

**Actes du colloque « Assurance maladie » organisé
le 18 novembre 1994 par l'association des anciens
élèves de l'Institut de Statistique de l'Université
Pierre et Marie Curie - ISUP**

Journal de la société statistique de Paris, tome 136, n° 2 (1995),
p. 3-107

http://www.numdam.org/item?id=JSFS_1995__136_2_3_0

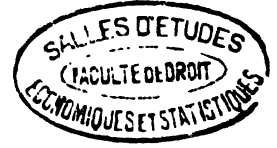
© Société de statistique de Paris, 1995, tous droits réservés.

L'accès aux archives de la revue « Journal de la société statistique de Paris » (<http://publications-sfds.math.cnrs.fr/index.php/J-SFdS>) implique l'accord avec les conditions générales d'utilisation (<http://www.numdam.org/conditions>). Toute utilisation commerciale ou impression systématique est constitutive d'une infraction pénale. Toute copie ou impression de ce fichier doit contenir la présente mention de copyright.

NUMDAM

Article numérisé dans le cadre du programme
Numérisation de documents anciens mathématiques

<http://www.numdam.org/>



AVANT-PROPOS

GÉRARD CROSET

Président du Comité d'organisation du Colloque

Professeur à l'Institut de Statistique de l'Université Pierre et Marie Curie - ISUP

Lorsque le Bureau de l'Association des Anciens Elèves de l'ISUP (Institut de Statistique de l'Université Pierre et Marie Curie) prit la décision, à la fin de 1993, de choisir l'Assurance Maladie comme sujet de son prochain colloque, il se doutait bien que la question était d'une importance majeure à bien des égards. Néanmoins, nous ne savions alors pas qu'elle allait devenir, quelques mois plus tard, d'une aussi brûlante actualité. Le fait que la dénomination d'un ministère comporte, aujourd'hui, les termes mêmes que nous avons utilisés pour dénommer ce colloque, nous paraît hautement significatif.

Les hasards du calendrier font donc que les actes de ce colloque se trouvent prêts au moment précisément où ils peuvent être le plus utiles pour alimenter la réflexion des responsables des grands services publics, des professionnels de la Santé, des acteurs de la prévoyance sociale de base et complémentaire, des responsables de l'industrie pharmaceutique et, plus généralement, de tous ceux qui sont concernés par l'Assurance Maladie, c'est-à-dire tout le monde.

A l'occasion de cet avant-propos, je veux seulement noter, non par ordre d'importance mais au fur et à mesure qu'ils apparaissent, les principaux thèmes évoqués :

- le rôle de l'Etat dans la politique de santé publique et dans l'assurance maladie, débat fondamental, jamais véritablement tranché, auquel le colloque apporte un éclairage nouveau ;
- le poids présent et futur du secteur de la santé et de l'assurance maladie en matière d'emploi et aussi d'aménagement du territoire - thème on ne peut plus actuel - ;
- le défi que pose le financement des dépenses de santé, en termes d'équilibre global, de justice sociale mais aussi au regard de l'objectif de compétitivité externe de la France ;
- les problèmes que rencontrent, et craignent de rencontrer, les acteurs de la prévoyance sociale complémentaire dans l'application de certaines dispositions obligatoires et dans la collecte des informations qu'ils estiment nécessaires ;
- l'originalité - qui nous interpelle tous - de la situation française dans le domaine des médicaments avec, comparativement aux autres pays européens, des prix faibles associés à des quantités fortes ;
- les mérites et inconvénients respectifs des différentes approches visant à une maîtrise des dépenses de santé - la difficulté, que le colloque a bien fait apparaître, est celle de définir ce que l'on entend exactement par maîtrise - ;
- la répartition optimale du coût de la santé entre les grands opérateurs publics et notamment les régimes de base de la Sécurité Sociale mais aussi les acteurs du "complémentaire" et les patients eux-mêmes ;
- les insuffisances dans la connaissance de certains éléments de l'analyse des dépenses maladie et des indicateurs de santé, comme dans la prise en compte des efforts de prévention ;
- les interrogations d'ordre éthique, scientifique, social et économique que peuvent formuler les médecins et autres personnels de santé, à côté des organismes assurant une couverture de base ou complémentaire des dépenses maladie.

Ces actes rendent ainsi compte des discussions de fond et des débats contradictoires, suscités par les exposés d'intervenants qui sont parmi les meilleurs spécialistes de leur domaine respectif. Les lecteurs de ces actes y trouveront donc les références de base et des réflexions qui anticipent déjà l'évolution prévisible jusqu'en l'an 2000.

COMITÉ D'ORGANISATION DU COLLOQUE

Président :	Gérard CROSET	Actuaire-Tillinghast/ISUP
Membres :	Jean-Marc BONIFACIO	Actuaire-U.A.P.
	Martine BERNAUDAT	Actuaire-A.G.F.
	Jean-François CHADELAT	Actuaire-Fonds de Solidarité Vieillesse
	Juliette CHAPRONT	Étudiante ISUP
	Arnaud EHRHARDT	Actuaire-AURIA Vie
	Anne GRANIER-BLANC	Actuaire-SCOR Vie
	Pierre MASCOMÈRE	Actuaire-T.G.F./ISUP
	Christian PARTRAT	Actuaire I.S.F.A./ISUP
	Dominique SERRURIER	Statisticien-GIBA-GEIGY
	Émile SIDIBE	Statisticien-MEDIA ASSURANCE
	Martine VAREILLES	Actuaire-A.G.F.
	Nadjette YAHY	Statisticien-AXIS Conseil

LOGISTIQUE ET ADMINISTRATION

Institut de Statistique de l'Université Pierre et Marie Curie - ISUP

Directeur : Jacques CHEVALIER
Secrétaire Général : Françoise DENIZOT

ÉTABLISSEMENT DES ACTES

Mise en forme : Dominique LECOCQ, Secrétariat ISUP

Exploitation des enregistrements par des étudiants de l'I.S.U.P. :
Emeric BELLANGER - Nathalie DELCLOS - David DESPREZ - Valérie GILLES
Alexis GIMON - Sophie LATIL - Eric MANIABLE

POUR TOUTE INFORMATION

ASSOCIATION DES ANCIENS ÉLÈVES DE L'ISUP
Tour 45-55 - 3^e étage - Case 157
4, place Jussieu - 75252 Paris Cedex 05
Téléphone : 33.1.44.27.33.52 - Télécopie : 33.1.44.27.70.50

LES PERSPECTIVES DE LA BRANCHE MALADIE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Jean MARMOT

Secrétaire Général de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale

Gérard CROSET

Cette réunion a un caractère amical. C'est l'Association des Anciens Élèves de l'I.S.U.P. (Institut de Statistique de l'Université Pierre et Marie Curie) qui en a pris l'initiative et qui m'a confié la présidence du Comité d'organisation.

Le thème de l'Assurance Maladie a été retenu en raison de l'importance économique et sociale de ce secteur mais aussi parce qu'il impliquait deux des grandes filières de l'ISUP, à savoir l'actuariat et la biostatistique.

Dans cet esprit, je précise que le Président de l'Association, Dominique SERRURIER, qui est biostatisticien, présidera la séance de cet après-midi. Le caractère amical de notre réunion ne signifie pas que nous ayons voulu sacrifier au plan de la qualité des interventions.

C'est pourquoi, pour parler de la branche maladie de la Sécurité Sociale, nous avons fait appel à Jean MARMOT, conseiller maître à la Cour des Comptes et Secrétaire Général de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale, qui a bien voulu répondre favorablement à notre invitation que lui a adressée Jean-François CHADELAT.

Jean MARMOT

Je ne suis pas sûr d'avoir beaucoup de choses à apprendre sur les perspectives de la branche maladie à une assemblée aussi qualifiée, d'autant que toute la journée va être consacrée à ce sujet. Aussi, le titre que l'on a proposé pour mon intervention est-il peut-être un peu ambitieux et, en accord avec mon vieil ami Jean-François CHADELAT, je vais le réorienter vers une présentation des aspects comptables et de financement de l'Assurance Maladie, quitte à ouvrir, en fin de parcours, quelques unes des perspectives que vous m'avez invité à tracer.

D'autres que moi vous parleront donc, et avec plus de compétence, des facteurs lourds d'évolution de ce type de dépenses, qu'il s'agisse du vieillissement, de l'évolution technologique ou du développement de la médecine de "prédiction". D'autres évoqueront les travaux que mène actuellement l'équipe d'experts qu'animent Raymond SOUBIE, Jean-Louis PORTOS et Christian PRIEUR.

Mon propos sera, donc, essentiellement tourné vers l'immédiate actualité, vers le présent et donc, encore une fois, surtout vers les aspects financiers.

Il me semble, tout d'abord, important de savoir de quoi l'on parle et de percer le brouillard sémantique qui, dans nombre de médias, obscurcit ce type de débat.

Et aux médias, je devrais en vérité ajouter les rapports gouvernementaux. Si vous avez pris connaissance du rapport que le Gouvernement a soumis au Parlement au début de cette semaine, vous avez pu voir que l'on continue à y entretenir une grande confusion entre plusieurs concepts tout à fait différents :

- le concept de dépenses de santé,
- le concept de dépenses de soins,
- et le concept de dépenses d'Assurance Maladie.

Ce sont trois notions bien distinctes, pour lesquelles la légitimité de l'intervention de l'État est tout à fait différente aussi.

Je ne m'étendrai que peu sur les dépenses de santé. Vous savez que c'est une notion molle. Personne ne sait exactement définir ce que l'on appelle santé, qui, de plus en plus, correspond à la médicalisation du mal-être social. Vous savez qu'on est donc obligé de se satisfaire d'une définition conventionnelle de cette notion, et que, comme toute définition conventionnelle, les conventions sont différentes selon les pays ou les structures. Et vous savez, mieux que moi, que la dépense de santé selon l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique) n'est pas la même chose que la dépense de santé selon les comptes de la santé qu'établissent nos spécialistes.

Je me bornerai, pour ma part, à souligner ici un seul point : l'État n'a, à mes yeux, aucune légitimité pour maîtriser les dépenses de santé.

Je pense, d'ailleurs, qu'il mène, à ce propos, une politique de gribouille, parce que, comme moi sans doute, vous pouvez voir à la télévision, ou entendre à la radio, actuellement, toutes sortes de messages vous invitant à vous doper au "sargenor" ou à consommer des pastilles x ou y contre la toux, dont les achats viennent alourdir les dépenses de santé. Comment, ensuite, s'effrayer de constater que les dépenses, que l'on a encouragées, ont augmenté ?

Pour moi, seule est non seulement justifiée, mais plus encore indispensable, l'intervention des Pouvoirs publics pour maîtriser celles de ces dépenses de santé ou, plus exactement, celles de ces dépenses de soins, qui sont financées par prélèvement collectif obligatoire.

Vous savez que, depuis quelques années, si l'on retient les conventions et la terminologie de la comptabilité française des comptes de la santé, on constate que la Sécurité Sociale finance un petit peu moins des trois quarts de ces dépenses de santé, 74% exactement.

Deuxième point : qu'est-ce que la branche maladie de la Sécurité Sociale ?

Pour la plupart de nos compatriotes, la branche maladie de la Sécurité Sociale, c'est la C.N.A.M.T.S. (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) ; les comptes de la branche maladie de la Sécurité Sociale, ce sont les comptes de la C.N.A.M.T.S. Vous savez, assurément, qu'il n'en est rien, que, dans les comptes de la C.N.A.M.T.S., on trouve des affaires qui n'ont rien à voir avec la branche maladie. La C.N.A.M.T.S. gère, non seulement le risque maladie et maternité, mais également le risque accidents du travail qui obéit à une autre logique, de type assuranciel ; et vous savez que la branche maladie de la C.N.A.M.T.S. représente le principal régime de la branche maladie de la Sécurité Sociale, mais non la totalité.

La branche maladie de la C.N.A.M.T.S., c'est à peu près 81% des dépenses de prestations d'Assurance Maladie. D'autres régimes doivent être cités. Des régimes spéciaux de salariés, qui représentent, au total, un petit peu moins de 9% : Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale, régime des salariés agricoles, R.A.T.P. (Régie Autonome des Transports Parisiens), S.N.C.F. (Société Nationale des Chemins de Fer Français), Banque de France, etc. Ces régimes spéciaux de salariés sont très étroitement articulés avec le régime général de la Sécurité Sociale au plan financier, notamment par le truchement de compensations bilatérales, qui font qu'en définitive, on n'est pas loin, dans beaucoup de cas, d'une véritable intégration financière, et je pense notamment au régime des mineurs.

A côté de ces régimes de salariés, régime général ou régimes spéciaux, il y a des régimes de non salariés : le régime des exploitants agricoles, 6% à peu près des dépenses de prestations d'Assurance Maladie, et le régime, dit des "Non-Non" (Non salariés Non agricoles) un petit peu plus de 4%. Autrement dit, le régime général, c'est l'essentiel, ce n'est pas la totalité.

Néanmoins, on doit souligner que, même pour les régimes de non salariés, il y a, par le truchement des compensations, en l'espèce, de la compensation généralisée de la loi de 1974, des relations financières extrêmement étroites et portant sur des montants considérables, de l'ordre de 7 milliards de francs en 1993.

Existe-t-il un compte consolidé de la branche maladie de la Sécurité Sociale dont nous pourrions faire l'examen, pour essayer d'en tracer les perspectives ?

La réponse est Non !

Vous savez qu'une loi récente, la loi n° 94 637 du 25 juillet 1994, a prévu l'identification, l'autonomie comptable et de trésorerie, de la branche maladie du régime général, mais elle n'a pas, à ce stade, prévu de consolidation des comptes de la branche maladie de la Sécurité Sociale, au sens que j'ai défini tout à l'heure.

Les modalités actuelles d'établissement des comptes, au sens de comptes rétrospectifs, de comptes définitifs, de la branche maladie du régime général, sont, à mes yeux au moins, critiquables, dans la mesure où ils reposent, pour le principal, c'est à dire la gestion du risque, sur le principe de la comptabilisation en fonction de l'encaissement/décaissement, et non pas sur le principe, traditionnel en comptabilité d'entreprise, des droits constatés. Vous noterez, d'ailleurs, que, pour les autres régimes que j'ai évoqués tout à l'heure, il y a parfois des principes comptables différents ; c'est, en particulier, le cas pour la mutualité sociale agricole.

Vous savez, également, que Madame Simone VEIL a décidé de mettre de l'ordre en ce domaine, et prévu qu'au 1^{er} janvier 1996 sera établie, pour l'ensemble des régimes de Sécurité Sociale et d'abord ceux du régime général, une nouvelle comptabilité fondée sur le principe des droits constatés. On pourra donc, à compter de cette date, c'est à dire du 1^{er} janvier 1996, espérer avoir des outils de pilotage de la branche maladie de la Sécurité Sociale, plus précis, plus fiables.

On a parfois tendance à dire : "Certes, il y a là des débats techniques intéressants, mais ils n'ont pas de portée significative".

C'est à la fois vrai et faux. Il est assurément vrai que l'établissement d'une comptabilité sur des bases techniques plus conformes aux normes comptables traditionnelles ne va pas bouleverser la perception que l'on peut avoir des problèmes de l'Assurance Maladie. Mais c'est faux, dans la mesure où il serait inexact de penser que l'établissement d'une comptabilité sur des bases saines ne va pas avoir de conséquences.

Je n'en citerai ici que deux :

- à ce jour, on est incapable d'imputer à la branche maladie du régime général, de façon précise et indiscutable, par exercice ou globalement, la part qui lui revient des quelque 90 milliards de créances que le régime général détient sur les employeurs; c'est tout de même très gênant ;
- de même, le mode d'analyse que l'on retient actuellement conduit à ne pas porter intérêt aux créances que notre pays détient sur ses partenaires - et je pense, même à ses partenaires de la Communauté Européenne - au titre des soins de santé, créances qui, en solde net, représentaient environ 3,5 milliards de francs au 31 décembre dernier.

L'établissement de documents comptables plus pertinents, plus fiables, plus conformes aux normes comptables traditionnelles, est nécessaire avec, sinon une certification, du moins une intervention plus exigeante de la Cour des Comptes. La loi du 25 juillet 1994 charge d'ailleurs cette juridiction d'établir, chaque année, un rapport sur les comptes définitifs de l'exercice n-2 et, surtout, la charge du contrôle des cotisations versées par l'État employeur. La disponibilité de documents comptables plus pertinents permettra de porter une réflexion plus sereine sur ce sujet.

Je voudrais, de ces débats un peu techniques, ne retenir qu'une idée pour vous, à ce stade ; c'est que lorsque l'on tire argument, dans une réunion ou dans un document, d'un taux d'évolution, il est important de savoir à quoi il se rapporte exactement.

Je prends un exemple, puisque j'ai devant moi quelques spécialistes de l'industrie pharmaceutique. Lorsque l'on dit que l'accord conclu entre l'État et le SNIP (Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique), en janvier 1994, conduit à la définition d'un taux objectif d'évolution des dépenses de médicaments remboursables par la Sécurité Sociale de 3,2 % pour l'ensemble des risques et l'ensemble des régimes,

cela veut dire que, pour la C.N.A.M.T.S., le taux considéré est de 3,9 % et, même, si l'on regarde le poste pharmacie, et non pas le poste médicaments, de 4,1 %.

Donc, vous voyez bien qu'il faut savoir, exactement, de quoi l'on parle, et l'on n'est pas toujours suffisamment attentif à ce sujet.

Je vais, maintenant, faire quelques remarques visant essentiellement le régime général, qui est tout de même le plus important, bien entendu, de la branche maladie de la Sécurité Sociale.

Je crois utile en premier lieu de rappeler sommairement quelques grandes masses de dépenses, quelques grands problèmes que pose cette branche, avant d'évoquer le financement dont elle bénéficie.

Vous savez, qu'en 1993, la branche maladie-maternité de la C.N.A.M.T.S. représentait un total de dépenses de l'ordre de 507 milliards de francs dont environ 437 milliards de prestations en métropole. Cette dernière masse de prestations était répartie de la manière suivante :

- 213 milliards pour l'hospitalisation,
- 165 milliards pour les soins ambulatoires,
- 23 milliards pour les prestations en espèces,
- un petit peu moins de 20 milliards pour les dépenses de maternité,
- et un peu plus de 17 milliards pour les prestations d'invalidité-décès.

Les dépenses de gestion administrative de cette branche représentaient à peu près 29 milliards de francs, si l'on tient compte des charges imputables au contrôle médical. Vous n'ignorez pas que cette branche, qui réunit plus de 100 000 agents, connaît actuellement un certain sureffectif ; toutes les conséquences de l'informatisation de ses services n'ayant, à l'évidence, pas été tirées.

Si l'on aborde les postes les plus importants, c'est à dire les dépenses de prestations, et que l'on essaie d'aller un peu plus dans le détail, on constate que 53% de ces dépenses de prestations sont consacrées à l'hospitalisation. L'hospitalisation, c'est, essentiellement, l'hospitalisation publique, qui, en 1993, a engendré quelque chose comme 186 milliards de dépenses, dont un peu moins de 160 milliards de dépenses pour les hôpitaux placés sous le régime dit "du budget global" ; l'hospitalisation privée représentant la différence, environ 26 milliards de francs.

Vous le constatez, le problème central pour cette composante majeure de charge de l'Assurance Maladie qu'est l'hospitalisation, c'est le problème de l'hospitalisation publique.

Vous aurez, assurément, au cours de cette journée, tout le loisir de vous étendre sur cette question. Pour ma part, je me bornerai à vous rappeler que 70% des dépenses de l'hôpital sont des dépenses de personnel. Quelles que soient les modalités de la restructuration, de la reconcentration, de la rationalisation que l'on envisage, en définitive, on ne fait d'économies que si l'on allège les charges de personnel. Comme il est difficilement imaginable de réduire les traitements de fonctionnaires, il faut être concret quand on parle de la maîtrise des dépenses d'hospitalisation publique quand on annonce qu'il faut supprimer des lits, cela signifie que l'on propose de supprimer les emplois qui sont au pied des lits.

Vous savez que l'hôpital, c'est à peu près 1 million 100 mille emplois, dont beaucoup de faible qualification, et qu'il y a une chance non négligeable que les personnes qui

ne seraient plus employées à l'hôpital, alors même que l'on préconise le développement des emplois de service, se retrouvent directement à l'A.N.P.E. (Agence Nationale pour l'Emploi).

Pour 1995, la dérive, pour la composante majeure de ce poste qu'est l'hospitalisation sous budget global, est de l'ordre de 4% en apparence, de près de 5,5% en réalité, puisqu'il faudra bien, d'une manière ou d'une autre, payer les charges de retraite de ce personnel, c'est à dire, financer le déficit de la CNRACL (Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales).

En médecine de ville, deux grandes composantes sont à distinguer :

- les honoraires de 63 milliards, 52 environ pour les médecins, le reste pour les dentistes,
- les prescriptions, un peu plus de 87 milliards (je cite toujours des chiffres de 1993), la grosse masse, un petit peu moins de 55 milliards, pour la pharmacie.

Dans la prévision de 1995, il est convenu que l'on limitera ce type de charges à un taux de progression de 3,2% et 2,3% seulement pour les prescriptions. Si vous faites, comme moi, le rapprochement entre le taux que j'ai cité pour l'évolution des charges d'hospitalisation publique et le taux que je viens d'évoquer pour les soins ambulatoires, vous en tirerez, tout de suite, quelques leçons sur la simplicité des négociations qui viennent de s'engager avec les professions de santé intéressées.

Là aussi, il faut être clair si l'on veut atteindre ces objectifs. Si l'on tient compte de la dérive des prix, un peu inférieure à 2%, de l'évolution de la démographie des différents corps concernés - en particulier du corps médical - en pratique, on demande aux professions d'accepter dans la plupart des cas, de signer une diminution en moyenne de leur niveau de vie. C'est un sujet qui mérite réflexion.

La solution, me direz-vous, c'est la suppression des charges indues. C'est un thème vieux comme la Sécurité Sociale, et vieux, au moins, comme Force Ouvrière, qui peut démontrer que si l'on supprimait les charges indues, telles que cette organisation les identifie, le véritable problème de la Sécurité Sociale serait celui du placement de ses excédents. Elle a considéré, par exemple, comme une charge induue, les charges de compensation, comme si, dans l'hypothèse où l'on intégrerait tous les régimes dans le régime général, on n'aurait pas le même type de rééquilibrage à opérer.

Sans aller jusque là, je reconnais, pour ma part, qu'il y a certains postes pour lesquels, en effet, on peut s'interroger de ce point de vue. Je pense que dans la clarification des relations entre l'État et le régime général, et entre les autres régimes et le régime général - que la loi du 25 juillet 1994 organise et pour laquelle elle a confié des missions particulières, tant à la Commission des comptes de la Sécurité Sociale que j'anime, qu'à la Cour des Comptes à laquelle j'appartiens -, il y a là des sujets à discuter.

J'en citerai, par exemple deux : la couverture maladie des adultes handicapés qui représente à peu près 21-22 milliards de francs en 1993 et pour laquelle, en effet, on peut se demander pourquoi c'est le régime général qui la supporte, au moins exclusivement. Il paraîtrait légitime de partager cette charge.

On peut également estimer que la formation du personnel médical, qui, à la limite, profite à tous les assurés, ne devrait pas reposer exclusivement sur le régime général, ce qui pourrait alléger un peu cette dépense, certes modeste, de l'ordre de 250 millions de francs.

Alors, quelles sont les perspectives d'évolution de ces dépenses ?

Je ne m'étendrai pas, comme je l'ai déjà dit, sur les facteurs lourds qui les commandent ; je me bornerai, à ce stade, à appeler votre attention sur la difficulté de prévision à court/moyen terme de ce type de dépenses. D'abord, les facteurs lourds, certes, pèsent d'une façon constante, mais ils ne pèsent pas tous de la même manière.

Je citerai un exemple sur lequel vous aurez sans doute à revenir dans la journée. On met, souvent, l'accent sur la croissance de la démographie du corps médical. Elle est incontestable. Mais, néanmoins, depuis maintenant vingt ans, on a durci le numerus clausus d'entrée dans les études de médecine. Quand on regarde le détail de l'évolution, on constate, pour rester dans la dernière période, qu'entre 1988 et 1991, le taux de croissance annuel des effectifs des médecins libéraux est de 2,4%. Il est tombé à 1,3% entre 1991 et 1992, et à 0,8% entre 1992 et 1993. Donc ce facteur d'accroissement des charges est indiscutable, mais il y a un effritement de ses conséquences.

A court terme, vous le savez, la prévision est souvent troublée par des facéties climatiques ou statistiques. Quand on ne sait pas trop comment expliquer une évolution de l'Assurance Maladie dans la courte période, on cite, traditionnellement, l'épidémie de grippe qui vous permet d'expliquer un écart de 1 à 2 milliards, sans trop de difficultés.

Il y a assurément de grandes difficultés à analyser très rapidement ce qui se passe sous nos yeux, comme le montre l'exemple de 1994. Il n'est pas contestable que, depuis les dernières semaines de 1993, et, au moins pendant tout le premier trimestre 1994, il y a eu une inflexion majeure du comportement des acteurs du système de santé ambulatoire. Il y a des évolutions très nettes du poste honoraires et du poste prescriptions qui conduisent, par exemple, les spécialistes à prévoir qu'en 1994, les honoraires du secteur de ville diminueront de 1% et que les prescriptions diminueront d'un peu moins de 0,6%. C'est donc une inflexion, tout à fait majeure, qui ne peut pas être expliquée, uniquement, par l'écho lointain de l'augmentation du ticket modérateur, décidée en juillet 1993.

Alors, comment l'expliquer ?

On a mis en avant toute sorte d'arguments, qui vont de considérations générales telles que l'incidence de la morosité économique sur le budget des ménages, à des facteurs plus techniques, comme la mise en place d'un ordonnancier bi-zone qui a pesé sur les soins, disons de seconde priorité, des personnes âgées, comme les fameuses RMO (références médicales opposables), ou, enfin, comme l'accord cadre conclu avec l'industrie pharmaceutique. En réalité, tout ceci a joué un rôle. Il est cependant bien difficile de cerner avec précision l'importance de ces différents facteurs et, par conséquent, il est très difficile de prévoir avec précision la durée de cette inflexion.

Est-elle conjoncturelle ? Est-elle structurelle ? C'est un débat que les experts ne savent pas trancher, que le Gouvernement, d'ailleurs, n'a pas pu trancher, de sorte que, pour la première fois, il a, pour la prévision de 1995 de la branche maladie du régime général, présenté deux scénarios :

- un scénario supposant que l'inflexion du 1^{er} semestre 1994 était de nature structurelle et que, par conséquent, elle se prolongerait en 1995 ; c'est bien entendu le scénario qui a été retenu ;

- et un deuxième scénario qui considère que cette inflexion est une parenthèse conjoncturelle et que, pour l'essentiel, on retrouverait, après la fin de la présente année, les tendances de moyen terme qui pouvaient être discernées les mois précédents.

Je crois qu'il faut dégager de cette expérience, la nécessité de relativiser les prévisions. La presse sacralise souvent les informations qui sont données ; les journalistes se battent pour fournir un scoop à la dizaine de millions de francs près, sans se rendre compte que les estimations qu'ils rendent publiques reposent sur des hypothèses pouvant faire osciller le résultat de plusieurs milliards. Pour 1995, entre le scénario lourd et le scénario léger, que j'évoquais tout à l'heure, il y a entre 4 et 5 milliards de dépenses.

Le problème que posent ces dépenses de soins ambulatoires, sur lequel vous aurez l'occasion de revenir cet après-midi, c'est évidemment celui de leur maîtrise et du choix entre la maîtrise médicalisée et la maîtrise comptable ; la différence entre les deux me semblant être, principalement, que la maîtrise médicalisée est la version intelligente de la maîtrise comptable.

J'appelle votre attention sur le fait qu'il y a, à ce propos, une espèce de convergence de "l'establishment" de ce pays, qu'il soit de droite ou qu'il soit de gauche : sous la dominante de la rue de Bercy, les experts sont en règle générale des partisans de la maîtrise comptable, surtout lorsqu'ils n'ont pas à l'appliquer eux-mêmes. Vous avez une excellente illustration de cette vision de l'avenir de l'Assurance Maladie, dans le récent rapport qu'Alain MINC a remis au Premier Ministre, sur l'avenir de notre société, où il préconise, en quelque sorte, de mettre sous enveloppe comptable à peu près toutes les dépenses de soins ambulatoires, bien évidemment, sans ignorer que nous sommes dans un pays, aujourd'hui, ouvert sur le monde. Par conséquent, les gens aisés qui viendraient buter sur les limites comptables, ainsi mises en place, n'auraient qu'une dépense supplémentaire à ajouter à leur prévision : celle du billet d'avion pour les transporter en Amérique, ou du billet de chemin de fer pour les conduire en Allemagne, en Suisse ou en Grande-Bretagne.

Je suis, pour ma part, convaincu qu'il convient d'aborder ces problèmes de maîtrise avec nuance, et que la maîtrise médicalisée est la bonne approche de cette affaire. Elle nécessite du temps, elle suppose une évolution des esprits, et, par conséquent, elle n'est pas compatible avec un traitement de choc. Elle nécessite une évolution culturelle des interlocuteurs, évolution que devrait favoriser la continuité que l'on observe à ce sujet. Ainsi, par delà les discours et les confrontations idéologiques, les instruments, qui ont été mis en place en 1991 et 1993 par le précédent Gouvernement, continuent à être utilisés. Sur la moyenne période, ils pourraient permettre une évolution dans le bon sens.

Je serai bref, puisque le temps va me manquer, sur les deux dernières rubriques que je voulais évoquer : le financement et les conclusions.

Le financement de l'Assurance Maladie

Vous le savez que pour l'heure, le financement de l'Assurance Maladie est essentiellement assuré par les cotisations, l'apport des recettes d'origine fiscale étant marginale : une dizaine de milliards de francs au maximum, essentiellement la taxe sur les assurances automobiles et des contributions occasionnelles sur le tabac et les alcools.

Le vrai problème, c'est celui des cotisations. Sur les cotisations, je dirai deux mots seulement.

Le premier pour vous mettre en garde contre une légende que l'on ressasse inlassablement : les cotisations, est-il de bon ton d'affirmer, sont dégressives et s'opposent à l'impôt sur le revenu qui, lui, est progressif. Ceci a été vrai tant que les cotisations étaient plafonnées. Ce n'est plus le cas. Les cotisations ne sont plus, aujourd'hui, plafonnées, on ne saurait, donc, prétendre qu'elles sont dégressives. On peut même suggérer, qu'à certains égards, elles deviennent progressives, avec le mécanisme d'exonération qui existe pour certaines catégories d'emplois.

La deuxième remarque que je voulais faire, a trait au problème des cotisations pesant sur les retraites et les revenus de remplacement, considérablement allégées par rapport aux cotisations pesant sur les salariés, alors même que ce sont, généralement, les retraités qui suscitent le plus de dépenses d'Assurance Maladie.

Dernière remarque, que je n'ai pas le temps de développer, c'est que le produit des cotisations est évidemment sous la dépendance de l'évolution de la masse salariale. Pour ma part, sans faire preuve d'une grande originalité par rapport à l'immense majorité des spécialistes, je doute qu'il soit envisageable de prévoir une évolution de la masse salariale dans les dix prochaines années, qui soit, en moyenne annuelle, très supérieure à 2 %, au grand maximum 2,5%, en francs constants. Par conséquent, cela conduira, avec une dérive des prix vraisemblable de 2% l'an, à une évolution annuelle de la recette de l'ordre de 4, au mieux 4,5%, en moyenne. Certes, pendant certaines phases du cycle, on peut être au-dessus, et pendant d'autres au-dessous, mais en moyenne, on sera à ce niveau là.

Par conséquent, et j'en arrive là au moyen terme, le problème de l'Assurance Maladie, c'est que, en moyenne, au cours des prochaines années, les dépenses augmentent à un rythme inférieur à celui que je viens d'indiquer.

Comment y parvenir ?

Il faut maintenant esquisser quelques considérations de moyen terme.

Peut-on rétablir l'équilibre à conditions de financement inchangées ?

Sans doute, mais difficilement, puisque vous avez noté qu'un peu plus de la moitié des dépenses de prestations sont consacrées à l'hospitalisation et ont, par conséquent, une tendance naturelle à croître au moins aussi vite, et certainement plus vite, que la masse salariale, sauf à remettre en cause les effectifs hospitaliers. Il faut donc agir sur les autres postes, en particulier, par exemple, sur celui de l'industrie pharmaceutique.

La question qui se pose alors, c'est le choix du rythme. Veut-on rétablir l'équilibre en deux ans, en trois ans, en cinq ans ? Le traitement n'est pas le même. L'inflexion imposée aux revenus des professions concernées ou des industries concernées n'est pas identique, et il convient, assurément, de se doter d'instruments plus ou moins musclés.

En tout état de cause, j'appelle l'attention sur le fait que si l'on décide de rétablir l'équilibre par la maîtrise de la dépense sur la moyenne période, que ce soit en deux ans, en trois ans, ou en cinq ans, cela veut dire que pendant deux ans, trois ans ou cinq ans, il restera un besoin de financement résiduel non "soldé" qu'il faudra bien que quelqu'un prenne en charge. Là aussi, c'est une difficulté qu'il faudra gérer. Est-ce que ce besoin sera financé par l'État ? Est-ce qu'il sera financé par l'emprunt ? Est-ce qu'il sera financé par un prélèvement exceptionnel ? Le problème doit être résolu.

Alors, vers où va t-on ?

Je ne suis, pour ma part, pas très éloigné quant à l'objectif final, sinon quant à la chronologie, du rapport qu'avait établi un groupe de travail présidé par Raymond SOUBIE sur la santé en 2010. Vous connaissez les grandes lignes de ses recommandations. Il y en a deux, au moins, pour lesquelles je suis tout à fait en accord avec lui.

Je crois comme lui que, tôt ou tard, et sans doute plus tôt que tard, émergera dans ce pays un régime universel d'Assurance Maladie ; c'est-à-dire que l'on fera, pour la branche maladie de la Sécurité Sociale, ce que l'on a fait pour la branche famille, il y a près de vingt ans. On pourra, sans doute, conserver des structures de gestion spécialisées pour certaines catégories socioprofessionnelles, mais on aura un mode de prestations, des conditions de prestations, identiques et déconnectées de toute obligation d'activité professionnelle. Je pense que cette réforme se mettra en place assez rapidement.

Un deuxième axe de réforme émergera sans doute, également relativement vite, et parallèlement au précédent. A partir du moment où il n'y a plus de lien fort entre l'activité professionnelle et les droits d'Assurance Maladie, il est logique d'imaginer un mode de financement qui soit plus représentatif de la solidarité nationale, pesant équitablement sur toutes les formes de revenu de tous les résidents de ce pays ; et donc quelque chose qui ressemblera, peu ou prou, à l'actuelle CSG (Contribution Sociale Généralisée), éventuellement élargie dans son assiette.

Alors, à partir de ces deux orientations, qui me semblent des axes solides pour l'avenir, se poseront des questions qui ne seront peut-être plus à débattre.

Première question : que va-t-on prendre en charge ?

Le rapport SOUBIE prévoit, et je pense que c'est une bonne idée, une sorte de panier de soins qui serait périodiquement redéfini et qui correspondrait à ce que la Nation assure aux habitants de notre pays. Au-delà de ce panier de soins garantis, il y aurait naturellement la possibilité, pour les uns et les autres, soit de prise en charge personnelle, soit d'une assurance collective, et pourquoi pas d'un régime complémentaire de la maladie, du type ARRCO (Association des Régimes de Retraites Complémentaires) ou AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraites des Cadres).

Deuxième groupe de questions : si l'on a un financement de type CSG, quelle place accorder dans la gestion du dispositif aux partenaires sociaux ?

Sujet délicat, d'autant plus délicat qu'il ne peut pas être traité sans évoquer la place à réserver aux élus locaux, surtout si l'on imagine une gestion décentralisée ou déconcentrée de ce régime universel.

Enfin, je crois que la question se posera - vous aurez largement besoin de toute la journée pour en débattre - du type de relations à instaurer entre les payeurs et les acteurs du système de santé. Pour donner une illustration concrète : quel rôle faut-il donner aux partenaires sociaux, actuels gestionnaires des caisses d'Assurance Maladie, dans le pilotage du dispositif hospitalier ? L'évolution du dispositif hospitalier est-elle de la responsabilité de l'État, de la responsabilité de l' élu local, ou de la responsabilité de la caisse de Sécurité Sociale ou du réseau de caisses de Sécurité Sociale. C'est un sujet difficile, pour lequel je n'ai pas encore, je dois l'avouer, de religion bien nette.

Je terminerai sur un constat.

C'est que, sans doute, ces aménagements se produiront-ils d'ici à la fin du siècle, sans doute permettront-ils d'exploiter les gisements de productivité qui existent, et ils sont nombreux, dans notre système de santé, pour retarder l'échéance. L'échéance de quoi ? Celle des problèmes philosophiques fondamentaux qui vont, sans doute, se poser dès la fin du siècle, et que, par certains côtés, le rapport que Jean PICQ a remis, il y a quelque temps au Premier ministre sur la réforme de l'État, illustre bien. J'en lirai simplement un passage :

“Dans un contexte de limitation des ressources, la politique de santé publique doit être définie selon des priorités nettement identifiées et débattues. C'est à l'État de conduire la collectivité à faire ses choix, qui sont d'abord de nature politique et éthique. Quelle place donner à la prévention ? Peut-on laisser l'Assurance Maladie prendre en charge de la même façon, les soins dispensés à un chauffard pris de boisson et les soins dispensés à ses victimes ? Doit-on privilégier l'espérance de vie totale ou l'espérance de vie sans incapacité ? Doit-on dispenser des soins de haute technologie et des thérapies coûteuses à des personnes âgées à espérance de vie naturelle très limitée ? La réponse à ces questions ne peut venir des seuls médecins”.

Il s'agit là, en effet, de choix de société fondamentaux.

Gérard CROSET

Je remercie particulièrement Monsieur MARMOT de cet exposé rigoureux, comportant une pointe d'humour, qui va sans doute susciter beaucoup de questions. Je poserai la première : vous avez évoqué le rôle de la CSG dans le financement de la branche maladie, mais c'est le problème du financement de la Sécurité Sociale dans son ensemble qui est soulevé. Est-ce que vous pourriez nous dire deux mots du financement alternatif par la TVA (Taxe à la Valeur Ajoutée) ?

Jean MARMOT

Je ne suis pas un macroéconomiste. Ma réponse sera donc plus à prendre comme celle d'un citoyen de base que comme celle d'un prétendu expert. Sur le choix entre TVA et CSG, je ferai simplement deux types de réflexions.

La première, c'est que, des travaux de spécialistes plus confirmés que moi, j'ai retenu que les effets sur l'emploi - puisque ce sont eux finalement qui sont les éléments décisifs du choix entre ces deux modes de financement - ne sont perceptibles, à supposer qu'ils existent, qu'après une période de temps relativement longue. Par conséquent, il ne me semble pas que, d'un tel choix, puisse résulter à brève échéance une inflexion significative de la perception que la population, et en particulier la population des salariés, peut avoir de l'état de notre société. Je crois donc qu'il ne faut pas trop s'illusionner sur l'impact macroéconomique d'une telle décision et sur ses effets sur la psychologie de la population.

J'ajouterai en second lieu que je suis résolument partisan d'un prélèvement de type CSG, plutôt que d'un prélèvement de type TVA, pour une autre motivation qui est qu'il y a quand même danger à laisser s'alourdir les prélèvements obligatoires sans limitation ; et qu'il faut que les citoyens mesurent clairement leur évolution. La grande critique que l'on peut adresser à la TVA, c'est d'être indolore, inodore et sans saveur. La

CSG, on la voit, on la touche, ou plutôt, on ne la touche pas ; elle a donc, un aspect pédagogique. C'est la raison pour laquelle, il me semble que, si un choix est à faire d'un mode de financement différent de la cotisation, c'est plutôt dans cette direction qu'il faudrait aller.

Pierre-Alain MESSY (Groupe APICIL ARCIL)

Directeur de la prévoyance d'un groupe de prévoyance, je veux poser une question de mise en perspective : pensez-vous que les différentes personnes amenées à décider feraient à l'avenir un lien entre un mode de financement du type CSG et un système général indépendant de l'emploi occupé, alors qu'aujourd'hui il y a un lien entre le fait qu'on soit salarié, qu'on soit Non-Non, qu'on soit agriculteur ou je ne sais quoi ?

Jean MARMOT

Je crois que oui, enfin, là, c'est un des aspects forts de certaines réactions syndicales. Il me semble qu'il y a un lien nécessaire entre une organisation du régime sur une base socioprofessionnelle et un financement par cotisations. Si l'on change de logique, si l'on a un système universel, totalement indifférent à l'activité professionnelle, on aura nécessairement une évolution vers un financement élargi.

Ce que l'on voit, pour la branche famille, me paraît annonciateur de ce qui se produirait pour la branche maladie. L'évolution de la branche maladie va répéter l'évolution de la branche famille avec 20 ans de décalage. On va créer un régime universel, puis on constatera que le mode de financement doit nécessairement être élargi et l'on se mettra en route vers un tel élargissement. Je suis persuadé qu'il y a, entre régime universel et changement du mode de financement, un lien fort.

Pierre PETAUTON - Contrôleur d'État.

Vous avez évoqué une solution qui ne pose pas de problèmes aussi philosophiques que la CSG : tout simplement, l'alignement de la cotisation des retraités sur celle des actifs (Jean MARMOT : et des chômeurs). En effet, la difficulté principale pour les cotisations assises sur les revenus d'activité, c'est qu'en période d'évolution défavorable de la démographie et de l'emploi, il y a un manque de ressources qui serait complètement annihilé si on étendait les mêmes niveaux de contribution sur les retraités et les chômeurs ; les chômeurs indemnisés, bien entendu.

Jean MARMOT

Oui, je pense de même. Si on fait un choix entre cotisations et autres systèmes de financement du type CSG, quelles sont les grandes différences dans l'assiette ? Il y en a plusieurs, mais deux sont essentielles.

Elle visent :

- l'assujettissement des revenus de remplacement, retraites et indemnités de chômage,
- et l'assujettissement des revenus du capital.

Alors, non sans une certaine logique, il faut le reconnaître, la CGT et le Parti Communiste, depuis des années, réclament que les revenus du capital participent à l'effort de financement de la Sécurité Sociale, au même niveau que les revenus du travail. Ceci peut susciter des problèmes divers, notamment à la Bourse. En outre, de toute manière, la masse d'argent concernée reste, sinon marginale, du moins peu

importante. Le problème massif, en termes de rendement financier, c'est, évidemment, celui que vous avez posé, l'assujettissement des retraités et des chômeurs.

A ce propos, on peut faire simplement deux observations.

La première, c'est qu'il me semble indispensable qu'un choix soit fait entre deux manières de faire participer les retraités - ou accessoirement les chômeurs - à l'effort de reconstruction de notre appareil de protection sociale :

- ou, on maîtrise la revalorisation de leur pension de retraite, on rabote, lentement mais régulièrement et longuement, leur pouvoir d'achat. Il me semble alors difficile d'augmenter significativement leur participation au financement de la branche maladie;
- ou, on leur garantit l'évolution de leur pouvoir d'achat, en termes de pension de retraite, et, alors, on peut augmenter, progressivement et de façon significative, leur cotisation maladie jusqu'à la porter à un niveau identique à celui que supportent les salariés.

Il faut choisir entre ces deux démarches. Je crois, pour ma part, que la deuxième démarche est la plus logique et la plus compréhensible pour la population. C'est, implicitement, celle que paraît avoir retenu la loi portant réforme de l'Assurance vieillesse du 22 juillet 1993, lorsqu'elle a prévu qu'était garanti, aux retraités et aux invalides, leur pouvoir d'achat. Cette garantie étant donnée, normalement, on devrait augmenter les cotisations maladie pesant sur eux.

Ce sera la seconde observation. On vient alors buter sur un problème que l'on présentait de longue date, et qu'il ne faut pas se dissimuler, qui est que, chaque année davantage, mais d'ores et déjà de façon évidente, on constate que les retraités, ou les très proches futurs retraités, constituent désormais, ou sont sur le point de constituer, la majorité du corps électoral effectif de ce pays, et qu'il faudra, maintenant, avoir un sens aigu de l'opportunité pour faire passer une pareille réforme.

Jean-François CHADELAT

Je voudrais rétrécir le débat du financement au problème spécifique de l'hôpital. En effet, au niveau de l'hôpital, un problème majeur apparaît, s'agissant du financement qui est assuré par l'État, ou par les cotisations, mais, en aucun cas, par les collectivités locales, en particulier par les communes. Or, l'hôpital est le premier employeur d'une commune. Un maire, qui est, en général, président du conseil d'administration de l'hôpital, a donc tout intérêt à gonfler les effectifs de l'hôpital, à y introduire les technologies les plus poussées, à s'opposer violemment à la fermeture de la maternité pour ne pas voir son registre d'État-Civil dépérir totalement. Dès lors, pourquoi une commune, qui a besoin de l'hôpital pour toutes les raisons indiquées, se priverait-elle, au plan politique, de cet outil prodigieux de gestion communale, dans la mesure où aucun financement ne provient de la commune ?

Jean MARMOT

Je serai prudent pour dialoguer, en public, avec celui qui fut mon maître en matière de problèmes financiers de la Sécurité Sociale, lorsque je suis arrivé à la tête de la direction ministérielle qui en a la charge. Je dirai néanmoins qu'à mes yeux, si le problème soulevé est essentiel, je ne suis pas sûr qu'il soit, d'abord, de nature financière. Il est clair, et j'y ai fait une trop rapide allusion tout à l'heure, que, dans le pilotage de remodelage de notre appareil hospitalier, et en particulier de notre appareil hospitalier

public, il y a, sans doute, une concertation indispensable à effectuer avec tous les partenaires intéressés. Mais, sauf à donner dans la palabre sans résultats, il faut qu'il y ait, au terme de cette concertation, une prise de décision. Il faut donc qu'il y ait un pilote dans l'avion. Et, je l'ai rappelé tout à l'heure, il peut y avoir trois pilotes :

- le pilote "État",
- le pilote "partenaire social", responsable de la caisse de Sécurité Sociale,
- ou le pilote "élu local" ; un débat second étant de savoir si l'élu local en question, c'est le maire, ou le président du conseil régional ou du conseil général.

Je rejoins, sans hésitation, Jean-François CHADELAT, pour reconnaître qu'il n'est pas sain que celui qui a, sinon toutes les responsabilités du pilote de l'avion, du moins son uniforme, le président du conseil d'administration de l'hôpital, c'est-à-dire le maire, soit dans une situation d'irresponsabilité financière telle que nous la connaissons aujourd'hui. S'il venait à être confirmé dans son rôle de véritable pilote du dispositif, logiquement, il devrait participer au financement des décisions qu'il prend ou qu'il contribue à faire prendre.

Je ne crois pas, néanmoins, que ce soit, là, un choix de nature véritablement financière. La vraie question, qui est devant nous, est simple : la France a été gérée pendant de longues années d'une manière trop jacobine. Au début de la décennie 80, on a pris un virage important. Mais nous sentons, confusément, que l'on est peut-être allé trop loin dans la voie de la décentralisation. Serait-il pertinent de remettre, aux élus locaux d'une région donnée, de nouveaux pouvoirs, et d'en faire les patrons du système de santé, en attendant qu'ils soient les patrons de la recherche, les patrons de l'université, etc. ? Il y a là un choix politique au sens le plus noble de ce mot.

On peut avoir, en raisonnant à long terme, deux visions de notre pays :

- on peut imaginer que nous ne serons plus à terme qu'une espèce de zone géographique d'une Europe devenue fédérale, et qu'il y aura un certain nombre, comme on dirait en Suisse, de cantons, qui s'appelleront Rhône-Alpes, Ile de France, Bretagne et autres cantons de langue française, comme on dit qu'il y a une Suisse romande, par opposition à la Suisse de langue allemande ; dans une telle vision, les élus locaux peuvent être extrêmement actifs, importants, y compris dans le tissu hospitalier ;
- on peut aussi refuser une telle évolution et considérer que la France n'est pas une simple zone linguistique unifiée par quelques vagues souvenirs, mais une communauté forte et intégrée.

Par mon âge, sans doute, et par le fait que j'ai passé une grande partie de mon enfance hors de France, j'ai cette deuxième vision de la France. Pour moi, la France n'est pas une zone géographique ; c'est une communauté forte et intégrée, et je ne suis pas du tout de la première école. D'où mes réserves quant à un accroissement significatif du rôle des élus locaux dans le pilotage du dispositif hospitalier.

QUELS ENSEIGNEMENTS PEUT-ON TIRER DES SYSTÈMES ÉTRANGERS D'ASSURANCE MALADIE ?

Christian BECHON - Marianne BERTHOD

*Co-auteurs du rapport au Premier ministre
"Dépenses de santé : un regard international"*

Gérard CROSET

Christian BECHON et Marianne BERTHOD parleront exclusivement en tant que co-auteurs du rapport au Premier ministre "Dépenses de santé : un regard international". Christian BECHON est directeur adjoint du cabinet de ministre de la Fonction Publique. Marianne BERTHOD est chef de la Mission Recherche et Expérimentation du ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville et coordinatrice d'un récent ouvrage sur la Santé en Europe (La Documentation Française).

Christian BECHON

Je ne voudrais pas faire un long exposé comparatif mais, puisque je m'exprime à titre personnel, j'ai envie d'être un peu provocateur en répondant à la question : "**Quels sont les enseignements que l'on peut tirer des expériences étrangères ?**".

Face à une assemblée essentiellement constituée d'assureurs, une **première réflexion concerne directement les assureurs.**

Il me semble que les expériences étrangères montrent qu'un système est efficace en maîtrise de dépenses de santé dès lors qu'il y a une entente des payeurs ou un cartel des payeurs ; l'exemple américain étant évidemment un contre-exemple.

Ceci m'incite à penser que le champ des activités d'assurances privées dans le domaine de la santé (je rappelle que je m'exprime à titre personnel), me paraît nécessairement limité. En effet, d'une part, les entreprises privées peuvent difficilement conclure des ententes entre elles (c'est sûrement très condamnable), et d'autre part, parce qu'être assureur, c'est sélectionner les risques et, dans le domaine de la santé, il n'est pas facile de déterminer qui va être malade dans le futur et quand. Nous sommes tous destinés à mourir et, généralement, à être malades avant.

Quand le risque est certain, au moins à long terme, sélectionner n'est pas toujours simple et les exemples à l'étranger montrent que les systèmes fondés sur les assurances privées ou majoritairement les assurances privées, ont du mal à vivre et à bien vivre. Cela n'exclut pas que, dans quelques petits créneaux de marché, on puisse vivre heu-

reux et gagner de l'argent, mais un système général basé sur des assurances maladie privées me semble un système risqué et, en tout cas, un système qui ne permet pas une bonne maîtrise des dépenses de santé.

En second lieu, un déterminant de la maîtrise des dépenses de santé qui me paraît intéressant, au moins à long terme, **est la démographie médicale**. C'est un déterminant lourd d'une politique de maîtrise des dépenses de santé.

Quand nous avons fait le rapport qui a été cité tout à l'heure, sous la direction de Yannick MOREAU, ce qui m'avait frappé, en Allemagne par exemple, c'est que, pour des raisons constitutionnelles, il ne pouvait y avoir notre système de *numerus clausus* dans les études médicales. Le nombre de médecins (qui gagnent très bien leur vie, surtout les médecins libéraux) ne pouvait donc pas être limité. Ce sont les hôpitaux allemands qui servent, pardonnez-moi l'expression, de "parkings de médecins" parce qu'en réalité, s'installer en médecine libérale en Allemagne coûte assez cher (il faut monter un cabinet, racheter une clientèle ...). Donc, les médecins ont besoin d'économiser beaucoup, pendant longtemps, en exerçant à l'hôpital, avant de pouvoir s'installer.

J'étais rentré d'Allemagne à l'époque en me disant : "l'Allemagne de demain, c'est la France d'aujourd'hui, du point de vue de l'économie de la santé", c'est à dire qu'ils vont vers une pléthore de médecins libéraux et ils auront les mêmes tensions que nous sur le revenu des médecins. Or je note qu'une grande réforme faite l'année dernière par une alliance bi-partisane entre le SPD et la CDU en Allemagne a justement mis un verrou à l'installation des médecins en secteur libéral et donc a commencé à traiter le problème du sureffectif médical. Il s'agit, certes, d'un biais un peu particulier (le verrou à l'installation) mais c'est la réponse à long terme à leurs problèmes.

En France, nous avons laissé s'installer beaucoup trop de médecins, notamment de généralistes ; aujourd'hui, le *numerus clausus* commence à produire ses effets. Mais, je note que les tensions sur ce *numerus* sont de plus en plus vives, notamment par le biais des débats sur la carte universitaire. Je suis inquiet à titre personnel : les élus locaux adorent créer des universités chez eux - manifestation d'un pouvoir local auquel Jean-François CHADELAT et Jean MARMOT ont déjà fait allusion. Donc, des pressions s'exercent pour que l'aménagement du territoire prévoit des universités même dans des villes moyennes et, un jour ou l'autre, l'université sera en partie une université de médecine. Nous risquons alors d'avoir des tensions tout à fait importantes sur le *numerus clausus* ; c'est ainsi une pièce essentielle de la maîtrise à long terme des dépenses de santé ambulatoires qui sautera.

Après l'ambulatoire, passons aux hôpitaux.

Je n'ai pas l'impression, à part le système anglais (qui a beaucoup de défauts par ailleurs), qu'on connaisse des systèmes un peu libéraux dans lesquels la maîtrise de la dépense hospitalière soit véritablement efficace. Ce n'est pas vrai en Allemagne, ce n'est à l'évidence pas vrai aux États-Unis, en Hollande, cela n'a pas l'air complètement réglé non plus, au Canada et en France. Je crois que Jean MARMOT a tout dit : le trait majeur d'un hôpital est qu'il est d'abord une industrie de main-d'oeuvre. Avant d'avoir sa fonction technique, il a une fonction très importante d'employeur : on ne sait pas bien régler ce conflit, je dirais, entre la fonction d'employeur et la fonction technique de l'hôpital.

A cela s'ajoutent des problèmes, présents à peu près dans tous les pays, de cartes hospitalières pour des raisons évidentes à comprendre : les mouvements de population et le développement économique. Vous partez avec une carte hospitalière mais elle ne suit pas nécessairement les besoins ; la France en est un bon exemple. Nos problèmes ne sont pas, en fait, les grands hôpitaux urbains des zones dynamiques en matière de population mais ils sont, à l'inverse, les hôpitaux locaux ou les hôpitaux régionaux, dans les zones qui se vident de leur population.

Carte hospitalière et gestion des effectifs sont donc "les deux mamelles" de la maîtrise des dépenses hospitalières, mais la vraie question est : comment arriver à maîtriser ces deux paramètres ?

On ne connaît pas aujourd'hui de systèmes, au moins en Europe, encore une fois, à part les anglais (mais avec des conséquences très lourdes par ailleurs), qui ont à peu près réussi à maîtriser les dépenses hospitalières. Donc, nous sommes tous devant une vraie question et je n'ai pas eu le sentiment que, pendant l'étude effectuée, l'on ait pu trouver, à l'étranger en tout cas, des modèles qui permettraient aisément d'indiquer comment maîtriser la dépense hospitalière.

Alors j'en viens au **dernier point** qui est : **la pharmacie et les dépenses pharmaceutiques**. Puisqu'une fois considérées les dépenses de médecine ambulatoire et les dépenses hospitalières, la pharmacie s'impose comme le poste de dépenses le plus important à maîtriser.

Sur la pharmacie, ce qui est très amusant, c'est de comparer la France et l'Allemagne puisque les situations de départ sont totalement inverses. Nous avons beaucoup de volumes et des prix bas ; ils ont moins de volumes mais des prix très élevés. Toutefois, les méthodes de contrôle ou de maîtrise de la dépense sont à peu près les mêmes : en gros, une enveloppe globale avec les mécanismes correspondants. Peu importe la tuyauterie, la et les mécaniques, c'est le même principe pour les deux pays.

Or, longtemps, nos amis allemands n'ont pas cru que la maîtrise des dépenses pharmaceutique était possible chez eux :

- d'abord parce qu'ils avaient une industrie pharmaceutique forte;
- ensuite, en raison même de la réunification qui a posé le problème de la différence de prix du médicament entre l'Est et l'Ouest de manière tout à fait importante. Il a fallu plusieurs articles dans le traité d'unification de l'Allemagne pour traiter cette question ; c'est dire à quel point, elle était au cœur de leurs préoccupations.

Néanmoins, la dernière réforme du système de santé en Allemagne, la "RÉFORME SEEHOFFER" a été très violente sur la pharmacie ; pour la première fois, l'industrie allemande s'est mise à fabriquer des produits génériques. On évalue à 5 milliards de marks, le chiffre d'affaires perdu par l'industrie pharmaceutique allemande. Ce sont des montants qui étaient jusqu'alors inimaginables.

J'en viens rapidement à **quelques conclusions sur les comparaisons internationales**. Elles ont le mérite de permettre de voir globalement les grandes idées qui marchent et celles qui ne marchent pas.

Mais ces comparaisons ne disent rien sur les sujets les plus importants qui sont : comment mettre en place ce système-là chez nous ? D'après ce qu'on a pu observer, il y a autant de politiques et autant de cas de figures qu'il y a de pays.

Il n'y a rien de commun entre ce que proposent les partis politiques allemands et les difficultés que rencontre le Président Bill CLINTON pour faire passer son plan sur l'Assurance Maladie. Les situations politiques sont totalement différentes avec la réforme BLUM ou SEEHOFFER en Allemagne, la réforme DECKER en Hollande. À chaque fois, les modalités sont strictement contingentes à l'histoire politique et à la structure du pays.

Il me semble donc que les enseignements que l'on peut tirer des comparaisons internationales sont des macro-enseignements. Ça ne dit en rien comment faire chez vous et ça ne dit en rien non plus quelle sera l'efficacité du macro-enseignement ; parce que cette efficacité est très étroitement liée aux mécanismes que vous allez mettre en œuvre.

Marianne BERTHOD

Je vais reprendre ce dernier propos et revenir aussi sur une partie de ce qu'étaient les conclusions de Jean MARMOT tout à l'heure.

Je retiens de ces propos que la France et l'ensemble des pays de l'Europe de l'Ouest et d'Amérique du Nord se trouvent dans une période de bouleversement complet de leurs systèmes de santé.

Il ne s'agit plus seulement, me semble-t-il, de mesures d'ajustement mais de profondes transformations dans la philosophie des systèmes. Ces transformations se sont produites avec des particularités propres aux différents pays mais on y décèle également un certain nombre de constantes, dont je voudrais vous donner un aperçu.

Je voudrais reprendre, sur l'ensemble des pays, sans les détailler, ce que je crois être les lignes générales d'évolution non pas des quelques années récentes mais des quarante dernières années. Les systèmes de santé ont été créés avec des objectifs particuliers correspondant à des contextes très similaires d'un pays à l'autre. Des évolutions se sont produites et, aujourd'hui, tous sont dans des situations de décalage par rapport aux objectifs qui étaient les leurs dans l'Après-guerre (du moins, pour les pays d'Europe Occidentale et d'Amérique du Nord).

Tout d'abord, je me propose de résumer rapidement ces évolutions.

Ces évolutions ne sont pas que d'ordre économique ; sont également concernées, d'une part, la morbidité (les malades, leurs maladies, leur situation sociale et financière) et, d'autre part, l'offre de soins et les techniques de soins. Le *DOCUMENT I* met en évidence ces évolutions.

En ce qui concerne **les malades, leurs revenus et leurs maladies**, on voit apparaître différentes évolutions.

Les systèmes de santé d'Europe Occidentale ont été conçus, dans l'Après-guerre, pour des malades jeunes, actifs, atteints de maladies infectieuses avec des niveaux de vie et de revenu faibles pour une partie importante de la population ouvrière et paysanne, qui avait une habitude limitée de fréquenter le médecin et qu'il fallait, j'allais dire, "pousser à aller voir un médecin".

Nos systèmes de protection sociale et de santé ont ainsi été conçus de façon à permettre à tous l'accès aux soins (levée de l'obstacle financier que pouvait représenter le coût du médecin) et à répondre aux difficultés présentées par "des malades jeunes, actifs et

DOCUMENT 1

Quarante années d'évolution du système de santé

Tableau comparatif	ANNÉES 1940/1950	ANNÉES 1980/1990
Les malades, leurs revenus leurs maladies	<p>Malades jeunes, actifs, atteints de maladies infectieuses</p> <p>Niveau de vie et de revenu faible pour une partie importante de la population ouvrière et paysanne</p> <p>Fréquentation peu habituelle du médecin pour une grande partie de la population. Faible "demande spontanée" et fortes disparités sociales de consommation médicale</p>	<p>Malades âgés "chroniques", nombreux malades "fonctionnels"</p> <p>Éventail des revenus resserré. Niveau moyen de revenu plus confortable. Frange de forte pauvreté.</p> <p>Recours culturellement plus aisé au corps médical : fréquentation hors maladie, contraception, surveillance infantile... et rapprochement des comportements de premier recours d'une catégorie sociale à l'autre.</p>
Offre de soins, techniques et pratiques médicales	<p>Pénurie de médecins et d'hôpitaux (découlant des performances thérapeutiques récentes, de la guerre...)</p> <p>Pratiques individuelles. Séquences de soins ponctuelles, peu techniques, peu d'examen complémentaires. Faible proportion de spécialistes.</p> <p>La médecine est essentiellement une pratique de cabinet.</p>	<p>Excédent de lits hospitaliers et de praticiens.</p> <p>Développement d'une médecine plus spécialisée faisant circuler le malade d'examen techniques en spécialistes ...</p> <p>L'hôpital absorbe la plus grosse partie des dépenses. Les dépenses sont très concentrées sur un faible nombre de "gros" malades.</p>
La santé et l'économie	<p>Dans de nombreux pays, une part importante de la population n'est pas couverte.</p> <p>En 1950 les dépenses de santé sont de l'ordre de 3% du PIB</p> <p>Croissance moyenne du PIB rapide (souvent + de 5%/an)</p>	<p>Les budgets publics couvrent les 3/4 des dépenses de soins ou plus et la quasi totalité de la population.</p> <p>En 1990 les dépenses de santé sont de l'ordre de 7 % du PIB.</p> <p>Croissance moyenne du PIB ralentie (moins de 2 %/an dans plusieurs pays).</p>

atteints de maladies infectieuses” ; c’est-à-dire, soigner rapidement des séquences brèves de maladie. La situation moyenne était : “le malade, atteint d’une maladie infectieuse, va chez le médecin, reçoit sa prescription thérapeutique ; ça ne dure pas longtemps, et, ou bien il est mort, ou bien il est guéri”.

Aujourd’hui, la situation est, de tous les points de vue, tout à fait opposée. La plupart de nos malades sont des malades âgés, atteints de maladies chroniques, et de nombreux malades sont ce que les médecins appellent des malades “fonctionnels” : on ne sait pas très bien quelle est l’origine de leurs difficultés et ils consultent de façon récurrente. Le médecin a la possibilité de les faire revenir, de prescrire des examens complémentaires, de les adresser à un spécialiste... et ceci est lié à l’évolution des techniques médicales.

L’offre de soins et les techniques médicales ont également connu des évolutions qualitatives et quantitatives importantes.

Nous étions en pénurie, nous sommes en excédent. Nous avons une médecine exercée par brèves séquences. La médecine d’aujourd’hui fait circuler le malade d’examen techniques en spécialistes, de spécialistes en épisodes d’hospitalisation. Bien entendu, les techniques médicales et le coût unitaire de chacune des interventions n’ont rien de comparable avec la simple consultation du médecin dans son cabinet, qui constituait la pratique de base de la période où ont été créés nos systèmes de santé.

La situation actuelle combine plusieurs traits spécifiques : les malades sont chroniques ou fonctionnels (le traitement comporte des retours et des circuits), les médecins sont en excédent (ils sont donc en concurrence entre eux, ce qui n’était pas le cas dans la période de l’Après-guerre), et une multitude de techniques médicales peuvent s’enchaîner les unes avec les autres pour le traitement d’un malade. Cette combinaison d’évolutions entraîne des risques de dérapage. Ces dérapages sont d’autant moins supportables que nos systèmes de santé ont été conçus dans une période où les problèmes financiers ne se posaient pas comme aujourd’hui.

On peut opposer aussi, en **termes économiques**, la situation de l’Après-guerre et celle d’aujourd’hui (toujours sur le *DOCUMENT 1*).

Dans les années 1940/1950, pour la plupart des pays, une bonne partie de la population n’était pas couverte ; les dépenses de santé représentaient une faible part du Produit Intérieur Brut - PIB (environ 3% du PIB sur l’ensemble de l’Europe Occidentale) et la croissance de ce PIB était rapide (souvent plus de 5% par an dans la période des “30 glorieuses”).

Aujourd’hui, les budgets publics représentent les trois quarts des dépenses de soins ou plus ; la quasi totalité de la population est couverte et la question de l’universalité de la couverture se pose inévitablement ; les dépenses de santé sont de l’ordre de 7% du PIB. Les dépenses de santé sont devenues une variable de gestion conjoncturelle et structurelle de l’économie. Or, la croissance du PIB est ralentie et il faut s’accoutumer à gérer des systèmes de santé dans des économies à croissance lente.

Les dérapages que nous évoquions précédemment ne sont plus supportés dans de telles économies. Le *DOCUMENT 2* illustre les effets de la réaction des responsables.

Le tableau présenté a été établi pour l’ensemble de l’Europe Occidentale, c’est-à-dire les 17 pays qui formeront demain, espérons-le l’Union Européenne. Ces pays ont adopté un certain nombre de mesures de nature restrictive et ils n’ont pas si mal réussi.

DOCUMENT 2**DÉPENSES DE SANTÉ/DIT ET ÉVOLUTION DE 1960 A 1991
(MOYENNE DES 17 PAYS)**

Rapport dépenses de santé/DIT en pourcentage

1960	1965	1970	1975	1980	1985	1991
3,7	4,2	5,4	6,5	6,8	7,2	7,6

Accroissement du rapport précédent en pourcentage

1960 à 1965	1965 à 1970	1970 à 1975	1975 à 1980	1980 à 1985	1985 à 1991
+ 0,5	+ 0,9	+ 1,4	+ 0,3	+ 0,4	+ 0,4

Le ratio présenté rapporte les dépenses totales de santé (il ne s'agit pas seulement des dépenses de protection sociale concernant la santé mais de l'ensemble des dépenses de consommation médicale) à la Dépense Intérieure Totale - DIT. C'est le ratio qu'utilise aujourd'hui l'Organisation de Coopération et de Développement Economique - OCDE, qui préfère désormais rapporter les dépenses de santé à la dépense intérieure plutôt qu'au PIB ; il est en effet plus logique de rapporter des dépenses de consommation à un agrégat de dépenses plutôt qu'à une production.

Le premier cadre indique le niveau de ce ratio tous les 5 ans depuis 1960 et jusqu'à 1991 (la dernière tranche est de 6 ans). Le 2^e cadre précise la variation entre la date n-5 et la date n. L'ensemble des 17 pays figure en moyenne arithmétique, avec l'objectif d'appréhender un mouvement global plutôt que de mesurer avec exactitude des évolutions pondérées du poids des différentes économies nationales. Ceci montre que :

- dans la période qui va jusqu'en 1975, les différents pays d'Europe ont consacré une part croissante de leur dépense intérieure à la santé;
- à partir de 1975 en moyenne, on a une très nette rupture des évolutions ; la croissance de la part des dépenses de santé dans les dépenses intérieures totales des différents pays a été réduite de façon considérable, ce qui veut dire, non pas que la consommation de soins a été réduite, mais qu'elle a progressé à un rythme que tous les pays ont cherché à maîtriser.

Maintenant il nous reste, et c'est la **deuxième partie de mon exposé**, à voir comment les pays ont fait et quel jugement on peut porter sur les différentes méthodes qu'ils ont utilisées.

Je distinguerai rapidement deux périodes : une première période pendant laquelle les pays ont fait “feu de tout bois”, dans les différents pays d'Europe (je mettrais volontiers le Canada dans l'Europe ; pratiquement, on peut lui appliquer les mêmes considérations).

En premier lieu, ils ont réalisé ce que j'appelle **les interventions financières**, présentées dans le *DOCUMENT 3*, qui résume les jugements qu'on peut porter sur l'usage de chacun de ces types d'interventions et leur résultats :

- **Limiter les budgets ?** Oui, cela a été efficace dans les pays qui sont organisés de façon à disposer de la maîtrise de cette variable. Au Royaume-Uni, on a en effet assez bien réussi à maîtriser les dépenses mais cela a provoqué un certain nombre de perturbations à l'intérieur des systèmes : la demande continue de croître ... (les files d'attentes anglaises sont célèbres, ajoute Christian BECHON).
- **Les prix**, pour des raisons qui tiennent à la nature même des dépenses de santé, ne constituent pas une variable de gestion possible en matière ni d'honoraires, ni même, comme l'a évoqué Christian BECHON, à propos des médicaments.
- La troisième variable financière qu'on a utilisée abondamment en France, c'est **la participation financière de l'utilisateur**. On l'a utilisée parce qu'elle produit des effets immédiats : augmenter de 2% le ticket modérateur, ça fait toujours 2% de moins à payer pour l'Assurance Maladie. De plus, on a compté sur elle pour maîtriser la consommation, en appliquant un raisonnement économique général, sur l'équilibre prix/volume, à des biens et services qui ne s'échangent pas sur un véritable marché et dans des conditions contraires à l'idée de “couverture de la population”.

DOCUMENT 3

LES INTERVENTIONS FINANCIÈRES

- Limiter les budgets ?
 - ⇒ efficace mais perturbateur
- Les prix ?
 - ⇒ peu efficace à moyen terme.
- Une participation financière de l'utilisateur ?
 - ⇒ peu efficace et inéquitable.

Donc : des instruments médiocres à moyen ou long terme.

L'ensemble des pays occidentaux ont eu aussi des tentations en ce sens, tout à fait lisibles si on prend le *DOCUMENT 4* qui montre l'évolution du remboursement des soins médicaux ambulatoires.

DOCUMENT 4

TAUX DE REMBOURSEMENT MOYEN DES SOINS MÉDICAUX AMBULATOIRES PAR LA PROTECTION MALADIE

SOURCE : OCDE

PAYS	1960	1975	1991
ALLEMAGNE	93,0	93,0	90,0
AUTRICHE	80,0	80,0	80,0
BELGIQUE	85,5	80,0	78,0
DANEMARK	nd	66,0	76,0
ESPAGNE	nd	nd	nd
FINLANDE	49,7	93,4	91,0
FRANCE	60,0	67,6	59,5
GRECE	85,0	85,0	85,0
IRLANDE	100,0	100,0	100,0
ITALIE	71,0	70,0	73,0
LUXEMBOURG	80,0	88,0	88,0
NORVEGE	nd	nd	nd
PAYS-BAS	53,0	58,5	61,0
PORTUGAL	nd	100,0	100,0
ROYAUME-UNI	88,0	91,0	88,0
SUEDE	47,0	78,0	92,0
SUISSE	nd	nd	79,0

Sur l'ensemble des 17 pays d'Europe Occidentale, on constate une évolution contrastée du taux de remboursement moyen des soins médicaux ambulatoires par un système de protection maladie (j'ai indiqué "protection maladie" car, dans certains cas, il s'agit de la gratuité des soins, dans d'autres cas, de remboursement). Pendant une première période, entre 1960 et 1975 ou même un peu au-delà, on a baissé la protection maladie donc augmenté le ticket modérateur puis, dans un deuxième temps, les choses se sont stabilisées. Soit pour des raisons d'efficacité, soit pour des raisons d'équité, les pays ont résisté en effet très vite à la "tentation" de maîtriser les dépenses en augmentant la participation financière de l'utilisateur. On peut donc dire que les "instruments financiers" se sont révélés des instruments globalement médiocres à moyen ou à long terme.

Deuxième catégorie d'instruments : **l'action sur l'offre de soins** est présentée dans le *DOCUMENT 5*.

L'action sur les professionnels a été évoquée par Christian BECHON. Or, on peut porter sur les questions concernant la démographie médicale, un jugement exactement inverse de celui qu'on vient d'énoncer pour les instruments financiers : réduire le nombre de professionnels n'est efficace qu'à long terme. Ceci est maintenant établi avec certitude.

DOCUMENT 5

L'ACTION SUR L'OFFRE DE SOINS

- ① - Les professionnels :
 - leur nombre ➡ efficace à **long** terme
 - le contrôle de leur activité :
 - ➡ pour être efficace, **suppose** une négociation sur des données de santé.

- ② - Les établissements ; les équipements :
 - leur volume ➡ nécessaire, difficile, efficace. Attention ! peut être inéquitable...
 - le contrôle de leur activité :
 - ➡ pour être efficace, suppose une négociation sur des données de santé.

Mais, aujourd'hui, s'agissant des professionnels, la discussion intéressante, au centre des débats, porte sur le "contrôle" de leur activité, pas seulement sur leur nombre. Les premiers instruments que l'on a utilisés, à la fin des années 1970, en France et ailleurs, du type "profils médicaux", se sont révélés à peu près totalement inefficaces. Pour être efficace, le contrôle de l'activité suppose une négociation sur des données de santé. Les professionnels y sont extrêmement sensibles ; ils s'interrogent sur l'opportunité de réaliser une gestion "comptable" (et purement comptable) des dépenses de santé. Actuellement, on met au point une nouvelle génération d'instruments de contrôle et d'analyse des évolutions des prescriptions, pour laquelle les statisticiens, en particulier, seront extrêmement sollicités. Il reste en effet un problème technique très lourd à résoudre pour disposer d'instruments performants.

Pour les établissements et les équipements, on peut avancer des conclusions voisines.

La restriction du volume des lits hospitaliers ou, globalement, de l'équipement hospitalier est certainement efficace, mais combien difficile, pour des raisons d'emploi et de politique locale notamment. J'ai aussi indiqué sur le *DOCUMENT 5* "attention, peut être inéquitable". Cette réduction peut l'être sur le plan territorial. Mais je pense aussi tout particulièrement aux personnes âgées et handicapées, à toutes les personnes qui relèvent du "champ médico-social". Dans l'ensemble des pays occidentaux, ces dernières années, la tentation a été très forte d'orienter ces personnes hors du champ du "médical" vers ce que les hopitaux et les médecins appellent "le social" (expression qui à mes yeux est insuffisante pour rendre compte des services nécessaires). Clairement, la conséquence est de conduire les personnes concernées : soit à régler elles-mêmes leurs dépenses de prise en charge, qui peuvent être très élevées, soit à se tourner vers des systèmes d'assistance. Donc attention, l'action sur l'offre "peut être inéquitable".

Reste le contrôle de l'activité des établissements et services de santé. C'est également la voie de l'avenir sur laquelle se sont engagés tous les pays européens. Mais le contrôle de l'activité dans le domaine hospitalier, comme dans le domaine de la médecine de ville, nécessite, pour être efficace, une très nette amélioration de l'ensemble des instruments d'analyse de l'activité.

Des réformes d'ensemble beaucoup plus ambitieuses ont été entreprises dans différents pays. C'est probablement la marque d'une prise de conscience progressive du dialogue qui s'est instauré au fil du temps entre la réalité d'aujourd'hui, retracée dans la colonne de droite du *DOCUMENT 1*, et la structure de systèmes de santé conçus hier (colonne de gauche du même document).

Je ne vous les détaillerai pas. Leurs grandes lignes sont présentées, de manière résumée, dans le *DOCUMENT 6*, où j'ai tenté également de m'interroger sur la convergence de réformes. Je divergerai un peu de la conclusion de Christian BECHON, car je constate, qu'avec des modalités extrêmement différentes d'un pays à l'autre, un certain nombre d'évolutions communes peuvent être décelées :

- **Premièrement**, on abandonne progressivement les systèmes, dans lesquels on ne peut faire le constat de ce qui a été dépensé qu'a posteriori. Au contraire, dans tous les domaines (qu'il s'agisse de la médecine ambulatoire ou de l'hôpital, d'un pays ou d'un autre), on se dirige vers un système de décision a priori sur l'évolution,

DOCUMENT 6

LES RÉFORMES

Convergence ? non, mais : une adaptation de chaque système de santé au contexte commun des années 1980-90 ; des orientations vers :

- ❶ un **plafonnement** global a priori des dépenses.
 - ❷ un fort engagement **public** (vers la sortie des partenaires sociaux ?).
 - ❸ de **nouveaux** problèmes d'**équité** (les très pauvres, les très vieux, les très malades ...).
 - ❹ des **procédures incitatives** pour un bon usage des soins par les professionnels "sous surveillance" des usagers.
 - ❺ une nouvelle **forme de négociation**, professionnels / Pouvoirs publics sur **des objectifs de santé**.
-

soit de dépenses spécifiques (par exemple le budget global hospitalier ou la masse globale des honoraires), soit de la totalité des dépenses (on retrouve la logique budgétaire, efficace en aménageant son application).

- **Deuxième conclusion : on constate un très fort engagement public qui se marque de plusieurs façons.** Il faut souligner d'abord la forte implication des chefs de gouvernement de la plupart des pays qui se sont engagés dans des réformes. Alors que, jusqu'à présent, la gestion des systèmes de santé était, dans la hiérarchie de prestige implicite des secteurs de l'activité politique, plutôt un secteur de second rang, Madame Margaret THATCHER (alors Premier Ministre britannique), le Premier Ministre canadien, le Chancelier allemand se sont personnellement impliqués dans la réforme des systèmes de santé de leur pays. Ensuite, par rapport à la dépense globale de soins, la dépense publique n'a pas globalement diminué dans l'ensemble des pays. Si la place des financements privés est significative, elle demeure marginale (il faut porter un regard critique sur le discours contraire, notamment de certains assureurs). Enfin, si l'on compare l'autorité respective qu'ont

exercée sur le système de soins, les Pouvoirs publics et les partenaires sociaux (théoriquement responsables de la gestion de l'Assurance Maladie dans plusieurs pays), on peut se demander si ces derniers ne s'engagent pas vers une sortie discrète.

- **Troisième élément : de nouveaux problèmes d'équité.** Je les ai commentés rapidement à propos des personnes âgées. Je crois que c'est vrai aussi, et Jean MARMOT l'a rappelé tout à l'heure, pour non seulement les très vieux, mais aussi les très pauvres qui ont des difficultés d'accès aux systèmes de soins et pour les très malades pour lesquels le problème est moins un problème d'accès aux systèmes de soins que d'accès aux soins eux-mêmes.
- **Quatrième évolution : on observe la mise en place de procédures incitatives,** pour un bon usage des soins par des professionnels sous la surveillance des usagers. Cette formule résume rapidement les évolutions déjà mentionnées à propos de la surveillance de l'activité des médecins et autres prestataires de soins de ville et des hôpitaux. Les systèmes d'analyse et de gestion dans ces secteurs se sont considérablement améliorés les derniers temps et débouchent sur des procédures incitant les producteurs de soins à mieux réguler, en particulier leur activité et leurs prescriptions.
- **Cinquième et dernier point : on va vers de nouvelles formes de négociation** des professionnels avec les Pouvoirs publics, non plus seulement sur des objectifs tarifaires ou financiers mais, à la fois, sur ces objectifs et sur des objectifs de santé. Cette évolution implique qu'on se donne les moyens de porter un jugement, notamment en termes d'efficacité, sur les différentes modalités d'amélioration de l'état de santé de la population. La combinaison de la maîtrise des dépenses de santé et d'une vision de santé publique a clairement des implications, sur les **instruments d'information et d'analyse des dépenses de santé** qui doivent se développer dans les années à venir. Les analystes et les statisticiens, que vous êtes, devraient y porter la plus grande attention.

Gérard CROSET

Je remercie Christian BECHON et Marianne BERTHOD de la prouesse d'avoir réussi à faire tenir leurs deux exposés dans le temps imparti avec seulement une petite divergence sur les convergences des évolutions.

Je voulais poser la question suivante : en matière de dépenses de santé, peut-on aussi envisager les aspects concurrentiels internationaux, s'agissant, notamment, des consommations médicales transfrontalières, révélatrices, particulièrement en Europe, des capacités de soins des différents pays et de leur spécialisation ?

Christian BECHON

Je vais répondre puisque lorsque j'étais l'adjoint de Jean MARMOT, on avait essayé de le faire à la Commission des comptes, avec nos faibles moyens, suivant peut-être en cela l'exemple antérieur de Jean-François CHADELAT ; on observe ainsi :

- du côté de la demande de soins, les flux européens de prestations santé sont, en premier lieu, liés aux migrations touristiques, et, en second lieu, on trouve tout de suite le problème des italiens qui viennent se faire soigner en France, notamment dans les

centres anticancéreux (allez voir à Villejuif, vous serez convaincus). Au-delà, on a bien quelques anglais qui fuient les files d'attente et des migrations liées à l'avortement mais, pour l'instant, cela ne me semble pas être un des paramètres importants de la maîtrise des dépenses de santé;

- du côté de l'offre de soins, je prendrai un exemple : ce qu'on appelle "l'Europe blanche", c'est à dire la liberté d'installation des professions médicales. Juridiquement, elle est assez achevée en Europe. Or, on n'a pas observé des déplacements massifs, ni d'infirmières, ni de médecins, au travers des frontières ; les pays à forte démographie médicale n'ont pas déversé leurs "excédents de médecins", vers les pays à faible démographie ou vers les pays où les revenus médicaux étaient confortables.

Il y a, en effet, des barrières linguistiques et sociologiques car le rapport à la médecine est d'abord un rapport sociologique. Je prendrai un exemple : entre l'Allemagne et la France, le "colloque singulier" entre le médecin et le malade est sans commune mesure. En France, il est d'un quart d'heure ; en Allemagne, une fois que vous avez fait tout le parcours technique dans le cabinet du médecin, vous le voyez trois minutes. La médecine ambulatoire allemande est une médecine technique, et telle n'est pas la conception française. Je ne sais pas expliquer, autrement que par des raisons sociologiques, un tel écart mais, peut-être, nos amis chercheurs ont-ils d'autres idées...

Marianne BERTHOD

Un chiffre illustre assez bien ce que vient de dire Christian BECHON : sur un peu plus de 2.000.000 de médecins existant dans l'ensemble des pays de la Communauté Européenne, les migrations représentent au total 3.000 médecins. Et pourtant, la levée des barrières à la circulation des professionnels médicaux est réalisée depuis 1975 pour ce qui est des médecins, et, pour les professions paramédicales, grosso-modo depuis 1978. Avec le recul, on peut donc affirmer qu'il n'y a pas grand chose à espérer de plus que cela.

Christian BECHON

Je voulais élargir un tout petit peu la question parce qu'en fait, la vraie compétition en Europe n'est pas sur les dépenses ni sur les prestations de soins, elle est sur le financement. Là, se trouve la vraie compétition européenne, d'une part, entre des pays qui dérivent dans leurs dépenses de santé et donc dans leurs cotisations et donc dans leurs prélèvements, et, d'autre part, des pays qui ne dérivent pas. Vous voyez tout de suite les conséquences sur les coûts du travail.

Je conclus, même si ça n'est pas tout à fait le sujet, en disant : attention à la monnaie unique. La monnaie unique suppose quand même une certaine convergence des modes de financement ou du moins du rythme d'évolution des prélèvements sociaux parce que, sinon, on a, à long terme, des tensions sur les coûts du travail et donc sur la localisation des industries, etc. problèmes qui ne sont pas simples. Même si nous ne sommes pas encore à l'heure de la monnaie unique, c'est presque demain, à l'aune des échelles de temps que l'on considère.

La vraie compétition ne me semble donc pas être sur les aspects caricaturaux : le cancer en Italie, l'hospitalisation bénigne en Angleterre où les files d'attente sont insupportables, la vraie compétition européenne est sur le financement et le coût du travail.

Pierre-Alain MESSY (Groupe APICIL-ARCIL)

Chaque fois qu'on évoque les professions de santé, on ne se pose jamais la question : quelle est la demande du public ? Sur ces 40 ans : premièrement, le public, en France, s'est aperçu que la médecine n'était pas une science exacte ; deuxièmement, un nouveau type de demande apparaît (je ne veux pas être guéri, je veux retrouver mes fonctions d'avant, et, surtout, je veux un résultat). Parallèlement, on peut constater, avec quelques indicateurs de santé, que la santé s'est améliorée durant le dernier demi-siècle.

Marianne BERTHOD

Sur votre dernière remarque, je suis absolument d'accord avec vous. Personne ne pourra contester que les indicateurs de santé se sont améliorés dans les dernières années. Le seul problème est de savoir quel rapport existe entre l'évolution de ces indicateurs de santé et l'évolution des soins. Cette relation n'est pas du tout évidente. Il y a beaucoup d'autres choses qui se sont améliorées durant la même période, en particulier le niveau de vie des populations, le niveau culturel, le niveau d'hygiène, une certaine prévention du côté des comportements à risque, etc. Le système médical a une certaine responsabilité dans cette amélioration des indicateurs de santé mais je crois qu'on aurait tort de lui attribuer plus qu'une responsabilité partielle.

Christian BECHON

Il y a un très bon exemple à l'appui de cette thèse, qui est la Russie actuelle. En Russie, aujourd'hui, les indicateurs de santé se dégradent, la mortalité monte. Donc le progrès de la santé n'est pas général et, il n'est pas partout pareil ; il dépend de la conjoncture générale, de l'accès à des produits alimentaires sains (et pas de la vodka frelatée notamment qui est une des causes importantes de mortalité en Russie). Vous pouvez ainsi avoir, pour des raisons totalement exogènes au système de soins, des évolutions très significatives du point de vue des indicateurs de santé.

Marianne BERTHOD

Pierre-Alain MESSY a également évoqué la demande des malades. Je crois qu'il est tout à fait pertinent de souligner son évolution. J'ai essayé d'en rendre compte dans un des premiers transparents mais trop rapidement. Mais la question est : compte tenu de ce que sont les contraintes, les bénéfiques à en espérer en termes de santé, faut-il ou non répondre, et comment, à cette demande de soins ? La question ainsi posée conduit à un débat moral et économique.

Je ne vois pas au nom de quoi on pourrait interdire à quelqu'un d'avoir accès à tel ou tel type de soins. Le problème, c'est le financement. Est-ce que la collectivité va financer la demande de quelqu'un ? C'est là le problème. Pour le traiter, on est un peu obligé de mélanger tout. C'est précisément la tentative qu'ont essayée de faire la plupart des pays européens. Dans un premier temps, entre 1970 et le milieu des années 1980, ils ont dit : bon, on va augmenter les tickets modérateurs, et puis, après tout, "s'ils en veulent, qu'ils paient". Comme disait, je crois, Philippe SEGUIN : "je ne vais pas les empêcher de manger des médicaments, s'ils préfèrent ça plutôt que du beefsteak".

Le seul problème est que ce raisonnement, qu'on peut tenir dans d'autres domaines, ne peut pas être tenu dans le domaine de la santé :

- premièrement, la santé c'est la vie ; les gens ne se comportent pas de la même façon vis-à-vis de ce bien et vis-à-vis des autres. C'est trop fondamental pour hésiter devant une dépense supplémentaire;
- deuxièmement, entre le prescripteur de la dépense (le médecin) et le demandeur d'origine qui est le malade, l'information est asymétrique;
- troisièmement, dans le monde d'aujourd'hui, le problème n'est plus d'encourager ou d'empêcher les gens d'accéder à une première marche dans le système de santé mais le problème est de contrôler la circulation des malades dans ce système. On ne peut pas arriver à réguler cette circulation en disant que le malade payera jusqu'à un certain niveau ; le malade serait la victime dans cette affaire et personne n'en serait le bénéficiaire.

Docteur Laurent MÉEUS

Simplement deux remarques au sujet de la notion de santé :

- la première, c'est que les améliorations de l'hygiène publique sont intervenues de façon considérable mais les progrès de la médecine sont également intervenus sans être un facteur d'économie ; en effet, on guérit des gens qui vont faire une autre maladie, la feront plus vieux, plus tard, et qui coûteront de toute façon très cher.
- deuxième remarque, vous avez parlé d'une intervention et d'une concertation avec les Pouvoirs publics; bien sûr, il la faudra ; toutefois, que penser du tabagisme, qui cause au moins 80 000 cancers par an tandis que l'État non seulement ne favorise pas la prévention individuelle mais tire partie financièrement de cette consommation; alors, les négociations, je crois qu'il faudra beaucoup de temps pour qu'elles soient efficaces.

Marianne BERTHOD

Je ne peux que m'associer à la première remarque du Docteur MÉEUS qui me paraît tout à fait pertinente. Pour la seconde, il a posé un point d'interrogation et je poserai le mien à côté du sien. Je ne sais pas ce qu'il faut penser de cet État mais pas forcément des choses très sympathiques.

Mais les évolutions européennes peuvent peut-être rassurer le Docteur MÉEUS : la hausse du prix du tabac, en France, n'est pas prête de s'arrêter pour rattraper les politiques des autres pays et les perspectives d'une telle évolution sont plutôt positives du point de vue des ressources de l'État. J'espère que cela dissuadera les gens de fumer par éviction économique.

TABLE RONDE

QUEL RÔLE POUR L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ?

Animateur :

Pierre MASCOMÈRE

Directeur Général de TGF Consultants

Intervenants :

Jean CELLIER

Directeur de la prévoyance - Groupe Malakoff

Alexis LEHMANN

Président Directeur Général - La Strasbourgeoise

Jean PRÉVET

Directeur Général Adjoint FNMF

Gérard CROSET

J'introduirai seulement Pierre MASCOMÈRE qui animera la table ronde : Pierre MASCOMÈRE est un collègue puisque nous enseignons l'un et l'autre à l'ISUP ; c'est un concurrent puisque nous sommes l'un et l'autre dans des cabinets d'actuaire conseil et c'est aussi un ami de longue date.

Pierre MASCOMÈRE

Je vais présenter les trois intervenants : Jean CELLIER est le Directeur de la prévoyance du groupe Malakoff, le directeur des différents organismes de prévoyance du groupe Malakoff ; Jean PRÉVET est Directeur Général adjoint de la FNMF et aussi le Directeur de Mutex ; Alexis LEHMANN est le Président Directeur Général de la Strasbourgeoise, société d'assurance spécialisée dans le risque maladie, qui fait partie du Groupe Azur.

L'assurance maladie complémentaire est un sujet beaucoup plus restreint, bien évidemment, que l'Assurance Maladie dans son ensemble. C'est cependant un domaine important.

C'est un domaine important ne serait-ce que par les chiffres d'affaires des différents organismes qui interviennent dans ce domaine ; l'ensemble des cotisations récoltées par les différents types d'organismes se monte à plus de 70 milliards de francs. Sur ces

70 milliards, largement plus de la moitié relève du secteur de la mutualité. Dans le secteur des institutions de prévoyance, l'assurance maladie complémentaire représente plus de 40% des cotisations et des prestations et donc une activité non négligeable.

C'est important aussi parce 80% de la population est ainsi couverte, tant les travailleurs non salariés que les travailleurs salariés mais de diverses manières. Il existe en effet des formules d'assurance dite "complémentaire maladie", obligatoires pour tout ou partie des catégories de salariés d'une entreprise par exemple. Il existe également des formules collectives facultatives, c'est-à-dire que les individus peuvent, s'ils le désirent, entrer dans le groupe, et bénéficier d'une couverture "complémentaire maladie". Et puis, il existe des formules individuelles où l'individu souscrit un contrat individuel auprès d'un organisme. Entre ces deux dernières formules d'ailleurs, collective-facultative et individuelle, il y a toutes les nuances possibles.

C'est aussi un secteur qui a la particularité de couvrir des entreprises, mais aussi des professions, peu à titre obligatoire sauf une profession de non-salariés. Les organismes peuvent être professionnels, ils peuvent être régionaux, ils peuvent être de quartier simplement.

Il s'agit : des mutuelles, des sociétés d'assurance mutuelles et des sociétés anonymes d'assurance, enfin, des institutions de prévoyance. En effet, depuis la loi Evin du 31 décembre 1989, les entreprises elles-mêmes n'ont plus le droit de mettre en place, ni de conserver des couvertures maladie "auto-assurées".

C'est en outre un secteur qui croît très vite manifestement ; pour le seul domaine des assurances collectives des sociétés d'assurance, le chiffre d'affaires (cotisations) a crû au rythme de 20% au début des années 1990.

A quoi est donc due cette augmentation du chiffre d'affaires ? Elle est due à l'augmentation des coûts de la maladie, que les cotisations suivent ou essaient de suivre ; à l'augmentation du champ des personnes couvertes, vraisemblablement ; très certainement aussi à une augmentation des garanties, qui coûtent plus cher car elles vont plus loin dans les remboursements. Le phénomène d'extension des garanties pose d'ailleurs quelques problèmes, car elle induit une augmentation de l'ensemble des cotisations de ce secteur, les trois facteurs cités n'étant pas du tout indépendants les uns des autres.

C'est aussi, manifestement, un secteur qui fait face à quelques difficultés : des problèmes d'équilibre, si on en juge par les comptes de certains organismes, en raison de la course entre les coûts supportés et les cotisations demandées ; également, des difficultés quelquefois liées à un manque de suivi et à des imprudences.

C'est d'ailleurs un secteur d'une nature différente de l'autre secteur de la prévoyance collective : le décès, l'incapacité-invalidité et aussi bien sûr, les garanties d'allocations de retraite ou d'allocations ou de capitaux de fin de carrière. Pour tous ces risques, si les techniciens font bien leur travail, et que les paramètres restent à peu près constants, les cotisations ont tendance à rester stables. Ce n'est pas le cas de l'assurance complémentaire maladie où, les dépenses augmentant, il faut bien que les cotisations suivent à un moment ou à un autre. Or, le simple fait de modifier les cotisations d'une couverture "complémentaire maladie" fait bouger aussi les cotisations ou les bases de la couverture décès-invalidité. Tout allait bien quand les salaires et le plafond de la Sécurité Sociale augmentaient aussi vite que les dépenses maladie ; c'est très différent aujourd'hui.

C'est aussi un secteur évolutif pour des raisons réglementaires ou législatives, par exemple avec la progressive et difficile application de la loi Evin du 31 décembre 1989.

C'est un secteur évolutif également parce que les pratiques administratives sont en mutation : les organismes administratifs de Sécurité Sociale pratiquent à une échelle de plus en plus large maintenant les remboursements complets ou les pré-remboursements, entraînant des changements sensibles non seulement dans la pratique des organismes complémentaires mais aussi dans les garanties qu'ils proposent.

Et puis, c'est un domaine en perpétuelle évolution, parce qu'il est complémentaire à la Sécurité Sociale. Il suffit d'une loi, d'un arrêté, d'un décret, d'une modification d'un taux de remboursement, d'une suppression de remboursement de certains médicaments et, aussitôt, tous les paramètres sur lesquels les organismes complémentaires travaillaient, sont modifiés entraînant des conséquences pour les adhérents, les souscripteurs et ceux qui assurent le risque.

Après avoir campé le décor de l'assurance maladie complémentaire, je propose aux différents intervenants de travailler sur les questions suivantes en style lapidaire :

- complémentaire maladie et augmentation des dépenses ;
- complémentaire maladie et maîtrise des coûts ;
- perspectives des assurances complémentaires et contexte administratif ;
- problèmes de l'assurance complémentaire maladie, elle-même.

Je me tourne d'abord vers Alexis LEHMANN en lui posant la question : **la complémentaire maladie est-elle un facteur d'augmentation des dépenses de santé ?**

Alexis LEHMANN

La santé est le premier secteur économique au monde et le premier secteur économique de tous les pays développés. L'enjeu est la compétitivité entre ces pays. Je rappelle que la France est déjà le premier pays en matière de prélèvements obligatoires. Avec le déficit, l'État français gère 50% de la richesse produite chaque année.

Mon deuxième point est **la notion même de santé**. Quand, entrant pour la première fois dans le monde économique, plus précisément à BSN, il y a 25 ans, je faisais des enquêtes marketing, je demandais aux français : quelle est la chose la plus importante pour vous ? Ils répondaient : la santé, la mienne et celle des personnes que j'aime. Nous refaisons, périodiquement, maintenant en assurance, ce genre d'enquêtes et la réponse est exactement la même. Mais Marianne BERTHOD a bien souligné que le concept santé d'il y a 25 ans est complètement changé aujourd'hui dans la demande comme dans l'offre, dans la mentalité ainsi évidemment que dans les coûts.

Alors, quel est le **rôle des assureurs dans l'évolution des coûts de santé** et dans l'évolution de l'économie médicale globale ? D'abord un petit rappel. L'Assurance Maladie, comme son nom l'indique, est une assurance. C'est une assurance qui n'a pas besoin de grands calculs actuariels puisqu'elle est gérée, comme l'a dit Jean MARMOT, en essayant de compenser l'argent sorti par l'argent rentré, tout simplement par le fait de prélèvements obligatoires. Mais cela pose des problèmes aujourd'hui.

Pour qu'on puisse entrer dans le vif du sujet, je vais commenter un tableau provenant des comptes nationaux de la santé mais non reproduit présentement.

En 13 ans, la consommation médicale en France a été multipliée par plus de 3 ; on est passé de 192 milliards à 632 milliards de francs. Combien de plans de réduction, de modération, de régulation, y-a-t-il eu dans le même temps et quelle sera l'efficacité du prochain ?

Deuxième point : le désengagement et je réponds ici à la question de Pierre MASCOMÈRE, l'augmentation du ticket modérateur de la Sécurité Sociale n'a influencé en rien la dérive de la consommation générale.

Troisième point : si vous prenez les mutuelles - et Jean PRÉVET est mieux à même pour en témoigner - ce sont des personnes animées d'une éthique très forte, avec une volonté d'éduquer leurs mutualistes pour ne pas donner justement dans des exagérations de consommation ; toute leur structure de garantie et leur structure tarifaire ont été établies dans ce sens. Les mutuelles, qui couvrent quelque 25 millions de français, n'ont pas pu, malgré leur éthique et leur conviction morale, freiner énormément la dépense globale puisque vous voyez que leur part est passée de 5 % à 6 % donc, en quelque sorte, terme iconoclaste, le marché leur a échappé ! D'ailleurs, je sais qu'à l'heure actuelle, elles font tout ce qu'elles peuvent pour essayer de rembourser aussi les dépassements.

Avec les assureurs - ces opérateurs d'où le mal devait venir - voudraient quand même rappeler que le Japon, l'Allemagne et les États-Unis utilisent puissamment les assureurs, sinon totalement, pour intervenir dans le domaine de l'économie médicale et de l'assurance santé en particulier. Nous-mêmes, nous nous sommes lancés dans le pays du tout État absolu, c'est-à-dire en Angleterre, et la Strasbourgeoise est en train de réussir, dans le "private medical health care".

71 milliards de francs remboursés par les mutuelles et les assureurs ont-ils joué un rôle majeur ? La réponse ne peut être donnée globalement. C'est vrai que l'influence d'une incitation à des consommations de confort peut vraisemblablement influencer la dépense. On sait aussi que les personnes les plus riches et les plus éduquées sont les plus assurées, mais ce n'est pas absolu.

Le paradoxe le plus important dans la mentalité française et dans les besoins marketing qui en découlent, est ce qui se passe aujourd'hui dans cette salle. Quand des Français se mettent ensemble pour parler de l'évolution de la santé et de l'économie médicale, ils ont tout plein de très bonnes idées pour limiter sévèrement ces dépenses. Et quand, individuellement, ils sont touchés, ils font ce qu'ils peuvent pour arriver au meilleur type de soins, le plus rapidement possible et en faisant le plus attention possible à être sûr d'avoir le meilleur spécialiste, le meilleur médicament de confort...

Alors que fait l'assurance privée complémentaire ?

C'est une assurance libre, ce n'est plus un prélèvement obligatoire. Enfin - mais Jean PRÉVET aura peut-être une autre conception - nous, nous disons qu'en fait les français ne sont remboursés par les systèmes de base ou pris en charge par l'État et les collectivités locales qu'à 75% globalement de leur dépense santé - point également évoqué par Jean MARMOT et Marianne BERTHOD. Compte tenu de cette plage de non-remboursement, la technique de l'assurance complémentaire permet aux français

de mutualiser une partie du coût de santé qui reste à leur charge. Néanmoins, aujourd'hui, le ticket modérateur d'ordre public est certainement inutile puisque nous avons déjà une centaine de milliards de francs qui ne sont, en fin de compte, pas remboursés aux français.

Ainsi, du fait de la protection différenciée qu'offre l'assurance complémentaire, au travers de sa technique de mutualisation et de sélection, on peut éventuellement parler de la santé à une, deux ou trois vitesses, mais si on veut enclencher seulement la marche arrière, c'est sans conteste la qualité des soins qui sera touchée.

Jean PRÉVET

Je n'ai pas l'intention de m'inscrire a priori en faux par rapport à ce que vient de dire Alexis LEHMANN . Je pense que nous sommes ici entre acteurs intervenant dans la réparation des conséquences financières de la maladie. Je comprends donc très bien que des sociétés d'assurance interviennent sur ce "marché". Le fait que la Mutualité y soit présente, peut-être avant les autres, ne lui donne pas le droit d'exclusivité pour autant.

Je voudrais, en revanche, compléter un peu ce qui a été dit puisque le sujet est de voir pourquoi la complémentaire maladie pourrait entraîner une augmentation des dépenses médicales. Est-ce que c'est véritablement le fait de solvabiliser, en quelque sorte, la demande qui entraîne cette augmentation, ou bien, est-ce qu'il n'y a pas des causes un peu extérieures ? Pour ma part, j'en retiens quand même trois.

La première est un problème d'évolution constatée, qui est que **la complémentaire santé, de plus en plus, passe par l'entreprise**, c'est à dire par la négociation des régimes de protection sociale. Par conséquent, elle a tendance, c'est du moins mon avis, à atteindre les niveaux les plus élevés, ce qui me paraît d'ailleurs tout à fait logique. Les salariés d'une entreprise, surtout lorsque l'entreprise accepte de participer au financement de la protection sociale, ont tendance à rechercher les meilleurs niveaux de protection. S'agissant de la Mutualité, la complémentaire maladie représente pour 74% des contrats en entreprise et l'individuel est loin derrière, si je puis dire.

Deuxième cause aussi d'augmentation, c'est un certain nombre de **comportements**. J'en citerai deux pour l'exemple, mais il y en a sans doute d'autres :

- le premier est ce que les médecins appellent eux-mêmes le nomadisme médical ; à l'occasion d'une même affection, on constate parfois la multiplication des visites : un malade bien soigné par son médecin mais mal informé sur sa maladie, éprouve le besoin d'en consulter un autre ;
- deuxième exemple, toujours au niveau des comportements, c'est le souhait tout à fait légitime des assurés sociaux de bénéficier de tous les progrès de la médecine; actuellement, ils sont, sur ce point, largement informés, par les médias, par des publications et aussi naturellement par leur médecin ; ceci crée effectivement le besoin et par conséquent la consommation.

Troisième cause d'augmentation : **les pratiques**.

Les pratiques qui ne sont pas toujours d'ailleurs les meilleures. Je prendrai là aussi un exemple. Il est certain que les secteurs de la consommation de soins fonctionnent comme des vases communicants. Quand on supprime quelque chose à un endroit, on le retrouve ailleurs : lorsqu'on a réduit les examens radiologiques, les examens biolo-

giques en milieu hospitalier, on les a très vite retrouvés, je dirais avec l'assentiment et la complicité de tout le monde, dans le secteur libéral ambulatoire.

Jean CELLIER

Pour compléter ce qui vient d'être dit sur la question de savoir si la complémentaire entraîne l'augmentation des dépenses médicales, je propose une analyse à double entrée, en regardant, d'une part, les deux acteurs que sont le consommateur qui s'est assuré d'une complémentaire et l'ordonnateur de soins qui se soucie de la solvabilité de son patient, et d'autre part, deuxième critère d'entrée, la consommation en volume et en coût, c'est à dire en nombre d'actes et en coût unitaire.

Il faudrait alors analyser (on ne va pas le faire ici, ce serait trop long) type d'actes par type d'actes.

Il est évident que même avec une très bonne complémentaire, je ne crois pas qu'il y ait beaucoup d'individus qui ont envie d'aller ouvrir leur bouche chez leur dentiste tous les jours ; ce n'est pas un plaisir. A contrario, c'est peut-être un plaisir si j'ai une bonne complémentaire, au moment où je me regarde dans la glace et que je n'ai pas le moral, d'aller changer ma paire de lunettes. Il y a donc des comportements qui vont être différents, d'une part, selon l'assuré, et d'autre part, selon le prestataire des soins.

Il est évident aussi que dans un secteur strictement limité, tel que le secteur 1, la seule façon d'augmenter la consommation, c'est d'augmenter le nombre d'actes. Par contre, dans des domaines où les prix sont libéralisés, les prothèses dentaires par exemple, on sait très bien ce qu'il en est ; le "tact et la mesure" demanderaient une longue dissertation !... Tous les assureurs complémentaires, quelle que soit leur catégorie, l'ont observé sur ce poste. Ceci s'explique : nous disposons d'un système de remboursement de soins dentaires, surprenant. Il devrait normalement privilégier la prévention, c'est-à-dire les soins. Or, allez chez votre dentiste, s'il doit effectuer des soins, il y consacra du temps pour une rémunération plus que modeste. Les actes "soins dentaires" correspondent à des tarifs bloqués depuis plusieurs années et la nomenclature n'a pas suivi. Les chirurgiens dentistes sont donc obligés de trouver une compensation avec les tarifs libres des prothèses.

J'aurais donc tendance à dire que, dans certains domaines, les assurances maladie complémentaires sont sans doute des incitations à la dépense. Maintenant, il faudrait répondre à la question : les personnes désignées par Jean PREVET qui ont souscrit une complémentaire et vont consulter régulièrement, sont-elles finalement moins coûteuses en hospitalisation que celles qui, du fait de l'absence de complémentaire, utilisent moins régulièrement la médecine de ville ? Il y aurait là une réflexion à développer, mais je n'ai pas de réponse là-dessus aujourd'hui.

Alexis LEHMANN

Jean CELLIER a tout à fait raison ; c'est un classique entre nous, ce problème des dépenses dentaires où indiscutablement le niveau de garantie joue sur le niveau des prestations. Toutefois, je voudrais signaler aussi qu'en Allemagne, si vous n'allez pas deux fois par an chez le dentiste faire tamponner votre carte de Sécurité Sociale, vous n'êtes pas remboursé en cas de prothèse ou d'intervention grave ; petit détail qui va tout à fait dans le sens de ce que vient d'être dit.

D'ailleurs, si le style de consommation médicale a changé, c'est que, depuis 1950, nous vivons 15 ans de plus et que nous essayons de vivre dans de meilleures conditions. Ce n'est faisable qu'en étant passé d'une mentalité de curatif à une mentalité de préventif ; je peux parler du dentaire mais je peux aussi parler du frottis vaginal, du dépistage pour le cancer du sein, etc. Donc, il est clair que nous sommes passés à une mentalité de prévention et que nous avons eu parfaitement raison de le faire.

Je vous donne maintenant le détail de nos remboursements. Par exemple, pour la Strasbourgeoise et le Groupe Azur, cela représente des remboursements globaux de l'ordre de 650 millions de francs dont la répartition est la suivante (il faut quand même vous dire que nous assurons une partie des assurés au premier franc puisque nous intervenons au niveau des frontaliers suisses) : le premier poste est la pharmacie ; le deuxième, les frais hospitaliers ; le troisième, les honoraires médicaux. Autant nos interventions générales en complémentaire suivent une distribution normale, autant les interventions en plénier sont plutôt du type loi de Poisson, c'est-à-dire qu'il y a 4-5% qui peuvent vous coûter 70-80% de l'intervention globale (c'est le même problème pour la garantie de base de la Sécurité Sociale). Si nous revenons sur la prise en charge des frais dentaires en complémentaire : en ticket modérateur, pour 100 francs de remboursement, les frais de soins représentent 70 et les prothèses 30 ; mais en dépassement (et c'est là qu'on a la dérive), les prothèses représentent 75%.

Encore une incidente, sociale si je puis dire, Marianne BERTHOD l'a évoquée : aujourd'hui M. Edouard BALLADUR, demain monsieur X, hier ... : tout le monde incite les Français à la consommation. Il faut consommer : acheter 3 micro-ondes... payer pour tout et n'importe quoi. Toutefois, malheur à vous si vous avez envie d'avoir un beau sourire, malheur à vous, si vous avez envie d'ajouter quelques années à votre vie, parce que, là, vous touchez à un système où la consommation devient interdite. Je me demande si "on ne marche pas un peu sur la tête quelque part".

Pierre MASCOMÈRE

Sur ce sujet, un article est paru dans "Économie et Statistiques" en 1993 : "Dépenses Médicales et Couverture Sociale" de Laurent CAUSSAT et Michel GLAUDE. L'article est très intéressant et traite ces questions quelquefois avec humour, se demandant par exemple si, parce que les gens devenaient mutualistes, ils allaient dépenser plus ; selon certains modèles, cela apparaît effectivement. Pourtant, ce sont aussi les mêmes mutualistes couverts qui dépensent le plus de pharmacie non prescrite ; donc, ils ont une tendance à la prévention plus forte que les autres. C'est très intéressant parce qu'à côté de chaque affirmation, on peut trouver une affirmation un peu différente. Je conclurai simplement, un peu comme cet article, qu'un bon état sanitaire de la population, même s'il est acquis au prix d'une croissance des dépenses (due peut-être à la couverture complémentaire maladie), procure de toute manière un certain nombre de bénéfices à un pays.

Je passe à la deuxième question :

Les organismes "complémentaire maladie" peuvent-ils et veulent-ils avoir un rôle, et dans quel domaine, en faveur d'une certaine maîtrise des coûts?

Jean PRÉVET

Je parlerai bien sûr, vous vous en doutez, en représentant de la Mutualité, mais je pense qu'un certain nombre d'idées avancées peuvent être partagées autour de cette table.

En réponse à la question posée, je m'interroge d'abord pour savoir s'il faut absolument réduire la consommation médicale ? Après tout, une forte consommation médicale ne serait pas une catastrophe si cette consommation correspondait à un très bon niveau de soins. Il ne faut quand même pas, sous prétexte d'économies, considérer que la santé devient une dépense somptuaire. Donc, il est, je crois, plus sage de rechercher à dépenser mieux que de recourir à n'importe quel moyen pour dépenser moins.

La seconde question est de savoir si le consommateur recourt et a accès aux soins en fonction de ses moyens ou si on ne doit pas lui permettre d'avoir accès aux soins en fonction de ses besoins ? Tout ceci milite par conséquent, du moins aux yeux de la Mutualité, pour un **réexamen du système de santé** dans ce sens. Je ne m'appesantirai pas sur la position politique qu'a notre mouvement : la Mutualité Française suggère effectivement des voies d'amélioration par une meilleure maîtrise des choses au travers d'un certain nombre de dispositions structurelles du type conseil supérieur de la santé, un observatoire, un parlement social qui permettrait à l'ensemble des acteurs de la santé de délibérer, de se concerter, de définir les objectifs, d'en assurer le suivi. Il n'en demeure pas moins qu'à côté de ces prises de position que je qualifierai de politiques, il y a peut-être des voies à explorer, et que nous avons déjà évoquées.

J'en retiens six pour ma part.

La première c'est, d'abord et avant tout d'**améliorer l'information** du malade, l'information sur les tarifs (problème des dépassemements), information sur sa santé elle-même. Pour éviter le nomadisme, il appartient vraisemblablement aux acteurs de la complémentaire santé de jouer un rôle dans ce domaine. Après tout, c'est nous qu'on vient voir pour jouer ce rôle de réparateur des conséquences financières de la maladie ; pourquoi ne serions-nous pas dans ce domaine aussi des conseillers ? Je lie d'ailleurs à l'information, la prévention, déjà citée, et je rejoins tout à fait ce qui a été dit sur ce thème. Les actions de prévention doivent être choisies et elles doivent être, ensuite, évaluées ; les professionnels de santé peuvent aussi, dans ce domaine, être des acteurs significatifs ; je pense notamment aux pharmaciens.

La deuxième voie consiste à **améliorer la coordination** par la mise en place de soins hiérarchisés. C'est sans doute de nature à faire frémir les professionnels de santé mais il nous semble nécessaire aujourd'hui de bien resituer les rôles du généraliste et du spécialiste. Le généraliste doit être effectivement le médecin de proximité, celui qui assure les soins de premier recours, les urgences de ville, qui suit les pathologies chroniques et qui conseille, qui oriente son malade pour qu'il consulte un spécialiste. Le spécialiste doit rester dans son domaine de compétence et peut-être faudrait-il redéfinir vraiment son rôle car combien de spécialistes ne font jamais qu'exercer là où ils sont, les fonctions de généraliste et de médecin de ville. Ceci ne remet pas en cause ni la liberté de choix du malade, ni le droit de prescription du médecin.

Troisième piste visant le domaine hospitalier : **une meilleure répartition des plateaux techniques hospitaliers**. Combien de maires veulent avoir le meilleur équipement pour l'hôpital du canton, ou de la ville, etc. ; ce n'est pas forcément la bonne méthode. Des plateaux techniques qui ne sont utilisés que par intermittence, parce qu'il n'y a pas, peut-être, une clientèle suffisante en fonction de la haute technologie dont on s'est doté, coûtent cher et représentent à la limite des risques sur le plan médical même en raison de leur sous-utilisation. Peut-être, faudrait-il organiser précisément le secteur hospitalier de la santé avec des hôpitaux locaux ou hôpitaux de proximité et un deuxième niveau de spécialisation de ces hôpitaux qui se situerait au niveau du département, voire de la région.

Quatrième piste : **peser sur les tarifs**. C'est à quoi la Mutualité s'emploie au travers de ses oeuvres sociales ; en effet, la création de centres médicaux de santé, de centres d'optique, de cabinets dentaires, de cliniques, de pharmacies, etc. permet parfois de moraliser et d'atténuer les situations de monopole du privé qui peuvent entraîner des coûts supérieurs parfois au raisonnable.

Cinquième point, concernant **le domaine du médicament** : recourir, vous connaissez déjà notre leitmotiv, à des **génériques**. Ce n'est pas la recette miracle, ce n'est pas la solution à tout. Il n'en demeure pas moins que le recours aux génériques peut contribuer à diminuer les dépenses : les simulations effectuées conduisent à considérer que le recours aux génériques réduirait les dépenses de pharmacie d'environ un milliard de francs. Seulement, ceci implique aussi une révision du rôle du pharmacien, de ses modalités de rémunération et de son droit surtout de remplacer le médicament prescrit par un générique.

Je terminerai enfin, et ce sera mon point six, par une question : **peut-on aller au-delà ?** Les régimes complémentaires peuvent-ils aller jusqu'au contrôle de la réalité des actes et des cotations ? Ceci est, en principe, du ressort des caisses. Je me suis réjoui, comme d'autres, d'entendre un directeur de caisse faire récemment état des résultats qu'il obtenait dans ce domaine. S'il était pleinement dans sa compétence et dans son rôle, le regret qu'on peut exprimer est précisément que ce type d'attitude n'est pas aussi fréquent qu'espéré, à entendre la façon dont il le présentait.

Jean CELLIER

Je voudrais enchaîner sur le dernier point évoqué par Jean PRÉVET. Pour moi, la complémentaire, si elle doit avoir un rôle dans la maîtrise des coûts, ne pourrait favoriser qu'une maîtrise comptable et certainement pas une maîtrise médicalisée. La raison en est que la complémentaire n'est que la complémentaire. Nous travaillons, pour la plupart de nos risques, sur des informations fournies par les régimes de base ; nous ne connaissons pas les événements qui sont à l'origine des soins pratiqués, nous ne connaissons pas la nature des médicaments remboursés. Demain, cela pourrait être encore plus complexe si nous nous orientons vers des remboursements par pathologie ; le secret médical aidant, je ne sais pas trop de quelles informations les organismes complémentaires disposeront.

Donc, dans le système actuel, au niveau de la maîtrise des coûts, les assureurs complémentaires, pour la plupart des cas, ne pourraient que favoriser une maîtrise comptable. Je suis tout à fait d'accord avec ce qu'a dit Jean MARMOT, à savoir que la maîtrise ne peut venir que d'une maîtrise médicalisée, et là-dessus, je ne pense pas que nous puissions être des acteurs pertinents. Par contre, je voudrais essayer de vous donner deux exemples concernant les prothèses dentaires, dont vous savez très bien que c'est un poste important pour les assureurs complémentaires, comme Alexis LEHMANN l'a dit.

Dans une vie antérieure, en **complémentaire individuelle**, nous avons essayé, avec le concours d'un syndicat de dentistes, de bâtir un produit qui devait être un produit novateur. Il a d'ailleurs, dans les années 1985 et 1986, fait l'honneur de certains articles dans les journaux, car il y avait réellement innovation. Nous avons eu l'idée suivante : demandons à l'assuré de faire établir par son dentiste un diagnostic de l'état de sa bouche, diagnostic qui déterminera ce qu'il faut faire pour "remettre cette bouche en

état". Pour réaliser ces travaux de remise en état, nous proposons un prêt car l'assurance n'a pas pour objet de payer les sinistres déjà survenus. Ce prêt était effectué à des conditions de taux très préférentielles. Ensuite, nous proposons une garantie à 100% quelle que soit la dépense, à condition que l'assuré subisse, au moins une fois par an, une visite de contrôle chez son dentiste. Nous avons vendu 18 contrats ! ... Cette idée de faire de la maîtrise de coûts par la prévention était une idée forte mais le résultat n'a pas été à la hauteur ; sans doute le système était-il trop complexe. Ceci n'est qu'un exemple, mais c'est par les exemples que l'on peut essayer de comprendre les phénomènes.

Parlons du **collectif** maintenant. Très souvent, les grandes entreprises remarquent que nous prélevons des cotisations simplement pour les restituer sous forme de prestations à leurs salariés, mais que, lorsque les cotisations sont insuffisantes, nous réclamons des augmentations de taux. Les entreprises nous interpellent alors ; est-ce bien cela l'assurance ? Pourtant, que pouvons-nous faire pour éviter les augmentations régulières de cotisations ? Il y aurait une réponse, que j'ai souvent proposée aux entreprises : mettons en place un programme d'information et de prévention qui permettrait à terme de diminuer les dépenses. Toutefois, un tel programme serait coûteux ; si, nous, assureurs, serions prêts à le financer, vous, entreprises, accepteriez-vous, lorsque les dépenses diminueraient à maintenir le contrat (résiliable annuellement), à un niveau de cotisation nous permettant d'amortir alors notre investissement ? Hélas, les entreprises peuvent, rarement, s'engager sur un terme aussi long.

Alors, comment financer, en individuelle comme en collective, cette prévention ? Faut-il la faire payer comme un service ? C'est là une question, qui, à mon avis, se posera demain.

Alexis LEHMANN

Pour maîtriser la dépense, je suis en principe d'accord avec ce qu'a dit Jean PRÉVET. Je vous donne un exemple. En Angleterre, pour une appendicite, le généraliste, le seul que vous puissiez consulter, vous dit : "il faut vous faire opérer". Vous téléphonez à votre compagnie d'assurance : "il faut que je me fasse opérer de l'appendicite". Elle dit : "où habitez-vous" ? ... "J'habite Levallois." ... "Bon allez dans cet hôpital, vous y serez opéré et cela vous coûtera tant de Livres Sterling" ! Mettre en place, en France, une certaine maîtrise, consisterait à faire éclater deux fondamentaux que je n'ai moi-même pas envie de faire éclater. Le premier, c'est le médical ; nous ne savons pas, Jean CELLIER l'a dit, ce qu'ont nos assurés ; ils envoient des feuilles de soins sans qu'on sache la raison pour laquelle ils ont été hospitalisés. La deuxième, c'est la liberté du choix. Donc, une vraie maîtrise médicalisée en France, c'est possible, mais je crois que mes petits-enfants auront des cheveux blancs avant qu'on y arrive.

Pierre MASCOMERE

Merci. Vous vous retrouvez au moins sur un problème d'information des organismes complémentaires. Cela étant, la mise en place de réseaux de type américain n'a pas donné, au moins dans certains domaines, les résultats escomptés puisque je les vois abandonnés, les uns après les autres, par les grandes entreprises, mais il y a peut-être d'autres raisons.

Troisième aspect : **les perspectives des systèmes complémentaires**. Dans la mesure où les régimes de base évoluent, quelles sont les conséquences pour les régimes complémentaires, leurs pratiques administratives mais aussi les garanties offertes ?

Jean CELLIER

Un certain nombre d'assureurs présents ne me contrediront pas lorsque je dirai que la maladie est, a été, et sera encore pendant longtemps un **produit d'appel**. Mais qu'est-ce qu'un produit d'appel ?

Un produit d'appel, on peut le caractériser par trois critères :

- ce peut être le prix : on a vu les effets des pratiques de "dumping" ; heureusement, le marché semble se calmer sur ce point;
- ce peut être au niveau des garanties : on a vu, certes, quelques garanties "exotiques", mais je suis plus circonspect parce que je ne sais pas quel est le français non spécialiste de l'Assurance Maladie qui pourrait me dire quelle est, pour un remboursement de consultation, la meilleure garantie entre 200% du remboursement Sécurité Sociale, 600% du ticket modérateur, 150% du tarif de convention... ;
- ce peut être enfin le service qui accompagne le produit : en effet, si, pour nous, techniciens, la complémentaire maladie est une assurance basée sur des règles techniques et statistiques, pour l'assuré, la complémentaire est avant tout un service.

Mais quel est ce service qu'il attend ? Deux mots : rapidité et simplicité :

- rapidité : c'est à dire recevoir le remboursement des prestations le plus rapidement possible (voire avant même le débours par les mécanismes de tiers payant);
- simplicité : alléger au maximum les formalités administratives nécessaires à l'obtention du remboursement.

Par ailleurs, je l'ai dit tout à l'heure et je le redis : nous sommes en **complément derrière les organismes de base**. Quel est le gestionnaire d'assurance maladie qui n'a pas été inquiet quand il a découvert les nouveaux décomptes de la Sécurité Sociale de la région parisienne écrits si petit que les rendements des agents de liquidation ont baissé du jour au lendemain du fait de la difficulté de lecture. Quel est le gestionnaire qui n'est pas préoccupé lorsque l'on annonce une grève à la Sécurité Sociale ? Quel est le gestionnaire qui n'est pas inquiet lorsque la Sécurité Sociale, pour des règles de saine gestion, a décidé de regrouper ses décomptes et de ne les envoyer qu'une fois par mois ?

L'évolution actuelle au niveau des régimes de base, le processus EDI (échange de données informatiques via Noémie 1, 2 et 3) , les futures cartes CESAM-VITAL, la saisie à la source chez les professionnels de santé, vont totalement changer nos métiers. Nous allons nous transformer en super-spécialistes de gestion de réseaux et d'informations, demain avec les caisses primaires, après demain avec les professionnels de santé (à condition encore que nous obtenions la possibilité d'être en relation directe avec les professionnels de santé).

Comment réaliser un métier, si nous ne disposons pas de l'information ? Notre souci prioritaire est de protéger notre droit à disposer de toute l'information nécessaire à notre métier d'assureur.

Alexis LEHMANN

Oui, l'assurance est une industrie qui ne connaît pas le principe des rendements croissants : ce n'est pas comme dans toute production où l'unité marginale a une valeur nulle. A hauteur d'un certain seuil, dans une population donnée, l'unité marginale peut coûter très cher à l'assureur, il n'y a donc rien à trouver ni dans le gigantisme des sociétés, ni dans la taille des contrats, pour être compétitif.

Donc la **compétitivité** peut effectivement venir (et c'est vrai pour la Sécurité Sociale aussi) de la **réduction des coûts de gestion**. La Sécurité Sociale utilise encore aujourd'hui 9 000 000 de feuilles de soins par an, 4 000 000 d'ordonnances, etc. Toute cette paperasserie énorme et gigantesque fait aussi vivre La Poste et les Télécommunications, et demain les fera peut être mourir, encore qu'ils puissent se rattraper sur les coûts de transmission électronique. Il est vrai, en effet, qu'une utilisation plus aisée des données électroniques, améliorera évidemment notre productivité. Toutefois, on peut se poser une question : appliquée en économie fermée, une telle solution obligera à payer par ailleurs les chômeurs ainsi remis sur le marché de l'emploi.

Jean PRÉVET

Je rejoins tout à fait les analyses que présentait Jean CELLIER tout à l'heure, et je le rejoins aussi sur ce qu'il disait à l'instant concernant le besoin d'informations que nous avons pour exercer correctement notre métier. Il est certain que nous devons entrer dans les dispositifs mis en place et essayer de recueillir toutes les informations qui nous permettront de mieux faire notre métier, de mieux jouer notre rôle de conseil et, par conséquent, de mieux intervenir dans le domaine de la maîtrise de santé.

Je le rejoins tout à fait également sur les réticences qu'il a et que nous avons en ce moment sur les dispositifs que la C.N.A.M.T.S. en particulier souhaite mettre en place, car si nous souhaitons avoir l'information, nous demandons aussi, au niveau de la gestion, à garder notre autonomie et notre indépendance de gestionnaire.

Ceci étant dit, je regrette néanmoins le constat que faisait Jean CELLIER, même s'il l'a nuancé : c'est que souvent la complémentaire maladie est un produit d'appel pour développer l'activité d'assurance. Il ne faudrait pas que ce ne soit que cela car, à partir de ce moment, on ferait fi des efforts qui restent à accomplir au niveau des acteurs pour essayer d'apporter un meilleur service et de meilleures prestations.

Pierre MASCOMERE

Un mot enfin sur les aspects techniques : je crois que la technique de l'assurance complémentaire maladie n'est pas encore très au point, qu'elle évolue, mais que lui manquent certaines capacités. Par exemple, quand paraît une loi ou une réglementation, je ne vois pas les organismes en tirer assez vite les conséquences au point de vue technique, ce qui pourtant s'impose.

Alexis LEHMANN

Pour freiner durablement les dépenses de santé, il faut freiner durablement la croissance économique et l'élévation du niveau de vie. C'est très, c'est peut être trop simple : 1 point

de gain en Produit Intérieur Brut - PIB, donne plus qu'un point en coûts de santé. Le problème consiste donc, même si cela semble difficile à résoudre pour Marianne BERTHOD, à savoir jusqu'à quel niveau, ces dépenses doivent-elles être socialisées, et, jusqu'à quel niveau, doivent-elles être individualisées.

Ma conclusion sera la suivante : pour une couverture de base, cela relève de la solidarité ; une couverture maximale relève de l'individualité.

Jean CELLIER

Sur les aspects techniques, vous avez parlé de lois qui changent. Je parlerai bien sûr de la **loi Evin**, et de l'obligation notamment de **maintenir une garantie pour les retraités** (c'est une très bonne chose), avec une limitation du taux des cotisations à 150% du tarif global. Le mot "global", utilisé dans ce texte, a permis beaucoup d'approximations, etc.

Il faudrait en tirer les conséquences techniques. Nous savons très bien que ce que le salarié aujourd'hui attend, c'est que le jour où il partira à la retraite, il puisse garder la même garantie que quand il était actif, et qu'il ne paye pas plus de 150% du tarif les actifs (tarif tenant compte, bien entendu, de la part de l'employeur). Techniquement et administrativement, ceci est complexe à réaliser.

En premier lieu, **techniquement**, parce que, 150% du dernier tarif, cela n'est pas suffisant pour créer la propre mutualisation des personnes âgées. Donc, il faut une mutualisation avec des actifs ; il faut créer des provisions pour risques croissants, pour compléter les cotisations des retraités. Quel est l'assureur aujourd'hui qui, dans un contrat groupe, est à même de le faire accepter par les entreprises ?

Deuxièmement : **administrativement**, les régimes propres des entreprises évoluent. Une entreprise avait un régime, elle le renégocie. Est-ce que les retraités doivent bénéficier de cette évolution ? Va-t-il falloir, et on parlait de frais de gestion, gérer des générations de types de régimes ? Que se passera-t-il quand, demain, on va passer d'un remboursement à l'acte à un remboursement par pathologie ? Comment sera interprété le régime du retraité d'une entreprise qui disparaîtrait et pour laquelle il n'y a plus d'actifs ?

Cette loi pose donc de nombreuses questions qui font, et je comprends l'impatience de Pierre MASCOMÈRE, que nous n'y répondons pas autant que les assurés le souhaiteraient.

Jean PRÉVET

Je ne ferai que confirmer ce qui vient d'être dit, car je souhaitais aussi intervenir sur cette fameuse **loi Evin**. Parce que nous adhérons tout à fait à l'esprit qui a présidé à sa mise au point, c'est-à-dire la protection du consommateur, nous avons essayé d'être de bons élèves, si je puis dire, de la loi Evin ; mais, l'usage que certains en faisaient avait à l'évidence un certain nombre d'effets pervers et on a pu effectivement s'interroger sur le bien-fondé de notre attitude.

C'est vrai que, ayant créé des **structures d'accueil** uniquement pour les gens qui étaient exclus par licenciement ou par départ à la retraite d'une entreprise, les méca-

nismes du marché ont du même coup alourdi les charges des contrats en question. Et ceci s'est traduit par des contraintes pour l'assureur, qui l'ont conduit, en fin de compte, à ne pas respecter la loi Evin. C'est-à-dire à ne pas rester dans le cadre qui avait été fixé.

C'est effectivement ce que je qualifie d'**effet pervers** d'une loi, si tout le monde n'en respecte pas l'esprit. Pour nous, la prise en compte dans le contrat de base des gens qui doivent quitter un jour l'entreprise, est nettement plus saine que de créer un système d'accueil quand ils sont sortis. La solidarité jouera mieux à ce niveau-là, qu'après.

Daniel TILLIET (Barruel Conseil)

Il est courant de dire que le régime complémentaire est facteur d'augmentation des coûts de santé. Ne pensez-vous pas que le fait pour certains organismes de recourir de façon quasi-systématique au tiers-payant, soit un facteur important de dérive des coûts qui déresponsabilise l'assuré ou le participant au coût des soins de santé ?

Jean PRÉVET

Je m'attendais à cette question, puisque l'étude, dont parlait Pierre MASCOMÈRE tout à l'heure, fondait effectivement, une partie des dérives sur le **tiers-payant**. Il faut d'ailleurs se souvenir que les ordonnances de 1967 sur le tiers-payant et le ticket modérateur obligatoire, avaient pour objet de mieux maîtriser les dépenses. Et si, effectivement, l'étude évoquée montre que les mutualistes bénéficiant du tiers-payant ont une consommation plus forte, ses conclusions ne se sont pas forcément vérifiées par d'autres études ; je pense notamment à celles de l'Inspection Générale des Affaires Sociales - IGAS. Car si, en médecine de ville, on constate qu'effectivement la consommation d'un mutualiste est plus forte que la moyenne, en revanche, en hospitalisation, c'est l'inverse. Or, pratiquement, sur les 11 200 F de consommation annuelle d'un citoyen, il y en a plus de 50% qui concerne l'hospitalisation.

Ceci étant, je dirai aussi que les mutualistes, par leur organisation, sont ceux qui, à la fois, décident des cotisations et les payent. Aussi je pense qu'à travers les assemblées générales, les instances de décision pèsent, en toute réflexion, l'engagement qu'elles prennent lorsqu'elles votent des cotisations ou lorsqu'elles donnent des conseils à leurs membres, pour freiner un recours exagéré aux soins.

Max PAYET (CIPC)

Une distinction s'impose à propos des remboursements des frais de santé. Relèvent de la redistribution, les frais médicaux ambulatoires, fortement influencés par les facteurs culturels. Il y a l'autre famille de remboursements, l'hospitalisation, beaucoup plus du domaine aléatoire. Par conséquent, le financement d'une couverture maladie, c'est de la redistribution lorsqu'on parle de frais médicaux, et c'est de l'assurance lorsqu'on parle d'hospitalisation. Pour les domaines de l'optique et du dentaire, c'est un mixte entre la redistribution et l'assurance.

Alexis LEHMANN

Je crois qu'il y a, avant tout, à développer un énorme travail de pédagogie et d'information. Vous avez vu dans les chiffres présentés, les français ont sorti chaque année de leur poche de 30 milliards à quelque 100 milliards de francs. Premier constat : on a un argent pas possible, d'ailleurs vous le constatez dans le niveau de l'épargne actuelle qui est énorme. Deuxième constat : le français ne comprend rien à l'assurance santé, et personne n'est capable de situer le prix d'une hospitalisation pour une appendicite ou n'importe quelle autre opération.

Le capital santé est une notion qui n'est pas traitée explicitement en France, parce qu'on nous a fait croire, de tout temps, qu'on avait le meilleur système ferroviaire, le meilleur système d'éducation, on avait les meilleurs systèmes du monde en tout. Alors le problème est de faire passer dans la tête des gens que le capital santé est un capital qui est de nature à être observé, et qui mérite une certaine dépense. Je rejoins simplement ce que j'ai dit jusqu'à présent, je crois qu'on ne peut pas socialiser la totalité de cette dépense, et il faut donc une prise de conscience individuelle du besoins de préserver son capital santé. Or, il est prévu que 20% des dépenses de ménages de l'an 2000 concerneront les frais de soin. Je ne sais pas à quel niveau il faudra monter pour que les ménages commencent à comprendre ce que cela veut dire.

Christain PARTRAT (ISFA)

J'aurais aimé avoir l'avis des orateurs sur les systèmes de responsabilisation des assurés. Je veux dire par exemple des systèmes de bonus, et, en poussant à l'extrême, des systèmes de bonus-malus.

Alexis LEHMANN

Mon corps n'est pas une bagnole, je prends cet adage à la Mutualité, et tout est là. Tous les essais que j'ai examinés soit en Hollande, soit aux États-Unis, soit ailleurs, de bonus en assurance santé, ça ne peut pas coller parce que nous sommes touchés, mais ce ne sont jamais les mêmes qui sont touchés; et je ne pense pas qu'on puisse construire un système économétrique là-dessus.

Jean PRÉVET

Je n'aurai pas une position différente de celle de Alexis LEHMANN, même si je crois devoir dissocier, en l'occurrence, la Fédération Nationale de la Mutualité Française et la Fédération des Mutuelles de France qui était seule à l'origine de la campagne dont il est fait état. Mais nous avons apprécié en son temps cette initiative, en raison de son ton et du message ; s'il y en a un qui a eu un impact, c'est bien celui-là, même un peu trop au gré de leurs auteurs. Ceci étant, je ne pense pas que ce soit avec un système de bonus-malus qu'on résoudra le problème ; mais plus par une information, par une responsabilisation qui passe effectivement par du conseil, et qui touche le malade lui-même.

Jean CELLIER

Je ne serai pas d'un avis très différent, Sans doute, pour la partie de la complémentaire qui se rapproche plus de la "consommation" stricte, je parlais tout à l'heure des lunettes, on peut envisager des systèmes de franchises sur le nombre de montures ou sur le coût de celles-ci, par exemple, mais cela reste toutefois très limité.

Par contre, il sera intéressant de suivre avec curiosité les tentatives de certains intervenants de mixer systèmes d'épargne et garanties complémentaires santé. Il y a peut-être là une piste.

Pierre MASCOMÈRE

Merci aux trois intervenants pour avoir suivi le plan des exposés que je leur ai proposé et pour avoir répondu avec beaucoup de franchise et de pertinence aux questions.

LE PRIX DU MÉDICAMENT AUJOURD'HUI ET DEMAIN

Claude LE PEN

Professeur à l'Université Paris Dauphine

Il a été dit ce matin que le médicament représentait un élément important des dépenses de santé, mais c'est précisément un paradoxe : il représente en effet un élément plus important symboliquement que quantitativement ; le problème du médicament, c'est qu'il est un bien marchand, un bien privé, dans un système qui n'est pas habitué à la logique marchande. Se cristallisent autour de lui, un certain nombre de préoccupations : il y a peu de mesures de politique de santé qui n'aient porté sur le médicament, alors même qu'il ne représente qu'environ 13% des dépenses de l'assurance maladie.

Dans ce contexte, le prix du médicament est un sujet passionnant parce qu'il est au cœur de logiques conflictuelles fortes :

- une logique industrielle d'abord, le prix du médicament, c'est un élément de la rentabilité de l'industrie pharmaceutique et de l'existence même de l'industrie pharmaceutique française ;
- d'une logique de protection sociale également qui, à l'inverse, devrait ou serait plutôt favorable à l'exercice d'une pression à la baisse du prix du médicament pour modérer la croissance des dépenses de santé.

Donc, on se retrouve au cœur d'enjeux importants, Par ailleurs, il est frappant de constater que chaque pays a adopté des systèmes différents de prix des médicaments Il n'y a donc pas de vérité absolue mais peut être des solutions meilleures que certaines. Il est nécessaire d'analyser et d'évaluer les unes et les autres.

Le sujet sera abordé en faisant le **point de l'état des prix** en France, puis en montrant les inconvénients et les avantages des différentes formules de tarification du médicament utilisées ici et en Europe.

Le point de départ est un constat exceptionnel en matière de biens de consommation : une extrême diversité des prix à la consommation, donc des prix publics, taxes comprises. Le *DOCUMENT 1* met en évidence, pour tous les médicaments, des différences de 1 à 2, voire un peu plus entre les pays à bas prix comme la France, le Portugal, l'Italie, l'Espagne, les pays d'Europe du Nord, Danemark, Hollande, Allemagne.

Ceci est exprimé au niveau des indices (*DOCUMENT 2*) et au niveau de prix de produits individuels (*DOCUMENT 3*). Par exemple, l'Augmentin, antibiotique "vedette" du marché à l'heure actuelle, vaut en France 5,93 écus, alors qu'en Allemagne, il est beaucoup plus cher. Pour l'ensemble des produits, la France se trouve, 3 fois sur 10, le pays où le prix est le moins élevé. La différence est variable selon les produits, mais

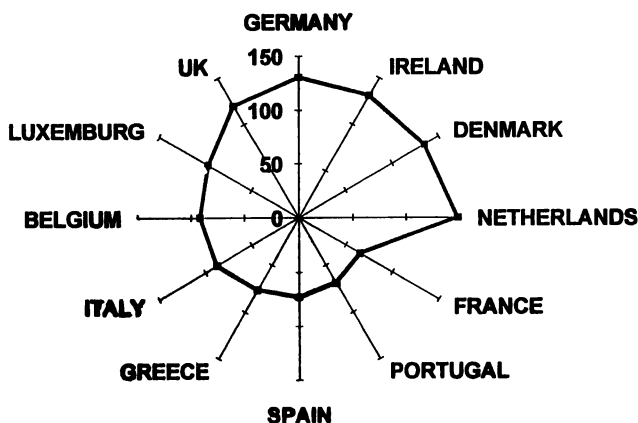
DOCUMENT 1

LES PRIX DU MÉDICAMENT EN EUROPE

	BEUC	Test AC.	Diener	Diener	Farmin dustria	IWI	Diener PPP	Median
BELGIUM	85	92	68	101	103	92	99	91
DENMARK	141	127	129	143				135
FRANCE	68	70	72	64	64	59	61	64
GERMANY	146	149	127	111	146	139	96	130
GREECE	71	55	74	86		45	128	72
ITALY	78	72	80	96	99	88	99	88
IRELAND	128		132	130			134	131
LUXEMBURG	95		98	95			98	97
NETHERLANDS	131	165	133	134	175	160	136	136
PORTUGAL	61	64	68	58		59	102	61
SPAIN	69	58	73	84	68	60	98	68
UK	110	120	117	125	123	109	136	120
EEC	100	100	100	100	100	100	100	100

DOCUMENT 2

LA SPIRALE DES PRIX



DOCUMENT 3

EXEMPLES DE PRIX EN EUROPE

	NET	GER.	UK	FRA	ITA	Δ MAX-Min
Augmentin susp. 100 mg	12,84	18,14	5,53	5,93	11,38	228%
Tagamet 400 mg 100 mg	1,26	1,55	0,61	0,81	0,57	174%
Adalat 20 mg retard	0,64	0,32	0,33	0,32	0,24	169%
Voltaren 100 mg retard	0,96	0,60	0,76	0,51	0,37	163%
Zantac 150 mg	1,37	1,75	0,84	0,80	1,00	120%
Capoten 50 mg	1,36	0,98	0,62	0,68	0,66	119%
Prozac 20 mg	2,37	2,30	1,17	1,14	1,20	109%
Losec 20 mg	4,11	3,32	2,20	2,70	2,16	90%
Renitec 20 mg	1,32	1,21	0,79	1,01	1,27	66%
Proscar 5 mg	2,01	-	1,51	2,00	1,68	33%

Most expensive	7/10	2/9			
Less expensive			3/10	3/10	4/10

elle peut atteindre 200% entre le prix le plus cher et le prix le moins cher. C'est une situation exceptionnelle : pour les prix de biens industriels, on trouverait des différences entre marchés, mais pas de cette amplitude.

Alors bien sûr, quelle en est la cause ?

La première cause est l'existence de **différents régimes de prix** du médicament entre des pays où les prix sont très régulés et des pays où les prix sont un peu plus libres (voir *DOCUMENT 4*). On a du mal à trouver deux pays qui aient exactement le même régime de prix des médicaments sur tous les segments, même des pays aussi voisins que la France, la Grande Bretagne, l'Allemagne, la Belgique, l'Italie, etc.

En France, nous avons ainsi un système où les prix sont régulés par le gouvernement ; chaque médicament qui est mis sur le marché fait l'objet d'un arrêté en déterminant le prix. Par contre, à l'hôpital, les prix sont libres : il n'y a pas de normes, et les laboratoires négocient hôpital par hôpital le prix des produits ; un même produit peut avoir des prix différents selon les hôpitaux. Enfin, les produits "OTC", c'est à dire les produits non remboursés, sont en prix libres - loi assez générale en Europe.

L'Allemagne est traditionnellement un pays de prix libres, ce qui explique en grande partie l'écart avec la France. Depuis 1989, l'Allemagne est entrée dans un système dit de "dissociation" où les prix cependant restent libres, mais le remboursement se fait sur une base forfaitaire. On reviendra ultérieurement sur ce mécanisme.

DOCUMENT 4**LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE RÉGULATION**

	Ambulatory	Hospital	OTC
France	Government regulated retail prices	Free factory prices. Different retail prices	Free prices
Germany	Free prices + reference reimbursement prices for some competitive therapeutic classes	Free prices. Uniforme retail prices	Free prices
UK	Profit regulation (PPRS)	Profit regulation (PPRS)	Free prices
Italy	Government regulated retail pricesq	Free prices. Information of ministry in case of price raises	Free prices
Netherlands	Free prices + reference reimbursement prices	Free prices. Uniform retail prices	Free prices
Spain	Government regulated retail prices	Regulated prices	Free prices

La Grande Bretagne a un système qui n'est pas vraiment de régulation des prix ; c'est un système de régulation des profits. On fixe des normes de profits et les entreprises sont libres de leur prix dès lors qu'elles restent en deçà de ce profit jugé équitable. Cela s'impose à tout le marché pharmaceutique, ambulatoire ou hospitalier. On y reviendra aussi.

L'Italie a un système qui est assez proche de celui de la France. Des mesures sévères ont été prises l'année dernière, touchant davantage les remboursements que les prix.

La Hollande ressemble un petit peu au cas de l'Allemagne, avec des prix libres et un système de prix de référence. Toutefois, les prix de référence ne sont pas calculés tout à fait de la même manière et le système ne s'applique pas tout à fait aux mêmes classes.

L'Espagne a aussi des prix régulés à la française dans le secteur ambulatoire, mais également à l'hôpital.

Une très grande diversité donc, dans une Europe pourtant communautaire et qui doit en principe harmoniser les conditions de concurrence. On en est loin : les entreprises se trouvent chaque fois dans des situations différentes ; les autorités de Bruxelles suspectent évidemment ces systèmes de régulation de favoriser les entreprises nationales, et ce soupçon n'est peut-être pas complètement sans fondement.

Si les systèmes sont extrêmement différents, et donc expliquent dans une large mesure les différences de prix, ce n'est certainement pas la seule explication. Il faut dire aussi que **les marchés ne sont pas identiques** et c'est assez troublant : on ne consomme pas les mêmes médicaments en France, en Espagne, en Italie, et en Allemagne.

On a établi à cet effet (*DOCUMENT 5*), une distinction entre les groupes thérapeutiques : les produits de grande innovation, les antibiotiques puissants et nouveaux, les produits innovants du domaine cardio-vasculaire (CV), les médicaments appelés “hôpital-dépendants”, dépendant très fort des prescriptions hospitalières, les produits de médication familiale, les traitements des pathologies aiguës courantes, les médicaments des pathologies vasculaires et ceux des troubles du comportement (tranquillisants et antidépresseurs).

DOCUMENT 5

LES STRUCTURES DE MARCHÉ EN EUROPE

	Allemagne	Italie	Pays-bas	Royaume-- Uni	France
<i>GPH innovants</i>	30,4%	40,6%	31,7%	36,1%	30,5%
01. Grande innovation	6,6%	7,9%	14,3%	11,6%	7,3%
02. Puissance ATB	2,3%	5,9%	2,3%	3,7%	6,8%
03. CV Innovation	12,5%	11,6%	9,9%	11,8%	9,4%
04. Hôpital dépendant	9,0%	15,3%	5,2%	9,1%	7,0%
<i>GPH traditionnels</i>	69,6%	59,4%	68,4%	63,9%	69,5%
05. Médication familiale	10,0%	13,9%	9,8%	8,6%	14,8%
06. Aigu courant	11,8%	13,4%	15,8%	31,0%	13,4%
07. Pathologiques chroniques	27,0%	16,9%	28,3%	5,6%	16,6%
08. Coeur	12,9%	6,7%	10,0%	14,2%	7,7%
09. Vasculaire	4,3%	7,6%	0,8%	1,2%	12,2%
10. Trouble du comportement	3,4%	1,0%	3,7%	3,3%	4,8%

Si on regarde les structures de marché, il apparaît que l'Italie, une terre d'antipsychiatrie, consomme beaucoup moins d'antidépresseurs et de tranquillisants que la France. La France s'occupe beaucoup de ses veines, alors que l'Allemagne s'occupe plutôt de ses artères. L'Italie et la France tuent beaucoup les microbes parce que l'antibiothérapie est particulièrement développée, plus qu'en Angleterre. Est-ce que les germes microbiens français seraient plus agressifs, plus nombreux ? Sont plutôt à l'origine de ces divergences des structures de marché, les différences de comportement, de formation des médecins, de théorie médicale.

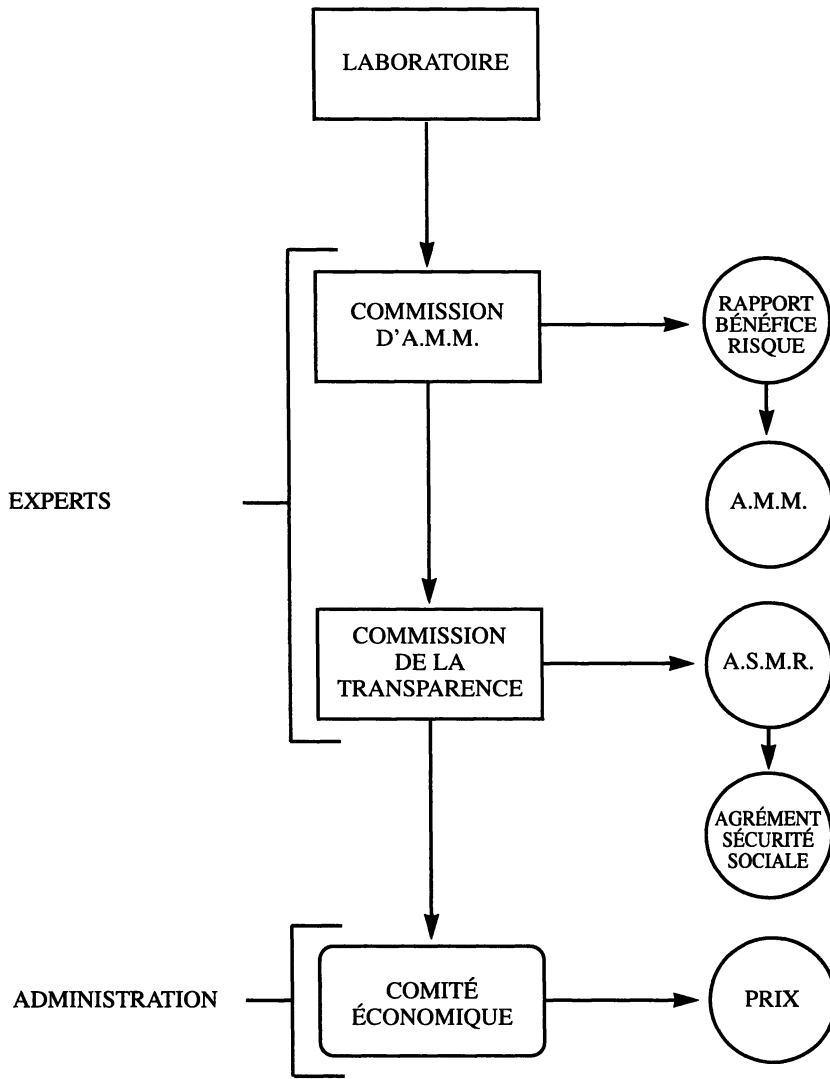
Tout n'est donc pas géré par les États et les gouvernements ; il y a des structures de marchés différents qui expliquent, dans une certaine mesure, les différences de comportement des entreprises, les différences de stratégies d'entreprises et éventuellement de stratégies de prix.

Alors, pour revenir aux systèmes de prix, **comment se passe la fixation des prix dans un système comme le système français, où le prix est régulé ?**

Un médicament qui arrive en France et qui est un médicament éthique, c'est-à-dire qui veut être remboursé, -un médicament de prescription-, rentre dans un long processus, une longue course d'obstacles, à travers une série d'institutions représentées sur le *DOCUMENT 6*.

DOCUMENT 6

LE SYSTÈME FRANÇAIS : LES DIFFÉRENTES INSTITUTIONS



Ce processus comporte trois grandes étapes :

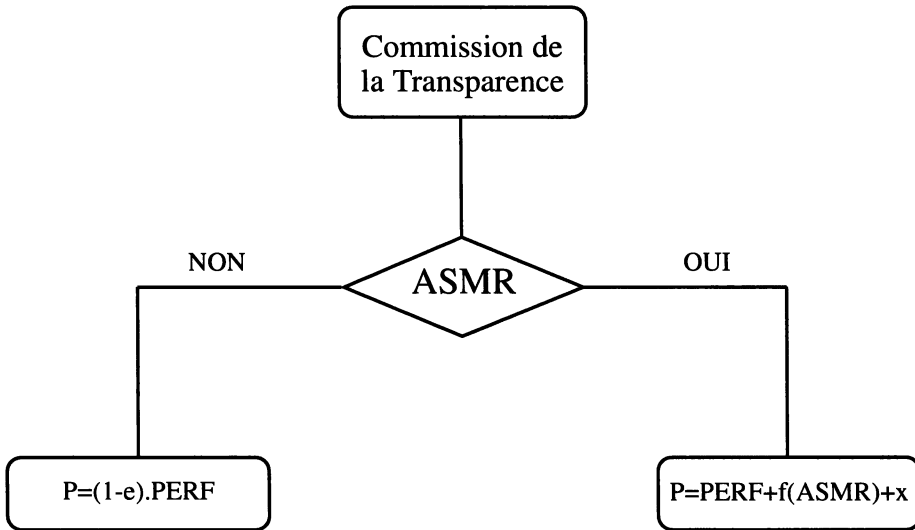
- la première étape est l'étape de la Commission d'Autorisation de Mise sur le Marché, le médicament est enregistré; à ce stade, les critères sont la qualité du produit et son rapport bénéfice/risque; on va vérifier essentiellement la sécurité du produit, son efficacité thérapeutique, la qualité de la fabrication de la matière première;
- après cette première étape, dans la plupart des pays, le produit est mis sur le marché soit à prix libres (c'était le cas en Allemagne, c'est le cas encore aux États-Unis, c'était le cas en Hollande), soit à prix réglementés (c'est le cas en Italie et en Espagne); en France, on a intercalé une étape supplémentaire d'expertise par une commission, dite "Commission de Transparence", chargée de prononcer un jugement sur ce qu'on appelle l'ASMR, l'Amélioration de Service Médical Rendu, c'est-à-dire la manière dont le produit se distingue, d'un point de vue de santé publique, des médicaments existants; un médicament peut avoir des avantages : il soigne mieux, il a moins d'effets secondaires, il est plus facile à prendre, il améliore la quantité de vie, l'espérance de vie, il améliore plus souvent la qualité de vie, etc.; éventuellement, il n'améliore rien du tout. En fonction de ces critères ; la Commission de Transparence donne un avis pour le remboursement par la Sécurité Sociale;
- on entre alors dans une troisième étape purement administrative, avec le Comité Économique; le Comité Économique a depuis un an une existence officielle ; c'était alors un groupe un peu occulte constitué au sein de l'administration et placé sous la présidence du Directeur de la Pharmacie et du Médicament (le DPHM), qui réunissait la DGCCRF, la Direction de la Sécurité Sociale, la Direction du médicament, la Direction Générale de l'Industrie ; ce groupe a disparu parce que la DPHM qui l'animait a elle-même disparu et a été remplacée par une agence autonome; a été créé un Comité Économique, présidé par Jean Marmot, le Secrétaire Général de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale, qui est précédemment intervenu; ce Comité Économique a conservé à peu près la même composition, il reçoit le dossier de la Commission de la Transparence, et décide du prix; son institutionnalisation lui a conféré une certaine autonomie et indépendance, une autorité qui lui faisait défaut auparavant.

La **règle de décision** n'a pas toujours été très claire et elle ne l'est peut-être pas encore complètement. En gros, un produit va avoir un prix d'autant plus élevé que son apport par comparaison aux autres médicaments est grand. C'est un système assez simple au fond résumé sur le *DOCUMENT 7* : s'il y a une ASMR, alors le prix sera égal au prix de la référence plus une prime fonction de l'ASMR auquel s'ajoute le facteur "x", sur lequel on reviendra. S'il n'y a pas d'amélioration, le produit reçoit le prix de la référence moins "e" %, taux de dépréciation pour défaut d'innovation. Il y a des exemples très connus de grands médicaments qui arrivent six mois après le précédent et sont 5%, voire 10% moins chers.

Ce système a été très critiqué à cause de ce facteur "x" ; il y a toujours, il n'y a plus, ou il y a encore - on ne sait pas trop parce que le processus n'est pas très transparent - un plus accordé à certains laboratoires ayant des arguments à faire valoir : nationalité, importance, exportations, investissements importants dans des régions de sous-emploi, etc. Au crédit du Comité Economique du Médicament présidé par Jean MARMOT, on peut inscrire d'ores et déjà l'atténuation de ce facteur "x" qui était discriminatoire et qui tenait à des effets de négociation.

DOCUMENT 7

**LE SYSTÈME FRANÇAIS :
LA FIXATION DU PRIX DU MÉDICAMENT**



Les inconvénients, repris sur le *DOCUMENT 8*, ont été déjà évoqués :

- donc ce manque de transparence;
- point important, un système de fixation des prix en France ne concernant que les produits nouveaux ; leurs prix une fois fixés, on les oublie, ils deviennent des prix fossiles, c'est à dire des prix qui représentent les réalités économiques du temps où les produits étaient introduits; des clauses d'indexation des prix étaient prévues mais elles n'ont pratiquement jamais été mises en vigueur;
- autre gros reproche à ce système, c'est de ne pas être régulateur; en effet, on régit les prix, mais la dépense pharmaceutique dépend aussi des quantités; or, en France, le marché pharmaceutique, ainsi caractérisé par des prix très bas, est également caractérisé par des quantités très fortes; la stratégie des laboratoires a été de compenser la faiblesse des prix par la force des volumes; les laboratoires ont eu, disent-ils à leur corps défendant et comme stratégie défensive, tendance à contrecarrer la politique de prix bas par des efforts promotionnels pour développer les quantités vendues.

DOCUMENT 8

LE SYSTÈME FRANÇAIS : LES INCONVÉNIENTS

- Manque de transparence :
Importance du facteur “x” dans la fixation des prix.
- Ne concerne que les produits nouveaux :
pas de procédure de réévaluation des produits anciens.
- Prix des comparateurs parfois
sans signification (prix fossiles) .
- Ce n'est pas un système *régulateur* :
possibilité d'une compensation par les volumes.
- Rapports ambigus de l'économique et du médical :

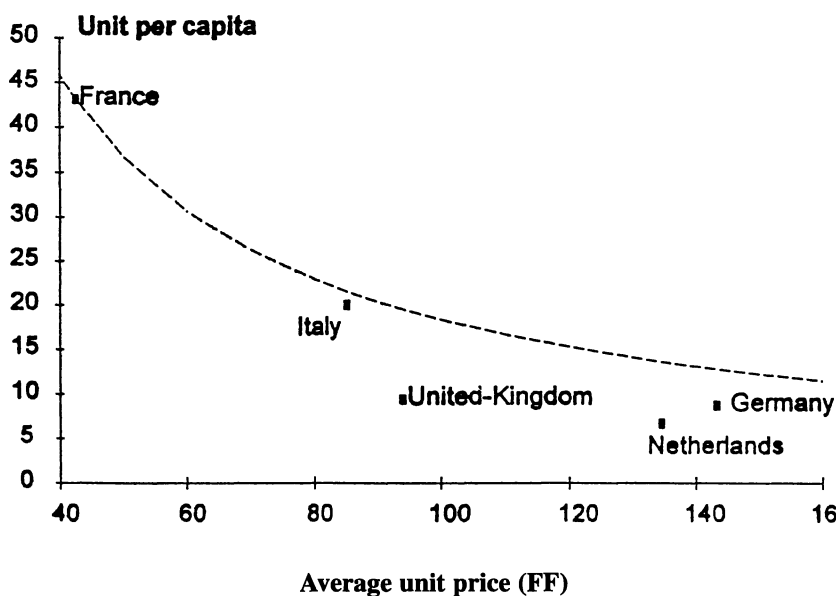
ASMR ⇒ Prix ou Prix anticipés ⇒ ASMR ?

La dimension économique est-elle séparable de l'ASMR ?

On se retrouve devant ce paradoxe qu'en Europe si les prix des médicaments diffèrent beaucoup, la dépense par habitant est beaucoup plus égalitaire (DOCUMENT 9) ; c'est l'application de la formule $P \times Q$. Finalement, la dépense française, avec nos prix deux fois plus faibles, est plutôt supérieure à celle de l'Allemagne. Autrement dit, ce système qui visait à empêcher l'inflation des prix n'a pas empêché l'inflation des dépenses pharmaceutiques : il a gêné les laboratoires, sans permettre des gains substantiels au plan de la protection sociale.

DOCUMENT 9

LES PRIX DIFFÈRENT PLUS QUE LA DÉPENSE PAR HABITANT



Un dernier élément tient à des effets pervers dans une Europe qui tend à s'internationaliser. Le médicament, comme tous les autres biens, participe au marché unique. Dès lors qu'un produit est enregistré dans un pays, il n'y a pas de limite à la libre circulation des médicaments. Cela a entraîné une série d'exportations parallèles. Par exemple, aux Pays Bas, pays à prix forts, entre 20% et 25% du marché est approvisionné à partir d'exportations parallèles de la France : des grossistes répartiteurs achètent à des laboratoires français, éventuellement réétiquettent les produits, et les reven-

dent à des détaillants hollandais *DOCUMENT 10*. Le problème étant que la rente est captée par la distribution au lieu de l'être par la fabrication ; le sur-profit va directement à la chaîne de distribution et échappe aux producteurs ayant mis au point et développé les produits. Ce mécanisme d'alimentation parallèle, qui était inexistant, se développe beaucoup, notamment dans le sens France-Allemagne, France-Pays Bas, France-Danemark, ou Espagne-Danemark, etc. Il peut être contré, notamment, par des noms différents ; le Zantac, qui s'appelle Azantac en France, s'appelle Zantic aux Pays-Bas, etc.

DOCUMENT 10

LES EXPORTATIONS PARALLÈLES FRANCE - PAYS-BAS

	Market	Imports from France	%
Zantac	13,135	3,039	23,1%
Renitec	5,831	477	8,2%
Adalat	3,488	277	7,9%
Prozac	2,180	434	19,9%

Bref, le système de bas prix, perturbateur au plan économique, n'est très rentable ni pour les entreprises, ni pour la Sécurité Sociale parce qu'il n'a pas régulé les dépenses. Finalement, c'est un jeu à somme négative ; tout le monde y a un peu perdu et personne n'y a vraiment gagné. Donc la question qui se pose, c'est son maintien et l'évolution du système vers un autre type de mécanisme de gestion des prix du médicament.

En 1991, la mode anglaise a saisi le monde pharmaceutique français, à l'initiative du ministre de l'époque. La vérité se trouvait Outre-Manche avec le **PPRS**, c'est à dire le **Pharmaceutical Prices Regulation Scheme (DOCUMENT II)**, système qui existe depuis la fin de la guerre au Royaume-Uni. C'est un système de régulation des entreprises, et non pas de régulation des produits. Il couvre tous les médicaments prescrits sur ordonnance et est fondé par un accord sur les règles suivantes :

- tous les ans, les firmes importantes (70 à 80 firmes) donnent au ministère, les comptes de l'exercice passé et ceux de l'exercice futur ; les prix sont jugés acceptables si le profit se situe dans une zone jugée raisonnable; cette zone est extrêmement confortable : 17% - 19 % du capital investi; c'est une régulation par les résultats, non par les moyens;
- pour laisser quand même un peu d'oxygène, il y a une "zone grise", c'est-à-dire que si le taux de profit est à moins de 50% au dessus du taux objectif, on discute, on

négoce, on s'explique ; pourquoi a-t-on fait plus de profit que la normale; est-ce dû au lancement d'un produit nouveau; est-ce dû à une innovation thérapeutique majeure; est-ce dû à des qualités de "good citizenship", des quantités d'exportations, etc. ; dans ces cas, le profit supplémentaire est laissé à l'entreprise;

- dans le cas inverse, si la firme n'arrive pas à se justifier, il y a deux solutions : soit la firme baisse ses prix, soit elle ristourne à l'État les recettes excédentaires. Les entreprises anglaises, d'abord, sont rarement dans ce cas (toutes les grandes entreprises de nationalité britannique ont la zone grise); ensuite, elles préfèrent ristourner puisque les prix domestiques servent souvent de référence pour les prix à l'exportation;
- l'accord anglais comporte également une limitation des coûts de promotion et de publicité.

DOCUMENT 11

LE P.P.R.S. : PHARMACEUTICAL PRICES REGULATION SCHEME

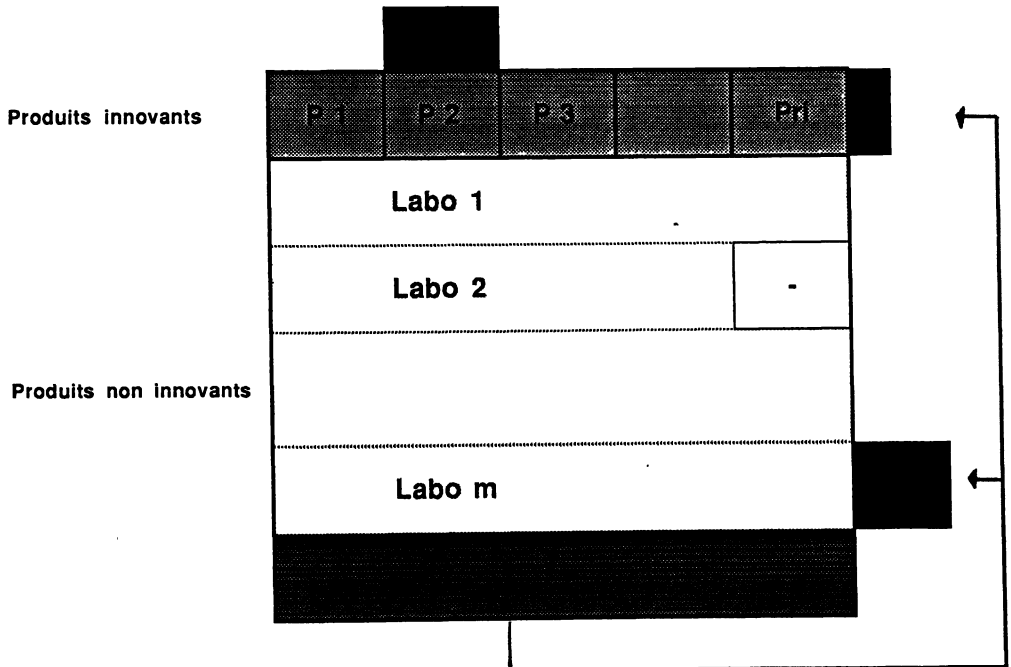
- ❶ - Le PPRS (accord renouvelable entre le Health Department et l'ABPI) prévu pour 6 ans.
 - ❷ - L'accord couvre toutes les compagnies fournissant au NHS des produits *prescrits sur ordonnance*.
 - ❸ - Une fois par an, les firmes fournissent au Department des documents comptables relatifs à l'exercice passé et à l'exercice en cours.
 - ❹ - Les prix sont acceptables si le taux de profit de la firme sur le capital investi est "raisonnable"
"considération will always be given to the contribution of the company to the economy as a whole".
 - ❺ - Une "zone grise" (*grey area*) : entre le taux cible et un taux de 50% supérieur (au plus) pour certaines compagnies <<good citizenship>>.
 - ❻ - Si dépassement des objectifs de rentabilité, baisse des prix dans l'exercice en cours ou reversement direct à l'Etat de la part des profits jugée excessive.
 - ❼ - Les coûts de promotion et de publicité sont limités...
-

C'est un accord qui fonctionne bien, qui marche depuis la fin de la Guerre. Il a été affiné au fil des années et renouvelé à plusieurs reprises, la dernière fois, il y a deux ans ; et un nouvel accord est en préparation. Il est cependant tout sauf transparent. Il a certainement contribué à doter la Grande Bretagne d'une industrie pharmaceutique forte, architecturée autour de 4 à 5 grands groupes multinationaux très fortement innovateurs, une structure de l'industrie que l'on n'a pas en France. Les industriels britanniques reconnaissent volontiers que le partenariat qu'ils ont su nouer avec les Pouvoirs publics est une force de leur industrie dans le monde.

Alors **en France, en 1991**, on a regardé cette situation avec envie et on a tenté de l'imiter. Seulement, on ne le peut pas, parce qu'on n'a ni une industrie, ni une administration capables de mettre en œuvre cette régulation financière. Les quelques personnes qui régulent l'industrie britannique sont des financiers, et non des pharmaciens, des

DOCUMENT 12

LA LOGIQUE DE L'ENVELOPPE GLOBALE (le projet de loi de 1991)



médecins ou des administratifs. La seule manière qu'on ait trouvée en France pour transposer le système, c'est de réguler non les profits, mais les ventes par **une enveloppe globale**.

Ce système a été inventé par le gouvernement de l'époque avec deux types d'enveloppes (*DOCUMENT 12*) : il y avait des enveloppes pour les produits innovants (chaque produit innovant avait sa propre enveloppe) et une enveloppe pour tous les autres produits non innovants (enveloppe d'un gris un peu plus clair sur le document). Puis, dans cette enveloppe, il y avait une enveloppe pour chaque laboratoire (si l'enveloppe était dépassée, alors chaque laboratoire devait reverser au prorata de son propre dépassement pour respecter l'enveloppe). De plus, pour chaque produit innovant, s'il y avait dépassement, alors le laboratoire qui avait le produit innovant devait le rembourser. Ce système, à l'époque bien sûr, avait fait bondir l'industrie ; c'était d'une complexité, d'une technicité extrêmes, on ne savait pas trop comment on allait développer les enveloppes ; on ne savait pas trop, par exemple, quel était le statut des ristournes. Est-ce que les ristournes étaient des impôts, et donc déductibles, ou bien des amendes, et donc non déductibles, ...

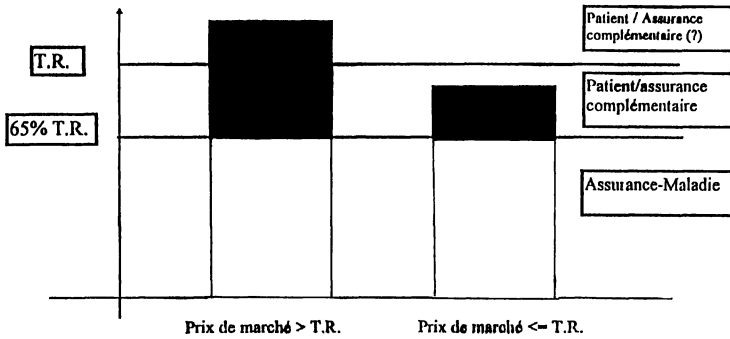
Le projet de loi tendant à instituer ce système a été adopté en application de l'article 49-3 à l'Assemblée Nationale ; il a été voté au Sénat avec des amendements après lesquels il ne restait plus grand chose du système "voté en première lecture" à l'Assemblée. Puis le projet est arrivé devant la Commission Mixte Paritaire, où un texte a été mis au point sur la base des recommandations du Sénat. Enfin, je crois, pour la première et seule fois pendant la Cinquième République, un texte gouvernemental adopté par la Commission Mixte Paritaire, au terme de la navette, a été retiré par le gouvernement ; c'était à la veille de Noël 1991. Donc, on s'est retrouvé avec notre vieux système, notre vieille ASMR, etc. Les industriels qui, d'une part, s'étaient battus contre le système, mais avaient réussi à l'amender, étaient à la fois soulagés et déçus, et un peu démoralisés ; tout le monde se trouvait un peu pris à revers.

Étant revenu de Grande Bretagne, on a pris la route de l'Allemagne. En Allemagne, on trouve l'idée d'un **tarif de responsabilité** (*DOCUMENT 13*). Ce tarif est fixé par médicament et l'assurance maladie en prend en charge 65%. Les laboratoires peuvent fixer le prix comme ils le veulent. Donc, on concilie maîtrise des dépenses de l'Assurance Maladie et liberté des prix pour les laboratoires. Le perdant est le consommateur et/ou sa protection complémentaire qui sera vraisemblablement amenée à combler la différence, soit qu'elle le fasse intégralement, comme le font certaines mutuelles, soit qu'elles prennent elles-mêmes en charge une fraction du coût et qu'elles laissent un petit ticket modérateur d'ordre public à la charge du patient.

Si on prend un produit célèbre, la Nifedipine (*DOCUMENT 14*), c'est-à-dire un anti-calciq pour l'hypertension artérielle, il y a des différences énormes de prix entre le produit original du laboratoire allemand qui l'a produit, 73 DM environ pour la boîte de 100 comprimés de 10 mg, jusqu'à 33 DM environ pour le générique le moins cher. Alors, l'idée consiste à rembourser le prix du générique ; le reste sera à la charge du patient. Le système a été mis en place en 1989 pour les deux tiers du marché.

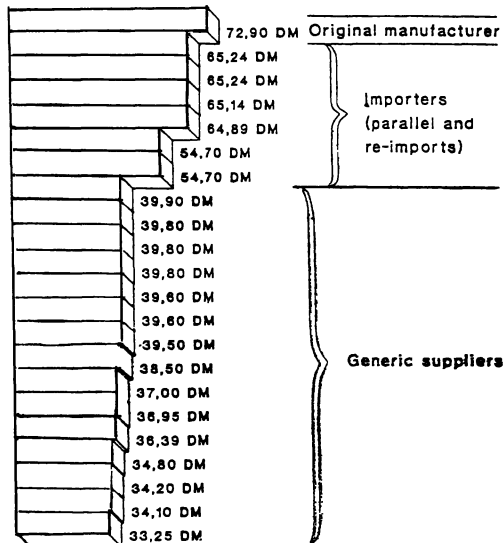
DOCUMENT 13

MÉCANISME D'UN TARIF DE RESPONSABILITÉ



DOCUMENT 14

**DIFFERENCES DE PRIX DU NIFEDIPINE
SUR LE MARCHÉ ALLEMAND EN FÉVRIER 1989
(10 mg, 100 comprimés)**



Pour les statisticiens, je précise que les Allemands avaient été loin : ils avaient fait des régressions multiples (*DOCUMENT 15*). Comme on devait fixer le prix du médicament pour des conditionnements et des dosages différents, on a estimé, à partir des prix actuels, les coefficients des régressions log-linéaires (0,548 et 0,783 indiqués en légende). Le gouvernement fixe "x", le laboratoire met "a", c'est-à-dire la taille du paquet et "b" le dosage ; d'où l'on déduit le prix de marché (en France, on n'a jamais été jusque là).

DOCUMENT 15

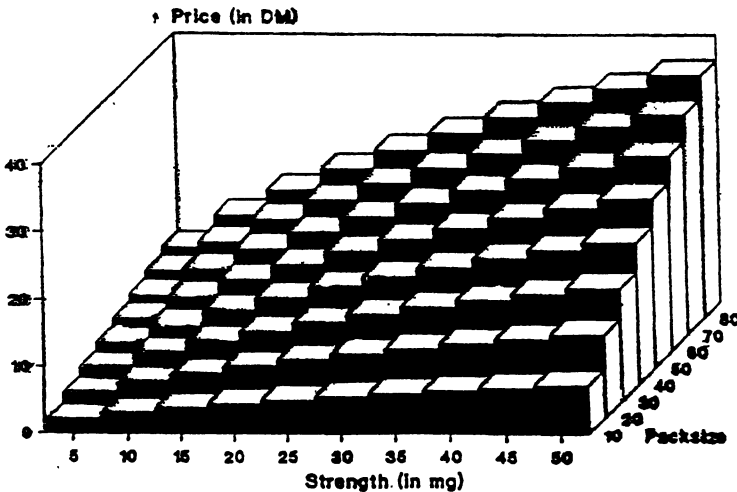
DÉTERMINATION DU PRIX DE L'OXAZEPAM EN ALLEMAGNE

Reference price for combination of

a mg (strength)
and b tablets (packstze)

$$P = X * a^{0,548} * b^{0,783}$$

X is the reference price to be fixed
by the statutory health care funds

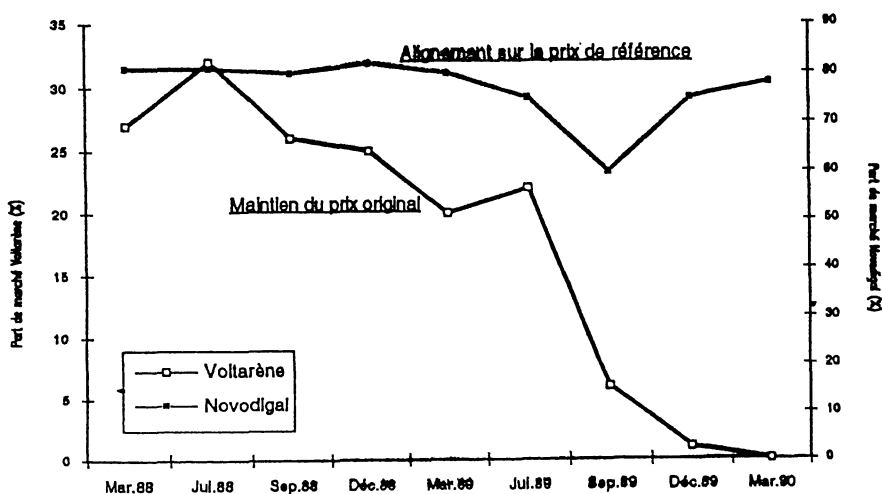


Il faut retenir que le système a conduit les prix à s'aligner, c'est-à-dire qu'aucun industriel n'a pu maintenir les prix. Voici par exemple (*DOCUMENT 16*), deux stratégies pour deux produits, Voltarène et Novodigal. Le producteur du Voltarène a décidé de maintenir son prix. En quelques mois, de juillet 1989 à mars 1990, le Voltarène était sorti du marché : ventes nulles. Aucun écart de prix n'est tolérable. Le marché est impitoyable.

Cela dit, les résultats globaux ont été très décevants pour des raisons multiples et variées. En Allemagne, une fraction du marché est restée à prix libres, et il y a eu transfert des prescriptions régulées sur des prescriptions restées à prix libres. Par ailleurs, il y a eu des "effets prix" classiques : comme le médicament était moins cher, les gens en ont consommé davantage. Finalement, l'influence sur la dépense de médicaments a été faible ou nulle.

DOCUMENT 16

LES EFFETS DE LA POLITIQUE DE PRIX DES INDUSTRIELS ALLEMANDS



	Prix original	Prix de référence	Différence
Voltarène	49,59 DM	19,60 DM	+ 56%
Novodigal	16,55 DM	12,15 DM	+ 27%

Quelle est la solution ? La solution, il y en a une quand même, c'est de **laisser tomber le contrôle des prix et de passer au contrôle des prescriptions**. Comme le contrôle des prix, quelle que soit la solution, n'est pas l'instrument principal d'une maîtrise du médicament, il apparaît qu'il faut au minimum le rendre plus intelligent, et le compléter par une politique de maîtrise de la prescription.

C'est ce qui a été fait dans au moins trois pays (*DOCUMENT 17*) :

- en Allemagne, avec une maîtrise budgétaire des prescriptions qui a été dramatique, avec une chute de 20 à 30 % du marché l'année dernière (1993), et qui a réellement mis l'industrie en difficulté ;
- au Royaume-Uni, avec un système très libéral où l'on met en concurrence les laboratoires en donnant aux médecins des budgets ; ce sont les médecins qui achètent les médicaments, certains médicaments, pour les patients ;
- puis en France, troisième modalité, modalité plus médicalisée, à savoir les "Références Médicales Opposables" - RMO.

DOCUMENT 17

DU CONTROLE DES PRIX AU CONTROLE DES PRESCRIPTIONS ?

- Un contrôle budgétaire : la réforme SEEHOFFER en Allemagne.
- Un contrôle concurrentiel : les Gps Fundholders au Royaume-Uni.
- Un contrôle médicalisé : les Références Médicales Opposables en France.

Ces **Références Médicales Opposables** constituent l'innovation française de ces vingt dernières années en matière de régulation de la santé. Elle consiste, pour un certain nombre d'actes et de prescriptions, à donner des guides de prescription, c'est-à-dire à donner des instructions assez précises au prescripteur. Par exemple (**DOCUMENT 18**), la référence 31 dit : il n'y a pas lieu de prescrire plusieurs médicaments ayant les mêmes propriétés ; "C'est une question de bon sens" commente le Panorama. Si vous, prescripteur, ne respectez pas la "loi" conventionnelle, vous supporterez des pénalités. La pénalité est calculée grâce à trois coefficients : la gravité médicale, l'impact budgétaire et la fréquence des "infractions". Résultat de ce système : avant même son entrée en vigueur, la prescription avait beaucoup baissé.

DOCUMENT 18

REFERENCES MEDICALES OPPOSABLES

LE GUIDE PRATIQUE D'UTILISATION

VII. Prise en charge des hypercholestérolémies (HC) chez l'adulte	
Médicaments hypolipidémiants :	
Intitulé de la référence	31. Il n'y a pas lieu d'associer plusieurs molécules ayant les mêmes propriétés
Commentaire " Panorama "	<i>Question de bon sens.</i>
BAREME	Indice de gravité ou d'inutilité médicale : 1 Incidence financière : 1,25
	Ce que cela vous coûterait :
	1) Anomalies relevées en deux mois : 8 à 16 $5\ 000 \times 1 \times 1,25 \times 0,5 = 3\ 125\ F$
	2) Anomalies relevées en deux mois : 17 à 24 $5\ 000 \times 1 \times 1,25 \times 1 = 6\ 250\ F$
	3) Anomalies relevées en deux mois : plus de 24 $5\ 000 \times 1 \times 1,25 \times 1,5 = 9\ 375\ F$

SOURCE : PANORAMA DU MÉDECIN 15

De ce fait, le marché pharmaceutique traverse une période difficile de son histoire. Pour la première fois, il ne croît pas à deux chiffres, il croît à un seul chiffre, et pour certains laboratoires, habitués depuis des années à des croissances confortables, la situation est assez dramatique. Tout le pari - le défi du moment sur lequel il n'y a pas encore vraiment des données - est que le Comité Economique du Médicament présidé par Jean MARMOT va jouer un rôle régulateur, c'est-à-dire compenser la chute des volumes par des prix plus importants. Si c'est le cas, on sera, en conclusion, passé du modèle français à bas prix et forts volumes, à un modèle plus conforme au modèle européen avec des prix plus élevés et des volumes plus faibles.

Jean-François CHADELAT

“On a souvent réfléchi sur ce problème de déremboursement des médicaments, c’est à dire passer à zéro. Le déremboursement présente pour un laboratoire l’avantage d’avoir une liberté de prix, mais il présente un inconvénient colossal, celui de ne plus être considéré comme un médicament. Alors la question que je voudrais vous poser, c’est de savoir si on peut concevoir un système où, bien qu’il n’y ait pas de prise en charge par la Sécurité Sociale avec des vignettes bleues, on ait des médicaments donc à 0% qui restent des médicaments aux yeux du prescripteur et aux yeux du malade ?”.

Claude LE PEN

D’abord un petit point : on a déremboursé deux grandes classes de médicaments en France : les vitamines (sauf les B12), lors du plan Seguin, et puis, en 1991, les antiasthéniques. Quand on a fait ce déremboursement (les antiasthéniques par exemple) ça été très simple : la courbe des quantités, du jour où cela a été déremboursé, les quantités ont plongé ; la courbe des prix, du jour où cela a été déremboursé, les prix ont augmenté. Bien sûr, le phénomène est cumulatif parce qu’avec le déremboursement un mouvement s’engage : plus les prix augmentent et plus les quantités baissent ; on retrouve un équilibre des ventes, mais à un niveau 30 à 35% du niveau primitif.

La question que pose Jean-François CHADELAT est essentielle pour la raison suivante. Je ne vois aucun ministre de la Santé aller dire aux Français : “voilà, il y a un médicament, qui est parfaitement efficace, qui sert beaucoup, et on ne vous le rembourse plus parce qu’on n’a plus d’argent pour vous le payer”. Donc le ministre, même si ce n’est pas la réalité, va dire : “Il y a un médicament, je ne vous le rembourse pas, mais ce n’est pas grave car il est complètement inefficace”.

La politique la plus courageuse, mais on ne l’a jamais menée en France jusqu’à présent, consisterait à créer un secteur positif de médication familiale non remboursée. Dire qu’il y a des produits utiles, aux performances pas nécessairement époustouflantes mais qui peuvent améliorer un peu les choses. Ces produits-là, on les laisserait à la charge du malade. En fait, ce ne serait pas simplement un dispositif technique, mais un changement de philosophie; il y aurait un secteur de soins efficaces mais non remboursés. Ceci pose la question de ce qu’on appelle le “périmètre du remboursable”. Où s’arrête donc le remboursable ? Quelles sont les missions de la protection sociale ? Quelles sont les missions de l’Assurance Maladie ? Est-ce que soin remboursé doit s’identifier à soin efficace, ou est-ce qu’on peut laisser une partie de la santé à la charge du patient ? On n’a pas bien résolu ce problème jusqu’à présent.

Jéan-Pierre CASSAN (Laboratoires ASTRA FRANCE)

Vous avez dit, Professeur LE PEN, que la France était le plus grand consommateur par habitant, mais est-ce que vous comparez des classes qui sont tout à fait comparables ? Que mettez-vous dans de mêmes classes thérapeutiques ou ne prenez-vous pas des classes en France qui ne sont pas les mêmes chez les Anglais ? Je prends le paracétamol ou d’autres types de produits, certes très utiles, mais qui ne sont peut-être pas remboursés par d’autres systèmes que le français.

Claude LE PEN

Oui, vous avez tout à fait raison, les comparaisons de consommations pharmaceutiques sont difficiles parce que les “paquets” consommés sont différents. Quand on dit que les Français consomment beaucoup de médicaments, il y a deux choses : ils consomment des médicaments qu’on ne consomme pas en Angleterre par exemple ; ils consomment également sur certaines classes plus de médicaments que les autres, et inversement, moins sur certaines autres classes que d’autres. Il y a un bilan global, toutes choses confondues, qui est au détriment de la France. Certes, si on prend, par exemple, les toniques cardiaques et les digitaliques, on en consomme beaucoup plus en Allemagne qu’en France. Mais on consomme en France plus de tranquillisants. Ça reste vrai même si la consommation stagne ou régresse.

Franck DURAND (CECAR)

Vous avez clairement montré qu’en France, la valeur globale, prix multiplié par quantité, était supérieure à ce que l’on pouvait constater dans d’autres pays. En se plaçant au niveau de l’individu, cela soulève deux questions : d’une part, est-ce que c’est utile ? et d’autre part, est-ce que ce n’est pas dangereux ?”.

Claude LE PEN

On ne meurt pas plus en France qu’ailleurs ; le danger est donc limité :

- premièrement on ne consomme pas tous les produits achetés : les armoires à pharmacie sont remplies en France;
- deuxièmement, comme on le disait il y a un instant, beaucoup de consommations, de surconsommations, touchent des produits qui ne sont pas très nocifs;
- troisièmement, je ne crois pas qu’il y ait une élasticité significative volume/prix du médicament en France, la consommation est peu sensible au prix parce que le médicament est remboursé. Ce n’est pas du tout le cas dans un pays comme les États-Unis où, au contraire, il y a une élasticité volume/prix normale puisque les gens s’assurent eux-mêmes et que leur consommation médicale peut avoir éventuellement une influence sur leur prime.

Je crois effectivement que les médecins français prescrivent beaucoup, mais les malades français en sont aussi un peu responsables. Si les malades français considéraient qu’un bon médecin pouvait ne pas prescrire, ou peu prescrire, cela serait mieux. On ne serait pas dans l’attente de cette ordonnance avec ses trois ou quatre lignes, comme une espèce de rite initiatique de prise en charge ; on considérerait le service médical indépendamment de cette prescription notamment de médicaments. Pour beaucoup de Français, si on ne leur donne pas un médicament, ils ne sont pas vraiment malades et le médecin n’est pas vraiment bon. N’importe quel généraliste le dit : si je ne prescris pas, ça ne sert à rien puisque mon collègue va prescrire. Donc je crois qu’il y a un effort collectif à faire, un effort collectif des prescripteurs. Les RMO peuvent jouer ce rôle et inciter à un effort collectif d’éducation des patients. Les médecins peuvent et doivent aussi contribuer à cette éducation et, certainement, y-a-t-il une pédagogie du médicament à développer.

Dominique SERRURIER

Merci, Professeur LE PEN, pour cet exposé passionné et passionnant.

TABLE RONDE

LES DÉPENSES DE SANTÉ EN L'AN 2000

Animateur :

Jean-François CHADELAT
Directeur du Fonds de Solidarité Vieillesse

Intervenants :

Alain FERRAGU
Chef du département statistiques de la C.N.A.M.T.S.
(Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)

Jean-Philippe GAUDEMET
Commissaire Général Adjoint au Plan

Simone SANDIER
Chercheur au CREDES
(Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé)

Dominique SERRURIER

Nous entamons la dernière partie de la journée avec une table ronde sur les dépenses de santé en l'an 2000, animée par un expert en la matière, Jean-François CHADELAT, qui a eu l'occasion de traiter de l'Assurance Maladie depuis vingt-cinq ans, dans différentes fonctions dans le secteur public et en entreprise. Il introduira lui-même les intervenants à cette table ronde qu'il a organisée.

Jean-François CHADELAT

Ce n'est pas une mince gageure que de parler des dépenses de santé en l'an 2000. Les intervenants vont tenter de relever ce défi.

Simone SANDIER est chercheur au C.R.E.D.E.S. (Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé), et elle est certainement l'une des meilleures spécialistes en économie de la santé. Elle est l'auteur de nombreux travaux en la matière. Elle est tout particulièrement qualifiée pour analyser le passé, et partant de cette analyse, pour essayer de prévoir l'avenir.

Alain FERRAGU, qui est le chef du département statistique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, indiquera que l'on dispose d'éléments pour prévoir l'avenir. La C.N.A.M.T.S. est en effet une mine d'informations statistiques et de renseignements qui s'améliore d'année en année. Ces informations constituent d'ores et déjà un outil indispensable pour tous ceux qui s'intéressent à l'économie de la santé et à son évolution.

Les dépenses de santé ont certes une finalité en matière de santé, mais elles sont soumises à un certain nombre de contraintes économiques. Jean-Philippe GAUDEMET, qui est Commissaire général adjoint au Plan, va montrer que l'économie et le social ne sont pas incompatibles et que, bien au contraire, ils arrivent à se compléter.

Simone SANDIER

Je me réfère tout d'abord à ce que Jean MARMOT vous disait ce matin : attention, il ne faut pas confondre les dépenses de santé et les dépenses d'Assurance Maladie. Même quand on parle de dépenses de santé, il faut savoir : si on parle de la dépense nationale courante de santé, qui englobe, non seulement la valorisation de la consommation médicale, mais les dépenses de recherche, d'enseignement et une partie des dépenses de gestion ; ou si l'on restreint son champ d'étude à la consommation médicale totale qui est une valorisation de la consommation médicale.

En 1994, on nous demande de prévoir les dépenses de santé en l'an 2000 ; c'est dans suffisamment longtemps pour que les aléas conjoncturels s'annihilent les uns les autres. Donc on regarde, 1, où on en est, 2, on s'interroge sur les facteurs qui font bouger les dépenses de santé et puis, 3, on se lance. On lance un chiffre ou des chiffres, parce qu'il y a des incertitudes. Quand on est confronté aux résultats de la projection, on a plus de chances de tomber dans un intervalle ; plus il est grand et plus on a de chance de tomber à l'intérieur.

Ainsi, je vais commencer par quelques mots sur les **dépenses de santé en 1993**, dernière année disponible. Au total, la dépense nationale courante de santé représentait une masse importante de 725 milliards de francs, un peu plus de 10% du Produit Intérieur Brut. Quant à la consommation médicale par personne, elle représente, en moyenne annuelle, 11.235 francs.

Pour faire des prévisions, il faut bien comprendre qu'il y a des forces contraires derrière ces dépenses de santé, qui, pour un certain nombre de gens, sont des recettes. Ceux qui dépensent vont essayer de dépenser moins, ceux qui reçoivent vont faire tout leur possible pour que leurs recettes ne diminuent pas trop. À un moment donné, les dépenses de santé représentent donc un équilibre économique entre, d'une part, les facteurs de l'offre, et d'autre part, les payeurs et les consommateurs du système de soins.

Le *DOCUMENT I-A* montre la répartition des dépenses de santé selon leur nature, en fait, selon le bénéficiaire de la dépense correspondante.

Les hôpitaux perçoivent à peu près la moitié des dépenses de santé. La dépense hospitalière, Jean MARMOT l'a dit ce matin, c'est 70% de frais de personnel ; prévoir les dépenses hospitalières, c'est prévoir les revenus et l'emploi dans les hôpitaux. L'autre moitié des dépenses correspond à des prestations de soins ambulatoires ; c'est la colonne du milieu, dont les médecins représentent la base. Dans la troisième colonne, la pharmacie représente la grande majorité des biens médicaux et le reste correspond à

des prothèses auditives ou autres. Première remarque : les médecins qui, par leurs décisions, entraînent une très forte part des dépenses de santé, perçoivent une part relativement modeste des dépenses, de l'ordre de 14%, mais ce sont des revenus pour eux.

Le **DOCUMENT I-B** présente les dépenses de santé selon les payeurs.

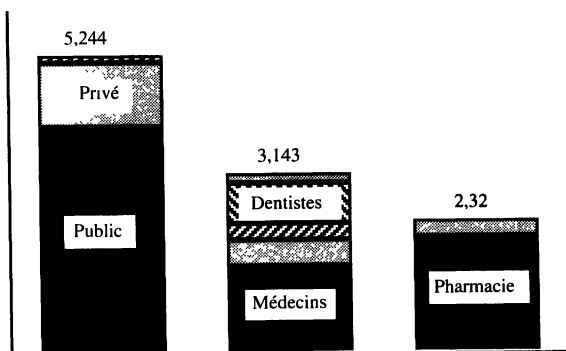
La part de la Sécurité Sociale est prépondérante, Jean MARMOT l'a dit aussi ce matin : 74%. Mais la protection sociale en France laisse encore une grande part des dépenses à la charge de ceux qui consomment des soins : 18,6%, mais y compris l'assurance privée (Compagnies d'assurance et Institutions de prévoyance). Enfin, la protection complémentaire des mutuelles représente 6%. Par conséquent, une réduction, même faible, de la part du financement par l'Assurance Maladie peut se traduire par une très forte augmentation de la part financée par ailleurs.

DOCUMENT 1a et b

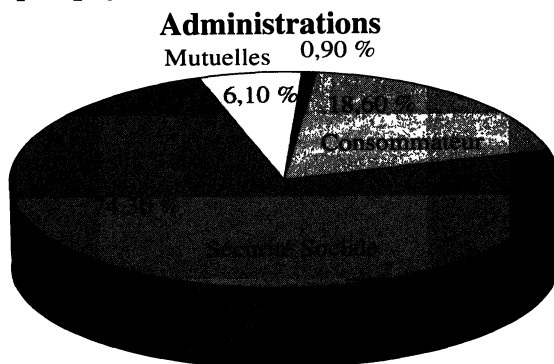
DÉPENSES DE SANTÉ

Document 1a : **par nature** (en milliers de francs pour une personne)

Hôpitaux



Document 1b : **par payeur** (en pourcentage)



Le *DOCUMENT 2* présente nos vues sur **les facteurs d'évolution des dépenses de santé**.

Au niveau de la demande, premier groupe de facteurs, la morbidité arrive en tête. Le problème est de mesurer cette morbidité. Certes, il y a une bonne corrélation entre la morbidité des personnes et leur âge (ou une exponentielle de leur âge), un facteur donc très important des dépenses de santé - tellement important, que la dépense des personnes âgées est globalement trois fois plus forte que la dépense des autres personnes. Tout le monde dit ainsi que les dépenses de santé vont augmenter parce que la population vieillit, mais, en fait, l'accroissement qu'entraîne le vieillissement de la population est mineur par rapport à l'évolution des dépenses de santé.

DOCUMENT 2

FACTEURS D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ



D'autres facteurs sont socioculturels et économiques. Les personnes les plus éduquées consomment plus de soins, en particulier plus de soins ambulatoires. La couverture sociale est un facteur également compte tenu de la forte part des dépenses de santé prises en charge. Il y a aussi des facteurs économiques au plan individuel, dans la mesure où il reste un fort ticket modérateur à la charge des personnes, mais, par ailleurs, des facteurs économiques globaux font que, dans une période où l'économie est florissante, on consomme plus de tout, y compris des soins médicaux, et quand cela va mal, on restreint sur tout et progressivement jusqu'à restreindre sur les soins médicaux.

Au niveau de l'offre de soins, deuxième groupe de facteurs, la part des personnels est importante. Mais, avec une densité médicale stable, il y a un facteur un peu rassurant pour l'évolution des dépenses de santé. La progression des effectifs médicaux, surtout des spécialistes, ne sera plus un facteur majeur de l'augmentation des dépenses.

Troisième groupe de facteurs, réduit à un seul, les prix. Il est évident que l'augmentation des prix dans le domaine de la santé conduit à une augmentation mécanique des dépenses. Dans ce domaine, l'éducation s'est faite auprès des décideurs, qui savent beaucoup mieux manier les outils à leur disposition pour maîtriser les prix.

Ces dépenses de santé, comment ont-elles augmenté dans les années passées ? Il y a plusieurs représentation possibles, d'abord celle présentée dans le *DOCUMENT 3-A*.

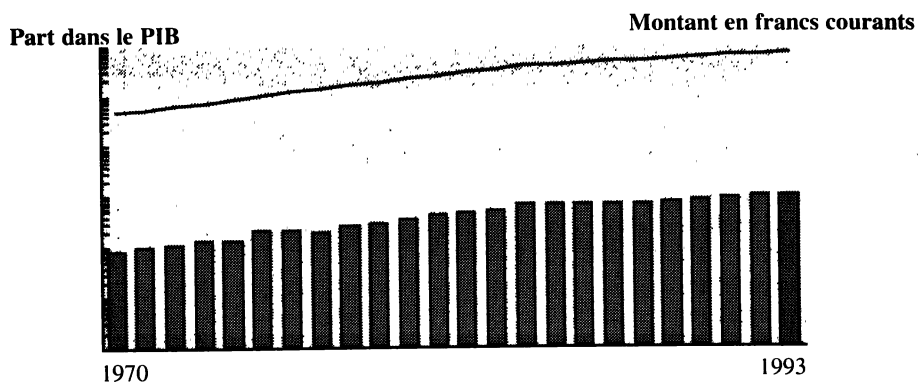
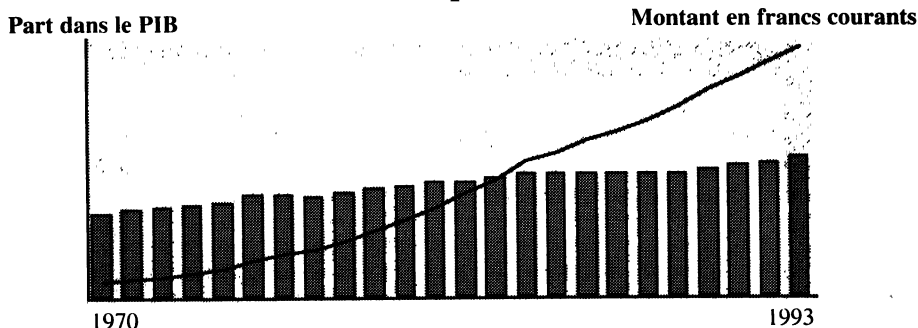
L'évolution des dépenses de santé en millions de francs courants est présentée sur une échelle arithmétique. On a une impression extraordinaire d'accélération. En bas les bâtons représentent la part de la dépense nationale courante de santé dans le Produit Intérieur Brut - PIB qui a augmenté pratiquement tous les ans depuis 1970. Elle est passée d'un peu plus de 6% en 1970 à 10,2% en 1993, donc évolution plus modérée quand on la rapporte au Produit Intérieur Brut.

Avec une autre représentation de la dépense nationale courante de santé, toujours en francs courants, mais sur une échelle logarithmique (*DOCUMENT 3-B*), apparaît alors un ralentissement de la progression des dépenses de santé. Jean MARMOT l'a d'ailleurs dit ce matin, le rythme de croissance est devenu moins fort que les années précédentes.

DOCUMENT 3a et b

**DÉPENSE NATIONALE COURANTE DE SANTÉ
1970-1993**

Document 3a : Echelle arithmétique



Pour préciser ces points, le *DOCUMENT 4-A* montre **l'évolution des différents facteurs qui contribuent à l'augmentation des dépenses de santé.**

Les dépenses de santé augmentent parce que l'on est dans un contexte économique général, où tous les frais sont assez liés à l'indice des prix de façon mécanique. Quand l'indice des prix augmente moins vite, les dépenses de santé augmentent moins ; c'est le cas actuellement. Mais il faut considérer aussi la consommation médicale en "Volume", qui mélange à la fois quantité et qualité. Dans le document 4a, apparaît un ralentissement dans l'évolution du volume des soins médicaux, après un pic dans les années 1960-1970. Comme l'indice des prix relatifs, qui prend en compte les prix de la pharmacie, de l'hospitalisation, des services médicaux, ... évolue lui même moins vite que l'Indice Général des Prix - IGP, les dépenses de santé en termes réels, c'est à dire déflatées de l'indice général des prix, connaissent depuis assez longtemps un ralentissement de leur augmentation.

Sur le *DOCUMENT 4-B*, qui remonte, lui aussi, jusqu'à 1950, est représenté l'accroissement non plus de la dépense de santé en francs courants, mais de la dépense de santé déflatée de l'indice général des prix.

Apparaissent sur ce graphique, d'une part, le ralentissement déjà évoqué et, d'autre part, des à-coups avec des montées et des descentes autour de cette tendance générale, montées et descentes qui sont dues à différents facteurs qui peuvent être des facteurs épidémiques. Ce sont, une année, une pointe des dépenses de santé et un creux, l'année suivante, car, d'une part, les plus malades ont disparu et, d'autre part, il y a un effet de compensation du numérateur (un numérateur élevé d'une année devient le dénominateur l'année suivante : de ce fait, le taux de croissance suivant est faible, voire négatif). Parlant de l'effet des différents plans de maîtrise des dépenses de santé qu'ont pris nos ministres successifs, il est de bon ton de dire qu'il y a un effet instantané du plan et une remontée ensuite. Ce n'est pas toujours vrai. Il y a bien un effet instantané du plan avec une baisse, mais le mouvement de décélération peut se confirmer ; l'effet n'est alors pas nul.

La courbe en trait plein du document 4-b est la moyenne mobile des taux d'accroissement sur trois ans. Depuis un certain nombre d'années, le taux d'évolution des dépenses de santé, déflaté de l'indice général des prix, oscille entre 3 et 5%.

Alors, comment faire des prévisions ? Identifier les facteurs : l'âge, pas d'influence ; la technologie, je ne sais pas mesurer ; les effectifs des médecins maintenant se stabilisent. Une méthode qui n'est pas plus déraisonnable qu'une autre - mais on vérifiera en l'an 2000 - consiste à prolonger les tendances. En effet, on peut penser que les efforts des responsables pour maîtriser les dépenses continueront comme les années précédentes. C'est ainsi qu'on a réalisé les prévisions de **ce que pourront devenir les dépenses de santé en poids dans l'économie en l'an 2000.**

Démentant certaines opinions, ces prévisions n'ont rien d'effarant. Il est certain que les dépenses de santé vont occuper une place plus grande dans l'économie. Si vous voulez bien admettre que le Produit Intérieur Brut est une agrégation de plusieurs activités, il faut que certaines activités croissent plus vite que d'autres. La santé est parmi les dépenses qui augmentent, peut être moins vite que les dépenses d'assurance, mais plus vite que des dépenses d'alimentation, voire d'habillement. Dans le Produit Intérieur Brut, la part de la dépense nationale courante de santé devrait osciller entre 10 et 12% (*DOCUMENT 5-A*).

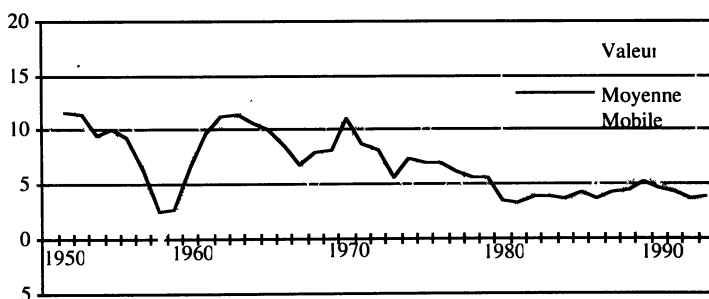
DOCUMENT 4a et b

**LES DÉPENSES DE SANTÉ
1950-1993**

Document 4a : Evolution en volume et prix

T.A.A.M. (%)	1950-1960	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-1993
Volume	5,7	8,8	7,3	5,1	4,1
Prix relatif	2,2	0,1	-0,9	-0,9	-0,5
Valeur relative	8,0	9,6	6,4	4,2	3,6
Index. Gén. prix	5,6	4,1	9,6	6,2	2,6
Dépenses F courants	14,1	14,1	16,6	10,6	6,3

Document 4b : Evolution déflatée de l'I.G.P.



DOCUMENT 5a et b

DÉPENSE DE SANTÉ EN L'AN 2000

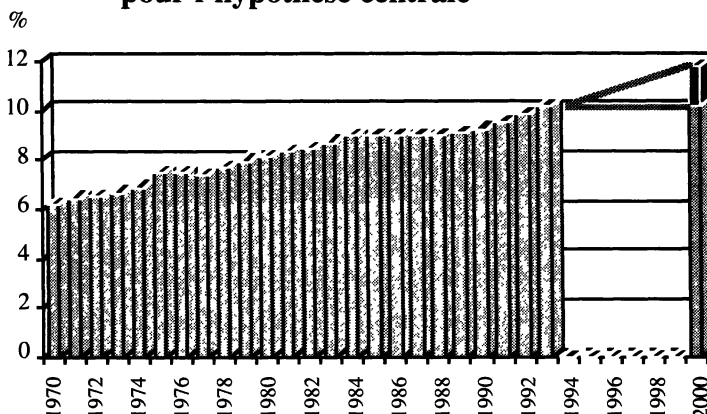
Document 5a : Part (%) dans le PIB selon plusieurs hypothèses

T.A.A.M. (%)	+3,5%	+4,0%	+4,5%	+5,0%
--------------	-------	-------	-------	-------

PIB	Soins et biens médicaux			
+2,5%	8,9	9,4	9,8	10,3
+3%	8,5	8,9	9,4	9,8
+3,5%	8,1	8,5	8,9	9,4

PIB	Dépense nationale courante de santé			
+2,5%	10,2	10,8	11,3	11,8
+3%	9,8	10,2	10,7	11,3
+3,5%	9,3	9,8	10,2	10,7

Document 5b : Evolution de la part dans le PIB pour l'hypothèse centrale



Ces taux sont-ils acceptables ? De fait, ils sont acceptés aujourd'hui dans une économie beaucoup plus riche que la nôtre, celle des États-Unis, où les dépenses de santé représentent 14% du PIB, pourtant sans protection sociale pour une partie de la population.

Le dernier graphe, document 5-b présente la projection de la part des dépenses de santé dans le PIB dans une hypothèse basse et dans une hypothèse haute ; nos prévisions, en l'an 2000, n'apparaissent pas aberrantes et cette évolution ne peut pas être infirmée par des arguments solides, selon ce que l'on sait de l'évolution passée.

Jean-François CHADELAT

Merci, Madame pour ces perspectives apaisantes. Si vous avez réussi à présenter tous ces chiffres, c'est certainement en partie grâce aux données que récolte Alain FERRAGU, et à la masse d'informations qu'il traite. Alors, Alain FERRAGU : comment la statistique de base est-elle produite, comment l'information élémentaire est-elle saisie pour permettre ensuite aux prévisionnistes de faire leur travail ?

Alain FERRAGU

Je souhaite intervenir en appui de l'exposé de Simone SANDIER, à partir de l'idée que nous nous retrouvons aujourd'hui ici, pour une bonne part, entre techniciens de la statistique et du traitement de l'information, mais sans que tous, parmi nous, soyons parfaitement au clair sur les particularités et les difficultés rencontrées en matière de données permettant l'observation et la mesure de la dépense de santé. Aussi :

- dans un premier temps, je situerai succinctement les grandes sources d'information de cadrage disponibles en France pour l'observation et la mesure de la dépense de santé;
- dans un second temps, je m'étendrai davantage sur les données qui peuvent être tirées de l'activité des régimes obligatoires Assurance Maladie, en attirant votre attention sur la richesse des informations évoquées par Jean-François CHADELAT, mais aussi sur leurs limites, sans omettre les voies d'amélioration d'ici l'an 2000;
- dans un troisième temps, je traiterai plus particulièrement des données du Régime Général de l'Assurance Maladie et des perspectives d'évolution des dépenses, en essayant de suggérer l'ampleur des mouvements, visiblement d'ordre comportemental, qui peuvent être constatés sur la période très récente; sera également évoqué le lien que peuvent présenter ces mouvements avec les politiques de maîtrise des coûts, ce qui conduira à explorer plusieurs champs de réflexion possibles en matière de perspectives d'évolution à court et moyen terme des dépenses de santé.

Tout d'abord, les **sources de cadrage**. "L'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux" constitue la pièce maîtresse du dispositif actuel. La dernière opération en date est constituée par l'enquête 1991-1992, organisée dans le cadre d'une collaboration entre l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), le CREDES, le SESI (Service de la Statistique, des Études et des Systèmes d'Information du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville), la CNAMTS et la MIRE (Mission Recherche et Expérimentation du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville). Cette opération a concerné 21 500 individus, interrogés en quatre vagues successives, sur la période allant d'avril 1991 à la rentrée 1992. La méthode d'enquê-

te combine la technique de l'interview (cinq visites d'enquêteur par ménage) et celle du carnet de comptes, associé à un questionnaire de ramassage. Les données recueillies, tout à fait fondamentales, concernent notamment :

- d'une part, un relevé très détaillé des soins médicaux délivrés aux individus de chaque ménage interrogé, sur une période de trois mois;
- d'autre part, des données sur l'état de santé des mêmes individus, en combinant l'indication de la morbidité prévalante au premier jour de l'enquête avec le suivi des motifs de chaque consommation de soins, sous le contrôle d'une équipe spécialisée de médecins.

Il faudrait donc commenter très longuement cette opération, qui comporte quelques insuffisances ; en effet :

- le plan de sondage utilisé exclut les ménages collectifs et donc les personnes âgées en institution ;
- l'opération ne couvre pas de manière optimale certaines populations (les personnes qui vivent seules et hospitalisées au moment de l'enquête, par exemple, ou des populations marginales) ;
- et, en dernier lieu, la mesure des consommations individuelles de soins est uniquement opérée, pour la partie carnet de comptes, sur une période de trois mois. Le passage à une estimation de la consommation annuelle peut seulement être opéré de manière statistique.

L'enquête décennale ne constitue pas la pièce unique du dispositif d'enquête en matière de données statistiques sur la santé. Le CREDES réalise aussi, en complément de l'enquête décennale, une enquête nationale sur les hospitalisés et intervient également pour réaliser d'autres enquêtes complémentaires (enquête sur les personnes âgées en institutions 1987-1988 ; enquête annuelle sur la Santé et la Protection Sociale, qui sera de nouveau évoquée infra), ainsi que diverses enquêtes ou approches concernant l'analyse de l'offre de soins. Si l'on ajoute les enquêtes effectuées par le SESI, tout particulièrement dans le domaine de la morbidité hospitalière, de la dépense hospitalière et de l'hôpital, le dispositif de connaissance en matière de mesure de la dépense de santé paraît déjà tout à fait impressionnant.

Ce dispositif aboutit à cette étape importante que constitue, chaque année, l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé, dont les résultats vous ont été présentés par Simone SANDIER, et dont la confection est réalisée par le SESI. Il faut toutefois, en raison de l'annualité de ce travail, utiliser d'autres données, celles-là même qui sont utilisées dans le cadre des travaux annuels de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale.

Ces données, désignées sous les dénominations un peu vieilles de "statistiques courantes" ou de "statistiques de gestion administrative", comportent, en bonne place, **les données en provenance des organismes de Sécurité Sociale**, données commentées maintenant.

L'origine de ces données est constituée, en majeure partie, par les indications portées sur la feuille de maladie et les documents qui l'accompagnent. Les formalités de présentation des demandes de remboursement de soins sont complétées par les données détenues dans les divers fichiers permanents. Il s'y ajoute, bien sûr, des modalités particulières d'acquisition de données portées sur les factures hospitalières, ainsi que d'autres sous-ensembles de données.

Mais, d'une manière générale, avec l'exception notable de l'hôpital public, les données recueillies caractérisent aussi bien :

- la nature de l'acte ou de la prestation donnant lieu à la dépense de remboursement du régime ;
- l'identité et les caractéristiques du bénéficiaire des soins ;
- l'identité et les caractéristiques du professionnel de santé associé à l'exécution de l'acte ou à la prescription de l'acte ou du produit ;
- le lieu d'exécution et, dans le cas de soins délivrés dans un établissement privé, les références et caractéristiques de cet établissement, avec la distinction des différentes disciplines médico-tarifaires concernées par le séjour.

Il y a aussi des indications de valeur, enfin, associées à la délivrance de l'acte ou de la prestation et qui concernent :

- le prix payé ;
- le tarif de responsabilité et donc le montant du dépassement éventuel ;
- le taux de remboursement pratiqué et le montant du remboursement.

Cette même information de base va donc permettre de caractériser et de suivre ce qui constituera, selon le point de vue adopté :

- une consommation de soins et, le cas échéant, une dépense effective ou au moins un débours, ou une avance de fonds, de la part du consommateur de soins ;
- une dépense pour le régime d'Assurance Maladie ;
- une recette pour le professionnel de santé ou pour l'établissement de soins concerné.

Ces informations vont être utilisées, en premier lieu, dans une optique de "gestion administrative", c'est à dire essentiellement, tout d'abord, pour la liquidation de la dépense de prestation après que des vérifications et des contrôles nécessaires aient été effectués, mais aussi pour des opérations de vérification, de contrôle a posteriori et également de comptabilisation. Ainsi, dans le cas particulier du Système National Inter-Régimes des Professionnels de Santé, les fonctions premières consistent à transmettre à l'administration fiscale, les relevés individuels d'honoraires concernant chaque professionnel et à élaborer périodiquement des relevés individuels d'activité, de prescriptions et de clientèles qui permettent d'assurer le suivi de chaque médecin.

Naturellement, le même outil fournira aussi des informations statistiques de premier plan, pour :

- suivre la démographie des différentes familles de professionnels en activité dans le secteur libéral (en fournissant une approche complémentaire utile par rapport à d'autres sources) ;
- mesurer l'activité individuelle et collective de ces professionnels ;
- reconstituer la masse des honoraires perçus et les prescriptions effectuées, soit, plus généralement, la reconstitution des recettes correspondantes.

Une approche parallèle par bénéficiaire des soins est également possible. Pour réaliser ce genre d'études, le Régime Général a constitué l'Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux, qui regroupe des informations sur 40 000 bénéficiaires, permettant de reconstituer la distribution des dépenses individuelles de remboursement et notamment d'approcher les questions posées par leur très forte concentration.

Reste enfin le dernier aspect développé maintenant : le suivi des dépenses engagées par les régimes pour assurer la couverture des soins prodigués à leur population protégée. Dans cette logique, la variable fondamentale privilégiée n'est pas la dépense de soins,

mais la dépense de remboursement, ce qui amène à formuler quelques remarques de méthode sur la nature exacte et les contraintes d'utilisation des données en provenance des régimes d'Assurance Maladie.

Tout d'abord, les données véhiculées par les systèmes de liquidation des régimes d'Assurance Maladie présentent des lacunes importantes :

- la première concerne la faible caractérisation de la nature des actes et prestations ayant donné lieu à remboursement ; notamment, les actes professionnels sont caractérisés seulement par la mention de leur lettre-clef dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et par l'indication du coefficient qui leur est associé; les nomenclatures statistiques utilisées définissent donc des postes de dépenses par référence, uniquement, à la distribution de ces lettres-clefs et ne permettent aucunement de caractériser la réalité de la distribution des soins; pour le cas de la pharmacie et des médicaments, la seule ventilation présentée est fonction du taux de remboursement pratiqué;
- s'agissant ensuite de l'individualisation des dépenses et donc du raccordement des données aux caractéristiques du bénéficiaire de la dépense de soins, la situation n'est guère plus satisfaisante; il est certes possible d'envisager une ventilation détaillée des dépenses selon les caractéristiques d'âge et de sexe, mais on ne peut se raccrocher ni à la notion de ménage/famille, ni à la catégorie socioprofessionnelle de l'individu ou de la personne de référence du ménage;
- les insuffisances enfin du dispositif d'information des régimes pour le cas particulier des établissements hospitaliers en budget global, bien que ce dispositif existe et permette de travailler tout de même utilement.

Cependant, des moyens sont engagés pour pallier ces insuffisances :

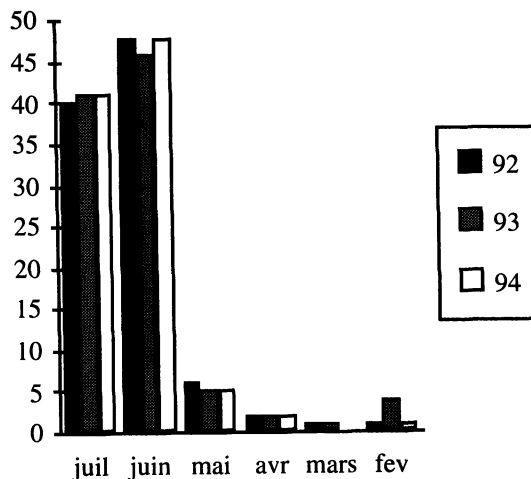
- sur le point de l'absence de médicalisation des données, un premier moyen consiste à procéder à des Recherches d'Informations Médicalisées (RIM); le Service Médical du Régime Général de l'Assurance Maladie s'est engagé depuis plusieurs années déjà dans cette voie, consistant à partir des données de liquidation pour procéder ensuite, par échantillonnage, à la collecte de données spécifiques; ces RIM sont désormais nombreuses et les résultats obtenus sont régulièrement publiés;
- par ailleurs, les données manquantes peuvent être recueillies, notamment lorsqu'elles concernent les bénéficiaires de soins, directement auprès des ménages d'assurés; cette approche, qui comporte des aspects de déontologie des enquêtes, est actuellement suivie pour le Régime Général grâce à la collaboration établie avec le CREDES pour la réalisation de l'Enquête Santé et Protection Sociale déjà mentionnée;
- bien évidemment, les perspectives de la mise en oeuvre du codage des actes et des prestations et, à terme, de celui de pathologies associées à ces actes et prestations, conduiront à envisager pour l'avenir d'autres possibilités de traitement; la mise en oeuvre progressive du codage, pour le domaine de la biologie, puis pour celui du médicament, permettra d'obtenir, dans les prochaines années, de nouvelles données statistiques et de pallier la présente lourdeur des recherches d'informations entreprises en l'absence d'un tel codage.

Un dernier point est tout à fait essentiel, s'agissant des limites attachées à l'utilisation des données de l'Assurance Maladie. En effet, l'utilisation première de ces données est de permettre la réalisation et, ensuite, de suivre l'évolution des dépenses des régimes, au fur et à mesure de la liquidation des montants de dépenses correspondantes. Les données enregistrées ne se réfèrent donc pas, en premier lieu, à la date de délivrance

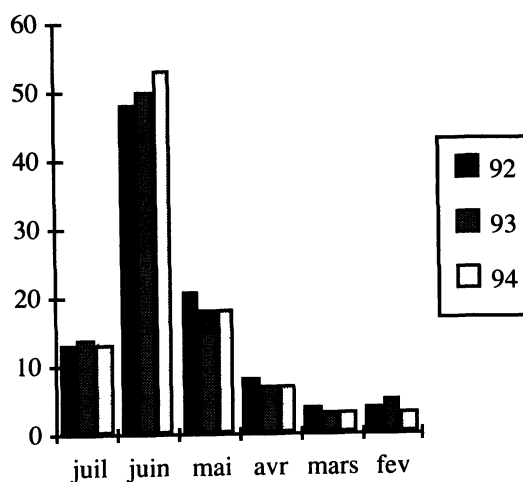
DOCUMENT 6

**RÉPARTITION DES REMBOURSEMENTS DE
CONSULTATIONS DU MOIS DE JUILLET 1992, 1993, 1994
PAR MOIS D'ORIGINE**

Consultations d'omnipraticiens



Actes des auxiliaires médicaux (AMJ - AIS)



de soins mais à la date de liquidation de la dépense de remboursement. Ainsi, l'approche de la dépense de santé est opérée à l'aide de données doublement tronquées :

- d'une part, il s'agit de données concernant des dépenses de remboursement et ces dernières ne représentent pas la totalité des dépenses de soins; naturellement, grâce à l'intégration de données sur le prix effectif payé, sur le montant des dépassements, la dépense réelle peut être reconstituée par l'approche du Système National Inter-Régimes, ou par le recours à des données désagrégées; mais elle ne l'est pas du tout actuellement dans le cadre du suivi des flux de données agrégées courantes, qui sont donc des données tronquées;
- d'autre part, ces données sont également tronquées en raison du décalage qui intervient entre la date de l'événement que constitue la délivrance des soins et la date de son remboursement à travers la date de liquidation de la dépense correspondante.

Pour avancer en ce domaine, le **Régime Général** a entrepris, depuis une date récente, une **désagrégation des données** permettant de ventiler les dénombrements et montants de dépenses selon la date effective des soins. Grâce à l'inclusion de la date des soins dans la chaîne de traitement des données conjoncturelles de l'Assurance Maladie, il est désormais possible de tenir compte de ce facteur.

En conséquence, le **DOCUMENT 6** présente, pour un mois donné, le mois de juillet, et pour les années 1992, 1993, 1994, la répartition dans le temps du montant final des dépenses de remboursement du mois en question. Pour les consultations, il y a un très fort déport, puisque plus de la moitié des informations affectées au mois en termes de remboursement concernent, en réalité, des mois antérieurs. Sur ce même document le déport apparaît plus important encore, pour les actes des auxiliaires médicaux. Compte-tenu de ce phénomène, vous mesurez donc les limites à placer dans l'interprétation, notamment conjoncturelle, des données.

Le **GRAPHIQUE 7-A** représente l'évolution des honoraires médicaux, au mois le mois, sur la période août 1990-août 1994. Il nous faut préciser le mode de présentation de ces données : les données mensuelles présentées sont des données en valeur d'indice, qui, dans ce cas particulier, sont restituées en millions de francs. Les données ont été obtenues, à partir des valeurs brutes mensuelles, au moyen des opérations suivantes :

- tout d'abord une correction "maison", la correction "des jours ouvrés"; en effet, les données enregistrées sont des données de remboursement, qui sont affectées par l'activité des organismes; il faut donc les corriger en tenant compte du nombre de jours ouvrés dans la semaine;
- en second lieu, une correction classique de saisonnalité;
- en dernier lieu, un lissage, représenté ici en trait plein; le lissage permet d'atténuer les variations mensuelles, qui, sans cela, seraient encore tout à fait importantes, de manière à obtenir des "données présentables", sachant que le lissage introduit un visible effet retard.

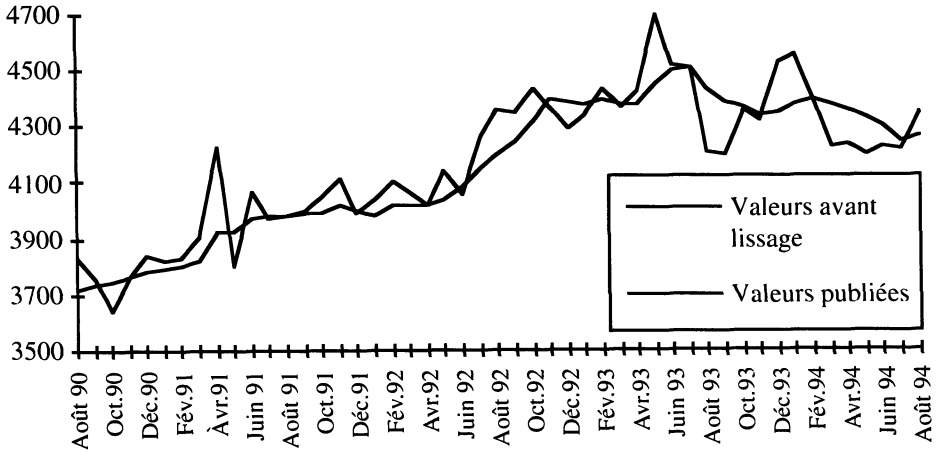
Quel est l'effet des innovations introduites depuis le 1^{er} janvier 1992 ?

Il est désormais possible de travailler en double commande sur la date de remboursement et sur la date des soins et, ainsi, de procéder à des calculs impossibles auparavant. S'agissant de l'évolution des honoraires médicaux, je m'intéresse bien sûr à la date du 1^{er} août 1993, avec l'intervention des mesures de déremboursement liées au plan gouvernemental comportant une importante hausse du ticket modérateur. Or, grâce aux données maintenant disponibles, une série corrigée des effets de ces mesures de déremboursement a pu être présentée (voir **GRAPHIQUE 7-B**)

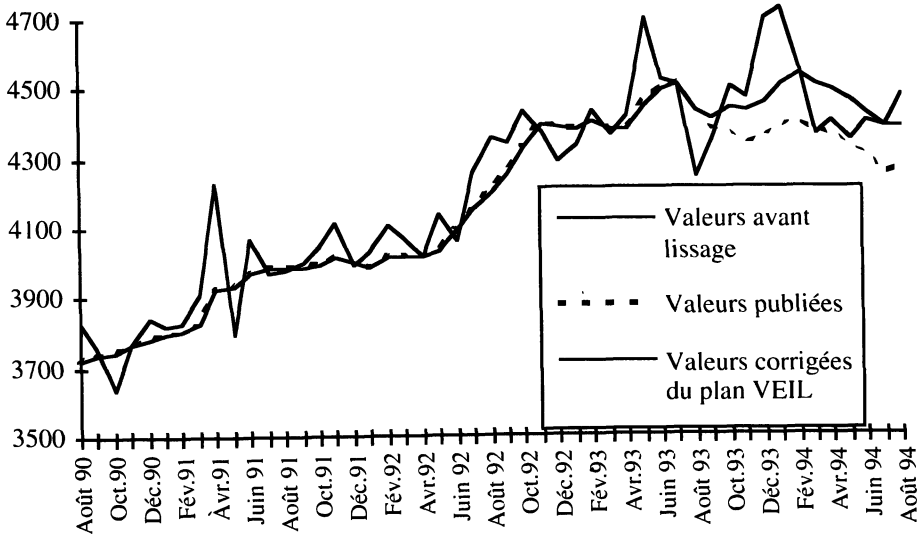
DOCUMENT 7 a et b

**ÉVOLUTION DES HONORAIRES MÉDICAUX
(millions de francs)**

Document 7a : sans correction



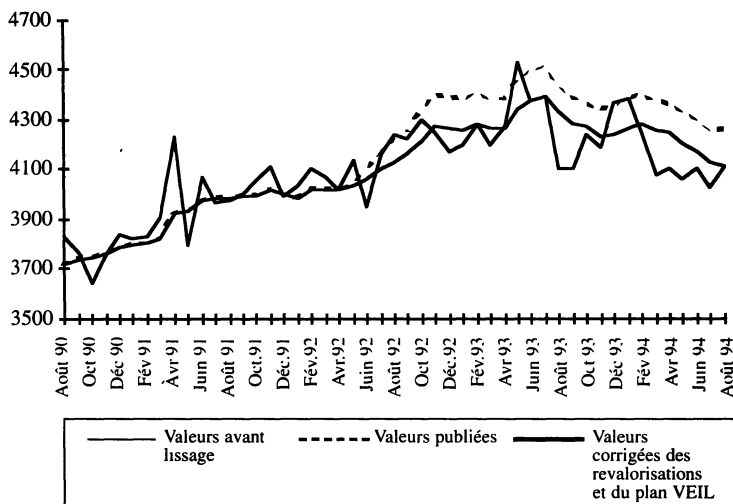
Document 7b : corrigés du "Plan Veil"



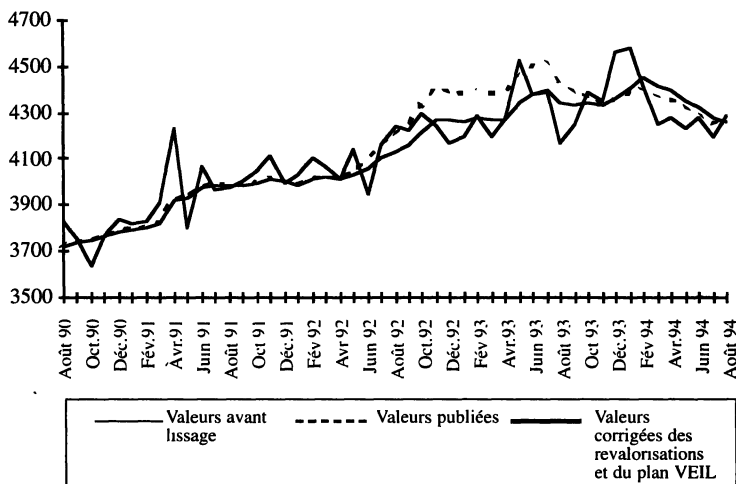
DOCUMENT 7 b et c

**ÉVOLUTION DES HONORAIRES MÉDICAUX
(millions de francs)**

Document 7c : corrigés des revalorisations



Document 7d : corrigé des revalorisations et du "Plan Veil"



Il est également devenu possible d'annuler l'incidence des différentes revalorisations intervenues dans le passé (*DOCUMENT 7-C*).

Il est enfin possible d'associer les deux corrections de manière à cerner, plus précisément, l'évolution réelle (*DOCUMENT 7-D*).

Les courbes présentées apportent donc une approche nouvelle de l'évolution en volume, mais aussi une aide à l'interprétation conjoncturelle. En effet, que dire, à ce dernier égard, en guise de bref commentaire ?

A partir d'août 1993, une diminution des dépenses apparaît sur la série corrigée. Or, il ne s'agit pas de l'effet direct des mesures de déremboursement ; il s'agit plutôt d'un effet d'accompagnement, indirect, de ces mesures. Ensuite, une très faible évolution en valeur non lissée et enfin un redémarrage. Ce redémarrage a pour origine, en novembre-décembre 1993, avec un effet de retard sur les graphiques, une forte épidémie de grippe relançant la consommation médicale.

1994 marque une nouvelle rupture, qui ne peut d'aucune manière être raccordée aux mesures gouvernementales d'août 1993. En effet, ce graphique montre très nettement (de manière un peu "décalée" pour les valeurs d'indice lissées) qu'il y a, à partir de mars et jusqu'au mois d'août 1994, une évolution très marquée à la baisse, un véritable "décrochement".

Que conclure dans l'esprit de notre table ronde ? Que des effets des modifications de comportement apparaissent très visiblement sur la période récente, en relation très probable avec les politiques et les actions de maîtrise engagées au cours de cette période. Naturellement, tout notre problème est de savoir maintenant, si cette inflexion va être durable ou, au contraire, si nous allons assister à une reprise de l'évolution des dépenses, dont je ne vais pas dire qu'elle va contenter Simone SANDIER.

Jean-François CHADELAT

Par la clarté de son exposé, Alain FERRAGU a montré, sur le plan statistique, tout le travail accompli, également le travail qui reste à accomplir et, aussi, la difficulté de l'analyse conjoncturelle de l'évolution des dépenses d'Assurance Maladie.

Jean-Philippe GAUDEMET va maintenant présenter les interactions entre l'économique et le social. Peut être, parviendra-t-il à concilier ces deux points de vue que beaucoup placent en antagonisme, pas toujours de façon justifiée.

Jean-Philippe GAUDEMET

Merci. Je vais effectivement vous parler des enjeux de la maîtrise ou d'une meilleure régulation des dépenses de santé. La question, qui se pose, est la suivante : quelle est la légitimité d'une éventuelle maîtrise de dépenses de santé ? Pourquoi la puissance publique aurait-elle une légitimité quelconque pour limiter la hausse des dépenses de santé ? D'autant plus que l'adage dit " la santé n'a pas de prix" : si la santé n'a pas de prix, il faut se mettre en état de payer à n'importe quel prix les dépenses de santé.

Pourquoi la puissance publique s'occupe-t-elle de santé ?

C'est un sujet bien connu, souvent débattu. Le produit, le bien "santé", a un certain nombre de caractéristiques qui font que l'équilibre du marché ne peut satisfaire un résultat optimal. Pour quelles raisons ? D'abord parce que la santé est, d'une certaine

façon, un bien collectif et que, si c'est un bien collectif, la puissance publique doit s'en occuper. Bien collectif, car il y a des maladies transmissibles ; parce qu'il y a une solidarité universellement reconnue vis-à-vis des personnes soumises au danger de maladies, et donc vis-à-vis de leur santé ; parce qu'aussi, dans le domaine de la santé, il y a une asymétrie d'information entre le malade et le producteur de soins, la demande de santé étant, en fait, une demande globale et indirecte, intermédiée par le professionnel de la santé. Ces caractéristiques, sans intervention publique, pourraient conduire à un équilibre de marché qui ne serait pas optimal.

Enfin, la dépense de santé est couverte par l'assurance. Au sein du marché de l'assurance (vous êtes ici des spécialistes de ce marché le plus souvent), le marché de l'Assurance Maladie est un marché imparfait, du fait d'asymétries d'information entre le producteur d'assurance et le malade ou le producteur de soins ; dans ces conditions, pour obtenir un équilibre optimal, il est nécessaire que la puissance publique intervienne. Elle intervient, la plupart du temps, en réglementant le marché de l'assurance, mais le plus souvent, et c'est le cas en France, en prenant directement à sa charge l'assurance publique en matière de santé.

Dès lors, il existe deux ensembles de raisons pour que la puissance publique s'occupe de santé :

- d'abord des raisons de nature régaliennes; ce sont des raisons de santé publique;
- ensuite, puisqu'il y a un financement public, il convient de s'assurer de la bonne utilisation des fonds publics; les professionnels de la santé étant des décideurs de dépenses publiques, il y a une légitimité à ce que l'État, qui a vocation à assurer la meilleure utilisation des fonds publics, veille à ce que cette dépense publique soit engagée dans les meilleures conditions.

La puissance publique, de fait, se substitue ainsi au marché. Or, si elle se substitue au marché, il faut sans doute qu'elle intervienne des deux côtés du marché :

- pour assurer une accessibilité suffisante aux soins, faire en sorte que l'équilibre de marché ne se fasse pas à un niveau insuffisant de satisfaction des besoins de santé ; et c'est clairement le rôle premier de l'Assurance Maladie;
- mais, aussi, de l'autre côté, le financement public se substituant au financement privé, il est nécessaire qu'une régulation publique se substitue à la régulation spontanée assurée par le marché lorsque le marché est libre de jouer.

C'est donc des deux côtés, que la puissance publique intervient en matière de santé.

S'agissant des enjeux en matière de maîtrise des dépenses de santé et d'Assurance Maladie, j'aborderai successivement, par ordre croissant d'importance, je le précise : les enjeux financiers, les enjeux économiques, les enjeux sociaux, puis enfin les enjeux en matière de santé, car, à mon sens, c'est d'abord pour des raisons de santé publique qu'il est nécessaire de réguler et de rationaliser notre système de santé.

Tout d'abord, les **enjeux financiers**. Ils sont, sans doute, assez bien connus. L'Assurance Maladie, de fait, n'a jamais été spontanément équilibrée. Elle n'a d'ailleurs aucune raison de l'être a priori, puisque les décisions sont décentralisées, que le professionnel de santé est tout à fait libre, et c'est tout à fait naturel et souhaitable, de soigner les malades et de décider à cette fin de l'engagement des fonds publics, par le biais de l'Assurance Maladie.

A priori, le système d'Assurance Maladie n'a donc pas de raisons d'être équilibré. C'est ce qu'en France, on appelle le système "à guichets ouverts", qui permet la satis-

faction automatique de la demande des soins de santé générée par le malade, mais aussi, le plus souvent, par le professionnel de santé lui-même.

La contrainte budgétaire ne paraît pas non plus s'exercer dans ce domaine ; contrairement à la plupart des autres dépenses publiques, il n'y a pas de contraintes budgétaires qui s'exercent dans le domaine de l'Assurance Maladie. Les dépenses sont donc prises en charge totalement, indépendamment des ressources disponibles. Ce qui fait, effectivement, qu'a priori, il n'y a aucune raison que le système s'équilibre d'un point de vue financier. De fait, ce système n'a jamais été équilibré.

En effet, si l'on observe, depuis 1970 par exemple, l'évolution des dépenses d'Assurance Maladie et l'évolution des recettes potentielles d'Assurance Maladie, c'est à dire, en fait, l'évolution de leur assiette, la masse salariale, on constate un écart de croissance d'environ trois points, mais les évolutions, loin s'en faut, n'ont pas été constantes. En particulier, à la fin des années 80, la masse salariale a crû de manière relativement soutenue ; mais cette croissance n'a pu, à aucun moment, atteindre celle des dépenses de santé et, sur le dernier quinquennat des années 1980, l'écart de croissance est encore de près d'un point. A contrario, depuis que la France est entrée en récession, la masse salariale a fortement ralenti, creusant, à nouveau, un écart très important avec l'évolution des dépenses de santé. Sur 1990-1995, compte tenu des prévisions de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale, l'écart est de deux points et demi. Cet effet de ciseaux, entre les évolutions respectives des dépenses et des recettes potentielles de l'Assurance Maladie, est un phénomène assez structurel, même si, bien sûr, en bas de cycle, la contrainte est encore plus forte qu'en haut de cycle.

Si la masse salariale a connu des périodes de forte croissance et des périodes de croissance ralentie, si notamment elle a crû plus vite que le PIB dans le courant des années 70 puis moins vite dans le courant des années 80, la part de la masse salariale dans le PIB est aujourd'hui à peu près ce qu'elle était au début des années 70. Ceci signifie que la comparaison effective de l'évolution des dépenses avec la masse salariale, assiette effective des cotisations sociales, ne serait pas modifiée si elle était menée avec le PIB (elle serait conjoncturellement modifiée, mais sur une longue période, elle serait inchangée).

Ceci se traduit par la phrase qui a été souvent reprise dans la presse ces derniers temps : "en termes financiers, il n'y a pas d'assiette miracle ; il n'y a pas d'assiette qui aurait spontanément permis l'équilibre financier de l'Assurance Maladie". Que s'est-il donc passé ? Pour lutter contre ce déséquilibre - déséquilibre potentiel bien sûr -, on a, tout au long de ces vingt-cinq dernières années, eu recours à des mesures de rééquilibrage. Ces mesures se sont appuyées sur des baisses de remboursement, d'une part (notamment dans le courant des années 1980 où le taux de prise en charge publique de la dépense de santé a plutôt baissé), et, surtout, des hausses de cotisations, d'autre part. C'est donc a posteriori, en fait, que la situation a été rééquilibrée.

Aujourd'hui, la situation n'est pas bonne. Vous savez que les compteurs ont été remis à zéro à la fin de l'année 1993 par le fait que l'État a pris à sa charge cent dix milliards de francs de dettes de l'ensemble de la Sécurité Sociale. Sur ces cent dix milliards, vingt-cinq peuvent être attribués à l'Assurance Maladie. Et depuis lors, le déséquilibre est à nouveau d'une trentaine de milliards. S'il montre quelques velléités de très légèrement fluctuer, il est quand même remarquablement stable, si l'on en croit les comptes de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale.

Pourquoi, d'un point de vue financier, doit-on chercher à maîtriser les dépenses de l'Assurance Maladie ? C'est que la situation de déficit est intenable. Je ferai référence à deux aspects :

- d'une part, l'effet boule de neige de la dette publique fait que la charge d'intérêts mange de plus en plus la marge disponible pour des dépenses, que je qualifierais volontiers de plus utiles ;
- cette situation nécessite une maîtrise, une réduction du déficit public ; d'autre part, l'engagement de la France vers la monnaie unique suppose une certaine modération dans l'évolution de l'endettement public (car un faible endettement public est un gage de crédibilité monétaire).

D'un point de vue économique, maintenant, je voudrais aborder deux sujets : le premier est la contrainte des prélèvements obligatoires ; le deuxième est celui du risque d'une mauvaise allocation des ressources.

La contrainte des prélèvements obligatoires, j'y passe assez rapidement. Tout d'abord pour dire qu'entre cotisation sociale salariale et cotisation sociale employeur, la différence est essentiellement juridique, et elle est importante ; mais, d'un point de vue économique, vous savez qu'il n'y a pas beaucoup, sur longue période, de différences, même s'il y a bien quelques effets conjoncturels. En effet, le salaire net finit toujours par absorber l'augmentation des cotisations sociales. Ceci veut dire qu'a posteriori, les coûts du travail sont susceptibles de s'égaliser entre les différents pays du monde. En effet la concurrence sur les marchés égalise les prix des produits. Or, si les prix des produits s'égalisent, alors les coûts du travail s'égalisent lorsque les techniques de production sont relativement semblables.

La question est plutôt de savoir "à quel prix", les coûts du travail s'égalisent ? Les coûts du travail sont susceptibles de s'égaliser spontanément si, effectivement, les salariés acceptent que leur salaire net baisse lorsque les cotisations sociales s'élèvent. Cela peut se faire moins bien, s'il y a certaines résistances. Alors, il se produit une certaine augmentation du chômage et c'est au prix de l'augmentation du chômage que les salaires nets peuvent retrouver la situation de leur équilibre. Ce risque de non-acceptation des cotisations sociales serait d'autant plus élevé que l'effort de solidarité, auquel contribuent les cotisations sociales, pourrait être mal perçu (c'est une hypothèse) ; que des défauts d'efficience du système de santé pourraient apparaître ; que la progression des salaires nets serait faible ; qu'enfin les taux de remboursement obtenus en contrepartie seraient eux-mêmes affaiblis. Autrement dit, si les salariés acquièrent l'impression qu'ils n'en ont plus pour leur argent, le risque économique serait aggravé.

Du point de vue de l'allocation des ressources, le système d'Assurance Maladie produit une allocation privilégiée des ressources de l'économie en faveur d'un secteur, le secteur de la santé. Cette allocation est rendue obligatoire par les prélèvements et ne résulte pas d'une décision explicite, ni de santé publique, ni d'arbitrage décentralisé des agents privés. Ceci peut conduire effectivement à un système automatiquement dérivant. En termes de bien-être individuel et collectif, vous savez que, si l'allocation est distordue, la situation est détériorée parce que l'arbitrage de l'ensemble de la société ne correspond pas aux souhaits de l'ensemble des individus.

En termes de croissance, un arbitrage se réalise en faveur des dépenses de consommation. Je sais qu'il peut y avoir un vaste débat sur le fait de savoir si les dépenses de santé sont des dépenses de consommation ou des dépenses d'investissement. En tout état de cause, ces prélèvements s'effectuent au détriment d'autres types de consom-

mation courante, et peuvent également peser sur l'investissement, sur l'épargne et, in fine, sur la croissance.

En termes de compétitivité, il est souvent argué que les dépenses de santé ont un fort contenu en emploi et un faible contenu en commerce extérieur. C'est tout à fait exact. Mais il ne faut pas oublier que tout prélèvement en faveur des dépenses de santé s'effectue au détriment d'autres secteurs de l'économie qui pourraient aussi créer des emplois, créer des investissements, favoriser la croissance.

Enjeux sociaux. Il est évident, à présent, que le développement des dépenses de santé prélève des ressources publiques et risque, par conséquent, d'évincer d'autres satisfactions de demandes sociales. C'était clairement vrai avant la loi de séparation des caisses, puisque les fonds de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales ont été utilisés pour maintenir et assurer l'équilibre de trésorerie du système d'Assurance Maladie. Mais c'est également vrai pour la dépendance, demande sociale relativement forte aujourd'hui, de plus en plus forte, qui, pour l'instant, n'a pas trouvé de satisfaction pour une seule et simple raison, celle de la difficulté à arbitrer entre les allocations des ressources publiques.

Une éviction d'autres dépenses de l'État est aussi possible, car la maîtrise des prélèvements obligatoires est rendue nécessaire par le besoin de maintenir notre compétitivité vis-à-vis des autres pays. Cette compétitivité exerce indirectement une pression sur l'ensemble du système public. Le besoin de limiter les prélèvements obligatoires conduit alors à arbitrer entre certaines dépenses ; c'est donc une menace pour d'autres dépenses publiques, par exemple en faveur de l'emploi.

J'ai dit tout à l'heure que le développement non maîtrisé de la protection sociale est susceptible de peser sur le coût du travail ; il peut provoquer du chômage. Il est alors nécessaire de dégager des dépenses publiques capables de réinsérer des chômeurs, Mais cette réinsertion passe aussi par des exonérations de cotisations sociales. On voit bien là que risque de se développer un système aux effets pervers. En effet, la dérive des dépenses, qui rend l'équilibre plus difficile, entre ainsi en contradiction avec la volonté d'une baisse du coût du travail, notamment pour les bas salaires.

J'en viens maintenant aux **enjeux en matière de santé**.

On a cité précédemment des facteurs inéluctables d'augmentation des dépenses de santé. D'abord, le fait même d'assurer permet une augmentation des dépenses, c'est d'ailleurs la raison même de l'existence de l'Assurance Maladie ; mais le taux de participation publique au financement des dépenses de santé est aujourd'hui à peu près stabilisé. Il a crû puis décré au cours des années 80, mais il reste aux alentours de 75%. Ce n'est donc pas là un facteur déterminant de la progression continue de la dépense.

L'effet du vieillissement de la population a, quant à lui, été chiffré. On obtient, pour les années de forte accélération du vieillissement de la population, l'explication d'un demi-point de croissance, c'est très faible.

L'effet revenu a aussi été cité ; si on fait une comparaison rapide, on constate que les pays riches ont un fort volume de dépenses de santé par rapport au PIB. Il ne faut pas cependant nécessairement en déduire que la demande de soins a, en fonction du revenu, une élasticité supérieure à l'unité. En effet, les travaux les plus récents montrent au contraire que l'élasticité pourrait bien être inférieure à un. Au total, la part des dépenses de santé s'accroît avec le niveau du PIB, parce qu'il y a surtout de forts effets d'offre qui se conjuguent aux effets d'une demande préalablement solvabilisée.

D'un point de vue économique, tout irait bien, si les salariés, ou si ceux qui paient les prélèvements obligatoires d'Assurance Maladie, avaient l'impression d'en avoir pour leur argent. Or, en matière de niveau de santé, les comparaisons internationales sont très difficiles. Il n'existe pas d'indicateurs adaptés permettant d'évaluer notre système de soins. Nous disposons, certes, d'indicateurs comme l'espérance de vie - pour les femmes, nous sommes le deuxième meilleur du monde, mais, pour les hommes, le septième, alors que nous avons le deuxième ou troisième chiffre de dépenses de santé par rapport au PIB -. Mais ces indicateurs trop globaux n'ont pas forcément grand chose à voir avec des dépenses de soins proprement dites. Ce sont des indicateurs qui traduisent divers facteurs de la vie courante : des effets de revenu, de la mortalité sur les routes, de divers modes de vie, au total d'un certain nombre d'éléments qui n'ont finalement pas grand chose à voir avec les dépenses de santé elles-mêmes.

Quand on observe les dépenses de santé dans différents pays comparables, on s'aperçoit finalement qu'il n'y a guère de corrélation entre les indicateurs de santé, tels qu'on les connaît, et le niveau de la dépense de santé. Par contre, on est à peu près certain qu'il y a une corrélation très forte entre ces indicateurs de santé et la couverture d'Assurance Maladie. Un pays qui couvre mal est un pays dont les indicateurs de santé ne sont pas bons. Mais il n'y a pas de corrélation très nette entre le niveau des dépenses de santé et le niveau de santé.

Quel jugement pouvons-nous donc porter sur notre système de santé, sur les inefficiences actuelles ?

Du point de vue de l'égalité de l'accès aux soins, il est tout à fait clair qu'il persiste de fortes inégalités, des inégalités régionales, des inégalités entre sexes, des inégalités entre catégories sociales ; c'est un facteur d'insatisfaction à l'égard du système.

En outre, souvent la sécurité même du système est de plus en plus souvent mise en doute. En fait, l'absence d'indicateurs d'efficacité est criante. Il y a même des risques que l'excès de dépenses de santé n'aggrave la santé elle-même. Car il est reconnu que les dépenses de soins intensifs sont dangereuses.

En conclusion, il me semble nécessaire de conjuguer maîtrise médicalisée et maîtrise économique. En effet, la maîtrise économique des dépenses s'impose. Elle s'est notamment traduite par l'instauration du budget global. Or, le budget global a réussi, au moins pendant un temps, à assurer une certaine modération des dépenses de santé dans les hôpitaux ; mais il a aussi créé des situations de rente et créé des risques de rationnement ou d'explosion dans d'autres secteurs nécessitant un développement, en fossilisant les répartitions initiales en faveur de certains secteurs. Ceci montre le risque associé à une contrainte qui est aveugle lorsqu'elle n'est pas complétée par un effort d'information sur les pratiques médicales, d'évaluation de ces pratiques, de formation permanente des médecins, enfin, de définition d'une vraie politique de santé.

La question posée n'est pas tant d'améliorer l'objectif financier ; il s'agit surtout d'améliorer le fonctionnement du système de santé. Ceci nécessite une rationalisation du système ; qui conduira elle-même à la maîtrise ou à la régulation des dépenses. Au total, une meilleure **régulation de notre système de santé est aujourd'hui nécessaire**. Elle est certainement possible aussi. En tout état de cause, elle est souhaitable, d'un point de vue économique, je l'ai dit, mais, surtout, elle est souhaitable du point de vue de la santé.

Jean-François CHADELAT

Nous pouvons tous remercier Jean-Philippe GAUDEMET de son exposé.

Me tournant vers les trois intervenants, je voudrais faire la remarque suivante : on est à la conjonction d'un ensemble de phénomènes qui sont à la fois des phénomènes de long terme, que Simone SANDIER a très bien décrits, et des phénomènes conjoncturels, qu'Alain FERRAGU a évoqués ; l'ensemble de ces phénomènes amènent à s'interroger sur l'évolution des dépenses de santé pour savoir si le ralentissement que l'on observe en ce moment, que l'on prévoit sur le long terme, va être compatible avec les contraintes que Jean-Philippe GAUDEMET vient de citer.

La première question que l'on peut se poser, est la suivante : un prélèvement est effectué sur la richesse nationale dans le cadre des dépenses de santé, il est redistribué et a une efficacité ; mais quelle est donc la part du prélèvement qui doit être obligatoire et celle qui doit être laissée au libre choix des individus ?

Je ferai une deuxième remarque : la croissance des dépenses de santé dans la plupart des pays de l'OCDE a réduit son élasticité par rapport à la croissance du PIB au niveau de 1 ou 1,2 mais la France est restée largement au-dessus. Ceci conduit à ma deuxième question : cette élasticité diminue mais jusqu'où doit-elle diminuer ?

Troisième question, si l'on doit en venir à une élasticité égale à un (c'est-à-dire, une stabilisation des dépenses de santé par rapport au produit national), existe-t-il véritablement une légitimité à vouloir continger l'évolution des dépenses de santé ?

Il y aura une réponse globale pour ces questions et celles de la salle.

Philippe DESFOSSÉS *Direction du Trésor du ministère de l'Economie*

Je ne sais pas s'il faut maîtriser la dépense de santé, mais je pense qu'il faut maîtriser la dépense publique de santé pour des raisons déjà évoquées et aussi du fait de nos engagements internationaux.

Un autre aspect a été évoqué : la compétitivité. L'avantage comparatif de la France, ce n'est pas du tout sur les bas salaires ou les basses qualifications qu'il pourra se faire valoir ; c'est plutôt sur les emplois qualifiés à haute valeur ajoutée. A chaque fois que l'on s'oriente, pour des raisons qui sont assez compréhensibles, vers un allègement de cotisations sur les emplois les moins qualifiés, il va falloir le financer quelque part ; la plupart du temps, ce sera sur les emplois les plus qualifiés. Ce n'est pas ainsi qu'on arrivera à être plus compétitif ; ce sont les coûts à imputer qui doivent être maîtrisés.

Une réaction aussi : une dépense de santé supplémentaire peut conduire à une dégradation du niveau de santé général, lorsqu'on a un budget pas indéfiniment extensible. Un exemple : le mille-unième scanner installé en région parisienne le sera aux dépens du réaménagement d'un carrefour qui, par ailleurs, produit trois tétraplégiques et deux handicapés tous les deux ans. Il y a donc un effet d'éviction et on peut même dire que tout franc investi au-delà d'un certain niveau, au lieu d'augmenter le niveau global de santé du pays, finit par le diminuer.

Simone SANDIER

Peut-être un mot sur le problème de la concurrence internationale et donc de la compétitivité. Quand on dit être en mauvaise position en finançant les soins médicaux,

c'est en se comparant à la Corée ou aux pays en voie de développement. Tous les pays économiquement avancés se plaignent de ne pas être compétitifs par rapport aux pays moins développés. Il faut relativiser le problème.

En ce qui concerne la philosophie derrière la maîtrise des dépenses, je crois qu'on ne peut être que tous d'accord sur le fait qu'il faudrait supprimer les dépenses qui ne servent à rien. Or, il y a gros à faire pour savoir quelles sont ces dépenses. Quant au parallèle entre les dépenses d'Assurance Maladie et les dépenses de santé en général, j'ai quelques réserves parce qu'on ne peut pas laisser une partie de la population être un peu comprimée dans ses dépenses de santé parce qu'elles ne sont pas couvertes et dire aux autres qu'ils ont la liberté de se soigner comme ils veulent. On reviendrait en arrière sur les objectifs de la protection sociale et on rejoindrait un pays comme les États-Unis. Il faut qu'on réfléchisse bien avant de diminuer la protection sociale.

Jean-Philippe GAUDEMET

A long terme, personne n'a et ne peut prétendre avoir la réponse à la question du bon niveau de dépenses de santé par rapport au PIB. En effet, si nous avons un bon système d'information sur les dépenses d'Assurance Maladie, nous manquons, à la fois, d'informations sur la santé des Français et d'évaluations des pratiques médicales. Nous ne pourrions répondre à cette question que lorsque nous saurons ce que nous soignons et à quoi sert ce que nous dépensons. Le bon niveau de la dépense de santé, cela peut être la poursuite de la tendance, cela peut être autre chose, nous n'en savons rien. Rationalisons d'abord et nous verrons après.

Rationaliser ne veut pas dire rationner, pas nécessairement en tout cas. A court terme, il semble assez clair qu'il y a de la marge dans le système de santé ; un certain nombre de rapports soulignent les inefficiences du système. Nous avons donc des gains possibles en efficience ; ceci veut dire que, pendant un temps, il sera possible de se satisfaire d'une évolution relativement lente de la dépense de santé . C'est l'hypothèse, comme vous le savez, du rapport gouvernemental sur la Sécurité Sociale, qui a été déposé au Parlement.

Mais, si nous savons qu'il y a de la marge, nous ne disposons pas de mécanismes régulateurs capables, aujourd'hui, d'assurer correctement la maîtrise de la dépense. Le budget global permet d'accéder à une certaine maîtrise, mais nous savons qu'il est susceptible d'exploser. Mal informé, il ne fonctionne pas de manière satisfaisante ; en effet, nous n'avons pas d'informations suffisantes sur l'activité dans les hôpitaux.

S'agissant de la compétitivité, je suis d'accord avec Simone SANDIER ; la France est aujourd'hui un pays compétitif. La question est de savoir à quel prix, c'est-à-dire avec quel niveau de chômage cette compétitivité satisfaisante est obtenue ; car c'est en ces termes que se pose la question lorsque le coût du travail a tendance à trop s'élever par rapport à nos partenaires. Or il y aurait une contradiction à vouloir baisser le coût du travail non-qualifié et ne pas chercher à maîtriser la dépense. ; ce serait une politique schizophrène. Il est clairement nécessaire, d'abord, de maîtriser, rationaliser la dépense, et c'est, après, que se pose la question de savoir si le coût du travail non-qualifié est ou non trop élevé.

Un arbitrage doit, bien sûr, être effectué entre dépenses publiques. Les dépenses de soins participent à la santé des Français mais il y en a beaucoup d'autres : un feu rouge améliore aussi l'espérance de vie.

Enfin, faut-il maîtriser les dépenses de santé ou les dépenses d'Assurance Maladie ? Ma réponse sera très claire. La santé est un bien public. Il y a nombre de raisons que j'ai essayé d'évoquer pour qu'il soit pris en charge par une Assurance Maladie avec une forte participation publique, quoique pas nécessairement totale. Dans la notion de bien public, il y a celle d'accessibilité égale des Français aux meilleurs soins possibles et c'est bien, par conséquent, l'ensemble des dépenses de santé qu'il convient de rationaliser plutôt que de maîtriser les seules dépenses d'Assurance Maladie.

Jean-François CHADELAT

Je crois qu'on peut remercier tous les participants de cette table ronde pour avoir essayé de clarifier, autant que faire se peut, un domaine particulièrement complexe et, pour avoir parfaitement posé la problématique de l'évolution des dépenses de santé et pour avoir tracé, avec prudence mais détermination, les perspectives en l'an 2000.

CONCLUSION

COMMENT CONCILIER MÉDECINE ET ASSURANCE ?

Docteur Laurent MÉEUS
Président de la Commission Médicale de la FFSA

Dominique SERRURIER

Tout au long de cette journée, nous avons parlé d'économie et d'assurance dans le domaine de la santé. Le Docteur Laurent MÉEUS, cancérologue, qui a une expérience à la fois de praticien et de médecin conseil d'assurance, nous a paru particulièrement qualifié pour en dégager la synthèse en répondant à la question : "Comment concilier médecine et assurance" ?

Dr Laurent MÉEUS

Je vais commencer par éviter de répondre à la question en abandonnant l'an 2000 pour revenir en 1945. 1945, c'est la création de la Sécurité Sociale. C'est également la fin de la Seconde Guerre mondiale avec Hiroshima. Nous sommes entrés dans une ère nouvelle : ère atomique, ère scientifique, ère de l'informatique. Durant cette période, la médecine aussi a fait un bond considérable.

Une autre date, certainement passée inaperçue, est le 15 octobre 1945 : ouverture de la faculté de médecine. J'ai alors porté ma première blouse blanche. Je suis né à la médecine en même temps que la Sécurité Sociale. J'aurais donc mauvaise grâce à vous dire que je ne la connais pas et que je ne l'estime pas. A la même époque, j'avais un vieux médecin de famille qui était très troublé par une véritable révolution : la codification des actes médicaux et le paiement à l'acte. Jusque là, le médecin de famille, qui était le médecin tout court, envoyait une note d'honoraires deux à trois fois par an, mais il n'y avait pas de paiement à l'acte et, cinquante ans plus tard, c'est probablement à cela que se rattache le plus le corps médical français. Des médecins, nés dans leur profession avec la Sécurité Sociale, ont donc complètement évolué par rapport aux générations précédentes.

Aujourd'hui, vous me demandez comment concilier médecine et assurance. Il n'y a aucun problème. Je suis assuré social depuis que je suis externe en 1949. Donc l'évolution de l'Assurance Maladie, les médecins et leur famille en bénéficient comme les autres. Ils en bénéficient également dans la pratique médicale. Il est évident que nous ne pourrions pas - je pense à une spécialité comme la mienne, la cancérologie - faire bénéficier nos patients des techniques de pointe sans une couverture sociale. Au centre où j'avais un service jusqu'au début 1994, le prix comptabilisé de journée était de 6 000 francs. Vous voyez la charge pour un non-assuré social. Donc, aucune incompatibilité entre médecine et assurance.

Mais je pense que là n'est pas la question ; la question est : comment concilier l'exercice de la médecine et la maîtrise des coûts ? Alors là, j'étais moins à l'aise en venant ici ; je ne le suis pas plus au terme de ce colloque, parce que je ne vois pas de réponse en 1994. En l'an 2000, je ne sais pas. Manifestement, j'ai entendu beaucoup d'hésitations et beaucoup de contradictions dans les propositions et même dans les constats, puisque les moyens de mesure sont critiqués.

Quelle peut donc être l'attitude du médecin ?

L'attitude du médecin, je le sais, c'est d'aller vers les réformes en traînant des pieds. Peut-être, il n'est pas le seul !

Pourquoi fait-il cela ?

Je crois qu'il a actuellement trois préoccupations.

La première est une préoccupation matérielle. Le corps médical supporte une diminution de son niveau de vie. Jean MARMOT l'a dit en commençant. Le médecin en est conscient et il a peur que ça s'aggrave.

Une préoccupation morale aussi, parce que le médecin se demande si sa profession est encore libérale, s'il va pouvoir continuer à soigner ses malades comme il a appris et comme il espère pouvoir continuer à le faire.

J'ajouterai une préoccupation scientifique. Ainsi, dans ma spécialité, j'ai reçu beaucoup de patients d'Italie du Sud. Je ne voudrais pas, à l'inverse, que, dans trente ans, nous n'ayons pas eu l'évolution et les moyens nécessaires pour que la médecine française reste au meilleur niveau.

Pourquoi ces préoccupations ? Parce qu'on nous dit : vous avez choisi une profession libérale. C'est vrai. Quels que soient les systèmes de soins et quel que soit le système de rémunération des médecins, le médecin reste libéral, c'est à dire indépendant des autres médecins (il n'y a pas subordination) et indépendant de ses employeurs, la Sécurité Sociale étant notre plus grand employeur commun. Une indépendance que personne ne conteste et qu'on retrouve dans tous les pays occidentaux. Là où elle n'existe pas, je ne suis pas sûr que ce soit parfait.

Alors, c'est une profession libérale. Mais j'ai appris que dans l'économie française, les gens étaient libéraux pour les profits et dirigistes pour les pertes. Le médecin a l'impression qu'il est dirigé pour ses profits, mais parfaitement "libéral" pour ses pertes, au moins pour ses charges. L'assurance invalidité et incapacité temporaire : le médecin n'a aucune garantie en ce domaine essentiel. La retraite des médecins, n'en parlons pas : aujourd'hui, à condition d'avoir charge de famille, c'est 12 000 francs par mois. Donc le médecin supporte la charge de sa protection à long terme, de la protection de

sa famille, alors que ses gains sont contrôlés. Voici une première raison, je ne dirai pas de méfiance mais d'hésitation.

Je vais quitter le domaine du privé pour passer à l'hôpital.

C'est un domaine qui représente 74% des dépenses de santé. L'hôpital, c'est 70% de charges salariales et même plus, je le sais, dans un centre de spécialité. Or, les centres anticancéreux sont des "établissements privés à but non lucratif avec convention de service public" ; c'est à dire qu'ils sont encadrés par le code de la santé et au "budget global". Au budget global, le taux directeur a oscillé entre 2%, 2,5%, 3%, jamais au-delà. Chaque année, l'enveloppe précédente est augmentée de ce pourcentage. Mais, il existe une convention collective des personnels des centres anticancéreux depuis 1945, remise en vigueur en 1955 ; elle prévoit une augmentation de 4% par an. Par conséquent, on nous dit : "vous êtes trop nombreux". Notre trésorier a fait le calcul : vous réduisez le personnel ; dans dix-huit ans, il n'y en aura plus. Vous arrivez à une médecine sans médecin ; la médecine sans malade coûterait encore moins cher !

Voilà certains problèmes auxquels fait face le médecin.

Je cite un texte écrit par un professeur, d'ailleurs averti des problèmes de gestion, qui a dit : "moi, j'ai fait de la médecine pour soigner des malades, je ne l'ai pas fait pour faire de l'économie". A-t-il raison ? Bien sûr que non ; aujourd'hui, il n'a pas raison. Mais où nous a-t-on appris l'économie de la santé ? Sur le tas, bien sûr ! Il y a sept ou huit ans, une filière à la faculté de médecine s'appelait "santé publique" ; elle a été supprimée. Il y a pourtant un besoin. Aujourd'hui, où, en-dehors de colloques, l'économie de la santé est-elle enseignée ?

Un autre aspect : la formation continue du médecin. Dans notre domaine, cinq ans c'est long. Tout ce qui a été appris, au bout de cinq ans, est perdu, ne signifie plus rien. Le médecin a un devoir de formation continue, rappelé régulièrement par l'Ordre des médecins. Mais la formation continue a un coût, en temps et en finances.

On dit que le médecin coûte cher, mais ce n'est pas vrai. Pour la première fois, dans un colloque sur la maîtrise des coûts de santé, j'ai entendu dire que ce n'était pas le médecin qui coûtait le plus cher, que les dépenses d'honoraires médicaux ne croissaient pas le plus vite. Alors, mes confrères seraient-ils devenus réellement gestionnaires ? Ce n'est pas impossible. Nous avons tous des budgets familiaux. On ne peut pas dépenser plus que ce qu'on gagne, du moins sur une certaine période. Même au niveau de la Nation, il ne faut pas aller au-delà d'une certaine dépense ; les médecins en sont maintenant conscients.

Une réduction du nombre de médecins a été souhaitée et elle l'est encore par un certain nombre de médecins. C'est peut-être d'abord pour des objectifs de concurrence. Cette réduction est-elle souhaitable à long terme ? La conférence des doyens, en ce qui concerne certaines spécialités, est réticente. Nous avons en effet un gros problème, et ce problème va s'accroître pour les spécialités difficiles et pénibles. La réanimation est une discipline qui coûte du temps, des nuits, de la sueur et qui, manifestement, est moins recherchée. Nous avons un autre gros problème dans les hôpitaux, celui du recrutement de jeunes, peu payés. Des "jeunes", à bac plus six, sept ou huit, sont des personnels temporaires dans les hôpitaux, qu'ils soient internes ou faisant fonction d'interne, et ils ont des rémunérations devant lesquelles vous rougiriez. La stupéfaction a été grande quand des chefs de cliniques se sont mis en grève parce que ces "jeunes", entre trente et trente-cinq ans, avaient les salaires qu'ils ont. Réduire encore

le coût des médecins ? Nous prenons des médecins étrangers. Les prendre à bas prix dans les hôpitaux, d'accord, c'est ce qui fait marcher les hôpitaux. Mais ces personnes vont demander leur naturalisation car elles veulent rester chez nous et c'est compréhensible.

Il faut certainement réduire aussi les anomalies de la carte hospitalière. Mais qui va supprimer la moitié des lits ?

Dans mon service, les cinq dernières années, les autorités de tutelle ont fait supprimer la moitié de nos lits en médecine. Pourquoi ? Parce qu'on fait beaucoup plus de médecine ambulatoire. Mais les quarante-cinq lits que j'ai gardés ont un roulement plus rapide avec des malades plus graves. Mon personnel était surmené et nous avions un manque chronique de personnel infirmier. Or, l'expérience m'a montré que quand il y avait surmenage, il y avait arrêt de travail, et qu'un arrêt de travail entraînait deux autres, en raison de la surcharge du personnel restant.

Donc : bien choisir quels lits supprimer. Les aspects politiques sont ici fondamentaux. Dans l'hôpital voisin de mon centre, le maire, ancien ministre, est président du conseil d'administration ; je n'ai jamais vu un lit supprimé. C'est la même chose dans les communes voisines. Ceci fait partie du reste des propositions du Centre National des Professions de Santé. Nous rejoignons en cela le représentant de la Mutualité.

Plus généralement, faire des réductions : sûrement ; avoir des références obligatoires et opposables : oui. N'oubliez pas que chez les médecins, il y a un consensus sur ce point. Il y a au moins quatre syndicats, sans parler des syndicats spécialisés. Certains ont signé la convention, la majorité du reste, d'autres l'ont fait avec réticence ou ne l'ont pas fait. Toutefois, je pense que les contrôles des prestations, les médecins s'y feront, ils s'y sont déjà faits. En milieu hospitalier, c'est une obligation. Nous avons périodiquement des contrôles d'adaptation de la durée d'hospitalisation et de la justification des hospitalisations. En ce qui concerne les traitements lourds, pour des radiothérapies lourdes par exemple, il faut demander un accord préalable. Je pense qu'il faudra aller plus loin et que les médecins en bénéficieront.

On a parlé des conférences de consensus pour établir des références. Certains médecins y sont hostiles en disant "voilà, qu'on va me dire ce qu'il faut faire". Pourquoi pas ? Ce qu'on va dire, c'est ce qu'il faut faire de mieux. Cela fait partie de la formation continue. Est-ce à dire que ce sera définitif, sûrement pas. Dans un domaine que je connais bien, qui est la chimiothérapie adjuvante des cancers du sein, il y a des conférences de consensus ; nous savons ce qu'il faut faire, dans quelles conditions, et à quel âge. Mais j'espère bien que dans dix ans, et même avant, tout ça sera balayé parce que nous aurons enfin un traitement beaucoup plus efficace. Nous essayons d'avoir des consensus sur des traitements dont nous ne sommes pas sûrs, ou plutôt dont nous savons qu'ils sont imparfaits.

Alors on va arriver au contrôle d'activité. Cela veut dire faire des choix. Qu'est-ce que nous avons appris, nous, en médecine : "tous pour un, un pour tous". Jusqu'à un âge avancé, réserviste dans le service de santé de l'armée, on nous apprenait "un pour tous mais jamais tous pour un". En médecine de guerre, c'est en effet l'efficacité maximum et le tri de ceux qui ne sont plus récupérables. Or, vous avez dit, avec raison, un scanner de plus, c'est peut-être un feu rouge en moins. Même en médecine, je me suis souvent dit, telle chimiothérapie que je prescris, en sachant que sa probabilité d'efficacité est à peine de 20%, est-ce une greffe de moelle chez un jeune leucémique que je sup-

prime ? La greffe de moelle, on la faisait dans mon service ; donc le choix, je l'ai fait. Tout le monde, tous les médecins vont être mis devant de tels choix.

Qui va ainsi faire les choix ?

Nous, médecins, sommes un peu poussés par la clientèle : “Docteur pourquoi ne me faites-vous pas faire un scanner ? - C'est inutile. - Ah, bien oui, mais... - Et bien si, c'est comme ça ! Donc les références sont très importantes. Je vais prendre un exemple, celui des échographies au cours de la grossesse. Pour une grossesse normale, trois échographies suffisent (le plan CLINTON, qui, d'après les américains, aurait conduit à utiliser 100% du PIB en quinze ans, prévoyait trois échographies par grossesse normale) ; faites-en plus, si vous voulez, mais vous payez. C'est évident qu'il faut faire des choix rationnels. Ces choix sont le fait du médecin, sont le fait des Pouvoirs publics mais sont aussi le fait de la population.

J'en arrive à cette conclusion : est-ce qu'il faut le régime universel que propose la Mutualité avec une charte de la protection sociale, un conseil supérieur de la santé indépendant, un régime maladie unique pour tous et un parlement social ? Peut être. Faut-il passer par le généraliste pour aller au spécialiste ? Peut être. Les médecins n'y sont pas favorables, le public sûrement pas. Et puis il y aurait le budget global ; je le connais à l'hôpital : ce que mon service obtient, c'est mon voisin qui ne l'a pas. Le budget global en médecine libérale, ce serait pareil : ce que le spécialiste aurait, le généraliste ne l'aurait pas.

J'espère que les médecins (et de toutes les catégories) répondront présents à l'avenir pour participer au débat ainsi posé. Et que l'on évite d'essayer de toujours reporter la faute sur le voisin. Aujourd'hui j'étais ravi de voir que le médecin n'était pas dans le collimateur, mais, demain, il y sera peut-être du nouveau. Demain, c'est l'an 2000, nous serons à peu près comme maintenant, avec des gens qui vont chercher. S'ils sont de bonne foi, ils s'entendront.

Je voudrais terminer en citant deux textes.

Un texte du Professeur MILLIEZ : “Je suis devenu médecin par amour des autres, mais qu'a fait de cet amour la médecine de mon temps, trop remplie de l'esprit scientifique. Par notre certitude excessive en la science médicale, nous avons oublié d'enseigner la compassion à l'égard de ceux qui souffrent”. Je dirai à mon tour : est-ce qu'un souci d'économie ne va pas nous donner une médecine plus rationnelle, mais dans laquelle le côté compassion risque d'être gommé !

Quel futur donc, en l'an 2000 et au-delà ? On demandait à mon maître, Jean BERNARD, s'il était optimiste sur l'avenir de l'humanité. Cet éminent humaniste a eu cette réponse remarquable : “Je suis résolument optimiste, nous aurons 20 000 ans difficiles, mais, vous verrez, on s'en sortira”.

Dominique SERRURIER

Merci, Docteur MÉEUS, pour cette conclusion pleine d'humour.

CLÔTURE ET REMERCIEMENTS

Dominique SERRURIER
Président de l'Association des Anciens Élèves de l'ISUP
Chef du Service de Biométrie de CIBA-GEIGY

Il est temps maintenant de clore ce colloque.

Je voudrais remercier l'ensemble des participants, tout particulièrement les conférenciers dont nous avons pu apprécier la qualité des interventions et la précision des réponses.

Et puis, bien entendu, je n'oublie pas Gérard CROSET et son Comité d'organisation, qui ont réussi à monter un programme tout à fait réussi. Je veux souligner notamment le concours apporté par Jean-François CHADELAT dans le choix des intervenants.

Je voudrais aussi accorder une mention spéciale à l'I.S.U.P., à son secrétariat. Sans son soutien logistique, rien n'aurait été possible. Merci également aux étudiants qui ont assuré l'accueil et le travail en cabine d'enregistrement tout au long de cette journée.

Au nom de l'A.A.E. I.S.U.P. et de son Comité d'Organisation du Colloque, j'adresse de vifs remerciements aux organismes et entreprises qui nous ont soutenus :

- C.N.P. Assurances
- Centre International de Statistique et d'Informatique Appliquée (C.I.S.I.A.)
- Fédération Française des Sociétés d'Assurance (F.F.S.A.)
- Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F.)
- Fondation "La Science Statistique"
- Groupe de Recherches Servier (I.R.I.S.)
- Laboratoires CIBA-GERGY
- Laboratoires SANDOZ
- Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville (S.E.S.I.)
- Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique (S.N.I.P.)
- Tillinghast (Groupe Towers Perrin).

Nous remercions enfin la Société de Statistique de Paris (S.S.P.) qui a bien voulu assurer l'édition des actes dans son Journal.

Une information enfin : les actes de ce colloque seront adressés gratuitement à tous les participants et aux donateurs.

Les demandes complémentaires pourront être satisfaites auprès de la S.S.P. et de l'A.A.E.I.S.U.P.

LISTE DES PARTICIPANTS

ARCAMONE	Cyrille	<i>F.N.M.F.</i>
ARNAL	Pierre	<i>IREPS</i>
AUBRY	Mireille	<i>TILLINGHAST</i>
BATTY	Richard	<i>TILLINGHAST</i>
BEAUDOIN	Hélène	<i>C.N.P.</i>
BECHON	Christian	<i>Cabinet du Ministre de la Fonction Publique</i>
BELLANGER	Emeric	<i>Etudiant ISUP</i>
BERGER	Eric	<i>U.A.P.</i>
BERNAUDAT	Martine	<i>A.G.F.</i>
BERQUIN	Philippe	<i>Cabinet Philippe Berquin</i>
BERTHOD	Marianne	<i>Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la ville</i>
BERTHON	Jean	<i>IAF - Dermachy Worms</i>
BOISSEAU	Bruno	<i>AGF IART</i>
BONIFACIO	Jean-Marc	<i>U.A.P.</i>
BOONE	Dominique	<i>PREDICA</i>
BORGARD	Françoise	<i>ISUP</i>
BOUCCARA	Patrick	<i>G.P.A.</i>
BRUNET	Stéphanie	<i>PFIZER</i>
BUCHETON	Daniel	<i>Commission de Contrôle des Assurances</i>
BURTIN	Alain	<i>A.G.F. - Direction Groupe</i>
CAMPANA	Denis	<i>DISTRIBUTION COURTAGE</i>
CASSAN	Jean-Pierre	<i>Laboratoires ASTRA FRANCE</i>
CAZALA	Béatrice	<i>BRISTOL-MYERS SQUIBB</i>
CELLIER	Jean	<i>Groupe MALAKOFF</i>
CHABANOL	Gilles	<i>SCOR VIE</i>
CHADELAT	Jean-François	<i>Fonds de Solidarité Vieillesse</i>
CHAPRONT	Juliette	<i>Etudiante ISUP/ESSEC</i>
CHARMOIS	Jean	<i>C.P.R.</i>
CHARPENTIER	François	<i>LIAISONS SOCIALES</i>
CHEVALIER	Jacques	<i>ISUP</i>
CHEVREAU	Alain	<i>SCOR VIE</i>
COLLIGNON	Patrice	<i>COFAST E.B.C.</i>
COM NOUGUE	Catherine	<i>ISUP</i>
CROSET	Gérard	<i>TILLINGHAST</i>
DELGLOS	Nathalie	<i>Etudiant ISUP</i>
DELIGNON	Isabelle	<i>MUTAVIE</i>
DENIS	François	<i>UPJOHN</i>
DENIZOT	Françoise	<i>ISUP</i>
DESFOSSÉS	Philippe	<i>Ministère de l'Economie et des Finances</i>
DESPREZ	David	<i>B.D.E. ISUP</i>
DUFFAY	Pierre	<i>C.N.P. Assurances</i>
DURAND	Franck	<i>CECAR</i>

LES PERSPECTIVES DE LA BRANCHE MALADIE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

EHRHARDT	Arnaud	<i>Auria Vie</i>
FERRAGU	Alain	<i>C.N.A.M.T.S.</i>
FOULON	Alain	<i>F.F.S.A.</i>
GASTON	Anne	<i>DIRECT ASSURANCE</i>
GAUDEMET	Jean-Philippe	<i>Commissariat Général au Plan</i>
GIBERCY	Michel	<i>SMITHKLINE BEECHAM</i>
GILBERT-PIVA	Chantal	<i>Laboratoire GLAXO</i>
GILLES	Valérie	<i>Etudiant ISUP</i>
GIMON	Alix	<i>Etudiant ISUP</i>
GIRARD	Laurence	<i>BENEFIT</i>
GIRES	Eric	<i>Etudiant ISUP</i>
GODARD	Alain	<i>ABEILLE ASSURANCES - Direction Santé</i>
GOIZE	Henri	<i>G.A.N.</i>
GOURNAY	Caroline	<i>C.N.P.</i>
GRANIER-BLANC	Anne	<i>SCOR VIE</i>
GUERRE-CHALEY	Danièle	<i>A.G.F. - Direction Groupe</i>
HECKER	François	<i>STRASBOURGEOISE</i>
HERVE	Gwenaël	<i>XAAR ASSURANCE GESTION</i>
HUSSON	Daniel	<i>CARCEPT-PREVOYANCE</i>
IZRAELEWICZ	Etienne	<i>CAPA</i>
JACOBZONE	Stéphane	<i>INSEE</i>
JOULIE	Monique	<i>CNP Assurances</i>
JUILLET	Yves	<i>ROUSSEL UCLAF</i>
JULLIARD	Jean-Noël	<i>LIPHA</i>
LATIL	Sophie	<i>Etudiant ISUP</i>
LE PEN	Claude	<i>Université PARIS DAUPHINE</i>
LEBRUN	Marie-Claude	<i>B.C.A.C.</i>
LEGROUX	Jean-Pierre	<i>LLOYD CONTINENTAL</i>
LEHMANN	Alexis	<i>La STRASBOURGEOISE - Groupe AZUR</i>
LEMOINE	Sandrine	<i>l'ARGUS DE L'ASSURANCE</i>
MANCINI	Pierre	<i>Directeur International GAN</i>
MANIABLE	Eric	<i>Etudiant ISUP</i>
MARION GALLOIS	Roland	<i>Laboratoire Wellcome</i>
MARMOT	Jean	<i>Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la ville</i>
MARTIGNOLLES	Sophie	<i>Etudiant ISUP</i>
MARTIN	Jean-Luc	<i>CNP Assurances</i>
MASCOMERE	Pierre	<i>T.G.F. CONSULTANTS</i>
MEEUS	Laurent	<i>F.F.S.A. - A.G.F.</i>
MESSY	Pierre Alain	<i>AMPERE - Goupe APICIL ARCIL</i>
METIER	Christophe	<i>BRISTOL-MYERS SQUIBB</i>
MICHON	Sophie	<i>ALLIANZ VIA VIE</i>
MIMRAN	Yaël	<i>AXA Ré</i>
MOREAU	Jean-Pierre	<i>F.F.S.A. - G.A.P.</i>
MORIN	Denis	<i>Ministère de l'Economie et des Finances</i>
MORINEAU	Alain	<i>CISIA</i>
MULLER	Marie	<i>Laboratoires CIBA-GEIGY</i>
ODDOU	Jean-Pierre	<i>C.P.R.</i>

LES PERSPECTIVES DE LA BRANCHE MALADIE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

OYER	Corinne	<i>AXA - Assurances</i>
PAPILLON-DOWNEY	Catherine	<i>RHONE POULENC RORER</i>
PARTRAT	Christian	<i>I.S.F.A.</i>
PAURICHE	Patrick	<i>Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la ville</i>
PAYET	Max	<i>C.I.P.C.</i>
PETAUTON	Pierre	<i>Contrôleur d'Etat</i>
PHILIPPE	Jocelyne	<i>F.F.S.A.</i>
PHILIPPE	Jean-Marc	<i>MEDICALE DE FRANCE</i>
PIERRE-LOTI-VIAUD	Daniel	<i>ISUP</i>
POUPLARD	Jean-Marie	<i>Groupe AZUR</i>
PREVET	Jean	<i>F.N.M.F.</i>
RAMBAUD	Françoise	<i>C.N.P. Assurances</i>
RASOARISON	Olivier	<i>F.N.M.F.</i>
REMOND	Marie-Claude	<i>Ordre de la Libération</i>
RENAUDIN	Sophie	<i>EMPLOYERS RE International</i>
RICHARD	Corinne	<i>ELVIA Assurances</i>
RIPART	Bruno	<i>ELF AQUITAINE PRODUCTION</i>
ROSENFELD	Félix	<i>SSF</i>
ROUSSEAU	Nicole	<i>ASSURANCE FRANÇAISE</i>
SANDIER	Simone	<i>CREDES</i>
SEPTFONDS	Huguette	<i>BHV</i>
SERRE	Marie-Paule	<i>Laboratoires Pierre Fabre</i>
SERRURIER	Dominique	<i>CIBA-GEIGY</i>
THEVENET	J. Maurice	<i>ESSEC</i>
TILLIET	Daniel	<i>BARRUEL CONSEIL</i>
TIPREZ	Marc	<i>U.A.P.</i>
VAREILLES	Martine	<i>A.G.F.</i>
VERZAUX	Michel	<i>TELLIT DIRECT</i>
YAHY	Nadjette	<i>AREMEDIA</i>