

Un néolibéralisme en pleine santé

Après les retraites, au tour de la santé...

Frédéric Pierru

CNRS-IRISSO-Paris Dauphine

Forum social local, Séné, 30 janvier 2011

La santé otage de deux libéralismes

- ▶ La doxa néolibérale : contingenter les dépenses publiques, plus de marché, plus de concurrence, plus d'industrialisation des soins
- ▶ Le libéralisme médical, défini en 1927 contre les premiers projets d'assurances sociales :
 - La liberté de choix du médecin par le malade (pb de coordination des soins)
 - La liberté d'installation (déserts médicaux)
 - La liberté de prescription (sous influence des visiteurs de Big Pharma)
 - Le paiement à l'acte (inflationniste, visites courtes très prescriptrices)
 - L'entente directe (banalisation des dépassements d'honoraires)
 - Le secret médical (pb d'évaluation des pratiques médicales)
- Chaque « liberté » médicale est devenue un problème pour notre système de santé

La doxa néolibérale à l'assaut des systèmes de santé

- Une doxa portée par les organisations internationales (UE, OCDE, BM, OMC et même OMS), des *think tanks*, des réseaux d'experts (économistes de la santé en particulier)
- L'UE : des compétences limitées mais une action pédagogique en faveur de la dérégulation, de la libéralisation et de la privatisation
- Au service d'un « front libéral » composé de :
 - Sociétés d'assurance
 - Chaînes de cliniques
 - L'industrie pharmaceutique
 - Fonds d'investissement

Le socle de **fausses** évidences partagées par les réformateurs

- L'obsession de la maîtrise des coûts et des dépenses publiques aux dépens des objectifs de réduction des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins
 - Externaliser vers le secteur privé tout ce qui peut l'être
 - Mettre en concurrence (du côté du financement comme de l'offre de soins) pour aller vers plus d'« efficacité »
 - Rationaliser les pratiques et les prises en charge médicales grâce aux technologies gestionnaires du privé (*managed care*)
 - Responsabiliser « financièrement » les assurés sociaux pour les sensibiliser aux coûts des soins
- 

I. Il n'existe pas de panacée, pas
de *one best way* de la réforme

**Il existe par contre un « contre-modèle » :
les Etats-Unis et, plus généralement, les
systèmes de santé les plus privés et c'est
pourtant d'eux que nos réformateurs
s'inspirent !**

Les trois mondes des systèmes publics de santé

	Système national de santé	Système d'assurance maladie	Système libéral résiduel
Accès au système public	Résidents légaux/citoyens	Salariés	Pauvres/retraités-handicapés
Accès aux prestataires de soins	Médecin généraliste <i>gate-keeper</i> qui régule l'accès aux spécialistes exerçant à l'hôpital	Liberté de choix et d'accès aux généralistes, spécialistes, hôpitaux	Médecin généraliste <i>gate-keeper</i>
Nature des prestations	Revenu de remplacement/soins	Revenu de remplacement/soins	Soins
Etendue de la couverture	Elevée	Moyenne ou élevée mais avec co-paiements	Modeste/incomplète
Financement du système	Impôt	Cotisations sociales	Impôt
Rémunération des	Financement a	Financement a	Financement a

Les trois mondes des systèmes publics de santé (suite)

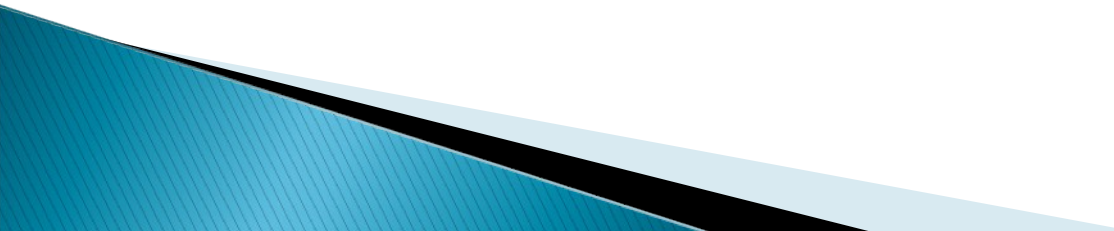
	Système national de santé	Système à assurance maladie	Système libéral résiduel
Financement des hôpitaux	Budget global puis tarification à l'activité	Prix de journée/Budget global/T2A	Tarification à l'activité
Organisation de l'offre	Médecine générale de groupe/spécialistes hospitaliers	Médecine généraliste et spécialiste « libérale »/hospitalocentrisme	Réseaux de soins/HMO
Régulation	Autorités publiques centrales (GB) ou décentralisées (Scandinavie, Italie)	Caisses/autorités publiques centrales (France) ou décentralisées (Allemagne)	Etat fédéral/Etats fédérés/assureurs privés

Forces et faiblesses des SNS

◇ **Les forces :**

- La maîtrise des dépenses (budget fermé)
- La médecine de groupe pour les soins de premier recours
- La coordination des soins par le médecin gate-keeper
- La prévention
- Le processus décisionnel démocratique
- L'universalité, l'unité, l'uniformité (?)

◇ **Les faiblesses :**

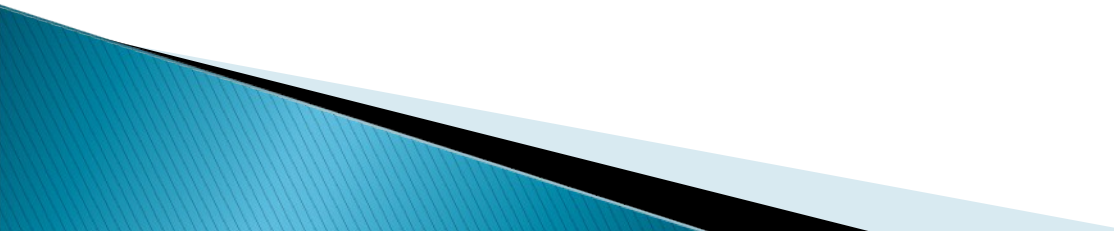
- Le rationnement des soins sous forme de files d'attente
 - La lenteur de la diffusion du progrès médical
 - Une qualité des soins parfois défailante
 - Les excès technocratiques (GB)
- 

Forces et faiblesses des SAM

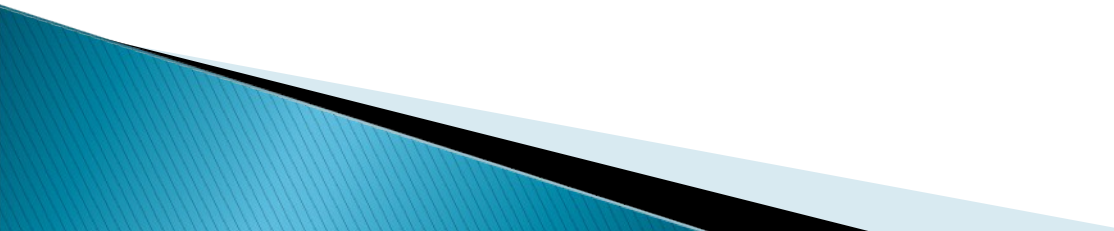
◇ **Forces :**

- Liberté des acteurs, notamment du patient
- Pas ou peu de files d'attente
- Rapidité de la diffusion du progrès médical
- La qualité des soins

◇ **Faiblesses :**

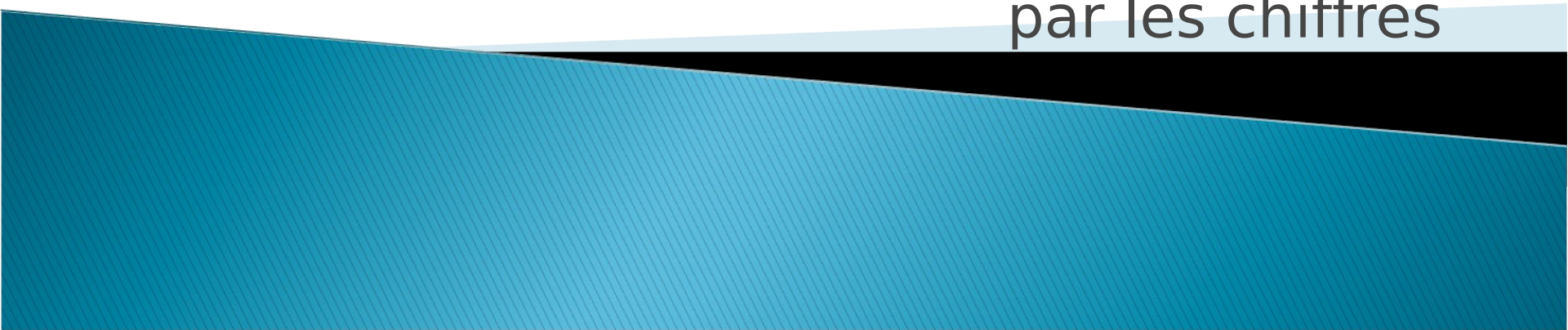
- Relative incapacité à maîtriser les dépenses (guichet ouvert, paiement à l'acte des médecins libéraux, etc.)
 - Financement très dépendant de la masse salariale (cotisations)
 - Fragmentation du financement (mosaïque de régimes) et de l'offre (médecine libérale, faible coordination ville/hôpital)
 - Inégalités, visibles et, surtout, invisibles
 - Focalisation sur les soins curatifs/prévention
 - Hospitalo-centrisme
- 

Les faiblesses des systèmes privés

- Fortes inégalités sociales d'accès aux soins
 - Indicateurs de santé publique médiocres
 - Systèmes inflationnistes du point de vue économique :
 - La concurrence entre assureurs privés conduit à des surcoûts (administratifs, frais de marketing, etc.) : mieux vaut une Sécurité sociale que des financeurs privés (cf. réforme Obama) ;
 - La concurrence entre offreur des soins est très difficile à « réguler » (sélection des malades, refus de soins, soins de qualité inégale, etc.)
- 

II. L'introuvable exception française

De quelques idées reçues mises à mal
par les chiffres



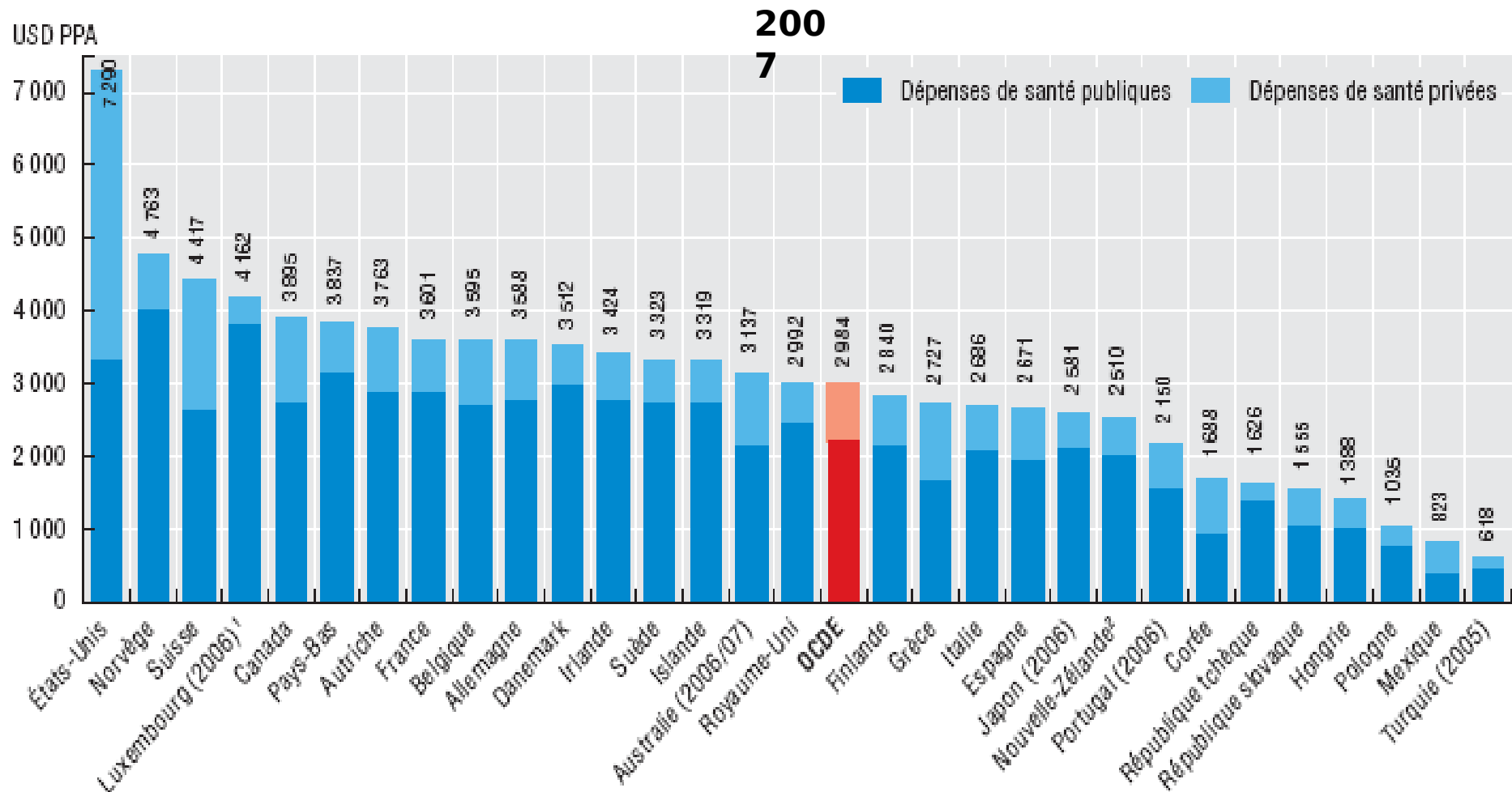
On fait dire aux chiffres ce que l'on veut

Existe-t-il une « explosion » des dépenses de santé en France qui justifierait la « responsabilisation » financière des assurés sociaux et des malades ?

Un indicateur supposé massue : le ratio dépenses totales de santé en % sur PIB

	1980	1990	2000	2007
Royaume-Uni	5,6	6	7,3	8,4
Suède	8,8	8,2	8,4	9,1
Norvège	6,9	7,7	7,7	8,9
Italie		8	8,1	8,7
Allemagne	8,7	8,5	10,6	10,4
<u>France</u>	<u>7,1</u>	<u>8,6</u>	<u>9,3</u>	<u>11</u>
Pays-Bas	7,5	8	8,2	9,8
Etats-Unis	8,7	11,9	13,1	16

Certes... mais tout change avec un autre indicateur : dépenses de santé/tête d'habitant



1. Dépenses de santé pour le nombre d'assurés au lieu du nombre d'habitants.
2. Dépenses de santé courantes.

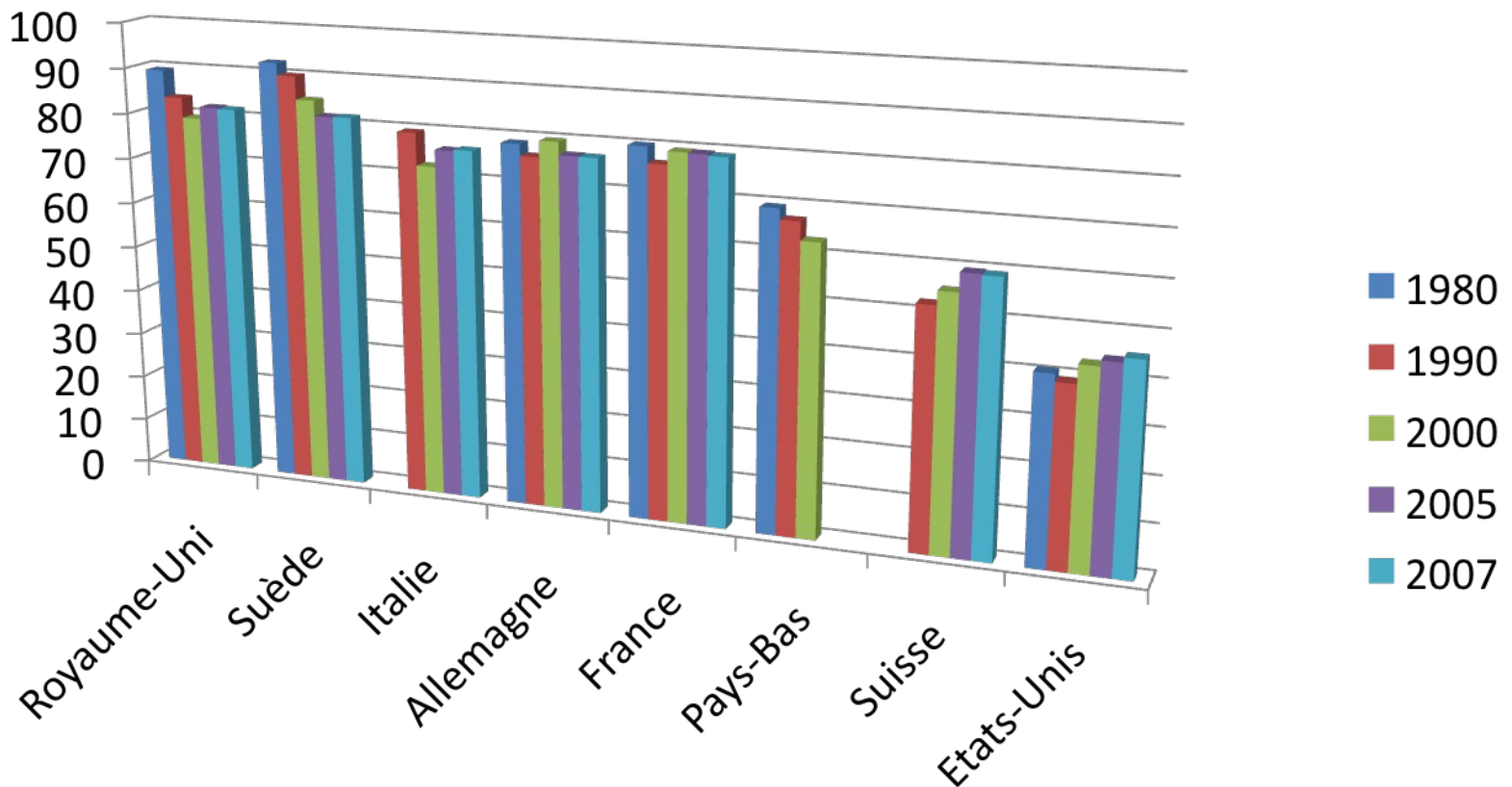
Et encore un autre : le taux de croissance annuelle des dépenses de
santé par tête
(OCDE, 2009)

	1997/1998	2000/2001	2006/2007
Royaume-Uni	4,1	6,2	1,5
Suède	5,2	4,6	2,0
Italie	1,5	6,5	- 2,6
Allemagne	1,2	2,1	1,6
<u>France</u>	<u>1,9</u>	<u>2,4</u>	<u>1,3</u>
Pays-Bas	2,5	5,7	2,7
Suisse	3,0	7,7	2,4
Etats-Unis	0,7	7,2	2,8

La France n'est pas le système de santé le plus généreux

	Part des dépenses publiques dans les dépenses de santé en 2007 (en %)
Royaume-Uni	81,7
Suède	81,7
Norvège	84,2
Italie	76,5
Allemagne	76,9
<u>France</u>	<u>79</u>
Pays-Bas	62,5 (2002)
Suisse	59,3
Etats-Unis	45,2

Mieux : pendant que les systèmes les plus privés socialisent leurs dépenses de santé, les autres les privatisent partiellement !



Evolution de la part publique dans le financement des dépenses de santé (OCDE, 2009)

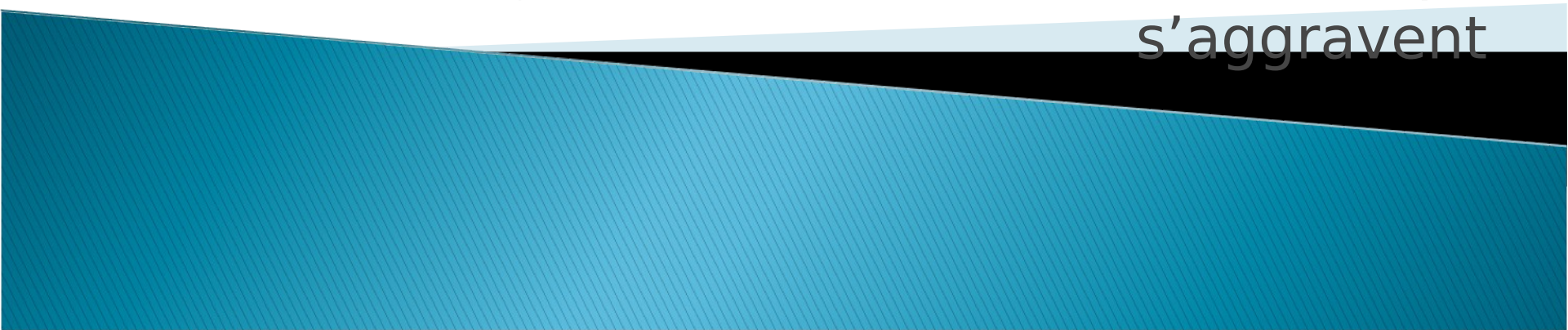
La « réforme » néolibérale : une *counter-evidence based* policy

- ▶ Plus un système est public, mieux il maîtrise ses dépenses et plus il est juste socialement ; à l'inverse, plus il est privé plus il est inflationniste et plus il est inégalitaire
- ▶ Une Sécurité sociale publique est toujours plus « efficiente » qu'un marché de l'assurance maladie privée qui génère des surcoûts administratifs et marketing et incite à la sélection des risques
- ▶ La « concurrence et le *managed care made in USA* n'ont pas fait la démonstration de leur efficacité, bien au contraire : pourquoi s'inspirer du cancre ?
- ▶ La « régulation » d'un marché de la santé est une illusion
- ▶ Les cliniques ne sont pas plus productives et moins coûteuses que les hôpitaux publics

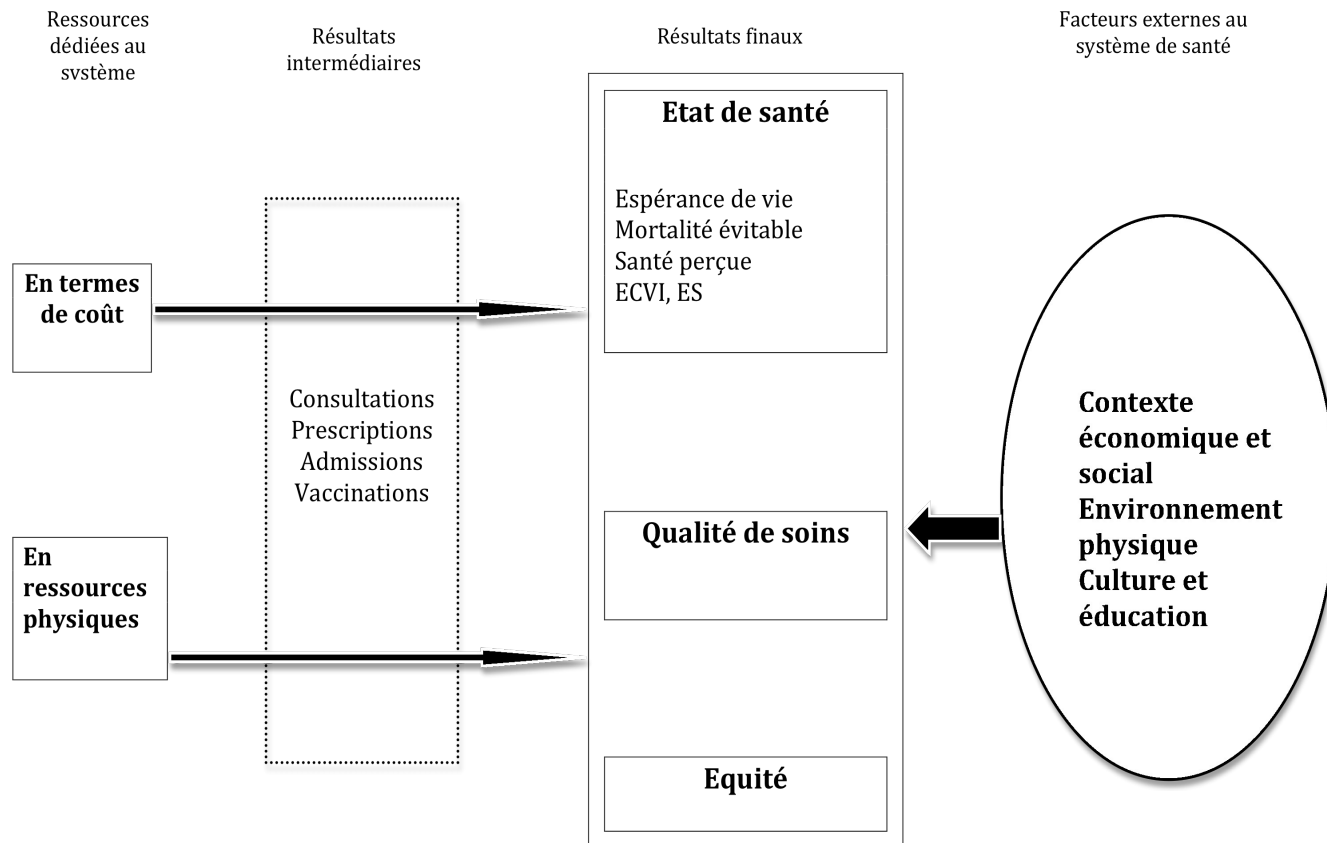
III. La France : un pays inégalitaire

De fortes inégalités sociales devant la
maladie et la mort

Des inégalités dans l'accès aux soins qui
s'aggravent



La santé au carrefour de déterminants multiples



5 grands types de causes

- ▶ **Conditions matérielles de vie** (logements, nutrition, travail dangereux)
 - ▶ **Comportements à risque** (tabac, alcool, obésité) mais conséquences différentes selon les groupes sociaux (c'est sur ce point que l'on a tendance à insister)
 - ▶ **Déterminants psycho-sociaux** : la susceptibilité aux maladies et la capacité à les combattre dépend du soutien social reçu, de la place dans la hiérarchie, d'événements survenus depuis l'enfance
 - ▶ De **différences de consommation de soins** : accès à la complémentaire santé ; différences d'utilisation du système ; différences de traitements.
- 

Les inégalités sociales de santé en France

- ▶ Il existe en France de **fortes inégalités face à la santé et la mort**
- ▶ Les différences d'espérance de vie se doublent par des **différences d'incapacité** : les ouvriers ont une vie plus courte et au sein de cette vie plus courte passent plus de temps en mauvaise santé
- ▶ Ces inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre pauvres /non pauvres ou manuels/non manuels, **le risque de mauvaise santé diminue tout au long de la hiérarchie sociale** : on appelle ceci **le gradient social de santé**
- ▶ Ces inégalités ne semblent pas se réduire, au contraire elles semblent **en augmentation**
- ▶ **La France est le pays de l'Europe des 15 où les inégalités sociales de mortalité sont les plus fortes** avec la Finlande

Un gradient de mortalité en fonction du statut économique et social en France

Profession et Catégorie Sociale (Homme)	Espérance de vie à 35 ans 1976-84	Espérance de vie à 35 ans 1983-91	Espérance de vie à 35 ans 1991-99
Cadre	41.5	43.5	46.0
Prof	40.5	41.5	43.0
Intermédiaire	40.5	41.5	43.5
Agriculteur			
Indépendant	39.5	41.0	43.0
Employé	37.0	38.5	40.0
Ouvrier	35.5	37.5	39.0
Inactif	27.5	27.5	28.5
Ensemble	38.0	39.0	41.0

Source : Monteil et Robert-Bobée, 2005

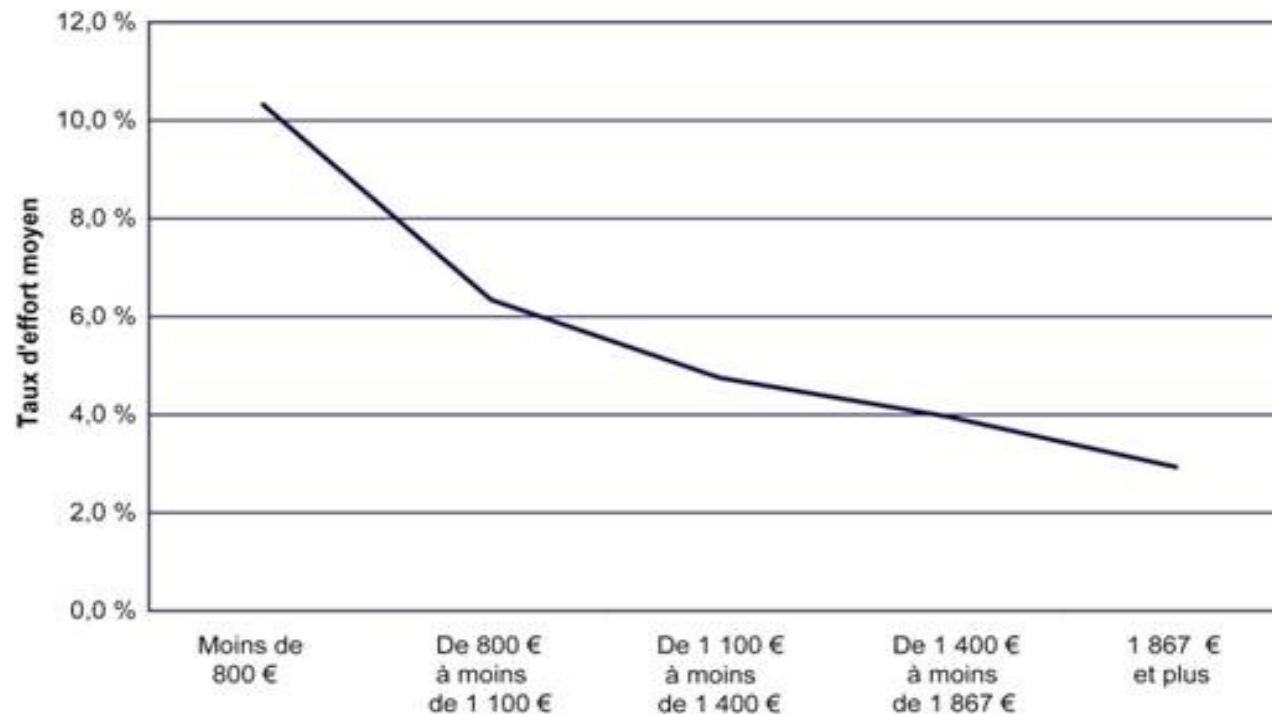
Des leçons majeures

- ▶ La cohésion et la justice sociales sont bonnes pour la santé : plus les sociétés sont inégalitaires sur le plan socio-économique, plus leurs indicateurs de santé sont médiocres et les inégalités dans l'accès aux soins sont fortes (et inversement)
- ▶ Faire de la santé publique aujourd'hui consiste surtout à incriminer les comportements à risque ou la « culture » des individus (blâme de la victime) au lieu d'agir sur les environnements sociaux (Logement, cadre de vie, conditions de travail, etc.)
- ▶ La tendance à insister sur les comportements à risque justifie la désocialisation rampante des dépenses de santé au nom de la « responsabilité individuelle »

Les inégalités d'accès aux soins en France

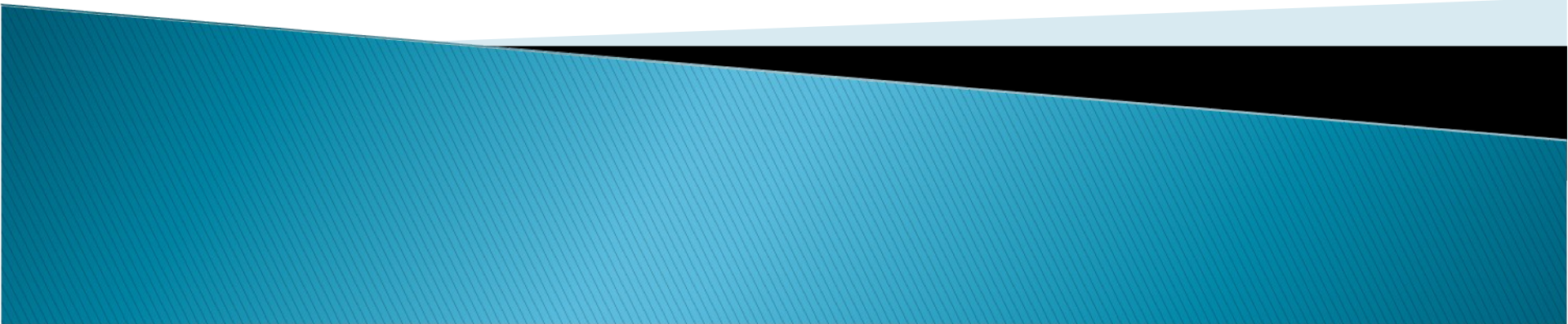
- ▶ En France, les dépenses de santé sont financées à hauteur de 75, 5% par la sécurité sociale.
- ▶ Le reste à charge des patients peut-être être financé grâce à une assurance complémentaire :
 - obtenue gratuitement sous condition de ressources : la CMUC
 - obtenue par le biais de l'employeur (40%)
 - obtenue grâce à une cotisation volontaire
- ▶ Près de 8% de la population n'est pas couvert par une complémentaire santé
- ▶ Cette proportion atteint 14 à 19 % de la population parmi les personnes aux revenus les plus modestes
- ▶ 53% des personnes non couvertes invoquent le coût de la complémentaire santé
- ▶ De surcroît, la qualité des contrats de qualité est fort inégale (collectifs/individuels)

Part des ressources consacrées à l'achat d'une couverture complémentaire



Source : enquête SPS 2006

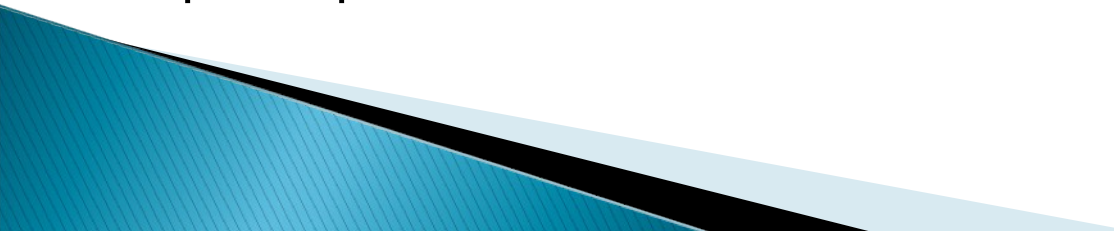
IV. Des réformes qui vont aggraver les inégalités sans résoudre la question des déficits



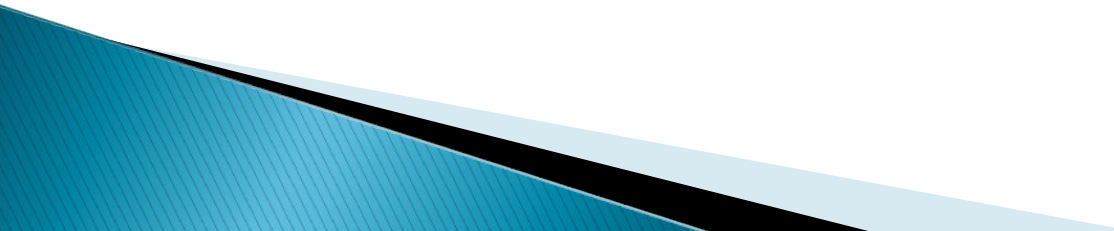
Le tournant néolibéral des années 2000

- ▶ D'une politique de l'offre à une politique de la demande
- ▶ La « responsabilisation » financière des assurés sociaux et l'augmentation du reste à charge (dépassements d'honoraires, franchises, TM, etc.)
- ▶ De l'expérimentation de la T2A à sa généralisation et la convergence tarifaire public/privé
- ▶ La concurrence, nouvelle panacée des réformateurs

HPST : La main visible des technocrates...

- Les ARS, établissements publics administratifs, absorbent une grande partie des administrations déconcentrées et... des caisses (CRAM, URCAM)
 - L'achèvement de la verticalisation du système de santé : le renforcement des exécutifs à tous les niveaux
 - La clarification de la ligne hiérarchique : ministre – DARS – Chef d'établissement
 - Le DARS : un superpréfet sanitaire et les ARS, des super ARH
 - Le chef d'établissement : de l'avocat des intérêts locaux au bras armé de l'ARS
 - L'affaiblissement des intérêts locaux (médecins, syndicats, élus) et l'absence de contre-pouvoirs : des lieux de délibération et de négociation introuvables
 - Quelle autonomie pour les établissements dans une politique descendante de restructuration à marche forcée?
- 

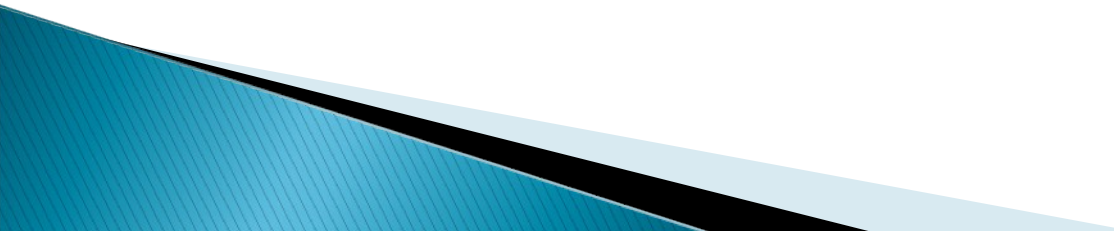
... supplée par la main invisible du marché ?

- ▶ Le chef d'établissement-patron : un fonctionnaire ou un « patron » ?
 - ▶ L'effacement de la frontière public/privé (la gouvernance d'entreprise, la vente à la découpe des missions de service public, etc.)
 - ▶ Du mauvais usage d'un outil de gestion : la convergence tarifaire public/privé
- 

Quelques conséquences prévisibles de la réforme

- ▶ Vers la dérégulation croissante de la médecine de ville : des sanctions hypothétiques, la banalisation des dépassements d'honoraires (secteur optionnel) et des pratiques de sélection des malades (CMU et AME)...
- ▶ L'hôpital public confronté à la gestion de la pénurie : des tensions sur les ressources matérielles et humaines, une perte d'attractivité pour les personnels soignants, des incitations à augmenter artificiellement l'activité et à sélectionner les malades « rentables » (T2A)...
- ▶ La prise en otage budgétaire des missions d'intérêt général
- ▶ Un secteur privé, de plus en plus aux mains des investisseurs institutionnels, aux dents longues car à la recherche de taux de rentabilité à deux chiffres. Et si la rentabilité n'était pas au rendez-vous ?
- ▶ Vers le désengagement croissant de la Sécurité sociale du financement des soins courants

Quelques questions cruciales pour l'avenir

- ♦ Augmenter les prélèvements obligatoires ou solliciter davantage les financements privés (AMC, RAC) ?
 - ♦ Persévérer dans la politique de régulation par la demande ?
 - ♦ Quelle place pour l'hôpital public dans l'offre de soins hospitalière et globale, dans le contexte de mise sous tension budgétaire et de l'offensive des cliniques ?
 - ♦ La médecine libérale, alliée objective des partisans de la privatisation ?
 - ♦ La santé publique et la réduction des inégalités sociales de santé, des enjeux toujours sous-estimés
 - ♦ Une démocratie sociale moribonde, une démocratie représentative anémiée, une démocratie sanitaire alibi ?
- 

Pour ne pas conclure

- ▶ La santé n'est pas seulement un coût, elle est une source de richesses économiques certes, mais aussi un facteur de progrès social et de bien-être collectif.
 - ▶ Il est rationnel économiquement d'investir dans la santé : les bénéfices collectifs sont de très loin supérieurs aux coûts
 - ▶ Les soins doivent être financés et dispensés par la sphère publique.
 - ▶ Il convient de dépasser la question de la médecine et des soins pour faire de la santé, à l'instar de l'environnement, une préoccupation transversale de toutes les politiques publiques de façon à agir sur les facteurs collectifs de production de la santé (logement, travail, école, conditions de vie, etc.)
 - ▶ La santé peut et doit être le support d'une régénération démocratique (santé communautaire).
- 