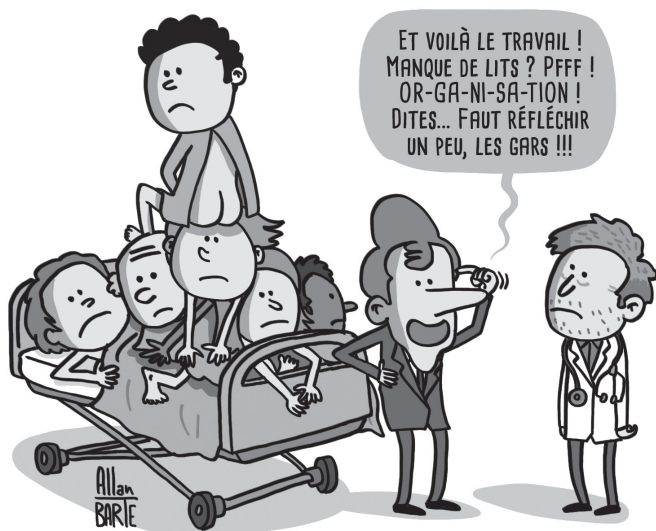


POUR MACRON, « CE N'EST PAS QU'UNE QUESTION DE MOYENS, C'EST UNE QUESTION D'ORGANISATION ».
LE GOUVERNEMENT PRÉVOIT 900 MILLIONS D'EUROS D'ÉCONOMIES DANS LES HÔPITAUX EN 2021.



SANTÉ

La politique de la caisse vide

« Je veux que le système de santé soit l'un des piliers de notre État-providence du XXI^e siècle [...] Nous devons le restructurer pour les cinquante ans à venir. »

Emmanuel Macron, septembre 2018

TEMPS FORTS DU QUINQUENNAT MACRON

- ☞ Suppression du « forfait social » (contribution à charge de l'employeur), mai 2018 ;
- ☞ Réforme « 100 % Santé » (optique, audioprothèse, soins dentaires), juin 2018 ;
- ☞ « Ségur de la Santé », mai à juillet 2020.

Les choix politiques d'Emmanuel Macron en matière de politique de santé ont été principalement guidés par la volonté de poursuivre les réductions des dépenses publiques de santé entamées par ses prédécesseurs, tout en en faisant supporter les coûts par les assureurs complémentaires. Ces politiques n'ont pas permis de résoudre les principaux problèmes auxquels se heurte le système de santé français : les déserts médicaux, les inégalités d'accès aux soins et la dégradation continue de l'hôpital public.

Alors qu'en 2019, la branche maladie de la Sécurité sociale arrivait à l'équilibre après plusieurs années de déficit, Emmanuel Macron a relancé la politique des « caisses vides » : suppression du « forfait social » (contribution à la charge de l'employeur) pour les entreprises de moins de 250 salarié·es en mai 2018, engendrant une baisse d'un demi-milliard d'euros de recettes pour la Sécurité sociale ; réintroduction de l'exonération des cotisations sociales des heures supplémentaires (2019). Ces deux mesures non compensées par l'État marquent la fin du compromis

Santé

historique de 1994 selon lequel l'État doit compenser à l'euro près « toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale pendant la durée de son application ». Elles génèrent un manque à gagner appelant *de facto* des réformes et des économies pour le combler.

Accepter l'augmentation des dépenses de santé

En 2020, la Commission des comptes de la Sécurité sociale estimait à 4,4 % le taux de croissance des dépenses de santé nécessaire pour compenser l'augmentation des dépenses liées au vieillissement de la population et aux innovations médicales. Mais les lois de financement de la Sécurité sociale de 2018 à 2020 ont confirmé la volonté de limiter les dépenses publiques de santé, puisque celles-ci, fixées dans le cadre de l'Objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM), n'ont progressé que de 2,3 % à 2,5 % par an. Ces taux de croissance sont insuffisants pour faire face à la hausse des dépenses de soins. Alors que les personnels hospitaliers manifestaient depuis plus d'un an face à la dégradation des soins hospitaliers, l'ONDAM de 2021 prévoyait des économies de l'ordre de 4,2 milliards d'euros pour l'hôpital public. Même après les deux années de crise sanitaire au cours desquelles le sous-financement de l'hôpital public a été largement mis à jour, l'ONDAM (hors mesures liées au Covid et au Ségur de la Santé) pour l'hôpital n'augmentera que de 2,6 % en 2022.

La crise sanitaire a toutefois contraint le président Macron à accroître les dépenses de santé et à répondre

– très partiellement – aux revendications des soignants et soignantes. Présentés en juillet 2020, les deux piliers du «Ségur de la Santé» consistent en une revalorisation des salaires des soignant-es des hôpitaux et des Ephaad pour 9 milliards d’euros par an d’une part et un plan d’investissement de 19 milliards d’euros étalés sur 10 ans d’autre part. En dépit de quelques avancées, notamment salariales, les annonces du Ségur restent très en deçà des besoins de l’hôpital public. Les investissements annoncés ne compensent pas le retard pris les années antérieures et les revendications salariales laissent les salaires moyens des personnels soignants, en particulier des infirmier-es, inférieurs à ceux de leurs homologues européens (2 070 euros nets contre 2 600 euros nets en moyenne dans l’OCDE). Ces augmentations ne permettront pas de combler les besoins en personnel des hôpitaux publics et ne soulageront pas la souffrance de celles et ceux qui y travaillent : à la fin 2021, 20 % des lits d’hôpitaux en France sont fermés faute de personnel. Enfin, aucune mesure concernant l’administration ou l’articulation entre médecine de ville et hôpital n’est envisagée.

Des soins livrés au secteur privé...

Dans la lignée des précédents gouvernements, un axe majeur de la politique d’Emmanuel Macron consiste à réduire la fourniture publique de soins au profit de l’offre privée. Depuis plusieurs années, les capacités d’hospitalisation à temps plein diminuent tandis que les places en

Santé

hospitalisation partielle (moins d'un jour) augmentent. Ainsi, en 2017, l'offre hospitalière à temps plein est tombée à moins de 400 000 lits, soit 69 000 lits de moins qu'en 2003. De la même façon, les services de soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue) ont vu leur nombre de lits diminuer de 5,6 % entre 2013 et 2019. Enfin, le nombre d'établissements de santé diminue lui aussi progressivement : entre 2013 et 2017, le nombre d'hôpitaux de statut public ou privé à but non lucratif a été amputé de 126 établissements, au profit de cliniques privées lucratives.

Ce transfert de la prise en charge du patient de l'hôpital public vers le privé est clairement assumé dans le « virage ambulatoire » et dans le plan « Ma santé 2022 » : baisse de l'offre de soins hospitaliers compensée par la création de 4 000 postes d'assistants et assistantes médicaux au statut très imprécis ; prise en charge des urgences non vitales par les médecins libéraux après 20 heures ; développement de la médecine « numérique » comme solution face aux déserts médicaux et aux difficultés d'accès à certains spécialistes.

La réforme « 100 % Santé » permet aux patient-es bénéficiant d'une complémentaire santé d'accéder à des biens médicaux en optique, audioprothèse et dentaire sans reste à charge. Appliquée progressivement à partir de janvier 2019, cette réforme améliore l'accès à ces biens médicaux que les assureurs privés remboursaient très inégalement et dont la prise en charge par la Sécurité sociale est très faible, voire nulle. Le coût de cette réforme est ainsi supporté quasi exclusivement par les assureurs complémentaires

qui pour ce faire doivent inévitablement augmenter leurs tarifs. Selon Philippe Mixe, président de la Fédération nationale indépendante des mutuelles, une hausse « brutale et inédite » (de 7 à 10 %) est attendue en 2022.

... et des charges transférées vers les complémentaires

Encouragé par les pouvoirs publics, le développement de l'assurance complémentaire en santé est un facteur important de croissance des inégalités d'accès aux soins. En effet, si près de 96 % de la population dispose d'une couverture complémentaire en santé, la qualité de cette couverture est fortement liée à la position sociale de chacun-e : les plus gros salaires bénéficient d'un niveau de remboursement plus élevé, et parmi les 4 % des personnes non couvertes, on trouve principalement des chômeurs et chômeuses, des précaires et des étudiant-es.

La part croissante prise par l'assurance complémentaire est un élément central du développement d'un système de santé à deux vitesses : d'une part, un secteur public insuffisamment financé, dont le périmètre et la qualité se dégradent, mais dont les coûts sont bien pris en charge. D'autre part, un secteur privé dont le périmètre augmente mais face auquel les patient-es sont inégaux, plus ou moins, voire non remboursés, en fonction de la complémentaire dont ils disposent.

En définitive, le quinquennat d'Emmanuel Macron a poursuivi et accentué les politiques antérieures, en cherchant à réaliser 15 milliards d'économie en cinq ans, et en

Santé

affaiblissant l'hôpital public et la Sécurité sociale au profit de l'assurance complémentaire. Si la crise sanitaire n'a pas permis de réaliser pleinement cet objectif, il est à craindre qu'un second mandat le lui permette.