

OBSERVATIONS prononcées à la suite de la communication de M. Gérard Milhaud, (*séance du lundi 5 mars 2007*)

Roland Drago : Vous avez souligné, à juste titre, que la vision qui a présidé à la création de l'assurance maladie était contestable et qu'elle était porteuse des évolutions dramatiques qui ont suivi – et qui vous ont amené à citer ces mots extraordinaires : « Elle n'a plus d'assurance que le nom ».

Une preuve des dysfonctionnements prévisibles du système est que l'on n'a jamais pris en compte directement le problème de l'aide sociale, actuellement concentrée au niveau départemental. Pourtant l'aide sociale est considérable. Elle a des liens avec la sécurité sociale puisqu'elle a droit à des remboursements. Avec l'aide sociale, on est en face de personnes qui n'ont pas les moyens de se faire soigner et auxquelles on apporte donc la garantie totale. Or, on a étendu cette garantie totale à l'ensemble des assurés sociaux et, par conséquent, on a vidé de sa substance la notion même d'assurance.

*
* *

Jean Baechler : Dans l'article I de l'ordonnance de 1945, il est précisé qu'il s'agit d'assurer « les travailleurs et leur famille ». Comme c'est l'État qui se charge d'assurer, on aurait pu s'attendre à trouver l'expression « les citoyens et leur famille ». La substitution de « travailleurs » à « citoyens » s'est-elle faite par inadvertance ou de manière délibérée ?

Quelqu'un a-t-il réussi, à ce jour, à prouver que Kenneth Arrow s'était trompé en voulant démontrer qu'il ne pouvait pas y avoir d'équilibre économique en matière de santé pour la raison définitive que les offreurs et les demandeurs sont les mêmes. En effet, les malades étant presque toujours incompetents, ils suivent les prescriptions et les ordonnances de leurs médecins. Ainsi les offreurs deviennent les demandeurs et réciproquement, ce qui implique qu'il ne puisse y avoir d'équilibre.

*
* *

Christian Poncelet : La réforme reste à faire, avez-vous dit – ce dont tout le monde conviendra – mais quand et comment ? Notre pays est dans une situation économique et sociale difficile. D'où une autre interrogation : le peuple souverain français et ses élus sont-ils aujourd'hui en mesure de prendre des dispositions semblables à celles prises par un pays voisin et ami, l'Allemagne ? 42 heures de travail par semaine et l'âge de départ en retraite fixé à 67 ans. Si vous répondez « oui », la réforme peut être faite immédiatement. Dans le cas contraire, il faut attendre. Il faut attendre car notre pays ne se réforme malheureusement que lorsqu'il y a une tornade.

*
* *

Pierre Bauchet : L'excellent exposé que nous venons d'entendre a bien montré que toutes les mesures prises à ce jour se sont soldées par des échecs : le déficit de la Sécurité Sociale continue à augmenter et nous nous acheminons vers une crise majeure de tout notre système. Quinze ans de vice présidence à l'hôpital Saint Joseph me conduisent à poser 4 questions.

Qui doit financer ? Il est évident que la logique de notre système de SS devait conduire à faire payer par les assurés les soins de santé. Or, nous dérivons de plus en plus vers un financement par l'impôt, ce qui revient à faire payer l'ensemble de la population, donc à renoncer à la logique de notre système.

Doit-on rembourser toutes les maladies, y compris celles qui sont dues à des comportements que l'on pourrait qualifier de « déviants » ? Parmi ces comportements déviants, le cas typique est celui des accidents de sport. N'est-il pas paradoxal qu'un particulier qui se casse une jambe en faisant du ski soit indemnisé de la même façon que celui qui est atteint d'un cancer ? Que les cures thermales soient souvent des cures de vacances ?

La deuxième cause de déficit est sans nul doute le vieillissement de la population. Comment faire face à sa croissance ? Nous ne pourrions pas éternellement rembourser toutes les dépenses liées à l'âge. Les pays nordiques, en particulier la Suède, n'ont rééquilibré leur budget qu'en remboursant de moins en moins les dépenses de personnes âgées. Devons nous suivre cet exemple ?

Une autre cause essentielle du déficit de la sécurité sociale est la mauvaise gestion des hôpitaux. Quand on en parle, c'est pour opposer les mérites relatifs de deux structures : la clinique privé et l'hôpital public. Or, il existe des systèmes intermédiaires de gestion comme celui des hôpitaux « Participant au Service Public Hospitalier, PSPH » (et relevant de la convention collective nationale de la FEHAP) lequel, comme le montrent les comptes des trop rares établissements qui adoptent cette structure présentent des résultats moins lourds pour les finances publiques. Pourquoi ne parle-t-on jamais de la gestion PSPH ? Pourquoi si peu de discussions sont-elles ouvertes sur la mauvaise gestion des hôpitaux qui sont cause d'une large partie du déficit de la Sécurité sociale ?

*
* *

Jacques Dupâquier : Il me semble, pour répondre à la question que vous avez posée, que l'assurance maladie n'est pas réformable. En effet, les dépenses augmentent d'une manière inconsidérée, sans aucun système régulateur puisque les prescripteurs ne sont pas les payeurs, et, d'autre part, la situation va s'aggraver considérablement dans les vingt ans à venir à cause du vieillissement de la population. Une personne de 60 ans coûte au système de santé deux fois plus qu'une personne de 40 ans et deux fois moins qu'une personne de 80 ans. Dans les années qui viennent, il est vraisemblable que les dépenses de santé vont dépasser le coût des retraites. Le vieillissement va, toutes choses égales par ailleurs, augmenter le budget de la santé d'1 % par an, ce qui est considérable.

Face à cette situation, il n'est que deux solutions : soit réduire les dépenses en augmentant fortement les franchises – ce qui est contraire au principe de l'égalité –, soit augmenter les prélèvements sur les retraites. Mais il est à craindre que la population française ne soit guère disposée à accepter l'une ou l'autre.

*
* *

André Vacheron : Gérard Milhaud, qui a animé remarquablement le groupe de travail de l'Académie Nationale de Médecine sur l'avenir de l'Assurance Maladie, a souligné dans sa communication que des charges indues grèvent le budget de l'Assurance Maladie et creusent son déficit qui s'élevait à 8 milliards d'euros en 2005. Je lui pose 2 questions :

- Peut-il nous préciser quelles sont ces charges indues ?
- Peut-il aussi nous indiquer quelles sont les ressources destinées à l'Assurance Maladie qui sont dérivées vers d'autres budgets ?

*
* *

Yvon Gattaz : Les comptes, hélas, au lieu d'inquiéter les Français les agressent. Ils voudraient que l'on n'en parle pas. Qui alors aura le courage, en dépit des pressions électorales de prendre des mesures impopulaires pour mettre les comptes de l'assurance maladie en équilibre ?

*
* *

Réponses :

À Roland Drago : Vous avez raison et l'exemple que vous citez est conforté par celui de la couverture médicale universelle offerte gratuitement et sans contrôle, sous condition de ressources. A l'origine l'assurance maladie avait pour objectif prioritaire d'assurer l'accès aux soins des travailleurs pour leur permettre d'assurer leurs besoins et leur capacité de travail. Elle faisait partie de la politique de l'emploi. Au cours des années 70 cet objectif a été perdu de vue en raison du plein emploi et a été remplacé par l'objectif ambitieux et utopique d'offrir toutes les prestations à tout le monde. On déplorait que seulement 98% de la société en soit bénéficiaire.

À Jean Baechler : La substitution de travailleur par citoyen découle naturellement du changement d'objectif de l'assurance maladie. A l'origine elle entrait dans le cadre de la lutte contre le chômage. Par la suite elle a eu pour objectif l'offre de soins pour rétablir la santé des citoyens. Or la satisfaction des demandes de soins s'avère illimitée puisque la sensation d'être en parfaite santé est subjective et évasive. Toute tentative pour assurer l'équilibre des comptes impose donc la mise en place de mesures restrictives. En Grande-Bretagne les listes d'attente furent instaurées, en France certaines restrictions sont difficilement imposées pour limiter la prise en charge des prestations par la solidarité nationale. Les pays nordiques et la Suisse ont mis en place des systèmes de soins qui ne comportent pas de déficit structurel, dès lors que le coût des soins est admis dans la conscience collective.

À Christian Poncelet : Notre pays, confronté au déficit et à l'accumulation prodigieuse de la dette ne peut plus attendre. Chaque jour qui passe alourdit le fardeau que nous léguons à nos enfants et à nos petits enfants. Une grande réforme nationale doit être mise en place dès le lendemain de l'élection présidentielle. Le futur Président dira aux Français la vérité des comptes et leur expliquera la fragilité de l'assurance maladie et les efforts qui devront être courageusement acceptés pour assurer la pérennité de cette institution, garante de la cohésion nationale. Si j'avais l'honneur d'exercer cette très haute responsabilité je ferais confiance en l'intelligence et au courage des Français pour sauver l'assurance maladie et pour les convaincre de ne pas transmettre des dettes énormes à leurs enfants et à leurs petits- enfants.

À Pierre Bauchet : Votre expérience rapporte un remarquable succès qui n'est pas nécessairement transposable aux grands ensembles des centres hospitalo-universitaires avec la triple mission d'enseignement, de recherches et de soins. La réforme des CHU de 1958 prévoyait que la direction de l'hôpital serait confiée à un médecin hospitalo-universitaire comme c'est le cas dans les hôpitaux militaires et dans les centres anticancéreux. Malheureusement des chefs de services ont refusé alors de prendre en charge la direction de l'hôpital en prétendant qu'il était incompatible de gérer et de soigner. Ce faisant ils ont commis une lourde faute en dissociant la responsabilité médicale de l'autorité administrative. Ils se trouvent actuellement en état d'infériorité par rapport au directeur de l'hôpital, qui se fait désormais appeler Directeur de CHU, qui exerce son autorité sur les personnels, qui dispose du budget et qui revendique la prérogative exorbitante de nommer des chefs de service. La solidarité nationale ne doit pas prendre en charge les comportements déviants et les accidents sportifs.

À Jacques Dupâquier : L'augmentation des dépenses de l'assurance maladie n'est critiquable que si elles sont injustifiées. Certes le vieillissement de la population entraîne des coûts plus élevés que ceux de l'adulte jeune. Mais il ne faut céder au pessimisme. Plus on vieillit de nos jours, plus on vieillit en bonne santé et plus tardivement surviennent les grands handicaps. Il faut en tenir compte dans les projections démocratiques de la prise en charge de l'âge. Le vieillissement de la population s'accompagne heureusement du recul temporel de l'handicap. La recherche médicale sera à même de prévenir les effets du vieillissement. En combattant avec succès l'ostéoporose elle a fait reculer les fractures de la hanche et permet de conserver l'autonomie des mouvements. Elle doit s'attaquer à la conservation de l'activité cérébrale, de l'audition, de la vision et du système immunitaire. Utopie d'aujourd'hui, réalité de demain ! Le handicap n'est pas une fatalité.

À André Vacheron :

Les charges indues pesant sur les recettes :

I° La compensation maladie généralisée versée par le régime de l'assurance maladie aux autres régimes déficitaires avoisine le milliard d'euros.

II Charges liées à la politique de l'emploi :

1) l'exonération des cotisations patronales est actuellement un instrument de la politique de l'emploi. Le manque à gagner pour l'assurance maladie est de l'ordre de 3 milliards d'euros.

2) Le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de la sécurité sociales (FOREC)

La sécurité sociale avait une créance sur l'Etat de 2,5 milliards d'euros que le Conseil constitutionnel a refusé d'annuler.

III Charges étrangères à la notion de travail :

La taxe sur les contrats d'assurance automobile qui s'élèvent à 1 milliard d'euros destinée à l'assurance maladie a été versée au FOREC.

Les accidents sportifs relèvent du domaine privé mais sont pris en charge par l'assurance maladie.

Les taxes sur le tabac et l'alcool destinées à l'assurance maladie ne lui sont versées que partiellement.

Charges indues sur le régime général sur les dépenses

1) L'amortissement des investissements hospitaliers est à la charge exclusive de l'assurance maladie, alors qu'il s'agit d'établissements publics locaux.

2) Dépenses de recherches et d'enseignement dans les hôpitaux

Indemnités journalières

Elles s'élèvent à 8 milliards d'euros, et sont en forte progression en se substituant aux pré-retraites pour la tranche d'âge de 55 à 60 ans, ce qui évite de recourir aux plans sociaux pour les entreprises.

Indemnité journalière

De maternité de congé paternité : elle s'élève à 2,5 milliards d'euros pour la maternité et 150 millions pour le congé paternité et relèvent de la branche familiale

IV) Dépenses situées à la frange des dépenses de santé

Cure thermales 220 millions d'euros

Homéopathie 150 millions d'euros

La transparence des comptes, est la condition nécessaire et suffisante pour établir irréfutablement la situation financière de l'assurance maladie.

À Yvon Gattaz : Vous savez que les faits sont têtus et que plus le temps passe plus les mesures nécessaires pour réformer l'assurance maladie seront douloureuses. On n'évitera pas de faire l'instruction économique et financière des Français. Nous ne pouvons pas accepter d'être le seul pays de la Communauté européenne condamné à la fatalité des déficits et du chômage.

En conclusion : Ce n'est pas par hasard que l'assurance maladie ne concernait à l'origine que les travailleurs et leur famille. En effet, aussi bien Churchill que le Général de Gaulle étaient hantés par l'idée qu'allait se reproduire la crise majeure qui avait suivi la première grande guerre. Leur objectif était non pas de préserver la santé pour préserver la santé, mais de préserver la capacité de travail des travailleurs. Ce n'est que par la suite, lorsque les Trente Glorieuses ont fait apparaître des ressources considérables que les ministres successifs des affaires sociales et de la santé ont étendu l'assurance à l'ensemble de la population.

Permettez-moi de rappeler que l'assurance maladie souffre d'abord des détournements de ressources qui devraient lui revenir. Cela concerne en premier la majorité de l'impôt sur le tabac et l'alcool ; en second, 0,5 % des primes d'assurance automobile – soit un milliard d'euros – qui sont en fait affectés au FOREC (Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale) et qui servent à dédommager les entreprises du surcoût provoqué par... les 35 heures !

En troisième lieu, je citerai les indemnités journalières de maternité – soit trois milliards d'euros – qui auraient pu être payés par la caisse familiale, mais qui sont en fait imputés à l'assurance maladie, sans doute parce que d'aucuns pensent que la maternité est une maladie... On a créé un congé de paternité – représentant un coût de 200 millions d'euros – que, bien sûr, on charge l'assurance maladie de payer.

Lorsque M. Jospin a fait adopter les 35 heures sans diminution de salaire, il en est résulté, par le simple passage de 39 à 35 heures, une augmentation des charges salariales de 17%. Comment le gouvernement de l'époque a-t-il décidé de compenser cette augmentation ? En diminuant les ressources de l'assurance maladie. Cela représente près de trois milliards d'euros.

En outre, avant la création de la grande caisse d'assurance maladie existaient de nombreuses petites caisses qui garantissaient des professions en extinction. On a alors créé la répartition proportionnelle imposée à la caisse centrale de l'assurance maladie pour alimenter les petites caisses – sans jamais faire le calcul qui aurait permis de savoir si les prélèvements correspondaient véritablement aux besoins.

Je me dois de mentionner aussi la dette de l'État. Quand le Premier ministre parle de diminutions de charge, c'est bien sûr l'assurance maladie qui est pénalisée. Sans concertation

préalable, il crée une dette vis-à-vis de l'assurance maladie, une dette qui actuellement se monte à six milliards deux cent millions d'euros.

Commençons donc par mettre de l'ordre dans les comptes. Ce n'est qu'à partir de là que des économies pourront et devront être envisagées. Il est évident que la solidarité nationale ne saurait s'appliquer à tout et que des choix sont nécessaires. Mais pour que ces choix soient raisonnables, justifiés et acceptables, il faut une autorité scientifique et médicale qui les décide. Malheureusement la haute autorité qui est, par définition, une autorité scientifique, comprend, à sa tête, certes un scientifique indiscutable, mais aussi sept membres qui ne sont en rien des scientifiques.

*

* *