

Réduire les dépenses de santé... en les privatisant ?

27 mai 2014 | Par [Les invités de Mediapart](#) - Mediapart.fr

« *Se contenter de la " politique du rabout " n'aboutira qu'à une dégradation de la qualité des soins* », relèvent les professeurs **André Grimaldi** et **Jean-Paul Vernant**. « *S'il souhaite réellement maintenir la qualité des soins et réduire les inégalités de santé, le gouvernement devrait engager des réformes structurelles radicales* », affirment les deux médecins en proposant plusieurs pistes.

Le gouvernement a annoncé une réduction des dépenses de santé de 10 milliards d'euros, grâce à l'accroissement du recours aux médicaments génériques, au développement de la chirurgie ambulatoire et à une meilleure gestion hospitalière censée économiser 2 milliards d'euros selon la ministre de la santé. Cela dit, les dépenses globales de santé s'élèvent à 240 milliards d'euros, soit 11,6% du produit intérieur brut (1), dont plus de 185 milliards pour le budget de la Sécurité sociale. Indépendamment de la crise économique, il n'est donc pas illégitime de se poser la question du bon usage de ces dépenses et de chercher à réduire celles qui ne sont pas justifiées. Cependant, se contenter de la « politique du rabout » n'aboutira qu'à une dégradation de la qualité des soins. Accentuer la politique de privatisation rampante pour diminuer les dépenses publiques en augmentant les charges privées, aggraverait les inégalités de santé et aboutirait finalement à une dépense globale plus élevée pour la société. S'il souhaite réellement maintenir la qualité des soins et réduire les inégalités de santé, le gouvernement devrait engager des réformes structurelles radicales.

En effet, l'histoire nous a légué non pas un service public de santé mais un système mixte de soins. Tout dans notre système de santé est mixte ! Le financement est partagé entre la Sécurité sociale et l'Etat (76,7%), les assurances privées dites « complémentaires » (13,7%) et le porte-monnaie des patients, le « reste à charge des ménages » (9,6%). La gestion est mixte : l'hôpital est sous la tutelle de l'Etat, la médecine de ville est gérée par la Sécurité sociale. Le prix des médicaments et des dispositifs médicaux, négocié entre les industriels et l'Etat, dépend autant si ce n'est plus des intérêts économiques que de la politique de santé.

Jusqu'au milieu des années 70, le système n'était pas régulé. Mais à la fin des Trente glorieuses, lorsque l'augmentation des dépenses de santé a dépassé l'accroissement de la richesse nationale, sa régulation est devenue incontournable. On avait le choix entre une régulation publique de l'offre et une régulation privée de la demande, entre un budget public fixant collectivement des limites à l'application du principe « à chacun selon ses besoins » et un financement privé permettant à chacun de dépenser « selon ses moyens ». Pendant 40 ans, les divers gouvernements ont eu recours aux deux modes de régulation avec l'objectif de maintenir le compromis historique scellé en 1945 entre l'Etat et la médecine libérale d'une part et entre la Sécurité sociale et les mutuelles d'autre part. Le système est ainsi devenu illisible, avec, côté régulation publique, le maintien d'un budget national voté chaque année par l'Assemblée nationale (l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie : l'Ondam) et, côté régulation privée, un empilement de mesures prises au fil des ans : le « ticket

modérateur », les franchises multiples, le forfait hospitalier (18 euros par jour), les dépassements d'honoraires du secteur 2, le désengagement progressif de la Sécurité sociale ne remboursant plus que 55% du coût des soins courants (hors hospitalisations et maladies graves) et rendant quasi obligatoire l'adhésion à une assurance « complémentaire santé ». Les dites assurances privées (mutualistes ou non) sont devenues de plus en plus chères, si bien que plus de 4 millions de Français n'en ont pas. On a donc créé un fond d'aide à la complémentaire santé (pour ceux qui gagnent entre 716 et 967 euros par mois), puis une « aide à l'aide ».

De même, on n'a pas osé toucher au paiement à l'acte défendu par la majorité des syndicats de médecins libéraux, quitte à sous évaluer le tarif des consultations (23 euros pour le généraliste et 28 euros pour le spécialiste). On en a même étendu le principe à l'hôpital en introduisant la tarification à l'activité (T2A). Cependant, régulation publique oblige, les tarifs de la T2A baissent automatiquement si l'activité hospitalière augmente trop, dépassant l'enveloppe fixée par l'Ondam. Ainsi, en 2013, les tarifs appliqués aux hôpitaux ont baissé automatiquement de 0,83%. La politique du gouvernement s'inscrit dans le cadre de cette double régulation chaotique publique/privée.

Le gouvernement de Nicolas Sarkozy avait clairement fait le choix d'une privatisation progressive du système au nom de la concurrence censée assurer la meilleure qualité au plus bas coût. Pourtant, la concurrence en santé ne fait pas diminuer les coûts, elle les augmente. En effet, le patient n'est pas un consommateur éclairé, même s'il est de plus en plus informé. C'est une personne anxieuse et donc manipulable. Il a tendance à croire que le prix est corrélé à la qualité, comme le démontre l'escalade en 10 ans des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes (2,5 milliards en 2012) et des dentistes (4,5 milliards) ainsi d'ailleurs que des tarifs des mutuelles (plus 5 à 7% par an) soumises à la concurrence des compagnies d'assurances (AXA, AGF...). Ce que le patient cherche auprès des professionnels, c'est d'abord et avant tout une confiance et c'est pourquoi les médecins prêtent serment de ne pas en abuser en appliquant le principe éthique du « juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité ». La « régulation privée » de la Santé augmente les coûts, aggrave les inégalités et dégrade les résultats de santé publique, comme le montre la comparaison entre le système de santé américain dominé par les assureurs privés (17,7% du PIB) et le système anglais soumis à une régulation publique fortement contrainte (9,6% du PIB). Mais sur les 8 508 dollars par habitant dépensés chaque année aux Etats-Unis, seuls 4 000 relèvent de la dépense publique.

Pour ne pas alourdir la dépense publique, François Hollande a donc fait le choix des assurances « complémentaires santé » en s'engageant à les généraliser à l'ensemble de la population d'ici la fin du quinquennat et en commençant par les rendre obligatoires dans les entreprises. Pourtant, comparées à la Sécurité sociale, les « complémentaires » sont moins égalitaires, offrant différentes gammes de couverture selon des tarifs plus ou moins élevés. Plus chères pour les personnes âgées et pour celles ayant charge de famille, elles sont moins solidaires, ne prenant pas en compte le niveau des revenus de l'assuré, à l'exception de certaines mutuelles. Elles sont enfin moins efficaces avec des frais de gestion allant de 15 à 20% du chiffre d'affaires, pouvant atteindre 25% pour les compagnies d'assurances qui versent des dividendes à leurs actionnaires, contre moins de 5% pour la Sécurité sociale.

Un véritable changement de politique de santé, considérant la santé comme un bien collectif, imposerait de remettre à plat notre système.

1. Médicaments et autres biens médicaux. Il faudrait d'abord revoir la politique du

médicament (et « autres biens médicaux »), soit 47 milliards d'euros pour les dépenses de ville (sans compter les dépenses à l'hôpital). Selon les données de la Sécurité sociale, on pourrait économiser 500 millions sur les statines, notamment grâce à la prescription des génériques. Et si les génériques étaient vendus en France au tarif de l'Angleterre, on pourrait économiser 1 milliard d'euros, mais les prix sont ici négociés directement entre les fabricants et les pharmaciens d'officine. Chaque jour la Sécurité sociale verse une rente d'un million d'euros à Novartis pour le traitement de la dégénérescence maculaire lié à l'âge (DMLA) par le Lucentis, médicament 20 fois plus cher mais pas plus efficace que l'Avastin. Et si la prescription des nouveaux médicaments était soumise à des recommandations de bon usage dès leur mise sur le marché et pas seulement des années après, les médecins français ne détiendraient pas le record européen de prescriptions des nouveaux antidiabétiques pour quelques centaines de millions d'euros supplémentaires.

2. Médecins intérimaires. La libre concurrence combinée au manque de médecins a fait grimper les dépassements d'honoraires mais elle a aussi conduit les hôpitaux à recruter des médecins intérimaires « T2A rentables », anesthésistes, radiologues et chirurgiens, en les payant 2 à 3 fois plus chers que leurs collègues titulaires. Conséquences : des démissions de titulaires préférant devenir intérimaires « mercenaires » et un surcoût pour les hôpitaux, mis en concurrence, estimé à 500 millions d'euros (2).

3. Actes injustifiés. La Sécurité sociale et la Fédération hospitalière de France (FHF) dénoncent régulièrement les actes injustifiés, estimés à au moins 20% des appendicectomies, des thyroïdectomies, de la chirurgie de l'obésité, de la chirurgie du canal carpien, des cholécystectomies, des hystérectomies, des césariennes auxquelles il faut ajouter les angioplasties coronaires, les poses de pacemaker, les coloscopies... Comment s'en étonner quand on sait que le paiement à l'acte comme la T2A sont structurellement inflationnistes? Finalement, les hôpitaux sont condamnés à faire toujours plus (T2A oblige) avec toujours moins (respect de l'Ondam impose) au détriment des conditions de travail et de la qualité des soins.

4. Maladies chroniques. Les maladies chroniques connaissent un développement quasi épidémique avec 17 millions de personnes concernées. La Sécurité sociale y consacre 65% de son budget. La médecine libérale à l'ancienne exercée « en solitaire » n'est pas adaptée à la prise en charge des maladies chroniques. Mais la médecine prétendument « industrielle », chère à certains économistes libéraux, non plus ! Sous prétexte que les résultats des grandes études d'intervention thérapeutique portant sur des milliers de patients permettent d'établir des recommandations et que les progrès techniques nécessitent le respect des procédures, d'aucuns ont estimé que le médecin se transformait en ingénieur et l'hôpital en entreprise. Il suffisait désormais de tout quantifier quitte à tout fragmenter pour pouvoir tout « marchandiser ». Le problème majeur devenait l'organisation de la « chaîne de production ». Il fallait donc conférer le pouvoir aux « managers ». C'est ce qu'a fait la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) adoptée en 2009.

A l'opposé de cette vision industrielle, la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques relève d'une médecine personnalisée, intégrée et coordonnée entre les professionnels (médecins, paramédicaux et travailleurs sociaux) et entre la ville et l'hôpital. Elle implique donc une nouvelle répartition des tâches entre les différents acteurs avec notamment la création du statut d'« infirmière clinicienne ». Elle suppose également de revoir pour les maladies chroniques, le financement actuel par la T2A à l'hôpital et le paiement à l'acte en médecine de ville qui favorisent la concurrence et la multiplication des actes au lieu de la coopération.

La priorité aurait dû être depuis longtemps la construction avec les médecins et les paramédicaux volontaires d'un service public de la médecine de proximité, alors que la dite « stratégie nationale de santé » présentée par la ministre risque, malgré ses bonnes intentions, de se réduire à la reconnaissance d'un nouvel « acte » : « la coordination du parcours de santé ».

5. Médecine ambulatoire. Les progrès de la médecine permettent le développement des prises en charges ambulatoires dans de nombreuses spécialités, y compris en cancérologie et même en chirurgie. Toutefois, les économies escomptées par la chirurgie ambulatoire sont plus près des 500 millions estimés par la FHF que des 5 milliards calculés par la Cour des comptes.

6. Fin de la mixité du financement. Il est temps d'en finir avec la dualité du financement. La Sécurité sociale devrait rembourser complètement, c'est-à-dire à 100%, « un panier de soins solidaire » correspondant aux besoins de santé « socialement reconnus » et plus du tout les soins sans bénéfice démontré, comme les médicaments remboursés à 15 ou 35%, les médecines dites « alternatives » non rigoureusement évaluées, les cures thermales... Les assurances complémentaires deviendraient des assurances supplémentaires remboursant des soins relevant d'un choix personnel. Plus d'assurances complémentaires donc, mais seulement des supplémentaires ! Il faudrait en conséquence reverser à la Sécurité sociale les 6 milliards d'euros de déductions fiscales et sociales accordées aux assurances complémentaires.

7. Réduction du millefeuille gestionnaire. Enfin la gestion de notre système mixte a un coût (chaque feuille de maladie est traitée 2 fois, une fois par la Sécurité sociale et une fois par l'assurance complémentaire). La France dépense 7% du budget de la santé pour sa gestion, c'est-à-dire le double de la moyenne des dépenses de pays de l'OCDE soit près de 15 milliards. Le coût de la gestion de la T2A elle-même est à ce jour inconnu. Certains hôpitaux en viennent à recruter des codeurs professionnels ou font appel à des agences privées spécialisées dans l' « optimisation du codage » c'est-à-dire, pour parler clair, dans l'augmentation de la facture adressée à la Sécurité sociale.

Pour avancer dans cette voie, il faut non seulement être convaincu que la santé est un bien commun avant d'être un business, mais surtout être prêt à affronter de nombreux corporatismes. Faute d'une telle volonté, on fera comme d'habitude : on réalisera certes quelques économies sur les médicaments mais surtout on diminuera les tarifs des hôpitaux publics, ce qui les plongera automatiquement dans les déficits. Qui dit « déficits », dit « plans de retour à l'équilibre », comportant restructurations et suppressions d'emplois. Selon les calculs de la FHF, plus de vingt mille emplois ont été supprimés depuis 10 ans. Pour « fluidifier » l'emploi hospitalier, on en viendra tôt ou tard à remettre en cause le statut de l'hôpital public. Haro sur l'hôpital, ce pelé, ce galeux dont nous vient tout le mal, reprennent en cœur la Fédération de l'hospitalisation privée représentant les cliniques commerciales, le Medef et les syndicats de médecins libéraux!

André Grimaldi, professeur émérite d'endocrinologie et **Jean-Paul Vernant**, professeur émérite d'hématologie, Centre hospitalier universitaire La Pitié Salpêtrière, Paris.

(1) Consacrant 11,6% du produit intérieur brut à la santé, la France occupe le 3^e rang mondial, mais elle n'est plus que 10^e si l'on considère les dépenses en dollars par habitant.

(2) Rapport parlementaire sur l'emploi temporaire à l'hôpital, Olivier Véran, 17/12/2013.

URL source: <http://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/270514/reduire-les-depenses-de-sante-en-les-privatisant>