

L'ombre du privé sur la santé publique espagnole

Nacima Baron-Yelles

► **To cite this version:**

Nacima Baron-Yelles. L'ombre du privé sur la santé publique espagnole: clés d'analyse d'une crise politique et territoriale. Karthala. Dynamiques urbaines et enjeux sanitaires, Karthala, 2015. hal-01110033

HAL Id: hal-01110033

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01110033>

Submitted on 27 Jan 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'ombre du privé sur la santé publique espagnole : clés d'analyse d'une crise politique et territoriale

Auteur : Nacima Baron
Professeur Université Paris Est
Laboratoire LVMT UMR 9403
nacimabaron@gmail.com

Introduction

Le système sanitaire espagnol traverse, depuis une quinzaine d'années, une crise profonde et multiforme que nous proposons d'aborder dans ce chapitre sous l'angle spécifique de l'offre de services hospitaliers. En effet, à côté d'autres institutions comme l'école ou l'Université, le système hospitalier espagnol mobilise les acteurs politiques, les collectifs de citoyens et les chercheurs dans des mobilisations majeures appelées "marées blanches" qui répondent aux tendances de diminution des crédits publics et à l'externalisation d'une partie des fonctions hospitalières. Les débats que relaient tous les organes de presse (Veneros Hernandez Eva, 1999, et Rafael Nájera Morrondo, José Martínez Olmos, Marciano Sánchez Bayle, Carmen Flores, José Manuel Díaz Olalla, Carlos Barra, 2013) évoquent l'inégal accès aux soins et l'inégale qualité des soins dispensés, discutent de l'efficacité réelle du système sanitaire face aux coûts qu'il représente (de la Rosa Torner Alberto, 2002) et, finalement, en arrivent à la question du modèle économique. Cette question est cruciale en Espagne dans la mesure où une diversification des modes de gouvernance et de gestion de certains hôpitaux publics est actuellement portée par plusieurs communautés autonomes, avec l'expérimentation, puis la diffusion de formules d'articulation de l'offre publique de soins avec des opérateurs privés.

Le chapitre s'inscrit donc dans ce débat en souhaitant l'éclairer pour un public non spécialiste des approches institutionnelles et territoriales qui déterminent la géopolitique contemporaine de l'Espagne (Martínez-Giralt Xavier, 2013). L'objectif est de dégager les déterminants de la crise hospitalière en partant d'une approche en termes de politiques publiques et en prenant précisément la question de la différenciation territoriale comme une clé de compréhension des mutations en cours. Pour ce faire, une première partie discute de l'invention et de la diffusion d'un type de montage public-privé, rapidement perçu par les acteurs sanitaires et par les observateurs comme un contre-modèle, et situe cette innovation dans une démarche institutionnaliste (incluant les normes, mais aussi les conditions politiques et économiques de mise en oeuvre) à l'échelle d'une communauté autonome spécifique, la communauté valencienne. Une seconde partie souligne la diffusion de ce schéma institutionnel et opérationnel vers d'autres régions espagnoles (Madrid, notamment) et explicite les conditions de cette extension. Une troisième partie montre comment la crise économique et les mobilisations citoyennes récentes stoppent une partie des tendances observées, et débouche sur une discussion générale consacrée à la montée des inégalités sanitaires du point de vue spatial et social et aux liens entre ces inégalités et la crise politique profonde que traverse ce pays (Menéndez Rexach Angel 2008).

1. Des communautés autonomes expérimentent un nouveau partenariat pour l'offre de soins hospitaliers

En Espagne, la répartition des compétences sanitaires entre l'Etat et les communautés autonomes découle du cadre constitutionnel de 1978 (OchandoClaramunt Carlos, 2005). L'Etat central énonce des principes généraux d'égalité et d'efficacité, il surveille le fonctionnement des institutions(notamment les organismes de sécurité sociale) et se porte garant du respect des compétences autonomiques. De leur côté, les communautés autonomes sont investies de par leurs statuts de la gestion sanitaire,elles disposent d'une capacité de planification opérationnelle et territoriale de l'offre de soins et déploient les services sur le territoire. Ainsi, les *Consejera de sanidad* planifient, construisent et gèrent des établissements de soins et, dans la plupart des cas, rétribuent le personnel médical. Au-delà de ce cadre d'ensemble, le système sanitaire se place aussi dans l'héritage des systèmes institutionnels précédant l'étape démocratique. Selon les communautés autonomes, les institutions religieuses et certaines fondations occupent une place plus ou moins grande dans le système sanitaire. On peut prendre l'exemple de la Catalogne (Pané Olga, Martínez Ruiz Teresa, RutlandElizabet, 2000), de la Galice (Sánchez Bayle Marciano, Martín García Manuel, 2004) ou du Pays basque (San Miguel Etolaza, Inaki Jon, 2010) pour nuancer ce cadre d'ensemble. Ainsi, des modèles de gestion hospitalière indirecte sont apparus en Catalogne dès la fin des années 1980(donc bien avant la crise actuelle). La *Generalitat de Catalunya* a organisé son modèle sanitaire et hospitalier autour de propriétés religieuses, de mairies, de *consorcios* et de fondations, en travaillant avec des services sanitaires adossés à différents opérateurs, en général des collectifs sans but lucratif (Lopez Guillem,McDaid David; Costa-Font Joan; 2006).

Une nouvelle norme nationale vient bouleverser le cadre institutionnel sous le mandat de José Maria Aznar. La loi 15/1997 intitulée « *Habilitacion de nuevas formas de gestion del sistemanacional de salud* » prône la diversification des modèles de gestion sanitaire et établit différents supports légaux pour que les gouvernements régionaux puissent contracter avec des entreprises privées. D'une part, les Communautés autonomes sont autorisées à recourir à la formule de la "concession administrative" pour la production de l'offre de soins. Cette notion de concession administrative a une portée très générale : elle est également utilisée pour la construction d'autoroutes, de tramways ... Il s'agit d'une procédure à travers laquelle l'institution autonome cède à une entreprise ou à un consortium la possibilité de construire un établissement hospitalier et de prendre en charge (ou non) certains segments de l'équipement technique, d'embaucher (ou non) le personnel médical et non médical (Martín García Manuel, 2013). Il existe des concessions administratives sans construction, qui concernent donc des hôpitaux déjà construits et dont on ne privatise que la partie externalisable : propriété, sécurité, téléphonie, matériel sanitaire, consommables et fluides, services ambulance, restauration ... D'autre part, la loi précise que la puissance régionale est autorisée à céder tout ou partie de la couverture sanitaire de la population, qui est sa compétence constitutionnelle, à un opérateur sanitaire contre paiement d'une base forfaitaire, le "canon", correspondant à un ratio par habitant et acquitté par la communauté autonome à l'entité privée.

L'innovation technique et juridique que représente la loi de 1997 au niveau national se diffuse et se met en oeuvre plus ou moins rapidement dans les *Consejeria de Salud* des différentes communautés autonomes d'Espagne (Lopez-CasasanovasGuillem, 2007). La

communauté autonome valencienne dirigée à partir de 1995 par Eduardo Zaplana accueille très favorablement cette norme et la met en oeuvre dès 1999, en remodelant l'organisation du territoire régional en cinq "aires sanitaires" et en redéfinissant l'offre de soins hospitaliers avec un concessionnaire, l'entreprise *Ribera Salud*. La *comarca de la Ribera*, dans la huerta de Valence, est la première agglomération moyenne à accueillir la construction d'un hôpital public construit et géré par *Ribera Salud* (1998-99). Il s'agit d'un hôpital de 212 lits situé dans la ville d'Alzira, et qui occupe 500 employés (administratifs et personnel sanitaire inclus). *Ribera Salud* a investi 146 millions d'euros pour sa construction, somme obtenue par le biais d'un crédit garanti sur 7 ans par la Communauté autonome auprès de caisses d'épargne régionales (*Bancaja, Caja Mediterranea*), auprès d'une banque nationale (Santander) et auprès d'un institut de financement public (*Institut de Credito Oficial ICO*). Le gouvernement valencien reproduit ce dispositif et inaugure peu après d'autres hôpitaux concédés au privé, l'un à Torrevieja, l'autre à Denia en 2006, puis à Manises en 2009 et à Elche en 2010. Toutes ces concessions administratives sont une nouvelle fois réalisées avec *Ribera Salud*. L'entreprise est donc florissante. En parallèle, comme la loi l'y autorise, la *Generalitat valenciana* transfère la responsabilité de la couverture sanitaire d'environ 200 000 habitants de cette zone périurbaine à l'entreprise : ici, en plus des hôpitaux, *Ribera Salud* prend le contrôle des structures sanitaires de proximité et en assure le fonctionnement contre un canon de 599 euros par habitant payé par la communauté autonome, qui se décharge donc complètement de sa compétence sanitaire sur cette portion du territoire (Ortún Rubio Vicente 1998). En 2013, *Ribera Salud*, qui "pèse" 110 millions d'euros, est rachetée par une autre entreprise sanitaire, *Capio*. Cette seconde entreprise s'est constituée à partir du regroupement de plusieurs fondations de santé de Castille la Mancha et dégage un chiffre d'affaire annuel de 389 millions d'euros. L'entreprise ne se présente pas comme un groupe privé de santé, mais comme un groupe spécialisé dans la gestion de la santé publique par le système de la concession, en effet, 75 % de ses recettes émanent des collectivités. *Capio*, qui présente une belle marge bénéficiaire, est elle-même rachetée par un fonds de capital risque anglais avec siège au Luxembourg, CVC Capital Partners.

La dynamique en cours dans cette communauté autonome déclenche rapidement un débat au niveau régional et national, sur les vertus et les risques de ce système, appelé "modèle Alzira" mais souvent perçu comme un contre-modèle. De nombreux chercheurs (Ortún Vicente; de Guillerna Ricard Meneu; 2006) mettent en question l'efficacité de cette politique sanitaire en termes d'efficacité de l'offre de soin et d'égalité d'accès aux soins. Le système ne se généralise pas en Espagne. Cependant, au milieu de la décennie 2000, une nouvelle communauté se déclare volontaire pour appliquer la loi de 1997 : il s'agit de la communauté de Madrid, présidée par une autre dirigeante du parti populaire, Esperanza Aguirre. La présidente de la *Comunidad Autónoma de Madrid* engage un double processus : la déclinaison de la norme nationale à l'échelon régional (sous la forme d'une modulation entre la concession complète ou la concession partielle) et la mise en oeuvre d'une planification hospitalière qui vise à faire passer, à terme, une vingtaine d'hôpitaux publics de la capitale, soit un tiers de l'offre hospitalière métropolitaine, au privé. Là encore, la formule passe par la construction d'hôpitaux neufs, l'externalisation de tout ou partie de l'offre de soin et la concession d'aires sanitaires.

Dès l'année 2007, l'hôpital Infanta Elena situé à Valdemoro ouvre ses portes. Bientôt, les mêmes procédures sont déployées pour les hôpitaux d'Arganda et de San Sebastian de los Reyes, puis par la suite à Torrejón, Mostolès et Villalba. Tout comme dans la région de Valence, le système du canon est mis en place et la communauté autonome de Madrid paie la somme de 330 euros par habitant, somme qui augmente au fur et à mesure des

renouvellements de contrats. L'apport de capital privé permet à la communauté de multiplier les inaugurations d'équipements sanitaires neufs, et cette diffusion suscite donc questionnements multiples. Y aura-t-il une généralisation de la formule d'externalisation des attributions sanitaires portées par les collectivités ? Les concessions permettent-elles de construire des hôpitaux plus rapidement, moins cher et d'offrir une couverture de soin universelle et de qualité ? Quelles sont les causes de l'implantation dans ces territoires spécifiques, Valence et Madrid, de ces types d'établissements, et pourquoi, par exemple, cette dynamique touche-t-elle peu d'autres régions importantes comme la Catalogne ou l'Andalousie ?

2. Les facteurs explicatifs de l'intrusion du privé dans la gestion publique hospitalière

Les déterminants de cette dynamique sont à rechercher dans plusieurs registres très différents. Le premier facteur est d'ordre démographique. Toutes les zones concernées par l'externalisation hospitalière font face à une demande de soins en forte croissance, du fait de l'augmentation de la population. Selon les contextes locaux, cette augmentation s'explique elle-même par deux déterminants conjoints. D'un côté, l'immigration de travail sous l'effet du cycle économique des années 1990 - 2000 explique une partie de la pression démographique sur le système de soins. Ainsi, entre 2002 et 2012, la communauté valencienne, une région forte d'environ 4 millions d'habitants, avait gagné 850 000 personnes soit presque 20 % de la population. Le second déterminant est la localisation de ce croît démographique dans les zones périphériques des agglomérations denses. Les hôpitaux concernés par le lien public / privé sont préférentiellement localisés sur la périphérie des métropoles. Cela est visible dans la région valencienne, puisque les hôpitaux gérés par Ribera Salud se situent dans l'"arc rétro littoral" formé par la vallée du Vinalopo et la *comarca de la Ribera*, c'est-à-dire la grande couronne de Valence. Dans le cas de l'agglomération madrilène, le fait est tout aussi éclatant : les constructions récentes d'hôpitaux, spécialement entre 2006 et 2009, ont été systématiquement effectuées dans des premières couronnes ouvrières (Infantacristina à Parla) et dans des zones de deuxième couronne à la croissance démographique très dynamique (hôpital Puerta de Hierro à Majadahonda et Hôpital Tajo d'Aranjuez).

Le deuxième facteur explicatif réside dans la présence et la mobilisation de différents acteurs économiques et politiques qui ont fourni aux entreprises concernées les moyens de produire l'offre sanitaire, et qui maintenant gèrent un oligopole en voie de consolidation (Rodríguez-Alvarez Ana; Roibas-Alonso David; Wall Alan, 2013). Dans ce système d'acteurs complexe, il convient de citer les collectivités bien sûr, mais aussi les caisses d'épargne régionales, le réseau très dense de promoteurs constructeurs à même de soustraire rapidement des chantiers très importants, et enfin l'appui des grandes compagnies d'assurances privées (Rodríguez Manuel, 2001). Ainsi, *Mapfre* ou *Realia*, les grands noms de l'assurance espagnole, se positionnent sur un marché d'autant plus lucratif que le système conventionnel, fondé sur la sécurité sociale, le réseau des dispensaires locaux et les hôpitaux classiques, peine à remplir son rôle. Le système assurantiel privé engrange donc des clients que la détérioration du service public de santé, l'allongement des listes d'attente pour toute opération sérieuse et la baisse des remboursements draine vers des soins rapides, confortables, dans des hôpitaux aux outillages neufs (IRM, scanner, etc.). D'ores et déjà, l'assurance en Espagne est un secteur solide, avec 6,6 milliards d'euros de chiffre d'affaires, une croissance de 3 % par an (avant la crise, elle était de l'ordre de 10 %). Ces assureurs et

mutuelles étant structurés en très grands groupes (*Caixa, Asisa, Sanitas, Mapfre* se partagent 60 % du marché) et le système hospitalier étant extrêmement atomisé et fragmenté, l'asymétrie est réelle et les "assureurs" tiennent les concessionnaires, et par là les gouvernements régionaux. Par exemple, ces groupes surveillent l'organisation oligopolistique de la concession sanitaire qui se renforce dans la communauté valencienne et font pression sur l'administration pour renégocier les contrats à la hausse. Ainsi, le canon par individu pour l'aire sanitaire d'Alzira a été renégocié en 2003 (de 225 à 379 euros par habitant, avant de grimper récemment à 639 euros).

Le troisième déterminant de l'adoption d'un modèle alternatif au "tout public" renvoie à un corpus d'idéologies et de valeurs politiques (Hervás Maldonado Francisco, 2012). La bifurcation du système sanitaire est mise en oeuvre uniquement dans des communautés autonomes gouvernées à majorité absolue par le parti populaire, ce qui explique que l'Andalousie, dirigée par le Parti socialiste depuis près de trente ans sans interruption, ou la Catalogne, souvent conduite par des coalitions habituées à établir des compromis, ne se soient pas engagées dans de telles réformes. L'adoption de ces différentes formules de gestion sanitaire est déclenchée par des changements de majorité régionale : l'arrivée de Zaplana à Valence et celle d'Aguirre (puis de son successeur, González) à la Communauté de Madrid. Elus du parti populaire, hauts cadres des caisses d'épargne nommés par les exécutifs régionaux, dirigeants des agences régionales d'hospitalisation partagent des principes communs : ouverture à la concurrence censée permettre la transparence des offres, bienfaits de la logique de marché pour faire baisser les prix des prestations et bénéficier d'une meilleure compétitivité, principe de séparation des prestations entre les tâches véritablement médicales et les missions d'hôtellerie (restauration, blanchisserie) qu'assume un hôpital. En outre, au-delà de ce socle d'idées communs, il existe une véritable circulation des postes directionnels des entités politiques aux entités hospitalières ou financières (Jesús, Sánchez de León Enrique, de la Serna Fernández de Córdoba José Luis, Paulino Tevar Javier, Jiménez Palacios Alfonso, Ruiz Ferrán Julián, 2005). Ainsi, Madrid et Valence représentent des laboratoires d'une évolution radicale dans la manière dont les communautés autonomes assument les compétences de l'Etat-Providence espagnol (Lopez Casanovas, Guillem; 2007). Pour ces dirigeants, il n'y a ni coupure ni opposition entre un secteur totalement marchand (par exemple le secteur des parcs de loisir) et un secteur comme la santé adossé à un droit universel. Les deux domaines sont compatibles avec un ordre capitaliste et producteur de richesses qui peuvent être captées par quelques uns.

Pour autant, de nouveaux événements et un contexte économique radicalement distinct sont venus ternir la mode des concessions hospitalières. Le discours sur les bienfaits de la privatisation des services de soin est battu en brèche, et l'Espagne n'est plus le "bon élève" dont les institutions internationales vantaient le "miracle économique" dans les années d'euphorie (1994 - 2008). L'Espagne soumise à un rude ajustement budgétaire de la part de la troïka (FMI, BCE, Banque mondiale) et contrainte à des mesures d'austérité. Forme-t-elle toujours un marché aussi attractif pour les entreprises de gestion sanitaire ?

3. Choc économique et désagrégation politique : un tournant dans la santé publique ?

La dynamique de concession et d'externalisation de l'offre hospitalière reconnaît, depuis le renversement de conjoncture de 2008, un ralentissement très net, dont les raisons tiennent d'abord à la rétractation des budgets publics. En effet, le plan de stabilité remis par Mariano Rajoy à l'Union européenne lors du sommet d'avril 2013, (contre la promesse de la Banque centrale européenne de sauver les banques et les caisses d'épargne régionales étranglées par des prêts douteux) prévoit une baisse du budget de la santé publique de 7,2 milliards d'euros entre 2010 et 2014. Cette restriction influence très fortement les communautés autonomes, et, précisément les communautés autonomes portées par les gouvernements populaires à Valence et à Madrid, car ce sont elles qui sont les plus endettées et donc astreintes aux plus grands efforts de discipline budgétaire. Pour donner un ordre d'idée, la dette de la communauté valencienne est égale à 19,9 % de son PIB et dépasse 23 milliards d'euros en 2013. Cette communauté autonome a dû voter un budget en déficit de 3,5 % la même année. De son côté, la communauté autonome de Madrid traîne une dette supérieure à 20 milliards soit 10,7 % de son PIB.

Certes, les ajustements budgétaires donnent lieu, dans ces deux communautés autonomes, à de remarquables opportunités de contractation ou sous-contractation pour des entreprises de services sanitaires déjà implantées, puisque les collectivités tentent d'externaliser ou de sous-traiter encore davantage de tâches et essaient de diminuer leur masse salariale. Par exemple, le président valencien a pour objectif de baisser de 443 millions l'enveloppe sanitaire et vise une baisse de 10 % annuel des coûts logistiques (propreté, maintenance techniques chaufferies etc, restauration sécurité, blanchisserie, vestiaire, archives, gestion des résidus, stérilisation...). A Madrid, le gouvernement du parti populaire se donne un objectif de chute de 20 % du coût sanitaire par habitant. Les instances de gouvernance sanitaire effectuent même une véritable mue. Comme la Communauté valencienne n'arrive pas à contrôler les coûts sanitaires, elle transfère la tâche de diminution des coûts à des sociétés extérieures (Lancho de León José Luis, 2013). De son côté, le service madrilène de santé, une fois le maximum de tâches externalisées, envisage sa transformation en une direction générale de suivi et de contrôle des centres sanitaires courant 2013.

Cependant, des collectivités appauvries sont soit soumises à un chantage à la hausse des canons, soit voient les sociétés concessionnaires leur tourner le dos. Ainsi, la communauté valencienne doit 150 millions d'euros à *Ribera Salud* (et à d'autres concessionnaires de santé), et lance un appel désespéré au pouvoir central pour régler (ce que l'Etat central fait, au goutte-à-goutte, au grand dam des partisans de la décentralisation). A Madrid également, la situation est tendue (Domínguez Martín Mónica, 2013). Le concessionnaire de l'hôpital Puerta de Hierro réclame à la communauté de Madrid 2,7 millions d'euros et celui qui devait construire l'hôpital de Villalba prévu pour 2011, mais reporté pour cause de crise, réclame des dédommagements. La rentabilité déclinante du "business" sanitaire en Espagne conduit les entreprises à se déprendre du territoire et à chercher des profits ailleurs. A Madrid comme dans la communauté valencienne, les concessionnaires des aires sanitaires négocient une diminution de la carte des services à la populations, voire un désengagement de territoires devenus "non solvables" (González López-Valcárcel Beatriz, 2011). C'est donc vers une inégalité sociale et territoriale profonde et renforcée que l'Espagne s'oriente en matière de santé publique, et particulièrement de service hospitalier.

Dans la portion du territoire régional où une part devenue non négligeable de la facturation des soins est assurée par des concessions administratives ou par des hôpitaux complètement privés, les entreprises concessionnaires recherchent une clientèle plutôt jeune et active, aisée, et cherchent à capter des marchés spécifiques, tout en dérivant des

segments sociaux plus coûteux, comme les personnes âgées, les patients atteints de maladies chroniques et de poly-pathologies ... Les logiques de spécialisation des établissements, les stratégies de segmentation des publics et de rentabilisation maximale des actifs (taux d'occupation des lits, utilisation des plateaux techniques,...) sont à l'ordre du jour, créant un sentiment de relégation de la part des publics modestes, et créant une situation sociale explosive chez les personnels de santé. En 2013, une décision apparemment "rationnelle" de transformation d'un établissement (hôpital *Princeza*) en hôpital gériatrique, décision apparemment anodine, mais toujours tournée vers la segmentation, la séparation des usagers, met le feu aux poudres. La question hospitalière descend véritablement dans l'arène politique.

Le troisième facteur de l'arrêt des concessions est lié au climat social et sanitaire qui se détériore fortement en Espagne. La fermeture brutale de nombreux services, voire d'établissements hospitaliers, finit par susciter une vague de protestations publiques largement reprises et analysées par les sociologues et les spécialistes des politiques sanitaires (González Veracruz María, Ezquerro Gadea Julián, Ferrero Torres Carmen, Díaz Moreno Verónica, 2014). La mobilisation sociale est le fait de tous les personnels du monde hospitalier (y compris les cadres et chefs de services) mais aussi des collectifs de patients, des riverains, des citoyens anonymes qui font état d'une situation "limite". A Madrid, une coalition se constitue autour d'une association de praticiens hospitaliers, de quelques syndicats de personnels, du collège des médecins, et de la fédération régionale du PSOE (parti socialiste). Cette coalition joue un rôle essentiel dans la visibilité médiatique des opérations publiques (*sit in*, manifestations monstres des blouses blanches comme la "marée blanche" du 17 février 2013, grèves, et même mouvements de démission collective de chefs de service). La loi votée par le gouvernement de la Communauté autonome de Madrid (loi 8/ 2012 du 28 12 2012) et destinée à déployer et renforcer les concessions et autres formes de partenariats avec des partenaires privés est portée devant le tribunal supérieur de justice de Madrid, les plaignants arguant de son inconstitutionnalité. Une consultation populaire rassemble 900 000 votes en cinq jours contre le modèle de la concession sanitaire. L'opinion publique appuie très largement le refus de la privatisation des infrastructures hospitalières, qu'elle associe à toute une série de peurs : peur de voir diminuer le niveau de qualité du système de soins construit pas à pas au lendemain de la mort de Franco, peur de voir se rétrécir les prestations sociales, peur d'un vieillissement démographique synonyme d'appauvrissement collectif, peur sur les retraites qui sont « gelées » par le plan d'austérité depuis 2010 (Garcia Gonzalez, Juan Manuel, 2011,) ... Enfin, après une longue bataille judiciaire, l'arrêt définitif du 27 janvier 2014 du Tribunal supérieur de Justice de Madrid refuse l'ultime recours du gouvernement autonome madrilène et ordonne la suspension préventive de tous les contrats de concession, ainsi que le blocage des chantiers d'hôpitaux privés en cours. Le même jour, le ministre de la santé du gouvernement autonome, Javier Fernandez-Lasquetty, présente sa démission.

4. Face aux inégalités de soins, pourquoi perdure l'exception valencienne?

Comme dans bien d'autres questions de politique publique espagnole, la crise hospitalière espagnole, dont cette démission fracassante marque une sorte de point d'orgue, peut faire l'objet d'une analyse déclinée sous de nombreux aspects. Certains choisissent de considérer la question du point de vue des grands équilibres économiques et questionnent la pérennité d'un Etat-Providence et soulignent sa faiblesse devant les stratégies de la finance (Rubio Jimenez M. 2014). D'autres travaillent à l'articulation des échelles institutionnelles, et montrent, derrière les évolutions à l'oeuvre dans les communautés autonomes, la grave

crise de l'Etat espagnol, un Etat tombé "malade" parce que les liens entre l'organe central et les collectivités régionales est entièrement à reconstruire (Kehr J. 2014). De notre côté, en tant que géographe participant du colloque "Villes et dynamiques sanitaires", nous préférons interroger les effets des relations houleuses entre acteurs hospitaliers publics et privés en Espagne du point de vue des inégalités territoriales

Sur ce point, tout d'abord, il faut bien convenir que ce n'est pas l'introduction d'une dose de privatisation dans la santé publique qui a créé l'inégalité du système sanitaire espagnol. Celle-ci est vérifiée sur le plan géographique à trois niveaux. Le premier niveau est celui des inégalités structurelles qui affectent la santé des citoyens espagnols et qui se reflètent par exemple dans la disparité des conditions de vie ou dans les écarts de l'espérance de vie d'une région à l'autre, d'une ville à l'autre. Chacun connaît ces disparités, qui ne s'amointrissent pas beaucoup, malgré le rattrapage socio-économique des régions du sud (comme l'Andalousie par exemple) depuis une trentaine d'années.

Le deuxième niveau de lecture des inégalités dans le domaine de la santé est lié à la politique régionale elle-même. En effet, du fait de la dévolution des compétences de l'Etat central aux communautés autonomes, celles-ci choisissent d'accorder des masses budgétaires très variables à la santé sur leur territoire. A l'échelon national, l'Espagne accorde 7 % de son budget public à la santé, mais d'une communauté autonome à l'autre, les écarts sont gigantesques. Depuis quatre décennies maintenant, la Catalogne, le Pays basque ou la Galice votent des budgets sanitaires qui dépassent largement la moyenne nationale (qui est de l'ordre de 1214,30 Euros par habitant). Ainsi, le Pays basque choisit de consacrer 1514,8 euros annuels par habitant en 2013 à la santé, soit 27 % de plus que la moyenne et il dépense ainsi de 36 % le budget sanitaire par habitant dépensé dans la communauté andalouse. Là encore, ces écarts sont anciens, connus, ils renforcent les inégalités de traitement entre les patients. Il n'est pas rare de rencontrer des Espagnols qui mentent sur leur adresse ou qui manifestent en groupe, au contraire, pour tenter de se faire soigner dans l'hôpital situé dans la communauté autonome voisine, lorsqu'ils estiment que celle-ci offre un service de meilleure qualité.

En effet, il faut passer à un troisième niveau, beaucoup plus fin spatialement, pour lire les inégalités sanitaires à l'oeuvre en Espagne et noter leur possible approfondissement. L'inégalité dans l'offre de soins apparaît d'un établissement à l'autre, d'un morceau de territoire (centre ville) à l'autre (nouvelles périphéries urbaines, petites villes enclavées, zones rurales désertifiées). Par exemple, 8,49 % des personnes qui arrivent dans un hôpital de la communauté valencienne en situation d'infarctus décèdent, ce qui est le cas de 6,08 % des patients atteints de cette pathologie lorsqu'ils arrivent dans un hôpital de Navarre. Les enquêtes menées par la société espagnole de Cardiologie montrent que la nature exacte des soins qui sont dispensés à ces patients, la durée d'hospitalisation après une opération lourde, le taux de retours après celle-ci diffèrent énormément. Ici, les phénomènes qui travaillent le système hospitalier ont un impact direct. En particulier, la différenciation des systèmes de santé entre les communautés autonomes mais aussi au sein même des différents districts sanitaires (Jimenez Aguilera Juan de Dios, 2007) fait qu'il est difficile de faire travailler des établissements ensemble, de fabriquer des protocoles de soins intégrés, de mettre de la fluidité dans le traitement des patients. En cardiologie, on s'aperçoit par exemple que le manque de coordination entre des établissements qui sont gérés selon des organismes différents (privés, publics, régionaux, locaux, etc.) limite la possibilité de dessiner des parcours de soins, des protocoles adaptés à la gravité des cas. Avec la crise, une première tendance a aussi été de limiter les horaires d'ouverture de certains établissements et de certains services, ce qui évidemment renforce la désorganisation ... et augmente le

risque vital. Ce qui soulève finalement la colère populaire est la reconnaissance implicite de la cohabitation de systèmes de soins à plusieurs vitesses, qui ont toujours cohabité, mais qui aujourd'hui vivent des processus de confrontation violente (Garcia-Altes Anna; Rodriguez-Sanz Maica; Perez Gloria; Borrell Carme, 2008). Fondamentalement, les acteurs publics d'un point à l'autre du territoire n'ont pas la même définition d'une qualité minimale de soins et ne savent pas faire accepter les changements structurels (gestion publique ou privée) et les articuler avec une réforme organisationnelle satisfaisante des personnels et des établissements (José Ramon Repullo).

Toutes ces considérations générales n'expliquent pas l'évolution territoriale différenciée des deux communautés autonomes "têtes de pont" de la privatisation du système hospitalier, et sur laquelle il faut se pencher maintenant. On a bien noté que les régions de Valence et de Madrid ont été motrices dans le déploiement d'un nouveau modèle de gestion hospitalière, modèle qui ne s'est pas généralisé : seules les communautés de *Castilla la Mancha* et d'*Extremadura* ont annoncé une volonté politique puis prudemment fait machine arrière courant 2013. On a aussi noté que la communauté de Valence, malgré ses énormes problèmes financiers, a conservé jusqu'à présent cinq hôpitaux en fonctionnement selon ce système, tandis que la communauté de Madrid, qui en avait concédé quatre et prévu six de plus, a dû renoncer totalement. C'est donc cette dissociation des évolutions entre Madrid et Valence qui fait question.

Les raisons de la différenciation au sein même des collectivités converties aux vertus de la gestion privée sont aussi clairement explicables. Les élus en charge du portefeuille de la santé dans les gouvernements régionaux (tous à majorité parti populaire) d'Eduardo Zaplana, puis de Francisco Camps et actuellement d'Alberto Fabra n'ont pas connu de soulèvement semblable à celui qu'ont dû affronter les élus madrilènes. Ils ont transféré plus anciennement les actifs hospitaliers publics vers le privé, bien avant la crise (le développement de l'hôpital d'Alzira commence en janvier 1999) et ils ont étendu progressivement, établissement par établissement, ce système dans des villes moyennes (Dénia, Elche ...) moins structurées, en termes de mobilisations, que la capitale et les gros établissements des centres villes. En outre, ils n'ont d'abord privatisé que la partie hospitalière et pas les emplois et les services annexes, attendant un temps de "rodage" avant de faire basculer des parties entières du territoire sous la coupe privée (la *comarca de la ribera* étant la première à changer de fonctionnement). Certains de ces habitants étaient même plutôt satisfaits de voir des équipements neufs s'ouvrir à côté de chez eux, alors qu'ils devaient auparavant faire une quarantaine de kilomètres pour atteindre un hôpital de première couronne valencienne.

A l'opposé, la démarche de privatisation menée par Esperanza Aguirre et poursuivie par Ignacio Gonzalez a été brutale, et elle est intervenue plus tard, alors que les habitants étaient déjà frappés par une crise multiforme. Ainsi, le premier hôpital "test" pour la communauté madrilène a été celui de Valdemoro, ouvert en 2007 et, tout de suite, le pouvoir a "accélééré", précipitant les inaugurations de ceux de Torrejon puis Mostoles, basculant 10 % des centres de santé de la région capitale sous concession. Cette fuite en avant, intervenant aussi bien pour des nouveaux hôpitaux sans "culture locale" que pour des anciens hôpitaux urbains dont le personnel, y compris les chefs de service respectés, était traité sans ménagement, a renforcé les résistances. Dans les toutes dernières années, les praticiens ont rencontré des difficultés croissantes pour pratiquer (manque de matériel, manque de postes) mais ils ont aussi dû répondre à des exigences économiques (la réduction obligatoire de 20 % du coût de chaque patient dans le cas de la communauté de Madrid pour les hôpitaux passés sous concession privée) et à des exigences morales (l'interdiction de soigner des immigrants sans

papiers) qu'ils ont considéré comme une atteinte dans l'exercice de leur métier, comme une attaque à la déontologie médicale. La justice a aussi réagi différemment, puisqu'en Espagne peut-être plus qu'en France elle fonctionne aussi sur une échelle d'abord régionale. Le tribunal supérieur de justice valencien avait classé le dossier que seuls quelques syndicats avaient monté lors du lancement de l'hôpital d'Alzira, tandis que le tribunal madrilène a sanctionné la communauté autonome. Il est vrai, là encore, que les opposants à la privatisation hospitalière dans la communauté valencienne n'ont pas, à l'époque, pu ou su constituer une coalition large associant des citoyens et d'autres forces.

En conclusion, ce chapitre montre l'évolution de l'offre sanitaire en Espagne et donne une lecture de la crise sanitaire actuelle à la lumière de l'un de ses traits les plus discutés, les plus passionnels, à savoir la place des opérateurs privés dans l'offre de soins (Rodriguez Cabrero, Gregorio, 2008). On a expliqué la réorganisation des relations institutionnelles entraînée par la montée en puissance de nouveaux opérateurs qui prennent à leur charge des pans entiers de la couverture de soin pour des portions croissantes de la population et du territoire. On a présenté ces acteurs économiques, montré les relations qui les unissent entre eux (ces quatre grands réseaux d'entreprises prestataires de la santé publique espagnole sont Capiro, Adeslas, USP et Quiron) et qui les associent à de grandes banques, des caisses d'épargne et des groupes d'assurances. On a surtout souligné l'articulation des facteurs politiques, démographiques, économiques et idéologiques qui font que le modèle de soins hospitalier public a été fortement concurrencé et mis à l'épreuve par ces hôpitaux qui se voulaient la figure de proue d'un nouveau modèle sanitaire, et qui n'ont finalement pas fait beaucoup d'émules. Les liens du déploiement hospitalier avec les logiques financières et de promotion immobilière ont été peu développés, même si cette articulation est tout fait réelle et passe par les caisses d'épargne régionale et par les cercles dirigeants des communautés autonomes dirigées par le parti populaire (il y a eu des hôpitaux fantômes comme des aéroports et des gares à grande vitesses). La question des réseaux clientélistes et de la corruption politique traverse aussi ce dossier, sans avoir été développée faute de place (Baron N., 2012). Une récapitulation des circulations de certains membres de l'élite politique du monde de l'administration sanitaire publique aux postes de direction des sociétés privées le montrerait aisément. Le plus prégnant est sans doute l'apport d'une lecture territoriale : dans un contexte d'ensemble marqué par le vieillissement de la population et par une forte ségrégation territoriale et sociale dans l'accès aux soins, l'offre de santé publique traverse une étape de fragmentation, de désintégration inquiétante même (González Pérez-Jesús, 2002). Une lecture fine des effets des bouleversements en cours sur la santé publique et sur l'épidémiologie dans les aires sanitaires (dans la poursuite des travaux de Costa-Font Joan; Rico, Ana, 2006) serait certainement utile, même si le retournement de la conjoncture et le retour timide de la croissance laissent espérer un meilleur traitement public de ce secteur majeur pour la cohésion et la compétitivité nationales.

Références

Acosta Gallo Pablo, 2012, "Restricciones de gasto, gestión privada y copago en el serviciopúblico de salud", *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, , N.º. 4, 2012 págs. 80-86.

Ahn Alonso, Meseguer Javier, Antonio Herce San Miguel José, 2003, "Gastos sanitario y envejecimiento de la población en España", *Documentos de trabajo de la Fundación BBVA*)N.º. 7.

BARON N., 2014, " Une approche territoriale de la corruption urbaine en Espagne à l'orée du 21 e siècle", in Frédéric Monier, Olivier Dard, Jens Ivo Engels *Patronage et corruption politiques dans l'Europe contemporaine* Armand Colin Coll. Recherches, p. 245 261.

Colón de Carvajal Fibla Borja, 2009, "Nueva oportunidad para la gestión eficiente de la sanidad pública: el contrato de colaboración entre el sector público y el privado (I) et (II) " *Actualidad de los derechos sanitario*, N.º. 156, 2009, págs. 5-10 et N.º. 157, 2009, págs. 106-111.

Costa-Font Joan; Rico, Ana, 2006, "Devolution and the Interregional Inequalities in Health and Healthcare in Spain" ; *Regional Studies*, November 2006, v. 40, iss. 8, pp. 875-87.

De la Rosa Torner Alberto, 2002, "Satisfacción del paciente en el hospital de La Ribera. *Qualitashodie: Excelencia, desarrollo sostenible e innovación*, , N.º. 81, 2002, págs. 17-19.

Domínguez Martín Mónica, 2013, "Formas de gestión indirecta de los servicios sanitarios y "privatización" de la sanidad pública: (special referenCIA al plan de medidas de la Comunidad de Madrid", *Revista jurídica Universidad Autónoma de Madrid*, , N.º. 27, 2013, págs. 111-142

García Gonzalez, Juan Manuel, 2011, "Las personas mayores con dependencia en la España del siglo XXI". *Papeles de Economía Española*, 2011, iss. 129, pp. 48-65.

García-Altes Anna; Rodríguez-Sanz, Maica; Pérez, Gloria; Borrell, Carme; 2008, "Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas" *Cuadernos Económicos de I.C.E.*, June 2008, iss. 75, pp. 115-27.

González López-Valcárcel Beatriz, 2011, "La sanidad en tiempos de crisis", *Economistas*, Año N.º 29, N.º 126, 2011, págs. 127-133.

González Pérez Jesús, 2002, "Mercado sanitario privado y territorio en Galicia: neoliberalismo y nuevas pautas de comportamiento social", *Investigaciones geográficas*, N.º 27, 2002, págs. 205-226.

González Veracruz María, Ezquerro Gadea Julián, Ferrero Torres Carmen, Díaz Moreno Verónica, 2014, "El papel político de las mareas ciudadanas y los nuevos movimientos sociales", *Temas para el debate*, N.º. 235 (junio), 2014, págs. 43-49.

Hervás Maldonado Francisco, 2012, *El hospital empresa y la sanidad asistencial: Calidad y rentabilidad* Editorial Díaz de Santos, S.A.

Jiménez Aguilera Juan de Dios, 2007, "La distribución territorial de los recursos sanitarios: Algunas propuestas". *Revista de Estudios Regionales*, January-April 2007, iss. 78, pp. 75-107.

KehrJanina, 2014, *Against Sick States: Ebola Protests in Austerity Spain*, blog Document rédigé le 22 octobre 2014 et consulté le 3 décembre 2014 à l'adresse <http://somatosphere.net/?p=9319>.

Lancho de León José Luis, 2013, "Sanidad pública vs. sanidad privada" *Economistas*, N° 136, 2013, págs. 16-20.

Lopez Casanovas, Guillem; 2007, "La descentralización fiscal en España en la disyuntiva de la nueva financiación autonómica. Algunas reflexiones generales y específicas al caso de la sanidad" *Revista de Estudios Regionales*, January-April 2007, iss. 78, pp. 29-74.

Lopez Guillem; McDaid David; Costa-Font Joan; 2006, *Health Care Management Autonomy: Evidence from the Catalan Hospital Sector in a Decentralised Spain*, Department of Economics and Business, Universitat Pompeu Fabra, Economics Working Papers.

López i Casanovas Guillem 2003, *El interfaz público-privado en sanidad*, Masson, 100 pgs.

Lopez-Casanovas Guillem, 2007, "Organizational Innovations and Health Care Decentralization: A Perspective from Spain"; *Health Economics, Policy and Law*, April 2007, v. 2, iss. 2, pp. 223-32.

Lopez-Casanovas, Guillem; 2004, "El gasto sanitario en España en los noventa: el gasto social" *Papeles de Economía Española*, 2004, iss. 100, pp. 32-51.

Lopez, Guillem; 2004, *La gestión sanitaria: orientaciones a futuro para el cambio organizativo, del control y la financiación* Department of Economics and Business, Universitat Pompeu Fabra, Economics Working Papers.

Martín García Manuel, 2013, Consideraciones sobre la Iniciativa de Financiación Privada (PFI) *Ekonomiaz*, 1st Quadrimester 2013, iss. 82, pp. 128-69.

Martínez-Giralt Xavier, 2013, "Colaboración público-privada en sanidad" *Cuadernos de Información Económica*, N° 235, 2013 págs. 61-68.

Menéndez Rexach Angel 2008, "La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad", *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, Vol. 6, N°. 2, 2008, págs. 269-296

Ochando Claramunt Carlos, 2005, "Reformas institucionales en sanidad". *Quaderns de Política Econòmica*, N°. 9, 2005, págs. 52-69

Ortún Rubio Vicente 1998, "Gestión privada de la sanidad" *Boletín del Círculo de Empresarios*, N° 63, 1998, págs. 285-311

Ortun Vicente; de Guillerna Ricard Meneu; 2006, *The Impact of Economics on Health Policy and Management in Spain 2006*, Department of Economics and Business, Universitat Pompeu Fabra, Economics Working Papers

Pané Olga, Martínez Ruiz Teresa, Rutland Elizabet, 2000, "La gestión privada en Catalunya" *Salud 2000: Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*, N°. 111, 2007 págs. 12-15

Puig-JunoyJaume; Rovira Joan, 2004,"Issues Raised by the Impact of TaxReforms and RegionalDevolution on Health-Care Financing in Spain, 1996-2002", *Environment and Planning C: Government and Policy*, June 2004, v. 22, iss. 3, pp. 453-64.

Rafael NájeraMorrondo, José MartínezOlmos, Marciano Sánchez Bayle, Carmen Flores, José Manuel DíazOlalla, Carlos Barra, 2013,"Expolio en la Sanidad"*Temas para el debate*, , Nº. 224 (jul.), 2013, págs. 49-54.

Rico, Ana; Costa-Font, Joan; Power RatherthanPathDependency? The Dynamics of Institutional Change underHealth Care Federalism *Journal of HealthPolitics, Policy and Law*, February-April 2005, v. 30, iss. 1-2, pp. 231-52.

Rodriguez Cabrero, Gregorio, 2008,"L'Etat-providence espagnol: Perennité, transformations et défis".*Travail et Emploi*, July-September 2008, iss. 115, pp. 95-109.

Rodríguez Manuel, 2001,"El espacio de los segurosprivados en los sistemassanitariospúblicos: marcoconceptual y políticas"*Gacetasanitaria: Organooficial de la SociedadEspañola de SaludPública y AdministraciónSanitaria*, Vol. 15, Nº. 6, 2001, págs. 527-537.

Rodriguez-Alvarez Ana; Roibas-Alonso David; Wall Alan, 2013,"The Response of DecentralizedHealth Services to DemandUncertainty and the Role of Political Parties in the Spanish Public Health System"*Journal of ProductivityAnalysis*, December 2013, v. 40, iss. 3, pp. 357-65.

RubioJimenezMariela, 2014, *Tu salud, nuestronegocio*, EdicionFoca, Madrid, 214 p.

Sacristán Navarro María, 2008,Casos de direcciónestratégica de la empresa / coord. porLuis Angel Guerras Martín, José Emilio NavasLópez, 2008, , págs. 145-160.

San Miguel Etolaza, Inaki Jon, 2010, "AnálisisdelSistemaSanitario de Euskadi". *Ekonomiaz*,Special Issue 2010, pp. 286-317

Sánchez Bayle Marciano, Martín García Manuel, 2004, "Nuevas formas de gestión: Las fundacionessanitarias en Galicia", *Cadernos de atenciónprimaria*, Vol. 11, Nº. 1, 2004, págs. 7-25

SánchezMartosJesús, Sánchez de León Enrique, de la Serna Fernández de Córdoba José Luis, PaulinoTevar Javier, Jiménez Palacios Alfonso, Ruiz FerránJulián, 2005,"Cooperación y coordinación interterritorial en la prestación de la sanidad: responsabilidad de los poderespúblicos y corresponsabilidad de los agentes privados en las prestaciones sanitarias : mesa redonda", *Sanidad responsable : credibilidad, calidad y ética social*, 2005, págs. 27-68.

Veneros Hernández Eva, 1999, "La buenasalud de la sanidadprivada"*Cambio* 16, Nº. 1422 (MAR 5), 1999, págs. 40-42.

VillaescusaSáiz Roberto, PuenteSanagustín Ana, 2000,"Evaluación de la gestiónprivada y pública de la sanidadcatalana", *Salud 2000: Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la SanidadPública*, , Nº. 111, 2007, págs. 16-19.

