HAL
open science

Dessine-moi un périmètre de soins

Daniel Benamouzig

To cite this version:

Daniel Benamouzig. Dessine-moi un périmètre de soins. Savoir/Agir, 2008, 5, pp.33 - 40. 10.3917/sava.005.0033 . hal-01465541

HAL Id: hal-01465541

https://sciencespo.hal.science/hal-01465541

Submitted on 12 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Dessine-moi un périmètre de soins

Daniel Benamouzig
Chargé de recherche au CNRS, chercheur au Centre de sociologie des organisations (Sciences Po)

Lentement mais sûrement, le système de santé français bouge, avec les franchises médicales, le financement de certains soins par les malades eux-mêmes, plutôt que par l'ensemble des assurés sociaux, et la définition d'un périmètre de soins. Le payeur public s'est doté d'instruments lui permettant de financer certains soins plutôt que d'autres, jugés moins indispensables et laissés à la charge des assurances complémentaires ou des patients. En finançant « l'essentiel » et en promouvant un usage plus efficient des deniers publics, ces nouveaux dispositifs accroissent les risques d'inégalités. D'apparence techniques et médicales, ces questions ont aussi des aspects sociaux, économiques et politiques plus généraux.

L'année 2008 s'annonce comme une année de mutation pour le système de santé. Sans grand bouleversement apparent, le gouvernement souhaite introduire de nouveaux principes d'allocation des ressources. Ils permettront de choisir de manière plus volontariste les soins qui seront ou non financés par l'assurance maladie. Pour ce faire, il compte s'appuyer sur un ensemble de dispositifs techniques, dont l'activation coordonnée pourrait rapidement produire ses effets. L'enjeu n'est plus seulement de maîtriser la croissance des dépenses de santé de manière globale, mais de ventiler aussi les ressources disponibles vers les usages produisant le plus d'effets favorables. Avec près de 11 % du produit intérieur brut consacrés chaque année à la santé et un déficit cumulé de l'assurance maladie de 52 milliards d'euros pour les dix dernières années, le système de

santé est confronté à une limitation des ressources qui est loin d'être seulement financière. Car les limites du système sont aussi démographiques. Ces prochaines années, le nombre de médecins va commencer à diminuer, passant d'environ 200 000 aujourd'hui à 160 000 vers 2020. Il n'y a certes pas de quoi s'affoler (on restera bien au-dessus des 112 000 médecins en exercice au début des années 1980). Mais il y a motif à s'organiser. D'autant que la montée en charge des maladies chroniques modifie d'ores et déjà le tableau des pathologies. La seule maladie d'Alzheimer touche près de 800 000 personnes en France. Pour couronner l'ensemble, les ressources sanitaires sont souvent assez mal réparties. Par comparaison avec d'autres pays européens, les écarts d'espérance de vie entre catégories sociales restent importants. À 35 ans, l'espérance de vie d'un cadre est de sept ans supérieure à celle d'un ouvrier. Ces différences, qui résultent largement de conditions de vie différentes, ne sont certes pas dues au système de santé à proprement parler, mais les inégalités d'accès aux soins n'arrangent rien. Les inégalités sociales se cumulent en outre avec des disparités régionales. Dans ce contexte, les nouveaux principes d'allocation des ressources retenus par le gouvernement pourraient avoir des effets notables, comme l'attestent quelques passes d'armes récentes en matière de remboursement des lunettes ou au sujet du niveau de prise en charge des soins relatifs aux maladies de longue durée (ALD). À court terme, les nouveaux principes d'allocation entraîneront une redistribution des rôles entre l'assurance maladie et les assurances complémentaires, dont le rôle est appelé à se renforcer.

Le déplacement de la prise en charge

La question de l'allocation de ressources dépasse de loin le problème récurrent du financement de l'assurance maladie, le fameux « trou de la Sécu ». Elle inclut la question de l'usage des ressources disponibles. Et de ce côté, les évolutions en cours de mise en œuvre sont sensibles. Le président de la République n'a pas caché son souhait d'« accroître la responsabilité individuelle ». Instaurées début 2008, les franchises médicales cristallisent l'attention. Elles contrai-

gnent les malades à payer cinquante centimes d'euro par boîte de médicaments dans la limite de 2 euros par jour. Idem pour les actes paramédicaux. En matière de transport sanitaire, les malades devront acquitter 2 euros par trajet, dans la limite de 4 euros par jour. Plafonnées à 50 euros par an et par personne, les franchises ne s'appliquent pas aux bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU), aux enfants et aux femmes enceintes. Jugeant qu'« il n'y a pas d'assurance sans franchise », le président de la République se voit répondre que l'assurance maladie n'est pas une assurance commerciale mais une assurance sociale, que le financement des soins par les malades plutôt que par l'ensemble des assurés rompt le principe de solidarité. Parmi les malades, le paiement des mêmes montants quel que soit le niveau de ressources n'est pas non plus de nature à réduire les inégalités. Il pèse sur certains budgets, déjà mis à mal par la maladie et les arrêts de travail qui l'accompagnent. Mais la question des franchises, pour inéquitable qu'elle soit, ne recouvre qu'une partie des changements en cours. Et peut-être pas la plus importante.

Depuis plusieurs années, une série de dispositifs techniques, peu connus du grand public, rendent possibles de nouveaux modes d'allocation des ressources, plus fins que la traditionnelle ponction financière dans le portefeuille des assurés, des malades ou de l'industrie pharmaceutique, selon les exigences comptables et les couleurs politiques du moment. De quoi s'agit-il au juste ? En un mot, l'idée – il y a quelques années popularisée sous le nom de « panier de biens » – est d'intervenir de manière plus volontariste sur le périmètre de prise en charge des soins, des médicaments ou des dispositifs médicaux. À vrai dire, le principe est ancien. Il est plus exactement constitutif de l'assurance maladie, qui a toujours financé certains soins plutôt que d'autres, comme l'attestent les faibles niveaux de remboursement de l'optique ou des soins dentaires, peu remboursés sans pour autant être anodins, ni du point de vue sanitaire ni du point de vue financier. En France, les soins curatifs les plus coûteux, généralement liés à des maladies graves ou invalidantes, sont bien pris en charge. Mais les choix en matière d'allocation des ressources, qui consistent à définir pour un type de soins donné un pourcentage de remboursement par l'assurance

maladie, restent largement implicites. Ces dispositions sont prises sur la base des discussions techniques organisées au sein de commissions spécialisées, pour l'essentiel composées d'experts. Le caractère feutré de ces décisions pourrait rapidement laisser place à des débats plus ouverts, mais aussi plus conflictuels. Dans un avenir proche, les frontières de la prise en charge pourraient évoluer sensiblement, en tenant compte des besoins sanitaires, des contraintes de budget et de l'intérêt des technologies disponibles. Un certain nombre de soins, dont l'utilité serait jugée insuffisante, pourraient ainsi faire l'objet d'arbitrages défavorables, laissant à la charge des assurances privées ou des patients le soin du financement. La mise en œuvre de ces principes requiert quelques conditions préalables, depuis peu réunies.

Elle suppose d'abord le développement d'assurances complémentaires, capables de prendre en charge les soins non remboursés par l'assurance maladie, y compris pour les personnes les moins favorisées, ayant le plus difficilement recours à une assurance complémentaire. Elle suppose aussi un arbitre impartial, capable de faire le tri de manière socialement acceptable entre ce qui doit relever d'une prise en charge collective et ce qui peut être dévolu aux assurances complémentaires ou aux individus eux-mêmes. Une telle évolution, on l'imagine, ne se fait pas en un jour. Elle a en fait commencé depuis longtemps. Non sans paradoxe, ce sont les populations les plus vulnérables qui ont constitué le principal terrain d'expérimentation.

La Couverture maladie universelle (CMU) comme terrain d'expérimentation

En 1999, Martine Aubry crée la Couverture maladie universelle. Unanimement salué, le dispositif apparaît comme une sorte de RMI pour la santé. Il consacre l'universalité de l'assurance maladie, qui couvre désormais la quasi-totalité de la population. D'où le nom un peu grandiloquent du dispositif. Mais la CMU pose également les bases d'une prise en charge minimale, relevant de la responsabilité publique et au-delà de laquelle peut s'exercer une responsabilité individuelle, éventuellement à travers l'accès à une assurance complémentaire. Cet accès est du reste subventionné sous

condition de ressources dans le cadre du dispositif. En 1999, le groupe AXA ne s'y trompe pas. Soucieux de renforcer le rôle des assurances complémentaires, il soutient le projet et le finance en partie. Reste alors à en étendre le principe pour faire apparaître un espace de prise en charge plus large pour les complémentaires. En 2003, l'Inspecteur général des affaires sociales Jean-François Chadelat, responsable du fonds de financement de la CMU après avoir été directeur chargé des questions de santé chez AXA, remet au ministre de la Santé un rapport en ce sens. Il préconise le déplacement de la frontière minimale instituée par la CMU en proposant une « couverture maladie généralisée », destinée au plus grand nombre et couvrant un panier de biens au-delà duquel interviendraient les complémentaires. Dans l'esprit du rapport, les « bons de santé » financés par les pouvoirs publics sont supposés permettre aux assurés de souscrire des polices complémentaires. Très controversé, le projet est rapidement enterré. Mais les expériences continuent, et réapparaissent aujourd'hui dans un contexte politique plus favorable. Récemment, le président de la République se demandait à haute voix, devant les journalistes de l'information sociale : « Qu'est-ce qui doit être financé par la solidarité nationale, qu'est-ce qui doit relever de la responsabilité individuelle à travers une couverture complémentaire ? » Et le chef de l'État de préciser : « Le développement de la prise en charge par les régimes complémentaires ne doit pas se faire au détriment des plus fragiles […]. Je veux donc offrir une aide à l'acquisition de couverture complémentaire beaucoup plus généreuse. » Aussitôt dit, aussitôt fait. Roselyne Bachelot-Narquin remettait en janvier des « chèques santé » d'une valeur de 100 à 300 euros à quelques bénéficiaires de la CMU, afin de leur permettre de souscrire l'assurance complémentaire de leur choix. Expérimentés auprès des populations démunies, les nouveaux principes de prise en charge traduisent une évolution plus profonde dans l'usage de l'assurance maladie.

Une Haute autorité de santé à la recherche du panier de biens

Au-delà du caractère discret des expérimentations engagées depuis quelques années, la mise en œuvre des nouveaux

principes présente l'avantage pour le gouvernement de pouvoir être progressive. Elle se traduit par une série de petites décisions, relatives à différentes pathologies ou technologies de santé, dont l'admission au remboursement peut être restreinte sur la base de critères techniques. C'est là que l'arbitre impartial se révèle essentiel. Établie en 2005, à la suite d'une proposition de la Mutualité française, la Haute autorité de santé (HAS) participe à la régulation de l'offre de soins. Elle formule des avis relatifs au périmètre de prise en charge. Ainsi peut-elle préconiser de dérembourser de manière totale ou partielle certaines prestations. Pour l'heure, les exemples les plus marquants concernent des médicaments peu efficaces. Bientôt, la HAS sera appelée à se pencher sur les affections de longue durée (ALD), qui représentent un enjeu économique considérable. Les trente ALD actuellement prises en charge par la Sécurité sociale recouvrent de très nombreuses pathologies (diabètes, scléroses en plaque, accidents vasculaires cérébraux, sida, hépatites, cirrhose, mais aussi « tumeurs », c'est-à-dire l'essentiel de la cancérologie…). Elles concernent huit millions de personnes et représentent un coût en forte augmentation, de l'ordre de 60 % des dépenses de santé en 2004 (contre 50 % en 1992 et 70 % prévus en 2015). Nicolas Sarkozy soulignait à leur propos : « Concernant les affections de longue durée, je souhaite que nous concentrions nos efforts sur la prise en charge de ce qui est essentiel, à partir des travaux de la Haute autorité de santé. » En juin, le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie, Philippe van Roeckeghem, déclenchait un véritable tollé en proposant de réviser les conditions de remboursement de certains médicaments, dits de confort, pour les malades atteints d'affections de longue durée.

Outre la possibilité d'opter pour des déremboursements, sensibles politiquement même lorsque les décisions sont prises sur des critères techniques, une démarche plus progressive et plus discrète peut consister à limiter l'admission au remboursement de nouvelles technologies. Pour peu qu'elles soient jugées non indispensables, elles peuvent être laissées à la charge des complémentaires ou des patients. Les évolutions récentes de la HAS semblent aller dans ce sens, du moins si l'on se réfère à l'importance récemment

attribuée aux critères économiques. À l'automne 2007, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) a explicitement introduit l'évaluation médico-économique parmi les missions de la Haute Autorité. Lors des premières journées de la HAS, organisées en décembre 2007, Roselyne Bachelot-Narquin s'est faite plus précise : *« La Haute autorité de santé a la mission de séparer l'essentiel de l'utile et de l'accessoire. Les techniques, les produits, les organisations doivent répondre à cette question : est-ce que j'apporte suffisamment à la santé des Français pour coûter plus cher ? Les méthodes économiques ont été formalisées par les Anglo-Saxons. Elles constituent une science de plus en plus utilisée. Votre responsabilité est de les mettre en œuvre. D'importantes commissions seront renouvelées cette année à la Haute Autorité, je les invite à plus de sélectivité dans la définition du panier de soins. »* Alors que l'assurance maladie s'impatiente de l'attitude, pour l'instant très prudente, de la Haute autorité de santé, la transformation de la prise en charge est prête à fonctionner. Les tensions plus fortes sur les modalités et les conditions de remboursement pourraient conduire un certain nombre d'acteurs institutionnels à préciser la nature de leurs propositions.

Car le système de décision en matière d'assurance maladie est complexe. Un grand nombre d'institutions doivent prendre en compte les avis ou les décisions d'autres institutions. Du côté de l'État, les directions financières de Bercy et du ministère de la Santé se montrent sourcilleuses sur les dépenses. Du côté de l'assurance maladie, la pression est également très vive. Les professionnels de santé, efficacement relayés par d'autres administrations, essaient de temporiser. C'est aussi le cas de syndicats, qui participent à la gestion paritaire du système et à ce titre à la gouvernance de l'assurance maladie. Les patients, représentés par des associations ayant acquis le droit de siéger dans certaines institutions, font quant à eux preuve de vigilance, n'hésitant pas à monter au créneau en cas de besoin. Les assurances complémentaires observent les décisions de déremboursement, qui se répercutent sur leurs activités. Dans ce système, le plan d'économie récemment proposé par Philippe van Roeckeghem en matière de remboursement des médicaments pour les affections de longue durée apparaît non

seulement comme un projet mais comme un signal adressé aux autres acteurs du système de santé. Il appartient à l'ensemble des acteurs de prendre leurs responsabilités, faute de quoi des décisions plutôt brutales pourraient bien être prises.

Sans révolution, mais non sans à-coups, le renforcement des assurances complémentaires pourrait accompagner la restriction du périmètre de prise en charge. La distinction technique entre l'essentiel, l'utile et l'accessoire appellera une répartition non seulement technique mais aussi plus politique entre l'assurance maladie, les complémentaires et les dépenses individuelles. C'est ce dont témoigne l'intérêt porté aujourd'hui par les pouvoirs publics à l'automédication, laissée par définition à la charge des individus. Elle devrait se renforcer avec l'autorisation de ventes de quelque deux cents médicaments *over the counter*, c'est-à-dire en accès direct, le cas échéant en grande surface. Dans le même ordre d'idées, le récent appel de la ministre de la Santé aux assurances santé dans le domaine de l'optique va dans le même sens. Il s'agit de renforcer la part des complémentaires. Ce nouveau partage des rôles entre assurance maladie, assurances complémentaires et dépenses individuelles n'est évidemment pas sans risque du point de vue des inégalités de santé. Tous les Français ne sont pas dans une position équivalente face aux dépenses supplémentaires. Les renoncements aux soins sont sans surprise plus importants pour les personnes dont les revenus sont les plus modestes, et ils portent précisément en priorité sur les soins mal pris en charge, à commencer par les soins dentaires et optiques. Face aux critiques, le gouvernement pourra toujours répondre que la prise en charge des plus fragiles a du moins été assurée par un accès facilité aux assurances complémentaires, grâce au chèque santé honoré par l'État. ■