

VÉRONIQUE VASSEUR
CLÉMENCE THÉVENOT

SANTÉ, LE GRAND FIASCO



France, ton système
de santé te tue



Flammarion
DOCUMENT

Extrait de la publication

SANTÉ, LE GRAND FIASCO

Flammarion
DOCUMENT

La santé n'a pas de prix. En revanche, elle a un coût.

Explosion des dépenses de santé, gaspillages absurdes, lobby des labos, dégradation de la médecine libérale, hôpital public en détresse, inadéquation des politiques de santé... le système de santé français, réputé dans le monde entier, est victime de son succès.

D'un côté, la médecine à cent vitesses voit les déserts médicaux avancer et le coût des mutuelles grimper, incitant les patients à se tourner de plus en plus vers les urgences des hôpitaux ou à renoncer à se soigner. De l'autre, les marchands de santé, au premier rang desquels les firmes pharmaceutiques acoquinées au pouvoir politique, génèrent toujours plus de profits. Le pays s'enlise et aucune réforme ne parvient à endiguer la lente dégradation qui ronge notre modèle social.

Au plus près des failles de ce système, ce livre tire le signal d'alarme. France, attention danger, ton système de santé te tue.

D^r Véronique Vasseur, médecin à l'hôpital Saint-Antoine à Paris, a publié Médecin-chef à la prison de la Santé en 2000, grand succès de librairie.

Clémence Thévenot est journaliste, ancienne rédactrice en chef du magazine Culture Droit.

Santé, le grand fiasco

DU MÊME AUTEUR

Véronique Vasseur

Médecin-chef à la prison de la Santé, Le Cherche-Midi, 2000.

L'Hôpital en danger, Flammarion, 2005.

À la rue : quand travailler ne suffit plus, avec Hélène Fresnel, Flammarion, 2008.

Le Panier de crabes : les dessous des campagnes électorales, Flammarion, 2009.

La prison doit changer, la prison va changer, Flammarion, 2011.

Véronique Vasseur
Clémence Thévenot

Santé, le grand fiasco

Flammarion

© Flammarion, 2013
ISBN : 978-2-0813-2368-1

Prologue

Casse-tête budgétaire, imbroglio administratif, patate chaude politique... depuis quelques années, le gouvernement français assiste – impuissant – au déclin de son système de santé.

Déserts médicaux, dépenses de santé exorbitantes, désorganisation totale du parcours de soin, urgences hospitalières asphyxiées... le bilan est désastreux. Mais si la mort du système n'est pas encore officielle, usagers et professionnels accusent déjà le coup.

Car la médecine libérale se désarticule, oscillant entre sinistrose des uns et appât du gain pour les autres. La médecine à cent vitesses voit les campagnes se déserrer et les patients isolés renoncer à se soigner ou embouteiller un peu plus les urgences des hôpitaux. À l'hôpital, la colère gronde et les protestations se multiplient contre les fermetures de services, la réduction des effectifs et le regroupement des établissements de santé.

Il est déjà loin le temps où la France pouvait s'enorgueillir d'avoir le meilleur système au

Santé, le grand fiasco

monde, comme l'affirmait l'OMS en 2000. Réputé dans le monde entier, sans doute victime de son succès, notre modèle de santé menace bel et bien de s'écrouler.

Près de quinze ans plus tard, le tableau s'est en effet assombri pour virer au scénario catastrophe dans une France vieillissante, en pleine crise économique, qui a fini par brader ce service public au même titre que beaucoup d'autres.

Résultat, comme à chaque crise grave, en France on repose la sempiternelle question de la crédibilité de l'État-providence. Certains s'empressent déjà de le remettre en cause, invoquant des politiques de santé inadéquates face à un secteur de soins fonctionnant de plus en plus mal, quand d'autres font preuve de plus de retenue. Qu'en est-il ? Qui sont les responsables du fiasco ?

Jouant sur nos peurs, les grands groupes pharmaceutiques acoquinés au pouvoir politique – de quelque couleur qu'il soit – créent des molécules inutiles ou, pire, dangereuses. Après le scandale du Mediator, la réforme tant attendue du médicament n'a pas su convaincre. Et d'autres scandales sont apparus, ôtant tout espoir de rétablir durablement la confiance des usagers et la probité minimale des élus. Mieux vaut désigner des responsables uniques, voire des boucs émissaires.

À qui faire porter le chapeau de cet échec magistral ?

Prologue

Aux patients devenus des consommateurs de soins déresponsabilisés, pour qui la santé, hissée au rang de valeur suprême, aurait « remplacé le salut¹ » ?

Aux professionnels dont certains seraient devenus de vulgaires vendeurs de santé ?

Pourquoi pas, mais dans les coulisses de ce marché de dupes, qui manipule réellement les ficelles en nous poussant à consommer plus de médicaments inutiles et à pratiquer plus d'exams superflus ?

Et qui refuse d'admettre que les temps ont changé, que la médecine à cent pour cent gratuite relève du passé ?

Les assurés sociaux, les professionnels, les administrations, les responsables politiques, les industriels ne peuvent continuer à se renvoyer la balle.

Et les Français, viscéralement attachés à leur protection sociale, doivent comprendre que la France boite depuis trop longtemps avec, dans sa chaussure, le caillou d'une santé à bout de souffle, déjà rongée de l'intérieur.

Aujourd'hui, le gouvernement se trouve dans l'impasse et sait qu'il ne peut plus assumer 4,5 milliards de dépenses de santé supplémentaires chaque année. Endetté jusqu'au cou, notre

1. G. Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, PUF, 1991.

Santé, le grand fiasco

pays peut-il revenir sur les principes de 1945 ? A-t-il encore les moyens de considérer la santé comme un investissement sur plusieurs générations, quitte à s'endetter toujours plus ? La légitimité d'un gouvernement et l'éthique d'une nation se mesurant aussi à l'état de santé de sa population, à son éducation, à son intelligence, va-t-on enfin ouvrir les yeux ?

Soigner, oui, mais à quel prix ? Combien vont payer ? Pour quoi ? Pour qui ?

L'heure des choix, tranchés et donc injustes, sonne. France, attention, ton système de santé te tue !

PREMIÈRE PARTIE

Notre système de santé est en péril

En 2000, le système de santé français était l'un des meilleurs au monde : chaque usager bénéficiait d'un accès équitable, et à prix abordable, à des soins de qualité. En 2013, le contexte économique a assombri le tableau. Ce qui était il y a peu une fierté nationale est devenu un boulet bien lourd à porter. Les principes de solidarité mis en place à la Libération ont pris un sacré coup de vieux et voient de plus en plus de personnes renoncer à se soigner. Source de gaspillage, le dispositif s'est emballé et tourne en roue libre. La machine agonise en voyant les dépenses exploser et la consommation abusive de soins se banaliser. Les mutations économiques, sociologiques, démographiques et biotechnologiques que subit la France depuis trente ans sont en passe d'achever ce système de soins *made in France* qui faisait la fierté de tous. Qu'on en juge !

Chapitre 1

La santé : un produit de consommation comme un autre

Le déclin du système de soins en France ne se résume pas à des déficits budgétaires mal jugulés par l'État. Les caisses sont vides et les dépenses de santé ont aussi viré au rouge parce que les comportements des usagers et des professionnels ont profondément changé.

La santé omniprésente

Presse, publicités, émissions de radio, sites Internet... la santé est partout parce qu'elle est devenue un produit à vendre pour tous ceux qui pourraient en tirer profit.

Les magazines de santé côtoient ceux de mode ou de beauté chez les kiosquiers. Plus d'une quinzaine de publications spécialisées dans la prévention et la santé ont ainsi vu le jour ces dernières années. Les thèmes de la jeunesse et de la beauté y sont mélangés aux sujets médicaux, devenus banals dans la presse écrite comme à la télé. Les séries TV comme les

Santé, le grand fiasco

émissions médicales investissent désormais nos petits écrans, oscillant entre informations sérieuses et secrets de bien-être.

Pourquoi ? Parce que le thème de la santé fait monter l'audimat et que les résultats des séries liées à la médecine sont bons. Depuis *Urgences* au milieu des années 1990 qui a ouvert la brèche, leur succès est grandissant : *Dr House*, *Grey's Anatomy*, *Nip/Tuck*... chacun de ces programmes surfe sur la vague médicale pour vendre des histoires et alimenter l'imaginaire populaire, quitte à dispenser parfois des informations erronées. Près de la moitié des premiers secours apportés aux personnes en état de crise dans les grandes séries médicales *made in USA* se révèlent totalement inappropriés : répétés à la maison, ces gestes pourraient même être dangereux¹. Par exemple, si une personne a des convulsions, évitez comme les docteurs de séries B d'introduire un objet ou une cuillère en bois dans la bouche du malade pour qu'il n'avale pas sa langue. Il faut simplement le tourner sur le côté, la tête vers le bas.

Or cette présence accrue de blouses blanches, loin d'être anodine, modifie sensiblement l'image qu'ont les téléspectateurs du fonctionnement de la médecine. À travers l'écran, c'est la réalité médicale qui est déformée. Les cas médicaux

1. Des chercheurs de l'université Dalhousie ont passé deux cent quatre-vingts heures devant leur télé pour regarder tous les épisodes de séries médicales, de *Grey's Anatomy* à *Urgences*, en passant par *Dr House* et *Private Practice*.

La santé

rarissimes deviennent fréquents, les traitements expérimentaux finissent par sembler habituels et les sauvetages *in extremis* monnaie courante.

Avec Internet aussi, la pratique médicale en prend un coup. Les patients, aguerris et de mieux en mieux informés, surfent sur le Net pour comprendre et faire parler leurs symptômes. Les sites médicaux comme doctissimo.fr exploitent ce besoin de réponses médicales immédiates, pas toujours bien assimilées. « Souvent les patients savent (ou croient savoir) ce qu'ils ont parce qu'ils sont allés sur le Net. Ils veulent juste le traitement », affirment ainsi, à l'unisson, les médecins.

Autant de profondes mutations sociologiques qui bouleversent notre rapport à la santé et aux soins.

Des consommateurs de soins

Nos comportements ont dévié et notre regard sur notre corps, notre santé et notre bien-être a radicalement changé.

La peur de tout (des autres, de la mort, de l'insécurité, de la maladie, etc.) ronge notre société où tout doit être maîtrisé. Au moindre pépin, même insignifiant, il faudrait répondre par une prescription et des médicaments à acheter. Les usagers, devenus consommateurs de soins, ont fini par confondre confort et santé. On

Santé, le grand fiasco

n'accepte ni de vieillir ni d'avoir un léger coup de *blues* ou un rhume qui passera en quelques jours. À la moindre toux, on consulte. Ce rapport pathologique à la santé se retrouve dans tous les milieux sociaux. Angoissés et de plus en plus précautionneux, les Français, même ceux dans le besoin, usent et parfois abusent des consultations de « confort », des examens médicaux inutiles et des médicaments souvent pris en abondance, au premier rang desquels les antibiotiques et les antidépresseurs.

Avec le sacro-saint principe de précaution en toile de fond, le patient en vient à chérir plus que de raison ce qu'il croit être la sécurité maximale en réclamant au médecin des pilules magiques. Tandis que le médecin, lui, se protège grâce au bouclier de l'ordonnance.

Ce qui conduit à des aberrations. L'absence de prescription pour un simple nez qui coule passerait presque pour accidentelle. Pis, ce sont souvent des biens portants qui ressortent des cabinets médicaux une ordonnance à la main. Pourquoi n'accepte-t-on pas d'être malade quelques jours sans prendre de médicaments ni immédiatement chercher à consulter ? Pourquoi les généralistes revoient-ils en consultation des patients seulement deux jours après le début de leurs traitements ? « Ils reviennent pour avoir d'autres médicaments parce que celui qu'on leur avait prescrit n'avait pas fait effet en quarante-huit heures », racontent-ils. Comme le médicament a des vertus magiques dans l'esprit

des consommateurs de soins, il leur en faut toujours plus.

Autant les usagers manquent parfois de discernement, autant les prescripteurs pourraient prendre plus de temps pour expliquer l'inutilité de tel ou tel traitement. Mais « ça prend moins de temps de prescrire que d'expliquer aux patients qu'il ne sert à rien d'avalier le médicament qu'ils veulent à tout prix, que leur pathologie est virale, donc qu'elle passera » s'accordent à dire la plupart des médecins. « Et le temps, on n'en a pas beaucoup. » Alors, on sur-ordonne et on surconsomme.

L'effet désincitateur des mécanismes de gratuité

Le système de santé français ne responsabilise aucun des acteurs. Le médecin prescrit, le malade consomme, la Sécu rembourse. Et tout le monde y perd.

Difficile, en effet, de se déshabituer d'un système aussi favorable aux usagers et aux médecins, ces derniers voyant leurs honoraires financés par la Sécurité sociale. La maison ne fait pas crédit, l'État si. Dans un tel contexte, les médecins n'hésitent plus à avoir la main lourde en griffonnant à l'envi leurs ordonnanciers. Plus ils prescrivent, plus ils s'enrichissent. Attachés à la liberté de choisir ses médecins et aux remboursements à l'aveugle par les caisses d'assurance

Santé, le grand fiasco

maladie et les mutuelles, nous sommes comme infantilisés par un système tournant en roue libre.

Bienfaisant et maléfique à la fois, le « tout gratuit » pervertit le dispositif censé initialement protéger les plus fragiles.

Dans un État protecteur comme le nôtre, personne n'a d'intérêt à voir ses dépenses de soins limitées ou ses actes médicaux rationnés. Autre aspect du mal : les Français ne se sentent pas responsables du déficit de l'assurance maladie. Le modèle, aussi louable soit-il, est voué à l'échec si tous ses participants ou partenaires tentent sans cesse d'en tirer le maximum d'avantages en ne lui accordant, en retour, qu'un minimum d'efforts et de sacrifices. Or, c'est exactement ce qui se passe aujourd'hui. C'est presque cartésien : comme c'est gratuit, on consomme plus.

La surconsommation médicamenteuse, avec des remboursements quasi automatiques et des mutuelles à l'affût, rend le cocktail explosif. Les effets pervers de la déresponsabilisation sont inévitables. On prend puisque c'est gratuit, même si c'est inutile. Sans avoir la moindre notion du prix réel des soins ou des examens pratiqués, que ce soit en consultation, aux urgences ou en hospitalisation. Qui, aujourd'hui, connaît le véritable tarif minimum d'une hospitalisation par jour (781,52 euros) ou d'une IRM du thorax (240,40 euros) ? Sans doute agacés par cette légère dose de je-m'en-foutisme, de plus en plus de médecins commencent à afficher le prix des consultations et des examens : « Il faut que les patients se rendent compte qu'ils

La santé

consommant quasiment gratuitement des examens très coûteux en réalité », scandent-ils. Soit, mais ce travail « pédagogique » n'en est qu'à ses débuts. Et avant de faire évoluer les mentalités, il faudra du travail et du temps !

Hélas, le temps n'est pas notre allié en ce domaine. Et le refrain « je cotise, j'y ai droit » commence à exhaler des relents nauséabonds. Les gens ont-ils compris que chacun devra cotiser de plus en plus pour être de moins en moins bien remboursé ? Avec le risque de voir ceux qui ont des mutuelles « se venger » en se faisant prescrire par exemple des lunettes de soleil de vue hors de prix juste pour le plaisir d'utiliser leur avantage ? La santé à deux vitesses, voire trois, quatre, cent, est déjà là.

Patients, prescripteurs, gouvernements frieux... Finalement, nous avons tous notre part de responsabilité dans le pillage de la Sécurité sociale. Mais si le système est en faillite, certains continuent à s'enrichir en nous poussant toujours plus à la dépense. Les laboratoires, aidés de leurs réseaux d'influence, tirent les ficelles d'une machine qu'ils ont contribué à créer. Mais les ficelles commencent à se voir et les Français auraient tout à gagner à ne plus répondre avec autant d'ardeur aux chants des sirènes de l'entreprise médicale.

Chapitre 2

Mutations économiques : la France n'a plus les moyens !

Notre système français persiste à faire des envieux à travers le monde. Nous sommes les seuls à cumuler autant d'avantages : remboursements, liberté de choix du médecin, liberté d'installation des professionnels, liberté de prescription, paiement à l'acte... tout cela se fait au frais de la Sécurité sociale, donc de l'État.

La crise a changé la donne

Impossible de l'ignorer, la France est à court de recettes et le système de santé ultracoûteux n'en finit pas de creuser le déficit public. La crise économique a cristallisé les difficultés de financement de l'assurance maladie et remis en cause la pérennité de la prise en charge publique des dépenses de soins, qui sont colossales. 240 milliards d'euros, tel est le montant des dépenses courantes de santé¹ en France – dont plus des trois quarts sont pris en

1. En 2011.

Santé, le grand fiasco

charge par l'assurance maladie. Un chiffre anormal. Pour se donner une idée, il suffit de savoir que cela représente 12 % du produit intérieur brut (PIB¹). Le plus dramatique ? Ces dépenses vont progresser tendanciellemment de 4 % par an entre 2012 et 2017² si rien n'est fait. Et rien ne sera fait, a priori, tant réfléchir aux dépenses de santé en France revient à remettre en cause des rentes, des pratiques, des habitudes... Autant dire que la mission est quasi impossible.

Les symboles français ont la peau dure : on préfère perdre tout contrôle de la situation plutôt que d'engager de douloureuses et impopulaires régulations. La France se refuse à introduire la moindre notion financière lorsqu'il s'agit de maladie et de souffrance humaine. Peut-être a-t-elle raison. Peut-être est-ce le prix à payer pour un système réputé dans le monde entier qui a permis d'indéniables progrès sociaux ? Peut-être pas. Car notre santé ne se mesure pas à nos dépenses de santé ! Nous ne sommes pas a priori en bien meilleure santé que nos voisins européens qui dépensent pourtant moins pour ce poste. L'état de santé d'un peuple n'est pas uniquement lié à l'effort collectif consenti sur les dépenses, ni à l'efficacité du système de

1. Comptes nationaux de la santé 2011. Document de travail, *Série statistiques*, n° 172, septembre 2012, Drees.

2. Selon les chiffres du rapport « Propositions pour la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) 2013-2017 » réalisé par les Inspections générales des finances (IGF) et des affaires sociales (Igas), publié le 19 juillet 2012.

soins. Selon l'OCDE, les dépenses de santé ont contribué pour 40 % seulement à l'augmentation de l'espérance de vie ces dernières décennies. Les 60 % restants proviennent d'autres facteurs qui permettent de réduire la mortalité, comme l'augmentation du pouvoir d'achat, l'amélioration de l'hygiène, l'approvisionnement en eau potable, la généralisation de l'enlèvement des ordures et le développement de l'éducation. Notre grille de lecture est à revoir, c'est évident.

Une machine trop gourmande pour un État en faillite

Les niveaux de déficit ont fini par mettre en péril notre protection sociale. Les caisses de l'État sont vides et ne pourront plus financer bien longtemps un dispositif dont les modalités d'organisation et de gestion sont largement périmées.

Le principe de la solidarité de tous devant la maladie devient aussi vertueux que ruineux. En période de décroissance post-Trente Glorieuses, le tableau se révèle plus orageux que prévu et les difficultés de financement de notre protection sociale établies. Ainsi, depuis 1974, l'assurance maladie¹ est à découvert. Son déficit est un puits

1. Comme les trois autres branches de la protection sociale (réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, retraites et prestations familiales).

Santé, le grand fiasco

sans fond¹, représentant à lui seul près de la moitié du « trou de la Sécu » – soit 6,8 milliards d’euros sur un déficit total de 15,5 milliards en 2012. Les chiffres semblent abstraits mais ils plombent indubitablement les comptes publics.

Les pistes d’économie existent tant la situation a dégénéré. Encadrer les prescriptions, par exemple, et rationaliser la surconsommation de médicaments. Les Français font une overdose de cachets en tout genre alors que l’assurance maladie rembourse près de 27,3 milliards de médicaments chaque année². La mise en place de nouveaux outils (comme des objectifs de prescription pour chaque médecin) permettrait de réaliser près de 1,5 milliard d’euros d’économies sur la période 2012-2017. Des économies qui pourraient se révéler importantes sur les actes de radiologie et biologie auxquelles on peut ajouter les baisses de prix sur les produits de santé, sur les médicaments princeps³, mais surtout sur les génériques⁴. Autre problème majeur, le système

1. De 2002 à 2012, le cumul des déficits de la Sécurité sociale – régime général (RG) et fonds de solidarité vieillesse (FSV) – a atteint 160 milliards d’euros.

2. Après application du ticket modérateur, 27,3 milliards d’euros ont été remboursés en 2011, dont 21,4 milliards en officine de ville. Les remboursements de médicaments représentent le premier poste de dépenses des soins de ville.

3. Un médicament princeps est le médicament qui va servir de référence à la création d’autres médicaments.

4. Rapport de 2012 de l’Igas et l’IGF qui prône notamment « une maîtrise accrue des prescriptions » médicales.

Mutations économiques

totalemment « inadapté » de prise en charge à 100 % des affections de longue durée (ALD), qui concerne plus de 9 millions de personnes¹ et représente pour l'État 80 milliards d'euros, soit près de 65 % des remboursements de l'assurance maladie. Des économies sont là aussi possibles avec des classements plus rigoureux de certaines pathologies en ALD. À condition d'oser se confronter aux pratiques des médecins. Délicat. Tout comme il est grandement difficile de critiquer l'obtention quasi systématique de l'Aide médicale d'État (AME) et son coût. Depuis dix ans, les étrangers en situation irrégulière peuvent se faire soigner gratuitement en France grâce à l'AME. Mais le coût du dispositif explose aujourd'hui avec 588 millions d'euros dépensés en 2011. Le dire, pour certains, reviendrait à faire le jeu des extrêmes politiques. Soit, mais l'ignorer ne revient-il pas au même ?

En somme, voilà presque quatre décennies qu'on finance à crédit un modèle social devenu inabordable, aussi développé et universaliste soit-il. Même les abus, les fraudes et les gaspillages incessants finissent par passer pour des phénomènes accessoires, aux coûts négligeables. Un comble ! Le modèle commence à se disloquer, assailli par tant de réformes mal adaptées, mal

1. Chiffres de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

orientées, qui achèvent progressivement le dispositif.

La crise de légitimité de notre modèle social de santé

Créée en 1945, la Sécurité sociale « est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes¹ ». Soit. Mais c'était il y a soixante-huit ans. Et l'idéologie du système de protection sociale, comme la conception de l'État-providence, n'a plus la même fraîcheur qu'alors. Le concept s'est peu à peu étioilé et la prise en charge collective de notre système de santé a atteint ses limites depuis longtemps. Si bien qu'on finance à crédit un modèle qui se fissure de toutes parts. Les inégalités de soins sont criantes, le mécanisme de distribution universelle et automatique s'est rouillé et la logique même de l'État-providence semble dans l'impasse. La réalité, en 2013, contredit amèrement les objectifs initiaux de la Sécurité sociale qui ne peut plus « contribuer de manière adéquate à l'indispensable effort de correction ou de compensation qu'il faut mettre en place² ». La sentence est tombée : avec un taux d'inégalité d'accès aux soins

1. Exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945.

2. Rapport 2012 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

Mutations économiques

parmi les plus importants d'Europe – eh oui ! –, notre système peut chavirer d'un moment à l'autre. À coups de déremboursements, on pense rafistoler le navire alors qu'il a déjà pris l'eau de toutes parts

Les assurés voient depuis quelques années ce qu'il reste à leur charge augmenter progressivement. Après les remboursements de la Sécurité sociale et des complémentaires santé, il leur reste à payer 9,6 %¹ en moyenne, le taux grim pant évidemment en flèche pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments. Elle est belle l'égalité... Dans ces conditions, les assurés sont contraints (quand ils en ont encore les moyens) de se tourner vers les organismes privés complémentaires, recours forcé aux mutuelles qui contribue nettement au recul de l'État social et favorise les inégalités sociales d'accès aux soins, et plus largement les dérives d'une médecine à plusieurs vitesses. Quand la carte Vitale ne suffit plus, c'est la carte de crédit qui fait la différence.

Pour être bien protégé, il faudrait y mettre le prix, en moyenne 481 euros par an. Mais les Français ont de moins en moins les moyens de souscrire à une assurance complémentaire – jugée comme « non accessible financièrement pour 18,5 % de la population française et pour 10,3 %

1. Selon les comptes de la santé par la Drees (statistiques des ministères sociaux), septembre 2012.

Santé, le grand fiasco

de la population non couverte par la CMU complémentaire –, dans la mesure où son achat les conduit à tomber en dessous du seuil de pauvreté¹ » : au final, ce sont près de 4 millions de personnes qui en viennent à renoncer aux soins les moins bien remboursés, comme les dents et les yeux. 4 millions qui ne peuvent pas se payer une mutuelle, en moyenne pour 50 euros par mois. Une situation inacceptable qui touche avant tout les moins de 25 ans, les salariés à temps partiel (le plus souvent des femmes seules avec des enfants) et les retraités.

Et le pire, c'est que plus on vieillit, plus le tarif des complémentaires augmente. « Avec ma petite retraite qui n'a jamais été revalorisée, et des cotisations aux mutuelles qui chaque année augmentent, je n'ai pas d'autres choix que de renoncer à me faire poser deux prothèses dentaires. Ma vue aussi a baissé, mais je suis obligée de garder mes vieilles lunettes » témoigne une dame de 79 ans qui touche 800 euros de retraite. Avec des prothèses dentaires oscillant entre 500 et 900 euros, on comprend aisément que près de 33 % des personnes sans couverture complémentaire aient dû renoncer à des soins².

1. L'Insee, dans une étude sur « l'accessibilité financière à la complémentaire santé en France », 28 novembre 2012.

2. Selon l'enquête SPS de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) réalisée en 2010.

Mutations économiques

Le magnifique système à la française est en échec, qu'on se le dise. Pour faire face aux dépenses médicales, certains finissent même par contracter des crédits, notamment auprès des centres communaux d'actions sociales (CCAS). Plus de 500 CCAS sont ainsi mobilisés dans des actions relatives à l'accès aux soins : prévention, prise en charge d'une partie des frais médicaux ou de mutuelle, conventions avec les centres d'examen de santé...

Même les établissements financiers se mettent à financer de tels soins, à l'instar du Crédit municipal de Paris qui a lancé¹, par l'intermédiaire de sa banque (CMP-Banque), un « prêt santé » accessible sans condition de ressources, d'un montant de 3 000 euros maximum, remboursable sur six à trente-six mois, à un taux d'intérêt fixe de 2,95 %.

La prise en charge des dépenses de santé par le privé est donc déjà, contrairement aux idées reçues, une réalité. L'universalité de la Sécu est un leurre, du passé hélas !

Les évolutions inquiétantes de notre système de protection sociale

Afin de faire face à la croissance des dépenses de santé, la logique voudrait que certains choix

1. Le 2 janvier 2013.

Santé, le grand fiasco

soient faits, aussi injustes et impopulaires soient-ils, comme augmenter la part des prélèvements obligatoires dans le revenu national.

Mais si la hausse des prélèvements est envisageable, elle entrerait en concurrence avec les hausses de fiscalité destinées à financer les autres dépenses publiques. En pleine politique d'austérité, une telle évolution semble impossible. Serions-nous coincés ?

Autre option, qui est celle retenue depuis une dizaine d'années, voir le sacro-saint rôle de l'État progressivement abdiquer devant la tragique situation des comptes de l'assurance maladie. Pour réduire le déficit, on réduit les prestations. Les politiques n'ont donc visiblement rien d'autre à offrir que faire prendre à l'assurance publique la poudre d'escampette face à la périlleuse prise en charge des dépenses de santé. Les réformes engagées à droite comme à gauche montrent que l'État serre son budget et cherche à maîtriser la dépense remboursée. La santé, dans tout cela...

Le tournant symbolique date de 2004 *via* la réforme de l'assurance maladie : franchises, hausses de forfaits, « ticket modérateur », vagues de remboursements sont décidés. Et la réforme porte quelques fruits : le taux de prise en charge des soins courants tombe à 50 % en 2011¹.

Autre virage important : la loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST) de 2009 dite « loi Bache-

1. Pierre-Louis Bras et Didier Tabuteau, *Les Assurances maladie*, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2012.

lot », qui fait plonger le service public hospitalier dans une logique d'entreprise. On parle de performance, on délègue certaines missions à des établissements publics et privés, on met en place la tarification à l'activité et la convergence des tarifs public-privé. Les comptes des établissements publics sont disséqués et de plus en plus de postes supprimés.

Enfin, la négociation des tarifs et le conventionnement de certains médecins selon des critères de « qualité » ou encore de « performance » engendrent des coûts supplémentaires, pris en charge progressivement par les mutuelles, c'est-à-dire le privé.

Côté recettes on maîtrise ; mais pour les soins dispensés ?

Privatisation rampante de notre protection sociale

En fait, ces réformes confinent à une privatisation rampante et non assumée de la santé. Une tendance qui s'est progressivement accentuée avec la mise en place des forfaits non remboursables, des réductions de remboursements et des franchises sur les médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux. Pour les Français, le choix est désormais financier : soit ils payent pour leur santé, soit ils renoncent à se soigner... En 2011, les organismes complémentaires ont financé 13,7 % de la consommation de

N° d'édition : L.01ELKN000440.N001
Dépôt légal : septembre 2013