

Payer plus pour être soigné moins

Le front libéral à l'assaut de l'assurance maladie publique

FRÉDÉRIC PIERRU

Après les régimes de retraite par répartition, c'est désormais au tour de l'assurance maladie d'être dans le collimateur gouvernemental. Certes, le gouvernement avance avec prudence sur ce terrain politiquement miné. Il va, en effet, jeter tout son crédit politique dans la bataille, qui s'annonce rude, autour de la réforme des retraites. Si cette dernière épargne le cœur de l'électorat – les personnes âgées de plus de 70 ans – de l'ancien et futur candidat aux élections présidentielles, Nicolas Sarkozy, il n'en va pas de même avec l'assurance maladie. En effet, les dépenses de santé ne sont pas également consommées par la population : 12% des assurés sociaux représentent 60% des remboursements de l'assurance maladie, et sont pour l'essentiel pris en charge dans le cadre du dispositif des affections de longue durée (ALD) remboursant les soins à 100%. À l'horizon 2015, les ALD représenteront même 70% des remboursements...

Or, on s'en doute, les personnes âgées sont sur-représentées parmi les bénéficiaires des ALD. On voit immédiatement le risque pour tout gouvernement, surtout de droite, à s'engager dans une maîtrise « musclée » des dépenses d'assurance maladie. La manœuvre est d'autant plus délicate que les dépenses sont aussi... les revenus et les profits d'un certain nombre de professions – à commencer par la profession médicale – et des industriels de la santé, dont les faveurs électorales vont plutôt à la droite de l'échiquier politique. Pourtant, la restauration de l'orthodoxie budgétaire ne lui laisse guère le choix : l'assurance maladie obligatoire représente 155 milliards d'euros environ, soit 28,8% du total des prestations sociales, le deuxième poste de la protection sociale après les retraites (44,9% des prestations sociales en 2007) ; s'il y a des « économies » massives à réaliser, pour compléter

aux marchés financiers, c'est bien sur ces deux postes qu'il faudra aller les chercher, avec les dents si nécessaire. D'autant plus que, voyant ses ressources considérablement amoindries par la récession économique, le régime général affiche un besoin de financement prévisionnel de 13,1 milliards d'euros pour 2010. Otage de la finance libéralisée, prisonnier d'un engrenage de *dumping* social avec ses partenaires européens – en particulier l'Allemagne –, tancé par la Commission européenne, le gouvernement avance donc à petits pas, mais dans une direction certaine, celle du châtement de la solidarité face aux crimes de la finance libéralisée. Certes, l'offensive est ancienne : depuis la fin des années 1990, un « front libéral » – composé des principaux syndicats de médecins libéraux, des cliniques, de l'industrie pharmaceutique et des assureurs notamment – tente de pousser son avantage sur les ruines du plan Juppé de 1995¹. Considéré avec bienveillance par les gouvernements de droite qui se sont succédé depuis 2002, ce front libéral a récemment obtenu des victoires significatives sur les trois enjeux clés que sont le financement, la médecine de ville et l'hôpital. La « crise » lui donne l'occasion de pousser plus loin son avantage. Et cette opportunité historique, il semble bien décidé à la saisir.

Alerte sur le financement solidaire

À la fin des années 1970, alors que se prépare le tournant néolibéral, la direction du Budget du ministère des Finances, en lien avec le cabinet de Raymond Barre, a imaginé deux destins pour l'assurance maladie. Le premier consistait à fixer un objectif de dépenses impératif, calé sur la croissance du PIB, et adossé à des mécanismes quasi automatiques de « régulation » : autrement dit, lorsque l'enveloppe allouée est dépassée, des sanctions sont imposées aux médecins, par exemple la baisse de leurs tarifs de consultation ou encore un reversement des honoraires trop-perçus. C'est cette idée simple que les gouvernements de gauche comme de droite ont tenté d'appliquer au cours des seize années suivantes, tentatives qui ont culminé avec le plan Juppé. Cependant, si cette stratégie a obtenu quelques « succès » – avec l'instauration du budget global à l'hôpital en 1984 –, elle a échoué sur le roc de l'identité libérale de la médecine de ville. Très remontés, car se sentant trahis par leurs représentants politiques « naturels », les syndicats de médecins libéraux ont fait chèrement payer le plan Juppé à la majorité RPR-UDF, sur un double terrain : politique d'abord, en menant ouver-

1. Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Beauge, Éditions du Croquant, 2007.

tement campagne contre les candidats de droite aux élections législatives anticipées de 1997, avec le succès que l'on sait² ; sur le terrain juridique ensuite, en faisant annuler par le Conseil d'État puis par le Conseil Constitutionnel les mécanismes de sanction en cas de dépassement de l'Objectif annuel des dépenses d'assurance maladie (Ondam), voté par le Parlement chaque automne. Depuis 1997, les ténors de la droite ont fait leur chemin de Damas et ont promis aux médecins qu'il n'y aurait plus jamais de trahison façon Juppé.

La disqualification politique de l'option de la « budgétisation » a redonné du lustre à sa rivale, elle aussi imaginée en 1979 au ministère des Finances, par deux inspecteurs des finances, Simon Nora et le futur directeur de cabinet de Pierre Bregovoy puis PDG de Casino, Jean-Charles Naouri. Plus radicale encore, elle ambitionnait de remettre sur le marché des assurances maladie complémentaires (AMC) le « petit risque », *i.e.* les soins courants, objets de « tickets modérateurs », pour recentrer l'assurance maladie obligatoire (AMO) sur le « gros risque », les soins dits « lourds » (hospitalisations, affections de longue durée). Bien entendu, anticipant la critique de la privatisation rampante de l'assurance maladie et de l'aggravation des inégalités d'accès aux soins que celle-ci entraînerait inévitablement, nos deux inspecteurs des Finances avaient posé un pseudo garde-fou « social » : une aide à l'achat d'une complémentaire maladie – version française des *vouchers* néolibéraux *made in USA* – serait généreusement fournie aux plus démunis. Néanmoins, cela n'avait pas suffi à convaincre les principaux leaders de la droite un tant soi peu réalistes (par exemple, Philippe Séguin, ministre des Affaires sociales entre 1986 et 1988) et les hauts fonctionnaires « sociaux ». Pierre Laroque, auteur du plan français de Sécurité sociale et ancien directeur de la Sécurité sociale, avait ainsi considéré les idées de ce rapport comme absolument contraires aux principes posés en 1945. Il fut donc enterré... puis déterré au moment de la préparation de la réforme de l'assurance maladie de 2004, justement par un ancien conseiller technique de Raymond Barre, Jean-François Chadelat³. Cette réforme a posé une véritable mécanique à étendre le périmètre d'action des assurances maladie complémentaires, à la grande satisfaction des assureurs : dès lors qu'est anticipé un dépassement de l'Objectif annuel des dépenses d'assurance maladie supérieur à 0,75%, un comité d'alerte s'active pour exiger que le directeur de l'Union des caisses d'assurance maladie (Uncam) prenne immédiatement des mesures pour corriger

2. Frédéric Pierru, « Un mythe bien-fondé : le *lobby* des professions de santé à l'Assemblée nationale », *Sève. Les tribunes de la santé*, n° 14, 2007.

3. Pour une analyse de la trajectoire de J.-F. Chadelat, entre le monde de l'assurance et celui de la haute fonction publique, cf. Frédéric Pierru, « Les clercs du génie patronal », *Savoir/Agir*, n° 10, décembre 2009.

la tendance observée ; inutile de préciser que ces mesures sont à visée comptable immédiate : déremboursements de médicaments, augmentation des tickets modérateurs, des forfaits hospitaliers, des franchises, etc. et qu'elles pèsent uniquement sur les épaules fragilisées des salarié.e.s. D'une façon générale, ce sont trois milliards d'euros de dépenses qui ont été transférés de la Sécurité sociale vers le portefeuille des ménages entre 2004 et 2008.

Dans le sillage de la récente conférence sur les déficits publics, le gouvernement envisage de durcir la procédure d'alerte en abaissant son seuil de déclenchement à 0,5% ; une fois ce dernier atteint, le directeur de l'Uncam et un comité de pilotage des dépenses seront « tenus » de prendre les mesures qui « s'imposent », en particulier le gel de crédits mis en réserve et destinés aux hôpitaux. On pourrait dire qu'il n'est pas bien grave de passer de 0,75% à 0,5%. Sauf que, dans le même temps, le gouvernement a fait part de sa détermination à limiter la progression de l'Ondam à 2,9% pour 2011 et 2,8% en 2012. Ces taux de croissance sont parfaitement (et sciemment ?) irréalistes puisque l'Ondam a progressé de 3,5% en moyenne ces dernières années. Pour les atteindre, il faudrait réaliser 2,2 milliards d'économies par rapport à l'évolution « spontanée » des dépenses rien qu'en 2011. Il y a donc fort à parier que la procédure d'alerte se déclenchera souvent et aboutira, *in fine*, à réduire lentement mais sûrement le périmètre d'intervention de l'assurance maladie obligatoire, pour les plus grands profits des assureurs et de certaines mutuelles pour qui le Code de la mutualité n'est plus qu'un souvenir aussi lointain qu'émouvant, sans prise sur les stratégies commerciales agressives et les pratiques de sélection des risques. La dynamique déjà enclenchée de désengagement de la Sécurité sociale du financement des soins courants ne peut que s'en trouver accélérée : avec l'augmentation forte des reste-à-charge (tickets modérateurs, franchises, etc.), le taux de prise en charge de ces derniers n'est déjà plus que de 55%⁴. Du reste, cela ne suffira pas à réaliser les économies annoncées. Il va falloir tôt ou tard s'attaquer aux affections de longue durée, où se concentrent les dépenses. Le gouvernement a déjà lancé quelques ballons sondes à ce sujet, concernant, par exemple, la sortie des patients atteints d'un cancer considéré comme « guéri » ou de ceux souffrant d'hypertension – si elle ne s'accompagne pas d'un autre risque – du champ des affections de longue durée. Très préoccupant au plan social (l'aggravation des inégalités d'accès aux soins), sanitaire (les « petits »

4. Didier Tabuteau, « Pour les soins courants, il y a déjà privatisation », *Le Monde*, 13 janvier 2010.

risques deviennent souvent « gros » faute d'avoir été pris en charge à temps pour des raisons financières), le recentrage de l'assurance maladie sur les malades les plus « lourds » et les plus démunis (avec la couverture maladie universelle) l'est aussi au plan politique : combien de temps encore, les jeunes actifs vont-ils accepter de cotiser à une assurance maladie publique dont ils bénéficient de moins en moins ? Autant dire que c'est un boulevard qui s'ouvre devant les assureurs dont les plans *marketing* et communication sont maintenant bien rodés.

Une médecine de plus en plus libérale

On l'a dit, la droite a été traumatisée par le plan Juppé ; ce traumatisme demeure vivace et les élus de ce camp disent volontiers que « les médecins sont à la droite ce que les enseignants sont à la gauche ». Il n'est plus question d'aller à l'encontre de leurs intérêts, tels que les syndicats de médecins libéraux les conçoivent. Depuis 2001, ils engrangent les succès : des revalorisations de leurs tarifs de consultation au laxisme des pouvoirs publics face à la banalisation des dépassements d'honoraires et les pratiques de refus de soins aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle, en passant par l'ouverture de discussions autour d'un secteur « optionnel » qui restaurerait peu ou prou la fameuse « libre entente », c'est-à-dire la liberté pour le médecin de fixer le montant de ses honoraires « à la tête du client » (mais avec « tact et mesure » bien sûr), etc. Au moment de la discussion de la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » (HPST) dite loi Bachelot, en 2009, les syndicats de médecins libéraux ont réussi, par des pressions déterminées sur des parlementaires craintifs, à faire retirer les quelques dispositions qui tentaient d'aménager les sacro-saintes libertés médicales, notamment la liberté d'installation, à l'origine des fortes disparités de densité médicale sur le territoire et de l'apparition de « déserts médicaux ». Tandis que l'hôpital est soumis au régime sec, la médecine de ville est engagée dans la dérégulation aux dépens des plus modestes ainsi chassés... vers l'hôpital, faute d'avoir les moyens de se faire soigner dans le secteur ambulatoire. Il y a toutes les raisons de penser que ce découplage va se poursuivre. Préparant le terrain à sa candidature pour 2012, Nicolas Sarkozy, politiquement affaibli et cherchant à mobiliser ses électors traditionnels, a lancé quelques signaux vers les médecins, libéraux en particulier. Lors de son « entretien » du 12 juillet 2010, il a, entre deux

molles questions de David Pujadas sur l'affaire Woerth-Betencourt, ouvertement manifesté son souci de répondre à leurs attentes. Nul doute que les syndicats de médecins l'ont bien entendu et sauront faire fructifier, comme à chaque fois à l'approche de scrutins nationaux décisifs, leur capital politique accumulé en le convertissant en espèces sonnantes et trébuchantes ou en libertés accrues. Les perdants seront à nouveau les assurés sociaux qui devront payer plus de leur poche pour être soignés moins, voire pas soignés du tout s'ils appartiennent aux 5 millions de personnes sans assurance maladie complémentaire.

Les cliniques, sauveurs de la Sécu...

Le champ hospitalier connaît des mutations décisives depuis le milieu des années 1990, mutations que l'on pourrait résumer abruptement comme suit : le pôle économique de cet espace – les cliniques à but lucratif – ne cesse de se renforcer aux dépens de son pôle public – l'hôpital –, à la faveur des investissements massifs opérés par des fonds d'investissement étrangers. Des chaînes de cliniques, à la recherche de fort taux de rentabilité, détenues par des groupes comme la Générale de Santé, Vitalia (détenu par le fonds américain Blackstone... lui même détenu à hauteur de 10% par l'État chinois) ou encore Capio, tendent à supplanter les petites cliniques « familiales » où quelques médecins mettaient en commun des capitaux pour acquérir un modeste plateau technique. Les pouvoirs publics ne se sont pas contentés de laisser faire ; ils ont encouragé la diffusion des pratiques managériales de ces entreprises de soins au secteur hospitalier public. Les rapports publics qui ont préparé les réformes de l'hôpital engagées depuis 2003 ont, en effet, tous été rédigés, pour partie au moins, par des personnalités ayant des liens avec le secteur de l'hospitalisation privée. On ne s'étonnera donc pas qu'ils glorifient l'« efficacité » et la « performance » de l'organisation quasi industrielle des soins dans les cliniques et en appellent à l'accélération des « restructurations » – mot venant lui aussi de l'économie industrielle – d'hôpitaux publics décidément à la traîne et minés par les « corporatismes » de toute sorte. Le terrain hospitalier montre l'inanité qu'il y a à séparer, en pensée, les luttes économiques des luttes politiques. Elles sont, au contraire, étroitement imbriquées. En effet, depuis quelques années, le taux de rentabilité des cliniques s'érode, du fait des limites à la rationalisation industrielle de la pratique médi-

cale et de la stagnation des « parts de marché », concentrées sur la chirurgie programmable et les soins facilement standardisables. Les organisations en charge de la défense des cliniques s'efforcent donc de remanier les « règles du jeu » de façon à pouvoir tailler de nouvelles croupières à l'hôpital public. C'est ainsi que la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a réussi à obtenir du gouvernement la promesse de faire aboutir la convergence des tarifs entre l'hôpital et les cliniques. De quoi s'agit-il ? Depuis 2004, les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sont financées par le mécanisme de la tarification à l'activité (T2A) ; tout établissement reçoit, pour une prise en charge d'un type donné (une appendicectomie, un accouchement par voie basse, etc.), une somme forfaitaire, calculée à partir d'un échantillon d'hôpitaux (le calcul est différent pour les cliniques). Pour tenir compte des servitudes spécifiques de l'hôpital (cas en moyenne plus « lourds », ouverture 24 heures sur 24, présence d'un service d'urgence, etc.), les tarifs de ce dernier sont plus élevés. Depuis 2008, la FHP n'a pas ménagé ses efforts pour démontrer aux décideurs politiques et administratifs ainsi qu'à l'opinion publique que les écarts de coûts « constatés » entre les hôpitaux et les cliniques « ne sauraient renvoyer à d'autres facteurs explicatifs que l'insuffisance de productivité du service public »⁵. Autrement dit, si les hôpitaux coûtent plus cher, ce n'est certainement pas en raison de la spécificité de leur « clientèle », de leurs contraintes de fonctionnement, de leurs missions sociales, de santé publique et d'enseignement, etc. Mais bien parce que le statut de la fonction publique et leur mauvaise organisation génèrent quantité de « gaspillages ». Il conviendrait donc d'aligner les tarifs des uns sur ceux des autres de façon à poser les bases d'une concurrence « saine » et « loyale » qui mettrait fin aux rentes de situation du secteur public et garantirait l'optimisation des fonds de la Sécurité sociale. On imagine aisément à quel point cette rhétorique a l'oreille du gouvernement. Pour « faire admettre que l'hôpital coûte cher à la collectivité »⁶, la FHP a mis au point un « *hosto-comparateur* » (sic) mis en ligne sur Internet puis s'est lancée, en 2010, dans une hallucinante campagne d'affichage dans l'espace public intitulée « *Mission : sauver la Sécu grâce au tarif unique* »...

Entretemps, les cliniques avaient pourtant obtenu de substantielles avancées avec le vote à l'été 2009 de la loi HPST. La notion d' « hôpital » ne figure plus qu'une seule fois dans la loi, à savoir dans son titre (le « H » pour hôpital), tandis que le reste du texte ne connaît, quant à lui, que des « établissements

5. FHP, « Hospitalisation privée : pourquoi la convergence tarifaire est possible et vitale », octobre 2008, p. 6.

6. Jean-Loup Durousset (président de la FHP), *Le Monde*, 16 mai 2009.

de santé » qui peuvent se voir allouer de façon discrétionnaire par le directeur des nouvelles Agences régionales de santé (ARS) une ou plusieurs missions de service public (au nombre de treize). Le service public hospitalier est ainsi vendu à la découpe, en tranches, ou, pour reprendre une expression imagée d'un haut fonctionnaire, « vaporisé »⁷. Les ARS, avec à leur tête des personnalités issues du public et du privé, nommées et révoquées en Conseil des ministres, ont une feuille de route droite (mais à la pente raide) : fermer, reconvertir, contraindre à des partenariats public/privé, fusionner. L'heure budgétaire est aux économies d'échelle et la mode managériale au *Big is beautiful*. Face à la mobilisation du secteur public, la ministre de la Santé avait décidé de repousser aux calendes grecques la convergence tarifaire... avant de se raviser – après de judicieux conseils sûrement – quelque temps après. Désormais, les cliniques privées pressent le gouvernement de passer aux actes : c'est qu'une telle convergence ferait plonger dans le rouge des budgets hospitaliers déjà bien mal en point et autoriserait ainsi toutes les audaces, comme en Allemagne où des cliniques rachètent... des Centres hospitalo-universitaires ! Le salut de l'hôpital viendra de son entrée dans la modernité managériale, celle-là qui exige – dernier exemple en date au sein de l'AP-HP (Assistance publique-Hôpitaux de Paris) – de délocaliser le secrétariat médical des services hospitaliers... pourquoi pas vers des pays à bas coûts : ce sera toujours des postes de secrétaires en moins.

La solidarité est donc encerclée : assureurs, médecins libéraux, cliniques s'efforcent, avec la complicité d'un État devenu prédateur de la sphère publique⁸, de changer à leur profit les règles posées après-guerre, quand « l'esprit de Philadelphie »⁹ s'emparait d'un monde occidental éprouvé par les guerres. Face à cet assaut, d'autant plus violent qu'il bénéficie du renfort des divisions fournies de l'orthodoxie monétaire et budgétaire, la contre-offensive, indispensable, ne doit pas se contenter de rappeler les fondements de la Sécurité sociale ; elle doit aller sur le terrain même de ses adversaires, pour alerter du fait que la privatisation du financement et de l'offre de soins, loin d'être la porte du paradis de l'« Efficience », est le plus sûr chemin vers l'enfer des inégalités d'accès, des problèmes de santé publique, et – le comble – des gaspillages à grande échelle. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir, même rapidement, les évaluations un tant soit peu rigoureuses des réformes néolibérales menées depuis 20 ans dans le secteur de la santé. ■

7. Didier Tabuteau, « La métamorphose silencieuse des assurances-maladie », *Droit social*, n°1, 2010.

8. James K. Galbraith, *L'État prédateur*, Paris, Seuil, 2009.

9. Allusion à un texte adopté en mai 1944 par l'Organisation internationale du travail (OIT) à Philadelphie, en pleine guerre, et qui propose de subordonner l'économie à l'exigence de justice sociale. Voir Alain Supiot, *L'esprit de Philadelphie*, Paris, Seuil, 2010.