

LA PRIVATISATION RAMPANTE DU SYSTEME DE SANTE

Le processus de privatisation des systèmes de Santé a été imaginé dans les années 80 par des Think-Tank (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 de ses spécificités nationales (1).

Combattre ce processus de privatisation suppose d'intervenir sur plusieurs fronts (2,3).

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 3 raisons fondamentales :

1- 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. Nombre de maladies infectieuses sont contagieuses. Leur traitement et leur prévention ne se conçoivent pas sans une action au niveau des populations. 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. Force est de constater que notre système de santé c'est construit comme un système de soins , avec une place réduite accordée à la prévention et un retard important au développement de la sécurité sanitaire.

2-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. Et d'où l'importance majeure de l'indépendance des professionnels à l'égard des industriels de la santé comme des gestionnaires et des financeurs

3- 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, quelques 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 USA 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. Cependant même aux USA , 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 2 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 des 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(4). 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 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 1^{er} modèle historique anatomoclinique développé dans les hôpitaux-hospices, s'est développé après la 2^{ème} guerre mondiale, le modèle biologique qui a été marqué en France par la création en 1958 des CHU. Dans les années 80-90 est apparu le concept de « médecine industrielle ». Selon ce modèle, le médecin devenait un ingénieur ou un technicien pour 2 raisons convergentes . 1 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. 2 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 devenait l'entreprise et singulièrement l'aviation avec ses procédures, ses check listes, ses cercles de qualités, son pilotage automatique, ses tours de contrôles. Quelle est la réalité du concept de « médecine industrielle » défendu par Claude Le Pen, professeur d'économie de la Santé(5) 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 psycho sociale bien sûr mais aussi biologique et même anatomique. Les recommandations ne sont pas faites pour être appliquées comme une recette mais pour permettre au professionnel (comme au patient) de pouvoir se situer dans chaque cas par rapport à la moyenne et de pouvoir expliquer, et si besoin justifier, la distance par rapport à la « norme ». Nous sommes d'ailleurs entrés dans la 4^{ème} ère scientifique de la médecine, celle de « l'individualisation », y compris en cancérologie, dominée jusqu'ici par la standardisation extrême des protocoles

On peut grossièrement distinguer 3 types de médecine.

1. La médecine des petites maladies aiguës bénignes et de la chirurgie simple La médecine traditionnelle du colloque singulier est adaptée même si une part pourrait être réalisée par des paramédicaux (infirmières cliniciennes spécialisées à l'image des sages femmes)

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 2 médecines concernant des actes standardisés, pourrait être qualifiée de « médecine industrielle » et être réalisée par des techniciens

3. Enfin la médecine des maladies chroniques. 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. Notons ici que la distinction entre la médecine de ville et la médecine hospitalière manque singulièrement de pertinence, comme si l'hôpital n'était pas dans la ville ! Les distinctions utiles doivent porter d'une part sur la médecine de 1^{er} recours versus la médecine spécialisée de 2^{ème} voire de 3^{ème} recours, et d'autre part sur la médecine ambulatoire (en ville comme à l'hôpital) versus l'hospitalisation dans un lit. Quoiqu'il en soit, cette médecine des maladies chroniques 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 plus de 5% par an, en raison du développement de l'obésité, de la sédentarité et du vieillissement de la population mais aussi en raison de l'accroissement de la durée de vie des patients.

Une autre classification tend à distinguer la médecine dite « traditionnelle » des médecines dites « alternatives » (médecine chinoise, homéopathie, chiropraxie, phytothérapie, auriculothérapie, podothérapie , toucher thérapeutique.....). Paradoxalement la médecine « traditionnelle » évolue de façon continue se soumettant à la fois au jugement de l'évaluation comparative de ses résultats, à l'exigence de leur reproductibilité et à la recherche de l'explication rationnelle des mécanismes d'action. C'est cette méthodologie objective qui caractérise la médecine scientifique alors que les médecines « alternatives » n'évoluent pas et refusent souvent toute évaluation scientifique, leur mécanisme d'action relevant le plus souvent de la simple croyance(en dehors de certaines plantes) . La méthode scientifique permet de distinguer l'effet thérapeutique spécifique d'une molécule de l'effet placebo. Elle permet ainsi de faire le tri dans la médecine « traditionnelle » comme d'ailleurs dans les médecines « alternatives ». On peut affirmer que les médicaments homéopathiques qui ne contiennent pas de molécule active ne sont que des placebos, évidemment sans effets secondaires mais potentiellement très dangereux s'ils sont pris à la place de traitements au rapport bénéfice/risque favorable démontré. Le développement des médecines dites « alternatives », à l'heure de l'essor de la médecine scientifique, s'explique à la fois par la peur des effets secondaires de presque tous les médicaments

actifs (en dehors de certaines vitamines), les publicités mensongères de l'industrie allant jusqu'au scandale mafieux du Médiateur, les conflits d'intérêts opaques de certains experts et par le recours des patients en situation de vulnérabilité à la « pensée magique ». Les gourous et les marchands profitent de la peur et de la crédibilité des patients pour utiliser l'effet placebo. Il est tristement significatif que l'Assistance publique des hôpitaux de Paris au nom du « client roi » (et payant) se lance dans le développement de ces médecines prétendues « alternatives » en réalité plus rentables pour les praticiens que pour les pratiquants.

3°) **Le 3^{ème} front** est celui de « l'hôpital entreprise » qui 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 2 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 quelques 200 millions d'euros au titre du CICE (crédit impôt compétitivité emploi)

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 vaut 2 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 due 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 1/3 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. A 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 bien fait 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 « mercenaire » itinérant 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 et les « ménages » soit directement soit indirectement par l'intermédiaire des assurances privées (mutuelles, instituts de prévoyance, compagnies d'assurances). 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. A 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 90 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 leur statut. 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'Etat 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 2 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 puissant de la Santé en redéfinissant le « panier de soins » pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. 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 2 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 20 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 mille 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 2 fois. Certaines 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 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 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 Alsace Moselle ? S'ils avaient le choix les français choisiraient à coup sûr la Sécu !

Octobre 2013

André Grimaldi,

CHU Pitié Salpêtrière

Références :

1 Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé. Patrick Mordelet Edit ENSP 2006

2 Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire. André Grimaldi, Didier Tabuteau, François Bourdillon, Frédéric Pierru, Olivier Lyon-Caen Edit Odile Jacob 2011

3 La santé écartelée entre santé publique et business. André Grimaldi Edit Dialogues 2013

4 L'égalité c'est la santé . Richard Wilkinson Edit Démopolis 2010

5 Les habits neufs d'hippocrate, du médecin artisan au médecin ingénieur. Claude Le Pen Edit Calman-Lévy 1999