

Les différentes facettes de la privatisation rampante du système de santé

lundi 28 octobre 2013, par André Grimaldi

Le processus de privatisation des systèmes de santé a été imaginé dans les années 1980 par des *think-tanks* (Gouvernance Institute et Institute Health Summit). Puis il a été adopté par l'OCDE et l'OMC, laissant le soin à chaque pays d'adapter son application en tenant compte des spécificités nationales [1]. Combattre ce processus de privatisation suppose d'intervenir sur plusieurs fronts [2] : sur le front théorique et idéologique, sur le modèle scientifique de la médecine, sur celui de l'« hôpital-entreprise » et sur le financement du système de santé.

1. D'abord sur le front théorique et idéologique

Il s'agit de défendre la santé comme un bien commun universel et non comme un bien privé individuel. Et ce pour trois raisons fondamentales :

Premièrement, de nombreuses maladies résultent de l'environnement (certains cancers, les allergies, l'obésité et ses conséquences, la pollution, les accidents du travail...). Leur prévention relève d'une politique de santé publique (la France consacre moins de 5 % des 240 milliards d'euros de dépenses de santé à la prévention). Nombre de maladies infectieuses sont contagieuses. Leur traitement et leur prévention ne se conçoivent pas sans une action au niveau des populations dans leur ensemble. Sans même évoquer les addictions et les dépressions, véritables maladies du siècle favorisées par la crise sociale et la promotion de l'individualisme menant en réalité au développement de la solitude.

Deuxièmement, le malade, ou même seulement la personne qui se croit malade, n'est pas un « consommateur éclairé », mais une personne anxieuse. Le progrès de ses connaissances et de son information, notamment grâce à internet, ne modifie pas fondamentalement l'asymétrie relationnelle avec les professionnels de santé. Tout au plus, amène-t-il plus souvent le patient à demander un second avis (en dehors des urgences, bien évidemment). Ce que recherche un patient, c'est d'abord et avant tout une confiance. Et c'est pourquoi les médecins prêtent serment de ne pas abuser de cette confiance. D'où l'importance majeure de l'indépendance des professionnels à l'égard des industriels de la santé comme des gestionnaires et des financeurs.

Troisièmement, les modalités de financement de la santé expriment les valeurs profondes d'une société. Le principe d'égalité des personnes face à la maladie et à la mort, quelles

que soient leurs conditions sociales, leurs origines ou leurs croyances, est une valeur partagée par l'idéal républicain et l'éthique médicale. Aucune société développée ne peut accepter ouvertement de laisser mourir à la porte de l'hôpital ceux qui ne peuvent pas payer. Mais le renoncement aux soins, plus facilement toléré par le corps social, atteint 20 % en France, et se développe de façon vertigineuse en Grèce, en Espagne et au Portugal. Ce renoncement entraîne des consultations plus tardives, pour des pathologies évoluées plus graves et finalement ayant un coût plus élevé. L'exemple des États-Unis est sur ce point très éclairant. C'est le système de santé le plus libéral, en grande partie organisée par les assureurs privés, avec des résultats globalement très médiocres, pour un coût pour la société représentant 18 % du PIB (contre 11 à 12 % pour les Pays-Bas, la France, l'Allemagne, le Canada, la Belgique, la Suisse...). Cependant, même aux États-Unis, la moitié de la dépense de santé est publique pour le financement de MEDICAID pour les pauvres et de MEDICARE pour les personnes âgées. Si bien que les Américains paient deux fois : une fois pour eux et leurs familles (le plus souvent par le biais de contrats d'entreprise) et une deuxième fois pour les pauvres et les personnes âgées. D'où l'hostilité rencontrée par le président Obama qui a dû renoncer à une assurance publique universelle face à l'écho des positions du Tea Party demandant que chacun paye personnellement sa santé (comme sa sécurité...). Pourtant, en matière de santé, l'égalité est une condition de la qualité, comme l'a bien montré Richard Wilkinson [3]. Les riches Américains diabétiques sont moins bien soignés que les pauvres Français diabétiques pris en charge à 100 %. Un système public de santé égalitaire et solidaire est aussi la garantie pour les riches d'être aussi bien soignés que les pauvres ! Au-delà de la provocation, il suffit d'évoquer le cas d'un célèbre chanteur franco-belge ou de notre chère Liliane nationale pour comprendre qu'il ne suffit pas d'avoir beaucoup d'argent pour être bien soigné.

2. Le second front de lutte contre la privatisation concerne le modèle scientifique de la médecine

Après le premier modèle historique anatomo-clinique développé dans les hôpitaux-hospices, s'est développé, après la Seconde Guerre mondiale, le modèle biologique qui a été marqué en France par la création en 1958 des CHU. Dans les années 1980-90 est apparu le concept de « médecine industrielle ». Selon ce modèle, le médecin devenait un ingénieur ou un technicien pour deux raisons convergentes.

Tout d'abord, la pratique médicale ne reposait plus sur le raisonnement physiopathologique mais sur les faits démontrés à partir d'études portant sur un très grand nombre de patients. Les grands nombres permettent de calculer des moyennes, des moyennes on peut faire des normes et ces normes peuvent être transcrites en recommandations que les médecins n'ont plus qu'à appliquer et que les malades doivent observer.

Parallèlement, le développement des techniques d'investigations et d'interventions permettait de définir avec précision des procédures rendant très secondaire l'expertise clinique fondée sur l'expérience. D'autant que le morcellement des soins permettait de simplifier, en la spécialisant, la tâche de chacun. La prise en charge « globale » du patient n'était plus que la somme d'interventions spécialisées dont il s'agissait d'assurer la cohérence et la continuité sur la « chaîne de production ». Le modèle de l'hôpital ressemblait à celui d'une entreprise, et plus particulièrement à une entreprise de transport aérien, avec ses procédures, ses *check-lists*, ses cercles de qualité, son pilotage automatique, ses tours de contrôle. Quelle est la réalité du concept de « médecine industrielle » défendu par Claude Le Pen, professeur d'économie de la santé [4] et par Guy Vallancien, chirurgien, professeur d'urologie ? Il y a une petite part de vérité, par exemple en radiologie et dans certains actes de chirurgie ou d'endoscopie où le médecin devient un technicien hautement qualifié, spécialiste d'un acte, n'ayant pas besoin d'examiner le malade ni même de lui parler (si ce n'est pour lui demander s'il a une « bonne mutuelle »). Mais pour l'essentiel, le médecin, comme le chirurgien, reste un artisan, tant les patients diffèrent les uns des autres. Chaque cas est singulier, singularité psychosociale bien sûr, mais aussi biologique et même anatomique. Les recommandations publiées par les autorités sanitaires ne sont pas faites pour être appliquées comme des recettes, mais pour permettre au professionnel (et au patient) de se situer par rapport à la moyenne et de pouvoir expliquer, et si nécessaire justifier, la distance par rapport à la « norme ». Nous sommes en train d'entrer dans la quatrième ère scientifique de la médecine, celle de « l'individualisation », y compris en cancérologie, dominée jusqu'ici par la standardisation des protocoles.

On peut grossièrement distinguer trois types de médecine.

1) La médecine des petites maladies aiguës bénignes et de la

chirurgie simple. La médecine traditionnelle du colloque singulier (relation bilatérale médecin-patient) est adaptée, même si une part pourrait être réalisée par des infirmières cliniciennes et des paramédicaux spécialisés (orthopédistes par exemple).

2) La médecine des pathologies graves et des gestes techniques complexes (de l'infarctus du myocarde à la greffe d'organes). Elle nécessite un regroupement de moyens techniques et humains, la constitution d'équipes (dont les membres sont habitués à travailler ensemble) et la mise en place de filières, du domicile au centre de soins de suite spécialisé, en passant par le centre hospitalier référent.

Une partie, mais une partie seulement, de ces deux médecines concernant des actes standardisés pourrait être qualifiée de « médecine industrielle » et être réalisée par des techniciens.

3) Enfin, la médecine des maladies chroniques qui doit assurer une prise en charge globale du patient. Ce devrait être une médecine « intégrée », à la fois biomédicale, pédagogique, psychologique et sociale, où l'éducation thérapeutique du patient, et si nécessaire de son entourage, est essentielle. Médecine intégrée, mais aussi coordonnée entre les professionnels et entre la ville et l'hôpital. Cette médecine concerne 15 millions de nos concitoyens, et ce nombre ne peut qu'augmenter en raison du vieillissement de la population et des progrès relatifs de la médecine permettant de soigner de mieux en mieux tout en s'avérant incapable de guérir. Ainsi, le nombre de diabétiques augmente dans notre pays de 5 % par an, en raison du développement de l'obésité, de la sédentarité et du vieillissement de la population, mais aussi de l'accroissement de la durée de vie des patients.

3. Le troisième front est celui de « l'hôpital entreprise »

Celui-ci se décline sur plusieurs plans

1) Réaffirmer, comme l'a fait la ministre, l'existence d'un service public hospitalier composé des hôpitaux publics et des établissements privés à but non lucratif participant au service public, est indispensable mais insuffisant, tant que la tarification à l'activité (T2A) reste le mode de financement dominant des hôpitaux. En effet, selon le droit européen, toute activité donnant lieu à une tarification doit être soumise à la concurrence. C'est pourquoi, à deux reprises, la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), regroupant les cliniques commerciales, a déposé plainte auprès de la Commission de Bruxelles contre le gouvernement français pour « entrave à la libre concurrence ». Et, un jour, cette plainte sera jugée recevable !

2) De ce point de vue, la fin de la « convergence tarifaire » visant à aligner les tarifs des hôpitaux sur ceux des cliniques privées est une bonne chose. Encore faudrait-il qu'elle ne s'applique pas

dans les faits, puisqu'en 2013 les tarifs des hôpitaux ont baissé de 0,83 %, tandis que ceux des cliniques commerciales ne baissaient que de 0,2%, malgré un cadeau de quelque 200 millions d'euros au titre du crédit impôt compétitivité emploi (CICE).

3) L'essentiel est cependant de mettre fin à la logique « business plan » qui s'est développée dans les hôpitaux et qui déconnecte l'activité et son financement de sa justification en terme de santé publique. En effet, le critère d'une activité hospitalière n'est plus le bénéfice pour le patient et pour la collectivité, c'est-à-dire « le juste soin au moindre coût », mais la rentabilité pour l'hôpital. Si bien que les médecins hospitaliers (et les directeurs) sont soumis au dilemme absurde : « défendre mon hôpital ou défendre la Sécurité sociale ». Chacun œuvre désormais de façon consciencieuse à « couler » la Sécu ! En effet, grâce à la T2A, mieux vaut amputer ou dialyser un patient diabétique que de prévenir l'amputation ou la dialyse, et mieux valent deux séjours courts à un seul séjour plus long ! Il faut substituer à cette logique commerciale une planification sanitaire décentralisée et démocratique. La T2A doit devenir ce qu'elle aurait toujours dû être : une simple technique de financement parmi d'autres, adaptée aux activités standardisées, programmées, ayant peu de variabilité, soit environ 80 % des activités des cliniques privées et 30 % des activités de l'hôpital public. Il faut utiliser concomitamment les trois modes de financement : la T2A, le prix de journée et la dotation, avec pour chacun un mode de régulation adapté (le volume d'activité, la durée de séjour, les caractéristiques des populations prises en charge).

4) Il faut rompre avec la politique des partenariats publics/privés (PPP) qui entraîne le plus souvent un transfert de fonds publics vers le privé lucratif, voire qui permet de remettre en cause le statut public de l'hôpital en le transformant en établissement privé à but non lucratif, comme cela vient de se faire pour la pédiatrie du CHU de Nice transférée à la fondation privée Lenval.

Le changement de statut de l'hôpital public est en effet une étape préalable permettant le dépôt de bilan ou la vente au privé lucratif, comme cela a été fait à grande échelle en Allemagne, où un tiers des hôpitaux publics ont été vendus au privé, et comme cela est en cours actuellement en Grèce, en Espagne et au Portugal malgré la mobilisation des professionnels de santé et de la population.

5) Reste la question des « restructurations », fusionnant des services, voire des hôpitaux, ou changeant leurs missions. À chaque fois, il convient de faire le tri entre les objectifs de modernisation ou de rationalisation justifiés et les objectifs de rentabilité à court terme, voire de recul de l'offre publique au profit du privé. Le dogme libéral du bienfait en toutes choses de la libre concurrence est tel qu'on voit aujourd'hui les hôpitaux publics se faire concurrence entre eux, pour acheter les services de médecins intérimaires, véritables mercenaires beaucoup mieux payés que les médecins hospitaliers titulaires ! Certains démissionnent même de leur hôpital pour y revenir travailler comme « mercenaires » itinérants, alors que la stabilité des

équipes dont les membres sont habitués à travailler ensemble est un facteur essentiel de la qualité des soins. Nouvelle preuve qu'en santé la concurrence augmente les coûts et a plutôt tendance à dégrader la qualité.

Néanmoins, on ne peut se contenter de répondre par une défense pied à pied de l'existant. Il est nécessaire de construire des projets alternatifs cohérents sur le triple plan médical, territorial et financier, permettant d'allier les professionnels et les populations concernées.

4. Dernier front, celui du financement du système de santé

Depuis l'origine, en 1945, le financement est mixte, associant la Sécurité sociale, les assurances privées (mutuelles, instituts de prévoyance, compagnies d'assurances) et les patients. La Sécurité sociale permet à chacun de se soigner en fonction de ses besoins (même s'il s'agit de besoins socialement reconnus et non personnellement perçus) en payant en fonction de ses moyens. Les assurances dites « complémentaires », quel que soit leur statut, sont moins égalitaires, offrant une « gamme » de contrats dont les tarifs correspondent à différents niveaux de prestations. À chacun selon ses moyens ! Moins égalitaires, les assurances « complémentaires » sont aussi moins solidaires, les primes étant plus élevées pour les personnes âgées ou ayant une charge familiale plus importante. Et, contrairement à la Sécurité sociale, le montant des primes n'est pas proportionnel aux revenus. Moins égalitaires, moins solidaires, les assurances privées sont également moins « efficaces », c'est-à-dire plus chères, avec des frais de gestion (incluant publicité, représentation, contentieux...), dépassant 15 % du chiffre d'affaires et pouvant atteindre 25 % pour les assurances privées lucratives versant des dividendes à leurs actionnaires. Dans les années 1990, un grand débat a divisé la mutualité française, dont la majorité a choisi de se soumettre à la directive européenne assurantielle et de modifier en conséquence le code de la mutualité. Aujourd'hui soumises à la concurrence des assureurs privés, les mutuelles sont contraintes à des regroupements/restructurations et à mimer le fonctionnement des compagnies d'assurance privées qui gagnent des parts de marché. Pourtant, le président François Hollande a décidé d'augmenter la part des assurances complémentaires, quitte à les subventionner par le biais de déductions fiscales et sociales. Ainsi, les contrats collectifs d'assurance santé sont subventionnés par l'État à hauteur de 4 milliards d'euros, auxquels il faudra ajouter 2 milliards pour la généralisation de la complémentaire santé des salariés prévue par l'ANI (Accord national interentreprises). Ce sera autant de recettes en moins pour la Sécurité sociale. Ce choix s'explique par deux raisons.

1) La réduction de la dépense publique à court terme, quitte à augmenter la part du PIB consacré à la santé en généralisant une sorte d'impôt privé prélevé par les assureurs, l'augmentation des primes d'assurances relevant par ailleurs mécaniquement le

montant du PIB ! Le seul perdant est l'assuré !

2) Le refus de s'affronter à des lobbies puissants de la santé en redéfinissant le « panier de soins » pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. [5] Les sources d'économies ne manquent pas, qu'il s'agisse des médicaments et dispositifs médicaux, des prescriptions et des actes inutiles et/ou inutilement répétés, des remboursements de transports abusifs, des hospitalisations injustifiées... Par exemple, les médicaments génériques sont deux fois plus chers en France qu'en Angleterre, soit 1 milliard d'euros pour la Sécurité sociale. C'est le Lucentis qui est utilisé dans le traitement de la DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge) et non l'Avastin aussi efficace mais vingt fois moins cher, car c'est le Lucentis et non l'Avastin qui a l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Coût pour la Sécu : 200 millions, etc.

Pendant ce temps, la Sécurité sociale continue à se désengager. Déjà, la prise en charge à 100% pour les hypertensions artérielles sévères (environ 300 000 personnes) a été supprimée. Et pour les soins courants (hors CMU et affections graves ou hospitalisations) la Sécurité sociale ne rembourse plus que 50 % des coûts. Si bien qu'aujourd'hui en France, pour se soigner, il

faut payer à la fois les cotisations sociales et la CSG pour la Sécu et une prime pour une assurance complémentaire. Ces dernières années, le montant des primes d'assurances a augmenté de 5 à 7 % par an, si bien que de plus en plus de gens expriment leur ras-le-bol de payer deux fois. Certains en viennent à remettre en cause le monopole de la Sécurité sociale. Pour ce faire, il suffira à la droite néolibérale d'attendre l'alternance à la fin du quinquennat. C'est pourquoi il paraît décisif de stopper le désengagement de la Sécurité sociale et le transfert vers les « complémentaires ». Un appel national [6] a été lancé par des médecins hospitaliers et de ville, par des représentants d'associations de malades, par des chercheurs, sociologues, économistes, philosophes, juristes, politistes... et par des responsables politiques de tous bords formant une sorte de front républicain, demandant l'ouverture d'un débat national pour que le choix entre « plus de Sécu ou plus de complémentaire » ne se fasse pas dans le dos des citoyens. Reste une question : pourquoi la Sécurité sociale ne pourrait-elle pas être non seulement l'assurance obligatoire pour tous, mais aussi la complémentaire pour ceux qui le souhaitent, comme c'est le cas pour la CMU complémentaire et dans le système d'Alsace-Moselle ? S'ils avaient le choix, les Français choisiraient à coup sûr la Sécu !

Notes

[1] Patrick Mordelet, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Paris, Ed. ENSP, 2006.

[2] André Grimaldi, Didier Tabuteau, François Bourdillon, Frédéric Pierru, Olivier Lyon-Caen, *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Paris, Odile Jacob, 2011. André Grimaldi, *La santé écartelée entre santé publique et business*, Brest, Ed. Dialogues, 2013.

[3] Richard Wilkinson, *L'égalité c'est la santé*, Paris, Ed. Démopolis, 2010.

[4] Claude Le Pen, *Les habits neufs d'Hippocrate, du médecin artisan au médecin ingénieur*, Paris, Calmann-Lévy, 1999.

[5] Philippe Askenazy, Brigitte Dormont, Pierre Yves Geoffard et Valérie Paris, « Pour un système de santé plus efficace », Rapport du Conseil d'analyse économique, juillet 2013.

[6] <http://pourundebatsurlasante.wordpress.com>.