

Une réforme : pour quoi faire ?

Le déséquilibre croissant des comptes de l'assurance maladie met en danger la pérennité du système français de sécurité sociale. Une loi a été votée en août 2004 visant un meilleur usage du système de soins susceptible d'infléchir l'évolution des dépenses.

Assurer la pérennité du système d'assurance maladie

La loi de réforme de l'assurance maladie, votée en août 2004, prévoit le retour à l'équilibre en 2007 et met en place de nouveaux mécanismes de régulation. Dominique Libault, directeur de la Sécurité sociale, présente la philosophie, les outils et les attentes de cette réforme.

Entretien avec
Dominique Libault
directeur de la
Sécurité sociale

Propos recueillis
par Marc Duriez et
Patricia Siwek

adsp. Quelle est la philosophie de cette nouvelle réforme de l'assurance maladie ?

Dominique Libault. Cette réforme, qui survient dans un contexte de déséquilibre insupportable des comptes de la sécurité sociale, vise à assurer la pérennité du système d'assurance maladie tel qu'il a été créé en 1945, ce qui passe évidemment par le rétablissement d'un équilibre financier rompu depuis de nombreuses années et qui s'accroît.

En quoi est-elle différente des précédentes ?

La réforme de 1996, dite réforme Juppé, était une tentative d'aboutir à une régulation par des outils collectifs pour respecter un objectif voté par le Parlement, l'Ondam. Mais cette réforme a fait l'objet d'un rejet de la part des professionnels et n'a pas eu les effets escomptés. La loi de 2004 a une autre logique, elle repose sur l'idée

qu'un meilleur usage du système de soins pourrait infléchir l'évolution des dépenses.

Et quelles sont ses spécificités ?

La réforme de 2004 s'articule autour de deux axes majeurs : la modification des comportements des patients comme des soignants, et le décloisonnement du système. Il s'agit de repenser les relations de l'assurance maladie et des autres acteurs. Un équilibre entre stratégie d'adhésion et outils de pénalisation, voire de sanction pour non-respect des accords a été recherché. Une convention médicale a été conclue avec les syndicats de soignants qui les engage sur des objectifs précis. On recherche en fait à réconcilier qualité et efficacité avec des protocoles de bonnes pratiques définies par la Haute Autorité de santé et qui serviront de base aux décisions de remboursements de l'Uncam.

Cette réforme suffira-t-elle à rétablir un équilibre ?

Partout dans le monde, du fait notamment du vieillissement de la population, les dépenses de santé augmentent. Il est néanmoins indispensable de garantir une efficacité de notre système de soins afin de maîtriser l'évolution de ces dépenses dans leur évolution naturelle.

Qu'est-il envisagé pour modifier les comportements ?

Pour agir sur les comportements, il faut convaincre les gens du bien-fondé des propositions de changement. On a tous en tête la campagne sur la limitation de la consommation des antibiotiques. On a essayé de faire comprendre aux prescripteurs et aux patients qu'il est parfois inutile, voire dangereux, de prendre des antibiotiques. Et ça a marché...

Pour autant, ne soyons pas naïfs, cela ne fonctionne pas sans un minimum d'outils. Parmi ceux-ci, le parcours de soins, avec le médecin traitant et le dossier médical partagé, devrait conduire à une rationalisation de l'accès aux soins et des pratiques professionnelles. D'autre part, la convention médicale, qui a été signée avec les médecins, fixe un certain nombre d'engagements qualitatifs et quantitatifs très précis. Ils devraient induire une économie d'un milliard d'euros sur des thèmes bien identifiés.

Comme on le constate, à côté des objectifs de nature financière ou économique, la promotion du système de soins est recherchée et intensifiée à travers les bonnes pratiques des professionnels de santé libéraux ou exerçant dans les établissements de santé. Les médecins doivent s'engager dans une démarche d'évaluation. Des référentiels médicaux seront élaborés par la Haute Autorité de santé. De façon générale, le pari c'est de dire qu'en respectant la qualité on peut aussi faire des économies.

Dans la pratique, comment allez-vous obtenir cet accroissement de la qualité des soins ?

Après la diffusion des guides de bonnes pratiques réalisés par la Haute Autorité de santé, les professionnels seront évalués tous les cinq ans. Les médecins conseils des caisses de sécurité sociale verront leurs missions évoluer vers des fonctions de dialogue et de contrôle renforcées. Sans oublier les délégués de l'assurance maladie, dont le rôle d'information des professionnels est déterminant.

Quelles bases serviront à déterminer les soins qui seront remboursés ?

La Haute Autorité de santé, organisme indépendant, assure l'expertise pour déterminer les soins pris en charge. Ce qui sera remboursé par l'assurance maladie sera moins immuable que dans le passé. De nouvelles molécules et produits, de nouveaux protocoles de soins seront pris en charge alors que d'autres ne correspondant plus à l'état de l'art et considérés comme moins efficaces seront remboursés plus faiblement, voire plus du tout.

L'application des règles de bonnes pratiques ne risquent-elles pas de multiplier le nombre d'actes médicaux ?

C'est envisageable dans certains cas. Mais globalement ces règles devraient surtout aboutir à la suppression de nombreux actes inutiles et donc au final être sources d'économies. Et puis la situation démographique médicale étant stabilisée, il y a peu de risque d'inflation des actes.

Ne pensez-vous pas que, dans le cadre d'une réforme basée sur la qualité des soins, la formation médicale continue doit être au premier plan ?

Effectivement, et d'ailleurs une mission de l'Inspection générale des affaires sociales travaille sur ce sujet et devrait remettre son rapport d'ici peu.

Un des corollaires de cette réforme est sa complexité en matière de tarification. Ne pensez-vous pas que les patients ont du mal à savoir quel sera le montant de leur remboursement ?

Les tarifs réellement appliqués étaient déjà hétérogènes, voire opaques du fait de l'existence d'un secteur II¹. On cherche à donner de la lisibilité : les patients seront mieux informés sur les remboursements auxquels ils ont droit selon qu'ils s'inscrivent dans le parcours de soins ou non. Dans un premier temps, l'affichage et la nouveauté des règles peuvent créer des difficultés d'accoutumance qu'il va falloir gérer...

Vous avez parlé de décloisonnement. Il concerne à la fois les institutions – aussi bien au niveau national que régional – et la coordination des soins. Ça se traduit par quoi ?

Il s'agit de travailler sur une meilleure organisation ville-hôpital, généralistes-spécialistes... car, de l'avis de tous les observateurs, ce cloisonnement crée une perte d'efficacité médicale et une augmentation des coûts. Cela implique la mise en relation ou en réseau des acteurs dans le cadre de la permanence des soins, du dossier médical partagé et de l'exercice en groupe par exemple.

Enfin, le travail en réseau induit par le rôle pivot du médecin traitant est un puissant facteur de communication des praticiens toutes origines confondues.

Et le décloisonnement dans les institutions ?

Pour ce qui concerne les institutions, la réforme s'efforce de créer des ponts entre la plupart des organismes. Ceux-ci réunissent des représentants de tous les acteurs : libéraux, hospitaliers, différents régimes d'assurance maladie, de base et complémentaires. Et donc cette idée de décloisonnement et de pilotage global est très forte dans la gouvernance du système de l'assurance maladie. Elle tente d'éviter les querelles de territoires, les querelles de chapelles qui ont trop

1. Dans lequel des médecins, sous certaines conditions, peuvent percevoir des honoraires supérieurs aux tarifs conventionnés sans prise en charge supplémentaire par l'assurance maladie (ndlr).

La réforme de l'assurance maladie

longtemps conduit à une inertie du système. Il est créé un Conseil de l'hospitalisation, qui permet un dialogue entre l'assurance maladie, la médecine de ville et l'hôpital. Au niveau régional, les missions régionales de santé font collaborer ARH et Urcam.

Comment se présente la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie ?

Le rôle du Parlement est accru, il vote toujours l'Ondam, mais aussi ses sous-objectifs. Ces objectifs s'accompagnent de programmes de qualité et d'efficacité. Parallèlement à l'attribution de compétences élargies au Parlement, l'assurance maladie voit son rôle recentré dans la gestion du système dans un souci de plus grande autonomie. On assiste à une plus forte concentration du pouvoir de décision de l'assurance maladie avec la création de l'Uncam qui représente tous les régimes d'assurance maladie, et aussi une meilleure coordination avec les organismes d'assurance complémentaire réunis dans l'Unocam. Il s'agit d'un meilleur positionnement et d'une meilleure articulation de tous les acteurs dans le respect de chacun.

On s'aperçoit que le rôle du directeur général de l'Uncam, nommé par le gouvernement, est déterminant. Il propose des objectifs, il négocie et signe les conventions avec les professionnels de santé. Mais quelles sont ses relations avec le conseil d'orientation ?

Outre ses fonctions managériales, le directeur de l'Uncam met en œuvre les orientations stratégiques définies par le conseil d'orientation. Il y a désormais un débat sur les orientations qui n'avait pas lieu auparavant. On est passé ainsi d'une gestion au fil de l'eau, avec des décisions qui se juxtaposaient sans beaucoup de visibilité, à la nécessité de discuter et d'arrêter les grandes orientations. C'est un plus indéniable pour l'institution et pour la qualité du débat entre partenaires sociaux.

La part de l'assurance complémentaire est de plus en plus importante dans ce système. Pourrait-elle demander une part plus active dans la gestion du système ?

Un des éléments forts de cette réforme, c'est la prise en compte de l'assurance complémentaire dans l'organisation du système, dans un souci de créer une synergie et non plus une rivalité entre assurance de base et assurance complémentaire. On reconnaît l'importance des régimes complémentaires pour la prise en charge du risque maladie. D'ailleurs, après la mise en place de la CMU-C, on a prévu des aides, qui viennent d'être améliorées, pour l'accès à une assurance complémentaire. Parallèlement, les complémentaires sont incitées à s'inscrire dans une démarche responsable avec le « contrat responsable ». Des mesures dissuasives devraient éviter la prise en charge, par les complémentaires, de prestations jugées peu efficaces du point de vue de la collectivité.

L'assurance complémentaire peut désormais donner un avis dans la gouvernance du système. Si les dépenses

augmentent moins vite qu'auparavant, l'assurance complémentaire y trouve également un avantage. Notre politique de gestion du risque représente la seule alternative crédible à un simple transfert de charge et conserve le principe de cofinancement par l'assurance de base (relevant de l'assurance maladie) et l'assurance complémentaire (le remboursement de l'assurance maladie obligatoire demeurant la règle, en général, pour l'intervention de la complémentaire).

Ne serait-il pas envisageable d'avoir un système, à l'instar de ce qui se pratique dans certains pays étrangers, fondé sur un concept plus systématisé des réseaux ?

En France, tout ce qui concerne la médecine libérale est déterminé au niveau national. Des mécanismes complémentaires peuvent être imaginés et organisés au niveau local pour susciter des initiatives. Le principal défi étant de concilier une régulation efficace au niveau national et une décentralisation au niveau régional et local.

Un des grands principes de la loi d'août 2004 est l'égalité d'accès aux soins. Comment, sans toucher à la libre installation des médecins, pourra-t-on garantir cet accès dans les zones désertifiées ?

Tout d'abord, par la création d'un guichet unique de l'installation, qui devrait permettre aux médecins de disposer de toutes les informations nécessaires aux conditions d'exercice dans toutes les zones géographiques. Ensuite, l'incitation au travail en réseau devrait avoir un impact sur les conditions de travail des médecins dans certaines zones où la densité médicale est faible. Rappelons que notre pays dispose d'un des maillages de l'offre de soins les plus denses d'Europe, et que le problème dans l'immédiat est moins le volume global de praticiens que leur bonne répartition, géographique et entre spécialités.

On peut donc envisager l'avenir de notre système de sécurité sociale avec optimisme ?

On peut dire que les premiers résultats, un an après la mise en œuvre progressive de cette réforme, sont tout à fait encourageants. L'objectif des dépenses est respecté en 2005, les nouvelles instances se sont mises en place, une convention a été signée avec les professionnels de santé et les esprits évoluent. On est au milieu du gué et c'est sur la durée que les choses vont se jouer. Les années 2006-2007 seront décisives. Il s'agit d'enregistrer les résultats et de les consolider, car seule une action volontariste, persévérante et continue permettra de sauvegarder le système. ■