

Éthique et rentabilité du secteur de la santé en France : comment les politiques d'austérité fragilisent-elles l'égalité d'accès aux soins ?

Antoine RADULY

Faculté de Médecine Jacques Lisfranc, Université Jean Monnet
10 Rue de la Marandière, 42270 Saint-Priest-en-Jarez



Démarche :

L'année 2019 a été pour moi l'année de mon admission dans les études de médecine. Mais elle a aussi été l'année des confinements, des communications et injonctions contradictoires, des débats sans fin sur les vaccins et autre chloroquine. Pendant ce temps : une seule entité restait dressée contre l'épidémie : notre hôpital public.

Nous avons applaudi et encouragé ces professionnels qui donnaient toute leur énergie pour tenter de soigner une maladie que nous ne connaissions que très peu et que nous n'avions pas assez anticipé.

Nous savions déjà avant l'épidémie que l'hôpital public était faiblissant. Mais cette crise sanitaire a révélé aux grands jours que l'atteinte était bien plus grave. En effet, le manque de personnel, de moyen et les effets néfastes des politiques d'austérité de ces dernières décennies auront eu raison de la réputation de ce joyau national que l'histoire d'après-guerre nous lègue.

C'est alors, à peine arrivé en deuxième année de médecine, que je me suis interrogé sur l'origine de ces carences.

Comment cet édifice si noble qui permet un accès égal à la santé pour toutes et tous pouvait être affaibli à ce point ? Comment mes collègues internes, externes et étudiants en médecine avouaient avant même d'être diplômé vouloir à tout prix quitter la fonction publique ?

Ce sont ces raisons qui m'ont poussé à présenter ce thème hautement politique et d'actualité. Le point de vue est engagé et je le défend. Ce sont les valeurs qui m'ont motivé à me lancer dans ces périlleuses études que je développe dans ce travail.

Résumé :

Le Conseil National de Résistance aura permis la création d'un système permettant l'accès à la santé pour tous et ainsi de sortir d'un service de soin financé par la charité publique ou privée.

L'espérance de vie augmentera significativement grâce à cela. Cependant, les dépenses de santé grandissant année après année, le gouvernement Giscard d'Estaing décidera de limiter une première fois l'accès au soin notamment en réduisant l'offre et en instaurant un *numerus clausus*. Des mesures supplémentaires suivront sous le gouvernement du premier ministre Alain Juppé en instaurant des objectifs de rentabilité et en contraignant les budgets alloués à la santé.

Alors que le privé et le public semble converger sur l'importance de la rentabilité des établissements, pouvons-nous déléguer l'ensemble à la concurrence libérale ? Le livre édifiant de Victor Castanet « Les fossoyeurs » nous révèle les enjeux malsains de la course au chiffre au détriment des patients.

Aussi, baisser l'impôt semble être devenu le leitmotiv des dernières élections présidentielles. Serions-nous gagnants dans un tel scénario ? Entre inutilité de certains actes médicaux dans l'optique de faire du chiffre et le prix exorbitant des assurances privées, la question est légitime mais à considérer avec précaution.

« Ce que révèle d'ores et déjà cette pandémie, c'est que la santé gratuite sans condition de revenus, de parcours ou de profession, notre État-providence ne sont pas des coûts ou des charges mais des biens précieux, des atouts indispensables quand le destin frappe ». Ainsi s'exprimait Emmanuel Macron le 12 mars 2020 quelques jours avant le premier confinement du 17 mars au 11 mai 2020. Ce constat important à l'issue d'une crise sanitaire sans précédent dans notre ère moderne faisait espérer un vent nouveau dans notre système de santé.

Le COVID-19 nous tous fait prendre conscience de la fragilité de notre système de soins. Celui qui en 2000 était une fierté nationale à la suite de la publication du classement des systèmes de Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dont la France arrivait première. Pourtant, en 2018, la France se hisse péniblement à la onzième place de l'Euro Health Consumer Index 2018 (EHCI)¹.

Comment le système de santé Français a-t-il pu faire rayonner notre pays, d'où vient-il et qu'explique son effacement progressif et son épuisement que l'actualité sanitaire a mis en exergue ?

I. Le système de santé Français

A. La création de la sécurité sociale de 1945 à 1970

En 1944, le Conseil National de la Résistance (CNR) permet la création de la Sécurité Sociale ayant pour objectif principal un accès aux soins pour tous avec l'assurance maladie. Elle permet également d'obtenir des indemnités journalières pour continuer à se loger ou à nourrir sa famille lors d'une impossibilité de travailler liée à un problème de santé.

Ainsi, la France décide de mettre fin à un système au sein duquel les secours et les soins des plus pauvres étaient financés par la charité publique ou privée, en faisant prévaloir la solidarité entre les générations, entre les personnes bien portantes et les personnes malades. Cette mesure permet également de séparer la santé de la religion. Les soins portés aux plus démunis étaient pratiqués dans des structures où les aidants étaient majoritairement des religieuses. Le passage du médecin était rare à cause du prix des consultations et des médicaments.

La création de la Sécurité Sociale permet la création d'un service public éminemment éthique et moral permettant à tous, et dans des conditions d'égalité, l'accès aux meilleures technologies médicales et non à un simple asile destiné aux plus pauvres.

L'impact de cette décision politique et sociale ne se fait pas attendre. Entre 1945 et 1997, l'espérance de vie à la naissance en France n'a fait qu'augmenter. La Sécurité Sociale n'est pas le seul facteur mais elle a permis d'agir sur deux variables majeures : la diminution de la mortalité infantile ainsi qu'aux âges plus élevés notamment marquée entre 60 et 69 ans selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) dans un rapport de 2019³.

En 2022 elle tend à se stabiliser à 85 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes.

La mortalité infantile augmente et atteint 3,9 enfants pour 1000 naissances³ (contre 3,5 pour 1000 en 2015)². Les raisons citées par la Cour des Comptes³ retiennent notamment la baisse de près de 20,1% des maternités en France à cause de nombreuses réformes pénalisant les maternités de petites tailles au profit de celles des villes et le désengagement du secteur privé lucratif de ce domaine.

¹ <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4160025>

³ <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20150123-rapport-les-maternites-premier-cahier.pdf>

B. Les années 1970 à 1990 : le début des restrictions

Grâce à ce nouveau système, les Français pouvaient consulter sans restriction les médecins et autres services de santé ce qui aura pour conséquence une augmentation des dépenses de 5 à 7% par an⁴.

Avec le premier choc pétrolier, des mesures de contrôle des dépenses arrivent dans le champ politique. Le gouvernement Giscard d'Estaing fut le premier à pratiquer cet exercice. Il n'était plus viable que les dépenses publiques de santé croissent plus vite que la production de richesse du pays.

Ce problème est notamment imputé à la situation de « pléthore médicale »ⁱ dans laquelle se trouve la France : si les Français consultent trop, c'est qu'il y a trop de médecins. Dans cette perspective, c'est l'offre de soins qui conditionnerait la demande. L'instauration du *numerus clausus* en 1971, qui connaît un resserrement constant d'année en année, se propose de réguler cette demande à partir d'une restriction de l'offre. En conséquence, le nombre d'étudiants admis en médecine chaque année est réduit de près de deux tiers en vingt ans (8 588 en 1972 contre 3 500 en 1993⁵). La Sécurité Sociale ira même jusqu'à financer le départ anticipé à la retraite de 10 000 médecins entre 1988 et 2003⁵.

L'État n'est pas le seul responsable de cette mesure, certains représentants de médecins et de spécialistes ne voyaient pas d'inconvénient à ce que le marché se raréfie. À demande égale mais avec moins d'offre, ces derniers n'étaient pas opposés à l'idée d'une revalorisation de leur consultation.

Ces décisions sont à l'origine du problème des « déserts médicaux », qui fait régulièrement irruption dans le débat public année après année. Or, s'il n'est pas rare d'entendre pointer du doigt les étudiants en médecine, qui privilégieraient massivement une carrière dans le sud de la France, en dédaignant les régions qui ont pourtant besoin d'eux, le nœud du problème réside ailleurs : l'existence de déserts médicaux (85% du territoire français) n'est pas imputable aux envies de soleil des étudiants, mais bien au nombre insuffisant de médecins, qui ne permet plus de répondre aux besoins d'une population vieillissante qui a plus souvent recours à des soins.

Une solution à court terme est l'arrivée de médecin étrangers en France. Ces derniers sont très rentables pour les hôpitaux car entièrement formés à l'étranger. Ils doivent pour la plupart décrocher des équivalences de diplôme en travaillant en tant que FFI (Faisant Fonction d'Interne).

L'autre solution est d'être patient et d'attendre. Ces dernières années, le *numerus clausus* a considérablement augmenté (7 500 en 2016 contre 9 314 en 2018⁵) et le nouveau *numerus apertus* augmente encore ce nombre. Néanmoins, la formation la plus courte pour un médecin représente 10 ans d'études ! Les effets de ces augmentations ne seront visibles qu'à l'horizon 2030.

⁴ Grimaldi, A. (2021). *Manifeste pour la santé 2022*. Odile Jacobs.

⁵ https://fr.wikipedia.org/wiki/Numerus_clausus_dans_l%27admission_aux_études_de_santé_françaises

C. Les années 1990 à nos jours : la guerre contre les dépenses, l'hôpital entreprise

En 1982, Jean de Kervasdoué, responsable de la Direction des Hôpitaux, découvre dans l'université de Cornell aux États-Unis une classification de maladies en groupes de séjours avec des coûts proches. Cette technique permettait d'anticiper les coûts et était baptisée DRG (*Diagnosis Related Groups*). Cette notion fut importée et renommée Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)⁶.

Ce programme était initialement utilisé uniquement dans un but épidémiologique. Il permettait d'estimer les dépenses de santé Française en relevant les actes de soins prodigués à la population. Cela permettait d'ajuster les ressources en fonction des besoins.

Il faut attendre 1996 pour que les PMSI soient repris par le premier ministre de l'époque, Alain Juppé. Les dépenses de santé en France représentaient encore un problème politique majeur. Il est alors décidé de créer une enveloppe nationale pour l'Assurance Maladie et les accidents du travail : l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie ou Ondam. Cette enveloppe est votée chaque année par l'Assemblée Nationale et définit notamment le budget annuel pour les hôpitaux.

Pour faire ce calcul, le PMSI sera utilisé et introduira pour la première fois la notion de rentabilité dans le quotidien des soignants. Les hôpitaux pratiquants le plus de soins « rentables » selon le PMSI auront une enveloppe plus importante, et inversement.

6 ans plus tard, en 2002, le « plan hôpital 2007 » introduit la notion de tarification à l'acte (T2A). Cette dernière impose aux hôpitaux de classer chaque patient dans un des 800 groupes homogènes de pathologie. La Sécurité Sociale paye ensuite à l'hôpital une compensation en fonction de celle-ci.

Ces mesures marquent ainsi la transformation progressive d'un système tourné vers les patients en un système optimisé pour limiter les dépenses, voire viser une rentabilité économique.

L'Ondam maintient la pression en imposant un budget inférieur aux besoins hospitalier : en 2019 la croissance de l'Ondam était de 2,4% quand la Sécurité Sociale estimait avoir besoin d'au moins une augmentation de 4,4%⁷ pour répondre aux besoins de la population. Ce manque à gagner était supposé être résorbé par la T2A, en identifiant les opérations les plus rentables et en multipliant celles-ci afin de maximiser les profits.

Cette logique explique pourquoi certains domaines de la médecine sont mis en retrait, voire nettement délaissés. De nombreuses pratiques échappent en effet à la T2A, à l'image de la psychiatrie, qui se retrouve de ce fait moins dotée, alors même que les besoins de la population explosent, en raison notamment des troubles engendrés par les conditions de travail. La crise COVID a en ce sens agi comme un révélateur puissant de la dégradation de l'état de santé mentale des patients.

⁶ https://fr.wikipedia.org/wiki/Programme_de_médicalisation_des_systèmes_d%27information

⁷ Grimaldi, A. (2022). *L'hôpital nous a sauvé : sauvons-le !*. Odile Jacobs.

II. La privatisation : pourquoi n'est-elle pas adaptée ?

A. La recherche de profit au détriment des patients : le scandale Orpéa

En 2022, éclate le scandale des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). À travers son ouvrage d'investigation « Les Fossoyeurs », Victor CASTANET (aidé de près de 250 témoins) révèle le fonctionnement d'une multinationale dans le monde de la santé orienté vers les profits : Orpéa, leader mondial des Ehpad et des cliniques, générant un chiffre d'affaires de plus de 4 milliards d'euros en 2021. Initialement, une entreprise de taille modeste, elle a su s'agrandir en profitant de ce nouvel or gris qui s'offrait à elle.

Dans une optique d'économie et de rentabilité publique, les Ehpad posent un problème. Les patients restent longtemps, ils sont souvent surmédicalisés et représentent des dépenses importantes. Impensable quand il faut faire des économies. Dès lors, pourquoi ne pas lâcher du lest en se séparant d'une partie de ce secteur ? La privatisation d'un certain nombre de places représente un nouveau marché juteux, pérenne et rentable.

En gardant une logique de marché, la concurrence est censée proposer les meilleurs prix pour la meilleure qualité et la bataille devrait se faire sur l'offre de services. Il n'en va pas de même dans ce secteur : il suffit de répondre à un simple appel d'offres pour bénéficier d'un bail plus ou moins long qui empêche toute nouvelle concurrence.

En effet, les places en Ehpad sont régulées par les Agences Régionales de Santé (ARS) et il n'est pas chose aisée d'en ouvrir de nouvelles. La Sécurité Sociale paye en effet les personnels soignants tels que les infirmiers, les aides-soignants ou les médecins.

Dans ce système, la manne financière se trouve par conséquent dans l'hôtellerie : le confort et les activités sont facturés, tandis que les soins sont couverts par la solidarité nationale. Quoi d'immoral dans cette situation ?

Orpéa, comme d'autres entreprises du même secteur, sont cotées en bourse. Des investisseurs placent donc leur argent pour le faire fructifier et ne demande qu'une chose : du chiffre. Et pour en dégager, il faut pouvoir jouer sur des variables d'ajustement.

En premier lieu, le personnel soignant. Alors même que ce dernier est payé par la Sécurité Sociale, les entreprises créent de faux emplois non dotés que l'ARS finance. Lors des inspections de cette dernière, qui vérifie la régularité des postes de soignants, il suffit d'embaucher le nombre nécessaire, (1 infirmier et 1 aide-soignant pour 4 patients) pour faire bonne figure. Le reste du temps, l'argent public est encaissé et distribué aux actionnaires.

La deuxième variable sont les consommables. En rationnant les protections des personnes âgées, les repas, etc. vous économisez des sommes conséquentes. Ces mesures sont cachées notamment des familles qui sont invitées à prévenir de leur arrivée pour masquer les manquements.

L'appel du gain et de la rentabilité pousse à faire des économies pour être toujours plus attrayant pour les investisseurs. Avoir les meilleurs chiffres, les meilleurs indicateurs d'économie : il ne faut reculer devant rien. La férocité des menaces vociférées à l'encontre de l'auteur des « Fossoyeurs » montre aussi que les grandes entreprises ne veulent pas que l'on vienne fouiller dans leurs pratiques sous peine de nuire à leur réputation et donc de perdre en capital. Pourtant, on parle ici de personnes vivant leurs dernières années au sein d'établissements dans lesquels ils ont été placés parce que les familles ont été charmées par les activités supposément proposées et le cadre.

Imaginons maintenant les dérives potentielles d'une éventuelle ouverture du marché de la santé (soit 209 milliards d'euros en 2020).

B. Les patients : premiers perdants des mesures d'austérité

L'exemple d'Orpéa montre bien que laisser les rênes de la fin de vie à des entreprises privées peut aboutir à des situations insoutenables moralement que nous nous devons de dénoncer. Cependant, même dans nos hôpitaux publics, la nouvelle logique de travail à flux-tendu et les mesures d'austérité nuisent à la prise en charge des patients.

Pour développer cette nouvelle partie, rappelons que sur 3000 établissements de santé en France, 1376 sont publics. Cependant, ils représentent 61% des hospitalisations complètes (si vous passez une nuit à l'hôpital donc avec un lit attribué) et 55% des hospitalisations de jour (vous rentrez le matin et vous sortez le soir). Entre 2002 et 2018, le nombre de places en hospitalisations longues est passée de 314 000 à 243 000 places. Cette différence a été compensée par l'ouverture de 12 000 lits en hospitalisation de jours. Mais ce nombre reste très insuffisant⁸.

Diminuer le nombre de lits en hospitalisation complète permet de faire fonctionner l'hôpital à flux tendu. Le nombre de place est inférieur à la demande et il faut augmenter la productivité pour faire sortir un patient et libérer un lit pour en prendre un nouveau. La population française côtoie ce système tous les jours dans le service des Urgences.

Les Urgences sont au croisement des défaillances de notre système. Elles subissent le manque de médecins traitants laissant sans possibilité de se faire soigner près de 8 millions de Français qui consultent donc les Urgences pour des motifs bénins, ainsi que le manque de lits d'hospitalisations.

Les patients devant être soignés dans les services attendent donc dans les lits des Urgences, empêchant un nouveau patient d'être vu et augmentant le temps d'attente. Pour le premier patient installé, c'est aux médecins de supplier chaque service de l'hôpital jusqu'à ce que l'un d'entre eux accepte de le prendre en charge pour libérer une place et recevoir le suivant. L'objectif étant de limiter ce temps de latence au maximum.

Pour ceux qui ont la chance d'avoir une bonne mutuelle, une nouvelle option semble s'imposer : les cliniques et hôpitaux privés. Après tout, si la mutuelle complémentaire nous ouvre ce droit, autant en profiter. Ceux qui n'en ont pas pourront se contenter du service public. Sans nous en rendre compte, nous sommes de plus en plus sensibilisés au caractère plus efficace et qualitatif supposé des services de soins privés. Plus nous sollicitons les structures privées, moins la Sécurité Sociale a d'intérêt d'exister.

Plutôt que de démonter frontalement le service public, il est politiquement plus stratégique de le laisser s'effondrer pour que la transition se fasse « de bon sens » et non pas par la force de la législation.

Serions-nous gagnant dans ce scénario ? Si nous nous tournons vers un système privatisé, les prélèvements sur les salaires seraient allégés et chacun pourrait gagner en pouvoir d'achat. Les hôpitaux privés seraient en concurrence pour offrir la meilleure technologie et la meilleure prise en charge pour ceux qui peuvent se les payer.

Pour les autres, notre conscience laisserait un service public minimum pour la prise en charge des plus démunis avec un budget serré ne permettant pas une qualité de soin optimale. Cela acterait le retour à la situation initiale pré-Sécurité Sociale mais en plus moderne.

⁸Data Gueule (France Télévision) 23 avril 2020. « Hôpital public : l'optimisation à mort » YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=RJAwnJcNCg8>

Si l'argent n'est plus prélevé sur les salaires, cela signifie qu'il faudra comme dans de nombreux pays souscrire à des assurances personnelles permettant un degré de prise en charge différent selon la formule choisie et les partenariats tissés entre les hôpitaux privés et les compagnies d'assurance.

Ces prix sont généralement beaucoup plus élevés que les prélèvements et ne sont soumis qu'à peu de régulation ce qui permet des flambées spectaculaires sans raison valable.

De plus, si le patient devient un client, alors le client est roi. Il peut décider (puisqu'il paye), d'avoir recours à une intervention alors même que l'intérêt médical est faible voir même défavorable. Il ne serait pas rentable pour l'établissement de refuser un client. Dans la situation où vous vous retrouvez avec une maladie grave voire incurable, rien n'empêche les structures privées de vous proposer des soins sans intérêt pour vous mais rentables pour eux. Dans le désespoir, il est facile de tomber dans les bras de n'importe qui.

L'hôpital public quant à lui, à ce luxe de prescrire un examen quand il est nécessaire et de pratiquer une intervention uniquement si elle est bénéfique au patient. C'est pour cela que les hôpitaux privés d'Ile de France par exemple, ont de moins bons indices de performance que les hôpitaux publics⁴.

C. L'épuisement des soignants

Alors que toutes les mesures précédemment détaillées ont permis une augmentation de la productivité des hôpitaux de 15% entre 2010 et 2017⁹, les effectifs hospitaliers n'ont augmenté que de 2%⁹.

Cette recherche de la productivité empêche le temps d'échange avec le patient. Ce dernier n'est en effet pas inclus dans le calcul de la T2A et n'est donc pas rentable. Pourtant, le contact humain est pour beaucoup le moteur de leur vocation. Dans le privé, la logique est la même pourtant les soignants se plaignent moins. Le fait qu'ils soient payés entre 2 à 8 fois plus y joue probablement un rôle considérable.

La France pointe en 2020 à la 22^{ème} place des pays de l'OCDE⁹ concernant le salaire des infirmiers. Les conditions de travail et les salaires auront eu raison de nombreuses vocations. Aujourd'hui, l'espérance de vie d'un étudiant infirmier fraîchement diplômé est de 3 ans avant que 20% jette le tablier.

« Un interne se suicide tous les 16 jours » : voici le slogan choc employé par l'Intersyndicale Nationale des Internes (ISNI) pour sensibiliser à la question des conditions de travail dans l'hôpital public entreprise. De plus en plus de médecins libéraux « déplaquent », c'est-à-dire arrêtent leur activité professionnelle à cause du surmenage. 27% des postes de praticiens hospitaliers¹⁰ sont vacants dans nos établissements publics, entraînant la fermeture de nombreux lits.

Les arrêts maladies sont beaucoup plus fréquents dans le secteur de la santé : 10,2 jours par an en moyenne contre 7,9⁹ dans tous les autres secteurs d'activité. Cela témoigne donc de l'épuisement chronique des soignants ayant pour conséquence l'abandon du bateau qui est en train de couler. Soigner oui, mais à quel prix ?

La majorité des étudiants en médecine pourtant formés par le service public, lorgne avec envie sur le confort de vie des hôpitaux privés. La vocation n'est pas une dévotion aveugle et les conditions de travail ne permettent pas de donner envie aux jeunes internes et futurs médecins de rester.

⁹ https://www.oecd-ilibrary.org/sites/5f5b6833-fr/1/2/8/6/index.html?itemId=/content/publication/5f5b6833-fr&_csp_=65ac94c7f4b2dbbf68a7eef9e558ed12&itemIGO=oecd&itemContentType=book

¹⁰ <https://www.leparisien.fr/economie/30-de-postes-de-medecins-vacants-l-hopital-public-veut-une-conference-de-consensus-15-01-2020-8236689.php>

Conclusion :

Le service public hospitalier français est un joyau national qui ne cesse de faire briller la France à l'international.

À l'heure où le Covid nous a fait prendre conscience que travailler à flux tendu ne permet pas d'anticiper la moindre crise sanitaire, et où les conditions climatiques favorisent les flux migratoires ainsi donc les pathologies émergentes : il faut un service public fort pour anticiper et protéger la population des crises à venir.

Pour cela, le diagnostic n'est pas aisé. Il faut une volonté politique nouvelle de réguler les dépenses des hôpitaux publics en faisant des économies sur les marchés de la santé. Les prix des médicaments explosent sans justification, ceux des accessoires médicaux également. Tout cela participe à faire gonfler la facture. Il faut que la santé soit un bien commun et international pour que chaque pays puisse améliorer ses conditions de vie. La santé est le bien le plus fondamental de chacun. L'économie de marché et la recherche de rentabilité ne peuvent outrepasser le droit inaliénable de vivre en bonne santé.

ⁱ Martine BUNGENER, « Une éternelle pléthore médicale ? », Sciences Sociales et Santé, vol I, n° II, février 1984, p. 77-110.