même bien dire...

J.-R.B. : Alors là, tu portes des accusations un peu graves... Moi je ne m'associe pas à de telles accusations, mais tu as le droit de parler sous ta propre responsabilité, absolument.

X : Mon point de vue, c'est de dire qu'on va quand même, avec ce système-là, décourager, c'est bien ce qu'on espère, un certain nombre de gens de se faire soigner, décourager...

J.-R.B. : Exactement, j'avais encore oublié un truc et tu me le rappelles. Tu as tout à fait raison. Notamment la contribution d'un euro par acte va dissuader beaucoup de gens d'aller se faire soigner, et on va les retrouver beaucoup plus tard à l'hôpital et ça coûtera beaucoup plus cher. Un milliard d'euros de plus pour l'hôpital ! (*rires*)

X : ???

J.-R.B. : Mais c'est prouvé ! Je ne blague pas, l'étude des États-Unis l'a montré. Un euro pour moi qui suis bien payé comme fonctionnaire parasite, ça ne représente rien, mais il y a des familles pauvres pour lesquelles ça représente quelque chose. Et donc moi, je veux bien payer mon euro, et rigoler, mais il y en a qui ne rigolent pas avec ça. Donc ils vont accumuler les maladies.

X : On l'a bien vu avec le forfait hospitalier...

J.-R.B. : Absolument.

X : Il a commencé à vingt francs par jour, maintenant on est, quoi, à 13 euros.

X : Mais il y a un seuil au-dessous duquel on ne paye pas.

X : Oui mais le seuil, tu l'auras bientôt à la moitié du RMI !

J.-R.B. : Ce qu'il faut voir, c'est aussi la contribution des mutuelles. Ils l'ont oublié dans le plan de financement. Ça doit encore faire un milliard... La contribution d'un euro par acte, donc fait une dissuasion pour les pauvres. Ça on l'a vu.

X :... Parce qu'il faudra surveiller le pauvre.

J.-R.B. : Oui, oui, « classes laborieuses, classes dangereuses ». Salauds de pauvres !...

Et puis, j'ai imaginé aussi que, du coup, quand on paye un euro, on tient à en avoir pour son argent. Alors on dit au médecin: "vous me le prescrivez large parce que je ne veux pas revenir de sitôt ». Allez-y ! Les médicaments pour moi, pour le fils, pour le chien, et pour le poisson rouge... et on ne mollit pas ! Les prescriptions coûtent trois fois le prix des consultations chez le médecin, donc c'est beaucoup plus sensible... Donc il faut mettre quand même 0,5... Peut-être pas un milliard tout à fait, mais au moins 0,5.

Qu'est-ce que j'oublie, encore ? Ah, oui ! ils ont oublié de compter une dépense... Vous savez, ils ont eu une bonne idée... non mais je ne blague pas, vous savez ! Les gens qui sont juste au-dessus du plafond de la CMU, juste au-dessus du revenu plafond, ils n'ont pas le bénéfice de la CMU. Et donc le gouvernement envisage de mettre en place un système d'aide aux personnes qui sont juste au-dessus de la CMU pour qu'elles puissent se payer des soins. Moi j'y souscris tout à fait, c'est une bonne action, mais ils ont oublié d'en compter le prix, et comme ils ne savent pas qui, quoi, comment, et combien cela va coûter, j'ai mis...

X : ...un milliard ?

J.-R.B. : Un milliard ! Oui.

F.D. : On n'a plus que cinq minutes dans l'amphi.

J.-R.B. : Ah bon ? Alors vous faites le total : je ne sais pas combien ça fait : 1 ; 1,5 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5,7 ; 6 ; 7 ; 8,2 ; 9,2... 9,2 en plus ! Eux, ils voulaient économiser 9,80, moi je calcule que ça fait plutôt 9,2 milliards de plus... Avec les finances qu'on a, ça vous paraît raisonnable ? 9,2 milliards de dépenses supplémentaires, avec leurs histoires... Quand même ! Alors, on sera peut-être mieux soigné, mais enfin ça coûte quand même cher ! Enfin, c'est généreux de leur part ! (*applaudissements*).

F.D. : Bon, eh bien merci, on a bien creusé... On est arrivé assez profond. Vous avez sans doute des remarques, des questions...

EXCIPIENT

Un participant : D'abord je vais être un peu provocateur : je dirais que pour moi il n'y a pas de trou de la Sécurité sociale. Je considère que c'est un des problèmes. Tout à l'heure le journaliste a parlé, c'est un des gros problèmes, de la façon dont ça a été traité. C'est-à-dire qu'il y a deux choses : il y a effectivement un volet augmentation des dépenses de santé, donc ça c'est clair et net, et il y a un certain nombre de choses qui ont été avancées. Mais pourquoi je dis qu'il n'y a pas de trou de la Sécurité sociale ? C'est tout simplement parce qu'on oublie, et ça n'a été signalé à aucun moment, le fait qu'il y a un certain nombre de recettes de la Sécurité sociale qui sont détournées par le gouvernement, par les gouvernements. Ça date des années 85 à peu près, à partir du moment où on a fait des exonérations de cotisations sociales pour des motifs qui n'ont rien à voir avec la santé. À partir de ce moment-là, le gouvernement, les gouvernements qui auraient dû normalement rembourser ces dépenses à la Sécurité sociale, ne l'ont jamais fait. Et bien évidemment, à ce niveau-là, il y a une alliance totale entre la gauche et la droite puisque chacun a pris ces mesures. Alors si je me souviens bien du chiffre, mais bon, il est lui aussi très contestable, c'est de l'ordre je crois de 15 à 20 milliards à peu près. C'est-à-dire qu'il y a 15 ou 20 milliards d'exonérations de cotisations sociales qui ne sont pas remboursés par le gouvernement aux organismes de Sécurité sociale. Donc puisqu'on part du principe que, actuellement, il y a un trou qui tourne autour de 12 à 15 milliards, si ces exonérations de cotisations, qui n'ont rien à voir avec la santé, et qui ont été faites pour des politiques d'emplois, des politiques patronales, étaient

effectivement remboursées, il n'y aurait pas de trou. Ce qui n'empêche pas bien évidemment qu'il y ait une évolution des dépenses de santé.

Et moi je trouve que pour la presse en général - pas le journal *L'Alsace* déjà cité mais pour l'ensemble du système médiatique - c'est un des plus grands ratages qu'elle ait jamais faits depuis des années, parce qu'hormis *Alternatives Économiques*, qui est quand même un journal très spécial, et qui a une toute petite diffusion, jamais je n'ai entendu, ou alors vraiment de façon extrêmement fugace (quand il y avait des syndicalistes parce qu'il n'y a que les syndicalistes qui le disent), ce thème traité ni à la télévision, ni à la radio, ni dans les journaux. Je lis le plus grand quotidien français tous les jours, qui est *Ouest-France*, je lis aussi les journaux parisiens, ça n'a jamais été abordé. Or c'est à mon avis la question qu'il fallait poser aux politiques, mais à tous les politiques, aussi bien à Ségolène Royal qu'à Douste-Blazy : « quand est-ce que vous remboursez ce que l'État doit à la Sécurité sociale ? » Alors il est évident que ça creuserait encore un peu plus le budget et les fameux 3 %.

René Padieu : Je suis triste parce que M. Grimaldi, dans ce qu'il disait, me faisait penser à cette phrase de Paul Valéry « la politique ça consiste à empêcher les gens de s'occuper de ce qui les regarde ». Et si j'écoute M. Laffon, ils le font avec la complicité des journaux...

Francis Laffon : Complicité est peut-être un terme un peu fort, mais avec une... passivité. Donc, ce qu'on voit, je suis d'accord avec vous, c'est qu'on n'arrive pas, ou difficilement, à renverser la problématique, ou qu'on ne sait pas le faire. Dans la logique du gouvernement, il y a un élément-clé au départ qui est la promesse de Chirac de la baisse d'impôt sur les revenus. Et donc à partir de là, dire « on dépense plus pour l'assurance maladie » devient non recevable. De cette logique extrêmement perverse dépendent beaucoup de choses d'une certaine manière, je suis d'accord avec vous. Mais le problème, c'est qu'en tant qu'opérateur de médias, je n'ai pas la réponse. Ce qui est clair aussi, c'est que la presse jusqu'à présent était dans un consensus pour dire que finalement, l'essentiel est sauvé, c'est-à-dire qu'on n'a pas privatisé l'assurance maladie. Sur le moyen terme j'en suis moins convaincu car, comme le disait le docteur Grimaldi, il y a des attentes derrière. J'étais surpris : l'association des journalistes de l'information sociale a fait un débat avec tous les opérateurs de l'assurance complémentaire, ils ont une sympathie pour ce plan qui relève de la gourmandise, et qui incite quand même à être très prudent. Et quelqu'un de la Fédération française des sociétés d'assurances me disait : « Bien sûr il n'y a rien, mais c'est une réforme qui va permettre de préparer la suivante », sous-entendu : ensuite, on va pouvoir y aller... Donc je ne suis pas en désaccord avec vous, mais je pense que le débat n'est pas clos et que peut-être ces questions vont revenir.

Jan Robert Suesser : Chacun ses défauts, moi j'ai le défaut de lire tous les jours le *Financial Times*. Et de temps en temps, on tombe sur des choses intéressantes. La semaine dernière, un ancien responsable de l'industrie pharmaceutique américaine répondait dans une tribune libre à la question : « Sommes-nous vraiment des salauds de ne pas mettre à la disposition des pays pauvres des médicaments à un prix qui leur soit abordable ? » La question paraissait intéressante. J'ai donc décidé de lire l'article. Je ne vous raconterai pas ce qu'il y avait sur les 6 à 8 colonnes et le tiers de page. Je vous raconte juste la conclusion dans son esprit : « s'ils sont pauvres, c'est parce qu'ils ne sont pas bons. Donc il faudrait qu'ils soient bons pour avoir les moyens et qu'on leur fournisse les médicaments dont ils ont besoin au prix qu'on souhaite en obtenir... ». Est-ce qu'il est raisonnable, si la santé est un bien public par nature, que ce soit traité avec un secteur privé qui raisonne en gros comme ce monsieur. C'est en effet cette approche qui est dominante dans ce secteur-là. Est-ce qu'on a les moyens, dans ce cadre de réflexion et d'organisation-là, de se battre à armes égales avec eux pour obtenir ce qui paraît juste, c'est-à-dire d'avoir un prix raisonnable ? Est-ce qu'il est raisonnable d'accepter que dans ce domaine-là, il y ait un arbitrage rendu par les seuls dirigeants de

l'industrie pharmaceutique entre travail, recherche, profit etc., ou est-ce qu'on ne peut pas se le permettre ?

Gérard Cornilleau : Je me doutais que viendrait dans le débat cette affaire des trésors cachés, j'étais sûr qu'elle finirait par sortir. Dès qu'il s'agit de discuter de la manière dont il faut financer les dépenses collectives, on voit surgir dans le débat des solutions qui reposent sur l'idée qu'il existerait un trésor caché. Il y a deux versions de ce mythe. Il y a une version plutôt de gauche, on vient de l'entendre. Le trésor est caché, comme on le disait à une époque, « dans les gâchis des grands monopoles ». Dans la version de gauche on dit aujourd'hui : « l'État vole à la Sécurité sociale des cotisations qu'il ne devrait pas lui prendre ». Et puis, il y a une version de droite tout à fait classique, qui localise le trésor caché dans « les gâchis de l'administration », ou, dans le secteur de la santé, dans les mauvais comportements des patients en général... Puiser dans les trésors cachés permettrait de résoudre le problème. Je veux dire que ce que pensent profondément les économistes, c'est qu'il n'existe jamais de trésor caché.

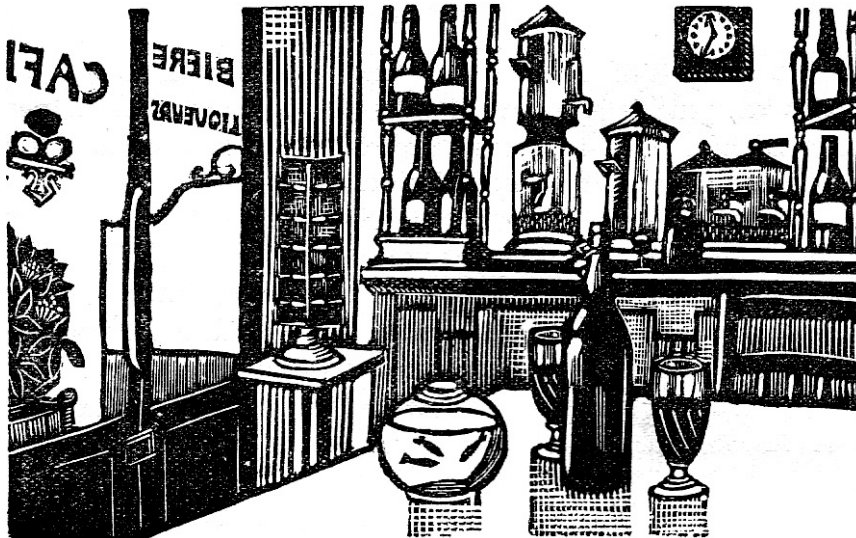
Je ne veux pas insister sur l'affaire des cotisations sociales : je crois qu'on peut dire qu'on a fait de grandes choses en 1945, mais on a commis une grande erreur qui était de vouloir financer les prestations sociales à partir de prélèvements réalisés sur les seuls salaires, et en particulier partagés entre les employeurs et les salariés, alors que ça n'a strictement aucun sens économique. On vit avec cette erreur qui fait qu'on n'arrive jamais à clarifier la façon dont il faudrait organiser rationnellement le financement de la protection sociale. C'est ce qui explique en partie la situation actuelle, mais ça nous entraînerait vraiment très loin si je voulais détailler.

Reprenons la question des médicaments. Que voit-on ? Que les chaînes pharmaceutiques sont des entreprises qui vivent bien, qui font un profit tout à fait convenable, et même parmi les plus élevés qu'on rencontre dans l'industrie. Mais, malgré tout, leur taux de profit n'est pas quinze fois ce qu'on observe dans l'industrie informatique ou dans les autres secteurs de l'économie. Ce qui est tout à fait logique, sinon tous les capitaux disponibles iraient s'investir dans l'industrie pharmaceutique... Or on ne constate pas que tous les capitaux disponibles vont s'investir dans l'industrie pharmaceutique. C'est qu'il y a ailleurs des opportunités de profit. En gros, on est dans la zone élevée des profits, mais pas dans une zone extravagante. Et donc, ces profits ne constituent pas un « trésor caché ». Le problème, c'est que sur le marché mondial de la pharmacie il y a une grande asymétrie : il y a d'un côté les États-Unis qui sont très libéraux, où les prix sont fixés de manière à peu près libre et sont extrêmement élevés, et puis il y a le reste du monde où toutes les administrations de santé se débrouillent pour imposer les prix les plus bas possibles. Et ça crée des distorsions extrêmement importantes qui font en particulier que ce sont les patients américains qui financent d'une certaine manière la recherche, et ça coûte quand même relativement cher, la recherche en matière pharmaceutique. Ça a marché pendant pas mal de temps. Ça ne va plus marcher très longtemps parce que les Américains ont compris que le reste du monde faisait du « free riding » sur la pharmacie, c'est-à-dire qu'on profitait du fait que le marché américain était libéralisé. Et donc ils cherchent maintenant à faire en sorte que les prix augmentent dans le reste du monde, et je pense qu'ils vont y arriver. Ils essaient de le faire par des pressions directes, en disant aux gouvernements du monde : « Arrêtez votre politique de bas prix, élevez les prix sur vos marchés. » Jusqu'à présent, les gouvernements refusent, et donc ça n'a pas fonctionné, mais je crois qu'ils ont une manière simple de le faire, qui est d'arrêter leur politique libérale sur leur marché à eux. Le jour où ils autoriseront les réimportations des pays à bas prix vers le marché américain, les prix s'effondreront y compris aux États-Unis et dans ce cas-là, donc, il n'y aura plus de quoi financer la recherche. Il y aura de vraies tensions dans tous les pays du monde, y compris en France, et on devra lâcher sur le niveau des prix. Alors, parce qu'il n'y a pas de trésor caché, il faudra bien que l'on trouve les ressources pour financer le coût du médicament. Si on regarde ce qui se passe du côté des pays les moins développés, on observe que ces pays n'ont pas les moyens de se

payer la pharmacopée, de se payer les médicaments dont ils ont besoin. Il y a deux solutions pour résoudre ce problème : une première qui consisterait à dire à l'industrie pharmaceutique d'abaisser ses prix, de vendre ses produits aux prix qui leur seront accessibles, donc « vendez-leur à perte », concrètement. C'est la solution qui est plus ou moins préconisée par l'OMS, plus ou moins. Et puis une deuxième solution qui serait infiniment plus rationnelle : aider ces pays à acheter des médicaments, donc doter l'OMS de fonds qui permettent de les acheter au prix du marché pour les redistribuer éventuellement gratuitement dans les pays qui ne peuvent pas les acquérir. Mais, en général, les solutions qui appellent de la transparence dans le financement, qui vont dans le sens d'une plus grande clarté dans la formation des coûts, des prix etc., ne sont pas les solutions qui sont préférées, ni par les gouvernements, ni par les organisations internationales. Et je trouve que c'est extrêmement regrettable.

Bruno Aubusson : La plupart de ceux qui ont préparé cette soirée sont intervenus et ont pris la parole devant vous, donc vous avez pu faire connaissance avec eux (*n.d.l.r.* : David Causse, adjoint au délégué général de la Fédération hospitalière de France, Gérard Cornilleau, chercheur à l'OFCE, André Grimaldi, professeur de médecine, François Laffon, journaliste, Frédéric Pierru, chercheur au CURAPP, avaient été présentés par Françoise Dixmier et Michelle Folco, membres du conseil « élargi » de Pénombre dont font également partie Bruno Aubusson, Jean-René Brunetière, Chantal Cases, Karin van Effenterre, René Padieu, Alain Tripier et Jan Robert Suesser). Il y a quelques pénombriens qui ne l'ont pas fait, et qui ont pourtant été indispensables à la soirée : Lise Mounier et France-Line Mary, qui vous accueillaient à l'entrée, Daniel Cote-Colisson, à qui on devait toutes les séquences vidéo, y compris celle qui passe maintenant... (un but d'un match de foot de l'Euro à peine terminé et qui n'avait pas dissuadé plus de cent participants de venir se rencontrer à l'ENGREF pour cette 10^{ème} nocturne de Pénombre).

À l'heure indiquée, la soirée se poursuivait comme il se devait.*



* l'abus de Pénombre est dangereux pour la santé.

Annexe : « Comptez moi la santé... »

Alors que s'envolent les milliers d'euros à la minute et les points de PIB par ci, les points de PIB par là, Pénombre essaie de savoir ce que l'on compte. Au risque de passer quelques minutes (non facturées aux adhérents) à comprendre les conventions de comptage employées pour mesurer les dépenses de santé. À quelques milliards d'euros près, on finit par s'y retrouver. Sans avoir trouvé de trésor caché...

Lisons donc les spécialistes de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

Les Comptes de la santé sont un des comptes satellites de la Comptabilité nationale. Ils retracent la production et le financement de la fonction santé.

Au sens de la Comptabilité nationale, celle-ci se limite au traitement et/ou à la prévention d'une perturbation de l'état de santé. Les activités du secteur médico-social (enfance inadaptée, adultes handicapés...) n'y sont pas incluses.

Le Compte de la santé privilégie deux grands agrégats :

- la consommation médicale totale (dont la consommation de soins et de biens médicaux),
- la dépense courante de santé.

La consommation médicale totale

Elle représente la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire national - y compris les DOM - par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction des besoins individuels. Elle est estimée à travers les sommes, d'origines publiques ou privées, qui en sont la contrepartie.

Ce grand agrégat se compose de la **consommation de soins et de biens médicaux** (soins hospitaliers, soins ambulatoires, médicaments, autres) et de celle de la **médecine préventive**.

La consommation médicale totale (CMT) s'élève en 2002 à 138,8 milliards d'euros soit une progression en valeur de 6,3 % sur 2001. La consommation médicale totale par personne s'élève à 2 266 euros (progression en valeur de 5,8 % sur 2001). La hausse de la consommation médicale totale est supérieure à celle enregistrée en 2001 (5,7 %). Sa part dans le PIB s'accroît de 0,29 point en 2002 pour atteindre 9,13 % du PIB. La moindre croissance du PIB en 2002, qui a progressé de 3,1 % en valeur contre 3,9 % en 2001, intervient pour partie dans cette augmentation.

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est de 136 milliards d'euros, soit une augmentation par rapport à 2001 de 6,4 % en valeur et de 3,9 % en volume. Cette augmentation est plus élevée que celle observée l'année précédente, portant à 8,93 % contre 8,65 % en 2001 la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB. Le médicament, dont l'augmentation a été de 5,1 % en valeur et 6,2 % en volume en 2002, est le secteur qui contribue le plus à la croissance de la consommation en volume, suivi des soins ambulatoires et du secteur hospitalier.

La dépense courante de santé

C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la **fonction santé**. À la consommation médicale totale elle ajoute les indemnités journalières, les subventions reçues, la recherche, l'enseignement et la gestion administrative de la santé.

La **dépense nationale de santé** est un concept proche de la dépense courante de santé. Il est utilisé dans les comparaisons internationales (OCDE).

La dépense courante de santé décrit l'ensemble des versements intervenus durant une année au titre de la santé (dépenses en capital exclues). Elle regroupe :

- la consommation de soins et biens médicaux,
- les dépenses d'aides aux malades (indemnités journalières),
- les dépenses de subventions au système de soins (prise en charge des cotisations sociales des médecins du Secteur I et des autres praticiens conventionnés),
- les dépenses de prévention regroupant la médecine préventive et les missions de santé publique à caractère général,
- la recherche médicale et pharmaceutique,
- la formation des professionnels de la santé,
- les dépenses de gestion générale de la santé (fonctionnement du ministère de la Santé, gestion des prestations de soins par les mutuelles et les administrations privées intervenant dans le domaine de la santé).

En 2002, le montant de la dépense courante de santé s'élève à 157,9 milliards d'euros, soit en moyenne 2 579 euros par habitant. Elle représente 10,38 % du PIB, soit une augmentation de 0,31 point par rapport à 2001, supérieure à celle observée en 2001 par rapport à 2000 (0,16 point). L'augmentation en valeur est de +6,3 % en 2002, rythme sensiblement supérieur à celui de 2001 (+5,6 %). Son accélération suit celle de la consommation de soins et de biens médicaux.

La dépense nationale de santé dans les pays de l'OCDE

La dépense nationale de santé est l'agrégat utilisé pour les comparaisons internationales au sein des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) : elle est évaluée à partir de la dépense courante de santé en défalquant les indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation médicales et en ajoutant la formation brute de capital fixe du secteur hospitalier public.

Dans ce cadre harmonisé, et sur des données provisoires, l'OCDE évalue à 9,5 % la part de la dépense nationale de santé dans le PIB en France en 2001. Les données semi-définitives établies pour l'année 2001 dans les présents Comptes de la santé confirment ce ratio. Les dernières données disponibles pour tous les pays de l'OCDE sont relatives à l'année 2001. Elles situent la France au cinquième rang derrière les États-Unis (13,9 %), la Suisse (10,9 %), l'Allemagne (10,7 %) et le Canada (9,7 %). La part des dépenses de santé dans le PIB en France retrouve en 2001 son niveau de 1995. Elle croît au total de 0,9 point de PIB depuis 1990. De ce point de vue, la France se place en position moyenne, au quinzième rang des pays de l'OCDE, soit au même niveau que les Pays-Bas et assez loin derrière la Suisse (hausse de 2,4 points) ou l'Allemagne (hausse de 2,2 points).

La dépense nationale de santé représente en 2002, 9,74 % du Produit intérieur brut (PIB) contre 9,45 % l'année précédente (voir ci-dessous les dernières données de l'OCDE).

Extraits recomposés de : **Comptes nationaux de la santé 2002**, Annie Fénina , DREES, Collection Études et statistiques, La Documentation française, 2003

Récapitulatif

- 61 -

PIB 2002 : 1 520,8 milliards € (2,9 millions d'euros à la minute selon l'unité de compte du ministre de la Santé), ce qui met le point de PIB à 15,208 milliards. Alors les décimales de point de PIB ne sont pas à négliger, même s'il ne faut finalement que 3,65 jours pour faire un point de PIB...

Source DREES, Comptes de la santé 2002 :

Consommation médicale totale 2002 (CMT) : 138,8 milliards €
soit **9,13 % du PIB** (8,84 en 2001)

dont

- **Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** : 135,8 milliards €
soit **8,93 % du PIB** (8,65 en 2001)
(Part de la CSBM dans la consommation des ménages : 12,9 %)

dont

Soins hospitaliers : 60,7 milliards € soit 44,7 % de la CSBM
Soins ambulatoires : 36,2 milliards € soit 26,7 % de la CSBM
Transports de malades : 2,2 milliards € soit 1,6 % de la CSBM
Médicaments : 28,6 milliards € soit 21 % de la CSBM
Autres biens médicaux : 8,1 milliards € soit 5,9 % de la CSBM

- **Médecine préventive** : 3 milliards €

Dépenses courantes de santé 2002 (DCS) : 157,9 milliards €
soit **10,38 % du PIB** (10,07 en 2001)

Dont

- Dépenses pour les malades : 147,7 milliards €
dont soins et biens médicaux : 136,3 milliards € dont 103,1 financés par la Sécu
dont aides aux malades (indemnités journalières) 9,6 milliards € (Sécu)
- Dépenses de prévention : 3,7 milliards €
- Dépenses en faveur du système de soins : 7 milliards €
- Dépenses de gestion générale : 2,8 milliards €
- Double compte : 3,3 milliards €

Source OCDE ECO-SANTÉ 2003 et 2004 :

Part de la **dépense nationale de santé (DNS)** France 2002 : **9,7 % du PIB** (9,5 en 2001)

Évolution 1990-2002

En « points de PIB »

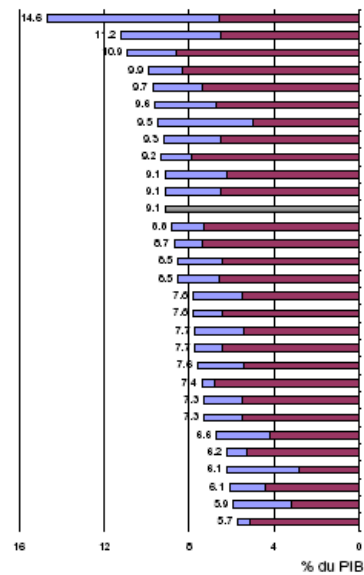
Part dans le PIB	1990	1995	2000	2001	2002
CSBM –DREES	7,80	8,60	8,51	8,65	8,93
CMT –DREES	7,90	8,80	8,70	8,84	9,13
DCS- DREES	9,04	10,03	9,91	10,07	10,38
DNS OCDE	8,6	9,5	9,3	9,5	9,7

La dépense nationale de santé -au sens de l'OCDE- augmente donc un peu moins vite (+ 13% entre 1990 et 2002) que la dépense courante de santé au sens des comptes de la santé (+ 15 % entre 1990 et 2002).

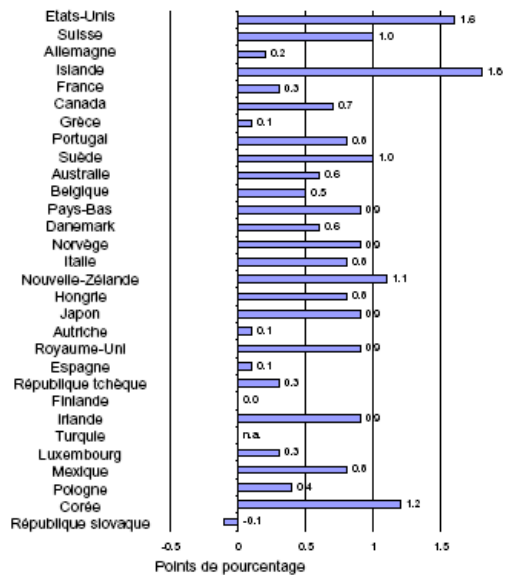
Données récentes de l'OCDE :

Eco-Santé OCDE 2004 – Tableaux et graphiques du communiqué de presse du 3 juin 2004

Graphique 1: Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2002

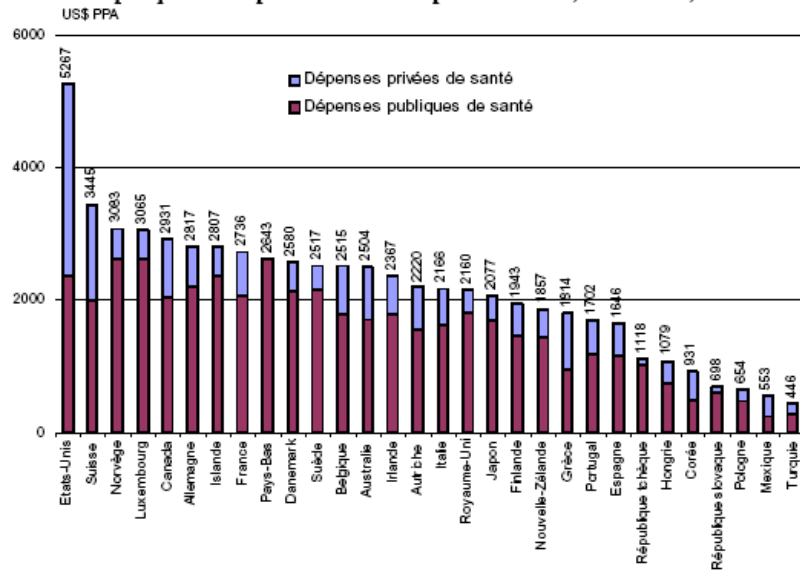


Graphique 2: Variations des dépenses de santé en pourcentage du PIB, 1997-2002



Source: *Eco-Santé OCDE 2004*, 1^{ère} édition.
Note: Australie, Corée, Japon 2001; Turquie 2000.

Graphique 3: Dépenses de santé par habitant, US\$ PPA, 2002



Source: *Eco-Santé OCDE 2004*, 1^{ère} édition.
Notes:

(1) Australie, Corée, Japon 2001; Turquie 2000.

(2) Pays-Bas: le partage public/privé des dépenses de santé n'est pas disponible.

Les parités de pouvoir d'achat (PPA) permettent la comparaison des dépenses entre les pays sur une base commune. Les PPA sont des taux de conversion monétaire qui égalisent le coût d'un « panier » donné de produits et services dans différents pays.

Composition

Ce volume contient :

Présentation	1
<i>Symptômes</i>	
On dit 23 000, pourquoi pas 50 000 ? par Ph. Douste-Blazy	3
Chiffres sans intérêt en vrac , par Bruno Aubusson	3
<i>Diagnostics</i>	
Évolution des dépenses de santé, par Gérard Cornilleau	5
Trou historique et historique du trou, par Frédéric Pierru	10
Vous avez dit « soigner » ? par André Grimaldi	13
<i>Salle d'attente</i>	
Les patients échangent leurs impressions	16
Les inquiétudes de Mme Grisou lues par Karin van Effenterre	22
Où Françoise Dixmier ne rassure pas Mme Grisou	25
Y a-t-il des chiffres sains ? par Chantal Cases	27
<i>Traitements</i>	
Les journalistes, le ministre et son chiffre, par Francis Laffon	33
Tous pour un, un pour tous, par Frédéric Pierru	36
La santé du futur, par André Grimaldi	39
<i>Médecines parallèles</i>	
Les oubliés du plan, par David Causse	41
Dessine-moi un plan, par Jean-René Brunetière	44
<i>Excipient q.s.p. 1LG</i>	53
Annexe	57
Illustrations de couverture et pages 1 et 56 réalisées à partir de gravures de S. Lecoanet pour <i>La paix des bêtes</i> de Colette, Le Livre de demain, 1933. Dessin de Michel Lorcy page 14.	

© Pénombre 2005

C'EST EN PENSANT TOUS UN PEU,
QU'ON PEUT TOUT CHANGER .

En prenant l'habitude de lire les publications de Pénombre
vous soignez à la fois votre pensée et vos dépenses.

**C'est l'une des 50 mesures décidées pour sauver notre système de pensée.
Les publications de Pénombre, aujourd'hui, tout le monde les connaît.
Elles sont aussi efficaces et moins chères que les autres. En les lisant de plus en
plus, vous serez encore mieux informés,
et vous ne réaliserez que 23 euros de dépense par an.**

Pour plus d'informations : www.penombre.org

Pénombre, l'association d'un monde qui pense.