



Logique libérale, santé et soins

La question de la santé dans une société recouvre des notions complexes et diverses. En étudiant son articulation avec la logique libérale, il est possible d'offrir aux citoyens des outils permettant à la fois de comprendre les enjeux d'une politique prenant en charge les besoins de santé de la population, et les graves dangers que fait courir, dans ce secteur comme dans d'autres, l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

La logique libérale, qui considère le secteur de la santé comme un simple marché, entretient délibérément la confusion entre santé et soins : le complexe médico-industriel, qui façonne le discours des professionnels, veut nous faire croire qu'être en bonne santé dépend essentiellement des soins que l'on reçoit, et non pas des conditions de vie, de travail et d'environnement.

Ce discours mystificateur fait miroiter le bien-être individuel, le *cocooning* et les miracles du *high-tech*. Pourtant, les avancées de la médecine n'ont pas empêché l'aggravation des inégalités en matière de santé, ni la dégradation des conditions de vie. La flexibilité des emplois, les difficultés de transport ou de logement, la dislocation des solidarités familiales ou de quartier compliquent le quotidien et aggravent la situation sanitaire. N'oublions pas que son amélioration a historiquement tenu davantage au tout-à-l'égout qu'aux vaccins, ce qui ne dévalorise en rien les considérables progrès de la recherche médicale.

Le système de soins, pourtant financé collectivement, ne répond pas aux besoins de santé. La collusion entre le lobby médico-industriel¹ et les technocrates privilégie les secteurs les plus coûteux et les plus rentables : la chirurgie, l'imagerie, l'innovation forcenée, les spécialités. Alors que l'accès aux techniques chères semble aller de soi, on dévalorise et on sous-paye ceux qui assurent les soins consommant davantage de temps humain et moins de technique : la gériatrie, le maintien à domicile, la médecine générale. Faire rembourser par la Sécurité sociale, de plein droit et sans débat, les secteurs les plus onéreux, c'est se livrer à une espèce de détournement de fonds publics.

Les Agences régionales d'hospitalisation (ARH), sous couvert d'une utilisation rationnelle des moyens existants, délèguent au privé les activités de soins rentables et laissent à l'hôpital les soins lourds et coûteux en personnel humain. Ce système apparaît dans toute sa logique au " pôle santé " de Carpen-

tras : d'un côté du couloir, l'hôpital public qui se charge de gériatrie, d'infectiologie, d'urgences ; de l'autre, le privé auquel revient la chirurgie, l'urologie, la radiologie interventionnelle, etc. Tandis que l'hôpital public s'appauvrit, les cliniques, fières de leur " meilleure gestion ", dégagent des profits et sont cotées en Bourse, tout en exigeant une aide de l'Etat pour payer leurs infirmières².

Dérive de l'assurance maladie

Actuellement, l'assuré social est complètement dépossédé de son pouvoir de décision : il n'y a pas eu de réelles élections depuis 1983. Le conseil d'administration des caisses et son président élu pèsent très peu face à la tutelle de l'Etat, représenté par un directeur de caisse dont la mission est uniquement comptable et gestionnaire. On peut d'autant plus critiquer cette gestion technocratique que la preuve a par ailleurs été faite, lorsqu'il existe une réelle volonté politique, de la possibilité d'améliorer l'accès aux soins. Ainsi, en votant la loi sur la couverture maladie universelle (CMU), le Parlement a remis dans le droit commun toute une population qui en était jusque-là exclue : jeunes sans travail, femmes séparées de leurs conjoints, chômeurs en fin de droits.

L'assurance maladie est devenue une source de revenus, un enjeu de pouvoir financier pour les organisations syndicales, les débats de fond étant relégués au deuxième plan. Elle finance moins des équipements que des comportements humains, des personnes dont la tâche est de soigner. Il est très dommageable que les objectifs de santé soient absents : il faudrait que la Sécurité sociale encourage de bonnes pratiques, de bonnes façons de faire entre professionnels et avec les patients ; qu'elle recueille des données de santé publique et qu'elle les fasse circuler. L'assurance maladie ne se préoccupe pas de savoir à quoi est affecté son budget, la circulation de l'argent se faisant au hasard des rapports de force. Au bout du compte, l'absence de démocratie de la Sécu fait le lit de la logique libérale.

¹Décrit par Zac Goldsmith in *L'Ecologiste*, vol 1, n°1, 2000.

²Voir l'exemple de la clinique du Petit Colmoulin in *Refusons que la santé soit une marchandise*, CCC-OMC, 44, rue Montcalm, 75018 Paris.

Malgré le principe de solidarité qu'incarne la Sécurité sociale et les avancées de la CMU, l'accès aux soins reste inégalitaire. L'existence de deux secteurs libéraux, (à tarif conventionné remboursé, et à dépassement d'honoraires non remboursés), et le secteur privé à l'hôpital organisent de façon flagrante une médecine à deux vitesses.

Deux logiques s'affrontent ainsi : la logique de solidarité et la logique libérale. Cette dernière, soutenue par le Medef, les syndicats conservateurs et les assurances privées, veut démanteler la Sécurité sociale et organiser un " panier de soins minimum ". Au-delà, seuls les plus riches pourront choisir leurs soins. Si le complexe médico-industriel a, pendant de longues années, profité de la Sécurité pour se constituer un marché solvable et se développer, il a aujourd'hui besoin de la privatiser et d'ouvrir son marché aux assurances privées afin de poursuivre son expansion. Les pauvres devront se contenter d'un panier de soins restrictif, et ceux qui paieront des cotisations conséquentes accéderont aux soins les plus performants. Il va devenir de plus en plus difficile d'être pauvre et malade...

On assiste par ailleurs à un transfert de charges de la Sécurité sociale vers les familles. Ainsi la toilette à domicile pour les personnes dépendantes, qui était prise en charge par des infirmières et remboursée, tend à être considérée comme un acte de " confort " à faire assurer par des auxiliaires payées par les familles.

Le lobby pharmaceutique

Les lobbies pharmaceutiques internationaux pèsent de tout leur poids dans la dérèglementation des systèmes de santé. Non seulement ils contrôlent la production et le prix des médicaments (protégés par le système des brevets empêchant les pays pauvres de produire à moindre coût), mais ils interviennent auprès des prescripteurs - les médecins - par le biais des visiteurs médicaux, des revues professionnelles (dont ils assurent l'existence), des symposiums et colloques.

Si, dans les pays du Nord, les citoyens pâtissent de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur toute la chaîne de décision du système de soins, dans les pays du Sud, cette politique signe l'arrêt de mort de pans entiers de la population. L'enjeu du système des brevets est bien connu : l'industrie pharmaceutique veut empêcher ces pays de produire eux-mêmes les médicaments nécessaires, sous forme de génériques, notamment pour le traitement du sida. L'Afrique du Sud, le Brésil et l'Inde, qui avaient

tenté d'en produire, avaient été menacés de rétorsions économiques. Seule la pression internationale put contraindre les Etats-Unis de retirer leur plainte contre l'Afrique du Sud, puis contre le Brésil, et à accepter certaines concessions lors de la conférence ministérielle de l'OMC à Doha en novembre 2001³.

Alliances et affrontements

Parler de santé, c'est parler de contradictions au sein de l'organisation sociale et du système de soins. La protection sociale est le résultat d'une succession d'alliances et d'affrontements entre l'Etat, les professionnels, l'industrie du soin, les syndicats de salariés et les citoyens. Après la deuxième guerre mondiale, un compromis social avait été élaboré, reposant sur un secteur public important et une législation sociale généreuse. La création de la Sécurité sociale s'est, au début, heurtée à l'hostilité des médecins qui se sont seulement résolus à se conventionner quand ils ont compris que cela leur ouvrait un marché solvable. En France, la médecine s'est constituée sur cette particularité qu'est l'association d'un financement socialisé à un double secteur : un système privé libéral en ville, payé à l'acte, et un secteur public salarié hospitalier important, tous deux remboursés.

Des alliances se sont nouées entre la médecine hospitalo-universitaire et l'industrie du médicament et des technologies médicales afin de promouvoir les avancées de la science au sein des centres hospitalo-universitaires (CHU) créés en 1960. De là date ce que l'on peut appeler le complexe médico-industriel.

Depuis les années 1980, les choses changent rapidement : à l'hôpital, démantèlement du service public, les secteurs prestigieux et rentables passant au privé ; en médecine de ville, diminution de la part socialisée remboursée des soins par la création d'un secteur à honoraires libres non remboursés, et par l'augmentation du ticket modérateur (ce qui était remboursé à 75 % ne l'est plus qu'à 70 %, certains médicaments, dits " de confort ", l'étant seulement à 35 %).

Avec l'arrêt de la croissance, on assiste à deux phénomènes. D'abord, une collusion entre les technocrates, soucieux de la rationalisation des coûts, voire du rationnement des dépenses, et les tenants de la logique marchande, pour lesquels l'hôpital est une entreprise, et les malades des clients. Il est devenu plus facile de financer un ordinateur pour chiffrer les dépenses que de salarier une infirmière. Des lits d'hôpitaux ont été fermés sans savoir si le relais pouvait être assuré en ville. Avec des conséquences dramatiques dans bien des secteurs, notamment

³Sur l'accès aux médicaments et les rapports Nord-Sud, lire *Pratiques. Les Cahiers de la médecine utopique*, n°9, avril 2000 ; le dossier de *Courrier International*, n°538, 2001 ; Bernard Cassen et Frédéric F. Clairmont, " Globalisation à marche forcée ", *Le Monde diplomatique*, décembre 2001.

l'hospitalisation des personnes âgées et des malades psychiatriques.

Ensuite, l'augmentation du ticket modérateur et le "secteur 2" à honoraires libres ont provoqué un développement considérable du marché assurantiel : les assurances privées vendent (à ceux qui peuvent payer des cotisations conséquentes) un remboursement de soins non pris en charge par la Sécurité sociale. Les assurances privées pratiqueraient ainsi une sélection de risques, en accueillant des patients jeunes, bien portants et riches - qui peuvent s'offrir des bilans avec les techniques les plus performantes -, laissant à ce qui subsisterait de la Sécurité sociale la charge de s'occuper des personnes pauvres et malades, susceptibles de nécessiter des soins longs, coûteux et peu rentables. Dans un récent entretien, le professeur Jean-François Mattéi, nouveau ministre de la santé, nous prépare à la mort de la Sécu, comme si elle était inéluctable, en annonçant " la dernière tentative pour sauver la Sécu "4.

Aujourd'hui, le Medef pèse de tout son poids pour banaliser l'introduction des assurances privées dans le champ de la protection sociale, en utilisant la presse médicale et grand public - soutenues largement par l'industrie pharmaceutique -, au travers des discussions avec les instances paritaires de la Sécurité sociale et par un intense lobbying auprès des parlementaires français et européens, et auprès de la Commission.

Les professionnels, les citoyens et l'Etat

Le corps médical est divisé par les problèmes hiérarchiques et par les conflits d'intérêt. Les professionnels parfois les mieux placés dans la hiérarchie et les revenus veulent faire croire que le corps est uni, au seul service des malades. Dans le même temps, ils se battent souvent uniquement pour leurs propres intérêts corporatistes, sans réfléchir aux difficultés des autres et aux articulations entre les revendications. Quoi de commun entre un spécialiste de l'imagerie et une infirmière ? Ou entre le niveau de rémunération, d'horaires, de fatigue et de stress d'un allergologue et d'un généraliste ? La Sécurité sociale elle-même participe à cette discrimination entre professionnels du soin, en proposant, par exemple, une aide dérisoire aux kinésithérapeutes et aux infirmières pour informatiser l'utilisation de la carte Vitale : 152 euros au lieu de 1 372 euros aux médecins.

Les récentes grèves des professionnels de santé et le discours actuel des médecins se sont focalisés sur l'augmentation du prix de la consultation. N'y a-t-il pas un certain cynisme à faire croire que la consul-

tation à 20 euros règlera les problèmes de l'organisation des soins, au moment où les services hospitaliers ferment par manque de salaires décents pour les infirmières ? La presse ignore délibérément les initiatives des professionnels qui luttent pour que l'amélioration de leurs conditions de travail ne se fasse pas au détriment des principes de solidarité avec la population.

Un des points de clivage entre médecins concerne le paiement à l'acte : le paiement à l'acte exclusif les incite en effet à multiplier les consultations pour augmenter leur revenu, à faire de la médecine expéditive à grand renfort de médicaments et d'exams. Le lobby des spécialistes, les syndicats conservateurs et les institutions bloquent depuis 30 ans toutes les initiatives en vue d'une rémunération au forfait qui, seule, tient compte du temps de concertation, de formation et de prévention avec les "usagers". On a assisté à des alliances contre nature de plusieurs syndicats de salariés avec des syndicats conservateurs de médecins, ce qui démontre qu'il ne suffit pas d'être ensemble dans la rue pour avoir une conception commune du soin et de la protection sociale.

L'Etat est partagé. D'une part, il fait preuve d'une certaine frilosité, craignant de s'opposer à un corps professionnel influent, phénomène qui s'explique aussi par une communauté de classe entre dirigeants politiques, médecins spécialistes dans les domaines performants et représentants de l'industrie pharmaceutique, tous, souhaitant que le système de soins se développe au mieux des intérêts de l'industrie. Mais, d'autre part, l'Etat doit conserver une soupape de sécurité pour maintenir la paix sociale au travers de la protection sociale. Certains de ses experts considèrent d'ailleurs que le modèle libéral, avec sa multitude de cabinets isolés, entraîne une inflation des dépenses, et devrait être remplacé par un système mixte : forfait-salariat et paiement à l'acte.

Quant aux citoyens, leur représentation a toujours été bloquée par l'Ordre des médecins, créé sous Vichy, et qui a toujours fait obstacle aux mesures favorables à la population. Rappelons que l'Ordre s'est opposé à la création de la Sécurité sociale, à la médecine de groupe, à la contraception et à l'avortement, et aux tentatives de certains médecins de travailler hors du paiement à l'acte. Les citoyens se sont cependant mobilisés dans des combats touchant à la santé : conditions de travail (amiante, plomb), lutte des femmes pour imposer contraception et avortement, bataille pour protéger le secret médical et empêcher l'informatisation de la société, campagnes du mouvement associatif pour que les malades du sida soient respectés et soignés,

⁴Le Monde, 12 juillet 2002

dénonciation des abus du pouvoir médical, comités de défense des hôpitaux publics, etc. Il serait indispensable qu'à la place de l'Ordre des médecins, qui représente seulement la fraction la plus conservatrice de la profession, se constituent des chambres de santé locales regroupant citoyens, professionnels, médecins, infirmières, kinésithérapeutes, etc., avec les représentants de la Sécurité sociale.

Menaces de l'OMC et de l'AGCS

Si l'AGCS⁵ ne constitue pas encore une menace immédiate sur le système de soins, l'OMC agit déjà sur la santé en influençant le prix des médicaments, l'alimentation, les conditions de travail.

Les arbitrages commerciaux entre pays se font toujours au détriment des priorités de santé. L'exemple le plus connu, grâce à l'action de la Confédération paysanne et de José Bové, est celui de la viande aux hormones : l'Union européenne n'ayant pas démontré que le boeuf américain nourri aux hormones de croissance pouvait être dangereux pour la santé, elle ne pouvait en refuser l'importation sans encourir des représailles (environ 120 milliards de dollars par an, sous forme de surtaxation des importations, notamment de fromage de Roquefort). Avec son Organe de règlement des différends (ORD), l'OMC a, en effet, les moyens de " punir " les pays membres qui voudraient choisir ce qu'ils veulent acheter.

L'existence de la Sécurité sociale, en revanche, est menacée à terme par l'AGCS. Les Etats signataires s'engagent à augmenter progressivement le nombre des services couverts par l'Accord. Lorsqu'un service y est inclus, deux règles s'appliquent aussitôt : celle du traitement national (égalité de traitement entre services fournis par des entreprises nationales et des entreprises étrangères) et celle de la clause de la nation la plus favorisée (tout avantage consenti à un pays membre doit être étendu à tous les autres). En clair, dans le domaine de la santé, l'Etat ne pourrait plus réglementer les implantations privées dans le secteur du soin, et il devrait leur accorder les mêmes aides qu'au secteur public. L'article 6 de l'AGCS nous prévient : les régimes d'assurance obligatoire peuvent entraîner la plainte d'un fournisseur qui s'estimerait lésé, les subventions publiques étant devenues des obstacles au commerce. La Sécurité sociale pourrait donc être traînée devant l'ORD, tribunal composé d' " experts " non élus, et dont les délibérations se tiennent à huis clos. L'engagement du secteur de la santé dans l'AGCS entraînerait une formidable régression des systèmes d'assurance maladie pour les pays qui en sont pourvus, et empêcherait les autres d'envisager un système de santé publique basé sur la solidarité. C'est pourquoi il est impératif d'exclure du champ de l'AGCS (donc des offres et demandes de libéralisation) l'ensemble du secteur de la santé, du soin et des services sociaux, comme d'ailleurs ceux de l'éducation et de la culture.

Il faut à la fois ouvrir la question de la santé au débat politique, et la " démedicaliser ". Il faut promouvoir un débat véritablement démocratique sur le fonctionnement de la Sécurité sociale et sur son financement. Il convient, enfin, d'organiser des lieux de concertation avec les citoyens : des " chambres de santé ", aux niveaux local et national.

La nécessaire réorganisation du système de soins impliquerait :

- de revoir la carte sanitaire en se basant sur les besoins de la population ; d'empêcher la désertification de certaines régions, non seulement en médecins ruraux, mais en spécialistes, en lits d'hôpitaux, en commerces et écoles.

- de défendre la Sécurité sociale, avec un accès aux soins pour tous. Cela nécessite une couverture intégrale des dépenses de soins ; la mise en place de la dispense d'avance de frais ; la suppression du secteur 2 en ville, et du secteur privé à l'hôpital ; la remise à niveau et le renforcement du secteur d'hospitalisation publique.

- d'organiser différemment l'articulation entre les différents professionnels de santé, et donc, dans leur formation, de mettre en place un socle commun de connaissances. Les conditions seraient ainsi créées d'une reconnaissance mutuelle et d'habitudes de travail en commun. Le mode de rémunération devrait être modifié pour valoriser le travail de concertation et de prévention en équipe.

- d'instituer des lieux d'écoute et de parole permettant à tous, professionnels et citoyens, de sortir du modèle biomédical et de s'ouvrir aux réalités de vie des uns et des autres, afin de faire naître d'autres formes de relations sociales.

⁵Pour en savoir plus, visiter le site de l'OMC <http://www.wto.org> ; lire également les articles de Susan George, *Le Monde diplomatique*, juillet et novembre 1999, juillet 2000 ; et son ouvrage, *Remettre l'OMC à sa place*, Attac/Mille et Une Nuits, Paris, 2001 ; *Pratiques*, n° 8, 2000.

BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

- QUI DECIDE DE NOTRE SANTE ?.- Bernard Cassou, Michel Riff, (*La Découverte /Syros, Paris, 1998*).
- Revue Pratiques. *Les Cahiers de la médecine utopique* n° 4 " Santé et environnement : les vrais enjeux ", 1998 ; n° 5 " La santé au travail ", 1999 ; n° 8 " La santé n'est pas à vendre ", 2000 ; n° 9 " L'hôpital en crise ", 2000 ; n° 17 " Des remèdes pour la Sécu ", 2002. Tel 01 46 57 85 85- mail pratiques@aol.com site: www.smg-pratiques.info

Contact au siège d'Attac : Jean Le Pouliquen
Tél. : 01 53 60 92 43 ou sante@attac.org.