

2. Le marché contre la santé

Les changements sont incessants dans le domaine de la santé et de l'assurance-maladie. Ce qui les relie entre eux n'est souvent pas immédiatement perceptible. Pourtant, il y a un projet d'ensemble, correspondant à des intérêts sociaux et économiques, qui leur donne une cohérence. Ce sont des éléments de la trame de ce projet que nous présentons ici.

Officiellement, le Conseil fédéral prétend suivre en matière de santé une politique de « concurrence régulée ». Pour comprendre ce que cela signifie, il faut revenir aux fondements de cette politique : les recettes de l'économie néoclassique en matière de santé.

Le sens des définitions

L'approche néoclassique (celle adoptée par l'idéologie économique dominante propre aux experts, qui traduisent sous cette forme les intérêts des classes dominant et dirigeant la société) se loge au cœur même de la définition de la santé et de l'interprétation du comportement des individus en matière de santé. Observons cela sous deux angles *.

* Nous proposons en fin de ce volume (pp. 105-121) deux éclairages complémentaires, sur le « libre marché » et la « libéralisation », d'une part, et sur la fiction de « l'individu isolé » qui est au centre de la théorie néoclassique dominante, d'autre part : ils aident à resituer les politiques mises en œuvre dans le domaine de la santé dans le contexte des contre-réformes conservatrices bouleversant nos sociétés depuis plus de deux décennies.

Individualiser et culpabiliser

Un modèle fréquemment utilisé explique que la santé d'une personne est à la convergence de l'interaction de quatre types de facteurs : a) données génétiques et biologiques, b) environnement naturel et social, c) style de vie et comportement en matière de santé, d) organisation de la prise en charge médicale (cf. F. Gutzwiller et O. Jeanneret (éd.), *Médecine sociale et préventive. Santé publique*, 2^e édition, Berne, 1999, p. 23).

Dans ce schéma, le point de départ est **l'individu**. Ce n'est pas une collectivité et son action pour créer les conditions permettant à l'ensemble de la population de bénéficier d'un état de santé aussi bon que possible, à un moment donné de développement économique, social, culturel et médical.

Cela permet une jonction aisée avec les concepts néoclassiques de capital humain et de capital santé.

Selon le modèle néoclassique, le capital santé de chaque individu tend inexorablement vers 0 (=la mort). Mais, entre sa naissance et sa mort, l'individu peut choisir ce qu'il fera de son « capital santé » : il arbitrera entre différentes « utilités ». Par exemple, il choisira d'investir dans l'entretien de son capital santé. Il fera du sport, optera pour une alimentation saine voire semi-médicalisée (merci Nestlé !), sera un adepte du wellness, ne fumera pas ni ne consommera d'alcool en quantité excessive, évitera les sports à risques, qui lui sont proposés à coups de publicités sophistiquées, en permanence. Ces choix l'obligeront à renoncer à d'autres « utilités » : divertissements, plaisirs et expériences « extrêmes », etc. Un autre individu pourra choisir, au contraire, de « brûler la chandelle par les deux bouts » et de dilapider son capital santé. Dans cette approche, **la manière dont chacun gère son « capital santé » relève de sa liberté, donc de sa responsabilité individuelle.** *« Cet angle de vision met en évidence le fait que les individus **choisissent** [souligné par les auteurs] leurs probabilités d'être en bonne santé, même si leur marge de manœuvre, dans l'état de maladie, est plus ou moins fortement limitée. »* (Gianfranco Domenighetti et Peter Zweifel, in Gutzwiller et Jeanneret (éd.), *Médecine sociale et préventive*, 1999, p. 152)

Arrivé à ce point du raisonnement, la question suit logiquement : pourquoi celles et ceux qui « investissent » pour entretenir leur « capital santé » – pour reprendre la terminologie néoclassique – devraient-ils payer pour ceux qui ne le font pas ? La porte est ainsi ouverte à des cotisations maladie, mais aussi à des traitements et des accès aux soins différenciés (inégalitaires) selon les modes de vie et, en dernier ressort, selon le capital génétique hérité, tout cela dans le cadre d'un culte de la performance propre à la société marchande concurrentielle.

Ce schéma prévoit, théoriquement, que chaque déterminant de la santé interagisse avec les autres. Dans la pratique des débats politiques et sociaux, il abou-

tit cependant à mettre l'accent sur les **comportements individuels comme déterminants primordiaux de la santé**. Les multiples campagnes de « prévention » relatives au tabac, à la sécurité routière (bien que le complexe de l'industrie automobile refuse une mesure élémentaire proposée par tous les spécialistes de la prévention : brider à un certain niveau la vitesse des véhicules), à la consommation d'alcool, à l'alimentation ou à l'activité physique en sont la traduction concrète.

Il est certain qu'une alimentation saine est préférable à celle de mauvaise qualité, que le tabac nuit à la santé, qu'une activité physique régulière est profitable, ou encore qu'il est nécessaire de renforcer la sécurité routière. Comme toute activité humaine, les comportements dans ces domaines ont ce que l'on peut appeler, par simplification, une « dimension individuelle ». Cependant, les études sérieuses soulignent qu'il est indispensable de prendre d'abord en compte la détermination sociale, ou psychosociale, ou encore celle liée au type d'élevage familial (éducation au sens large), de ces comportements individuels, y compris dans des domaines pouvant être considérés comme très « personnels ». *« Au vu des travaux ethnologiques sur les milieux populaires, c'est [en effet] la dissociation habituellement opérée entre conditions d'existence et modes de vie qui apparaît problématique là où il s'agirait plutôt de comprendre comment la position sociale détermine à la fois les uns et les autres,*



tant statistiquement que sociologiquement. » (Didier Fassin, in Inserm, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, 2000, p. 127). Ces déterminants sociaux sont en particulier les **conditions de travail**. Selon une récente enquête en France (Dares, *Premières informations, pre-*

mières synthèses, mai 2004), une personne interrogée sur cinq associe des problèmes de santé à son travail (cf. à ce sujet le chapitre 4 de cette brochure). Plus généralement, c'est **tout ce qui fait la position de classe** dans la société qui pèse sur la détermination de la santé des individus : du budget serré et de ses conséquences sur les choix alimentaires, à la précarité et l'incertitude qu'elle nourrit à propos de l'avenir, en passant par les représentations véhiculées dans les différents « milieux sociaux » au sujet du corps ou de l'alimentation, de ce que doit être un comportement « viril » ou « féminin », de l'attitude face à la douleur, ou des rapports avec l'« autorité médicale ». Une approche individuelle des déterminants de la santé, en mettant entre parenthèses ces réalités sociales essentielles, revient par conséquent à **consolider les inégalités sociales de santé**, qui sont massives, et, en quelque sorte, à les faire payer deux fois à celles et ceux qui les subissent : non seulement elles en sont les victimes, mais, en plus, elles sont traitées comme si elles en étaient responsables. Simultanément, la notion de « capital-santé » accompagne et légitime la transformation de la santé de champ d'action des pouvoirs publics en un marché en pleine croissance, où chacun est incité à consommer le plus possible – en fonction de son pouvoir d'achat, bien sûr ! – afin d'assurer la conservation de ce précieux bien.

La prévention a bon dos

Un second point se loge à la rencontre des conceptions néoclassiques et de la définition de la santé donnée par l'OMS depuis 1976 : « *La santé est un état complet de bien-être, physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.* » Sur cette base est développée une succession de raisonnements que l'on peut schématiquement résumer ainsi :

1. Si l'on considère la question de la santé d'un point de vue historique, les éléments ayant joué un rôle

déterminant dans son amélioration, et dans l'augmentation globale de l'espérance de vie en particulier, sont en premier lieu le niveau de développement économique et social ainsi que des mesures préventives simples (hygiène, en particulier). Traduit en termes comptables, cela donne : « *Le système de soins, dont la contribution à la réduction de la mortalité est estimée à 11 %, consomme 90 % des ressources financières. Par contre, l'allocation de moyens financiers aux programmes et aux actions qui visent la réduction de facteurs de risque est d'environ 1,5 %, bien que la contribution potentielle des changements de style de vie à la réduction de la mortalité soit estimée à environ à 43 %.* » (Gianfranco Domenighetti, *Marché de la santé : ignorance ou adéquation*, Réalités sociales, 1994, p. 103)

2. On combine à cet argument deux concepts néoclassiques « classiques ». Premièrement, on part de l'idée que les investissements dans les soins curatifs sont caractérisés par des rendements décroissants : il faut investir toujours plus pour des gains (en termes d'espérance de vie) de plus en plus réduits. Deuxièmement, toute dépense dans les soins curatifs a un « coût d'opportunité » : en l'effectuant, on renonce à une autre « utilité ». Par exemple, des investissements pour des infrastructures chirurgicales de pointe réduiront les ressources disponibles pour des campagnes de prévention. En réunissant les deux arguments on obtient alors : les investissements massifs dans les soins curatifs ont des rendements décroissants (en termes de gain de santé) et des coûts d'opportunité croissants (faibles investissements dans la prévention). D'où la question : ces dépenses sont-elles vraiment utiles pour la santé publique ?

3. Ce schéma permet de « fonder » de nombreux arguments ayant actuellement le vent en poupe :

- Relativiser la dimension curative – la plus coûteuse – de la politique de la santé. Cela permet d'expliquer

qu'il est possible d'effectuer des économies substantielles dans le domaine curatif sans perte sensible en termes de santé. Les cadres budgétaires restrictifs imposés se trouvent ainsi légitimés.

- Valoriser la dimension préventive de la politique de la santé. Gianfranco Domenighetti doit cependant reconnaître que souvent la « prévention » n'est qu'une couverture pour faire passer des économies pures et simples: «...*Les politiciens fondent beaucoup d'espoirs en une démarche préventive de laquelle ils n'ont retenu que sa capacité à freiner la hausse des coûts de la santé*» (Domenighetti, *Marché de la santé*, op. cit, p. 77). On vient d'en avoir une récente confirmation: des propositions extrêmement modestes de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour renforcer la politique de prévention en Suisse, suite notamment aux critiques de l'OCDE dans ce domaine, se sont heurtées en automne 2006 à une levée de boucliers du côté patronal. De plus, la portée effective d'une action préventive est massivement réduite par l'approche individuelle qui sous-tend la définition de ses moyens comme de ses objectifs (cf. ci-dessus) ainsi que par la « privatisation » croissante des sphères de la vie économique et sociale, toujours plus soustraites à l'action publique. Le travail et son organisation, les conditions d'habitat et de soutiens communautaires, les inégalités sociales et la précarité croissante, le bas niveau de revenu de larges couches de la population – pour ne citer que quelques exemples – sont tenus hors du champ d'action des politiques de prévention proposées, bien que ce soient des déterminants cruciaux de l'état de santé de la population. En d'autres termes: jamais on a autant parlé de prévention, alors que les conditions pour une action préventive effective reculent chaque jour, sous les effets des contre-réformes économiques et sociales à l'œuvre. Or, une politique préventive de santé publique implique des dépenses importantes et un véritable renversement du modèle dominant dans le domaine du travail, du logement, des transports, de l'éducation, de la socialisation, etc.

En résumé, cette argumentation néoclassique permet de justifier la mise sous contrainte budgétaire de la médecine curative au nom d'une politique de prévention, conçue d'abord comme un argument en faveur des mesures d'économie et tenue à l'écart des domaines essentiels pour l'état de santé.

Système de santé : quel pilotage ?

Dans le modèle néoclassique, l'ajustement entre l'offre (de soins, par exemple) et la demande (des personnes ayant des problèmes de santé) se fait automatiquement sur le marché, par la fixation d'un prix « d'équilibre ». Une intervention extérieure au marché ne se justifie pas. Néanmoins, la très large majorité des économistes de la santé, bien qu'adhérant à l'approche néoclassique, considère que le marché de la santé ne fonctionne pas de lui-même de manière satisfaisante et qu'il a besoin d'être « piloté ». On parle ainsi en Suisse de « concurrence régulée », mise en place par la LAMal. Les raisons fondant ce choix sont en particulier les suivantes :

- 1.** Le marché de la santé se caractérise par l'**asymétrie de l'information** qui y règne. L'information – instantanée, complète, peu coûteuse et égale pour tous, à laquelle sont censés avoir accès les professionnels de la Bourse, – est une des conditions de fonctionnement du marché dans le schéma néoclassique. C'est elle qui permet l'ajustement de l'offre et de la demande au moyen de la fixation des prix à un niveau censé assurer l'équilibre. Or, dans la santé, l'information est concentrée du côté de l'offre: les producteurs de soins. Les personnes ayant recours aux soins (la demande) ont la plupart du temps des connaissances très parcellaires des diagnostics comme des traitements. Cette situation crée un marché déséquilibré, dominé par l'offre.

- 2.** La médecine n'est pas une science exacte. L'**incertitude** est une dimension constitutive de son mode opératoire: incertitude à propos du diagnostic, des procédures thérapeutiques à choisir, de leur efficacité.

Par précaution, cela peut inciter à accroître les investigations diagnostiques et les traitements au-delà du « normalement nécessaire », afin de limiter les risques. Etablir des critères « objectifs » permettant de définir la bonne procédure – du point de vue médical comme du point de vue économique – est problématique. Cette situation renforce encore la position de l'agent offreur sur le marché de la santé.

3. La demande sur ce marché est considérée comme **potentiellement illimitée**. C'est la conséquence du fait que les personnes accorderaient, dans nos sociétés, une valeur illimitée à la santé – « La santé n'a pas de prix », dit le slogan publicitaire. On serait, selon ce schéma, toujours preneur pour de nouveaux soins. Cela renforce à nouveau la position de l'offre, qui peut dicter ses conditions (fixer le niveau de prix qui lui convient, proposer sans cesse des innovations à des prix toujours plus élevés, etc.).

4. Ce déséquilibre prend tout son effet suite à **l'intervention d'assurances (ou d'autres agents payeurs)** payant tout ou partie des soins à la place des patients. L'existence d'un tel dispositif est motivée par des considérations sociales : garantir un accès, en principe égal et universel, à un ensemble de prestations de santé. Mais, dans la logique néoclassique, il a pour effet que la demande de soins n'est plus bornée par le pouvoir d'achat des patients (des futurs clients) : couvert, je peux recourir à des soins prescrits par un médecin même si leurs coûts dépassent de loin mon pouvoir d'achat. Conséquence, l'offre est assurée de rencontrer une demande solvable.

5. La combinaison de ces caractéristiques spécifiques du marché de la santé aboutit, dans la logique néoclassique, à la notion clé de **demande induite par l'offre**. L'offre – les médecins, les laboratoires pharmaceutiques, les hôpitaux, etc. – induit une demande de soins qui n'est pas seulement déterminée par un objectif thé-

rapeutique – soigner la personne d'une hernie discale, d'un cancer, d'un mal-être, d'une dépression suite à un licenciement, etc. – mais aussi par d'autres buts propres à l'agent offreur : augmenter son chiffre d'affaires et sa marge bénéficiaire, ne pas prendre de risques contraires aux injonctions de l'éthique professionnelle et/ou pouvant être un danger pour sa carrière, etc. L'efficacité du mécanisme de la demande induite par l'offre est garantie par les caractéristiques attribuées par les néoclassiques au marché de la santé. Le patient ne dispose pas des informations nécessaires pour avoir une opinion indépendante à propos du diagnostic et du traitement proposé ; il est a priori preneur de ce qu'on peut lui proposer pour préserver sa santé ; il l'est d'autant plus qu'il n'a pas à en assumer le coût direct. Cette dynamique constitue, selon les néoclassiques, un **moteur essentiel de l'explosion des coûts de la santé** et une source de gaspillage. Gianfranco Domenighetti donne une idée de l'ampleur qu'il attribue à ce phénomène : « *Le potentiel "d'épargne" et de meilleure "adéquation" [est] très important en Suisse. Comme hypothèse de travail et de discussion, ce potentiel pourrait être estimé à un tiers de la dépense sanitaire nationale.* » (Domenighetti, *Marché de la santé*, op. cit., p. 160) Donc des économies très importantes sont possibles sans impact négatif sur la qualité des soins, puisqu'il s'agit de supprimer des prestations qui ne se justifient pas. Et comme le marché de la santé est faussé, il est nécessaire d'y faire intervenir des régulateurs ayant les moyens nécessaires pour le rendre plus « rationnel ». C'est précisément le sens de la « concurrence régulée » voulue par le LAMal.

Responsabiliser ... ou faire payer ?

Une première cible de cette régulation (des nouvelles règles impératives introduites) est la demande, c'est-à-dire le comportement des personnes recourant à des soins. Le but affiché est de réintroduire de prétendus mécanismes de « responsabilisation » du patient, puisque le mécanisme automatique de « responsabilisation » – l'obligation de payer au prix du

marché ce que l'on consomme – ne fonctionne pas. Cela passe par :

Premièrement, la **prévention** visant à inciter par divers moyens (information, publicité, sanctions financières, etc.) les personnes à adopter des modes de vie « sains ». On a vu plus haut ce qu'il faut penser de cette approche.

Deuxièmement, la **participation financière** (franchise, participation aux frais de 10 % ou 20 %, etc.). Elle est censée faire prendre conscience au patient de l'ampleur des coûts occasionnés par un traitement et l'amener ainsi à agir de manière plus « rationnelle », c'est-à-dire à limiter sa demande à ce qui est « vraiment nécessaire ». Or les économistes de la santé, même néoclassiques, reconnaissent que l'augmentation de la participation financière n'a qu'un impact très faible sur la demande, à moins d'être portée à un niveau tel qu'elle rend tout simplement inaccessibles des soins à des catégories entières de la population. Ce phénomène peut déjà faire l'objet d'un constat dans le domaine des soins dentaires.

De telles pratiques ont de plus des effets pervers sur la santé et sur les coûts : l'état de santé de personnes renonçant à des soins à cause d'une participation financière trop élevée se dégrade ; ces personnes auront un recours accru aux services d'urgence (qui coûtent nettement plus cher)¹ ; des consultations tardives seront associées à des complications qu'une consultation au moment adéquat aurait permis d'éviter, avec le gain que cela aurait représenté en termes de santé pour la personne concernée et de coûts pour le système de santé. L'augmentation des contributions financières exigées des patients n'a donc pas d'autre effet que de **faire contribuer davantage les patients aux frais de santé**. Willy Oggier constate ainsi dans son pamphlet contre la caisse maladie unique, écrit sur commande de santésuisse, que « les participations aux coûts constituent seulement un instrument limité de maîtrise des dépenses dans le domaine de la santé publique. Elles entraînent un

1. Les assurances-maladies, d'ailleurs, cherchent à décourager ce recours – contraint de fait – aux urgences (cf. *Bon à Savoir*, janvier 2007, p. 7)

changement de comportement passager et contribuent uniquement à décharger à court terme les budgets publics.» (*La caisse unique. Un faux débat*, 2006, p. 42-43) L'économiste française de la santé, peu subversive, Béatrice Majnoni d'Intignano, abonde : « Il semble donc impossible d'obtenir un effet macro-économique pareto-optimal² d'une régulation par le ticket modérateur [la participation aux frais, dans la terminologie française]. Trois raisons théoriques justifient cet échec : la concentration des dépenses, l'asymétrie d'information et la demande induite par l'offre. La concentration fait reposer le mécanisme équilibrant sur les malades graves. Le manque de symétrie de l'information pousse les malades à penser que payer "plus" permet de se soigner "mieux" et introduit un biais dans ce mécanisme de marché. La pression des médecins et des laboratoires pharmaceutiques détruit la liberté de choix du malade et l'indépendance de sa décision. Pour toutes ces raisons, faire payer le malade ne constitue pas un mécanisme de régulation satisfaisant. » (*Economie de la santé*, PUF, 2001, p. 365)

2. Affectation des ressources d'une société parmi ses membres telle qu'il n'existe pas d'autre affectation qui lui soit strictement préférée selon le critère de Pareto. Par conséquent, à un optimum de Pareto il n'est pas possible d'améliorer la situation d'un individu – quel qu'il soit – sans détériorer la situation d'un moins un autre individu.

Mettre le système de santé sous pression

Pour imposer des changements, le modèle de « concurrence régulée » vise par conséquent à agir en priorité sur l'offre. L'enjeu est double : premièrement mettre sous contrôle – et sous contrainte – les prestations offertes, au nom de la lutte contre la « demande induite par l'offre » ; deuxièmement exer-



cer une pression maximale sur les institutions, hospitalières en particulier, pour imposer des réorganisations profondes dans la manière de fournir les soins et obtenir ainsi des gains de productivité. Ces politiques ont des conséquences sur les conditions de l'exercice

des métiers de la santé et sur l'égalité d'accès à des soins de qualité. En Suisse, le rôle des caisses maladie est d'imposer ces changements. La dite concurrence entre elles, voulue par la LAMal, sert à les obliger à appliquer cette politique avec détermination, sous peine de perdre des « parts de marché » au profit de leurs concurrentes. Comme le processus de concentration dans le secteur des caisses maladie a fortement avancé (on est passé de 246 caisses en 1990 à moins de 90 aujourd'hui; les 10 plus importantes regroupent près des trois quarts de la population), elles ont un poids croissant face aux assurés comme face aux prestataires de soins. Cela leur permet d'imposer leurs choix, soustraits à quelque contrôle démocratique que ce soit.

Moyens

Les méthodes conçues par les économistes néoclassiques pour agir sur l'offre sont nombreuses. On peut en citer quelques-unes :

1. Un contrôle accru sur les prestations des médecins : coût de chaque prestation, volume des prestations avec obligation de les justifier, etc. On assiste dans ce cadre à la montée en puissance des médecins conseil des assurances : ils se retrouvent de fait dans la position d'imposer des choix thérapeutiques, en usant de la menace du non-remboursement de traitements. Comme le dénonce avec ironie un psychiatre dans l'organe de la FMH (Fédération des médecins suisses), le *Bulletin des médecins suisses* (n° 43/2006, pp. 1868-69) : « *A diplôme égal, il faut six ans à un psychiatre pour arriver au bout de sa formation postgraduée et prétendre recevoir un titre de spécialiste FMH... et 12 jours de cours "intensifs" à un médecin-conseil d'assurance, qui n'a probablement jamais mis les pieds dans une clinique psychiatrique ou un centre psychosocial, pour être capable de déterminer si un traitement est approprié ou non et s'il doit être payé par la caisse maladie qui l'emploie. Quel gaspillage que les cinq ans, onze mois et*

18 jours que le psychiatre consacre à apprendre à administrer ce traitement. Douze jours de cours intensifs supplémentaires permettraient de le rendre opérationnel beaucoup plus rapidement et de résorber plus efficacement nombre de cas en attente de psychothérapie. »

2. Une pression accrue sur les coûts des hôpitaux en systématisant les comparaisons entre eux et en les mettant en concurrence. Au cours des deux dernières décennies, le nombre de lits d'hôpital a chuté de 43 % et la durée moyenne des hospitalisations a été réduite de 41 % (Commission fédérale pour les questions conjoncturelles, *Rapport annuel 2006*, p. 30). L'enjeu est d'aller beaucoup plus loin et, pour cela, de construire un marché où la prétendue « vérité des prix » oblige l'ensemble du système hospitalier à passer par un processus de rationalisation orienté par des objectifs financiers, comparable à celui mis en œuvre dans l'industrie par exemple. Dans un tel cadre, l'idée même d'hôpital public perd son sens, indépendamment de la forme juridique des institutions.

Le financement des prestations avec des **forfaits par cas** est un pas décisif dans cette direction. Il est fondé sur le regroupement des patients en Groupes homogènes de malades (GHM ; en anglais DRG, Diagnosis Related Groups). Chacun de ces groupes (environ 640 dans les systèmes utilisés en Suisse) se voit attribuer une valeur, indiquant la « gravité » des cas regroupés et déterminant le tarif auquel leur traitement est rémunéré. On crée ainsi un cadre avec : a) des prix uniformes au niveau national (une appendicite sans complication vaut tant de francs) permettant de comparer l'« efficacité » des hôpitaux (ceux qui arrivent à assurer cette prestation au tarif prévu voire en dessous, ceux qui sont moins « compétitifs » et dont les coûts sont supérieurs au tarif) ; b) sur cette base, un marché national des hôpitaux peut être créé, mettant les institutions en compétition pour attirer les « clients » (les patients, auxquels on accorde la liberté de choix au niveau national) ; c) une contrainte bud-

gétaire forte : les hôpitaux sont obligés de se restructurer pour aligner leurs dépenses sur les recettes assurées par les tarifs forfaitaires fixés pour chaque GHM. Le **financement moniste** (par une seule source, voir glossaire p. 124) des hôpitaux est un pas de plus dans cette direction. D'une part, il assure aux caisses maladie une position de force pour dicter leurs tarifs aux institutions hospitalières. D'autre part, il accroît la mise en concurrence entre hôpitaux. En effet, dans la logique néoclassique, les subventions cantonales (investissements et environ 50 % des frais de fonctionnement) ont pour effet de masquer les « coûts effectifs » des hôpitaux, donc d'empêcher une vraie comparaison de leurs prix, qui est la condition de leur mise en concurrence.

3. Une mise en concurrence accrue des offreurs de prestations entre eux en supprimant la garantie de remboursement de leurs prestations. C'est l'enjeu de la **liberté de contracter** accordée aux caisses maladie. Une analogie éclaire le mécanisme. La menace d'être licencié et de se retrouver au chômage est décisive pour obliger les salarié-e-s à accepter les conditions de travail et de rémunération dictées par les employeurs. La liberté de contracter a pour fonction de placer les prestataires de soins dans le même rapport de faiblesse vis-à-vis des caisses maladie.

4. Les réseaux de soins intégrés (managed care). Ces systèmes, dont les plus connus sont les HMO (Health Maintenance Organization), se caractérisent par : i) la constitution de réseaux médicaux intégrés, regroupant des médecins généralistes, des spécialistes et – aux Etats-Unis – des hôpitaux; ii) une intégration poussée entre « financeurs » (les assurances) et prestataires de soins; des assurances sont propriétaires de HMO; iii) la soumission de ces réseaux à un cadre budgétaire global; son non-respect se répercute négativement sur les revenus des fournisseurs de prestations; on a ainsi un transfert partiel du risque d'assurances sur le fournisseur de soins, ce qui est censé inciter ce dernier à agir de manière plus

« économique » ; iv) la diffusion dans le réseau de pratiques médicales standardisées censées garantir qualité et coûts maîtrisés.

Pour les patients, l'incitation à adhérer à de tels réseaux de soins réside dans des avantages financiers (cotisations plus basses, élargissement des prestations offertes pour la même cotisation) accordés en compensation du fait de se faire soigner en acceptant les procédures définies par le réseau. Pour les fournisseurs de soins, la menace d'être soumis à la liberté de contracter, c'est-à-dire le risque de se retrouver sans clientèle, est une puissante incitation à accepter l'intégration à un réseau de soins, comme « moindre mal ».

Ces réseaux sont présentés comme une recette miracle permettant d'assurer une meilleure qualité de soins à des coûts plus bas. En réalité, leur efficacité repose sur un triple mécanisme : a) une sélection de la demande : dans un premier temps ce sont des personnes en bonne santé, anticipant un faible recours aux soins, qui choisissent d'adhérer à de tels réseaux, afin de réduire leur facture santé ; b) un rationnement de fait de l'offre de prestations est mis en place sous l'impact des enveloppes budgétaires imposées, ce qui se répercute sur la qualité des soins ; c) les personnes avec des bas revenus, particulièrement celles bénéficiant de subventions pour leur couverture maladie, sont ensuite incitées à adhérer à de tels réseaux, puisque les coûts de ces derniers sont plus bas (par exemple en décrétant que les cotisations aux HMO sont la référence pour calculer le niveau des subventions dont bénéficieront les personnes avec de très bas revenus) ; d) la boucle est alors bouclée : ce sont, parmi les personnes ayant besoin de soins, celles qui n'ont pas les moyens financiers de s'offrir autre chose qui se retrouvent prioritairement membres de réseaux de soins, offrant des niveaux de prestations rognés. Quant aux contrôles de qualité censés accompagner ce genre de réseaux, un médecin s'exprimant dans l'organe de la FMH constate « *qu'en discutant avec*

des collègues il apparaît de plus en plus clairement que tous ces contrôles de qualité ne sont conçus que d'un point de vue économique. Du point de vue de la qualité des prestations médicales, ils sont non pertinents. Mais la plupart [de ces collègues] ont peur de s'y opposer. Car les sanctions peuvent être sévères.» (Bulletin des médecins suisses, 2006; 87: 49, p. 2128). On peut consulter un très bon article intitulé « L'organisation des soins aux Etats-Unis: la sacralisation du "tout privé" » par José Caudron, économiste de la santé, membre de la Fondation Copernic, sur le site www.labreche.ch, mis en ligne en date du 15 janvier 2007.

5. Le développement du **tourisme sanitaire**, notamment avec les pays voisins. Son effet va bien au-delà des économies directes. Il est un moyen d'imposer une comparaison, souvent biaisée, avec d'autres « références » et, ainsi, d'ouvrir la voie à une baisse des standards (par exemple réduire le taux d'encadrement dans les cliniques de réadaptation, avec un impact négatif particulièrement pour la prise en charge des cas lourds, etc.).

Effets

1. Le point commun de tous ces instruments est d'imposer un corset financier, antérieur à tout autre choix. Les questions de la qualité, de l'égalité dans l'accès aux soins, des conditions de travail du personnel soignant, etc. sont **subordonnées** aux exigences découlant du cadre budgétaire.

2. La mise en concurrence sur un marché créé de toutes pièces est le mécanisme utilisé pour imposer le respect de ce corset financier. La dynamique est alors implacable: les domaines soumis à la régulation de la concurrence ne peuvent que s'étendre progressivement. On le voit avec les propositions débattues aux Etats-Unis d'introduire une rémunération à la performance des fournisseurs de soins. Ce système devrait sanctionner par un prix plus bas des prestations de moindre qualité. Il aura pour effet d'appro-

fondir encore les fossés creusés par des médecines à plusieurs vitesses, celles et ceux dont les revenus sont les plus bas ne pouvant se payer que des prestations de qualité inférieure, puisque meilleur marché!

3. L'impact négatif sur la qualité des soins est aussi inscrit au programme de la généralisation du financement des hôpitaux avec des forfaits par cas. Même les partisans de ce système le reconnaissent. Peter Zweifel et Gianfranco Domenighetti en décrivaient ainsi, il y a 10 ans, les effets: « Si [la direction hospitalière] veut augmenter la qualité des soins, les coûts croissent, et le forfait ne suffit alors que pour une durée de séjour réduite, donc pour moins de journées de soins. » Conséquences: « 2) Les hôpitaux vont **se spécialiser de plus en plus** [souligné par les auteurs]. En se concentrant sur des diagnostics spécifiques (dans une sorte de « production de masse ») les hôpitaux peuvent comprimer leurs coûts en dessous du forfait par cas et réaliser ainsi un surplus (qui n'apparaît pas en tant que profit dans les bilans mais qui est utilisé pour des investissements supplémentaires). 3) On pourrait à nouveau **offrir une qualité de soins inférieure** [idem]. Pour les hôpitaux moins bien situés sur le plan géographique, une augmentation de la qualité des soins n'attirera pas suffisamment de patients pour couvrir l'augmentation des coûts dans le cadre du forfait pas cas. La méthode la plus simple de se tenir à l'intérieur du forfait par cas consiste alors à raccourcir la durée de séjour sans augmentation correspondante de l'intensité de soins. » (in Gutzwiller, *Médecine sociale et préventive*, 1999, p. 157)

L'analyse de Béatrice Majnoni d'Intignano (op. cit. p. 343-345) converge: le système de forfait par cas « présente l'avantage d'inciter à réduire les durées moyennes de séjour, à minimiser le coût par admission, enfin à adopter les techniques de soins les plus appropriées et les moins coûteuses. Il incite les hôpitaux à se spécialiser pour diminuer leurs coûts, à accroître leur efficacité, et encourage la chirurgie de jour. Mais il pousse en contrepartie à multiplier les

séjours et à reporter sur la médecine de ville tous les coûts possibles : examens pré- et postopératoires par exemple. Deux effets pervers se présentent : les établissements tendent à surclasser les malades pour toucher des forfaits plus importants, ou à réduire la durée de séjour au point de multiplier les ré-hospitalisations, pour toucher un second forfait. [...] Le forfait par pathologie incite aussi les hôpitaux à sélectionner les clients rentables pour eux selon le rapport entre leur coût et le montant du forfait. Une sélection des patients qui peut limiter l'accès aux soins des plus vieux ou des plus gravement atteints. [...] Cette nouvelle tarification a bouleversé l'activité hospitalière aux Etats-Unis : en poussant les hôpitaux à se spécialiser, à fermer des lits, à réduire les durées de séjour, parfois de façon abusive pour certaines pathologies (sortie de maternité le lendemain de l'accouchement...) et à développer la chirurgie de jour.»

Sous la forme de mises en garde se voulant rassurantes, la revue de H + Les hôpitaux suisses (*Compétence*, 11/2006) laisse également voir le type d'effets que la généralisation des forfaits par cas peut générer. Trois responsables du CHUV, qui connaît ce système de tarification depuis plusieurs années, rappellent ainsi qu'il « est aussi important que l'Etat veille à ce que les personnes nécessitant des soins spécialisés ou particuliers y aient toujours accès, car le regroupement par DRG ne tient pas compte de la sévérité des cas de manière parfaite. Si aucune surveillance n'est exercée, les patients dont les affections sont inhabituelles ou particulièrement sévères risquent de ne plus trouver d'hôpitaux où ils puissent se faire traiter... » (p. 13) Quant à Rolf Zehnder, un directeur d'hôpital membre de la direction de Swiss DRG, l'organisation créée pour assurer l'introduction nationale du financement par cas, il prend l'exemple d'un patient se faisant hospitaliser pour un infarctus (pp. 14-16). Ce patient se plaint par ailleurs de bourdonnements d'oreilles qui le font souffrir depuis des semaines. Dans le cadre de l'ancienne méthode de facturation (à la journée), il était

envisageable que ce bourdonnement soit traité à l'occasion de l'hospitalisation provoquée par ses problèmes cardiaques. Avec les forfaits par cas, c'est exclu. Le forfait est calculé pour un traitement spécifique. Pour les bourdonnements d'oreilles, il faudra donc prendre un autre rendez-vous. Dans ce système, ce n'est pas le patient en tant que personne qui est pris en compte, mais des maladies-traitements, qui sont autant de produits avec un prix déterminé. Ce qui est rationnel du point de vue de la logique comptable, pour créer un marché et une concurrence, est absurde pour le patient et contre-productif du point de vue de sa prise en charge globale.

Un marché... qui rapporte

Le dispositif esquissé ci-dessus, visant à imposer un carcan financier au système de santé, ne constitue cependant **qu'une facette** de l'approche des experts et des élites politiques traduisant les vœux d'une fraction très majoritaire des classes dominantes à l'égard de la santé. Une autre dimension de la réalité joue un rôle tout aussi important dans les choix mis en œuvre. Une analogie peut aider à la comprendre. Les syndicats rappellent à chaque occasion que les salaires ne représentent pas seulement un coût pour les entreprises, mais aussi une demande solvable, permettant aux mêmes entreprises de vendre leur production... et de réaliser des profits.

De la même manière, pour la classe dominante helvétique dans son ensemble, les dépenses de santé qu'elle finance représentent un coût réduit. Selon l'étude publiée par Eco-Santé, OCDE, juin 2006 (« Dépenses de santé par habitant, dépenses publiques et privées, pays de l'OCDE 2004 », voir graphique p. 17), on constate que la part privée du total des dépenses se situe à hauteur de 40 %. La Suisse est dans le peloton de tête, derrière les Etats-Unis. Or, dans la part publique, par le biais du système fiscal, les salarié-e-s constituent le principal contributeur. Ces dépenses socialement asymétriques assurent néanmoins la mise en valeur d'importants capitaux.

C'est cette vérité élémentaire que Pascal Couchepin a rappelée fin août 2006 en présentant la santé comme un « *moteur de la croissance* » (cf. le rapport *L'avenir du marché de la santé. Facteur de coûts et opportunité de croissance*, août 2006). Cette formule publicitaire a une signification très concrète pour « le monde des affaires » helvétique :

- L'industrie **pharmaceutique**. Elle constitue un secteur clé du grand capital helvétique, étroitement lié au secteur bancaire. L'essentiel de sa production est certes destiné à l'exportation. Mais le marché suisse est important, pour introduire de nouveaux produits et y faire valider des prix garantissant de confortables marges.

- L'industrie liée à la production d'**équipements médicaux, d'implants, de prothèses, etc.** Elle est très diversifiée en Suisse, en partie étroitement imbriquée aux secteurs historiques de l'industrie des machines et de l'horlogerie.

- **L'agroalimentaire et la grande distribution**. La nourriture fonctionnelle semi-médicalisée est un secteur en pleine expansion. Une multinationale comme Nestlé y est fortement engagée. Elle vient de racheter pour 2,5 milliards de francs le département



« Nutrition » de Novartis. Cela permet à la transnationale veveysanne de devenir le N° 2 mondial dans ce secteur (NZZ, 15.12.2006). Les grands distributeurs Migros et Coop y consacrent une place croissante.

- **L'industrie du sport et du bien-être, couplée avec celle du tourisme**. L'accent mis sur le bien-être et les activités censées l'entretenir favorisent le développement de vraies industries. C'est le cas des fitness, où de grands groupes comme Migros ont des positions dominantes. C'est aussi le cas de toutes les activités de wellness liées au tourisme. Ce dernier bénéficie aussi des retombées du tourisme médical de luxe.

- Un secteur médical, diversifié, pour qui la santé est d'abord une bonne affaire. Cela va de tout un secteur de **cliniques privées** (les cliniques privées représentent environ 20 % des lits en Suisse) à tout un pan des praticiens qui font rimer leur activité professionnelle avec prestige, carrière et fortune. Cela alors que la situation professionnelle et sociale des médecins est certainement plus hétérogène que jamais, sous l'impact des politiques de contrôle des coûts des caisses maladie comme de tendances de fond, la féminisation de la profession par exemple.

- Un secteur **d'entreprises et de notabilités locales** qui, jusqu'à il y a peu en tout cas, tiraient divers avantages de l'existence de centres hospitaliers dans leur région (construction, entretien, etc.).

Pour certains segments subalternes de ces secteurs – la liste ne prétend pas à l'exhaustivité –, la politique de « contrôle des coûts de la santé » pourrait être synonyme de tuer la poule aux œufs d'or.

Quelle est dès lors la réponse à cette contradiction, en partie apparente, en partie correspondant à des intérêts partiellement divergents ?

Elle consiste à creuser la différence dans le traitement de ces deux facettes de la réalité. D'une part, lever toutes les restrictions aux activités cherchant à faire de la santé un domaine pour la mise en valeur de

capitaux, quelle que soit leur (in)utilité sociale. C'est le côté « moteur de la croissance » proclamé par Couchepin.

De l'autre, comprimer le domaine faisant l'objet de financements publics, même partiels, comme dans le cadre de la LAMal en Suisse. C'est le versant « explosion des coûts ». **Dont la cible n'est pas les coûts du système de santé, mais la part de ces coûts faisant l'objet d'un financement en partie « mutualisé »** (financement direct des hôpitaux par les collectivités publiques, subventions pour les primes maladie, contributions au financement de la santé d'assurances sociales comme l'AVS, l'AI, l'assurance accident ainsi que des prestations complémentaires...). En d'autres termes, la cible de cette politique est le salaire social que représente cette prise en charge publique, certes très limitée en Suisse comme nous l'avons indiqué, des dépenses de santé des ménages, et non pas les activités très lucratives et fort coûteuses menées au nom de la santé.

L'effet est évident : le fossé se creuse entre l'offre de prestations de santé existante et celles couvertes par l'assurance-maladie obligatoire, et donc accessibles à tout le monde. C'est le mécanisme qui nourrit le développement d'une médecine à plusieurs vitesses.

Ce constat a deux implications. **Premièrement**, il aide à démasquer la vraie portée sociale du débat sur les coûts de la santé. L'enjeu réel n'est pas la part de la richesse sociale affectée à ce secteur, qui serait trop élevée et qui empêcherait par conséquent de répondre à d'autres besoins sociaux. L'enjeu, comme pour les retraites ou les rentes AI, est de réduire la part de la richesse sociale représentant plus ou moins directement un salaire social ; cette réduction impliquant de fait un transfert de richesse aux détenteurs privés de capitaux.

Deuxièmement, le refus des politiques actuelles en matière de santé ne doit pas conduire à idéaliser la

situation antérieure. Depuis des décennies, la Suisse est, avec les Etats-Unis, le pays où la médecine libérale, c'est-à-dire une médecine régie par les règles de la liberté du commerce, domine avec le plus de force. Dans un tel cadre, la loi du profit pèse au moins autant que les exigences médicales dans les choix de développement et d'allocation des ressources. Que l'on pense aux politiques des laboratoires pharmaceutiques. Ce n'est pas en misant sur ce passé que l'on s'opposera aux dynamiques destructrices du « marché libéralisé », qui s'est débarrassé des contraintes de « l'Etat social » (Welfare State).

Une politique qui fait système

Combinées, les différentes politiques esquissées ci-dessus font système. Elles aboutissent notamment à ce que :

- La politique de santé échappe de plus en plus à tout contrôle public et démocratique. Ce sont les choix d'acteurs privés (caisses maladie, groupes pharmaceutiques, groupes hospitaliers, etc.) et les mécanismes du marché qui décident de son avenir dans un contexte de contrainte budgétaire. Les usagers comme le personnel soignant subissent ces choix, même si la « liberté de choix » est un des credo de la politique officielle.
- La santé est en Suisse déjà largement régie par les règles de la « liberté du commerce » et le respect de la liberté privée. Cependant la politique de « concurrence régulée » aboutit à élargir encore l'impact sélectif des mécanismes marchands et les domaines pouvant faire l'objet de privatisation.
- Les charges augmentent pour les ménages de salarié-e-s et de petits indépendants en même temps que le catalogue des prestations couvertes par l'assurance obligatoire tend à se réduire. C'est la conséquence concrète d'une politique qui a pour objectif, depuis des années, de comprimer le salaire social.
- L'inégalité d'accès aux soins ne peut que s'accroître. Les inégalités sociales existantes en matière de santé seront donc renforcées, au même titre que

3. On entend par rationnement implicite le fait que des soins ne sont pas apportés à un patient par insuffisance de temps, de compétences ou de personnel, bien que ces soins soient exigés par les règles de bonne pratique médicale, et ceci en l'absence de décision ou de consigne explicite à ce sujet.

Le monde à l'envers

celles ayant trait à l'éducation, à l'emploi, au logement.

- le carcan financier imposé se répercute sur la qualité des soins. Notamment par le biais de la pression accrue exercée sur le personnel de soins et des conséquences qui en découlent. Une étude publiée en 2005 sur les soins infirmiers en Suisse (*RICH, Nursing Study Rationing of Nursing Care in Switzerland*) établit des corrélations, concordantes avec les constatations faites dans d'autres pays, entre : la réduction de la durée des séjours hospitaliers durant la phase aiguë (qui s'accéléra avec la généralisation des forfaits par cas), l'augmentation de la polymorbidité des patients, l'augmentation de l'intensité et de la complexité des soins, la réduction parallèle et plus que proportionnelle du personnel soignant, l'impact de cette situation sur le personnel soignant (augmentation du stress et des cas de burn-out), la fréquence accrue dans ces conditions de pratiques de rationnement implicite³ des soins et les effets sur les patients (taux de complications plus élevé, hausse du taux de mortalité suite à des complications imprévues mais dont l'effet mortel aurait pu être évité).

La notion de demande induite par l'offre est en réalité un cas d'école de monde mis à l'envers par l'idéologie dominante.

1. Le capitalisme, comme mode d'organisation de la production (et de la société) subordonné à l'exigence de valorisation du capital (faire du profit), **est inconcevable sans que la demande soit en permanence induite et façonnée par l'offre.** La place centrale occupée par la publicité dans nos sociétés en est l'illustration la plus immédiatement perceptible. On sait que les grands groupes pharmaceutiques consacrent nettement plus de ressources au marketing de leurs produits qu'à la recherche.

Ce constat renvoie au cœur du système. Le capitalisme est dominé par l'offre : c'est la nécessité de valo-

riser le capital (assurer qu'un investissement générera un profit) qui commande le processus de production : Qu'est-ce qui est produit ? Comment cela est produit ? La même exigence de valorisation conduit l'offre à chercher en permanence à générer et façonner une demande pour ses biens ou ses services. Vendre est en effet la condition de la réalisation du bénéfice (de la plus-value), et l'ajustement de la demande et de l'offre, qui sont tendanciellement toujours déséquilibrées, peut nécessiter fermeture d'entreprises, destruction de ressources productives, licenciements et anéantissement de biens produits.

Dans ce système, ce qui est produit, son (in)utilité sociale, sa valeur d'usage n'ont pas d'importance en tant que tels. Un équipement d'investigation médicale, une bombe à sous-munitions ou le dernier gadget à la mode : qu'importe. Ce qui compte, c'est que cela puisse être vendu avec la marge bénéficiaire la plus élevée possible. La politique des laboratoires pharmaceutiques illustre parfaitement cette règle. Les priorités de développement ne sont pas définies en fonction d'un inventaire des besoins médicaux et sociaux, elles sont déterminées par la recherche de positions dominantes dans des créneaux pour lesquels une demande solvable est assurée, ce qui est la garantie de surprofits (cf. à ce sujet *Le prix des médicaments*, Editions d'en bas, 2006). Un tel système ne peut par conséquent fonctionner qu'en cherchant en permanence à susciter de nouveaux besoins et à en étendre le volume, par le biais du crédit dans les pays développés. Dans la mesure où une série de besoins sociaux de couches importantes de la population ne peuvent être satisfaits de cette façon, ils sont simplement niés ou réduits au maximum. C'est un des aspects de l'actuelle crise d'ensemble du système capitaliste.

2. Si l'on veut envisager un système économique et social qui ne génère pas structurellement une demande induite, il est nécessaire d'inverser complètement

l'approche. Cela signifie partir de ce qu'une société peut considérer, à un moment donné de son développement, comme des besoins devant être satisfaits et, sur cette base, définir comment sont organisées et distribuées les ressources économiques et sociales pour y répondre. Un tel mécanisme, subordonnant l'offre à la demande et non l'inverse, est **celui de la planification démocratique, soumise effectivement aux choix d'une population considérée comme apte et «compétente» pour se prononcer sur ses besoins prioritaires**. L'intelligence populaire ne doit pas s'exprimer seulement dans la « mobilisation des motivations » lors du travail pour un entrepreneur ou lors de votations et d'élections. Cette approche est logiquement rejetée par les tenants de la théorie de la demande induite par l'offre, qui l'écartent au profit d'un renforcement des mécanismes de marché... qu'ils nomment « la main invisible » !