

Les privatisations du soin

jeudi 25 octobre 2018, par Philippe Batifoulier

Le secteur de la santé connaît une multitude de réformes sans que la situation des hôpitaux s'améliore et sans avoir éradiqué des restes à charge (ce qui reste à la charge du patient après remboursement de la Sécurité sociale) parfois catastrophiques pour certains patients. Ces réformes ne combattent pas la trajectoire de privatisation du soin. Elles la confortent. Elles accentuent dès lors les inégalités tout en étant coûteuses en finances publiques.

L'hôpital victime du nouveau management public

L'hôpital subit une forme de privatisation particulière qui n'est pas de nature juridique : les hôpitaux publics ne sont pas vendus au privé. La privatisation est plus insidieuse. Elle consiste à penser l'hôpital comme une entreprise et le piloter par des règles de gestion venant du secteur privé, les seules pouvant prétendre au qualificatif de « bonne gestion ». C'est le statut de l'hôpital qui est dénigré et la culture de service public qui est mise à distance. Le nouveau management public s'est emparé des hôpitaux pour réorganiser la production comme on réorganise une chaîne de montage. Il repose sur la croyance qui défie toute réalité selon laquelle il n'y a pas de problème de sous-financement ni de pénurie de personnel, mais uniquement des problèmes d'organisation. C'est la philosophie du plan « Ma santé 2022 » présenté par Emmanuel Macron : « *Notre système de santé ne souffre pas d'un problème de sous-financement, il pêche par un vrai handicap d'organisation* ».

Les personnels sont invités à se soumettre à des logiques de performance qui sont étrangères à leur métier. Ainsi, les soignants vont devoir organiser leur journée comme une course contre la montre, sacrifiant les temps de transmission au sein de l'équipe et le temps de sollicitude avec le patient, temps qui est pourtant inestimable pour l'hospitalisé.

La tarification à l'activité ou comment accentuer les inégalités tout en dépensant plus

Ce nouveau management public cherche à coller au mieux avec le mode de tarification des hôpitaux appelé tarification à l'activité (T2A) qui consiste à accorder une dotation fixe pour un séjour [1]. Les séjours des malades sont classés en grands groupes dits homogènes qui relèvent d'un diagnostic principal (par exemple les groupes « bronchites et asthme » ou «

appendicectomies »). L'hôpital est rémunéré selon un forfait qui correspond à la pathologie et qui sert à financer le séjour. Il existe en effet une hiérarchie des séjours et le financement est d'autant plus élevé que la pathologie est sévère ou associée à d'autres pathologies.

Cette stratégie de financement est inégalitaire car elle ignore les malades. Elle ne prend en compte que les maladies, méprisant les différences sociales et la nécessité de garder plus longtemps à l'hôpital certains patients vulnérables. Si le forfait finance trois jours d'hospitalisation, le médecin qui estime que son patient a besoin de quatre jours fait perdre de l'argent à l'hôpital. À l'inverse, la rentabilité de la prise en charge peut conduire à spécialiser une clinique dans le traitement de pathologies standards parfaitement maîtrisées et rémunératrices (chirurgie de l'œil, du genou ou de la hanche par exemple). Comme il vaut mieux accueillir des patients aisés et bien entourés, les patients sont sélectionnés par les dépassements d'honoraires exigés par certains médecins. En annonçant une structuration du paysage hospitalier en trois niveaux (hôpital de proximité : gériatrie, réadaptation, soins non programmés ; hôpital spécialisé : chirurgie, maternité ; et hôpital très spécialisé : chirurgie de pointe), le plan santé 2022 encourage les stratégies de spécialisation, dont saura profiter le privé lucratif.

L'accent actuel mis sur le « virage ambulatoire », qui consiste à développer les hospitalisations de jour, participe également à ce vaste mouvement. Si les patients souhaitent majoritairement sortir au plus vite de l'hôpital, ce n'est pas possible pour tous. Ce sont les techniques chirurgicales standardisées pour des patients qui sont bien portants par ailleurs qui sont visées par cette réforme. Elles sont désormais valorisées financièrement pour inciter les hôpitaux à développer l'hôpital de jour. Le virage ambulatoire n'a pas pour objet de réduire l'activité, il peut en créer une autre. La grande différence est que cette activité se veut économe en personnel : l'hospitalisation de jour ne nécessite que du personnel de jour. On comprend alors pourquoi le virage ambulatoire profitera plus au privé lucratif qu'à l'hôpital public. Le risque est que le patient devienne un centre de profit. La T2A a fait de l'hôpital un bon placement pour des investisseurs à la recherche de nouveaux débouchés.

Si la T2A est inégalitaire, elle est aussi coûteuse puisqu'elle incite à classer le séjour des malades dans des catégories les plus rémunératrices. Il suffit de rechercher les comorbidités, c'est-à-dire d'éplucher méthodiquement les dossiers des patients pour valoriser un diabète ou un problème cardiaque par exemple, quand il n'est pas demandé au médecin de rédiger un compte-rendu médical mettant en avant des complications. La tarification à l'activité incite aussi à tarifier trois séjours de patient dans le même lit pour une seule journée. Le virage ambulatoire va accentuer ces stratégies perverses consistant à rendre le séjour payant pour faire payer l'assurance maladie. Aussi, il y aura bientôt autant de consultants dans les hôpitaux que de soignants tant l'activité « d'optimisation médicale » est importante pour les établissements qui voient leur budget diminuer [2].

Souffrir au travail parce que l'on soigne

On est loin de la représentation de l'hôpital comme symbole du pacte républicain. L'hôpital est devenu si peu hospitalier qu'il consiste aujourd'hui en un laboratoire privilégié d'observation de la souffrance au travail. La qualité du travail des soignants se dégrade avec l'intensification des rythmes et de la charge de travail, la réaffectation des personnels, le non-remplacement, etc. C'est un sentiment de qualité empêchée qui domine avec la relégation au second plan de ce qui fait la grandeur et la fierté du métier. L'injonction à mal faire son métier est une souffrance éthique [3]. Ce sont ceux qui sont les plus pénétrés par la culture de service public et du sens qu'ils donnent à leur travail qui sont les plus vulnérables.

Si beaucoup de soignants résistent à la discipline managériale, d'autres l'éprouvent cruellement dans leur corps. Les soignants souffrent parce qu'ils soignent, ce qui a des répercussions sur le bien-être des patients du fait du manque de temps pour s'occuper correctement d'eux. La maltraitance organisationnelle que dénoncent les soignants se traduit par un déficit d'attention et de sollicitude [4].

Il est temps de mettre à distance le management hospitalier qui a rendu l'hôpital si peu hospitalier pour les malades comme pour les personnels. La T2A doit être limitée. Elle ne s'applique qu'à des soins standards. Pour les maladies chroniques, elle est contre-productive et oblige certains soignants à réaliser des actes techniques inutiles pour justifier un séjour. Le mode de financement adéquat pour ce type de soins est la dotation forfaitaire. Si tout le monde reconnaît aujourd'hui que l'hôpital va mal, la trajectoire poursuivie par les différents gouvernements risque d'aggraver fortement le mal-être hospitalier

Le retrait de la Sécurité sociale et la

gourmandise des assurances privées

Si l'hôpital fait l'objet d'une grande offensive sur le terrain de la délivrance des soins, celle-ci se conjugue avec le retrait de la Sécurité sociale en matière de financement des soins. En étant pris en charge de plus en plus par des assurances privées, le financement du soin se privatise. La situation française a des racines historiques quand la mutualité en 1945 a été autorisée à conserver une part de ses prérogatives en complétant le remboursement par la Sécurité sociale. On observe aujourd'hui ce partage du financement quand on paye une consultation médicale à 25 euros. La Sécurité sociale rembourse uniquement 70 %, le reste relève des prérogatives des assurances privées qui complètent le financement à hauteur de 30 % (c'est le « ticket modérateur »). Ce partage historique s'est beaucoup modifié avec le temps sous l'effet de deux évolutions fondamentales :

- Si initialement il s'agissait de laisser une place restreinte à la mutualité par des stratégies « d'exonération du ticket modérateur » qui réduisent automatiquement leur périmètre d'intervention, le retournement des années 1980 et son accentuation dans les années 2000 a multiplié les déremboursements : augmentation des tickets modérateurs, création de forfaits comme le forfait hospitalier (en 1983) qui est une taxe de séjour de 20 euros par jour d'hospitalisation, les franchises médicales sur les boîtes de médicaments et les transports sanitaires, etc. Au total, si la part Sécurité sociale est de 76 % en moyenne [5], les soins courants (les plus fréquents concernant la majorité de la population) ne sont plus remboursés qu'à hauteur de 55 % et encore moins pour l'optique, le dentaire et l'auditif. De plus le remboursement est calculé sur la base du tarif de la Sécurité sociale. Or, le prix réellement payé par le patient en est aujourd'hui largement déconnecté. Le tarif de la Sécurité sociale est ridicule pour certains soins et sans aucune portée s'il y a des dépassements d'honoraires. Ceci explique pourquoi, aujourd'hui en France, ce sont des malades en « affection de longue durée » qui sont pris en charge à 100 % (100 % du tarif de la Sécurité sociale) qui ont les plus forts restes à charge.
- Dans le même temps, les mutuelles se sont pliées à la discipline du marché. Elles ne sont plus les seules sur le marché de la complémentaire, concurrencées par les sociétés d'assurance dont la part de marché augmente inexorablement, et les instituts de prévoyance qui sont les opérateurs historiques des contrats collectifs (ceux proposés dans le cadre de l'entreprise). Les directives assurance imposées par l'Union européenne, au nom de la sanctification de la « concurrence libre et non faussée », ont débouché sur des stratégies d'alliances entre mutuelles et groupes financiers. Il ne reste plus grand-chose de la mutualité historique qui adopte inexorablement le modèle canonique de l'assurance : celui de la sélection des risques selon l'âge, la résidence,

l'ancienneté dans le contrat.

Une privatisation aussi inégalitaire qu'inefficace

Ces évolutions profondes ont transformé le modèle français qui repose dorénavant sur le choix d'un transfert de charge de la Sécurité sociale vers l'assurance privée (dite complémentaire). Cette privatisation du financement du soin change radicalement la donne. Si la Sécurité sociale a un objectif de redistribution entre bien-portants et malades mais aussi entre riches et pauvres, il n'en est rien pour l'assurance privée. Le calcul de probabilité est consubstantiel au fondamentalisme assurantiel où pèse la logique de la contributivité et de l'équivalence entre le reçu et le rendu dont veut rendre compte le principe de neutralité actuarielle. L'assurance privée méprise la fonction sociale de l'assurance.

La conséquence de cette stratégie porte un nom : inégalité. Elle fragilise grandement ceux qui n'ont pas d'assurance complémentaire parce qu'ils ne peuvent pas se la payer : les plus précaires. De plus, tout le monde n'a pas la même complémentaire. Ceux qui ont les complémentaires les plus couvrantes sont les titulaires des plus hauts revenus. Cette situation est dangereuse en termes de santé publique. En effet, du fait de la racine sociale des inégalités de santé (on parle de « gradient social » pour signifier que plus on s'élève dans l'échelle sociale, moins on est exposé à des problèmes de santé), ce sont les plus modestes qui ont le plus besoin de soins. Or, ce sont les moins bien couverts. Le transfert de charge de la Sécurité sociale vers les assurances privées nuit gravement à la santé publique en provoquant du renoncement aux soins. Et ce renoncement touche aussi des soins essentiels, quand il n'est pas reporté vers les urgences dont l'encombrement est en grande partie imputable à l'insécurité financière du malade en médecine de ville.

Le développement de l'assurance santé d'entreprise

La généralisation de l'assurance maladie complémentaire par l'entreprise depuis 2016 renforce cette trajectoire en développant l'assurance privée par des contrats collectifs qui proposent une couverture santé par l'entreprise. Elle préfigure un système à trois piliers (obligatoire par la sécurité sociale, complémentaire par l'entreprise et sur-complémentaire pour payer ce que ne couvre pas la complémentaire d'entreprise). Il n'est pas question de réduire les inégalités, car ceux qui n'avaient pas de complémentaires (chômeurs, étudiants, précaires) n'étaient pas dans l'entreprise. On ne peut donc pas parler de généralisation, car il n'y a pas plus de bénéficiaires d'une complémentaire avec le transfert vers l'entreprise. Au contraire, la situation des futurs retraités va se détériorer quand

ils devront souscrire à un contrat d'assurance à 65 ans avec des retraites plus faibles.

Le transfert à l'entreprise n'est évidemment pas neutre. L'employeur, qui est dorénavant largement partie prenante de la complémentaire santé de ses salariés, va pouvoir échanger du salaire fixe contre de la couverture santé considérée comme un avantage en nature. En considérant que la complémentaire est de la rémunération périphérique, l'employeur peut estimer qu'il paye son salarié avec de l'assurance santé, pour laquelle il contribue financièrement. Dans le même temps, le salarié est amené à négocier son salaire et sa couverture santé, en pesant les avantages et inconvénients d'un peu plus de l'un contre un peu moins de l'autre.

La position dans l'emploi va devenir déterminante et la couverture santé va désormais dépendre du rapport de force entre les salariés et l'employeur. Dans le même temps, les stratégies des assurances privées consistent à segmenter les assurés en classes de contrat les plus statistiquement homogènes possibles. Au modèle uniforme de la Sécurité sociale, se substitue progressivement le modèle de niche de l'assurance privée qui va chercher à offrir une protection « sur mesure » à des communautés de salariés particulières (les cadres de telle entreprise par exemple). La personnalisation de l'assurance et la singularisation de l'offre de couverture (pour un individu ou une entreprise) sont désormais portés par de nombreux dispositifs : le développement des réseaux et conventionnements pour gérer les remboursements en matière de lunettes par exemple. Le patient est invité à autogérer son reste à charge (ce qu'il lui reste à payer après remboursement) en choisissant des options tarifaires. Il peut bénéficier de bonifications commerciales (des points ou bons d'achat dans les magasins de sport ou des restitutions en fin d'année d'une partie de la prime dans le cadre d'une franchise cautionnée ou d'une assurance comportementale...) quand il a fait la preuve de sa responsabilisation. Enfin, le déploiement de nouveaux contrats d'assurance consistant à tout prendre en charge pour certains publics, y compris les dépassements d'honoraires, permet d'échapper au cadre réglementaire de la Sécurité sociale.

Il existe désormais une discontinuité croissante entre la Sécurité sociale et les assurances privées et ces dernières sont de moins en moins « complémentaires » [6].

Une privatisation coûteuse pour le malade

Cette politique est coûteuse en argent public sous forme d'exonérations fiscales et sociales dont bénéficient les assurances privées et les complémentaires d'entreprise en particulier. L'inégalité a un coût en reportant des soins retardés vers l'hôpital. La dépense n'est pas seulement différée, elle est majorée. Une prise en charge précoce est plus économe en dépenses de santé qu'une prise en charge tardive. Le transfert de charges de la Sécurité sociale à l'assurance privée est

exemplaire d'une augmentation indue des dépenses payées par le citoyen. Pour le même euro de remboursement, le patient paye plus cher pour l'assurance privée que pour la Sécurité sociale, parce que la première a des frais de gestion supérieurs en raison des coûts de la concurrence : frais de marketing, d'actuariat, de placement de produit [7]. La Sécurité sociale ne fait pas de différence entre assurés et ne fait pas payer en fonction du risque. Elle n'a donc pas besoin d'avoir recours à une batterie de dépenses pour segmenter les patients. Le patient aurait tout à gagner à rapatrier l'argent qu'il met dans une complémentaire santé vers la Sécurité sociale. Le développement de l'assurance privée fait aussi lever aux prix élevés en optique, dentaire et auditif dont le patient fait les frais. Le montant des dépassements d'honoraires est souvent indexé sur la capacité de remboursement de l'assurance privée. Partout où la Sécurité sociale s'est désengagée, les prix payés par le patient ont augmenté.

Un autre argument qui interroge le coût de l'existence des assurances privées est lié à la cohérence de la politique de santé quand elle encourage le transfert de charge de la Sécurité sociale à l'assurance complémentaire au nom de la maîtrise des budgets publics, mais va dépenser de l'argent public pour limiter les effets pervers de cette stratégie en finançant la CMUC (pour ceux qui ont un revenu mensuel inférieur à 734 euros) ou l'aide à l'achat d'une complémentaire santé pour ceux qui sont au-dessus du seuil CMUC jusqu'à 991 euros. Cette stratégie de segmentation des patients n'est pas seulement coûteuse. Elle est surtout de nature à déliter le pacte social en faisant des différences entre individus et en créant de la suspicion entre ceux qui payent chèrement leur assurance privée et ceux qui en sont exonérés [8]. Protéger les uns quand les autres payent de plus en plus cher leur couverture santé leur est insupportable et alimente la très médiatique thématique de la fraude, dont on sait pourtant qu'elle n'a aucune véracité car les plus modestes ne peuvent frauder un dispositif qu'ils ne demandent pas. En effet, le non-recours est très important pour la CMUC et encore plus pour l'aide à la complémentaire. Un remboursement égal pour tous sans fragmentation des patients rendrait à la santé son rôle de bien commun.

A-t-on encore besoin des assurances privées ?

Le développement des assurances privées participe à l'évolution du capitalisme qui va chercher à investir de nouveaux espaces qui ne sont pas spontanément dans son langage. Les assurances privées représentent aujourd'hui près de 35 milliards d'euros et il y a plus de profit à faire dans la santé que dans la sidérurgie

[9]. La stratégie publique qui fait levier aux assurances privées est pourtant irrationnelle s'il s'agit, comme il est répété continuellement, de baisser les dépenses de santé. La Sécurité sociale est en effet plus efficace dans la prise en charge de la couverture santé que n'importe quelle assurance privée. La concurrence est encensée quand elle valorise le privé lucratif mais elle devient subitement muette quand elle démontre la supériorité de la Sécurité sociale.

Dès lors, il est nécessaire de s'interroger sur la possibilité d'une Sécurité sociale élargie qui peut prendre deux formes. D'une part, la Sécurité sociale peut assumer le rôle d'opérateur complémentaire. C'est déjà le cas pour les bénéficiaires de la CMUC. Le fait d'avoir un même opérateur qui gère l'assurance de base et l'assurance complémentaire simplifie le remboursement de l'assuré et limite les coûts administratifs. Si on autorisait les patients à avoir le choix entre la Sécurité sociale et une assurance privée comme opérateur complémentaire, que choisiraient-ils ? Les assurances privées ne résistent pas à une démocratie réelle. D'autre part, si la Sécurité sociale est à la fois assureur de base et complémentaire, la distinction entre les deux types d'assurance n'a plus lieu d'être et c'est donc un 100 % Sécurité sociale qui s'installe. Ce 100 % signifie que la Sécurité sociale prend en charge la part complémentaire au nom de la maîtrise des dépenses et de la lutte contre les inégalités [10]. Ce 100 % Sécurité sociale n'a de raison d'être que si le panier de soins remboursés à 100 % fait l'objet d'une délibération démocratique [11].

Il ne s'agit donc pas de revenir au système de 1945 car la prise en charge en France n'a jamais été intégralement supportée par la Sécurité sociale. Il s'agit de tirer les leçons du développement de l'assurance privée et de reconnaître que l'on maîtrise mieux la dépense par la solidarité que par le marché.

Cependant, la solidarité ne signifie pas qu'il faut tout prendre en charge. À l'inverse d'un financement privé qui est prêt à tout prendre en charge si le patient est rentable, le financement solidaire par la Sécurité sociale nécessite une hiérarchie entre les besoins de soins de santé. Seuls les soins jugés prioritaires doivent être financés à 100 % pour sécuriser pour tous le financement de certains besoins de soins en octroyant un droit au soin opposable. Au travers d'une prise en charge effective à 100 %, c'est un droit de tirage automatique du malade qui lui est octroyé par la société. Cette ambition nécessite, bien entendu, que les citoyens s'accordent sur les priorités de remboursement. Aujourd'hui, des médicaments dangereux sont très bien remboursés alors que des dispositifs essentiels au bien-être : lunettes, prothèses auditives, etc., ne le sont pas. Qui l'a décidé ? La santé est un désert politique et le patient est écarté des choix qui sont faits en son nom pour des biens et des services qui sont fondamentaux. Il est dépossédé d'un débat auquel il a droit.

Notes

[1] Domin J.-P. (2013), *Une histoire économique de l'hôpital (XIXe-XXe siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier. Tome II (1945-2009)*, Paris, CHSS, La Documentation française.

[2] Belorgey N., Pierru F. (2017), « Une 'consultocratie' hospitalière ? Les consultants, courtiers de la réforme du système de santé », Sève, *Les Tribunes de la santé*, n° 55, p. 45-57.

[3] Benallah S., Domin J.-P. (2018), « Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? », *Revue de l'IRES*, n° 91.

[4] On trouvera dans un texte collectif d'une trentaine de médecins hospitaliers regroupés sous le nom de « Docteurs Blouses » un exposé méthodique de cette maltraitance où la colère s'entend derrière les mots : D' Blouses « L'hôpital malade de l'efficienc », *Revue du MAUSS* n° 41, *Marchandiser le soin nuit gravement à la santé*, Paris, La Découverte, 2013, p. 47-68.

[5] Ce qui est faible : les régimes équivalents en représentent 93 % au Royaume-Uni ou 85 % pour les Pays-Bas, le Danemark et la Norvège et plus de 80 % pour le Luxembourg, la Suède et le Japon. La Suisse en Europe ou les États-Unis ont par contre des taux de prise en charge publique plus faibles.

[6] Voir l'argumentation juridique de A. S. Ginon (2014) : La déconnexion juridique des paniers de soins, *Revue de Droit Sanitaire et Social* : 83.

[7] Les « frais de gestion » de la sécurité sociale sont de l'ordre de 7 % alors ceux des assurances privées peuvent atteindre 22 %.

[8] Tabuteau D. (2013), *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob.

[9] Batifoulier P. (2014), *Capital santé. Quand le patient devient client*, La Découverte, Paris.

[10] Il est radicalement différent de la prise en charge à 100 % actuelle dont bénéficient les patients en ALD par exemple et dont on sait qu'ils ont des restes à charge très importants (voir plus haut). De même, la prise en charge des lunettes à 100 % du tarif de la Sécurité sociale est largement insuffisante.

[11] Batifoulier P., Da Silva N. et Domin J.-P. (2018), *Economie de la santé*, Armand Colin, Paris.