

PHILIPPE BATIFOULIER. Une loi fourre-tout : ainsi l'économiste qualifie-t-il le texte. Une stratégie selon lui pour afficher les points où le gouvernement résiste et masquer ceux où il cède.

«Aux cliniques, le beurre et l'argent du beurre »



Enseignant en économie politique à l'université de Paris Ouest Nanterre et membre du collectif des Économistes attaqués, Philippe Batifoulier est l'auteur d'un ouvrage au titre explicite, *Capital santé quand le patient devient le client*. Entretien au sujet de la loi votée hier à l'Assemblée nationale.

Le gouvernement dit avoir fait cette loi pour lutter contre l'iniquité du système de soin en France. Le texte y parvient-il ? Le tiers payant suffit-il ?

Tout d'abord le tiers payant est une très bonne chose et c'est même pour cela qu'il existe déjà

pour les plus pauvres, ceux qui ont moins de 720 euros par mois pour vivre via la CMU, moins de 940 euros via l'aide complémentaire. Il évite une avance de frais, ce qui est important car faire un chèque de 23 euros quand on a un budget de 20 euros par jour sous-entend de sacrifier d'autres dépenses. Le problème est donc la généralisation du tiers payant. Or, quand on a 1000 euros par mois, soit 33 euros par jour, le problème est le même : déboursier 23 euros c'est trop.

Les médecins rétorquent que cela va provoquer des tracasseries administratives. Ils n'ont pas tort mais est-ce plus important que l'accès aux soins ? Le problème de fond est que cela attaque leur identité libérale. Pour de nombreux médecins, ne pas recevoir de chèque dans une sorte de cérémonie de gré à gré est insupportable. Pour protéger cette identité, ils n'hésitent pas à utiliser des arguments fallacieux : la gratuité déresponsabiliserait le patient. C'est faux, notamment en France où le chèque est échangé contre une ordonnance et active donc la consommation médicamenteuse. Supprimer le paiement à l'acte est

au contraire responsabilisant au regard de cette sur-consommation. Tous ces éléments positifs posés, le tiers payant est anachronique. C'est trop tard.

Trop tard ?

La sécurité sociale ne rembourse que 55% des consultations de généralistes. Les médecins ne devront donc pas se faire rembourser par la sécu mais aussi par les assurances privées. Cela va doper le développement de l'assurance privée qui a toujours voulu gérer le système et non être un payeur aveugle. Le tiers payant est efficace s'il est véritable, si la part de la sécu est élevée. Il aurait donc mieux valu d'abord restaurer la prise en charge publique intégrale puis généraliser ce tiers payant.

Il est généralisé aux seuls généralistes ?

Aux parents pauvres de la médecine. Il aurait évidemment fallu le faire sur les spécialistes, là où se situent les restes à charge les plus importants. Mais cela sous-entend l'interdiction des dépassements d'honoraires puisqu'on ne rembourse que le tarif sécu. Le vrai courage politique aurait été

de faire cela.

Le gouvernement parle aussi de démocratie sanitaire. Des possibilités d'action de groupe et une information publique sont-ils suffisants en la matière ?

C'est de la cosmétique. Cela fait d'ailleurs très peu débat. Une action de groupe est une option générale qui existe ailleurs. Donner la parole aux patients, cela aurait été de s'attaquer aux dépassements d'honoraires car les gens ne sont pas contents du tout de les payer.

Cette loi est totalement fourre-tout, une stratégie à mon sens politique. On ne peut pas être pour ou contre la loi, d'autant que l'on enfonce quelques portes ouvertes. Qui pourrait être contre la lutte contre l'obésité ?

Cela permet de résister sur des points et de céder sur d'autres en maintenant un affichage social.

Sur quels points cède-t-elle ?

Les choix réalisés pour l'hôpital risquent par exemple d'avoir des conséquences très peu sociales. L'idée est celle du virage ambulatoire. Cela peut satisfaire les pa-

tients qui généralement n'aiment pas rester à l'hôpital. A noter que, pour une fois, on reconnaît que les gens n'abusent pas du système. Mais il ne s'agit pas que de rester à la maison. Il va y avoir des soins. Or, quand ils étaient faits à l'hôpital, ils étaient très bien remboursés. Ce ne sera pas le cas en ville et le reste à charge risque d'augmenter.

Sur ce chapitre de l'hôpital, elle ne revient pas sur la tarification à l'activité, inspirée d'un modèle libéral ?

Une tarification qui risque de provoquer des effets d'aubaine. Ceux qui se font payer au forfait auront tout à gagner à réduire les durées de séjour. La loi dit aussi que le service public hospitalier peut être réalisé dans des cliniques privées à condition qu'elles respectent un cahier des charges. Leur laisser faire les urgences, sachant qu'elles ne choisiront pas les plus lourdes, et du service public tout en les laissant procéder à des dépassements d'honoraires, c'est leur accorder le beurre et l'argent du beurre.

ENTRETIEN RÉALISÉ
PAR ANGÉLIQUE SCHALLER

La Marseillaise du 15 avril 2015