



# **Protection sociale : tendances et perspectives.**

Philippe Batifoulier

CEPN. Université Sorbonne Paris Nord

# Plan de la présentation

1. Éléments de contexte : primordialité de la santé, la santé au delà de elle-même et besoins en croissance contre sous financement
2. Diversité de privatisations : focus sur l'assurance santé
3. De la privatisation à la financiarisation : 3 cas emblématiques
  - Les laboratoires de biologie
  - L'hôpital lucratif
  - Les centres de santé

# Introduction : Éléments de contexte

Choix politique pour le durcissement de la contrainte budgétaire mais besoins structurellement en croissance (aspiration à vivre mieux).

Se faire refinancer dans le privé => une diversité de privatisations

Multitude de phénomènes qui développent un capitalisme sanitaire : marchandisation, industrialisation, financiarisation, etc.

## Caractéristiques

Santé = marchandise qui sert à faire du profit : pas nouveau

Analyse habituelle par les conséquences : registre de l'indignation

Capitalisme assurantiel aux USA : Affaire « Luigi Mangione » et vies abrégées; prix Nobel de Physique 1988 Leon Lederman obligé de vendre sa médaille, faillites personnelles même après Obamacare, rôle du marketing agressif Mc Kinsley dans la crise des opioïdes, etc.

Industrie du médicament : pénuries et accessibilité aux médicaments essentiels, y compris vaccins

Scandales sanitaires capitalistes aussi en Europe : EHPAD, mise sous dialyse de patients qui en avaient pas besoin, soins dentaires, etc.

Mais réticence à parler explicitement de capitalisme sanitaire

Primordialité de la santé : « bien commun » pas dans le langage du capitalisme ?

Régulation par l'Etat social (en Europe) = rempart au capitalisme ?



# Un système de double assurance (AMO et AMC) reconnu comme déficient

## Complexe

Lourdeur bureaucratique

Difficulté du recouvrement de créances : freine le tiers payant

## Couteux

Pour le patient : du temps et de l'argent

Frais de gestion en 2021 = 7,5 milliards € pour AMC et 7,3 pour AMO

Mais pour des masses de prestations bien différentes: 78,1 % pour AMO (158,8 milliards) contre 13.4 % pour AMC (27,3 milliards €): cout de la concurrence

## Inégalitaire

Mutualisation différente entre AMO et AMC

AMC porteuse d'inégalités

Plus faible capacité de paiement = moins bonnes couvertures = taux d'effort plus élevé pour un reste à charge plus fort

# L'épisode de la « grande sécu » (100% Sécu)

Mission HCAAM en 2021 confiée par Olivier Véran. Etude notamment d'un scénario sur 4 = « Grande Sécu »

Hyp « Grande Sécu » : La sécurité sociale rembourserait à 100% pour tous

Coût pour les finances publiques = 22,5 milliards

Cela supposerait (à titre indicatif) une augmentation de tous les taux de CSG de 1,3 points (rendement de 1 point de CSG, 16,1 Md€ en 2022)

Effondrement du marché des complémentaires. Mais suppression des frais de gestion inutiles

Au total Gain net 5,4 milliards par an. 70% des ménages sont gagnants.

Enfin, abandon de ce projet de réforme pour augmenter l'influence de l'AMC

- Le 100% santé (ou « RAC 0 »)
- La complémentaire d'entreprise obligatoire

# Une nouvelle menace : la financiarisation

Rôle croissant des motifs financiers, des marchés financiers, des acteurs financiers et des institutions financières dans le fonctionnement des économies

Constitution de **grands groupes financiers** opaques du fait généralement de la *private equity* (fonds d'investissement)

**Etat social** comme **vecteur** indispensable de la financiarisation (« ne pas augmenter les budgets publics ») + complaisance du cadre réglementaire pour attirer les investisseurs

Grande inquiétude du côté de l'administration (commission d'enquête du Sénat en 2024)

**Prédation des budgets publics** qui financent l'essentiel des dépenses de santé et solvabilisent la demande

**Perte d'indépendance de la profession** et dépossession de l'outil de travail. Pas la même chose en GB ou All. Effet « médecine libérale »

Conséquences négatives sur les **conditions de travail, la qualité des soins** et externalisation des coûts sur d'autres professionnels où vers les patients et leurs proches

# Les différentes conceptions de la financiarisation

- **La vision restrictive**

Changement de propriété entre acteurs privés avec prise de contrôle d'acteurs non directement professionnels de santé, cherchant à rémunérer les investissements

- **La vision extensive**

Financement de la dette (hôpital, Sécu) via marché financier

Emprunter pas seulement pour investir mais pour rembourser son emprunt précédent, PPP, et.

=> Sécu et hôpitaux publics comme n'importe quel emprunteur = à la merci de la volatilité des taux d'intérêt mondiaux sur les marchés financiers

Dans le premier cas, la financiarisation s'oppose à la privatisation

Dans le second cas, elle accompagne une privatisation latente

# Un panorama de la financiarisation en santé /1

## **1. Le cas d'école: l'industrie du médicament**

Rôle moteur du brevet. Changement du modèle d'affaire, 99 % des bénéfices redistribués sous forme de dividendes (49%) et de rachats d'actions (50%)

## **2. La grande peur : l'assurance santé**

Cas des USA : ne pas prendre en charge ceux qui se sont assurés. En Europe, les directives solvency

## **3. L'épouvantail : les laboratoires de biologie**

« Big is beautiful » + opportunité via les SEL : Société d'exercice libéral (exercer l'activité libérale é sous forme de sociétés de capitaux)

Autorisation d'entrer au capital des laboratoires pour les non biologistes (loi Murcef 2001) = > constitution de 6 grands groupes avec fort pouvoir de négociation (Antoine Leymarie)

Naissance de l'homme d'affaire, spécialisé biologie qui va chercher l'argent du côté des fonds d'investissement

# Un panorama de la financiarisation en santé /2

## 4. L'évolution discrète mais centrale : l'hôpital lucratif

Très important en France : 33% des hôpitaux, 23% du total des dépenses d'hospitalisation dont 88,4% financées par de l'argent public.

D'un système hospitalier à but lucratif morcelé en une multitude d'établissements indépendants détenus par un médecin libéral (jusqu'aux années 2000) à un secteur concentré et dominé par des investisseurs (2020).

Entre 2004 et 2020, nombre de structures indépendantes a été divisé par 4,3 tandis que le nombre de structures appartenant à un groupe a été multiplié par 2.

De 714 hôpitaux à but lucratif indépendants en 2004 à 169 en 2020. A l'inverse, 400 établissements appartenant à un groupe en 2004 contre 806 en 2020 (Laura Alles)

Surtout en chirurgie ++, dialyse ++, Soins de suite et réadaptation +, obstétrique +

4 grands groupes financiers à la recherche de rentabilité : *Elsan, Ramsay Santé, Vivalto Santé, Almayiva Santé* : 50% des établissements

Transformations introduites afin d'améliorer la valorisation pour revendre à court terme: re organisation du travail, spécialisation sur les actes rentables, stratégies immobilières, etc.

Objectif spéculatif : revendre les parts à un prix plus élevé

Stratégie « buy and build » pour atteindre une position incontournable dans le bassin de soin

# Un panorama de la financiarisation en santé /3

**5. Les dégâts irréparables : centres « de mutilation » dentaires, de dialyse**

**6. La résistance : les radiologues** mais attiré du « gros cheque » : 20 % des labo radiologie aux fonds d'investissement

**7 Les opportunistes « centres » de santé**

Encouragement aux soins de premier recours (« Déserts médicaux » comme opportunités de marché).

Enigme du virage lucratif car soumission au principe légal de non lucrativité, contre l'histoire sociale

Le Régime déclaratif auprès des ARS supplante le régime d'agrément administratif  
contournement du principe légal de non lucrativité des CS => montage juridique : relation entre une entité à but non lucratif (loi 1901) et une ou plusieurs entités commerciales : refacturation de service. Montages qui prospèrent grâce à des intermédiaires : expert-comptable, avocats, etc. => business de la dissimulation. 37 % des CS sont gérés par des sociétés commerciales et plus des  $\frac{3}{4}$  depuis 2018 (*Hugo Wetzel*)

# Conclusion

- Prises en charge des patients, une qualité dégradée face à des situations de monopole → Inégalités territoriales d'accès aux soins de qualité / facturations supplémentaires
- Conditions de travail → intensification du travail, évolutions salariales perte d'autonomie des professionnels, en particulier des médecins, au détriment de la qualité ?
- Les indicateurs de productivité prennent le dessus sur d'autres façons de concevoir le soin.
- Concurrence avec les autres établissements: course aux armements