

Systeme de sante : c'est une veritable derive neo-liberale qui se dessine

Jean-Paul Domin, maître de conférences en sciences économiques.
CERAS-LAME, Université de Reims Champagne-Ardenne

Les récents propos de Jacques Barrot, suivis d'une mise au point du ministre de la Santé Jean-François Mattéi, ne sont qu'un « ballon d'essai », ils préparent l'opinion à une privatisation plus ou moins partielle du système de protection sociale. Ils viennent s'ajouter à des propositions de réformes de certains parlementaires, ainsi qu'à des réflexions de praticiens hospitaliers dont *Le Monde* du 14 septembre 2002 s'est fait l'écho. L'argumentation s'articule autour de quelques principes : la responsabilisation des assurés sociaux, la tarification à la pathologie dans les hôpitaux et la nécessaire réforme du management hospitalier. Mais ne nous trompons pas, derrière les idées reçues et les arguties, c'est une véritable derive liberale qui se dessine.

La « responsabilisation » des assurés sociaux constitue le premier volet de l'argumentation. Les exemples choisis pour étayer le propos n'étonnent plus : la multiplication des doppler, des échographies et autres examens coûteux par des assurés déresponsabilisés et souvent incités par des praticiens aussi irresponsables, seraient autant d'éléments qui permettent d'expliquer la croissance des dépenses. En revanche, lire sous la plume du Président du Comité consultatif national d'éthique, que l'augmentation des examens liés à des rapports sexuels

d'une nouvelle mentalité d'insouciance (1), surprend quelque peu. Illustrer l'accroissement des dépenses de santé par de tels exemples n'est pas acceptable, surtout quand une partie de la population renonce à des soins, notamment dentaires, pour de seules raisons financières. Mais il est vrai que monter les assurés sociaux les uns contre les autres peut s'avérer un bon moyen pour faire passer des réformes sans contestations.

La « responsabilisation » des assurés sociaux repose sur des mécanismes d'incitations financières. Le projet proposé par Jacques Barrot s'articule autour d'un panier de soins de l'assurance maladie obligatoire pour les maladies les plus graves et un panier de soins complémentaire organisé par des compagnies d'assurances privées et financé par les malades eux-mêmes. Une réforme similaire a été menée aux Pays-Bas. Depuis 1988, l'assurance maladie est

scindée en deux parties. Un panier de base, garanti par un financement collectif, couvre les soins prioritaires, il est complété par un panier complémentaire proposé par des assurances privées pour les soins non prioritaires. De telles méthodes pénalisent essentiellement les ménages aux revenus modestes et favorise des pratiques d'écrémage pour les patients défavorisés ou atteints de pathologies lourdes. Jacques Barrot oublie seulement de préciser que de telles réformes ne garantissent pas l'égalité de citoyens devant les soins. D'autre part, leur efficacité financière n'est pas probante. Le taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé aux Pays-Bas est passé de 2,3 % entre 1980 et 1990 à 2,9 % entre 1990 et 1999. La concurrence serait donc considérée comme le seul paradigme efficace. Mais, là où on a voulu l'instaurer, les indicateurs sanitaires ne se montrent pas satisfaisants.

La tarification à la pathologie dans les établissements de soins constitue un des axes prioritaires prévu par la loi de financement de la Sécurité sociale. Une telle mesure remettrait en cause les fondements de notre système de soins dans la mesure où elle favoriserait l'éviction des malades atteints de pathologies lourdes. Dans les faits, c'est une sélection de malades déguisée qui se prépare. Une telle logique est sacrificielle : elle privilégie les plus jeunes par rapport aux plus vieux, les plus forts par rapport aux plus faibles et conduit à négliger les personnes qui sont en dehors du circuit productif. De telles méthodes donnent un avantage aux soins à bon marché et opèrent une discrimination envers les patients qui nécessitent des soins coûteux. En 1987, aux États-Unis, l'Orégon, alors en situation de difficultés financières, s'est lancé dans une réforme profonde de Medicaid, le système

C'EST
UNE
SÉLECTION
DE MALADES
DEGUISÉE
QUI SE
PRÉPARE



... Un panier de soins complémentaire organisé par des compagnies d'assurances privées....

d'aide médicale pour les personnes à bas revenus. Les autorités ont mis en œuvre un programme de rationnement des aides excluant du remboursement des soins les greffes d'organes et les maladies rares. Quelques mois plus tard, un enfant mourrait d'une leucémie lymphoïde aiguë faute d'une greffe trop coûteuse pour sa famille. On voit bien où pourrait nous conduire la tarification à la pathologie.

La réforme des hôpitaux constitue le dernier point de l'argumentaire. Il est étonnant de lire, sous la plume d'un praticien hospitalier, qu'il « *n'y a pas d'autres solution que d'abolir le statut public de l'hôpital pour lui permettre l'adaptation au monde moderne de management qui lui fait tant défaut* » (2). Les solutions proposées sont radicales : concentration de moyens matériels et humains en vue d'optimiser les pratiques. Cela signifie plus clairement que l'on va concentrer les équipements pour en rentabiliser le fonctionnement. Il y a quelques années, une jeune femme est décédée dans une ambulance en allant accoucher. La maternité qui était à côté de son domicile venait de fermer, faute d'activité. Renoncer au statut public de l'hôpital, c'est remettre en cause la formation des jeunes praticiens et abandonner certaines recherches au secteur privé. Quant à la santé publique, n'en parlons pas, la privatisation revient à la nier. Entre le statut public et la logique concurrentielle, il faudra que les médecins choisissent. Mais la seconde solution ne sera vraiment pas la meilleure, ni pour eux, ni pour les assurés sociaux.

Un tel point de vue met en évidence la volonté de certains praticiens hospitaliers de voir notre système de soins évoluer comme en Grande-Bretagne. Pourtant la réforme ultra-libérale, initiée par Margaret Thatcher en 1991, devrait servir de leçon. Avant cette date, le système,

financé par l'impôt, mettait à la disposition de toute la population des soins totalement gratuits. Les établissements hospitaliers ont le monopole des consultations spécialisées et des examens complémentaires et sont financés par des mécanismes d'enveloppe globale. Depuis 1991, le financement public est directement versé aux agences régionales qui sont chargées de les répartir aux établissements après une mise en concurrence. Les hôpitaux sont désormais indépendants et fonctionnent comme des opérateurs privés (NHS Trusts) : ils vendent des services de soins aux agences ou aux cabinets de groupes (cabinets de généralistes de plus de 10 000 patients) qui achètent des soins pour le compte de leurs patients.

Mais dans les faits, la réforme britannique restreint les capacités financières des établissements qui doivent désormais limiter leurs investissements. Les hôpitaux sont mis en concurrence et restent sous la

pression constante des acheteurs de soins. La diminution des coûts qui en résulte se fait au détriment de la qualité du service et favorise l'éviction des malades atteints de pathologies lourdes et donc coûteuses. Les files d'attente, symbole de l'ancien système public, n'ont toujours pas disparu. Enfin, le principe de soins gratuits est progressivement remis en cause. Aujourd'hui, peu de personnes peuvent bénéficier de la gratuité totale. A plus ou moins long terme, la réforme risque de se traduire par le développement d'une médecine à deux vitesses, puisque dans les faits, les inégalités dans l'accès aux soins augmentent.

À l'heure où le MEDEF propose une « nouvelle architecture » de la Sécurité sociale en s'inspirant de la réforme hollandaise et mène une campagne ultra-libérale de remise en cause de notre système de protection sociale, qui trouve un écho favorable dans certains milieux politiques, ces vaines polémiques font le jeu du patronat. Le système qui semble s'organiser est calqué à la fois sur le modèle anglais pour l'organisation des établissements hospitaliers et sur le modèle américain pour la médecine de ville. Dans tous les cas, cette privatisation qui ne dit pas son nom est redoutable pour les assurés sociaux car elle conduirait à remettre en cause le principe de l'égalité des citoyens devant les soins. Elle organiserait l'explosion de notre système de santé et serait source d'une aggravation de sa crise d'efficacité et donc de détériorations dramatiques des indicateurs des résultats de santé. n

1. François Dreyfus, Didier Sicard, « Médecine française : la grande illusion », *Le Monde*, 14 septembre 2002, p. 1 et 18.

2. Guy Vallancien, « Hôpital public : brisons le grand tabou », *Le Monde*, 14 septembre 2002, p. 18.