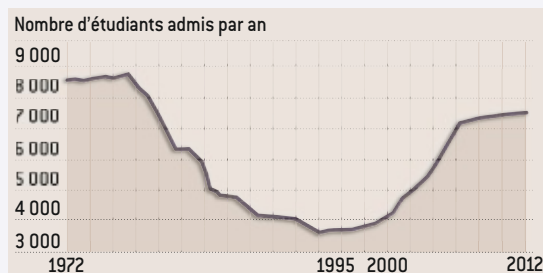


ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS

Pour tenter de limiter l'augmentation des dépenses de santé, les autorités sanitaires ont voulu réduire le nombre de médecins. On est ainsi passé progressivement de 8 500 médecins formés en 1975 à 3 500 en 1995. En raison d'une pénurie qui devenait de plus en plus évidente, la courbe s'est infléchi au début des années 2000. Aujourd'hui, on atteint 7 500 médecins formés par an, sachant que la

population française est passée de 53 millions en 1970 à 65 millions en 2010. La pente de la courbe indiquant la dimi-

nution du nombre de médecins formés par an n'a pas été modifiée au fil des changements de gouvernements.



(environ six fois plus). De même, en 2004, les franchises médicales ont été instaurées (la franchise est le montant restant à la charge du patient après remboursement). Limitées au début, elles ont ensuite été étendues. Ce fut même le seul débat sur la santé lors des dernières élections présidentielles. Selon le candidat Nicolas Sarkozy, il s'agissait de « responsabiliser les patients ». Depuis, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, l'IRDES, a publié les résultats d'une étude visant à évaluer les effets des franchises médicales sur la consommation des soins. Le constat est sans appel : ces franchises n'ont pas entraîné de responsabilisation des patients, elles ont seulement aggravé l'inégalité de recours aux soins au détriment des personnes ayant de faibles revenus, mais ne bénéficiant ni de la CMU ni d'une assurance complémentaire.

La régulation a surtout porté sur l'hôpital public qui représente aujourd'hui 33 pour cent des dépenses (les cliniques commerciales représentent 11 pour cent). La première mesure fut l'instauration de la dotation hospitalière en 1983. Chaque hôpital recevait un budget global, ce qui devait l'obliger à optimiser ses dépenses. Mais l'augmentation de l'activité, d'une part, et l'envol du coût des nouveaux traitements, d'autre part, firent apparaître des inégalités flagrantes entre les hôpitaux bien dotés et ceux qui disposaient d'un budget insuffisant.

Certains hôpitaux ayant épuisé leur budget au mois de novembre en étaient réduits à conseiller aux patients d'aller consulter dans les cliniques commerciales qui n'étaient pas soumises à la contrainte d'un budget global ! Dans le même temps, le directeur des hôpitaux avait mis en place

un Programme de médicalisation des systèmes d'information, afin de disposer de données médico-économiques permettant d'évaluer grossièrement l'activité de chaque établissement et de faire évoluer leurs dotations en conséquence.

Ainsi s'orientait-on vers une régulation prudente, négociée et intelligente du financement des hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier. Mais les années 2000 ont représenté une rupture libérale avec cette politique. Le Programme de médicalisation des systèmes d'information a été transformé en une tarification à l'activité, dite T2A, suivant le modèle anglo-saxon. Dans ce cadre, les ressources allouées aux établissements de santé publics et privés dépendent de leur activité. Une tarification spécifique est attribuée à chaque pathologie et à chaque acte, ce qui n'a de sens que pour les actes standardisés, tels qu'une dialyse, la pose d'un pacemaker ou celle d'une prothèse. En revanche, dès que la prise en charge doit être personnalisée, la codification se révèle inadaptée. Il a donc fallu rendre la codification des actes de plus en plus complexe et en assurer le contrôle. On a assisté à la dérive bureaucratique d'un système qui se voulait simple, mais qui est inadapté aux maladies graves, aux urgences, aux pathologies chroniques, notamment psychiatriques, et qui de plus a une logique inflationniste (tout comme le paiement à l'acte des médecins libéraux).

Depuis dix ans, seule la régulation par les mécanismes de marché est appliquée, malgré son échec patent. En la matière, la France n'a pas innové. Elle n'a fait que suivre l'ensemble des pays développés, convertis aux bienfaits de la concurrence généralisée et à la nécessité de la privati-

sation des services publics. Ainsi, malgré la pénurie de médecins, la liberté d'installation pour les médecins en secteur 2 à honoraires libres (70 pour cent des spécialistes) a été maintenue. La seule limite fixée aux dépassements d'honoraires a été celle « du tact et de la mesure » !

Les dégâts d'une privatisation rampante

Ces dépassements d'honoraires atteignent officiellement 2,5 milliards par an pour un total de 18 milliards versés par la Sécurité sociale. Le taux moyen de remboursement par la Sécurité sociale a régulièrement décliné de 80 pour cent dans les années 1980, à 77 pour cent en 2004 et 74,5 pour cent en 2011. Durant ces cinq dernières années, la diminution annuelle du taux de remboursement a été deux fois plus importante que lors des 20 précédentes années. Ce remboursement de 74,5 pour cent recouvre deux réalités : le maintien d'un taux heureusement élevé de prise en charge des malades atteints d'affections de longue durée ou hospitalisés, et à l'inverse un taux très faible (inférieur à 55 pour cent) de la prise en charge des soins courants, en particulier dentaires et d'optique.

On assiste en conséquence à une augmentation des primes des mutuelles et des assurances privées de cinq à sept pour cent par an. Leur rôle ne cesse de croître alors qu'elles sont moins performantes que la Sécurité sociale : leurs frais de gestion sont compris entre 15 et 25 pour cent de leur chiffre d'affaires quand ils sont de moins de cinq pour cent pour la Sécurité sociale (notamment en raison des dépenses publicitaires qu'elles doivent consentir pour attirer des clients et des dividendes versés aux actionnaires dans le cas des assurances privées). Le choix d'une régulation par les mécanismes de marché s'est traduit dans la loi HPST dite Bachelot par la suppression pure et simple du service public hospitalier remplacé par des « établissements de santé de statuts variables ».

Dans cette loi, les missions de service public ont été découpées en tranches et peuvent désormais être vendues « à la découpe » aux divers établissements, y compris commerciaux. C'est ainsi que, pour la première fois, des cliniques commerciales accueillent des internes en formation, en particulier en chirurgie et en gynécologie

obstétrique. Or, dans des structures privées à but lucratif, les internes, par essence moins efficaces que les médecins titulaires, deviennent des spectateurs des praticiens, mais n'acquièrent pas la formation pratique que leur prodigue l'hôpital public. En revanche, cette formation permet aux cliniques commerciales de tester et de recruter ceux qu'elles jugent les plus prometteurs.

De surcroît, l'hôpital est chargé de diverses missions de service public, telles que les soins aux détenus, les urgences, les greffes, l'éducation thérapeutique (apprendre aux patients à se soigner), la permanence d'accès aux soins, que n'assurent pas les cliniques commerciales. Or la dotation destinée à ces missions a, elle aussi, été limitée (elle représente actuellement environ 15 pour cent des ressources hospitalières). Qui plus est, elle sert de volant de régulation des dépenses de santé à l'échelle nationale.

C'est ainsi qu'en 2011, près de 190 millions destinés au financement des missions de service public ont été gelés, l'État transférant de la sorte une part de son déficit aux hôpitaux publics. Cela a eu pour conséquence que la proportion d'hôpitaux en déficit est passée de 32 pour cent en 2009 à 41 pour cent en 2010. L'idéal promu par le président de la République est désormais le partenariat entre le public et le privé, bien que le dernier rapport de la Cour des comptes ait dénoncé le fait que ce partenariat est le plus souvent asymétrique, nettement en faveur du secteur à but lucratif.

Enfin, la gestion a été remplacée par «la nouvelle gouvernance». La recherche de l'efficience, c'est-à-dire du juste soin au moindre coût, a cédé la place à la quête de la rentabilité. À la spécialisation et à la stabilité de professionnels, on a substitué la polyvalence et la mobilité au détriment des conditions de travail et de la qualité des soins. Il s'ensuit, chez les professionnels de santé, une insatisfaction qui nuit à leur nécessaire sérénité.

La conjonction de ces multiples facteurs, qui agissent tous dans le même sens, menace l'accessibilité aux soins et leur qualité. Elle soumet une grande partie du personnel de santé à des contraintes peu compatibles avec un travail performant et oblige de nombreux médecins à devenir des gestionnaires, profession qui n'est pas celle pour laquelle ils ont prêté le serment d'Hippocrate. Ce bilan est globalement admis par tous les acteurs de la santé. Que faire face à une telle situation ? Nous

proposons un pacte pour une santé égalitaire et solidaire où le financement des soins serait garanti, tout en permettant de moderniser le système de santé.

Comment sortir de l'impasse ?

D'abord, il paraît urgent de mettre un coup d'arrêt à la privatisation rampante de notre système de santé, qui consiste notamment à transférer les activités jugées « solvables » prises en charge par la Sécurité sociale vers les assurances privées et les mutuelles. Ces activités sont celles dites du petit risque, par exemple l'opération de la cataracte ou une fracture simple. Soulignons que les mutuelles jouent ici un rôle ambigu : elles maintiennent leur attachement à la Sécurité sociale solidaire, mais ont été contraintes d'accepter en 2004 une association avec les assurances privées lucratives.

Dès lors, nous préconisons le retour au taux originel de remboursement par la Sécurité sociale de 80 pour cent pour les soins et les produits de santé courants, en maintenant la prise en charge des dépenses de santé à 100 pour cent (des tarifs conventionnés) pour les bénéficiaires de la couverture médicale universelle et pour les patients souffrant d'affections de longue durée. Nous nous opposons à la mise en place d'un « bouclier sanitaire », qui remettrait en cause le principe même de la Sécurité sociale. Proposé par Martin Hirsch, ce dispositif vise à remplacer la prise en charge à 100 pour cent pour les affections de longue durée, jugée trop coûteuse et injuste, par une franchise généralisée modulée en fonction des revenus. Cela reviendrait, au nom de l'équité, à opérer un nouveau transfert vers les assurances « complémentaires », qui finiraient

LES AUTEURS



André GRIMALDI est professeur d'endocrinologie, ancien chef du Service de diabétologie de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris.

Olivier LYON-CAEN, professeur à l'Université Pierre et Marie Curie, est neurologue à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

OÙ SE SITUE LA FRANCE ?

La France consacre 11,7 % de son produit intérieur brut, le PIB, à ses dépenses de santé. Ce faisant, elle se classe troisième, derrière les États-Unis (16,2 %) et la Belgique (11,8 %), mais devant l'Allemagne et la Suisse qui y consacrent chacune 11,3 % et la Suède 9,9 %. Toutefois, si l'on considère la dépense de santé par habitant, la France se situe en dixième position (avec 2 983 euros), après les États-Unis (5 970), la Suisse (3 858), la Norvège (4 149), le Luxembourg (3 628), le Danemark (3 261), l'Allemagne (3 163), notamment (d'après les comptes nationaux de la

santé de l'Organisation mondiale de la santé). Quant au nombre d'établissements hospitaliers (publics, privés lucratifs et privés non lucratifs), il est passé en France de 2 877 en 2006 à 1 811 en 2011... Enfin, on évalue à 13,7 le nombre de lits hospitaliers pour 1 000 habitants au Japon, 8,2 en Allemagne, 6,6 en France et 2,8 en Suède, pour une moyenne des pays de l'OCDE de 4,9. Quant aux soins aigus, le Japon atteint 8,2 lits pour 1 000 habitants, l'Allemagne 5,7, la France 3,6 et la Suède 2,1, pour une moyenne des pays de l'OCDE de 3,2 (données de l'OCDE 2009).