

Les (petits et gros) risques du programme santé de François Fillon



Par Terra Nova

Le 21 avril 2017

Un temps pris dans la polémique, le premier programme santé présenté par François Fillon n'avait laissé personne indifférent. En cause, sa volonté de focaliser l'Assurance maladie notamment sur les affections graves, et la complémentaire santé sur le reste. Ainsi, « petits » et « gros » risques devaient voir leur prise en charge différenciée : les uns appelant une intervention publique, celle de la Sécurité sociale ; les autres, une mutualisation privée, par l'intermédiaire des mutuelles. Dans le second programme du candidat Fillon, toute référence à cette séparation entre « gros » et « petit » risque a désormais disparu. Il s'agit désormais de « mieux articuler les rôles de l'Assurance maladie et des complémentaires ».

En dépit de cette évolution, ce programme continue d'interroger. Plusieurs des mesures proposées impliquent, pour être mises en œuvre, d'opérer certains choix qui peuvent apparaître en contradiction avec le reste de son discours. Par ailleurs, d'autres mesures ne résistent pas à l'épreuve des faits. Cette note cherche à explorer les tenants et les aboutissants de la mise en œuvre du programme santé de François Fillon.

1 - SUPPRESSIONS DE POSTES DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Pour le candidat Fillon, la fonction publique hospitalière doit prendre sa part dans les 500 000 suppressions de postes prévues, avec une précision toutefois : « cela ne doit pas toucher les soignants, [mais concerner] principalement les fonctions administratives ». Au total, 100 000 postes seraient concernés sur le quinquennat.

Entre 2004 et 2015, dans le secteur public, le personnel non médical des établissements de santé a augmenté de près de 4 %, passant de 738 000 à 767 000 équivalents temps plein (ETP). La majorité de ces personnels travaille dans des services de soins (68,3 %). Viennent ensuite les personnels de direction et administratifs qui représentent 12,5 % du personnel dans les établissements publics, soit 95 875 ETP. Le reste est composé des personnels médico-technique, technique et ouvrier.

Confrontée aux chiffres, la volonté du candidat Fillon de supprimer 100 000 postes sur le quinquennat dans la fonction publique hospitalière, « principalement dans les fonctions administratives », revient à aller au-delà du nombre d'ETP existant parmi les personnels de

direction et administratifs. Au moment même où le candidat cherche à sanctuariser le temps médical disponible des professionnels de santé, il n'est pas certain que la disparition des personnels administratifs au sein des hôpitaux soit réaliste, même en tenant compte d'une éventuelle augmentation du temps de travail hebdomadaire de 35 à 39 heures. Sauf à supprimer les postes ressortissant à d'autres catégories de personnel, médical ou non.

2 - ÉQUILIBRE DES COMPTES

Le candidat Fillon propose de « ramener à l'équilibre d'ici à 2022, en "traquant" toutes les sources de "non-qualité" du système de santé. Pour équilibrer l'Assurance-maladie, nous devons réaliser environ 20 Md€ d'efficience sur cinq ans ».

Pour ce faire, il propose que l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) se situe à 1,7-1,8 % par an sur l'ensemble du quinquennat, après avoir atteint 1,75 % en 2016 et être prévu à 2,1 % pour 2017. Autrement dit, l'augmentation annuelle de ces dépenses devra rester dans ces limites, soit un niveau jamais atteint sur une période aussi longue.

Toutes choses égales par ailleurs, le tendancier de l'Ondam atteint 4 % par an. Seules des mesures nouvelles sont susceptibles d'encadrer cette augmentation naturelle des dépenses. Pour y parvenir, l'État et l'Assurance maladie mettent en œuvre des actions dites de « maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie » qui visent à améliorer le service médical rendu aux assurés par les actes et les prescriptions pratiqués par les professionnels de santé.

Sur la période 2015-2017, le Gouvernement s'était fixé les objectifs suivants, dont la Cour des comptes a elle-même reconnu l'ampleur et la portée :

**Tableau n° 28 : objectifs d'économies par axes du plan triennal
ONDAM 2015-2017**

En M€

Efficacité de la dépense hospitalière	520
<i>Optimisation des dépenses des établissements</i>	55
<i>Optimisation des achats et fonctions logistiques</i>	350
<i>Liste en sus</i>	105
<i>Tarifification des plasmas thérapeutiques</i>	10
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	370
<i>Développement de la chirurgie ambulatoire</i>	100
<i>Réduction des inadéquations hospitalières</i>	110
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD</i>	160
Produits de santé et promotion des génériques	1 065
<i>Baisse de prix des médicaments</i>	550
<i>Promotion et développement des génériques</i>	435
<i>Biosimilaires</i>	30
<i>Tarifs des dispositifs médicaux</i>	50
Pertinence et bon usage des soins	1 155
<i>Baisse des tarifs des professionnels libéraux</i>	150
<i>Actions de maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments</i>	400
<i>Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses</i>	100
<i>Maîtrise médicalisée hors médicament</i>	375
<i>Mise en œuvre des réévaluations de la HAS</i>	130
Lutte contre la fraude	75
Total	3 185

Source : Annexe 9 de la LFSS pour 2015.

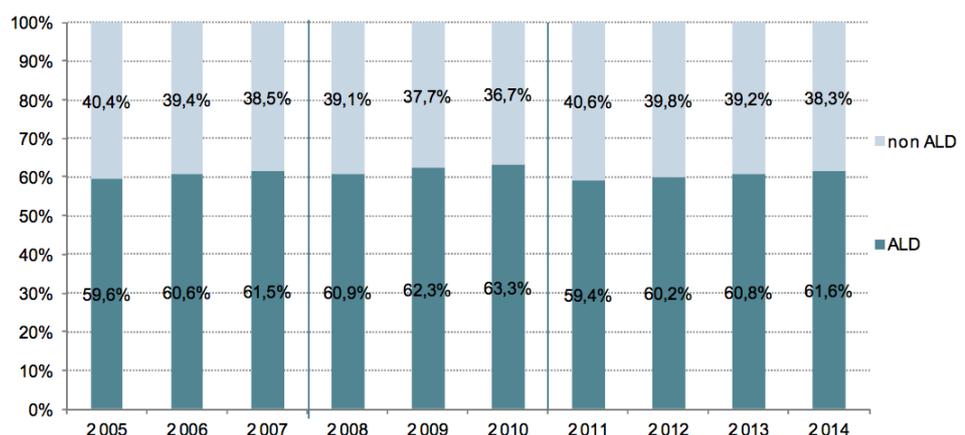
Qu'il s'agisse de lutter contre les soins redondants ou inutiles, la non-observance des prescriptions, la mauvaise coordination des soins, le recours excessif à l'hôpital, les fraudes et les abus ou de développer la chirurgie ambulatoire, le candidat Fillon ne fait donc que s'inscrire dans la droite lignée des actions menées sous les deux précédentes mandatures. Pour des résultats bien en-deçà des économies que voudraient en tirer le candidat. En effet, personne n'a intérêt à laisser faire le gaspillage en matière de dépenses de santé.

Parallèlement, tout le monde s'accorde parmi les experts des questions de santé, jusqu'à la Cour des comptes, et ce depuis quelques années, sur la tension affectant l'exécution de l'Ondam, dans un contexte où des traitements innovants et coûteux émergent, où la population vieillit, où les maladies chroniques se développent et où la demande de soins augmente, à tous les âges de la vie.

Focus sur les affections de longue durée

Les pathologies chroniques les plus sévères expliquent la plus grande partie de la croissance des dépenses d'assurance maladie. C'est parmi ces pathologies, dont le traitement est le plus coûteux, que l'on constate en effet les progressions d'effectifs les plus rapides. Entre 2005 et 2014, les effectifs des personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) se sont accrus de plus de 3,2 % par an en moyenne, un rythme largement supérieur à celui des autres assurés. En raison de cette évolution, les dépenses consacrées au dispositif ALD croissent à un rythme beaucoup plus élevé que l'ensemble des dépenses de santé et leur part dans l'ensemble des dépenses de santé s'accroît d'année en année.

Structure des dépenses de l'assurance maladie de 2005 à 2014



Source : CNAMTS.

Dernièrement, la Cour des comptes a souligné « l'urgence qui s'attache à la mise en œuvre de réformes structurelles permettant une maîtrise accrue des dépenses d'assurance maladie, en particulier sur le champ qui connaît la progression la plus vive, celui des soins de ville ».

C'est sans compter que tenir l'Ondam exigera d'intégrer les mesures nouvelles proposées par le candidat Fillon, parmi lesquelles un meilleur remboursement des soins optiques et dentaires par

l'Assurance maladie ou le financement d'une consultation de prévention tous les deux ans (chiffré entre 0,5 Md€ et 1,5 Md€ selon son coût et son taux de recours). La réalisation effective de l'objectif de progression de l'Ondam sur la période 2017-2022 nécessitera donc de limiter la hausse des dépenses d'assurance maladie à un niveau bien inférieur de celui mentionné par le candidat Fillon pour neutraliser le coût de telles réformes.

Dans le même temps, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnamts), dans son dernier rapport « Charges et produits », a souligné que « *plusieurs éléments ont facilité la maîtrise des dépenses et le respect de l'Ondam : peu d'innovations, notamment dans le domaine médicamenteux, des tombées de brevet massives permettant des baisses des prix des traitements, un nombre de médecins en légère diminution (pour les généralistes) ou en faible hausse (pour les autres spécialistes)* ». Avant de noter que « *l'avenir, proche ou de moyen terme, s'annonce très différent* ».

La conjonction de ces différents éléments traduit à quel point la recherche continue de gains de productivité dans le système (pertinence et bon usage des soins ; virage ambulatoire ; qualité de l'offre hospitalière ; utilisation des génériques et prix des médicaments) ne peut, seule, permettre d'atteindre un Ondam ambitieux, *a fortiori* avec l'annonce de dépenses supplémentaires.

Plus encore, dans un contexte aussi tendu, tout porte à croire que le reste-à-charge zéro en matière d'audioprothèse, d'optique, de prothèse dentaire et de dépassements d'honoraires attendu à l'horizon 2022 grâce à un nouveau partenariat entre la Sécurité sociale et les mutuelles conduira seulement à une plus large place accordée à ces dernières. Bien sûr, il s'agit d'une tendance qui n'est pas propre au candidat Fillon, la prise en charge des dépenses de santé par les mutuelles étant passé depuis 2001 de 15 Md€ à 26 Md€ (+80 %, le quadruple de l'inflation sur la période). Mais il faut bien se rendre compte que derrière le discours visant à « *mieux articuler les rôles de l'Assurance maladie et des complémentaires santé* », c'est bien une augmentation des dépenses financées par ces dernières qui doit être attendue.

Par suite et du fait des dépenses consacrées au dispositif ALD, la mise en œuvre du programme santé du candidat Fillon conduira *de facto* à ce que l'Assurance maladie se concentre de plus en plus sur les pathologies lourdes et à ce que les mutuelles occupent une place accrue dans le système. Tous professionnels de santé et autres biens médicaux confondus, ce sont 15 Md€ supplémentaires qui pourraient donc se retrouver en tout ou partie à la charge des mutuelles. Pour équilibrer leurs comptes, ces dernières ne pourraient faire qu'appeler des cotisations supplémentaires, en proportion de ces dépenses nouvellement prises en charge et en fonction des risques assurés. Ici, ce seront donc forcément les populations les plus à risques, à savoir les plus âgées, qui seront touchées. Sans réintroduire la distinction entre « petit » et « gros » risque, c'est bien cette séparation qui paraît naturellement s'imposer avec la mise en œuvre son programme. Et il y a fort à parier qu'elle pèsera particulièrement sur ceux qui ont les besoins les plus importants.

3 - PREVENTION

Le candidat Fillon propose de « faire rembourser par l'Assurance-maladie une consultation de prévention tous les deux ans pour tous les Français. Cette consultation sera assurée par le médecin traitant [...]. Elle durera plus longtemps qu'une consultation "classique" et elle sera donc mieux rémunérée. Elle permettra de construire un véritable "parcours de prévention" que suivront les Français tout au long de la vie ».

De prime abord, une telle mesure apparaît contre-intuitive par rapport à d'autres propositions portées par le candidat Fillon :

- À commencer par la suppression de l'aide médicale d'État : dans un rapport de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales daté de 2010, il était expliqué que restreindre l'accès à l'AME provoquerait encore plus de renoncements aux soins, dont « le premier effet pourrait être celui de l'accroissement des dépenses allant bien au-delà de l'économie escomptée pouvant conduire à retarder une prise en charge médicale et à un recours tardif à l'hôpital nettement plus coûteux. Le deuxième effet pourrait être celui de risques sanitaires sérieux du fait des retards induits sur le recours aux soins par la population concernée. L'effet de responsabilisation sur la consommation de soins risque d'être en revanche très faible sur une population peu insérée socialement ». Autrement dit, remplacer l'AME par une dispense de frais de santé strictement contrôlée pour les urgences et les maladies graves ou contagieuses va à l'encontre de toute démarche préventive et même prophylactique. Faut-il rappeler que les bénéficiaires de l'AME sont majoritairement des hommes seuls dans un état de santé dégradé ne recourant aux soins et à une couverture maladie qu'en cas de besoin ? A plus de 80 %, ils n'ouvrent d'ailleurs de droits que pour eux-mêmes.
- C'est aussi le cas pour l'abrogation de l'article 83 de la loi Touraine, intégrant la généralisation du tiers payant, y compris pour les affections de longue durée et les cas de maternité : le tiers payant contribue à un meilleur accès aux soins de premier recours, en particulier pour les patients qui renoncent aux soins, ou les repoussent, pour des raisons financières. Renoncer au tiers payant généralisé revient non seulement à rejeter la modernisation et la dématérialisation de certains services, mais aussi à se priver d'une facilité de paiement pour les patients qui constitue autant une contribution au désengorgement de l'hôpital qu'un moyen de lutter contre les inégalités de santé. Même si le tiers payant a vocation à être conservé pour les publics disposant des revenus les plus bas, celui-ci disparaîtra pour le reste de la population, que ces personnes soient jeunes ou âgées, en pleine capacité ou en perte d'autonomie, en emploi ou au chômage. Or, on sait que de nombreux déterminants sociaux sont à prendre en compte dans l'accès à la santé. On sait aussi que la consommation de soins figure parmi les premiers biens et services auxquels les individus renoncent quand ils ont à arbitrer avec la consommation d'autres biens et services (se nourrir, se loger...). C'est donc une nouvelle fois sur les plus fragiles que pèsera la disparition du tiers payant généralisé.

Le remboursement d'une consultation périodique de prévention dédiée pose plus largement la question de son utilité. D'un point de vue scientifique, il n'existe que de très faibles éléments de preuve concernant l'intérêt de ce type de consultation.

Saisi sur les pratiques en médecine générale des consultations de prévention, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) préconisait plusieurs pistes :

- La logique préventive doit s'inscrire dans un continuum organisé au sein d'un parcours coordonné de santé, s'appuyant sur les temps de consultation habituels et itératifs entre médecin traitant et patient, plutôt que sur une consultation dédiée à la prévention ;
- Les examens périodiques de prévention ne doivent pas relever uniquement du médecin traitant mais s'inscrire dans une coopération entre professionnels et l'instauration de temps de concertation pluridisciplinaire. Autrement dit, la logique préventive exige de redéfinir les modalités d'intervention entre, d'une part, le médecin traitant, et d'autre part, des activités donnant lieu à des consultations à orientations principalement préventives ;
- Le type et la nature des activités préventives nécessitent d'élargir les modalités de rémunération, limitées aujourd'hui principalement au paiement à l'acte.

Pour le HCSP, une prise en charge d'aval de qualité ne passe pas par une consultation périodique de prévention, mais par une réorganisation de la médecine de premier recours et son articulation avec certaines professions – diététiciens, psychologues, éducateurs médico-sportifs –, des associations de prévention, d'intervenants du social ou du médico-social. C'est donc à un changement complet de modèle vers lequel il conviendrait de tendre pour « *construire un véritable "parcours de prévention" que suivront les Français tout au long de la vie* » proposé par le candidat Fillon, non une consultation plus longue et mieux rémunérée.

EN DEFINITIVE

Notre système de santé est trop important, trop complexe, peuplé de trop d'acteurs pour être abordé à l'aune de quelques grands principes. Par-delà les effets d'annonce, le programme santé du candidat Fillon se présente comme difficile à mettre en œuvre quand ce n'est pas à côté des enjeux. Même claironnées, les suppressions de postes dans la fonction publique hospitalière toucheront les effectifs hospitaliers au-delà des seuls personnels administratifs ; même tue, la séparation entre « petit » et « gros » reviendra au galop ; même proclamée, la révolution de la prévention se fera encore attendre. C'est sans compter que son programme ne contient aucun des leviers visant à faire le pari des acteurs de terrain. La création d'une Agence nationale de santé et/ou d'une Agence de garantie de la couverture solidaire des dépenses de santé n'aura pas d'impact sur ce point.