

Santé publique, Santé en danger

Jean-Luc Migué

Préface de Pascal Salin et Henri Lepage

Etude Turgot n°1 - décembre 2005



 *Institut*
TURGOT
le think-tank libéral français

EDITIONS DE L'INSTITUT CHARLES COQUILLIN
PARIS

Santé publique, Santé en danger

Jean-Luc Migué

Préface de Pascal Salin et Henri Lepage

Etude Turgot n°1 - décembre 2005



 *Institut*
TURGOT
le think-tank libéral français

EDITIONS DE L'INSTITUT CHARLES COQUILLIN
PARIS

Table des matières

PRESENTATION ET RESUME.....	4
CINQ ENSEIGNEMENTS	4
MYTHOLOGIE FRANÇAISE	6
PLANIFICATION CENTRALISEE.....	7
PERESTROÏKA.....	8
UNE SANTE DE PLUS EN PLUS MALADE	9
LA DICTATURE DE L'ELECTEUR MEDIAN.....	10
SANTE ET MARCHÉ POLITIQUE	11
COMPTES D'EPARGNE-SANTE	12
CASSER L'ENGRENAGE	14
REFUTATIONS	15
TOUT L'ARGENT DU MONDE.....	17
PREFACE	18
1. PERSPECTIVE HISTORIQUE SUR L'INDUSTRIE DE LA SANTE	28
1.1 AFFRONTLEMENT DES GÉNÉRATIONS	28
1.2 RÉVOLUTION DE LA TECHNOLOGIE ET DES MODES DE VIE	29
1.3 BAISSÉ DE LA PRÉVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES.....	30
1.4 DÉFICIT INSTITUTIONNEL	31
2. UN REGIME DE SANTE ETATISTE	33
2.1 UN MODÈLE D'ASSURANCE CORPORATISTE.....	33
2.2 LE BUDGET PUBLIC DE LA SANTÉ	35
2.3 BUDGETS EXCESSIFS OU INSUFFISANTS ?	37
2.4 RELATION ENTRE BUDGETS PUBLICS ET SERVICES	39
2.5 COTISATIONS OBLIGATOIRES, FORME DE PRÉLÈVEMENT FISCAL.....	43
2.6 UNE ENTREPRISE MONOPOLE DE SOINS ADMINISTRÉS.....	44
2.7 RÉGULATION DES INSTITUTIONS	47
2.8 RÉGULATION DU PRIX ET DU CHOIX DES MÉDICAMENTS	48
2.9 MONOPSONE DU MARCHÉ DU TRAVAIL.....	50
2.10 CONVENTIONS COLLECTIVES ET CROISSANCE.....	53
2.11 LE RÉGIME PUBLIC, JUGE ET PARTIE.....	54
2.12 HISTOIRE D'UNE ÉTATISATION	55

3. UN ETATISME TEMPERE PAR LE TICKET MODERATEUR.....	56
3.1 TARIFICATION PARTIELLE ET RÉSEAU PARALLÈLE DE PRODUCTION	56
3.2 SUPÉRIORITÉ SUR LE STRICT MONOPOLE PUBLIC	58
3.3 TICKET MODÉRATEUR, PRIX POLITIQUE	59
4. BILAN DU REGIME	62
4.1 BUDGET DE SANTÉ EN FRANCE ET DANS LES PAYS DE L'OCDE	63
4.2 BILAN	64
4.3 ACCÈS AUX TECHNOLOGIES MÉDICALES	65
4.4 ESPÉRANCE DE VIE SANS INVALIDITÉS, ANNÉES PERDUES AUX MALADIES CURABLES, MORTALITÉ PAR LE CANCER DU SEIN	67
4.5 INÉGALITÉS SOCIALES ET RÉGIONALES.....	70
4.6 LE RÉGIME FRANÇAIS VU PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.....	72
5. FAUX ARGUMENTS CONTRE LE MARCHÉ DE LA SANTÉ.....	76
5.1 L'ARGUMENT DU RISQUE MORAL	77
5.2 L'ARGUMENT DE LA SÉLECTION ADVERSE	80
5.3 L'IMMORALITÉ DES CONSIDÉRATIONS FINANCIÈRES	81
5.4 HÉTÉROGÉNÉITÉ DES PRÉFÉRENCES ET OBJECTIVITÉ SCIENTIFIQUE	83
5.5 LA TARIFICATION DES SERVICES, OBSTACLE À L'ACCÈS UNIVERSEL ?.....	84
5.6 L'ÉGALITARISME, GAGE D'ÉQUITÉ ?	87
5.7 AFFECTATION RATIONALISÉE DES RESSOURCES DANS LES RÉGIMES PUBLICS?	89
5.8 MÉDECINE PRÉVENTIVE ET BAISSÉ DES COÛTS?.....	91
5.9 RÉGIME PUBLIC = ÉCONOMIES DE FRAIS GESTION ET D'ADMINISTRATION?... ..	92
5.10 LE RÔLE DES MODES DE RÉMUNÉRATION	94
5.11 MODES DE RÉMUNÉRATION ET STRUCTURE INDUSTRIELLE.....	97
5.12 PLACE DU PERSONNEL PARAMÉDICAL.....	99
6. FINANCEMENT ET STRUCTURE DE L'HOPITAL	100
6.1 EFFICACITÉ RELATIVE DES HÔPITAUX PUBLICS ET PRIVÉS.....	100
6.2 FINANCEMENT DES HÔPITAUX ET INTÉGRATION DES SERVICES	102
6.3 SUCCÉDANÉS AU MARCHÉ : LA RÉGULATION AMÉLIORÉE	105
6.4 RÉGULATION INCITATIVE	106
6.5 LEÇONS DE L'HISTOIRE ET DE L'ANALYSE.....	108
6.6 À LA RECHERCHE DE LA STRUCTURE OPTIMALE.....	112

7. SANTE ET MARCHE POLITIQUE.....	114
7.1 LA VISION CONVENTIONNELLE DE L'ÉTAT.....	114
7.2 L'ÉTAT AUX YEUX DE L'ÉCONOMISTE.....	115
7.3 DOMINATION DE LA MAJORITÉ.....	119
7.4 DOMINATION DES GROUPES D'INTÉRÊT	126
7.5 SUR UTILISATION DU TRAVAIL AU DÉTRIMENT DU CAPITAL.....	128
7.6 UN JEU À SOMME NÉGATIVE	131
8. L'INDUSTRIE DU MEDICAMENT ET SA REGULATION.....	133
8.1 PLACE DES MÉDICAMENTS DANS LA MÉDECINE MODERNE	133
8.2 PRIX DES MÉDICAMENTS EN AMÉRIQUE DU NORD	134
8.3 DISTORSIONS DU MARCHÉ ENTRE QUINZE RÉGULATEURS EUROPÉENS.....	134
8.4 NIVEAUX DE VIE ET PRIX DES MÉDICAMENTS.....	135
8.5 MARCHÉS PARALLÈLES.....	138
8.6 CONTRÔLE DES PRIX, RECHERCHE ET MARCHÉ INTERNATIONAL.....	141
8.7 COROLLAIRES POLITIQUES.....	143
8.8 BREVETS ET PAYS PAUVRES	145
8.9 PRÉFÉRENCE POUR LE GÉNÉRIQUE.....	147
9. LA SOLUTION LIBERALE : FRANCHISE ET EPARGNE-SANTE	148
9.1 LA SÉLECTION DES RISQUES À COUVRIR	149
9.2 L'ÉPARGNE SANTÉ	150
9.3 ÉPARGNE SANTÉ ET ORGANISATION DE LA PRODUCTION	153
9.4 ÉVALUATION	154
10. LE SYSTEME AMERICAIN : PREJUGES ET FAUSSES EVIDENCES	157
10.1 UNE COMPARAISON DES DEUX SYSTÈMES	157
10.2 SUCCÈS D'UNE GRANDE INNOVATION INSTITUTIONNELLE : LES SOINS ADMINISTRÉS CONCURRENTIELS.....	160
10.3 L'ÉPARGNE SANTÉ, DERNIÈRE ÉTAPE DE L'ÉVOLUTION INSTITUTIONNELLE	161
10.4 43 MILLIONS D'AMÉRICAINS PRIVÉS D'ASSURANCE ET DONC DE SOINS !.....	162
11. LE FEDERALISME EUROPEEN A LA RESCOUSSE DU SYSTEME	166
CONCLUSION	169
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	172

Présentation et Résumé

Santé publique, santé en danger

Le Professeur Jean Luc Migué est canadien. Il a enseigné pendant de longues années à l'Université Laval, ainsi qu'à l'Ecole National d'Administration Publique de Québec. Disciple de James Buchanan, c'est un spécialiste de l'école dite des « choix publics » - c'est-à-dire l'application des outils de l'analyse économique à l'explication des décisions politiques. A ce titre, en 2001, il a publié une remarquable critique du système de santé québécois, et de l'idéologie qui le sous-tend¹.

Ce travail révèle notamment une bonne connaissance de l'abondante littérature internationale spécialisée dans les problèmes de l'économie de la santé, ainsi que de la diversité des régimes. C'est donc assez naturellement que nous nous sommes tournés vers lui, lorsque nous avons formé le projet de commander une étude qui nourrirait le point de vue libéral dans le débat français sur la réforme de la santé. Certes, la France n'est pas le Québec. Mais derrière la diversité des institutions, les préjugés et représentations qui mènent les politiques contemporaines de la santé sont fondamentalement partout à peu près les mêmes. Il nous a semblé qu'en raison de son expérience passée, nul mieux que le Professeur Migué n'était à même de les débusquer, et d'en tirer les conséquences pour l'avenir.

Cinq enseignements

Le livre a le grand mérite de dire ce qu'il n'est possible de trouver nulle part ailleurs ; c'est-à-dire de rompre résolument avec les contraintes et oeillères omniprésentes du « politiquement correct ».

Certaines études essaient de s'en affranchir – comme par exemple les excellents travaux de l'IFRAP sur l'importance des gaspillages auxquels conduit notre régime actuel de santé. Des mouvements particulièrement actifs

¹ Jean-Luc Migué (2001), *Le monopole de la santé au banc des accusés*, Montréal, Les Éditions Varia.

ont entrepris de mener un combat professionnel et politique pour réhabiliter une approche libérale de la santé (je pense en particulier à SOS-Santé du Dr Patrice Planté, ou encore aux activités de Dr. Claude Reichman). Des institutions influentes – comme l’Institut Montaigne – multiplient les efforts utiles pour infléchir la réflexion et l’action des planificateurs publics dans des directions moins bureaucratiques. Mais, quelques soient leurs mérites indéniables, il s’agit toujours d’approches qui ne mettent pas en évidence la logique profonde qui conduit inéluctablement le système à la ruine.

Cet ouvrage ose dépeindre clairement le sombre avenir auquel nos institutions de santé nous condamnent, explique pourquoi (les mécanismes, les engrenages), et imagine les solutions susceptibles de nous éviter le pire. Il nous a semblé que, pour cela, faire appel à une personnalité étrangère, bénéficiant d’une réputation scientifique incontestable, et ayant une excellente connaissance comparée des institutions et expériences étrangères, était une bonne solution.

Pour l’Institut Turgot, le livre présente cinq points d’intérêt principaux :

1. il explose toute la mythologie traditionnelle dans laquelle se drape le système de santé français pour justifier sa légitimité aux yeux de l’opinion ;
2. il fait clairement apparaître le caractère partiel – et donc voué à l’échec – des problématiques de réforme qui guident l’action présente des pouvoirs publics ;
3. il apporte une explication convaincante des raisons pour lesquelles notre régime actuel de santé est ce qu’il est ;
4. il énonce clairement ce que devraient être les fondements d’une politique libérale de la santé ;
5. enfin, il présente une réfutation de l’ensemble des arguments habituellement avancés pour discréditer par avance toute réforme de la santé fondée sur l’application d’idées libérales.

Mythologie française

Selon la pensée dominante, la France donnerait, en matière de santé, l'exemple d'une « troisième voie » particulièrement réussie, entre les systèmes de santé libéraux – comme les Etats-Unis où, nous dit-on, un grand nombre de citoyens se retrouvent sans couverture médicale –, et les systèmes de santé totalement étatisés, caractérisés par la gratuité généralisée, une gestion centralisée et un financement par l'impôt (comme en Grande Bretagne, ou au Canada depuis la réforme des années 1980).

Grâce à ses origines corporatistes – gestion décentralisée par des caisses autonomes –, grâce aussi à la survivance d'aspects libéraux tels le libre choix du médecin, le ticket modérateur, la présence du secteur B, et l'existence d'un système privé ou mutualiste d'assurances complémentaires, la Sécurité sociale française est présentée comme une construction originale, qu'il ne faudrait pas confondre avec l'Etat, et dont la qualité des résultats serait reconnue au plus haut niveau international (cf. le célèbre rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, en juin 2000, faisant apparaître la France en tête du classement des grands pays).

Tout ceci, explique le Professeur Jean-Luc Migué, tient de la pure mystification. Le classement de l'OMS n'est pas le produit d'une entreprise scientifique objective. Ses résultats sont biaisés par des préférences idéologiques à peine dissimulées. S'il est vrai que les Français sont relativement favorisés par rapport à la plupart des autres européens dans la mesure où ils vivent dans un pays où on ne connaît pas encore de longues queues d'attente à la porte des hôpitaux (sauf, d'ores et déjà, dans certains services hospitaliers d'urgence), en revanche la situation française se caractérise par un retard notoire en équipements médicaux et chirurgicaux de pointe, ou encore des délais relativement longs pour la mise en marché de nouveaux médicaments et thérapies. Au total, la France se situe dans la fourchette des nations européennes où le rapport des dépenses de santé au Produit national brut est des plus élevés, pour des résultats en termes de soins et de services de santé qui ne sont pourtant absolument pas meilleurs que la moyenne. Une lecture attentive des chiffres et statistiques donne en effet une vision très éloignée du contentement de soi constamment affiché par les responsables français.

Par ailleurs, contrairement aux apparences, le régime de santé français n'est pas moins étatique que les autres. En réalité, au-delà de certaines particularités

juridiques et institutionnelles, tous les systèmes de santé des grands pays occidentaux appartiennent à la même famille, et subissent la même dérive planiste. Les grandes différences institutionnelles du régime français ne sont plus que des survivances ponctuelles du passé, à l'abri desquelles on camoufle la nature réelle de l'évolution en cours.

Planification centralisée

Du point de vue économique, les « cotisations sociales » ne sont qu'une forme de fiscalité comme une autre, dont l'alourdissement exerce les mêmes effets pernicioeux sur le potentiel de croissance à long terme du pays. L'autonomie de gestion des caisses et la décentralisation ont été vidées de leur contenu au profit d'un processus de décision de plus en plus centralisé, remontant aux plus hauts échelons de l'Etat.

Personne n'ose aujourd'hui se l'avouer mais le régime de santé français, à l'issue d'un processus qui s'est considérablement accéléré avec les réformes initiées par le gouvernement Juppé de 1995, a bien totalement basculé dans la catégorie des systèmes économiques centralisés et planifiés.

La logique du processus qui commande cette dérive est facile à comprendre. La gratuité des soins, même tempérée par un ticket modérateur modeste, conduit inéluctablement à l'explosion des dépenses, et donc à un récurrent problème de déficit. Il revenait naturellement à l'Etat, ultime garant de l'équilibre financier de la Sécurité sociale, d'en rechercher les responsabilités et d'y porter remède. Le régime de co-gestion des caisses par des élus « non professionnels » offrait l'alibi rêvé. Le problème ne pouvait venir que des gaspillages générés par l'inexpérience et l'incompétence de ces managers amateurs ! La solution consistait dès lors à leur imposer la tutelle croissante d'organismes centraux. C'est ainsi que le système de santé français est entré dans l'engrenage des techniques dites de « santé administrée », dont l'effet principal est de généraliser le recours à des techniques de rationnement bureaucratique de l'offre (médecins, hôpitaux).

Cette évolution n'est pas propre à la France. Elle se retrouve dans toutes les grandes démocraties occidentales. Ce qui faisait l'exception française, en matière de santé, n'est plus que très marginal par rapport à ce qu'elle partage en commun avec les autres, même les systèmes les plus étatisés.

Perestroïka

Avec le plan Douste-Blazy de l'été 2004, la France a connu la nième réforme de son régime d'assurance maladie. La technique est toujours la même, et dans un cadre d'actions qui est forcément toujours le même. Il s'agit d'une approche essentiellement budgétaire (et non économique) qui consiste à comprimer les dépenses et à augmenter les recettes en rationalisant la gestion des institutions de santé (centralisation des décisions d'investissement, maîtrise des prix), en réduisant la liberté de prescription des médecins (accusés d'être des complices captifs des laboratoires), en limitant la liberté de choix des médicaments (par le jeu des remboursements), et en augmentant le niveau du ticket modérateur.

Mais le fond du problème – les méfaits et effets pervers d'un système fondé sur la quasi-gratuité des services, et donc une gestion administrative de l'économie de la santé – n'est jamais abordé. Ces défauts sont de même nature que ceux qui, en son temps, affectaient l'économie soviétique. L'absence de marchés libres et le remplacement des prix de marché par des prix administrés privent les décideurs de l'information nécessaire. Le système manque de boussole. C'est ce qui a conduit les gouvernements, fussent-ils animés des meilleures intentions, à l'échec de leurs plans. Le système se trouve dans l'incapacité de révéler et de satisfaire les préférences de ceux qui sont directement concernés (patients, médecins, hôpitaux) ou de faire ses choix en fonction d'une connaissance des coûts réels – car ceux-ci résultent de la concurrence et de l'innovation, et sont donc sans relation avec les coûts comptables d'aujourd'hui ou leur modification prévisible dans le cadre d'une santé administrée. L'aboutissement est une logique d'accumulation de gaspillages, qui, en dépit du discours officiel sur la solidarité, entretient une inégalité croissante dans la distribution des soins et services².

Il n'y a pas de raison que les mêmes techniques de gestion planiste de la rareté ne conduisent pas à des conséquences identiques, même si celles-ci se limitent au seul domaine de la santé. La congestion des services d'urgence des hôpitaux, les excédents de capacité d'accueil dans certaines régions, le sous-équipement en technologies de pointe d'autres parties du territoire,

² Voilà plusieurs décennies que les pouvoirs publics justifient leur préférence pour une politique de planisme médical en arguant de la nécessité de réduire les disparités géographiques dans l'accès des populations à une médecine moderne et efficace. Et pourtant, rappelle Jean-Luc Migué, celles-ci sont toujours aussi importantes.

l'insatisfaction croissante des personnels et la multiplication des conflits professionnels, mais aussi l'impatience montante des malades face à leurs conditions d'accueil et de prise en charge, sont autant d'éléments qui traduisent à la fois l'existence d'une crise profonde et latente et l'émergence d'un **chaos décisionnel** dont la nature n'est pas éloignée du mal qui a fini par emporter les systèmes socialistes³.

Dans ce contexte, les réformes françaises ont un goût déjà connu de « Pérestroïka ». Faute d'aborder les vrais problèmes de fond, elles se limitent à traiter des problèmes d'équilibre financier de court terme. L'accent est mis uniquement sur l'amélioration des techniques et méthodes de management, comme s'il s'agissait de rétablir la situation financière d'une firme en difficulté. Comme en Union soviétique, à l'époque de la Pérestroïka et de la Glasnost, on croit qu'il s'agit de changer les hommes, d'améliorer leur formation en méthodes de gestion moderne, d'introduire ici ou là quelques doses de privatisation et d'incitations marchandes bien calculées, pour changer le devenir du système. L'histoire a pourtant d'ores et déjà montré ce qu'il faut attendre de ce genre de demi mesures. Tant qu'on ne modifiera pas la logique même de fonctionnement interne du régime, le système de santé français continuera de courir d'échec en échec.

Une santé de plus en plus malade

Comme les économies planifiées d'antan, dont les prix directeurs étaient directement copiés sur les annuaires de firmes comme La Redoute, les régimes de santé administrée de manière centralisée bénéficient de la présence, à leurs côtés, d'un système où l'industrie de la santé échappe encore au conformisme de l'idéologie du monopole.

C'est aux Etats-Unis, dans le cadre expérimental des premiers centres de médecine organisée (les célèbres HMOs), que les techniques d'administration quantitative de la santé sont nées. Mais elles s'y sont développées dans un contexte de pluralité des expériences et de concurrence entre filières de soins, qui a permis de préserver une certaine vérité des prix et de maintenir une

³ Pour le Professeur Migué, l'épisode de la canicule de l'été 2003 est plus qu'un simple accident. C'est aussi le signe précurseur du genre de dysfonctionnements pathologiques qui, à l'avenir, sont vraisemblablement appelés à se multiplier du fait des lourdeurs de plus en plus soviétiques de notre appareil de gestion de la santé.

dynamique d'innovation permanente. Ainsi, ce n'est pas un hasard si l'Amérique s'affirme chaque jour davantage comme le principal centre innovant en matière de recherche médicale, de mise sur le marché de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques thérapeutiques, ainsi que pour la mise au point de nouveaux concepts d'organisation et de gestion des activités de santé. La plupart des méthodes utilisées aujourd'hui dans la rationalisation des choix de notre Sécurité sociale dérivent en fait d'outils et d'instruments qui furent d'abord mis au point dans le contexte concurrentiel américain.

Les responsables de nos systèmes de santé ont l'illusion d'agir de manière « scientifique ». Mais tant que les dirigeants refuseront d'admettre les vertus de la régulation par les prix et la libre concurrence des acteurs, cela ne change rien à la dynamique destructrice qui est fondamentalement à l'œuvre. La réduction des gaspillages ne pourra rester que superficielle. Le système existant est, de ce fait, condamné à évoluer au rythme de crises financières récurrentes. Sa logique conduit à alourdir, au-delà de toute raison, les prélèvements fiscaux qui pèsent sur les citoyens ; à accroître de manière constante l'ensemble des contrôles bureaucratiques qui encadrent l'activité des personnels de santé ; et, par là même, à amplifier encore davantage les processus de chaos économique qui s'en nourrissent.

La seule conséquence susceptible d'en résulter est une dégradation des conditions de santé de la population, d'abord progressive et relative (par rapport aux Etats-Unis), puis marquée par une régression absolue, à la fois quantitative et qualitative, des soins à la portée des budgets modestes et moyens. Nos enfants seront de moins en moins bien soignés, dans des conditions de plus en plus onéreuses. Il leur faudra vivre avec un système de santé de plus en plus ouvertement malade.

La dictature de l'électeur médian

Comment en est-on arrivé là ? Pour répondre à cette question, explique Jean-Luc Migué, il faut sortir de la logique traditionnelle selon laquelle l'Etat n'est qu'une sorte de Deus ex machina neutre et bienveillant, dévoué à la poursuite du seul Bien commun. Il faut repenser l'évolution des systèmes de santé à la lumière des apports de la théorie économique des choix publics et des marchés politiques – la discipline au sein de laquelle le Professeur Jean-Luc Migué a précisément fait l'essentiel de sa carrière universitaire.

Cette partie est sans doute la plus originale de son livre. Il s'agit d'un aspect rarement – pour ne pas dire jamais – évoqué dans les ouvrages traitant habituellement d'économie de la santé. C'est aussi celle qui fera sans doute le plus scandale, car elle est très politiquement incorrecte.

Jean-Luc Migué montre que la dérive planiste de nos systèmes de santé est le produit logique et inévitable des formes modernes de la « démocratie majoritaire ». Elle est ce qui résulte nécessairement de l'application du principe politique de la loi majoritaire – où la décision appartient aux 50 % plus un, sans aucun contrepoids institutionnel – dans un contexte où la distribution des revenus est asymétrique ; c'est à dire où le nombre de ménages vivant de revenus inférieurs au revenu moyen est plus grand que celui des ménages bénéficiant de revenus supérieurs à cette moyenne.

Une telle situation signifie en effet que le nombre de voix qu'un homme politique est susceptible d'attirer en faisant assaut de démagogie redistributive est bien plus important que ce qu'il pourrait obtenir en adoptant un comportement différent. C'est ce que les économistes appellent « la dictature de l'électeur médian ». Son effet – aggravé par le caractère progressif de la fiscalité – est de favoriser les plates-formes électorales qui donnent la priorité à des solutions redistributives, planistes et uniformisatrices.

Cette approche s'est révélée d'une rare efficacité pour expliquer les formes et les résultats concrets de l'action politique dans les démocraties occidentales contemporaines. Elle ne l'est pas moins pour nous aider à comprendre ce qui fait que nos systèmes de santé sont ce qu'ils sont, sans avoir à recourir à une vision naïve et angélique de l'Etat.

Santé et marché politique

Par exemple, les études empiriques et statistiques font clairement apparaître que lorsqu'un gouvernement décide d'augmenter de manière conséquente les budgets de la santé, ce sont rarement les patients, ou l'offre médicale, qui en bénéficient, mais plutôt certaines catégories spécifiques de salariés. En fait, tout se passe comme si, dans leurs décisions effectives, telles que mesurées par leurs résultats, les planificateurs médicaux accordaient toujours plus de poids aux intérêts personnels ou catégoriels des personnels de production, plutôt qu'aux besoins des malades.

De la même manière, comment concilier la dramatisation du discours public sur le défi des grandes maladies, avec le fait qu'en règle générale les choix budgétaires réels privilégient la croissance des dépenses dites de confort au détriment des achats d'équipements de pointe dont l'offre est rationnée (cf. les scanners) ? Comment se fait-il que les pouvoirs publics continuent d'invoquer les inégalités géographiques dans l'accès aux soins pour justifier leur politique de socialisme médical ; alors que cela fait des années déjà que, s'ils avaient raison, ces inégalités auraient dû régresser ?

Ces paradoxes cadrent mal avec l'hypothèse d'une décision démocratique rationnellement éclairée. Mais ils disparaissent lorsque l'on analyse la production publique en termes de marchés politiques où s'échangent des votes et des faveurs.

Ce type d'approche permet d'expliquer pourquoi le fonctionnement de nos démocraties débouche naturellement sur certains types d'arbitrages budgétaires, plutôt que d'autres qui, pourtant, serviraient mieux l'intérêt du plus grand nombre. Il permet de comprendre pourquoi tous nos responsables – politiques ou médecins, ministres ou syndicalistes, intellectuels ou industriels de la santé, journalistes et gens des médias – communient dans la même irresponsabilité coupable qui consiste à refuser de voir la vérité en face, et à s'enfermer dans des solutions sans espoir.

Comptes d'épargne-santé

Que faire ? Y a-t-il une réponse libérale ? Jean-Luc Migué propose une solution qui consiste à libérer complètement l'offre de soins de santé et d'assurance médicale (suppression du monopole de la sécurité sociale), tout en l'accompagnant par la création d'un mécanisme d'épargne-santé, lui-même épaulé par l'institution d'un dispositif de crédit d'impôt.

Brièvement résumé, le système serait le suivant. Chaque personne – individuellement, ou du fait des choix proposés par son entreprise – retrouverait la liberté de refuser de cotiser au système national d'assurance maladie. La capacité de sélectionner librement son assureur – privé, mutualiste ou public, français ou étranger – serait rétablie. Cependant un mécanisme serait introduit pour inciter les compagnies d'assurances à offrir des contrats comportant une clause de franchise relativement importante (de l'ordre de

2000 euros par an)⁴. Les assurés seraient ainsi contraints de financer par eux-mêmes leurs petites dépenses de soins médicaux et de médicaments, tout en restant certains de voir leurs grosses dépenses (accidents, opérations chirurgicales, longues maladies) prises en charge par leur assureur. Toutefois, pour effectuer ces règlements, chacun serait autorisé à ouvrir auprès de sa banque un « compte d'épargne santé », abondé par des versements effectués en franchise d'impôt sur le revenu, et provenant soit de la personne elle-même, soit de son entreprise, voire d'aides publiques individuelles⁵.

Techniquement, le dispositif reposerait sur l'institution d'un crédit d'impôt personnel, assis sur l'ensemble des revenus versés au compte d'épargne santé au cours de l'année écoulée. Cet argent ne pourra être utilisé que pour régler l'achat d'une assurance, ou des dépenses de soins médicaux et de médicaments, à l'exclusion de tout autre achat. Si les retraits sont moindres que les apports, les sommes ainsi accumulées pourront, en fin de vie active, être reversées dans un compte d'épargne retraite. Certes, c'est à l'individu qu'il conviendra désormais d'assurer lui-même le financement de ses petits bobos, ou de ces petites maladies qui font inévitablement partie de la vie (les rhumes, les angines). Mais ce fardeau financier supplémentaire restera relativement limité (en moyenne autour de 300€ par ménage et par an). Ce sera le prix à payer pour bénéficier d'un régime d'assurance « catastrophe » dont on soit sûr qu'il soit fiable et soutenable à long terme.

⁴ Ce mécanisme de franchise correspond à l'usage courant en matière d'assurance automobile qui fait qu'une réparation n'est prise en charge que si elle dépasse un certain montant minimum. Au-dessous de ce montant, la dépense est à la charge de l'assuré.

⁵ La franchise d'impôt se justifie par la nécessité de ne rien changer à la situation relative de l'usager. Dans le système de sécurité sociale publique, les dépenses de santé sont réglées par chaque ménage grâce à un « revenu » supplémentaire qui n'est pas imposé (ce « revenu » est égal à la somme des remboursements dont il bénéficie au cours de l'année). Si l'on passe à un régime d'assurances privées, les mêmes dépenses seront réglées par le même ménage grâce à des ressources personnelles qui, elles, auront à acquitter l'impôt. La même visite chez le médecin, le même médicament coûteront plus chers. Au total, les mêmes prestations de santé seront produites pour un coût global égal au supplément d'impôts perçus. Le niveau de la pression fiscale aura subrepticement augmenté d'autant. C'est cela que le mécanisme du compte d'épargne défiscalisée permet d'éviter.

Casser l'engrenage

Ce système est déjà expérimenté dans un certain nombre d'entreprises américaines. C'est celui que le Président Bush propose de généraliser à toute la population dans le cadre de son projet pour mettre en place une « ownership society » (« société de propriété »).

Il n'est pas intégralement libéral. En toute rigueur, ce n'est pas aux pouvoirs publics de déterminer, à la place des entreprises, ce que devrait être la franchise « optimale » incluse dans les contrats d'assurance. Tout contrat d'assurance est le produit d'un arbitrage entre de nombreuses caractéristiques combinées dans des proportions variables : étendue de la couverture, clauses d'exemptions, obligations de précaution, niveau de la franchise, prime à payer. Lorsque le marché est libre, la concurrence conduit à une diversification de l'offre de produits en fonction de la variété des préférences de la clientèle identifiée. Certains préféreront payer moins et subir l'inconvénient d'une franchise de base plus élevée. D'autres choisiront au contraire de payer plus en échange d'une franchise plus basse. Conditionner l'octroi du crédit d'impôt à l'acceptation d'une franchise minimale relativement élevée s'avère être une intervention publique et n'est, finalement, pas moins arbitraire que n'importe quelle autre forme d'interférence réglementaire.

Cette intervention minimale trouve cependant sa justification dans la nécessité de casser l'engrenage d'irresponsabilité financière liée au phénomène d'aléa moral, bien connu dans la théorie de l'assurance. Il ne suffit pas de privatiser l'assurance, ni même d'y introduire une forte dose de concurrence, pour préserver le système de santé de la faillite annoncée. En effet, si le secteur privé continue d'offrir uniquement des contrats à faible niveau de franchise, la même cause – la quasi-gratuité – produira les mêmes effets pervers que ceux rencontrés aujourd'hui : une consommation débridée, rendant insoutenable tout système d'assurance maladie, qu'il soit privé ou public. Ce ne sont plus les caisses de l'Etat qui se trouveront régulièrement menacées de faillite, mais celles des entreprises – à leur tour contraintes de rationner l'offre, et donc d'intervenir directement dans la production de soins, de façon à y développer leurs propres techniques de gestion administrée (comme c'est le cas pour les chaînes américaines de HMOs, pour lesquelles on constate, depuis une dizaine

d'années, un phénomène identique de dégradation de la qualité des prestations fournies)⁶.

Dans ce contexte, il n'est donc pas interdit de penser qu'un petit coup de pouce réglementaire, sous la forme d'une contrainte de franchise minimale puisse ne pas être inutile pour changer d'emblée des comportements qui sont désormais ancrés dans les mœurs⁷.

Réfutations

Il reste cependant encore à disposer des nombreuses objections traditionnellement opposées par la pensée unique et le politiquement correct à l'encontre de toute solution de caractère libéral. La liste des arguments sollicités est particulièrement longue. Elle a donné naissance à une doctrine

⁶ Ceci n'est pas incompatible avec ce qui a été dit plus haut à propos de la plus grande efficacité du système de santé américain, en raison du caractère privé et concurrentiel des systèmes de gestion administrée de la santé pratiqués outre-Atlantique. Ce n'est qu'une question de position relative.

⁷ Une autre contrainte réglementaire minimale inévitable est l'obligation de s'assurer individuellement contre la maladie (comme l'assurance automobile obligatoire). Aux Etats-Unis, la pratique des plans d'épargne santé s'est développée dans le cadre des choix d'assurance offerts par les entreprises à leurs salariés. Mais cette technique a un inconvénient : la durée du contrat d'assurance est liée à la durée du contrat d'embauche. Le salarié est contraint de renégocier un nouveau contrat d'assurance à chaque fois qu'il change d'emploi, alors que ce qu'il faudrait encourager est l'offre par les assureurs de contrats de très longue durée, voire de durée indéfinie (pour éviter les phénomènes de « sélection adverse » à chaque renégociation). C'est pour cela ce que l'intention du gouvernement Bush est de généraliser la formule des plans d'épargne santé « individuels », au détriment des formules collectives.

Mieux vaudrait donc opter d'emblée pour un système individualisé de comptes d'épargne santé. – qui aurait par ailleurs l'avantage de régler le problème de l'aide aux plus démunis (par l'abondement direct de leur compte, plutôt que par l'offre d'une assurance gratuite).

Dans un marché véritablement libre (qui, en particulier , ne soit pas faussé par la présence d'une offre publique d'assurances subventionnées) le jeu de la concurrence devrait normalement conduire les entreprises d'assurance à concevoir, au niveau de leur industrie, des mécanismes professionnels qui feraient que lorsqu'on s'assure pour la première fois, on s'assurerait en fait pour la durée de la vie, sans pour autant perdre la possibilité de changer d'assureur, et tout en étant protégé du risque de se trouver contraint de renégocier les clauses de son contrat.

économique bien rôdée : la théorie dite des « défaillances » du marché. Les experts de la santé ne manquent jamais d'excuses pour justifier leur refus de prendre au sérieux les propositions libérales.

L'étude de Jean-Luc Migué reprend un à un l'ensemble de ces arguments, et consacre de longs paragraphes à leur réfutation : La santé n'est pas un bien comme les autres ! La présence de l'aléa moral rend impossible tout système d'assurances libres et concurrentielles ! En matière de santé, le prix ne peut-être qu'un élément de décision secondaire !... Le professeur canadien apporte une mine de réponses spécifiques, appuyées sur une excellente connaissance de la littérature théorique et empirique qui, au plan international, traite des problèmes d'économie de la santé.

Toutes ces critiques ont en commun qu'elles découlent d'une approche statique et irréaliste de l'équilibre économique. Sa caractéristique, à l'opposé de la pensée libérale, est de traiter l'innovation humaine comme un événement externe, un pur fait de l'esprit détaché de toute référence à la dynamique des structures institutionnelles qui, dans le monde réel, conditionnent les incitations et les motivations⁸.

Jean-Luc Migué en profite pour régler leur compte à nombre de préjugés qui contribuent au blocage des idées et des attitudes. Par exemple, s'agissant du médicament, il rappelle que, dans un environnement de progrès et d'innovation très rapides, la volonté d'imposer l'usage préférentiel des génériques ne peut en réalité créer que des économies illusoires. Il révèle aussi qu'on ne peut rien comprendre à l'économie internationale du médicament – un sujet particulièrement d'actualité à l'OMC – si l'on ne tient pas compte de l'ensemble de la chaîne d'effets pervers provoqués, à travers le monde, par la loi de 1987 sur l'interdiction faite aux laboratoires américains de réimporter aux Etats-Unis les spécialités fabriquées à l'étranger. Une fois de plus, ne serait-ce pas plutôt les interférences des Etats avec le libre fonctionnement des marchés dont il faudrait instruire le procès, et non les multinationales du médicament ? Se fondant sur une analyse fine des statistiques, il démontre enfin que le scandale des non assurés américains – si souvent agité comme épouvantail pour détourner les foules de toute réforme d'inspiration libérale –

⁸ Sur cette importante question, voir en particulier les remarques présentées par Pascal Salin et Henri Lepage dans leur préface à l'étude du Professeur Migué.

est très loin de concerner les chiffres couramment colportés par la presse de l'hexagone.

Tout l'argent du monde...

Au total, Jean-Luc Migué résume ainsi sa perplexité devant le système de santé français. « Voilà un système qui offre l'accès universel et presque gratuit à des soins d'importance relativement mineure – comme les visites chez le médecin – mais qui, en imposant de façon autoritaire des limites à la capacité du système, circonscrit souvent l'accès aux services les plus vitaux, aux technologies de diagnostic et de traitement les plus avancées, ou encore aux médicaments les plus innovants. Ne serait-ce pas plutôt le partage inverse qui devrait s'imposer ? Quel individu rationnel, responsable de son bien être, opérerait en toute conscience pour un tel régime ? ».

Selon le professeur Migué, si tant de citoyens français se refusent toujours à regarder la vérité en face, c'est parce que le système poursuit en réalité d'autres finalités que celle de soigner et de guérir les malades. La Sécurité sociale est en effet devenue un gigantesque mécanisme de redistribution de rentes au profit d'intérêts puissamment structurés et implantés au cœur de la vie politique française.

C'est un message simple et direct que ce livre envoie aux français : même avec tout l'argent du monde, la situation ne pourra qu'aller de mal en pis. La manière dont nous serons soignés demain ne dépend pas d'illusoires solutions budgétaires ou managériales improvisées dans l'urgence, mais d'une reconception globale de la manière d'appréhender l'économie de la santé dans une société moderne.

Certaines de ses affirmations, certains de ses passages seront sans doute âprement discutés. L'Institut Turgot en est parfaitement conscient. Mais là n'est pas l'important. L'essentiel est de faire bouger les esprits. De leur faire prendre conscience de la nature de l'impasse dans laquelle plus d'un demi siècle de socialisme de la santé a précipité le pays. Nous pensons que ce livre répond parfaitement à cette mission. Notre espoir est qu'il suscite un mouvement d'intérêt susceptible de nous aider à prolonger la réflexion, par la réalisation et la publication d'autres travaux approfondissant certaines des thèses qui y sont développées.

Préface

Par Pascal Salin

*Professeur à l'Université Paris Dauphine, Ancien Président de la Société du Mont-Pèlerin
Président du Conseil scientifique de l'Institut Turgot*

et Henri Lepage

Economiste

Vice-président du Conseil scientifique de l'Institut Turgot

Les économistes ne sont pas les seuls à le savoir : le monopole est toujours mauvais, la planification centralisée ne marche pas, le contrôle des prix est destructeur, la gratuité des biens et services conduit au gaspillage. Et pourtant peu nombreux sont ceux qui critiquent le système de santé français, bien qu'il soit de type monopolistique, qu'il constitue largement un système de planification centralisée, que le contrôle des prix, aussi bien des médicaments que des services médicaux, y est fréquemment pratiqué et que le véritable coût des biens et services est presque totalement ignoré des bénéficiaires. La raison en est sans doute que tous ceux qui se plaignent de ce système de santé lorsqu'ils lui sont confrontés concrètement ont du mal à rattacher les maux observés à ces causes et ils pensent simplement – comme d'ailleurs la plupart du personnel politique – qu'il suffirait d'une "volonté politique" pour améliorer la gestion du système et donc guérir tous ses maux. En réalité c'est la conception même de ce système, sa véritable nature qui expliquent tous les dysfonctionnements et qui l'empêchent d'être ce qu'il devrait et pourrait être, à savoir un promoteur de progrès médical au service des patients et dans le respect des droits légitimes des fournisseurs de soins.

S'il est incontestable que le caractère monopolistique d'un système, que la planification centralisée, le contrôle des prix et la gratuité apparente sont nécessairement et très généralement nuisibles, ceci est particulièrement regrettable lorsque ces caractéristiques touchent des activités essentielles pour la vie des êtres humains. Tel est le cas des services de santé. Mais assez curieusement, on tord facilement le cou à la logique dans ce domaine, puisqu'on prétend généralement que "la santé n'étant pas un bien comme les autres", ce qui est mauvais pour les activités appelées avec quelque mépris les "activités marchandes" serait bon dans le domaine de la santé. Cela n'est évidemment pas possible et c'est ce que démontre avec rigueur Jean-Luc

Migré dans le présent ouvrage. Grâce à une analyse économique précise du système actuel, il démontre pourquoi toutes les idées dominantes dans ce domaine sont erronées. Il n'est pas question d'en présenter ici une liste exhaustive, mais il est possible de souligner en particulier quatre des axes importants de cette étude.

1-La remise en cause de la mythologie traditionnelle concernant le système de santé français:

Celui-ci est généralement présenté comme une synthèse réussie entre un système public et un système de concurrence entre producteurs privés. Il symboliserait la réussite d'une "troisième voie" rendue possible par la cogestion, c'est-à-dire la coopération entre les "partenaires sociaux" (employeurs et salariés) et l'Etat. En réalité ce système est profondément étatisé, comme beaucoup d'autres systèmes de santé, qu'il s'agisse de son financement, de son fonctionnement ou de son évaluation. C'est le centre de décision public et centralisé qui décide de l'affectation de ressources prélevées de manière obligatoire à des bénéficiaires auxquels on fait croire que les soins médicaux sont gratuits ou quasiment gratuits.

Imaginons, à titre de comparaison, que le logement soit lui aussi gratuit. Cela signifierait en réalité qu'il ferait l'objet d'une offre étatique et que son financement serait obtenu par l'impôt, c'est-à-dire qu'il n'existerait aucun lien entre le montant payé par chacun et le service qu'il recevrait d'une manière prétendument gratuite. La demande serait évidemment illimitée et il faudrait mettre en place des procédures – nécessairement arbitraires – pour rationner la demande. La situation n'est pas fondamentalement différente si l'offre – qu'elle soit assurée par un secteur public (HLM) ou par un secteur privé – est non pas fournie à titre gratuit, mais est soumise à un contrôle des prix, sous prétexte de rendre les logements plus accessibles aux locataires : l'offre serait alors insuffisante (on l'a vu avec le contrôle des loyers qui a provoqué des destructions pires que la guerre ne peut généralement le faire) et l'on construirait moins de logements. Devant cette pénurie de logements, le gouvernement mettrait alors probablement en place un système centralisé d'affectation des logements : il en résulterait des gaspillages, des passe-droits, de la corruption et une insatisfaction généralisée; et le gaspillage conduisant à une mauvaise allocation des ressources, il y aurait aggravation de la pénurie.

Il suffit pour s'en convaincre de se souvenir de l'image donnée par les pays de l'Est peu après la chute du mur de Berlin : villes dévastées, pénuries, laideur... Tout cela était visible. Et la reconstruction est également visible. En effet, quand on visite ces mêmes villes quelques années plus tard, on est tenté de crier au miracle : comment de telles transformations ont-elles été possibles aussi rapidement ? Tout simplement parce que l'homme est capable de faire des merveilles, pourvu qu'on le laisse libre d'agir. Supprimons les monopoles publics, les contrôles de prix, la planification centralisée, la pseudo gratuité et nous voyons surgir l'imagination, exploser la création.

Il en est de même pour la santé. Mais le délabrement des corps – et même des esprits – est moins visible et c'est peut-être ce qui permet d'expliquer qu'on s'accroche encore en France aux vieux mythes destructeurs : la santé pour tous, mais au prix de la destruction de la qualité des soins.

C'est tout cela que démontre avec talent Jean-Luc Migué et pour ce faire il répond, de manière précise et exhaustive à tous les arguments de ceux qui désirent conserver le système en place, en acceptant éventuellement quelques replâtrages marginaux, comme cela est le cas des multiples plans de réforme et de redressement de la Sécurité sociale qui se sont succédé en France, sans aucun espoir de guérison durable. Car s'il est un grand malade, c'est la Sécurité Sociale elle-même. Elle est au bord de l'agonie, mais on la maintient en survie artificiellement, en employant toutes sortes de gadgets.

2-II résulte du caractère public et centralisé du système de santé français que toutes les réformes envisagées ou mises en œuvre jusqu'à présent – par exemple sous prétexte de supprimer des gaspillages – sont vouées à l'échec.

Elles ne sont pas sans rappeler les réformes effectuées dans l'ancienne URSS au moment de la perestroïka pour essayer d'améliorer le système sans le mettre radicalement en cause. En effet, les prix ne jouant pas leur rôle normal dans le système de santé – comme dans le système soviétique - ils ne peuvent pas permettre de révéler les préférences de ceux qui sont concernés (patients, médecins et hôpitaux, assureurs). C'est alors la bureaucratie qui détermine les choix, de manière forcément arbitraire. En conséquence, on cherche seulement à améliorer les techniques de gestion, au lieu de chercher à connaître les véritables préférences des intéressés.

Or, si l'on cherche seulement à modifier les méthodes de la planification, sans toucher aux processus d'acquisition des informations (sur les véritables besoins des assurés), on risque tout simplement de rendre le système incohérent et de le faire exploser (comme cela a été le cas avec l'Union soviétique). C'est peut-être ce qui est en train de se passer en France avec le système planifié de Sécurité sociale : on ne peut pas le corriger sans mettre à jour ses contradictions.

3- Comment peut-on alors expliquer l'existence d'un tel système ?

La réponse se trouve dans l'analyse des marchés politiques. Conformément à la "théorie de l'électeur médian", dans un système démocratique, fondé sur la loi de la majorité, les hommes politiques cherchent essentiellement à satisfaire les électeurs qui risquent de faire "pencher la balance" d'un côté ou d'un autre. Jean-Luc Migué montre comment l'idéologie égalitariste est conforme à cette inspiration. Or, cette idéologie ne peut pas constituer un fondement cohérent pour le bon fonctionnement d'un système de santé. C'est aussi pour cette raison – le fonctionnement du marché politique – que le système de santé français privilégie les dépenses de salaires par rapport aux dépenses d'équipement, la préoccupation de l'emploi l'emportant sur celle de la santé elle-même.

4- Que faudrait-il alors faire pour rendre le système cohérent, c'est-à-dire compatible avec les véritables besoins de ceux qui sont concernés ?

La réponse s'exprime simplement : il faut introduire partout la concurrence. Celle-ci incite en effet les producteurs de services de santé et les producteurs de services d'assurance à se rapprocher le plus possible des besoins des consommateurs.

Cependant, le retour à un système concurrentiel n'est pas aisé lorsqu'on part d'un système largement monopolistique. Une telle réforme se heurte en particulier à l'opposition des détenteurs d'avantages acquis (ou supposés tels) et à la force des tabous concernant la santé.

Pour y arriver, Jean-Luc Migué propose donc un mécanisme de "compte d'épargne santé" dont on trouvera la description dans le présent ouvrage.

Dans ce système, chaque individu est autorisé à ouvrir à sa banque un compte spécial, abondé par des dépôts faits chaque mois en franchise d'impôt, et servant exclusivement à régler des dépenses de santé, en contrepartie de son acceptation d'être couvert par un contrat d'assurance maladie comprenant une franchise élevée (de l'ordre de 2000 euros). Cette franchise signifie que les remboursements de l'assurance ne commencent à fonctionner qu'au delà de ce montant annuel; que c'est l'assuré lui-même, au besoin en utilisant les disponibilités stockées dans son compte spécial, qui est responsable de la prise en charge de ses frais de santé, tant que leur total annuel reste inférieur au seuil de la franchise; mais que les grosses dépenses - par exemple une opération, ou tout simplement un traitement, même simple, mais long et coûteux - restent assurées par la couverture collective. On incite ainsi les assurés à se prendre en charge jusqu'à une certaine limite, c'est-à-dire à redevenir responsables dans leurs choix de santé. Et l'assurance retrouve sa place normale, à savoir de compenser un assuré non pas pour toute dépense assumée, aussi petite soit-elle, mais uniquement pour un risque important. Enfin, si un compte épargne santé s'avère être excédentaire, son montant peut servir, par exemple, à financer l'épargne retraite.

En-dehors des grandes lignes que nous venons d'évoquer, on trouvera dans le texte de Jean-Luc Migué une multitude de remarques pertinentes sur les méfaits du système actuel et sur les bienfaits que l'on pourrait attendre d'une réforme de ce système, en particulier par l'instauration d'un compte épargne santé. Il n'est évidemment pas question de reprendre en détail, dans la présente préface, toutes les remarques et propositions pertinentes de Jean-Luc Migué, mais nous voudrions insister sur certaines questions qui nous semblent particulièrement importantes.

Tout d'abord, il est essentiel de comprendre que le système actuel aboutit à une double destruction de richesses par le fait qu'il y a déconnexion totale entre le financement et les dépenses. Dans la mesure où les cotisations sont proportionnelles au revenu, elles incitent les individus à limiter leur effort de travail, d'innovation, d'épargne puisque le rendement de toute activité, de toute création de richesses est amputé d'autant. Par ailleurs, dans la mesure où chacun reçoit les mêmes services de santé, quel que soit l'effort financier qui lui est demandé, il est incité à les consommer sans limites, mais il n'est pas incité à faire plus d'efforts pour financer l'achat de services de santé supplémentaires - et notamment de soins préventifs qui permettraient de réduire ses dépenses futures. Le système actuel punit donc l'effort et

encourage l'inertie. Il est dans une large mesure responsable de la faible croissance et du chômage français.

Imaginons par contraste un monde où la "sécurité sociale" n'existerait pas, c'est-à-dire un monde où les cotisations d'assurances ne seraient pas proportionnelles au revenu, mais au niveau de risque que l'on souhaiterait couvrir. Il y aurait liberté de choix, innovation et incitation à l'effort puisque aucun gain supplémentaire ne serait amputé. Contrairement à ce qui se passe actuellement – à savoir que l'on n'est pas incité à travailler plus – on serait incité à travailler plus non seulement pour payer une meilleure assurance, mais aussi pour s'offrir d'autres biens que l'on renonce à obtenir actuellement du fait du prélèvement qui frappe toute création de revenu (comme par exemple des activités individuelles ou collectives de sport et de plein air, ou encore des soins du corps, qui, nous dit-on, "entretiennent la santé").. .

Dans le système actuel tout euro prélevé de manière obligatoire entraîne une double destruction de richesses par suite de la destruction des incitations à produire. Le système n'est donc pas seulement autodestructeur, mais destructeur de tout le fonctionnement de la société. Le paritarisme souvent célébré dans le système de santé français ne permet en rien de surmonter le problème de la double destruction de richesses : les sommes en cause n'appartiennent pas aux syndicats chargés de gérer le système, elles ne leur servent pas directement. Elles devraient rester entre les mains des cotisants et le pouvoir de décider devrait donc leur revenir. Il serait normal qu'ils aient le droit élémentaire de choisir tel ou tel type d'assurance en fonction du coût respectif des différentes formules d'assurance. Il est en effet erroné de parler de "la santé" comme s'il s'agissait d'un bien homogène et bien spécifié, alors qu'il existe potentiellement une infinité de choix de santé (qui constituent d'ailleurs parfois des choix de confort personnel).

Bien entendu, pour éviter de rendre le pouvoir de décision à ceux qui sont concernés on a toujours recours à l'argument de la justice sociale. Mais cet argument est en fait l'instrument par lequel les hommes de l'Etat obtiennent et conservent le pouvoir. Comme le dit Jean-Luc Migué, "bâtir un régime pour répondre essentiellement aux particularités de 5 à 10% de la population qui ne bénéficieraient pas de moyens suffisants est une recette infallible pour frustrer les besoins de tous"); ou encore : «Le financement public généralisé n'a (donc) a priori rien à voir avec le problème de garantir l'accès aux soins des ménages les plus modestes. Si telle était la véritable finalité de la logique politique, il

suffirait d'utiliser l'argent prévu à cette fin pour apporter une aide publique directe au revenu des plus démunis qui leur permettrait de se procurer les assurances nécessaires sur le marché concurrentiel".

Dans un système de concurrence généralisée on découvrirait des manières plus efficaces de soigner. Comme pour toute autre activité, les nouvelles techniques, les nouveaux produits, les nouvelles pratiques seraient d'abord expérimentés par une minorité (peut-être les plus riches, mais pas nécessairement). En refusant une santé à deux vitesses (qui serait en réalité une santé à un nombre infini de vitesses), l'égalitarisme condamne tout le monde à la médiocrité et à la stagnation. Pourtant l'évocation d'un système à deux vitesses constitue l'argument massue que l'on n'ose pas contester et qui permet donc de clore définitivement toute discussion sur la réforme du système existant. Mais il faut pourtant souhaiter un système à mille vitesses et à un million de vitesses, c'est-à-dire un système qui s'adapte aux besoins spécifiques de chacun. Prenons en effet le cas d'une technique médicale nouvelle ou d'un médicament nouveau prometteur. Ils ne peuvent pas être disponibles immédiatement pour tout le monde (par exemple le scanner). Il faut donc nécessairement rationner (c'est la médecine à plusieurs vitesses...). Comment va se faire le rationnement ? Directement par celui qui est le plus prêt à sacrifier de l'argent pour cela, à permettre ainsi l'expérimentation pour les autres, à supporter le risque de l'innovation ? Ou par un processus bureaucratique fait de privilèges et d'irresponsabilité ? C'est ainsi qu'en refusant une prétendue médecine à deux vitesses et en centralisant les décisions sous prétexte d'égalité, la France a été successivement l'un des pays les plus retardataires dans les équipements de scanners, puis d'appareils d'IRM, à tel point que le slogan de la Sécurité Sociale pourrait être : "l'égalité de principe, mais au prix de la médiocrité et de l'inégalité réelle". En effet, lorsqu'il y a une pénurie profonde, il faut bien répartir cette pénurie. L'accès aux soins devient une loterie ou le résultat d'un système complexe et opaque de passe-droits et de combines, c'est-à-dire ce qu'il y a de plus arbitraire dans l'inégalité.

Il faut faire des choix parce que tout ne peut pas être fait immédiatement pour tout le monde avec des techniques idéales. Le problème n'est donc pas d'offrir une santé parfaite à tous, mais de savoir si les choix nécessaires sont faits par ceux qui sont concernés (ceux qui, en définitive, paient les soins et qui bénéficient des soins de santé) ou par ceux qui monopolisent par la contrainte les ressources et les décisions.

La baisse des taux de remboursement est bien la preuve que tout n'est pas possible, mais le gouvernement décide dans l'ignorance des véritables préférences de ceux qui sont concernés : certains préféreraient sans doute être mieux remboursés pour courir moins de risques et payer des cotisations plus élevées. D'autres préféreraient au contraire payer des cotisations moins lourdes et supporter eux-mêmes le risque d'être moins bien remboursés.

Pour sortir de ces contradictions et pour améliorer le fonctionnement du système de santé, Jean-Luc Migué propose donc – ainsi que nous l'avons déjà souligné – la formule de la franchise universelle, liée à un système d'épargne santé. Elle pourrait, elle devrait être utilisée dans le cadre même du monopole actuel de la Sécurité Sociale, car elle permettrait d'atténuer la contrainte de financement et elle introduirait une part de responsabilisation dans le système. Certes la formule est coûteuse. Elle entraînerait un manque à gagner important pour le Trésor Public (le montant du privilège fiscal accordé aux "comptes d'épargne santé"). Mais elle permettrait aussi aux pouvoirs publics de faire des économies encore plus importantes dans la mesure où, comme le révèle Jean Luc Migué, il est démontré qu'une telle responsabilisation aurait pour effet d'entraîner une réduction considérable des consommations médicales superflues.

Cela dit, il n'est évidemment pas sans intérêt de se demander ce qui pourrait se passer si on acceptait d'aller plus loin dans la réforme, c'est-à-dire plus précisément si on arrivait à un régime de véritable concurrence. Nous ne pouvons évidemment pas le savoir avant d'avoir expérimenté. Précisément, l'un des grands mérites de la concurrence tient au fait qu'elle incite non seulement à l'innovation technologique, mais aussi à l'innovation institutionnelle. Il est alors fort probable que l'on verrait apparaître un grand nombre de systèmes de cotisations/remboursements, parmi lesquels l'adoption d'une franchise universelle (plus ou moins importante) pourrait éventuellement être choisie par un nombre plus ou moins grand d'assurés. Grâce à la concurrence, les besoins des demandeurs d'assurance et ceux des offreurs s'adaptent les uns aux autres. Bien entendu, la diversification ne peut pas être extrême car elle serait trop coûteuse : trop coûteuse pour les demandeurs, par exemple en termes de coûts d'information et de négociation avec les compagnies d'assurance; trop coûteuse pour les compagnies d'assurance qui devraient proposer des contrats sur mesure à chaque assuré au lieu de contrats standard reposant sur des lois statistiques. À la limite, d'ailleurs, cette extrême diversification serait la négation même de l'assurance

qui consiste à mutualiser les risques et non à les individualiser. C'est pourquoi il est fort probable que, dans un système de concurrence, on n'aurait pas un nombre illimité de types de contrats d'assurance-maladie, mais on n'aurait probablement pas non plus un modèle unique, comme cela est le cas actuellement⁹. Seule la concurrence permet de révéler quel est le degré optimal de diversification institutionnelle, c'est-à-dire celui qui répond au mieux aux besoins des uns et des autres.

La logique du compte d'épargne santé est en fait la même que celle de l'assurance-chômage. Il y a en effet dans la vie des circonstances, plus ou moins imprévisibles, au cours desquelles un individu ne reçoit pas les revenus qu'il espérait – il se trouve au chômage par suite d'événements qui dépendent plus ou moins de sa volonté – et des circonstances au cours desquelles ses dépenses sont plus importantes qu'il ne l'avait anticipé, par exemple par suite de difficultés de santé. Comment répondre à ces risques de la vie ? Il existe pour cela deux grandes catégories de moyens :

- On peut essayer de "lisser" au niveau individuel à la fois les revenus et les dépenses en transportant du pouvoir d'achat dans le temps. Ainsi, en accumulant de l'épargne un individu peut faire face au risque d'être confronté à des périodes de chômage (plus ou moins volontaire) comme au risque d'avoir à financer des dépenses de santé qu'il considère comme indispensables. Mais dans cette optique il est également possible d'emprunter au cours de ces périodes, quitte à rembourser ultérieurement, le lissage dans le temps se faisant donc a posteriori et non pas a priori. Bien entendu, si les individus sont totalement responsables de ces activités de "lissage" dans le temps, ils combineront probablement les deux possibilités, en épargnant jusqu'à un certain point, compte tenu de leur appréciation du niveau des risques éventuels et en envisageant de recourir à l'emprunt, compte tenu de leur capacité probable d'endettement. Il est par ailleurs évident que tous les individus n'ont pas la même attitude par rapport aux risques et donc pas les mêmes choix temporels.
- On peut mutualiser les risques, c'est-à-dire recourir à l'assurance. Lorsqu'on choisit librement de s'assurer, on accepte de payer une

⁹ Actuellement les assurés sont obligatoirement couverts contre le "risque" d'avoir à payer un médicament d'un euro, mais pas contre le risque que leurs enfants se trouvent privés de leurs parents !

cotisation correspondant au risque moyen encouru par ceux qui participent au même système, en contrepartie de l'assurance d'être compensé – en tout ou en partie – pour le coût des risques dont on pourrait être victime.

Il est clair que les individus peuvent combiner dans des proportions très différentes le recours au "lissage" individuel et le recours à l'assurance collective, compte tenu de la nature des risques et des attitudes individuelles de chacun à l'égard des risques. Et l'on vient de voir qu'à l'intérieur de chacune de ces catégories – "lissage" et assurance – on peut faire des choix variés (épargne ou emprunt, assurance totale ou partielle, etc.). Il semble a priori évident que la couverture individuelle des risques serait préférable pour les "petits" risques, alors que le recours à l'assurance devrait être réservé à la couverture des "gros risques" (c'est-à-dire aussi bien une opération très coûteuse qu'un très grand nombre de médicaments dont le coût total au cours d'une année est très élevé).

Par rapport à ce qui serait possible et souhaitable dans un système de libre choix, le système de la "Sécurité Sociale" représente un terrible rétrécissement de l'espace des choix et donc de la possibilité pour les individus de satisfaire au mieux leurs besoins de sécurité.

Un système de franchise et de compte épargne est compatible avec n'importe quel système de production de soins, public ou privé, à but lucratif ou non. La couverture des besoins des moins fortunés peut se faire par une allocation ("voucher"), mais "même les plus pauvres seraient incités à faire un usage rationnel de leurs ressources. Là où elle est appliquée (par exemple au Canada), c'est dans les couches de population les moins fortunées que la formule est la plus populaire".

Pascal Salin et Henri Lepage

1. Perspective historique sur l'industrie de la santé

L'appareil de la Sécurité Sociale a été mis en place en 1945 en se fondant sur des hypothèses simplistes quant à l'évolution de la conjoncture démographique et sociale. La plupart des prévisions qui ont servi de postulat à l'avènement de ce système de santé se sont en effet avérées beaucoup trop optimistes. Alors que l'on pariait sur un taux de natalité élevé, une lente progression de l'espérance de vie, un fort taux de croissance économique et une poussée ininterrompue des salaires, aucune de ces prévisions ne s'est finalement réalisée. Le taux de natalité a baissé précipitamment, l'espérance de vie a progressé rapidement, la croissance de l'économie est finalement restée assez médiocre (globalement) et la progression des salaires fut également inférieure aux prévisions.

La conséquence de cette accumulation d'erreurs prévisionnelles est aujourd'hui clairement visible. A l'aube du XXI^e siècle, une main d'œuvre inférieure aux prévisions est désormais condamnée à subvenir aux besoins d'une population de plus en plus âgée et très largement consommatrice de soins de santé.

1.1 Affrontement des générations

On a aujourd'hui raison de craindre qu'une fracture générationnelle finisse par se creuser durablement au point de menacer sérieusement les régimes publics de santé. Ce phénomène est particulièrement tangible en Europe où le vieillissement de la population est déjà très nettement amorcé.

Dans les 15 pays de l'Union Européenne, la population en âge de travailler amorcera un déclin absolu après 2010. La baisse consécutive du taux de croissance du PIB par tête suivra vers 2040. La proportion des 65 ans et plus par rapport aux 15-64 ans doublera, passant d'un ratio de un à quatre aujourd'hui à un ratio de un à deux vers 2050. Selon les estimations de la Commission Européenne, les dépenses de santé et de retraite absorberont un pourcentage du PIB de 5 à 8 points supérieur aux chiffres actuels à l'horizon 2040.

A court terme, l'arbitrage douloureux entre la remise en cause des engagements passés en matière de retraites et de soins et l'alourdissement du fardeau fiscal pesant sur la jeune génération s'avère dès lors inéluctable. Toute entreprise d'analyse objective de la situation pousse ainsi à rejoindre l'opinion de l'économiste américain Robert Fogel¹⁰ pour qui le spectre qui guette les pays de l'OCDE n'est plus la guerre des classes mais bien l'affrontement des générations.

Avec le modèle français, cette terrible prédiction ne peut que se confirmer un jour ou l'autre puisqu'il incombe aux jeunes, sans jamais tenir aucun compte de la réalité de leurs propres risques, d'assurer le financement de la sécurité sociale d'une population toujours plus importante de moins jeunes. Un tel système, qui est fondé sur l'activité professionnelle et non sur un véritable principe d'assurance, est donc fatalement porteur de conflits entre les générations.

Le poids du régime public demeurerait supportable tant que le gros de la population était jeune, en bonne santé et que les soins se limitaient, pour faire simple, à de l'aspirine et des antibiotiques. Aujourd'hui, la situation démographique est très différente et l'avènement de techniques de pointe comme les chirurgies de transplantation, la mise au point et la commercialisation de médicaments puissants ainsi que les programmes de lutte contre le vieillissement accentuent très nettement cette tendance. L'assurance tous azimuts devient véritablement insoutenable.

1.2 Révolution de la technologie et des modes de vie

L'évolution technologique et physiologique au cours du dernier siècle a permis de quintupler la durée de la retraite et de multiplier par sept le nombre des retraités. Le temps de loisir des gens engagés dans la main-d'œuvre a quant à lui été multiplié par cinq. Dès lors, la part de la santé dans le budget n'a pu que progresser. Ainsi, si, en 1875, 87% du budget moyen de consommation allait à l'alimentation, aux vêtements et au logement, le pourcentage est tombé à

¹⁰- Robert Fogel, « Forecasting the Demand For Health Care in OECD Nations and China », *Contemporary Economic Policy*, janvier 2003, pp. 1-10.

30% en 1995. Dans le même temps, les dépenses de santé sont passées de 2% à 23%. L'élasticité revenu¹¹ des soins de santé s'inscrit ainsi à plus de 1,6¹².

La croissance du revenu a aussi entraîné la substitution progressive du loisir au travail. Au cours du XIX^{ème} siècle, le travailleur moyen avait choisi d'affecter trois fois plus de temps au loisir entre le début et la fin du siècle. Le temps de travail annuel avait ainsi chuté de 3 100 heures à 1 700 heures par an. En 1880, il fallait travailler 1 800 heures pour gagner sa ration annuelle de nourriture. Il en faut désormais 270.

Conséquence directe de cette révolution des modes de vie, c'est moins la poussée du coût des services qui a suscité le gonflement des budgets que l'explosion de la quantité de services consommés. La santé est devenue une exigence culturelle, l'obsession de la classe moyenne. Le club de santé et la boutique de vitamines ont quasiment remplacé l'église. Il n'est même plus suffisant d'avoir une bonne santé. Désormais, il nous faut la « super santé » pour continuer à pratiquer la bicyclette, le jogging, le golf et l'alpinisme jusqu'à la fin de sa vie.

1.3 Baisse de la prévalence des maladies chroniques

Toutes les variables n'entretiennent cependant pas l'alarmisme. Ainsi, grâce à l'hygiène et aux soins médicaux, la prévalence¹³ des maladies chroniques et

¹¹ - L'élasticité est le rapport entre deux variations ; elle permet de mesurer la sensibilité d'une grandeur à la variation d'une autre, par exemple, comment réagit la consommation quand le revenu augmente (élasticité-revenu) ou bien comment réagit la demande à une variation de prix (élasticité-prix). L'expérience montre que l'amélioration de leur pouvoir d'achat conduit les individus à privilégier certaines consommations au détriment d'autres. Autrement dit, le supplément de pouvoir d'achat ne profitera pas à tous les postes de consommations de la même manière. L'élasticité revenu permet de mesurer l'impact d'une variation du revenu sur la consommation (totale ou d'un bien ou service donné).

¹² - En guise de comparaison, il est utile de rappeler que l'élasticité revenu de l'alimentation et du logement s'établit respectivement à 0,4 et à un peu moins de 1.

¹³ - On appelle prévalence (P) d'une maladie dans une population donnée le pourcentage de sujets atteints de la maladie dans cette population. Elle se calcule ainsi : nombre de personnes atteintes par une maladie/population considérée à un instant précis ou pour une période de temps précise (prévalence annuelle par exemple). (sur Internet voir <http://www.chu-rouen.fr/ssf/envir/prevalence.html>)

leur sévérité déclinent sans interruption depuis un siècle. Aux États-Unis, le taux de prévalence des maladies a même décliné à un rythme accéléré de 1% par année de 1910 à 1980. Il a chuté de près de 2% dans les années 1990. Se peut-il alors que ce progrès vienne compenser la hausse du coût des soins pour stabiliser la part du budget de santé dans le PIB ?

Malheureusement, s'il est vrai qu'aux différents âges précédant les 80 ans (après 80 ans, la prévalence des maladies chroniques est restée à peu près constante), le coût des maladies chroniques baisse, ce fardeau ne s'en alourdit pas moins avec l'âge. On observe en effet que le poids financier des soins par tête s'élève lentement pendant la cinquantaine, plus rapidement pendant la soixantaine et s'accélère encore davantage après soixante dix ans pour exploser au-delà de quatre-vingt-cinq ans.

S'il est donc vrai que la progression des maladies chroniques recule en moyenne de 5 ans au cours d'une génération depuis le début du XX^e siècle, le coût relatif des soins médicaux s'élève. Il augmente même de plus en plus rapidement dans les cinq années qui précèdent la mort. Quarante pour cent des dépenses de santé sont ainsi affectées aux personnes dans les deux dernières années de leur vie. Ces dépenses sont évaluées, en moyenne, à 14 000 euros par personne dans les six derniers mois de la vie.

Cette relation s'avère assez constante depuis de nombreuses années. On peut dès lors en déduire que la diminution de la prévalence des maladies chroniques a pour effet d'abaisser la courbe des coûts à chaque âge mais que, le vieillissement et la mort nous attendant tous ultimement, le coût de la santé s'élèvera radicalement à mesure qu'augmentera la proportion des individus qui mourront à un âge avancé.

1.4 Déficit institutionnel

Malgré ces transformations pourtant radicales, la mécanique qui préside à la prestation des soins de santé depuis l'implantation de l'État providence n'a donné lieu à aucune réelle innovation institutionnelle pour adapter les régimes publics aux nouvelles circonstances. La relation du patient à l'industrie de la santé n'a pas essentiellement évolué. L'éclairage à la chandelle a disparu, mais le mode d'accès aux services médicaux reste sensiblement le même. Le médecin ou l'hôpital nous offre un traitement et présente la facture. Nous nous empressons d'adresser celle-ci à une tierce partie – principalement publique – qui règle la note. Le consommateur n'a donc aucune idée de

l'ampleur du budget en cause et c'est même là son moindre souci. Dès lors, à défaut d'une forme quelconque de rationnement – que le décideur public n'a pas manqué d'imposer de façon autoritaire – peut-on vraiment s'étonner que ce conte de fée tire à sa fin ?

Avant l'avènement de la médecine moderne, le médecin de famille connaissait à peu près tout ce qu'il y avait à savoir en matière de médecine. À l'occasion d'une maladie, il était là pour administrer la connaissance existante qui, jusqu'à il y a un demi siècle, ne dépassait guère la pénicilline. Si le remède s'avérait impuissant, on passait à la guérison ou à la mort en conséquence d'une pathologie quelconque. L'assurance ne posait pas de complications, puisque la facture, elle même produit d'une médecine simple, n'était pas compliquée.

Les soins de santé jusqu'à il y a un demi siècle se résumaient donc aux soins humanitaires : tenir la main, offrir des prières ou dispenser quelque bromure apaisant. C'est avec la multiplication des découvertes stupéfiantes que la médecine en est venue à guérir aussi largement. L'introduction des stéroïdes et des antibiotiques, la dialyse, la radiothérapie, la chirurgie à cœur ouvert, le scanner, ont tous fait la preuve que la médecine pouvait véritablement guérir le malade et, en même temps, ouvrir la possibilité de choix aux patients.

De nos jours, il se trouve même, sur le marché, des médicaments que d'aucuns estiment ne pas relever de la médecine. C'est le cas par exemple du Rogaine pour le traitement de la calvitie ou du Viagra pour le traitement des dysfonctions érectiles.

Face à de telles mutations, il n'y a, bien entendu, rien à redire sur l'évolution des valeurs et des revenus des individus. En revanche, il est particulièrement légitime de s'émouvoir de l'irresponsabilité de la classe politique qui a perpétué l'illusion qu'une version légèrement modifiée de la formule bismarckienne conviendrait parfaitement à une société qui est maintenant capable de décoder le génome humain.

Dans un monde où il est désormais possible d'entrer dans une salle d'opération à Lyon et de se faire opérer par le meilleur chirurgien sans que celui-ci n'ait besoin de quitter son hôpital de Paris, Houston ou Tokyo, la notion de régime de santé national fermé, où l'autorité politico-bureaucratique décide de ce que le patient recevra ou ne recevra pas, tient du rêve technocratique et s'avère non seulement dépassée mais surtout totalement condamnée.

2. Un régime de santé étatiste

Depuis les années 1930, les tenants du "nouvel ordre social" font le pari de combiner l'assurance maladie et la production de soins dans une entreprise essentiellement publique. Cette fusion des tâches dans un aménagement politico bureaucratique constitue le trait distinctif du socialisme de la santé qu'on connaît aujourd'hui en France et dans la plupart des pays d'Europe.

Les caractéristiques de ce monopole public se sont depuis confirmées avec l'application généralisée du remède institutionnel qu'est l'État providence. L'État se veut le grand maître d'œuvre de la sécurité entendue au sens large et la liberté de se soigner et de prodiguer des soins s'est, dans le même temps, particulièrement rétrécie. Le régime français de soins de santé est donc essentiellement un régime étatiste, même si est entretenue la fiction juridique d'un système fondé sur une hiérarchie décentralisée d'organismes prestataires, cogérés de manière autonome et paritaire par des représentants en principe élus de la société civile (syndicats de travailleurs et représentants patronaux).

2.1 Un modèle d'assurance corporatiste

C'est avec cette arrière-pensée étatiste qu'a été créé le monopole de la Sécurité Sociale (maladie et retraite), cogérée par le patronat et les syndicats dits « représentatifs ». Avec la législation sur les accidents du travail, l'assurance maladie est donc, depuis l'origine, une institution publique.

Les organismes de sécurité sociale, empilés dans une structure complexe et placés sous la tutelle de l'État, assument toutes les grandes fonctions inhérentes à l'assurance et à la prestation des services de santé. Ils mettent en place le cadre juridique et financier, organisent le système et centralisent l'allocation des ressources. Le plan d'assurance publique qu'ils proposent n'est donc en aucun cas régi par des contrats privés liant volontairement des assurés et des assureurs.

A la différence d'un système fondé sur des polices individuelles, le modèle unique qui se construit ne cherche absolument pas à répondre aux besoins spécifiques de chaque individu. Au nom d'un principe de solidarité, la

protection est volontairement détachée des risques personnels ou de la perception que chacun se fait de ses propres risques. Il ne s'agit donc en aucun cas d'assurance, au sens propre du terme. Mais, ce faisant, et nous y reviendrons, la protection qu'offre l'Etat entretient un phénomène de déresponsabilisation des assurés et les prive de points de référence sur leur propre consommation de soins. Suivant une logique déjà très clairement identifiée par le grand auteur français Frédéric Bastiat au XIX^e siècle¹⁴, l'assurance maladie obligatoire qui se dessine au fil du temps soustrait l'assuré aux conséquences de ses actes.

Avec le système public, c'est principalement autour du travailleur et de l'employeur que l'assurance maladie s'organise. Cette dimension, qui réserve la gestion de l'assurance santé au tandem syndicats-employeurs, en fait une institution essentiellement corporatiste. Les cotisations sont prélevées obligatoirement et directement sur la feuille de paye, en même temps que les cotisations au régime de retraite et celles qui permettent de financer l'assurance chômage. S'agissant du régime général, la quote-part de l'employeur s'inscrit à environ 13% du salaire brut, celle des employés à 7%, pour un prélèvement total d'environ 19%.

Sans transformations radicales du système, ces taux pourraient doubler d'ici à 2020 selon le *Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie* ¹⁵, qui n'en proclame pas moins sa conviction que l'évolution future doit être « établie de manière concertée ».

La Sécurité sociale prétend ainsi assurer tout le monde et prélève l'essentiel des cotisations sur les activités professionnelles. Elle passe par la voie coercitive, comme c'est le cas pour tous les autres impôts et contributions. Cela signifie que les personnes non actives, mais couvertes par la Sécu, n'assument qu'une portion infime de leur assurance maladie. Les données globales le confirment : la contribution des employés s'élève à près de 20% du salaire, soit plus de 7 000 euros par année, bien que le budget national de santé par tête ne soit que de quelques 2 000 euros. Ce travers est amplifié par le taux particulièrement bas de participation de la population française à la main-d'œuvre.

¹⁴ - Frédéric Bastiat, *Oeuvres économiques*, PUF, 1983, notamment pages 196 et suivantes.

¹⁵ - *Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, Paris, 23 janvier 2004, p. 8.
http://www.sante.gouv.fr/ass_maladie/haut_conseil/ind_rapport.html

Bien que la fonction d'assurance s'exerce dans le cadre de l'entreprise, elle se fait donc de façon arbitraire et obligatoire sous l'autorité de l'État et non par la conclusion de contrats privés et volontaires entre employeurs, employés et sociétés d'assurance. La Sécurité Sociale est l'archétype du modèle d'assurance étatique.

Le marché de l'assurance privée s'en trouve inéluctablement réduit à la couverture complémentaire. L'assurance publique obligatoire assume environ les trois-quarts du budget de santé global des Français, tandis que l'assurance complémentaire privée représente quelques 12% du total. Ce qui signifie que les usagers eux-mêmes ne supportent directement qu'un peu plus de 10% des dépenses au moment où ils reçoivent les soins.

Ainsi, dans le système actuel, environ 80 % de la population, composée des employés des secteurs industriels et commerciaux, est régie par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), formée de 133 Caisses locales. Le régime des travailleurs autonomes est géré par la CANAM et compte environ 1,3 millions de cotisants et 3 millions de bénéficiaires. Les taux de cotisation des indépendants s'appliquent au revenu de l'entreprise, plutôt qu'au salaire. Quelque 600 000 exploitants agricoles représentant 2 500 000 assurés sont régis par l'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles.

Depuis 1999, la loi sur la Couverture maladie universelle (CMU) étend la couverture aux oubliés des fonds d'assurance maladie. Depuis cette date, le régime garantit l'accès aux soins à tous les résidents qui s'inscrivent à un centre de sécurité sociale local. Quelques 3,4 millions de chômeurs et d'économiquement faibles obtiennent ainsi l'assistance médicale de *l'aide médicale générale* (AMG). L'accès aux services n'est désormais plus lié exclusivement au statut professionnel mais à celui de résident sur le territoire national.

2.2 Le budget public de la santé

Depuis 1996, c'est maintenant le Parlement qui fixe le budget annuel de la santé. La réalité est devenue ainsi beaucoup plus explicite. C'est l'État qui, par

l'autorité du Ministre des finances, détermine le budget des dépenses annuelles et le montant des recettes à percevoir pour les financer.

Ces lois de financement confirment la socialisation de la santé en France. À l'image des règles de financement des hôpitaux sur la base d'enveloppes globales, le système confère à l'administration centrale la tâche d'allouer les budgets annuels aux différentes catégories de dépenses (soins hospitaliers, médecine de ville, etc...), qui seront par la suite répartis entre les régions et les spécialités. Et comme les dépenses publiques de santé augmentent plus vite que le revenu national¹⁶, c'est principalement par l'alourdissement des taux de cotisations – mais aussi l'alourdissement de la dette publique¹⁷ - que le financement se fait au cours des ans. Les autres recettes et endettements, dont les taxes d'accises sur le tabac et les alcools, représentent seulement environ 8% des recettes.

Les lois de financement ont pour rôle déclaré d'équilibrer les recettes et les dépenses maladie pour que soient bannis les déficits. Pourtant, après six années déjà de déficits continus, l'année 2004 s'est encore terminée par un déficit de 11,6 milliards d'euros. Le déficit 2005 devrait être ramené aux alentours de 7 milliards, mais essentiellement grâce aux nouvelles recettes levées dans le cadre du plan de réforme promulgué le 13 août 2004 (plan Douste-Blazy)¹⁸.

¹⁶ - Sur les trente dernières années les dépenses de soins ont progressé à un rythme supérieur de 2,4 points au dessus de l'évolution du PIB. Sur les dernières années, l'écart de croissance annuelle moyenne en volume entre les dépenses de santé le PIB s'établit à 2,5 points en 2002 et à 3,3 points en 2003. Rapport 2005 du *Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie* adopté le vendredi 8 juillet 2005, page 8.

¹⁷ - Selon le Rapport 2005, les reprises de dette (tous régimes) par la CADES – Caisse d'amortissement de la dette sociale – devraient atteindre les 100 milliards d'euros à la fin 2006. *Haut Conseil 2005*, page 1.

¹⁸ - A système de recettes inchangées, le déficit 2005 est estimé à plus de 12,5 milliards d'euros. Rapport 2005 du *Haut Conseil*, page 3. Les nouvelles recettes concernent : le transfert d'une partie des droits tabacs de l'Etat à la Caisse nationale d'assurance maladie des salariés, la création d'une contribution additionnelle à la C3S – Contribution sociale de solidarité à la charge des entreprises; l'élargissement de l'assiette de la CSG des actifs, le relèvement du taux de CSG des retraités imposables, le relèvement du taux de CSG sur les revenus du patrimoine, et l'augmentation du taux de CSG sur les jeux.

Nonobstant les lois qui avaient pour objet d'organiser « l'autonomie » des régimes de sécurité sociale, nonobstant la contraction du nombre de lits dans certains hôpitaux publics, le déremboursement de certains médicaments, le rationnement des soins et la planification de la démographie médicale, nonobstant l'objectif national de dépenses, le déplaçonnement des cotisations et la création de nouveaux prélèvements, enfin le fait que l'incohérence entre les prévisions et la réalité ait parfois été masquée par les bonnes années conjoncturelles, les objectifs de dépense publique ont toujours été dépassés de 1996 à ce jour, et de plus en plus largement.

En vertu de l'organisation corporatiste de l'assurance maladie et du mode de détermination des budgets, celui qui paie est privé du droit de refuser son argent et il s'avère bien incapable de savoir combien tout cela lui coûte. Les assurés n'ont, directement, aucun pouvoir de décision sur l'organisation de l'industrie de la santé, sinon par l'intermédiaire des syndicats de salariés ou par l'action politique. Les adeptes de la vision angélique de l'État comme incarnation de la volonté collective seront peu sensibles à l'argument, mais le grand exclu de ces accords est le consommateur, désormais réduit au rôle de pièce inerte de l'échiquier politique. Pour parodier les professeurs qui idéalisent parfois l'université sans étudiants, nous sommes, de ce point de vue, dans un système de santé sans malades.

2.3 Budgets excessifs ou insuffisants ?

Pour faire face à la progression inéluctable des budgets publics - qui n'est que la conséquence logique d'un système de financement public - la pensée dominante veut freiner les dépenses. C'est que les dépenses de santé seraient donc excessives.

Il nous semble pourtant que l'obsession de la croissance des dépenses qui hante tant la plupart des commentateurs est sans aucun fondement. L'augmentation prévisible des déficits découle principalement du fait que la médecine a beaucoup à offrir. Et non seulement il ne faut pas s'en plaindre, mais il n'existe surtout aucune cible identifiable *a priori* de dépense qu'il conviendrait de viser. Ce serait aller à l'encontre d'une consommation de santé choisie volontairement par une population de patients libres.

En France, comme dans tous les pays développés, les dépenses de santé augmentent à un rythme supérieur au PIB. Est-ce à dire que l'ampleur même du budget témoignerait d'un quelconque gaspillage ? Un tel raisonnement ne serait pas logique. Ce que l'on achète lorsque l'on consomme des soins de santé, c'est bien souvent moins un traitement particulier que la sécurité, la protection contre les incertitudes qui nous accompagnent tout au long de la vie, l'apaisement des frayeurs que comportent le vieillissement et la mort. Il n'est donc pas étonnant que le pourcentage de ressources que la plupart des individus affectent à ce poste grandisse avec leurs revenus. Les Américains consacrent ainsi près de 15% de leur PIB aux services de santé et les Français environ 10%. Peut-on pour autant dire que les Américains dépensent trop ? Certainement pas, et le simple fait de vouloir porter un jugement sur la variation de la consommation de santé nous paraît totalement déplacée.

Puisqu'elle devient une dépense prioritaire dès que la nourriture et le logement sont assurés, il est bien normal que, dans les pays développés, la demande de services de santé soit particulièrement sensible au revenu¹⁹. C'est ainsi que, par exemple, le prix des inputs qui entrent dans l'offre des soins demeure toujours supérieur au prix observé en France. Ce qui s'explique tout simplement par le fait que, le niveau de vie américain moyen étant plus élevé, les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé y bénéficient en moyenne de rémunérations plus importantes que leurs homologues français.

Au cours des dernières décennies, les choix de consommation ont continué d'évoluer et les budgets consacrés à l'éducation, aux services récréatifs, au tourisme, aux télécommunications et à l'informatique n'ont cessé d'augmenter. Ces postes du budget absorbent une part grandissante de nos ressources. Ce qui est étrange, c'est que lorsque survient une telle poussée de la demande de voitures, d'immeubles ou de portables, tout le monde se réjouit et juge positivement les implications de ces nouvelles tendances de la consommation pour la croissance et l'emploi.

A l'inverse, s'agissant de la santé, c'est-à-dire de l'un des besoins les plus fondamentaux qui soit, l'accélération des dépenses provoque des réactions catastrophées qui se traduisent par des appels au rationnement.

¹⁹ - Dossier analysé par Mark V. Pauly, « Should We Be Worried About High Real Medical Spending Growth in the United States », *Health Affairs Letters Online*, 8 janvier 2003.

L'augmentation des dépenses de santé représente, dans le discours dominant, un obstacle à la croissance qui creuse les budgets publics et nous écrase sous un terrible fardeau fiscal. L'achat des services d'un manucure serait donc meilleur pour l'économie qu'une amygdaléctomie ! Il y a là un paradoxe troublant qui met en évidence combien les dépenses de santé sont perçues comme des dépenses très spécifiques, dont la particularité justifie une intervention parfois excessive de l'Etat pour tenter de les contrôler et de les rationaliser.

A ce stade, une question s'impose. Les Français et les autres Européens ne dépenseraient-ils pas plus si leur gouvernement le leur permettait en supprimant ses interventions contraignantes sur la capacité du système ? En réalité, la hausse relative des budgets de santé inquiète parce qu'on la perçoit à travers la lunette socialiste qui pose la richesse comme une donnée fixe que l'on ne pourrait que redistribuer selon les canons de la « justice sociale ». Suivant cette logique, la seule façon d'élargir l'accès des services médicaux aux plus pauvres serait de prendre leur argent aux riches et de le redistribuer.

Dans cette vision strictement comptable, et avec un régime régulé par l'idéal de la planification et du contrôle bureaucratique, il est vrai que se faire remplacer une hanche revient souvent à priver son voisin du même service vital. On est dans un univers de rationnement alors même que, dans une économie libre, l'achat d'un produit n'a jamais pour conséquence d'en priver le voisin. Au contraire, plus on est nombreux à en ressentir le besoin, plus ce produit devient abordable.

Les mises en garde répétées des alarmistes sont très révélatrices des limites du système actuel. Elles sont le signe que les choix publics ne reflètent pas les préférences de la population ni les vrais coûts des services. À constater l'acharnement avec lequel tous les régimes publics font de la montée des dépenses un objet de stigmatisation, on peut légitimement se demander si le but n'est pas plutôt de perpétuer les contrôles et les contraintes en soi en s'abritant derrière l'alibi de la discipline budgétaire.

2.4 Relation entre budgets publics et services

S'il ne faut pas déplorer que les gens acceptent d'allouer une part grandissante de leurs revenus à la santé, il en va différemment des budgets publics de santé.

Le dilemme que pose la médecine étatisée est la conséquence de causes plus fondamentales que la seule poussée de la demande populaire. En l'absence d'une adaptation dynamique, d'innovation et de croissance économique, il ne reste plus au régime public qu'une alternative pour tenter de répondre à la pression incontournable des besoins : l'injection de fonds supplémentaires ou l'adoption de réformes managériales. L'histoire économique récente et l'analyse rendent cependant illusoire de croire que les défaillances du régime pourraient être réglées par une meilleure planification : l'Institut Montaigne fait l'analyse que « le mal principal dont souffre l'hôpital public en 2003 est d'ordre managérial »²⁰. Mais les comparaisons internationales confirment à quel point il est illusoire de croire que c'est en mettant toujours plus d'argent dans les systèmes publics de santé que l'on résoudra les problèmes. La France se distingue par un budget public de la santé parmi les plus élevés de tous les pays du monde industrialisé qui offrent un accès public universel aux soins. Sa performance s'inscrit parmi les bonnes places (mais non, contrairement à une idée reçue, parmi les toutes meilleures du monde). Pourtant nombre d'autres pays obtiennent des résultats largement comparables en n'affectant à ce secteur qu'une portion nettement moins importante de leurs ressources.

La Grande-Bretagne a récemment choisi d'accroître ses dotations budgétaires en guise de solution aux déficiences de son régime. En 2002, le gouvernement britannique a ainsi décidé d'augmenter de 60%, d'une année sur l'autre, le montant total des fonds publics affectés à la santé (de 65 milliards de livres à 105). Le budget de la santé est alors passé de 7 à 8 % du PIB entre 1999 et 2003. S'il suffisait de gonfler les dépenses publiques pour trouver la solution aux déficiences de la médecine d'État, les anglais ne devraient plus avoir de problème. Or quatre-vingt pour cent des médecins britanniques avouent aujourd'hui que cela n'a apporté aucune amélioration significative²¹. Entre le tiers et les deux cinquièmes des accroissements de budget ont en effet pris la forme d'une augmentation des salaires au lieu de permettre l'embauche de nouveaux personnels, ou d'investir davantage dans des installations de meilleure qualité. Les queues n'ont pas diminué et les journaux dénoncent l'absorption de ces nouvelles ressources fraîches par la hausse des rémunérations et le raccourcissement des heures de travail. Actuellement le système de santé britannique compte presque autant de gestionnaires, d'administrateurs et d'employés de soutien que d'infirmières qualifiées, alors

²⁰ - Institut Montaigne, *L'hôpital réinventé*, Paris, janvier 2004, p. 5.

²¹ - Centre for Policy Studies, *Resuscitating the NHS : A Consultant's View*, Londres, 2003, (www.cps.org.uk).

qu'on ne dénombre dans un hôpital privé de Londres que 43 postes administratifs pour 243 infirmières, soit un rapport six fois moindre.

Les données connues permettent de généraliser ces résultats. Pour l'une des premières fois dans l'histoire des dépenses publiques, les statisticiens anglais ont mis au point une formule qui permet de mesurer directement la production et la productivité du secteur public de la santé. Le Bureau de la Statistique Nationale de Grande-Bretagne²² apporte la preuve que la croissance rapide des budgets publics ne s'accompagne pas d'une progression comparable de l'output de services. Entre 1998 et 2001, malgré la poussée des dépenses et le gonflement du nombre d'emplois publics (+ 450 000), non seulement la productivité des dépenses publiques n'a pas augmenté, mais elle aurait plutôt décliné. Deux économistes de *Lombard Street Research* ont également calculé qu'entre le deuxième trimestre de 1997 et le troisième trimestre de 2003, les dépenses totales de santé dans la Cité ont augmenté de 40%, tandis que le volume des services produits ne progressait que de 16%.

L'histoire récente d'autres pays confirme notre scepticisme. Quand on compare le budget des provinces canadiennes entre elles, on découvre qu'il n'existe aucune relation entre la dépense publique de santé par habitant et la longueur des files d'attente. Entre provinces, on n'observe aucune relation entre l'évolution des dépenses publiques de santé et le nombre de traitements par tête²³. Par exemple, la province de Saskatchewan occupe le troisième rang sur dix en dépenses par habitant alors même que le temps d'attente entre la visite chez un médecin et le traitement s'élevait, en l'an 2000, à 34,5 semaines (contre 14,0 semaines en moyenne pour l'ensemble du Canada). Tout se passe ainsi comme si l'apport de ressources supplémentaires ne faisait que se diluer en augmentations de prix, de salaires, ou autres usages divers, sans bénéfices directs pour les usagers. Injecter davantage de ressources publiques dans un régime aux incitations aussi perverses ne fait qu'aggraver les choses. Au mieux, le gonflement des budgets n'apporte qu'un sursis au regard de l'évolution démographique et technologique prévisible.

Autre illustration de cette loi d'airain : le régime américain de *Medicare* (le système d'assurance public qui couvre la population des retraités et gens âgés). Une étude publiée dans les *Annals of Internal Medicine* confirme que la

²² - Office of National Statistics, in *Economic Trends*, Londres, juillet 2003.

²³ - Martin Zelder, "The Myth of Underfunded Medicare in Canada, *The Fraser Forum*, août 2000.

progression des dépenses de *Medicare* n'a apporté aucune solution aux déficiences du régime. La démarche des chercheurs visait à déterminer si les patients qui habitent les régions où *Medicare* dépense le plus d'argent sont aussi ceux qui obtiennent les soins les meilleurs. On sait que les variations interrégionales en Amérique du Nord sont relativement fortes : 8 414 \$ en moyenne par habitant à Miami, contre seulement 3 444 \$ à Minneapolis. Or l'étude fait apparaître que pour les traitements les plus graves - tels les pontages, la cathétérisation cardiaque ou le remplacement d'une hanche - les sommes dépensées sont essentiellement les mêmes, indépendamment de leur localisation régionale et du coût unitaire des opérations. C'est lorsqu'il s'agit de soins de nature plus discrétionnaire, comme les visites supplémentaires chez le médecin, la consultation de spécialistes, l'usage de tests diagnostiques, ou encore le nombre de jours de séjour dans des unités de soins intensifs, que les variations sont les plus importantes.

D'autre part, qu'ils soient pris en charge pour une fracture de la hanche, pour un cancer du colon ou une crise cardiaque, les patients les plus traités ne sont pas nécessairement les mieux traités. Les mesures de santé ne correspondent pas à la répartition des dépenses entre groupes. Ce n'est pas parce qu'un groupe reçoit relativement plus d'argent qu'un autre que le taux de mortalité y est plus bas, que les gens y vivent plus longtemps, ou bien y sont en meilleure santé. Au total, les résultats confirment qu'accroître la dépense publique conduit à multiplier le volume des soins (jusqu'à 60% de plus), mais n'améliore ni la qualité, ni l'accès aux soins, ni même la satisfaction des patients. On observe en revanche une nette corrélation entre la disponibilité des soins (nombre de lits d'hôpital, de médecins, de laboratoires) et la consommation de soins.

Il existe une autre dimension implicite dans le choix de consacrer toujours plus d'argent public à la santé: les ressources qui sont ainsi consommées doivent bien provenir de quelque part. Or il n'existe qu'une seule source de ressources pour le Trésor public : la contrainte fiscale. Mais ce mode de financement a une incidence particulièrement désastreuse sur la croissance et sur l'emploi. Comme le savent tous les bons économistes, le financement public impose en effet nécessairement un coût économique supérieur à la valeur des services rendus. Et comme le niveau de vie est le déterminant le plus important de la santé des individus, il en résulte que, paradoxalement, l'injection de fonds publics ralentit, plutôt qu'elle n'accélère, les progrès de la santé en général.

2.5 Cotisations obligatoires, forme de prélèvement fiscal

Le prélèvement de primes obligatoires fixées par l'État est une forme de ponction fiscale qui change la distribution du fardeau mais qui ne modifie pas la nature étatisée des règles de financement. Dans la mesure où la cotisation n'est aucunement liée à l'usage du service, le système actuel doit être compris comme l'une des composantes du régime fiscal général, comme une sorte de capitation variable, plutôt que comme un tarif pour services rendus. En particulier, ce système de financement de la santé publique affecte les incitations qui s'exercent sur les usagers et sur les offreurs de la même manière que la fiscalité en général. Les primes sont obligatoires et, à ce titre, elles ont la même incidence sur les comportements et la production nationale que les autres formes d'impôts. De plus, dans la mesure où le mécanisme comporte de nombreuses dispositions particulières pour soustraire une part du revenu à l'assiette des cotisations, il incite les employés et leurs employeurs à privilégier cette forme de rémunération en nature plutôt que le versement de salaires directs.

On ne soulignera donc jamais assez la signification de cette caractéristique du régime de sécurité sociale étatisée : à savoir le *fardeau économique supplémentaire* qui découle du financement par l'impôt plutôt que par l'assurance individuelle ou les déboursés du patient au moment de la consommation. Dans l'échange marchand, le coût de l'achat se limite au montant déboursé, retranché du compte en banque ou du salaire. Lorsque c'est l'État qui achète la protection, il n'obtient pas les ressources par des contributions volontaires, mais par la contrainte qui porte le nom de fiscalité. Le fardeau économique découlant de cette forme de financement vient de ce que les gens s'ingénieront autant que possible à trouver les moyens de limiter le prélèvement fiscal. Ils travailleront moins, investiront moins, modifieront la composition de leurs actifs, chercheront le moyen de percevoir leur revenu d'une façon qui les soustrait au fisc. Les distorsions des comportements ainsi suscitées entraînent un coût économique qui se manifeste sous la forme d'une baisse de l'activité économique générale qui peut atteindre 100% de la valeur des impôts levés (selon le type retenu). Tel est le coût social des fonds publics.

Le sens ultime de cette logique est que le financement public de la santé entraîne un fardeau supérieur au coût réel que le même montant de ressources aurait entraîné s'il provenait du secteur privé. La première victime en est la

croissance des revenus, et donc, par ricochet, l'amélioration de la santé elle-même²⁴.

2.6 Une entreprise monopole de soins administrés

L'impuissance du régime à répondre à la demande illimitée inscrite dans les régimes d'assurance publique universelle conduit inévitablement à recourir à des mécanismes de contrôle de la capacité pour résoudre l'incohérence des comptes. L'abus de consommation inhérent aux systèmes publics de santé suscite le recours à des mécanismes bureaucratiques de blocage physique de la capacité pour des raisons d'équilibre budgétaire. Dans les régimes publics, le frein à l'explosion des dépenses réside tout autant dans la compression de la capacité globale que dans le contrôle des micro décisions. C'est par des budgets globaux soumis chaque année à des taux arbitraires d'augmentation et modulés par une péréquation régionale (fondée sur la démographie, les moyennes nationales, et autres instruments comme les "points ISA")²⁵

²⁴ - Le discours habituel des économistes insiste surtout sur la contribution des budgets de santé à la croissance. Les travaux courants sur la rentabilité des ressources affectées à ce secteur témoignent de la validité de cette perspective. Ce qui est cependant plus intéressant est la relation inverse que l'on observe entre ces deux variables depuis 1975 : c'est-à-dire la hausse du niveau de vie comme déterminant de la santé des populations (*Courbe de Preston*). Un rapport récent du *British Medical Journal* (P. Mackenbach, « Income Inequality and Population Health », janvier 2002) confirme que le revenu des individus et des familles est le facteur premier de la santé des gens, du taux de mortalité de la population, et en conséquence de l'espérance de vie, tout en corrigeant l'impression conventionnelle que c'est surtout l'égalité de la distribution du revenu qui favorise la santé, comme le prétendent les adeptes de la médecine d'État.

²⁵ - Voici la définition des "points ISA" donnée par le Lexeco de [Free.fr](http://www.free.fr): " Outil statistique de connaissance de l'activité médicale, le programme de médicalisation des systèmes d'information est un outil permettant l'allocation de ressources grâce à la mise en place d'un système d'attributions de points dits " point ISA " (indice synthétique d'activité). Le principe est que chaque malade fait l'objet, à sa sortie d'un établissement de soins, d'un résumé standardisé de sortie (RSS). Ce document est rempli par le praticien et tient compte de la pathologie et des diagnostics établis. Ces RSS, regroupés par pathologie, permettent d'établir des groupes homogènes de malades (GHM). A chaque GHM correspond un nombre précis de points remis à jour chaque année par le ministère des affaires sociales. Les points ISA permettent de calculer le coût relatif d'une pathologie pour chaque hôpital par rapport à une moyenne régionale ou nationale. Le coût du point ISA par établissement est calculé en

instaaurée par souci de convergence, que la capacité du système se définit pour chaque type de dépenses. Les experts parlent de "régulation macroéconomique", mais il ne s'agit rien moins que d'une forme autoritaire de rationnement.

L'usager ne reçoit pas que la couverture d'un montant prédéfini au moment de la signature d'un contrat. La protection devient en principe illimitée et comme l'assurance est désormais soumise à la règle de la répartition obligatoire, l'assureur public n'a d'autre moyen que la réglementation et la prise en charge des soins pour discipliner le patient et l'offreur. La consigne est de contenir les coûts en limitant la capacité, en restreignant la couverture, et en comprimant la demande. Ce n'est pas le prix négocié qui détermine la demande et l'offre; c'est l'affectation des budgets décrétée par les pouvoirs publics. Nonobstant la place laissée à l'initiative des patients dans le régime français, ce n'est donc pas principalement l'usager qui y décide de ses préférences et du budget qu'il entend consacrer à la couverture de ses besoins de santé. C'est l'appareil public central lorsqu'il détermine l'allocation des ressources et qu'il fixe la capacité de production. L'évolution du budget de la médecine dite « libérale » est elle-même prescrite dans les conventions entre les organismes publics et les professionnels concernés.

Par l'encadrement ultime qu'il impose aux dépenses de santé, c'est donc l'État qui fixe le nombre de chambres d'hôpital, de cliniques, d'offreurs de services. Il définit la taille des hôpitaux, leur emplacement, l'étendue de leur équipement, le parc d'équipements technologiques, l'échelle des traitements et la description des tâches, ainsi que les services qui seront offerts dans les différentes institutions, qui supervise la formation du personnel et les conditions de travail, et qui contrôle la qualité des soins. L'appareil public fixe aussi les méthodes de financement, les barèmes, l'étendue de la couverture assurancielle, et les relations générales avec les fournisseurs de services.

Cette régulation ne concerne cependant pas seulement les *macro-décisions* qui portent sur de grandes masses (pour un hôpital, pour un service entier). Elle s'étend même à la *micro gestion* de l'appareil de soins. Il s'agit par exemple du mécanisme des autorisations préalables que les médecins ont à demander à la Sécurité Sociale maladie dans certains cas (pour des opérations chirurgicales, des soins dentaires ou physiothérapiques entre autres); ou encore du système

divisant le budget de l'hôpital par un indice d'activité. On peut ainsi comparer le coût global des hôpitaux".

des "références médicales opposables" (qui est en principe utilisé pour définir les soins ou prescriptions médicales considérés comme inutiles ou dangereux ainsi que les fréquences d'utilisation de certains médicaments)²⁶. Le recours systématique aux nomenclatures et codages d'actes, la généralisation de la "carte santé", la mise en place des "médecins référents"²⁷, ou encore l'institution du « médecin traitant » et du « dossier médical personnel »²⁸ en font également partie.

²⁶ - "L'élaboration des RMO - Références Médicales Obligatoires - s'inscrit dans une démarche visant non seulement à la maîtrise des dépenses de santé, mais aussi à l'amélioration de la pratique médicale et enfin à la protection de la santé publique. En droit interne, l'origine des RMO se situe dans la loi du 4 janvier 1993 qui envisage que chaque année une annexe à la convention médicale fixe les références médicales nationales. Ainsi, elles sont définies par l'article L 162-12-15 CSS comme des critères scientifiques reconnus permettant de définir les soins et prescriptions médicalement inutiles ou dangereux ainsi que les fréquences d'utilisation de certains soins et prescriptions. Les RMO font interdiction à un médecin de pratiquer un acte ou d'effectuer une prescription parce qu'il s'avère dangereux ou inutile. Cette interdiction s'apparente à une obligation de ne pas faire qui peut donner lieu à sanctions et produit un certain nombre d'effets juridiques" Définition donnée par le Centre de Documentation Multimédia en Droit Médical, http://www.droit.univ-paris5.fr/cddm/rmo/rmo_try.htm

²⁷ - Pour une description du mécanisme des "médecins référents" (qui a été mise en place en 1999), voir sur Internet la fiche de présentation du Centre de documentation multimédia en droit médical, http://www.droit.univ-paris5.fr/cddm/medecinref/medecinref_try.htm. L'adhésion à un médecin référent permet au malade de bénéficier de la procédure de dispense d'avance des frais et donc de payer uniquement le ticket modérateur de 30 %. Le médecin devient en quelque sorte le salarié de la caisse locale de maladie car c'est elle qui va le rémunérer. Le médecin y gagne la garantie d'être payé par la caisse à J+8, en contrepartie d'une série d'engagements spécifiques concernant la gestion de son cabinet (tenue d'un document médical de synthèse sur chaque client), la participation à des actions de prévention et de dépistage, ou en matière de prescriptions pharmaceutiques (comme par exemple l'engagement de prescrire à leurs patients les médicaments les moins onéreux lorsqu'il existe des équivalents thérapeutiques).

²⁸ - Le médecin traitant et le dossier médical personnel sont les deux grandes innovations institutionnelles de la réforme 2004 de l'assurance maladie (loi Douste-Blazy). Le dispositif du "médecin traitant" est quelque chose de différent de la notion de "médecin référent". Chaque français est désormais incité à désigner une sorte de médecin principal qu'il s'engage à consulter en priorité avant d'aller rendre visite à un spécialiste. Si une personne refuse de désigner un "médecin traitant", ou si elle s'en va consulter d'autres confrères, elle subira une sanction pécuniaire sous la forme d'un prix de consultation majoré mais aussi d'un moindre remboursement de ses

De ce point de vue le système de santé français n'est pas fondamentalement différent de ce que l'on trouve aux États-unis avec les réseaux de *soins administrés* (Managed Care). Ces réseaux fonctionnent avec les mêmes genres d'outils de planification et de rationnement administratif. Mais ils sont nombreux, publics et privés, et en concurrence entre eux. Ce qui atténue grandement l'impact des contraintes ainsi imposées aux choix des patients. Alors qu'en France, cette concurrence reste tout à fait marginale, et que ces outils y sont donc utilisés dans le cadre d'un système de production quasiment en position de monopole unique. Le régime français se présente donc à lui tout seul comme une gigantesque entreprise de *soins administrés*, jouissant du monopole de production par surcroît. Dans un tel système, la responsabilité de l'usager dans la détermination de la structure industrielle se limite à faire l'objet « d'actions d'information, d'explication, et d'éducation en santé »²⁹ ; en un mot, à s'insérer docilement dans un mécanisme de planification technocratique.

2.7 Régulation des institutions

L'hospitalisation compte pour environ 50% des dépenses de l'assurance maladie. Les établissements de santé en France se répartissent entre les hôpitaux (1100 hôpitaux publics et 900 hôpitaux privés) et les cliniques privées (1200), regroupés depuis sept ans sous l'autorité de 26 Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Ce sont les ARH qui assument la responsabilité de répartir les enveloppes régionales définies par la Direction des Hôpitaux à partir d'indicateurs de besoins et d'indicateurs de productivité. C'est par les ARH que s'opèrent les fermetures d'établissements, les regroupements, les fusions, les installations d'équipements lourds ou de nouveaux services. L'opinion prévaut que les décisions des ARH favorisent plutôt les hôpitaux publics, bien que les mêmes services y coûtent généralement plus cher, parce que c'est là que réside le pouvoir politique. Cliniques ou hôpitaux privées représentent 21% du nombre de lits et

prescriptions pharmaceutiques, analyses et examens de laboratoires, tant par le régime de base que par son régime complémentaire. Voir <http://www.assurancemaladie.sante.gouv.fr/actu/medecin.htm>. Le Rapport 2005 du *Haut Conseil* donne une description détaillée du nouveau mécanisme de « parcours de soins » et des retombées qui en sont attendues- page 20 et suivantes. A la mi-2005, 43 % des assurés avaient choisi leur médecin référent.

²⁹ - *Haut Conseil* 2004, p. 23.

reçoivent 20 % (soit 11 milliards) des 55 milliards d'euros d'enveloppe consacrés à l'ensemble du secteur. Le secteur hospitalier public occupe à peu près toute la place dans le traitement chirurgical et les pathologies majeures, et il en va de même des traitements d'urgence et de la recherche de haut niveau. Les médecins y sont rémunérés sous forme de traitements. Les hôpitaux privés se concentrent dans des activités spécialisées. Les hôpitaux privés sans but lucratif se consacrent principalement aux soins de longue et de moyenne durée. Les autres, à but lucratif, se spécialisent particulièrement dans la chirurgie et aussi dans les soins aigus. Les spécialistes du secteur hospitalier privé sont rémunérés à l'acte.

Pour atténuer les conséquences inévitables de la protection coercitive universelle, les hommes de l'État imposent leurs contraintes de régulation même aux institutions privées indépendantes; ce qui enferme l'évolution de l'ensemble du système de santé dans une logique de *soins administrés*. Dans ce régime de médecine socialisée, c'est l'État, non le patient consommateur, qui fixe, non seulement le budget global, mais aussi le prix qui sera versé à tous les offreurs de services, privés aussi bien que publics. C'est l'autorité bureaucratique, via les Agences, qui détermine chaque année le prix à payer pour chaque acte pratiqué dans un établissement privé, ainsi que le nombre maximal d'actes autorisés pour chaque clinique. Le nombre et le type d'activités autorisées pour chaque établissement déterminent son niveau de financement. Ces tarifs varient selon les cliniques et n'ont guère de relation avec la localisation, ni avec la qualité des prestations. On observe donc des variations considérables de prix implicites versés par unité d'activité. Chacune se voit attribuer un quota annuel d'actes autorisés qui, s'il est dépassé, peut donner lieu à des versements individualisés. À l'inverse, les établissements disciplinés qui respectent fidèlement leurs quotas peuvent bénéficier, en récompense, de revalorisations tarifaires.

2.8 Régulation du prix et du choix des médicaments

En 2000, la Sécurité sociale a assuré un peu plus de 15,5 milliards d'euros de remboursements de médicaments, tandis que les mutuelles de santé en absorbaient un peu moins de trois milliards. C'est le Comité économique du médicament - rebaptisé Comité économique des produits de santé (CEPS)

depuis le 1er janvier 2000 - qui assume la tâche de fixer le prix des produits pharmaceutiques³⁰.

Comme presque partout ailleurs en Europe, la législation française interdit la publicité sur les médicaments. Nous reviendrons sur cette question dans un chapitre distinct. Contentons-nous à ce stade-ci de souligner la dimension étatiste de cette pratique.

Dans le cadre de l'opération « médecins référents », les médecins sont incités à donner autant que possible la priorité aux génériques³¹. Depuis 1998, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) publie un guide des équivalents génériques, dont le répertoire s'élargit sans cesse. Cette logique a amené l'administration à exiger que la moitié des ordonnances portent sur des médicaments génériques, à réguler le prix des autres médicaments comme s'ils étaient des génériques, et à rabattre de 65 à 35 % le taux de remboursement de plusieurs centaines de médicaments courants, jugés inutiles par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS, créée par une loi du 1er juillet 1999)³². Depuis 2003 a été mise en place, par étapes, une politique de déremboursement des médicaments considérés comme étant à « soin médical rendu » insuffisant³³. Les fabricants

³⁰ - "Concernant le médicament, le CEPS a pour mission de fixer le prix des médicaments remboursables au niveau le plus avantageux possible pour la collectivité des assurés sociaux, en veillant à ce que les modalités de cette fixation permettent d'assurer à la fois la compatibilité des dépenses remboursées du médicament avec l'ONDAM - pour *objectif national des dépenses d'assurance maladie* - voté par le Parlement et un approvisionnement satisfaisant, pour les malades et pour la santé publique, du marché des médicaments remboursables. Chaque année, les ministres chargés de la Sécurité Sociale, de la Santé, de l'Economie et de l'Industrie notifient au président du CEPS, après publication de la LFSS (Loi de Financement Sécurité Sociale) , les orientations relatives à la politique économique du médicament". Définition donnée par le site LEEM des industries du médicament (<http://www.leem.org>)

³¹ - voir plus haut, note 21. La pénétration des médicaments génériques progresse sensiblement depuis l'accord entre l'assurance maladie et les médecins généralistes de juin 2002. Aujourd'hui, la proportion des unités (boîtes, flacons, etc.) de génériques par rapport au marché potentiel des génériques est de l'ordre de 60 %. La consommations de génériques a presque doublé en trois ans. *Haut Conseil* 2005 page 43.

³² - Site de l'Agence : <http://www.agmed.sante.gouv.fr>

³³ - voir sur ce sujet la note technique de MG France, le syndicat des médecins généralistes : <http://www.medsyn.fr/mgfrance/fiches/fiche16.htm> .

sont même frappés d'une pénalité de 25 % si leurs ventes dépassent une cible de croissance fixée pour leur catégorie thérapeutique

Le médicament français est ainsi, lui aussi, totalement intégré dans la logique contemporaine de la *gestion administrée* des soins. On verra plus loin comment cette situation n'est pas étrangère à la baisse des investissements de recherche dans l'industrie pharmaceutique. Comment elle conduit aussi à l'arrivée de plus en plus différée de médicaments nouveaux réellement efficaces, ou tout simplement à leur disparition.

Dans son rapport 2001, la Cour des comptes constate néanmoins que la mise en place de ce gigantesque appareil de contrôle n'a pas réduit "l'écart croissant entre les objectifs fixés et la faiblesse des moyens d'actions sur les comportements". Elle en conclut - ce qui ne manque pas de piquant vu l'ampleur de tout l'arsenal législatif développé depuis dix ans - que les outils d'une maîtrise réaliste des soins "restent à construire"³⁴.

2.9 Monopsonie du marché du travail

Au moment de l'implantation du régime public, "le malade avait le libre choix du praticien et les honoraires étaient fixés par entente directe avec le patient"³⁵. Devant l'impossibilité d'enrôler de façon volontaire les médecins dans le système, on utilisa la réglementation et la technique du conventionnement pour forcer progressivement les récalcitrants à abdiquer leur liberté. En conséquence, ce sont les caisses d'assurance qui négocient les barèmes de rémunération à l'échelle nationale avec les professions de santé. Le ministère s'arroge donc en France le monopsonie du marché du travail de la santé : c'est lui qui définit de façon centralisée la rémunération de l'ensemble du personnel médical et hospitalier sur toute l'étendue du territoire. Le langage officiel désigne cet aménagement comme de la concertation; dans sa signification analytique, c'est en fait de corporatisme ou de monopolisation syndicale qu'il vaudrait mieux parler.

³⁴ - Cour des comptes, www.ccomptes.fr, Synthèse 2002, p.3 et 6.

³⁵ - Doublet, *Sécurité sociale*, Presses universitaires de France (Coll. Thémis), 5e éd., Mis à jour, Paris, 1972, p. 51.

L'une des constantes observées dans l'histoire de la prise en charge par l'Etat d'activités diverses veut que la cartellisation d'un secteur d'activité par la réglementation ou l'étatisation suscite un phénomène corrélatif de monopolisation syndicale; c.-à-d. l'apparition d'un cartel des acteurs, soucieux de faire contrepoids à la concentration accrue de la structure de production. La monopolisation de la production suscite l'apparition d'une rente, d'un bénéfice, d'un surplus que quelqu'un voudra naturellement s'approprier. On explique par cette logique le fait que le facteur travail représente à lui tout seul près de 70 % du budget total des hôpitaux, ce qui est nettement excessif, et que souvent les salariés syndiqués non spécialisés (ceux qui n'exercent pas de fonctions cliniques) y gagnent en général des salaires supra concurrentiels par rapport à ce qu'ils toucheraient ailleurs.

Paradoxalement, malgré l'escalade des budgets, le monopole public sert mal les intérêts des employés de santé, surtout les plus recherchés d'entre eux. Les rémunérations du secteur public sont en effet essentiellement fonction du pouvoir politique des négociateurs. Les économies recherchées par les pouvoirs publics se font sur la base de considérations budgétaires qui ont peu à voir avec les raretés relatives et les besoins réels. C'est ainsi que, par exemple, l'expérience de privatisation des hôpitaux en Suède a valu aux infirmières les plus en demande de voir leurs salaires augmenter de 26% entre 1995 et 1999. Une telle revalorisation était inconcevable sous le régime public. Elle a représenté trois fois les gains obtenus par les salariés au cours de la période précédente³⁶.

La France compte environ 180 000 médecins, répartis à part à peu près égale entre généralistes et spécialistes. Les trois-quarts des généralistes et 68 % des spécialistes exercent en pratique privée et sont rémunérés à l'acte. Environ 75 % des médecins, dont 83 % des médecins de famille et 62 % des spécialistes, sont des conventionnés du *secteur 1*, et à ce titre s'abstiennent de prélever des honoraires supérieurs à ceux du barème négocié avec les pouvoirs publics³⁷. Les médecins du *secteur 2* se réservent le droit de déroger au barème, la

³⁶ - Peter Holle, "Quality of Care & Wages Both Increase with Swedish Health Care Privatization", *Fraser Forum*, novembre 2001, pp. 10-11.

³⁷ - Avant la réforme Douste-Blazy d'août 2004, le prix de la consultation chez tous les généralistes conventionnés (secteur 1) était de 20 €, et de 30€ pour les visites à domicile. 23 € pour les spécialistes. Aujourd'hui s'y ajoute la contribution de 1 € supplémentaire par acte médical exigée au titre de participation des usagers au redressement financier de l'assurance maladie.

différence étant portée à la charge du patient. En raison de la popularité de cette deuxième formule, le passage d'un médecin du secteur 1 au secteur 2 n'est désormais plus autorisé.

Les médecins ont la ferme conviction que c'est à leur endroit que le pouvoir du monopsonne d'État s'exerce le plus durement. Le négociateur public peut recourir à des moyens de pression comme la suppression des remboursements, l'interdiction d'exercer et les pénalités financières (RMO). La perception est bien ancrée chez les médecins que la survie du régime public en France se fait sur leur dos. Leur rémunération en particulier s'inscrit parmi les plus basses d'Europe. Les médecins de famille ne gagnent en moyenne que 51 000 euros par an. C'est ce qui explique pour une large part la différence entre le budget global de santé en France et le budget américain. Le médecin américain gagne au-delà de cinq fois le salaire moyen, tandis que le médecin français touche seulement deux fois le revenu moyen de ses compatriotes. Il faut dire en contrepartie que la formation médicale en France est essentiellement gratuite, bien que l'accès y soit extrêmement concurrentiel. Le médecin français peut donc commencer à exercer sa profession sans traîner de dette derrière lui (sauf s'il achète son cabinet à crédit). Il faut ajouter enfin que le régime juridique des dommages et intérêts aux États-Unis impose au médecin américain des primes d'assurance sans commune mesure avec ce qui lui est demandé en France.

La France compte-t-elle trop de médecins, de généralistes en particulier? On ne peut répondre à cette question dans le cadre d'un régime public où le patient n'intervient pas dans la négociation. Ce qu'on observe est que la France compte plus de médecins par habitant que la plupart des autres pays de l'OCDE. À 3,0 docteurs pour 1 000 habitants, la France figure parmi les pays les mieux dotés au monde, au troisième rang dans l'Union Européenne après l'Allemagne et la Belgique. Ce qui n'empêche pas un praticien d'expérience d'affirmer « qu'il manque 3 500 médecins dans les hôpitaux et nous n'avons pas de candidats », et de se plaindre « qu'il n'y a plus de chirurgiens en formation »³⁸. C'est par le médecin de ville que les patients accèdent aux services. Ce qui explique que, comme dans la plupart des régimes publics, on cherche à y comprimer le nombre de médecins sur le marché - c'est à dire à agir sur l'offre - pour freiner la demande de services. Les effectifs dans chaque spécialité sont régulés via un mécanisme de *numerus clausus*, cependant que le rapport du *Haut Conseil de l'assurance maladie* déplore « la totale liberté

³⁸ - Entrevue de Bernard Debré, chef du service urologie d'un hôpital, www.ifrap.org.

d'installation des professionnels de santé libéraux »³⁹. Des milliers de médecins ont un jour fermé leur cabinet et sont descendus dans la rue pour protester contre leurs conditions de travail. En décembre 2004, plus de 1500 médecins français sont partis « en exil » symbolique à Barcelone pendant deux jours pour protester contre « la dérive inexorable de la qualité des soins ». Un nombre non négligeable d'entre eux abandonnent chaque année leur pratique pour émigrer vers des lieux plus accueillants ou pour renoncer à leur profession.

2.10 Conventions collectives et croissance

L'observation empirique confirme que le mécanisme de la négociation collective déprime le niveau de l'investissement dans les secteurs concernés. Ce qui se manifeste en France par un sous-équipement relatif en appareils de haute technologie, et par une surutilisation du facteur travail par rapport au capital. Nous nous en remettons sur ce sujet à une étude publiée par la Banque Mondiale⁴⁰. Ses résultats confirment que les techniques de la négociation collective freinent les dépenses de recherche et de développement, et ont un effet négatif sur l'activité économique générale en entraînant un gonflement excessif des salaires et des avantages sociaux - les médecins échappant à cette règle parce que la perception qu'ils donnent d'être des privilégiés réduit leur pouvoir de pression politique. En conséquence la négociation collective affecte négativement la croissance de la productivité. La fonctionnarisation de l'emploi s'installe. Les conditions générales de travail (permanence, congés payés, congés de maladie, régime de retraite, longueur des heures de travail) l'emportent progressivement sur celles des travailleurs non soumis à cette forme de monopole de négociation. On l'aurait prédit a priori puisque la rigidité injectée dans le système gêne l'aptitude de l'employeur à adopter la combinaison optimale de capital et de travail, et qu'elle circonscrit la discrétion du management dans sa tâche d'adaptation aux changements.

³⁹ - *Haut Conseil 2004*, p. 21.

⁴⁰ - Banque Mondiale, *Unions and Collective Bargaining: Economic effects in a Global Environment*, 2003.

2.11 Le régime public, juge et partie

Vu dans cette perspective, l'aménagement actuel du système comporte une dimension paradoxale. En sa double qualité de producteur quasi-monopolistique de services et d'assureur universel, le régulateur public se retrouve dans une position de conflit d'intérêt permanent. L'administration publique ne fait en effet pas qu'assumer la production et le financement des services ; elle régit et évalue ses propres services, en même temps que la portion qu'elle daigne laisser à l'initiative privée. Ce dédoublement de fonctions ne serait jamais toléré pour un assureur privé. Cette forme d'organisation repose donc sur la foi naïve dans l'État et sur la croyance mythique que le législateur et le bureaucrate ont le bien commun comme unique finalité.

Du point de vue du consommateur, le moins que l'on puisse exiger est que tous les offreurs de services, publics ou privés, soient soumis au même type de contrôle comptable. Dans plus d'un secteur, la vision conventionnelle appelle à la régulation d'industries entières, parce que, prétend-on, la concurrence ne suffirait pas à discipliner les producteurs, ou que les consommateurs ne disposeraient pas de l'information suffisante pour faire des choix éclairés. C'est le cas par exemple pour la qualité et la salubrité des aliments. Les administrations publiques sont appelées à définir les exigences d'hygiène, la composition, les dates de péremption, etc. Et voilà que la perspective change du tout au tout lorsque c'est l'État lui-même qui se surveille et s'impose des règles de conduite. Le contraste est particulièrement frappant entre les formes de régulation que l'administration impose aux assureurs privés (pour l'assurance automobile, l'assurance vie ou l'assurance des logements) et celles qu'elle prévoit pour ses propres activités d'assureur maladie. C'est elle qui définit ce qu'est un service ou un remède médicalement nécessaire et utile ; c'est cette même administration qui négocie les prix et les salaires avec les offreurs. Peut-on compter sur elle pour récompenser l'initiative heureuse et pénaliser l'échec, pour se substituer au consommateur qui serait bien informé ou qui aurait au moins la latitude de « voter avec ses jambes » ? Dans un tel régime de quasi monopole public, le pouvoir relatif du consommateur et du producteur est manifestement inversé.

Il se dégage de ces réflexions un précepte institutionnel précis : la nécessité impérieuse de distinguer les fonctions d'assureur, de producteur et d'évaluateur des soins. Son corollaire : au minimum l'opportunité de faire du

secteur public l'acheteur neutre de services assurés par des producteurs aussi bien privés que publics. Cet aménagement implique l'implantation d'un régulateur indépendant qui applique aux deux côtés de la profession les mêmes normes rigoureuses que celles qui régissent les autres formes d'assurance.

2.12 Histoire d'une étatisation

Telle se décrit la sombre réalité du socialisme de la santé en France. L'histoire du système de santé depuis la deuxième guerre mondiale a suivi l'histoire de tous les régimes publics. La France a implanté et financé par la contrainte un système généreux de services sociaux. À défaut de contraintes effectives sur la demande et sur l'offre, les budgets ont explosé. C'est donc par le recours aux instruments d'une planification centralisée, c'est-à-dire par l'administration des prix et le rationnement de la capacité de production qu'on a cherché à freiner la montée des coûts.

En résumé la France, à l'orée du XXIème siècle, possède non pas un régime d'assurance proprement dit, mais un système étatiste de cotisations obligatoires et de remboursement des dépenses de soins médicaux. Le régime français se caractérise aussi par le couplage réglementaire de la production des soins et de l'assurance maladie, qui fait du régime un véritable monopole public de soins administrés. Nonobstant l'insertion à la marge de quelques mécanismes libéraux décrits plus loin, l'arrangement se distingue par une organisation envahie par les réglementations. Le régime de santé français confirme le caractère chimérique de l'éternelle recherche d'une troisième voie entre la politisation intégrale et l'autonomie des consommateurs et des producteurs par la décentralisation.

3. Un étatismes tempéré par le ticket modérateur

Tout étatisme qu'il soit, le régime français ne compte pas parmi les plus extrémistes. Il combine à la prépondérance de l'intervention publique des éléments de financement et de production privés. Il jouit d'une réputation enviable dans le monde; notamment chez les anglo-saxons qui lui envient l'absence de longues queues dans les hôpitaux et chez les spécialistes.

3.1 Tarification partielle et réseau parallèle de production

La part du financement public dans le budget global de santé est énorme partout. Elle varie de plus de 50% aux États-Unis à plus de 95% en Norvège. La part des pouvoirs publics dans le financement des dépenses de santé s'inscrit en France à environ 74%. Comme la plupart des pays de l'OCDE dotés d'un régime public universel, la France retient le principe de la tarification partielle à l'usager et de l'initiative privée circonscrite. Le taux de remboursement s'étale de 65 à 80% et reste indifférencié selon le revenu. Il comporte cependant un large système d'exonérations qui rendent le service gratuit dès que la dépense atteint un niveau élevé. Dans le cas de l'hospitalisation, l'usager assume en principe 20% du coût, si le séjour ne comporte pas *d'actes techniques*; mais l'exonération devient universelle dès que le fardeau d'un traitement dépasse 98,5 euros, ce qui aboutit à un taux de remboursement moyen égal à 97%. La France a su intégrer des éléments de nature libérale qui lui valent vraisemblablement son honnête position dans le classement international : prédominance mais pas exclusivité du secteur public en matière d'assurance, de production de services médicaux et hospitaliers, recours à un paiement partiel direct des patients. C'est cet aménagement qui lui a valu de ne pas avoir à souffrir du type de rationnement qui caractérise de nombreux régimes publics. Ce régime protège en même temps la liberté du patient de choisir son médecin, et la liberté du médecin de pratiquer sa profession, à l'intérieur de contraintes macro réglementaires.

La France possède en conséquence un réseau de sociétés d'assurance maladie complémentaire (plus de trois cents), à but lucratif et sans but lucratif, qui complète le financement public de la santé. L'importance relative de l'assurance complémentaire s'élargit : de 31% de la population qu'elle représentait en 1960, elle est passée à plus de 85% en 2001. L'assurance

complémentaire finance près de 12% des dépenses nationales⁴¹. Son rôle devrait encore s'élargir suite aux mesures et réformes prises en 2004 dans le cadre de la loi sur la réforme de l'Assurance maladie.

C'est le négociateur public qui négocie les barèmes des différents traitements avec les associations de médecins, mais ce sont les usagers, au moment de la visite chez le médecin qui acquittent *l'avance de frais*. L'assurance maladie rembourse par la suite le patient d'une portion du coût qui varie selon le traitement reçu. Environ le quart des médecins prélèvent un tarif supérieur aux honoraires prévus par la convention. Le remboursement se calcule cependant sur le barème de la convention, non pas sur le déboursé effectif. Dans de nombreux cas, comme les couronnes dentaires ou les lunettes, certaines "bonnes mutuelles" remboursent jusqu'à 300% du barème. Les médicaments d'ordonnance qui appartiennent au formulaire sont remboursés à 65 %, sauf pour quelques 600 d'entre eux pour lesquels l'assurance publique n'assume plus que 35 % depuis 2003. La formule fondée sur le remboursement offre sur la prise en charge intégrale directe par le trésor public le minime avantage d'inciter les bénéficiaires à mieux prendre conscience des coûts associés aux soins.

Le régime prévoit quelques exceptions à cette forme de co-assurance, en fonction de la condition médicale du patient, de son âge, de son revenu. Dans le cas d'une trentaine de diagnostics - dont le diabète, le cancer et le sida - le traitement est entièrement exonéré du ticket modérateur. Les pensionnés invalides et les femmes enceintes bénéficient également du remboursement intégral de leurs frais. Les dix pour cent de patients qui appartiennent à la tranche inférieure de revenu jouissent aussi de la gratuité.

Du côté de la production des services, par opposition à leur financement, elle est, en France comme dans plus de la moitié des pays de l'OCDE, formellement partagée entre l'entreprise privée (médecins et cliniques médicales, quelques hôpitaux et les médicaments) et publique (hôpitaux). Contrairement aux systèmes les plus radicaux, par exemple celui du Canada,

⁴¹ - Il n'est pas sans intérêt de souligner que la franchise traditionnellement assumée par les assurés Américains auprès des assureurs privés ne dépasse guère les 13% du budget de santé aux États-Unis. Par contre la part des dépenses portée par les assureurs privés aux États-Unis l'emporte de loin sur celle des sociétés françaises : 35% des dépenses plutôt que 12% en France.

l'assurance et la production privée ne sont pas interdites. Les patients peuvent choisir d'obtenir leurs services d'un fournisseur public ou privé, et ils le font allègrement puisque le remboursement est le même. Le trésor public reste la source de financement dominante, mais les hôpitaux privés comptent pour le quart des lits (près de la moitié en Allemagne). Les institutions hospitalières à but lucratif, peu nombreuses, occupent généralement des créneaux particuliers de services (surtout en obstétrique et en orthopédie).

Les médecins autonomes dominent le secteur des soins ambulatoires. Les patients jouissent de la liberté de choisir leur médecin, nonobstant les nombreuses réserves énumérées plus haut quant à la capacité globale du système et à la rémunération des professionnels de la santé. Il n'existe que peu de contrôle qualitatif de l'accès aux soins, que ce soit du côté du médecin ou de celui du patient. L'accès direct aux spécialistes y est acquis, bien qu'on tente aujourd'hui de le freiner par exemple par la règle du « médecin traitant » instaurée dans le cadre de la loi de 2004⁴².

Les Français sont habitués à recevoir les soins au moment où ils en expriment le besoin et ne concevraient pas qu'il puisse en aller autrement, comme c'est le cas avec les longues files d'attente qu'on observe en Grande-Bretagne, au Canada et ailleurs. Le principe de la rémunération à l'acte est sauvegardé, et la confidentialité médicale y est préservée. La liberté du diagnostic et de la prescription est garantie au docteur.

3.2 Supériorité sur le strict monopole public

C'est finalement l'exutoire du régime parallèle qui sauve le régime bureaucratique de l'utopie étatiste. Le fait est que c'est dans les pays qui font le moins de place au privé que les listes d'attente sont les plus longues, que les déficiences sont les plus visibles. On observe cette réalité au Canada, en Grande-Bretagne et, avant les récentes réformes des dernières années, en Suède. Les pays qui obtiennent les meilleurs résultats - parmi lesquels la France, la Suède, le Japon et l'Australie - sont aussi ceux qui présentent les mêmes caractéristiques suivantes : ils font payer les patients (même si ce n'est que très partiellement); ils retiennent le recours à une offre privée même pour

⁴² - voir note 22.

des services financés par l'État; et ils n'hésitent pas à faire appel aux services de sociétés à but lucratif.

L'évolution récente de la Suède est à ce titre fort intéressante. L'expansion fulgurante des budgets dans les années 70, puis leur compression non moins spectaculaire dans les années 80, combinées à un vieillissement de la population particulièrement marqué, avaient entraîné l'apparition d'un phénomène inexorable d'allongement des files d'attente. Dans les années 90, la Suède a choisi de réagir en offrant au public le moyen de connaître la longueur des files d'attentes régionales grâce à Internet, et en donnant une plus grande place à la concurrence. Depuis lors l'État achète, mais ne produit pas nécessairement tous les services. Les Suédois peuvent désormais rendre visite au médecin de leur choix, souscrire à l'assurance qu'ils désirent, ou se rendre dans un hôpital privé plutôt que public en contrepartie du paiement d'un ticket modérateur⁴³. On constate que la longueur des files d'attente y a sérieusement diminué. Mais aussi que les employés du secteur de la santé y ont trouvé leur compte grâce à des salaires plus élevés, et qu'ils disent eux-mêmes éprouver désormais une plus grande satisfaction dans leur travail.

3.3 Ticket modérateur, prix politique

Le prix est à la fois la mesure de la valeur que les consommateurs attachent à un service et l'aiguillon qui amène les offreurs à investir, à innover, et à se régler sur les vraies préférences de la population. Le principe de la co-assurance a pour effet, non seulement de susciter une plus grande parcimonie chez le patient, mais aussi d'entraîner une injection de ressources supplémentaires dans le système qui ne s'observerait pas si le financement restait exclusivement public. Il serait naïf, par contre, d'y voir la restauration d'un contexte de marché authentique. La portion à la charge des patients reste marginale, comparée aux trois-quarts du budget global de santé directement assumés par l'assurance publique. D'autant que la multiplication des exonérations réduit l'impact de cet instrument. Le rapport de la Cour des Comptes fait à cet égard état de ce que 85% des patients hospitalisés restent exonérés du ticket modérateur, et environ 50% du forfait journalier. Pour 80%

⁴³ - The Fraser Institute, Health Care Waiting List Initiatives in Sweden et The Swedish Health Care System: Recent Reforms, Problems, and Opportunities, Vancouver, 2003.

des Français, le budget qui reste à leur charge, avant la couverture complémentaire, ne dépasse pas 185 euros par an⁴⁴. Le « reste à charge » pour les 20% d'autres ménages résiduels s'élève à 900 euros.

Le ticket modérateur aide à une certaine prise de conscience des consommateurs, mais, dans sa modalité française, il ne change pas grand-chose aux incitations à rebours dont sont victimes les offreurs régis par des barèmes uniformes établis par l'autorité centrale. Il ne contribue que peu à restaurer les vertus de la concurrence, de l'efficacité et de l'innovation, dans la mesure où la structure de l'industrie et sa capacité restent déterminées par des décisions centrales. La question se pose donc : pourquoi s'en tenir à des mécanismes imparfaits, à des ersatz du véritable mécanisme qu'on cherche à imiter, le marché ?

Le mécanisme de la tarification partielle repose sur une simplification extrême de la théorie économique. À la racine de cette démarche simplificatrice, on trouve l'inspiration d'une méthodologie séculaire: la tradition économique néo-classique conventionnelle (dite marshallienne). Cette approche repose sur la représentation théorique d'une économie statique où, comme des comptables, les producteurs, tous offreurs de biens et services identiques, se régleraient passivement sur un prix imposé de l'extérieur. Dans une telle situation, le marché est naturellement conduit vers un équilibre formel où l'on n'observe directement plus aucune pénurie ni excédent. Mais ce modèle, compatible avec la présence d'un planificateur central qui se réserverait de définir le budget global de dépenses ainsi que sa répartition entre grandes fonctions, ne laisse aucune place à l'innovation. Le marché y est réduit à une procédure mécanique purement abstraite et théorique où les acteurs privés sont en fait soustraits à l'obligation d'identifier l'évolution des besoins, de la technologie, des coûts.

Le contraste entre le régime de santé français d'une part, et les systèmes canadien et britannique d'autre part est une belle illustration de cette problématique. La tarification partielle de l'usager et l'insertion d'une initiative privée circonscrite valent à la France de faire l'économie des files d'attente vécues par les patients britanniques et canadiens. En un sens, l'offre et la demande y sont en "équilibre statique", comme dans l'univers de représentation des économistes néo-classiques. Mais, dans les trois pays, le régime de santé public centralisé aboutit au même résultat d'exclure du fonctionnement du marché toute logique dynamique d'entreprise innovante.

⁴⁴ - *Haut Conseil* 2004, p. 11.

Par construction la vision étatiste de la santé exclut les dimensions dynamiques de l'économie et de la croissance mises en avant par les auteurs libéraux comme Frédéric Bastiat, Ludwig von Mises, Friedrich Hayek, Israël Kirzner... pour expliquer la croissance moderne du niveau de vie dans les pays dits industrialisés.

A l'inverse, la pensée dominante reste fondée sur la chimère d'une société où ce serait l'Etat lui-même qui assumerait cette fonction d'entrepreneur. Mais l'État ne peut jamais être qu'un mauvais capitaliste, un mauvais entrepreneur. Par sa logique même, il est incapable de s'engager dans un processus dit de « destruction créatrice », essentiel à la croissance et à l'innovation dans une industrie comme la santé soumise à des évolutions sociologiques et technologiques accélérées. Les vrais capitalistes entrepreneurs ne sont pas à l'abri des erreurs, loin de là. Ce qui les distingue cependant, est qu'ils s'emploient à alimenter les projets prometteurs et fructueux pour les faire grandir et prospérer, tandis qu'ils retirent leur capital des initiatives qui s'avèrent malheureuses. Ils injectent en moyenne quatre fois plus de capital dans les initiatives qui réussissent que dans les projets qui tournent mal. L'appareil politico bureaucratique, lui, confond création d'emplois et création de richesses.

L'étatisme relève de ce que le lauréat du prix Nobel, Frierich A. Hayek, appelait *l'illusion fatale* : la prétention cartésienne d'imaginer qu'une organisation centrale, fût-elle démocratique, soit capable d'obtenir toute l'information nécessaire pour intégrer les milliards de relations nécessaires au bon fonctionnement d'un marché efficace; la prétention de croire qu'on peut, par des directives centrales adressées à des administrateurs, reproduire le dynamisme de l'entreprise novatrice. Les inventeurs, les innovateurs, les entrepreneurs n'ont a priori pas leur place dans un tel schéma. Ce faisant on a banni de l'industrie de la santé le processus de « destruction créatrice » qui caractérise les économies dynamiques. Le système attend de ses administrateurs qu'ils gèrent le rationnement à la façon de l'ex-Union Soviétique. On y a supprimé les choix individuels et l'esprit d'entreprise. On y a également supprimé le profit qui est la récompense de l'innovation. On a écarté le capital privé et on a, ensuite, déploré que le régime de santé manque d'argent et d'investissement, et qu'il ne soit plus novateur.

4. Bilan du régime

Depuis le célèbre rapport 2001 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le système de santé français bénéficie dans l'opinion publique internationale d'une image plutôt favorable. Les journalistes en retiennent que l'espérance de vie, en particulier celle des femmes, est plus élevée en France que dans les autres pays comparables. Que les délais d'attente chez les spécialistes et dans les hôpitaux y sont plus courts. Que les médecins, relativement plus nombreux qu'ailleurs, n'hésitent pas à y faire des visites à domicile, même la nuit et durant les week-ends, et répondent au téléphone jour et nuit. Qu'on peut y obtenir une visite chez son médecin le jour où on prend rendez-vous... Vue de l'étranger la population française semble animée par une quasi obsession d'accès immédiat aux soins. A l'intérieur des contraintes de capacité imposées par les budgets publics et les réglementations, la liberté de choix dont elle bénéficie, bien qu'encadrée, apparaît bien réelle. Les équipes médicales d'urgence peuvent transporter leurs patients à l'hôpital sans avoir à souffrir de délais coûteux. La durée des séjours à l'hôpital dépasse la plupart des pratiques retenues ailleurs. Globalement le système médical français bénéficie d'une réputation enviée pour le caractère personnel des soins qui y sont dispensés. Les médecins rendent encore visite aux familles et connaissent intimement leurs cas.

Cette réputation est-elle justifiée ? ou bien est-elle usurpée ? Qu'en est-il dans la réalité des performances du système de santé français ? Voici quelques éléments comparatifs inspirés principalement de travaux reconnus sur la question, publiés respectivement par l'Institut Fraser (Vancouver, Canada)⁴⁵ et par l'Organisation mondiale de la Santé. Quelques travaux français compléteront le tableau.

⁴⁵ - N. Esmail et M. Walker, « An International Comparison of Health Care Systems », *Fraser Forum*, août 2002. L'étude de l'Institut Fraser est strictement comparative et porte sur les pays de l'OCDE qui ont implanté un régime public universel, ce qui exclut donc la comparaison avec le régime américain.

4.1 Budget de santé en France et dans les pays de l'OCDE

Combien dépense la France en regard des pays industrialisés semblables, et qui sont régis par un régime de soins de même nature? En chiffres bruts, les dépenses de santé atteignaient à peine 4% du PIB en 1960, s'élevaient à 7,6% en 1980, pour atteindre les 8,9% en 2002. C'est même en France que les dépenses augmentent le plus rapidement en Europe depuis la fin des années 1960.

Pour se faire une idée plus précise de la situation relative de la France, il faut cependant tenir compte de ce que l'âge d'une population constitue l'un des premiers éléments déterminants de tout budget de santé. A 15,8% en France, la part de la population de plus de 64 ans s'inscrit à peu près au milieu de la distribution des pays de l'Union Européenne (11,3% en Irlande, 17,8 en Italie). Pour comparer les pays entre eux, il faut donc pour ainsi dire "normaliser" leur population en fonction de l'âge. Cette opération effectuée, on découvre que la France vient au sixième rang des pays de l'OCDE en matière de dépenses de santé, mais au troisième rang des pays européens, derrière la Suisse et l'Allemagne (cf Tableau 1) Par rapport à l'ensemble des pays industrialisés, et à l'intérieur de l'Europe, la France est donc l'un des pays qui dépense le plus en frais de santé par tête (plus de 2 000 euros), et qui affecte la part la plus élevée de son produit intérieur brut (10,1 %) aux services de santé⁴⁶.

⁴⁶ - Rappelons au passage que les Américains dépensent 4 000 euros par habitant. Avant normalisation, les budgets atteignaient 9,4% du PIB français, le taux le plus élevé en Europe après l'Allemagne l'an dernier. Il s'inscrivait à 6,8 % du PIB en 1980, à 8,1 % en 90, et à 8,8 % en 97.

Tableau 1: Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE dotés d'un régime public universel, (% du PIB), Age normalisé

Canada	11.7	Grèce	8.8
Suisse	11.5	République Tchèque	8.6
Allemagne	11.3	Pologne	8.2
Australie	10.9	Slovaquie	8.0
Nouvelle-Zélande	10.6	Espagne	7.9
France	10.1	Suède (1998)	7.9
Hollande	9.8	Finlande	7.7
Danemark	9.4	Hongrie	7.7
Irlande	9.4	Italie	7.7
Norvège	9.2	Japon	7.6
Portugal	9.2	Royaume-Uni	7.6
Belgique	8.9	Luxembourg	6.9
Autriche	8.8		

Source: OCDE, 2002; calcul Institut Fraser.

4.2 Bilan

Il s'avère plus facile de calculer le coût des services que les résultats obtenus à partir de ces intrants. La raison en est qu'une variété de conditions sociales, économiques et culturelles affecte la santé et la mortalité plus directement que les seules caractéristiques du régime de santé. Par exemple il n'y pas grand-chose que la médecine puisse faire pour changer le taux des accidents de la route ou le nombre d'homicides. C'est pourtant ce qui explique pour une large part la faible espérance de vie relative des Américains par rapport aux autres pays, et, dans une moindre mesure, des hommes en France. Si paradoxal que cela puisse paraître, on peut même identifier des circonstances où la relation entre la qualité du système médical et certains indicateurs de santé serait plutôt négative. C'est le cas du taux de mortalité infantile aux Etats-Unis, qui est l'un des plus élevés parmi les pays avancés, et que l'on associe à l'utilisation de techniques de fertilisation souvent plus exotiques les unes que les autres, responsables de naissances multiples, et auxquelles accèdent aujourd'hui un nombre croissant de femmes de plus de 35 ans. En conséquence la mortalité infantile a pour ainsi dire perdu sa signification comme mesure de performance du système. Nous distinguerons néanmoins sept indicateurs de

performance, qui concernent, pour quatre d'entre eux, le degré d'accès aux technologies de pointe,et, pour les trois autres, les résultats obtenus.

4.3 Accès aux technologies médicales

Au sixième rang des pays de l'OCDE en matière de dépenses, la France affiche une performance relativement piètre en ce qui a trait à l'accès aux technologies les plus avancées. Elle occupe le 15^e rang (sur 24) pour le nombre d'appareils de scintigraphie par résonance magnétique, le 13^e pour l'accès aux appareils de tomodensitométrie, le 6^e pour ce qui est du nombre d'appareils de thérapie par radiation et le 11^e pour l'accès aux appareils de lithotripsie (Tableau 2). S'il est un domaine où le régime laisse à désirer, c'est bien celui du traitement et du diagnostic par appareils de haute technologie.

Tableau 2: Technologies médicales dans les pays de l'OCDE (2000)

Pays	<u>Scintigraphie</u> appareils par million d'habitants et rang		<u>Tomodensitométrie</u> appareils par million d'habitants et rang		<u>Thérapie par radiation</u> appareils par million d'habitants et rang		<u>Lithotripsie</u> appareils par million d'habitants et rang	
Australie	4,7	11	-	-	4,9	11	-	-
Autriche	10,8	4	25,8	2	4,2	14	1,7	8
Belgique	3,2	14	-	-	6,4	9	-	-
Canada	2,5	18	7,3	17	7,0	8	0,5	13
Rép. Tchèque	1,7	19	9,6	13	9,8	5	2,8	5
Danemark	6,6	8	10,9	12	5,2	10	-	-
Finlande	11,0	3	13,5	9	14,3	1	0,4	14
France	2,8	15	9,6	13	7,2	6	0,9	11
Allemagne	6,2	9	17,1	13	7,2	6	0,9	11
Grèce	1,5	20	7,8	16	4,2	14	3,0	4
Hongrie	1,5	20	5,4	19	2,0	20	4,8	1
Italie	6,7	7	19,6	5	3,7	17	-	-
Japon	23,2	1	84,4	1	-	-	-	-
Luxembourg	4,6	12	25,1	3	2,3	19	2,3	6
Hollande	-	-	-	-	7,2	6	-	-
Nouv. Zélande	2,6	17	8,9	15	9,9	4	-	-
Pologne	0,4	22	0,4	22	-	-	-	-
Portugal	2,8	15	12,3	10	2,9	18	1,2	10
Slovaquie	0,4	22	0,6	21	1,3	22	0,6	12
Espagne	4,9	10	12,2	11	3,8	16	1,8	7
Suède	7,9	6	14,2	8	-	-	-	-
Suisse	13,0	2	18,5	6	11,2	3	3,9	2
Royaume-Uni	3,9	13	3,6	20	4,8	12	-	-
Moyenne OCDE	5,8	-	15,2	-	6,0	-	2,1	-

Source OCDE, 2002, OCDE, 2001, compilé par Fraser Institute.

4.4 Espérance de vie sans invalidités, années perdues aux maladies curables, mortalité par le cancer du sein

Il n'est pas facile d'établir une évaluation rigoureuse des résultats obtenus en matière de santé générale. Le Tableau 3 fournit quand même quelques indices qui permettent d'établir un diagnostic approximatif. Les principaux travaux sur la question conduisent à la conclusion que, en gros, l'état sanitaire de la population française n'est pas meilleur que celui des autres pays industrialisés.

Pour occuper le sixième rang en matière de dépenses (le troisième en Europe), la France se classe au premier rang pour l'espérance de vie en santé chez les femmes, au huitième rang pour le nombre d'années perdues aux maladies curables, et au cinquième rang pour le taux de mortalité par cancer du sein. Ces deux derniers indices sont à souligner parce qu'ils sont les plus sensibles à la qualité du système de soins plutôt qu'aux conditions culturelles et sociales générales.

Au total, on peut dire que la France ne fait pas mauvaise figure. Mais elle n'occupe pas de manière incontestable le premier rang que lui assigne le fameux rapport de l'Organisation mondiale de la Santé. Compte tenu de ce que son budget global de santé est l'un des plus élevés des pays industriels, le score n'est pas éclatant, bien que pas médiocre non plus.

Tableau 3

	Espérance de vie sans invalidités/ espérance de vie, rang en 1999	Nombre d'années perdues aux maladies curables, rang en 1998	Mortalité par cancer du sein, rang en 2000
Australie	2	6	3
Autriche	8	14	16
Belgique	7	19	11
Canada	10	7	6
Rép. Tchèque	18	23	24
Danemark	20	18	15
Finlande	15	9	2
France	1	8	5
Allemagne	20	13	12
Grèce		17	17
Hongrie	19	26	22
Irlande	16	21	20
Italie		10	10
Japon	4	2	4
Luxembourg	13	12	14
Hollande	6	11	8
Nelle Zélande	24	15	9
Norvège	12	5	7
Pologne	22	25	24
Portugal	10	22	13
Slovaquie	13	24	25
Espagne	4	16	23
Suède	8	1	1
Suisse	16	3	19

Ce bilan concorde avec les résultats obtenus par les analystes du régime français⁴⁷. L'état de santé de la population française est moyen, bien qu'elle affecte une part relativement supérieure de sa richesse aux soins. Placée en tête du classement par Rupprecht et Majnoni d'Intignano pour l'espérance de vie des femmes, le taux de mortalité infantile et la mortalité par maladies cérébro-vasculaires, par cancer du sein et de l'utérus, la France occupe le dernier rang des quatre principaux pays européens en matière de mortalité par le SIDA, par les maladies infectieuses, et en matière d'années de vie potentielles perdues. Son dossier n'est pas non plus des plus reluisants en matière de décès périnataux, et des suites d'effets adverses des agents thérapeutiques. De nombreux observateurs soulignent le faible souci apparent des Français à l'égard des comportements risqués comme l'alcoolisme, le tabagisme et l'imprudence au volant et au travail. Ils imputent à ces facteurs l'écart prononcé (8 ans) qui distingue l'espérance de vie des femmes de celle des hommes. Michel Mougeot conclue que : « La France dépense plus que ses partenaires européens pour des résultats sanitaires équivalents » (p. 16).

A toutes fins utiles, il n'est pas superflu de souligner que, selon les résultats du Fraser Institute, les six pays les plus performants en matière de pertes de vie par maladies curables laissent place à l'initiative privée dans la production, comme dans l'assurance; qu'ils recourent aussi tous les six à des formes de tarification individuelle des patients. Pour quatre d'entre eux, le budget global de santé s'inscrit à des niveaux inférieurs à celui de la France. Les neuf pays où l'espérance de vie sans invalidités est la plus élevée bénéficient aussi d'un régime parallèle de services en concurrence avec le secteur public. Les deux tiers d'entre eux organisent une forme de partage direct des coûts avec les patients. En ce concerne les résultats obtenus en matière de traitement du cancer du sein, trois des quatre pays qui font mieux que la France affectent une part moindre de leur PIB aux services de santé. Les cinq pays du monde industrialisé en tête du peloton réservent une place au régime parallèle et recourent à la tarification.

⁴⁷ - F. Rupprecht, « Évaluation de l'efficacité du système de soins français »; B. Majnoni d'Intignano, « La performance qualitative du système de santé français », D. Henriot et J.-C. Rochet, "Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé", dans Michel Mougeot, *Régulation du système de santé*, Rapport du Conseil d'analyse économique du Premier Ministre, La Documentation française, Paris 1999

En résumé, la France obtient un score convenable qui, compte tenu de ce qu'elle occupe le haut de l'échelle des dépenses de santé, la rend comparable, sans plus, aux autres pays de l'OCDE dotés d'un régime universel public.

4.5 Inégalités sociales et régionales

Comme tous les régimes à prédominance publique, la France offre un degré d'accès aux services à peu près généralisé. Cette caractéristique, qui sert de principal fondement à la foi dans la responsabilité publique plutôt qu'individuelle, conduit toutefois à des résultats qui ne sont pas tout à fait ceux que laisserait attendre la vision conventionnelle.

Les inégalités sociales et régionales se perpétuent et se consolident même, aussi bien en matière d'accès que de résultats obtenus. Après plus de 50 ans d'existence, la Sécurité Sociale ne les a pas fait disparaître, et de nouvelles zones d'inégalité apparaissent. C'est en France par exemple que l'écart de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes est le plus élevé de tous les pays de l'OCDE. On note que la consommation de soins par les couches sociales les plus modestes a diminué en France depuis 1980, contrairement au reste de la population⁴⁸. Si la progression de l'espérance de vie globale se poursuit depuis des décennies, on n'en observe pas moins qu'elle était de plus de 78 ans en 1990 dans les départements du Sud-Ouest, tandis qu'elle n'atteignait que 74 ans environ dans les départements du Nord ou du Pas-de-Calais. Il s'agit d'un écart considérable. Les Français les moins favorisés, même bien couverts sur le plan assurantiel, ont une consommation médicale nettement inférieure à la moyenne, et leur état de santé global est moins bon. Le taux de mortalité à âge égal varie ainsi du simple au double entre les catégories sociales les plus exposées (les ouvriers) et celles qui le sont le moins (les cadres)⁴⁹. Cet écart – l'un des plus importants d'Europe – semble même se creuser, l'espérance de vie progressant plus rapidement dans les milieux favorisés.

La répartition de l'accès aux ressources médicales dans le pays reste elle aussi inégale, bien que ce soit la finalité centrale généralement attachée au socialisme

⁴⁸ - P. Mormiche, « L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991 », *Économie et Statistiques*, no 282, 1995, pp. 3-19,

⁴⁹ - CREDES, *Santé, soins et protection sociale en 1995*, no 1162, 1996.

de la santé. La mission première donnée aux Agences régionales d'hospitalisation (ARH) lors de leur création en 1996 était explicitement de réduire les inégalités régionales en matière de santé. Or on constate que la Sécurité sociale continue de dépenser 40% de plus par unité d'activité à Paris qu'en Auvergne - l'activité étant définie par le traitement homogénéisé en vertu des Programmes médicalisés des Systèmes d'information (PMSI). Même à l'intérieur des régions, les disparités sont énormes entre les hôpitaux financés le plus libéralement et leurs voisins moins choyés. Par exemple, vers la fin des années 1990, l'accouchement sans complications coûtait 12 880 francs en Auvergne et 17 900 francs à Paris. Le nombre de lits par mille habitants en chirurgie obstétrique allait de 3,75 en Poitou-Charente en 1992 à 6,23 en Alsace⁵⁰. L'enveloppe régionale par habitant hospitalisable variait en 1999 de 23 000 francs en Poitou-Charente à 39 000 en Ile-de-France (63% d'écart).

On observe des écarts du même ordre dans la distribution des équipements lourds et des appareils de haute technologie, de même qu'en ce qui concerne le nombre de praticiens : 117 obstétriciens pour 10 000 naissances en Ile-de-France et 52 en Champagne-Ardenne, 62 radiologues par million d'habitants dans le Limousin et 173 en Ile-de-France. Sans trop exagérer, on peut dire qu'en ce qui concerne l'offre de services de santé le territoire français se divise en gros en deux zones : d'un côté, l'Ile-de-France, excédentaire en terme de budget et d'offre de soins; de l'autre, le reste du pays. Le Nord manque de médecins. La couverture hospitalière en milieu rural est manifestement inférieure à celle des régions urbaines. Il y a presque deux fois plus de médecins généralistes dans l'Hérault ou les Alpes-Maritimes (plus de 13 pour 10 000 habitants) que dans l'Ain (7,4), dans la Loire (7,4) ou dans le Rhône (7,5). Pour ce qui est des médecins spécialistes, l'écart est encore plus grand et va de un à trois : plus de 15 spécialistes pour 10 000 habitants dans les Bouches-du- Rhône, moins de 4 dans la Meuse. De la même façon, l'institution des ARH n'a pas davantage contribué à faire converger les tarifs des cliniques, qui peuvent varier du simple au double dans la même rue. Les taux de souscription à des assurances complémentaires affichent également d'importantes variations entre catégories professionnelles et couches de revenus. Les prix versés aux hôpitaux se caractérisent par d'importants écarts, qui se répercutent ensuite sur le montant du ticket modérateur en raison notamment des interprétations variables données aux règles d'exonération.

⁵⁰ - Chiffres cités par Mougeot, *op. cit.*, p. 20.

Le recours au médecin continue de varier sensiblement selon le milieu social, et donc le niveau de revenu. Les employés et les membres des professions libérales consomment 25 % de plus de soins médicaux que les commerçants et artisans⁵¹. Le nombre de séances chez le dentiste, par année et par habitant, est de 30% supérieur à la moyenne chez les cadres, et de 15% inférieur chez les ouvriers. Par ailleurs, les ouvriers fréquentent plus les hôpitaux que les cadres. Les gens qui disent avoir renoncé aux soins pour cause de remboursement insuffisant (16,5% de l'ensemble de la population) sont un peu plus nombreux chez les chômeurs que chez les actifs, parmi les revenus les plus bas (ouvriers 18%) que chez les revenus supérieurs (cadres supérieurs : 11,2%).

Ces chiffres prouvent à l'évidence qu'il ne suffit pas de doter la population d'une bonne couverture maladie – obligatoire et complémentaire – pour faire disparaître les disparités dans l'accès aux soins, non plus que les inégalités devant la maladie et la mort. De quelque façon, c'est le niveau de vie qui s'avère le garant le plus sûr du bon état de santé et de l'espérance de vie.

On peut cependant même aller plus loin et penser - comme nous l'évoquerons plus loin de manière plus détaillée - que ces régimes de santé fondés sur le rationnement public contiennent en leur sein une logique interne qui contribue à l'entretien, et peut être même au développement, de ces inégalités, par rapport à ce qui se passerait avec des systèmes de nature plus ouvertement concurrentielle.

4.6 Le régime français vu par l'Organisation mondiale de la Santé

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé publiait un rapport qui rangeait les 191 membres qui la composent selon la qualité des soins de santé offerts à leur population⁵². Le rapport classe la France au premier rang de tous les pays pour l'ensemble des soins qu'on y prodigue. (Tableau 4). L'accès aux services y est jugé supérieur à celui de nombreux pays dotés d'un régime public. Les États-Unis viennent au 37^e rang, 15 rangs derrière la Colombie, et même loin derrière la plupart des pays européens.

⁵¹ - Résultats résumés dans Mougeot, *op. cit.*, p. 28.

⁵² - Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, Annexe statistique, pp. 152-155, 21, juin 2001.

Tableau 4. Comparaison France États-Unis (rang)

Espérance de vie sans invalidités		Distribution de la santé dans la population		Adaptation aux changements		Dépenses de santé par habitant	
F	USA	F	USA	F	USA	F	USA
3ème	24ème	12ème	32ème	16ème	1er	4ème	1er
Source : OMS.							

Nonobstant le classement de l’OMS, il ne viendrait à l’esprit de personne de penser que les États-Unis puissent jouir d’un régime de santé inférieur au Salvador, ou à la République Centrafricaine. Et lorsque l’OMS nous annonce que la Colombie possède un meilleur système que les Américains, on commence à froncer les sourcils. Serait-ce que la Colombie jouit d’une espérance de vie en santé plus longue ? Non pas. Serait-ce que l’Américain moyen préférerait tomber malade en Colombie plutôt que chez lui ? Encore moins. Le jugement surprenant de l’OMS découle plutôt de ce que l’organisme retient une mixture bizarre de critères d’évaluation qui va de l’espérance de vie à la distribution des ressources médicales, en passant par la place de la médecine préventive, le port de la ceinture de sécurité et le nombre d’inscriptions de filles à l’école.

Bon nombre de ces critères n’ont pas grand-chose à voir avec ce qu’on associe généralement à un bon régime de santé. C’est ainsi que lorsqu’on retient les mesures de performance les plus sensibles à la qualité des services de santé plutôt qu’aux conditions socio-culturelles, les Américains l’emportent sur tous les pays d’Europe. C’est le cas en particulier du taux de survie au-delà de cinq ans pour différents types de cancer⁵³. De même, lorsqu’on élimine la mortalité attribuable aux accidents et aux homicides, en retenant comme critère l’espérance de vie en bonne santé après soixante ans, la contre-performance du régime américain disparaît presque totalement.

⁵³ - R. L. Ohsfeldt, « If the « Business Model » of Medicine is Sick, What’s the Diagnosis, and What’s the Cure? », *The Independent Review*, vol.VIII, automne 2003, p. 274.

Mais c'est dans sa préférence manifeste pour le critère d'équité (*fairness*), aux dépens des soins eux-mêmes, que l'OMS affiche le plus clairement ses couleurs. L'organisme définit l'équité par le mode de financement et de prestation des services. Spécifiquement, un régime est jugé parfaitement équitable s'il distribue les services de santé de façon rigoureusement égalitaire et uniforme à travers toute la population. Toutes les dimensions du service seraient idéalement réparties également...sauf le financement. À cet égard, l'équité commande, y lit-on, que les riches contribuent une part plus large que les autres. Et la France et Cuba reçoivent les louanges des analystes pour le mécanisme retenu par eux en matière de financement.

Pour appréhender un peu mieux le concept d'équité retenu, on peut faire l'exercice mental suivant. Supposez que la moitié de la population victime de déficiences cardiaques en Colombie meure prématurément par suite de l'absence de traitement approprié. Supposez maintenant qu'en France, en vertu de la disponibilité de bons services médicaux, seulement le dixième de la proportion colombienne souffre de mort prématurée par la même cause. En vertu de la logique de l'OMS, la Colombie jouirait d'un régime supérieur, du fait que le grand nombre y est davantage "également victime" des lacunes du système.

Comme quoi l'équité entendue dans son sens conventionnel, n'est pas une dimension essentielle d'un régime de santé. Sauf pour les envieux pathologiques, c'est une piètre consolation de savoir que son voisin reçoit lui aussi un traitement médical médiocre. La valeur absolue du service qu'on obtient est plus importante pour vous et moi que sa valeur relative. Derrière le choix des critères retenus se profile donc une finalité suspecte. La « justice sociale » impose l'inconfort généralisé. Même les gens à l'aise préféreraient la justice au confort. Même si les moins fortunés y perdent en confort et en qualité, de savoir que les riches sont aussi victimes du même sort servirait à nous réconcilier avec les déficiences du régime

Il y a plus. La notion d'équité est néfaste au progrès et à l'innovation, en matière de santé comme dans tous les autres domaines. Comme il s'avère impossible d'introduire simultanément et uniformément partout les nouveaux produits, les nouvelles méthodes, la plupart des innovations sont d'abord offertes aux gens qui en ont les moyens, pour se diffuser ultérieurement à l'ensemble de la population. Ce fut effectivement le cas des médicaments anti

sida, d'abord réservés aux « riches », mais dont les bienfaits ont vite débordé sur les moins bien nantis.

La perspective technocratique de l'OMS s'exprime aussi dans la prédilection qu'elle affiche en faveur des réglementations, qui, dans une perspective de responsabilisation individuelle, devraient plutôt être jugées infantilisantes. On songe entre autres à l'imposition du port de la ceinture de sécurité et aux consignes d'alimentation contre les substances sucrées, grasses et salées. Elle s'exprime non moins arbitrairement dans la mesure que l'OMS retient pour mesurer l'effort respectif des pays en matière de services de santé. Son critère de mesure est « la part du budget public de santé dans l'ensemble du budget public ». Sommes-nous plus avancés de savoir que la France consacre une part plus large de son budget aux services de santé que le gouvernement Rwandais ? Si le gouvernement français s'avisait de doubler les sommes qu'il affecte à la voirie ou à la défense, le score de la France en matière de santé tomberait dans une proportion semblable.

C'est à se demander si l'OMS ne trahit pas sa mission en s'aventurant sur le terrain idéologique de l'équité et de la santé par l'État. Il faut dire que ce n'est pas la première fois que l'OMS formule des jugements « politiques » plutôt que scientifiques sur la santé. Elle perçoit même la méthodologie scientifique et rigoureuse comme une nuisance pour la promotion de la santé, parce que, selon elle, la rigueur générerait l'impact de la propagande, à utiliser sans restriction lorsqu'il s'agit de diffuser l'information sanitaire. Ses campagnes fanatiques – qu'il s'agisse de lutter contre le tabac⁵⁴, de stigmatiser Toronto comme étant une ville assaillie par la pneumonie atypique alors que 300 millions de personnes souffrent de la malaria, de décider des « styles de vie » à imposer de façon impérialiste – ne manquent pas de cacher des finalités suspectes⁵⁵.

⁵⁴ - cf. le livre de B. Deveaud and B. Lemennicier, 1994 : *Tabac, histoire d'une imposture*, Grancher, Paris.

⁵⁵ - voir B. Deveaud and B. Lemennicier, 1997 *L'OMS : bateau ivre de la santé publique*, L'Harmattan, Paris.

5. Faux arguments contre le marché de la santé

Le marché est le reflet puissant des valeurs sociales et il réalise cette finalité en suscitant le progrès économique, seul garant ultime de la santé. Le marché n'est sous le contrôle de personne. Il n'est pas une force abstraite, distincte des individus engagés dans l'échange. Le marché, à la différence de l'État, c'est nous. Et tous ces biens et services qu'on veut soustraire à ce mécanisme ne sont que des objets d'échange que nous produisons et échangeons volontairement contre d'autres objets que nos voisins ont produits. Il est l'instrument par lequel les millions d'individus libres que nous sommes exprimons nos besoins, non pas les besoins que d'autres nous imputent. Le marché est en somme une force de la nature, qui exprime le souci qu'ont tous les humains de se réaliser et d'améliorer leur sort. La dispersion des centres de décision à travers la multiplicité des entreprises sert en même temps de contrainte à l'exercice du pouvoir étatique. Les entreprises autonomes d'assurance et de production de services constituent autant de « petites républiques » qui renforcent la société civile et servent de fondements au bon fonctionnement de la démocratie.

L'opinion largement la plus répandue parmi les économistes est pourtant que l'observation « d'imperfections » dans le fonctionnement du marché appellerait automatiquement l'intervention publique. Et comme toutes les institutions humaines sont imparfaites, l'appel aux correctifs étatiques s'imposerait donc partout - notamment et surtout dans le domaine de la santé.

Qu'en est-il exactement ? Si le marché est imparfait, l'Etat lui-même n'est pas nécessairement parfait. Il peut même être plus imparfait que le marché imparfait lorsque les règles du jeu et incitations en vigueur dans le secteur public conduisent les agents du processus politique (patients, médecins, hôpitaux et centres de santé, hommes politiques et fonctionnaires) à adopter des comportements inefficaces et antisociaux. Pour justifier le préjugé a priori en faveur du monopole public de la santé il faut donc aussi démontrer que là où le marché est supposé "défaillant" l'intervention publique fera nécessairement mieux; qu'elle sera elle-même moins imparfaite que ce que donneraient des solutions de marché libre. Cette analyse n'est jamais faite. Lorsqu'on l'entreprend, en reprenant point par point les différents arguments usuellement invoqués pour justifier l'abandon des procédures de marché en

matière de santé et leur remplacement par une tutelle planificatrice, on s'aperçoit que les réponses sont bien moins évidentes qu'on ne voudrait nous le faire croire. Le parti pris systématique en faveur d'un mode de régulation publique de la santé repose la plupart du temps sur des arguments biaisés et/ou incomplets dont une analyse rigoureuse permet de contester la validité, ou même la simple pertinence.

5.1 L'argument du risque moral

Le premier grief qu'on oppose généralement au marché - et à son corollaire, l'assurance santé privée - est que cela entraînerait automatiquement une surconsommation de biens et services médicaux. L'assurance allège, nous dit-on, le fardeau représenté pour les gens par la consommation de soins médicaux qui, sans elle, s'avéreraient excessivement lourds. Pour les producteurs, elle les rend plus profitables. La gratuité susciterait donc chez les classes moyennes une consommation accrue de services toujours plus coûteux. On désigne cette incidence par l'expression « risque moral ». Par ailleurs, il faut également tenir compte de ce que, en excluant généralement la valeur des primes d'assurance de la définition du revenu imposable, la fiscalité aggrave cet effet : l'épargne fiscale qui en résulte représente une énorme subvention qui aide les gens à acheter de préférence des assurance accompagnées d'une faible franchise. Les patients auraient donc tort de ne pas en profiter non seulement pour consommer davantage de soins et de médicaments, mais également pour exiger en permanence de la médecine qu'elle leur fournisse le *nec plus ultra* de ce que la science peut offrir.

Qu'il y ait une certaine relation entre « gratuité » et niveau de consommation n'est pas contestable. En revanche l'ampleur exacte de cette relation prête encore à discussion. Selon les travaux de la Rand Corporation, une baisse de un pour cent des déboursés s'accompagnerait d'une hausse de 0,2 pour cent de la consommation⁵⁶. De leur côté, des études du ministère de la santé américain confirment que les personnes âgées jouissant de l'assurance publique *Medicare* et qui acquièrent une assurance complémentaire par ce qu'on désigne comme le *Medigap*, dépensent en moyenne 28% de plus en frais médicaux.

⁵⁶ - menée par la *Rand Corporation* (Newhouse 1993 et Manning, Newhouse, Duan 1987) de 1971 à 1982, et mise à jour par Eichner 1997).

Cela dit, le vrai problème n'est pas là. Il est de connaître dans quelles circonstances l'effet "risque moral" a toutes chances d'être le plus intense. Est-ce nécessairement dans un système d'assurances privées où les individus restent notamment libres de choisir des niveaux de franchise différents, offerts par des assureurs en concurrence ? Est-on vraiment sûr que l'élimination de ce choix - l'imposition par un assureur et producteur public unique d'une seule forme de franchise qui s'applique à tous - en réduise significativement l'intensité ?

En théorie, le succès phénoménal depuis trente ans, aux Etats-Unis, des formules de *managed care* tendrait à démontrer qu'il est possible de faire des économies de coûts énormes en incitant les gens à accepter la discipline de système de soins administrés, où les décisions individuelles se trouvent sévèrement encadrées par des règles de consommation imposées de manière collective - comme dans les célèbres *HMOs* qui servent en particulier la clientèle des salariés des grandes entreprises américaines, et qui reposent sur l'intégration dans une même démarche de l'assurance et de la fourniture des soins. Au cours des années 80 et 90, le développement de cette formule a permis de freiner la progression des dépenses de santé, et les abus des usagers, dans des proportions considérables, aux Etats-Unis, mais aussi dans de nombreux autres pays. Il semble que cela ait rendu possible des économies variant entre 10 et 40 % par rapport aux formules d'assurance traditionnelles, sans pour autant compromettre significativement la qualité des soins⁵⁷.

Mais il ne faut pas perdre de vue que cet essor du *manage care* américain s'est déroulé dans un contexte qui reste fondamentalement concurrentiel. L'assuré américain a le choix entre assurances privées traditionnelles et différents réseaux de soins et d'assurance concurrents. S'il le désire, il reste libre de privilégier la recherche d'un risque moindre en optant pour des assurances privées exigeant de lui une franchise de remboursement plus faible moyennant le paiement d'une prime plus élevée, ou l'inverse (une franchise plus importante pour une prime plus faible). Dans ces circonstances, le libre fonctionnement du marché débouchera sur un résultat qui, certes, ne sera jamais parfait, mais reflètera approximativement la distribution des préférences de la population par rapport à la protection contre le risque. Ceux qui bénéficient de franchises faibles auront tendance à consommer davantage que les autres. Ces derniers, en revanche, abuseront moins du système. Mais

⁵⁷ - D. Dranove, *The Economic Evolution of American Health Care*, Princeton, 2000.

l'arbitrage ainsi atteint reflètera une sorte d'équilibre "optimal" entre les préférences des uns et des autres. Que subsiste une surconsommation due à l'effet "risque moral" est incontestable. Cette surconsommation entraîne un coût social apparent. Mais celui-ci n'est que la conséquence d'un fait naturel auquel nous ne pouvons rien, et qui résulte de la diversité des aspirations des gens quant à une certaine protection contre le risque⁵⁸.

Croire que l'étatisation - ou tout au moins la substitution d'un monopole public de production et d'assurance à une offre privée diversifiée - permette de le faire disparaître est une hérésie. On sait en effet ce qu'il advient alors. La tendance naturelle d'un système d'assurance publique obligatoire est de s'accompagner - pour des raisons politiques faciles à comprendre, qui seront analysées en détail plus loin, et dont la vérité est démontrée chaque jour par l'expérience - d'exigences tout à fait minimales (pour ne pas dire minuscules) en termes de franchise. Ce qui signifie que l'étatisation a toutes chances en réalité d'amplifier, et non de réduire, le coût véritable de cette "imperfection".

Que le système américain des soins administrés se soit révélé efficace, dans un contexte concurrentiel, pour réduire certains effets pervers du "risque moral" assurantiel est donc un chose. En déduire que cela légitimerait l'imposition d'un système public généralisé et obligatoire de soins administrés, tel le monopole de la Sécurité sociale, en est une autre, toute différente. Un tel arrangement ne peut qu'amplifier le travers du "risque moral"⁵⁹. Nous verrons plus loin que la solution libérale consiste à marier la liberté d'assurance avec un mécanisme de *d'épargne santé personnelle* qui permettrait d'obtenir sur le marché une combinaison de produits plus fidèle à la diversité des véritables préférences individuelles.

⁵⁸ - Un fait qui n'est pas moins "naturel" que les coûts supplémentaires qui résultent par exemple de la présence d'accidents géographiques montagneux, ou de différences climatiques.

⁵⁹ - Notons par ailleurs que cet argument a un biais planificateur évident. Il suppose implicitement non seulement que l'on puisse réduire la diversité des préférences individuelles vis à vis du risque santé à une moyenne qui s'impose à tous, mais également que les administrateurs du système aurait la capacité de connaître, ou de calculer exactement cette valeur (qui, de surcroît, dans la réalité ne correspond en fait à rien de concret et n'est donc qu'une pure fiction).

5.2 L'argument de la sélection adverse

Les partisans de l'interventionnisme invoquent souvent un deuxième argument pour rationaliser la prise en charge du financement par l'État et son corollaire, la gratuité plus ou moins intégrale au patient. Les assureurs privés, disent-ils, pratiqueraient ce qu'il est convenu d'appeler « l'anti-sélection ». C'est la fonction de l'assurance maladie de socialiser pour ainsi dire la demande de services en regroupant les consommateurs de façon à diffuser le risque et les coûts. Mais pour minimiser leurs déboursés, les assureurs rejetteraient les cas les plus lourds, les risques les plus grands, les plus susceptibles de gonfler les indemnités, au profit des bas risques, des clients en meilleure santé. Il s'ensuivrait que les gens qui ont le plus besoin d'assurance se retrouveraient impuissants à l'obtenir. Le phénomène accablerait particulièrement les victimes d'urgences médicales, ou, en général, celles dont le statut médical se détériore et qui verraient leurs primes atteindre des niveaux insupportables.

L'observation établit que les malades potentiels peuvent surmonter la difficulté de deux façons, d'ailleurs largement répandues sur les marchés libres actuels. D'abord en souscrivant à des contrats d'assurance formellement renouvelables et qui engagent donc l'assureur à garder ses clients même lorsqu'ils deviennent moins bien portants. Ensuite en ayant recours à des contrats, comme il en existe d'ailleurs beaucoup, qui lient l'assurance maladie à l'emploi ou à l'adhésion à un regroupement d'individus plutôt qu'à l'état de santé individuel, et comportent en sous-produit une garantie de protection contre la détérioration de la santé et la perte consécutive d'assurance. Comme quoi le marché se suffit souvent à lui seul pour corriger par lui-même ses propres « imperfections »⁶⁰.

Les critiques particulièrement sensibles aux soit disantes imperfections du marché prônent l'assurance obligatoire universelle et l'imposition de primes indépendantes de l'état de santé, directement par les pouvoirs publics comme maintenant, ou par la voie réglementaire. En France, les dépenses de soins de la majorité des assurés représentent moins de 470 euros par an (contre une

⁶⁰ - Pour une étude détaillée de la manière dont de véritables marchés libres adresseraient le problème de la « sélection adverse », voir le remarquable texte de John Goodman, Président du National Centre for Policy Analysis (Dallas): « Designing Ideal Health Insurance » (<http://www.debate-central.org/topics/2002/design4info/>). Ce texte est celui d'un chapitre publié dans le livre « Consumer Driven Health Care », Harvard Business School, novembre 1999.

moyenne nationale de 2 100 euros). C'est donc au plus une fraction relativement faible de la population qui, à chaque période, doit faire face à des catastrophes sanitaires. Nous verrons qu'on peut utiliser le concept d'"assurance catastrophe" pour résoudre ces drames résiduels.

5.3 L'immoralité des considérations financières

Les partisans de la primauté de l'initiative publique en matière de santé ne manquent pas d'invoquer les nobles principes moraux qui les inspirent, en opposition à la prétendue comptabilité matérialiste des calculateurs « libéraux ». En réalité, les valeurs fondamentales ne diffèrent pas sensiblement entre les écoles ni entre les couches sociales en France. Tous, semble-t-il, se rallient à l'idée que l'accès universel aux services fait partie des objectifs essentiels. C'est sur les moyens de réaliser cette finalité que les divergences apparaissent. Les opposants à la médecine d'État n'ont pas de valeurs essentiellement différentes des autres ; ils doutent plutôt de l'aptitude du processus politico bureaucratique à réaliser efficacement l'accès généralisé. Ils sont réticents à l'endroit des grands plans qui promettent des services de qualité supérieure à tous, à un prix nul.

L'une des différences principales concerne le postulat - implicite dans le régime actuel - selon lequel les considérations financières ne devraient jamais intervenir dans la décision des gens de consommer ou non des services médicaux. Ce postulat repose sur la triple hypothèse 1. que le patient ignore nécessairement ce que sont ses vrais besoins, 2. qu'une fois identifiés, ces besoins sont absolus et prioritaires, et enfin 3. que leur traitement relève d'une démarche strictement professionnelle et scientifique⁶¹. C'est cette logique qui justifierait le principe de rationnement général pour assurer une égalité absolue de traitement. Pourtant on constate que lorsqu'on leur en laisse la possibilité les gens n'hésitent pas à utiliser les prix pour effectuer leurs choix, même en matière de santé.

Avec la multiplication des découvertes intervenues depuis plus d'un demi-siècle, l'une des caractéristiques de la médecine moderne est désormais d'offrir aux malades des soins qui guérissent véritablement, et pas seulement des

⁶¹ - Brian S Ferguson, *Issues in the Demand for Medical Care: Can Consumers and Doctors Be trusted to Make the Right Choices?* Aims BP No. 5, novembre 2002.

remèdes palliatifs à caractère essentiellement humanitaire. Cette révolution signifie aussi que les patients voient s'ouvrir à eux un univers de choix comme ils n'en avaient encore jamais connu dans ce domaine⁶². Depuis le traitement de la calvitie par Rogaine jusqu'à l'accouchement par césarienne élective, les gens ont désormais la possibilité de faire des choix qui ne soient plus dictés par des considérations exclusivement et strictement médicales. Et on constate que lorsqu'on leur en donne l'opportunité ils le font allègrement.

C'est ce que confirme par exemple une expérience américaine menée dans le cadre du programme *Medicaid* qui concerne principalement les pauvres, les invalides et les personnes âgées. Au lieu de bénéficier de prestations gratuites comme les autres, un certain nombre de bénéficiaires sélectionnés ont reçu des allocations monétaires directes, à charge pour eux d'organiser et de gérer eux-mêmes leurs dépenses, selon leurs propres préférences, mais avec les conseils d'agents autorisés⁶³. L'évaluation du programme au bout de deux ans de fonctionnement a montré que, contrairement à ce qui est implicitement pensé, ces gens pauvres n'ont jamais rencontré de véritables difficultés pour établir leurs propres budgets et faire des arbitrages entre soins personnels directs, services d'adaptation, ou encore des placements d'épargne en vue de dépenses futures plus importantes. Au contraire, même, l'expérience révèle que ces personnes responsabilisées ont su profiter de choix médicaux somme toute mieux adaptés à leurs problèmes et à leurs conditions que ce n'est généralement le cas pour les bénéficiaires traditionnels des prestations *Medicare*. Leurs dépenses n'ont pas été plus importantes, et leur qualité de vie y a généralement gagné. Responsabiliser les gens n'est ainsi pas seulement quelque chose de souhaitable sur le plan moral. C'est aussi un choix qui peut s'avérer rentable.

En tant qu'individus, nous différons tous les uns des autres dans nos attitudes par rapport au progrès technologique, ou dans nos dispositions à prendre ou non des risques avec notre santé. L'immense variété des styles de vie que chacun adopte témoigne de cette diversité. Nous connaissons tous les dangers de la cigarette, ainsi que les bienfaits de l'exercice régulier, du port de la

⁶² - Pour de plus amples développements sur ce sujet, voir l'étude de Devon M. Herrick, senior fellow au National Center for Policy Analysis : « Consumer Driven Health care : The Changing Role of the Patient », NCPA Policy report N° 276, May 2005 <http://www.ncpa.org/pub/st/st276/>

⁶³ - Cash and Counselling. On peut en savoir plus long sur cette expérience en lisant Brian Lee Crowley, « De la responsabilité », *La Presse*, Montréal, 29 février 2004.

ceinture, d'une alimentation faible en gras. Et pourtant nombreux sont ceux qui se montrent disposés à prendre des risques pour connaître les plaisirs d'activités "malsaines", quitte à le regretter plus tard. En outre il ne faut jamais oublier qu'il existe toujours une grande incertitude sur la nature de la relation entre comportement et résultat. Par exemple on sait que les personnes les plus à l'aise vivent en général plus longtemps que les moins bien nantis. Mais il semble que ce soit le fait de s'assumer soi-même et de se prendre en charge qui explique le plus gros de la différence, plus que la richesse elle-même ou le degré d'accès aux soins gratuits.

5.4 Hétérogénéité des préférences et objectivité scientifique

Le régime du monopole public postule aussi la nature scientifique et immuable du diagnostic et du traitement approprié. La question du traitement médical ne serait que scientifique. La meilleure procédure médicale à suivre relèverait d'un savoir que l'on pourrait « objectivement » découvrir, et donc ensuite imposer à tous parce que « médicalement nécessaire ». Or l'incertitude dans laquelle baignent les différentes technologies médicales reste profonde et est universelle. L'essentiel des frais qu'on encourt sert à réduire cette incertitude. Tests destinés à clarifier le diagnostic, procédures retenues à l'hôpital, traitements pour améliorer les perspectives à long terme du patient, autant de dépenses qui ont toutes pour objet premier de réduire l'incertitude du consommateur. Ce qu'on achète en santé, ce n'est pas seulement un résultat d'une valeur attendue donnée; c'est surtout la réduction de l'incertitude qui nous accompagnera tout au long de la vie. D'où la naïveté de ceux qui rêvent de réduire la médecine à une pure démarche d'ordre technologique.

L'incertitude qui préside au choix du traitement exclut la solution du traitement standard unique et incontournable. Nombre de décisions découlent de préférences personnelles. Comme nous l'avons déjà évoqué, on observe des différences énormes de pratiques médicales entre les régions, entre les pays et entre les praticiens : écarts de 1 à 3,38 du taux d'andénoïdectomies-amydalectomies par 10 000 habitants entre le Limousin et le Nord-Pas-de-Calais, de 1 à 3,04 entre Champagne-Ardenne et la région PACA du taux de chirurgie de la cataracte. Le taux d'accouchements par césarienne varie de 5 à 36%. Deux économistes de Princeton observent que 68,1% des gens à leur compte acquièrent une assurance santé, contre 80,9% des salariés. Ils font en conséquence moins de visites chez le médecin et vont moins souvent à

l'hôpital. Ils demandent par contre plus de tests de la prostate, font plus de visites chez le chiropraticien, et font plus souvent appel aux services de santé non traditionnels. Au total, l'incidence de ces différences de comportements sur la santé des différents groupes s'avère non statistiquement significative. La relation entre le budget global de santé par habitant et l'état de santé reste partout voisine de zéro.

Le corollaire de cette logique est qu'aussi longtemps que le soin médical implique la pondération de ces différents risques, des individus médicalement comparables choisiront des styles de vie différents, voudront obtenir des traitements différents et se montreront disposés à affecter des budgets différents au contrôle de ce risque. D'autant que l'utilisateur appelé à faire des choix libres n'est pas isolé dans l'univers de la santé ; il est encadré par la multitude d'institutions et d'instruments d'orientation que constituent la publicité, les associations professionnelles, les magazines et émissions de radio ou de télévision, le milieu familial, social et professionnel, les référentiels de pratique médicale, et surtout les offreurs, eux-mêmes toujours soucieux de protéger le capital que représente la réputation d'une entreprise prospère. L'ensemble de ces observations, si elles sont valides, condamne comme déresponsabilisations et mal venus les préceptes de ceux qui, comme le *Haut Conseil*⁶⁴, voudraient qu'avant d'autoriser la mise en vente d'un traitement et son remboursement, les pouvoirs publics établissent d'abord la preuve de son efficacité sur la base d'une analyse coûts/avantages effectuée avant que le premier intéressé, l'utilisateur, en fasse lui-même directement l'expérience.

5.5 La tarification des services, obstacle à l'accès universel ?

La tradition socialiste postule que le fait de faire payer les services empêcherait l'accès universel. Selon un porte-parole éloquent de cette philosophie, « le fondement même du système de santé français est l'équité dans l'accès qui exclut une différenciation des prix payés par les patients en fonction de leurs capacités financières »⁶⁵. Cette gratuité formelle conférerait aux patients consommateurs la liberté intégrale de choisir, la souveraineté, la suprématie, le pouvoir d'orienter les soins vers leurs vrais besoins. C'est seulement lorsqu'elle est libre de toute contrainte financière que la population consommerait les

⁶⁴ - *Haut Conseil* 2004, p. 14.

⁶⁵ - Mougeot, *op. cit.*, p. 28.

services vraiment dictés par ses vrais besoins. Il s'agit d'un postulat infirmé par l'observation. En réalité, la gratuité restreint le choix et suscite l'irresponsabilité. Les moins favorisés sont souvent les plus pénalisés par la gratuité générale qui accompagne l'étatisation. L'idéal de l'accès universel conduit à adhérer bêtement à la doctrine économique la plus vaine, la plus discréditée de l'histoire, le socialisme.

Bien que l'évolution technologique facilite souvent la mise en place de mécanismes de prix, et donc l'exercice des droits de propriété dans un grand nombre de secteurs - par exemple les voies publiques (avec les nouveaux systèmes de péage automatique), la pollution automobile, le parking... - un rapide calcul conduit à dénombrer pas moins de quatorze biens et services qu'on ne saurait, nous dit-on, abandonner aux vicissitudes du marché et des procédures de prix. Entre autres services prétendus inconciliables avec le bien-être des consommateurs, sont souvent cités l'alimentation, le vêtement et le couvert, indispensables à la vie même. Et bien évidemment aussi l'éducation, les arts, la culture. Les transports, dont les routes et les chemins de fer, et les télécommunications nécessiteraient aussi le secours de la main infailible des hommes de l'État. Et que dire des secteurs « mous », tels les textiles, mais aussi des secteurs de pointe comme l'aéronautique, voués à l'impuissance sans l'aide de fonds publics. Et n'oublions pas non plus les ressources naturelles que sont l'agriculture, les mines et la pêche. Et les services comme les services bancaires ne manqueraient pas de donner lieu à l'exploitation honteuse des consommateurs impuissants que nous sommes face à des géants sans âme. Même un bien aussi matériel que le pétrole n'est pas un bien comme les autres ; il est un bien « stratégique », dont on risquerait la pénurie sans la clairvoyance des pouvoirs publics. Même l'élément le plus abondant de la planète, l'eau, est un bien qui ne devrait pas être abandonné aux aléas du marché... La caricature est souvent la plus éloquente des démonstrations.

L'épouvantail du régime à deux vitesses traduit cette vision des choses. Le fait est que tous les pays dotés de régimes de santé à caractère prioritairement public fonctionnent déjà à plusieurs vitesses. Dans tous les régimes de santé à caractère public et universel, la qualité et la rapidité du service varient suivant les régions, les revenus et les réseaux personnels de contact. L'opposition au maintien d'un régime privé parallèle se nourrit de la crainte que les plus fortunés n'obtiennent de cette façon des titres prioritaires sur l'acquisition des ressources du secteur, et n'appauvrissent ainsi la qualité et la quantité des services rendus aux autres clients, ceux de la médecine publique. Ce faisant

elle pose implicitement que la capacité de production serait toujours la même, qu'on opte pour un système ou pour l'autre. Mais ce n'est pas vrai. Lorsqu'il y a marché, l'activité de production de richesse n'est pas un jeu à somme nulle. Dans une économie productive, l'accès des plus fortunés aux ressources n'enlève rien aux plus pauvres, ni aux autres. C'est la capacité du régime de répondre à tous les besoins qui compte. Le prétendu danger de l'avènement d'un régime « à deux vitesses », où les soins de qualité seraient réservés aux gens les plus à l'aise, est un épouvantail contraire à l'expérience.

Le paradoxe est que les défenseurs du régime de strict monopole public ont une attitude qui les conduit inconsciemment à plaider pour un budget global de services de santé inférieur. La théorie économique du scrutin majoritaire permet en effet de prédire que, en régime de monopole public exclusif régi par une règle de vote majoritaire, le budget global affecté aux soins de santé qui sera effectivement voté aura pour caractéristique d'être inférieur au volume global de ressources dont le secteur de la santé aurait bénéficié s'il y avait coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé⁶⁶. La raison en est que, même s'il y a deux secteurs, les électeurs continueront de voter pour un budget public qui restera essentiellement le même que s'ils avaient à voter dans le cadre d'un régime de monopole - puisque ce sont les mêmes qui votent -, alors que les usagers qui opteront pour le privé, en s'approvisionnant en dehors du secteur public, contribueront, eux, à augmenter la quantité globale de services effectivement produits. La consommation globale de services de santé s'élèvera. Ce qui revient à dire que le vrai souci de ceux qui s'opposent à la présence d'un régime parallèle est, non pas tant d'optimiser le budget santé de leur communauté, que de maximiser purement et simplement les dépenses du budget de la santé publique. En autorisant la croissance d'une capacité *supplémentaire* et privée de soins de santé, les pays qui acceptent le double secteur atténuent ainsi la pression des coûts sur leur secteur public. Les régimes à accès multiples se concilient parfaitement avec une bonne performance du secteur public, une qualité élevée des soins, et la satisfaction générale des usagers. Bâtir un régime pour répondre essentiellement aux particularités de 5 à 10% de la population qui ne bénéficieraient pas de moyens suffisants est une recette infallible pour frustrer les besoins de tous.

⁶⁶ -. Epplé et R. E. Romano, "Public Provision of Private Goods", *Journal of Political Economy*, vol. 104, 1996, pp.57-84.

La plupart des pays industriels, dont la France, admettent la présence de réseaux parallèles de soins⁶⁷. Là encore, il vaut la peine de rappeler la récente évolution en cours en Suède. Le pays, berceau de la social-démocratie, évolue aujourd'hui vers un système fondé sur le financement public d'autorités régionales, qui, elles, acquièrent leurs services auprès de fournisseurs à but lucratif en concurrence entre eux. Par exemple, Stockholm compte à 40 % sur des contractants privés pour fournir les services de santé nécessaires à la région métropolitaine. Les files d'attente y ont presque disparu, et la productivité et les salaires sont montés en flèche. Deux semaines d'attente en chirurgie cardiaque désormais à Stockholm, contre 15 à 25 semaines ailleurs en province. Les coûts de production des services de laboratoire et de rayons X ont baissé de 50 %; la diminution est de 30% dans les foyers pour vieillards. Le modèle semble d'ailleurs répondre à la préférence des jeunes docteurs et infirmières suédois pour aller travailler dans des entreprises marchandes. Loin de menacer la solvabilité du système, la privatisation et la concurrence ont valu des améliorations de performance estimées à 25 % chez les infirmières, de 10 à 15 % chez les médecins et de 15 à 20 % dans les hôpitaux⁶⁸. Le financement est resté public, mais c'est le marché qui désormais fournit le capital et le know-how, de même que la gestion et le risque.

5.6 L'égalitarisme, gage d'équité ?

Le financement public généralisé n'a donc *a priori* rien à voir avec le problème de garantir l'accès aux soins des ménages les plus modestes. Si telle était la véritable finalité de la logique politique, il suffirait d'utiliser l'argent prévu à cette fin pour apporter une aide publique directe au revenu des plus démunis qui leur permettrait de se procurer les assurances nécessaires sur le marché concurrentiel. Par ailleurs, le fait est que, malgré le monopole public, partout les disparités de budgets et de services continuent de varier immensément d'une région à l'autre, ou d'un établissement à l'autre. L'expérience prouve que l'établissement du monopole de l'offre n'y change rien. Il est paradoxal, à l'observation de ces faits, que les défenseurs de l'équité égalitariste ne renoncent pas à leur foi dans le monopole public.

⁶⁷ - Lire sur cette question la description qu'en font J. Edwin Coffey et Jacques Chaoulli, dans *Le Choix privé universel*, Institut Économique de Montréal, septembre 2000, pp. 9-12.

⁶⁸ - P. Holle, *op. cité*.

Deux personnes situées dans des conditions identiques peuvent obtenir le même traitement, l'une plus rapidement que l'autre en en payant directement le prix. Pour les idéologues de l'égalitarisme, cet écart est inadmissible, même si le temps d'attente aux soins gratuits s'est raccourci. Dans cette vision égalitariste, il est honteux d'obtenir un traitement plus rapide que ne le permet le régime public, *même si cela contribue à améliorer la qualité ou à réduire les délais d'accès aux soins de ceux qui recourent aux seuls services publics*. Ce n'est donc pas la qualité des soins dispensés dans le régime public qui suscite l'appréhension des égalitaristes, c'est la variété. C'est le refus du voisin d'accepter des impôts plus élevés pour accélérer la délivrance des soins par le service public qui apparaît comme contraire à l'idéal égalitariste.

Ce que les promoteurs du régime public prônent n'est donc pas l'accès universel, mais l'accès égalitariste incarné dans le rejet du principe actuariel en matière de risque maladie, même s'ils ne peuvent qu'échouer dans leur entreprise. En fait, l'égalitarisme est immoral, en ce qu'il favorise l'adoption de comportements antisociaux et incompatibles avec l'accès universel. Le régime est manifestement immoral qui traite également les usagers prudents, consciencieux et disciplinés, et les consommateurs négligents, insoucians et indisciplinés. C'est exactement ce que produit le système, en pénalisant ceux qui s'alimentent sainement, qui s'adonnent à l'exercice, qui s'abstiennent de fumer et pratiquent l'hygiène en se lavant fréquemment les mains - surtout avant de toucher les aliments -, qui prennent des vitamines et des suppléments régulièrement, qui investissent du temps dans la lecture de documents d'information sur la santé et qui, en conséquence de ces décisions personnelles, absorbent une fraction négligeable des services de santé.

A l'inverse, l'égalitarisme de nos régimes à monopole public récompense cette fraction de la population qui ne se soucie aucunement des conséquences de son mode de vie néfaste sur sa santé. Une proportion inquiétante de la population est obèse et impose un alourdissement des coûts de l'ordre de 13 % à ses concitoyens ; une proportion semblable choisit de s'adonner au plaisir de la cigarette. On estime qu'une part importante des épidémies de rhume, de grippe, de maux de gorge et de diarrhée est imputable au peu de souci des gens de se laver les mains aux moments opportuns. Lorsque le temps viendra de recourir aux services de santé publique, les membres de ce dernier groupe auront autant de chances que les premiers d'accéder aux services. Est-ce là un régime économiquement et moralement défendable ? La leçon est nette : chacun doit être libre d'abuser ou de ne pas abuser de sa santé...mais pas aux

dépens des autres. C'est précisément la fonction du prix de pénaliser les négligents et de récompenser les plus responsables. L'égalitarisme incorporé dans les pratiques est un concept anti-économique et immoral. Ce qui n'empêche pas le *Haut Conseil* de soutenir péremptoirement que « les principes de solidarité de notre système de prise en charge sont sains et doivent être maintenus » ⁶⁹.

5.7 Affectation rationalisée des ressources dans les régimes publics?

L'idéalisme qui inspire l'opinion communément admise sur les vertus de la médecine socialisée enseigne qu'un régime privé ne peut que gaspiller les ressources en multipliant les traitements superflus. C'est ainsi que, par exemple, la prestigieuse *Rand Corporation* soutenait en 1989 que le quart des jours passés à l'hôpital, le quart des traitements qu'on y pratique, et les deux cinquièmes des médications qu'on y prescrit ne sont pas nécessaires. L'une de ses recherches soulignait entre autres les énormes variations que l'observe à travers les Etats-Unis dans le choix des traitements pour les mêmes pathologies, et cela sans explications apparentes.

A la suite de cette étude, la *Rand* a réuni un conseil d'experts pour apprécier la validité de ces résultats. Ces spécialistes utilisèrent les dossiers médicaux de 5000 patients abonnés à l'organisme de médecine publique *Medicare*. Ils trouvèrent que, même dans ce cas, plus de vingt pour cent des traitements prescrits étaient en fait inappropriés, ou étaient tout simplement superflus. Il faut toutefois noter que même ces experts n'étaient pas souvent d'accord entre eux. Manifestement la pertinence du choix d'un traitement est un sujet sur lequel il n'est pas possible de prendre de décision uniquement sur la base d'un savoir scientifique médical supposé objectif et définitif.

Il est naturellement tentant de penser que là où prévaut le rationnement public, avec des médecins bien encadrés, ceux-ci respectent mieux qu'ailleurs la discipline de s'en tenir aux seuls soins et prescriptions réputés "nécessaires", dont il a été établi qu'ils présentent un rendu médical suffisant. L'étude de la *Rand* va pourtant contre cette impression. Ses résultats ont été corroborés par d'autres travaux effectués dans des pays à régime public universel. Par

⁶⁹ - *Haut Conseil* 2004., p. 11.

exemple en Suède où 19% des revascularisations coronariennes ont été jugées inappropriées.

Le scandale associé à la canicule de l'été 2003 en France - qui a emporté près de 15 000 personnes - place les défenseurs de la planification publique et rationnelle dans une situation pour le moins inconfortable. Il est difficilement compréhensible que l'on puisse encore associer la planification centrale à l'idée d'affectation rationnelle des ressources. Contrairement au mécanisme marchand, le planificateur central ne règle pas ses prix administrés sur les conditions objectives de l'offre et de la demande; il rationne les quantités par l'instrument budgétaire, lui-même manié par des agents politiques et bureaucratiques.

La vérité est que les régimes publics canalisent souvent les ressources vers les gens qui n'en ont pas le plus grand besoin. Les chiffres britanniques en offrent une bonne illustration. On y observe une tendance durable à détourner les ressources des soins coûteux destinés au petit nombre de personnes gravement malades, au profit du grand nombre qui réclament des services peu chers pour des malaises mineurs et la couverture de prestations qui ne sont pas vraiment des actes médicaux. Ainsi, les patients anglais feraient entre 18 et 19 millions de déplacements par ambulance par an, une course pour trois personnes. Quatre-vingt pour cent de ces déplacements ne seraient aucunement dictés par l'urgence, et ne représenteraient donc que des courses de taxi gratuites. Pendant que 25 000 personnes meurent chaque année du cancer, faute de traitements à la fine pointe de la technologie, le National Health Service (NHS) offre des services non médicaux gratuits à plus de 1,5 millions de personnes. Plus de 260 000 bénéficient de services de garderie, 578 000 de soins à domicile. 375 000 personnes reçoivent des prestations liées à l'entretien de leur logement, et 300 000 bénéficient d'interventions liées au travail (qui devraient relever de la responsabilité de l'employeur et non apparaître comme des prestations personnelles couvertes au titre de la solidarité nationale). Il a également été calculé que 10 millions de rendez-vous manqués, sans être non annulés, font perdre 2,5 millions d'heures de généralistes et de services externes, soit l'équivalent de la prestation de 1 692 médecins supplémentaires.

En France aussi, comme au Canada ou en Australie, on favorise les services de routine dispensés par des généralistes à des gens en bonne santé, plutôt que les soins plus spécialisés et l'accès aux technologies avancées pour les plus malades. Le fait est que plus de la moitié des médecins sont des généralistes ou

des médecins de famille dans la plupart des régimes socialisés, tandis que la proportion ne dépasse pas les 11 pour cent aux États-Unis.

5.8 Médecine préventive et baisse des coûts?

L'observateur qui ne veut pas subir l'opprobre du milieu médical et des spécialistes de la santé doit traditionnellement payer son tribut aux vertus supposés de la prévention⁷⁰. Certains sont même allés récemment jusqu'à proposer que les formules de remboursement de soins incluent un élément qui permettrait de récompenser les patients dont le comportement serait relativement plus orienté vers la demande de soins préventifs⁷¹. Les patients qui bénéficient de la gratuité des services en régime public universel seraient, nous dit-on, plus prédisposés à rechercher des soins de prévention. De grandes économies pourraient ainsi être réalisées qui résulteraient du fait que les risques de malaises seraient dépistés plus tôt, avant de dégénérer en maladies coûteuses. Cette affirmation n'est vraiment valable que pour seulement trois domaines : l'immunisation des enfants, la dépendance à l'égard du tabac, et les soins prénatals aux mères à risque. Il y a plus de dix ans, une étude publiée dans les *Annals of Internal Medicine* confirmait la faible utilité des bilans de santé annuels, sauf pour les gens âgés. De nombreux experts estiment qu'en définitive, pour les pathologies pour lesquelles un traitement efficace existe, la prévention n'apporte rien de plus sur le plan économique.

Paradoxalement, la médecine préventive tend plutôt à alourdir les budgets de santé, et non à les alléger. Envisagés sur toute la durée d'une vie, la plupart des traitements préventifs coûtent en fait plus cher qu'ils ne rapportent en termes d'économies de soins. Le fait est que la plupart des tests - dont les bilans de santé pour enfants ou pour adultes, de même que les cytologies pour le cancer du cerveau, ou même les mammographies - ne couvrent pas leurs frais. Ce résultat contre intuitif s'explique aisément. On sait que diagnostiquer plus tôt un cancer permet de réaliser de réelles économies de traitement pour ceux qui en sont victimes. Mais, en contrepartie, il faut comptabiliser le coût total des opérations de dépistages menées sur des milliers, voire des millions de personnes. Or on constate que les frais encourus pour administrer les tests à des milliers de patients en parfaite santé l'emportent en définitive de loin par

⁷⁰ - Par exemple Rupprecht et Mougeot, *op. cit.*

⁷¹ - *Haut Conseil 2004*.

rapport aux économies réalisées au niveau des malades atteints du cancer. Ce qui ne signifie pas que ces examens soient pur gaspillage, ou qu'il faille nécessairement en réduire le nombre, mais simplement que ces politiques de prévention ne sont pas des opérations budgétairement aussi rentables qu'on le croit généralement.

Par ailleurs, il faut bien constater que la prévention n'est pas nécessairement plus développée dans les pays à régime de santé socialisée que dans les autres (comme par exemple aux U.S.A.) Elle s'avère dépendre beaucoup plus du statut socio économique des gens que des caractéristiques institutionnelles du régime de soins qui les assure.

5.9 Régime public = économies de frais gestion et d'administration?

Dans une perspective de rationalité cartésienne, un régime où il n'existerait qu'un seul assureur et producteur, de préférence public, paraît plus simple à gérer et donc a priori moins coûteux à administrer. On a longtemps invoqué cet argument pour rationaliser l'étatisation. Tout serait tellement plus simple si l'on supprimait la concurrence partout. L'essence coûterait certainement moins cher s'il n'y avait qu'une seule station service par quartier ou par région. De même, le budget de la ménagère serait certainement plus léger si le super marché ne lui offrait que le choix d'une seule variété de petits pois. L'ancien éditeur du *New England Journal of Medicine* avait ainsi calculé que l'élimination des centaines d'assureurs qui servent le marché américain permettrait de rapporter 150 milliards d'économie, provenant de la réduction des coûts administratifs, de la disparition du profit, et de la suppression des frais inutiles de marketing.

Il faut cesser de raisonner comme s'il existait une corrélation entre frais administratifs et efficacité économique; comme si la présence de frais de gestion élevés serait toujours nécessairement un indice de mauvais gestion, ou au contraire un faible ratio de coûts administratifs un critère de bons résultats. Il ne faut jamais perdre de vue que, comme pour toute industrie, la finalité de tout régime de santé ne doit pas être de minimiser ses frais d'administration mais d'optimiser son fonctionnement. On sait que le fabricant de l'automobile Trabant, autrefois produite en Allemagne de l'Est, affichait des coûts de gestion très faibles comparés ceux de grands constructeurs

occidentaux comme Honda ou Ford. Mais cela ne voulait, bien sûr, rien dire du point de vue de l'excellence de la production et de la satisfaction des clients. Ce sont eux les points de référence, pas le volume des frais de gestion.

Le vrai problème est de savoir comment mesurer les frais administratifs pour faire des comparaisons honnêtes? Que le régime concurrentiel entraîne des frais de gestion particuliers n'est pas contestable. On sait de toute évidence que l'assurance privée s'accompagne d'une offre plus différenciée de produits, et donc de coûts de commercialisation plus élevés, que ce ne serait le cas avec un assureur public qui prélève des primes uniformes (qui, en fait, ne sont pas de l'assurance). Mais l'assureur public n'échappe pas aux fonctions que doit assumer tout assureur, commercial ou public. Il doit rembourser les fournisseurs de services, prélever les primes, vérifier qu'elles sont bien versées en heure et temps, contrôler que ceux qui y sont assujettis font bien leurs déclarations, etc. Aux frais directement comptabilisables il faut donc ajouter le coût d'imposition et de prélèvement des taxes qui servent à financer son activité, ainsi que le coût des activités de lobbying qui caractérisent inévitablement tout marché de nature politique; c'est-à-dire, par exemple, les dépenses consenties par certains pour obtenir grâce à leurs relations des exonérations ou des assouplissements particuliers aux règles générales. Ces investissements dans des activités génératrices de faveurs politiques doivent être prises en compte parmi les coûts de l'assurance publique au même titre que les dépenses de collecte des primes d'assurance et de marketing doivent figurer dans les bilans des entreprises privées.

Il est souvent fait grand cas des sommes « excessives » que les firmes privées consacraient à la publicité, ainsi qu'à des opérations de promotion commerciale conçues pour attirer les clients vers des médicaments et des procédures de soins aux vertus médicales parfois douteuses. Faut-il rappeler que la publicité joue aussi un rôle en politique ? Aux Etats-Unis des chercheurs ont tenté d'évaluer ces coûts commerciaux supposés « indus », et les rapprocher de leur contrepartie publique associée aux programmes d'État *Medicare* et *Medicaid*. Ils ont trouvé qu'en moyenne, pour les deux programmes publics, 27 centimes vont aux frais de gestion et d'administration pour chaque dollar de prestation versé; soit des frais administratifs de 66% supérieurs à ceux de leur contrepartie privée par dollar de bénéfice. Une fois les idées fausses redressées, il apparaît que le coût administratif des programmes publics est une fois et demie plus élevé que celui des programmes privés. Et ce

calcul n'inclue pas le coût économique des distorsions que toute forme de prélèvement de type coercitif implique.

5.10 Le rôle des modes de rémunération

Les adeptes du régime public aiment à croire que les principes de la théorie économique ne vaudraient pas pour les malades. Ainsi, ils seraient peu sensibles aux prix et, par ailleurs, victimes d'une « asymétrie d'information » par rapport au personnel médical qui les rendrait quasi dépendants de ceux qui les soigne.

Même si l'hypothèse d'inélasticité de la demande de soins aux prix était vraie, il faut remarquer que la manière dont les régimes de médecine publique rémunèrent en général leurs médecins et leurs hôpitaux – en fonction du nombre d'actes réalisés - n'est pas faite pour atténuer les tentations d'abus : plus un médecin reçoit de clients, plus il fait d'ordonnances, plus il gagne d'argent ; de même, pour un hôpital qui garde plus longtemps ses malades dans des lits qui, autrement, resteraient inoccupés. L'enquête de la *Rand Corporation* citée plus haut, de même que d'autres travaux ultérieurs sur les réseaux de soins administrés, révèlent que passer à des méthodes de rémunération des médecins fondées sur un principe de capitation (versement d'un forfait par personne abonnée aux services d'un médecin ou d'un réseau de soin) diminue le budget des dépenses de santé par patient de près de 30 % par rapport à un régime de rémunération « à l'acte », sans que la situation médicale relative des malades soit pour autant affectée.

Cette idée d'insensibilité des patients au prix se nourrit aussi du constat qu'il existerait une corrélation positive entre le nombre de médecins recensés sur un territoire donné et la montée des dépenses globales de santé qu'on y observerait. C'est donc l'influence du médecin - et ce qui indirectement oriente son comportement de prescripteur, notamment son mode de rémunération -, plutôt que ses propres préférences qui conduirait ainsi le patient à consommer, voire à surconsommer. C'est cette observation qui a conduit dans le passé à vouloir continger la croissance du nombre de médecins en limitant le nombre des étudiants inscrits dans les facultés de médecine, et qui fait qu'aujourd'hui certains voudraient pousser la démarche jusqu'à non seulement contrôler leur répartition sur le territoire, mais

également leur rémunération en les contraignant à abandonner leur mode traditionnel de rétribution à l'acte.

Ce biais est souvent présenté comme l'un des vices fatals de la médecine privée. Mais, en fait, les arrangements proposés pour y porter remède ne changent rien dans la relation patient/médecin. Ils auraient même plutôt tendance à amplifier la latitude d'action de ce dernier en impliquant nécessairement le contexte d'un régime d'assurance publique obligatoire a priori favorable à une surdépense, que l'on essaie ensuite de compenser en mettant en place de nouveaux artefacts comme le concept de « médecin référent ». Le travers dépensier de la médecine privée, tout réel qu'il soit, a été grossièrement exagéré. La réalité est que les consommateurs sont sensibles aux prix et que les médecins ne créent pas la demande. L'observation d'une corrélation entre la demande de services et le nombre de médecins ne suffit pas à fonder l'hypothèse d'une demande induite. On peut supposer que la relation est plutôt inverse : que c'est la poussée de la demande qui suscite la venue de médecins plus nombreux. On sait par ailleurs que les patients suivent plutôt mal les consignes que leur donne le médecin, qu'ils ont du mal à obéir à ses recommandations, notamment lorsqu'on les pousse à accroître un peu trop leur nombre de visites. Il s'avère enfin que ce sont en fait les patients les plus instruits et les mieux informés en matière d'exigences médicales qui sont demandeurs de plus de soins. Cette asymétrie d'information n'est donc bien souvent qu'un mythe. Par ailleurs ce n'est pas un problème qui serait exclusif au secteur de la santé. C'est généralement le cas dans pratiquement toutes les industries que le producteur est mieux informé que le consommateur de la nature et des caractéristiques des produits échangés. Sur un marché libre, il existe toutes sortes de mécanismes et d'institutions pour atténuer les travers de cet état de chose. C'est notamment ce à quoi servent la concurrence et la publicité. Il n'y a pas de raison qu'il en aille différemment pour les soins de santé.

Les adeptes du monopole public dans la santé pensent qu'un régime de rémunération au forfait, de type anglais, permettrait de mettre un frein à la surconsommation d'actes médicaux. L'un des avantages du système serait par exemple d'inciter les médecins prescripteurs à faire davantage de prévention tout simplement pour, à budget constant, bénéficier plus tard d'une population en meilleure santé exigeant moins d'interventions et moins de soins (ce qui permet alors de bénéficier de davantage de temps libre pour traiter davantage de gens, et donc de gagner plus). Cet avantage n'est pas

douteux. Le mécanisme incite en quelque sorte les médecins à chercher à réaliser leurs objectifs en faisant le choix de moyens qui s'avèrent finalement plus rémunérateurs pour eux individuellement et moins coûteux pour la collectivité. Mais si, toutes choses égales d'ailleurs, ils y gagnent davantage, ils peuvent tout aussi bien choisir d'en bénéficier pour travailler moins. Ce n'est pas invraisemblable. Or c'est précisément ce que l'on observe. Les données dont on dispose sur ce sujet montrent que les médecins fonctionnant au forfait font en moyenne 25 % de visites en moins que les médecins rémunérés à l'acte. En général les médecins exerçant en groupe (typiquement le genre de médecine où les praticiens sont rémunérés par un mécanisme de forfait/patient) travaillent moins d'heures et dispensent moins de services que leurs autres collègues. Les médecins payés à l'acte sont six heures de plus par semaine en contact avec des patients. À partir de ces observations, il a été calculé que si on choisissait d'imposer à toute la profession médicale ce mode de rémunération, cela impliquerait d'augmenter le nombre total de médecins de 30 %, et donc les budgets qui vont avec, rien que pour sauvegarder les conditions actuelles d'accueil des malades.

La formule de la rémunération forfaitaire ne pose aucun problème tant qu'il ne s'agit que d'une pratique volontairement choisie, et exercée dans le cadre de réseaux de soins en concurrence entre eux ou avec d'autres organisations et formules de médecine. Le problème apparaît dès lors qu'on veut en faire une référence unique, le mode dominant de rémunération d'une profession à laquelle on l'impose obligatoirement. Si cela était le cas on verrait sans aucun doute se généraliser le même type d'effet pervers que celui observé à propos d'une autre grande lubie, idéalisée à tort : l'application de régimes de bonus/malus pour contrôler l'activité des médecins. Depuis 1999, en France, un régime de sanctions (bonus/malus) prévoit le reversement d'honoraires par les médecins qui auraient dépassé l'objectif assigné d'après le comportement collectif, ou l'octroi de bonus si l'objectif a été réalisé. Cette formule s'inspire d'une pratique commune à certaines provinces canadiennes de fixer un plafond à la rémunération annuelle du médecin. Au-delà de 135% du revenu brut moyen des médecins, la province de Québec ne verse que 25% du tarif régulier de la consultation. Comme on aurait du s'y attendre, on découvre après de nombreuses années d'expérience que la durée des vacances et des congés s'allonge anormalement chez les médecins victimes de ce subterfuge. Alors que les canadiens craignent l'aggravation d'une pénurie déjà manifeste de médecins, le mécanisme incite les praticiens en place à diminuer leurs efforts.

Compte tenu du souci profond des gens de se protéger contre les risques qui mettent en cause leur bien-être physique, tous ces types d'« imperfections » ne sauraient valider ni le rationnement, ni le contrôle de la population de médecins, ni l'abandon du principe de la rémunération du médecin à l'acte, ou du paiement de sa visite par le patient. De toute façon, loin de résoudre la question, la nationalisation de la médecine ne peut qu'amplifier les travers dénoncés.

5.11 Modes de rémunération et structure industrielle

Elle le fait aussi, paradoxalement, en ayant pour conséquence perverse de freiner le développement des nouvelles innovations institutionnelles qui, dans un libre contexte de concurrence, comme on peut le vérifier sur le continent américain, favoriseraient plutôt l'évolution vers les modes de rémunération précisément préconisés par ceux qui critiquent la médecine de marché.

Les cliniques françaises reçoivent leur financement par référence à un tarif à l'acte médical (une trentaine par clinique), qui par surcroît varie selon chaque établissement, sans relation avec la région ou avec la qualité des prestations. Chacune se fait aussi assigner un quota annuel d'activités autorisées découlant de l'enveloppe régionale, quota qui une fois dépassé amène la clinique à diriger les malades vers l'hôpital. Or, la théorie de l'organisation médicale aujourd'hui la plus en pointe veut que le cabinet de médecin évolue vers le concept de multi clinique intégrée, ou d'équipe de santé communautaire, de « groupe de médecine familiale », de cabinet défini comme « extension de l'hôpital ». La distinction entre les fonctions du généraliste, du spécialiste et de l'hôpital ne saurait désormais se trancher au couteau. Le médecin généraliste est de plus en plus sollicité pour rassurer, expliquer, convaincre, prêcher la prévention et faire l'éducation. Entre les deux pôles que sont la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière, une forme mitoyenne d'institution est en train d'apparaître : celle de structures intermédiaires de soins complémentaires, de réadaptation, de long ou moyen séjour.

Le mode actuel de financement à l'acte a pour conséquence de freiner directement le processus et d'être donc responsables de la lenteur de ces adaptations en France. Le docteur en cabinet reçoit sa rémunération pour des actes strictement définis et circonscrits, sans égard aux autres inputs qui

entrent dans la production de services cliniques. Le médecin n'est donc pas incité à participer à l'ouverture de cliniques intégrées capables d'optimiser la combinaison des inputs, dont en particulier le personnel paramédical. Il sous investit, non pas tant dans les mesures préventives, que dans les inputs qui sont substitués à ses propres services, tels le personnel paramédical, l'espace, l'équipement diagnostique, les équipements de réadaptation et de chirurgies simples. Les médecins en cliniques, qui sont la porte d'entrée du système, ne sont pas encouragés à former des unités capables d'offrir des services 24 heures sur 24, de façon à détourner les patients « légers » et les « cas sociaux » de l'hôpital. Encadrées par les incitations en place, les composantes institutionnelles ont plutôt tendance à s'autonomiser, plutôt qu'à s'intégrer (les réseaux de soins de ville, les réseaux ville/hôpital ont été inventés dans ce but).

Les tâches qui seraient mieux exercées dans des installations communautaires et cliniques restent l'exclusivité de l'hôpital qui les fait à des coûts sensiblement supérieurs. Ce travers ne peut qu'être amplifié par l'imposition aux cliniques de quotas annuels d'activités, qui les amènent en fin de période à déverser leur surcroît de malades à l'hôpital. Du fait du taux de financement plus favorable versé à l'hospitalisation qu'aux cliniques, même le mode de remboursement incite la population à délaisser la médecine de ville au profit de l'hospitalisation plus coûteuse. C'est comme si le régulateur se félicitait de ce que la composition des services de cabinet restât étroite. Il est significatif que ce soit dans le contexte concurrentiel du marché américain des soins administrés que ces formes nouvelles d'entreprises médicales intégrées aient spontanément émergé.

L'évolution souhaitable entraînerait-elle la disparition du paiement à l'acte comme mode de rémunération du médecin ? Non. Nombre de gestes des docteurs dans leurs cabinets ne sont que ça, des actes individuels techniques. Comme dans tous les secteurs d'activité, il y a place pour une vaste variété d'organisations dans l'industrie complexe des soins. La formule des soins administrés n'a pas supprimé le paiement à l'acte aux États-Unis ; elle l'a enrichi d'autres formes d'organisation et de rémunération.

5.12 Place du personnel paramédical

Un dernier mot pour inciter à la prudence vis-à-vis des thèses organisationnelles qui prônent hâtivement l'insertion des personnels paramédicaux comme source hypothétique d'économies gigantesques. La logique apparente est simple : puisque les ressources médicales autres que le médecin coûtent moins cher à former, et qu'elles peuvent fournir des services de qualité semblable dans certains cas, ces services coûteraient alors moins cher aussi. L'observation empirique inspire plutôt le scepticisme en cette matière. S'il est vrai que le paramédical offre en effet des services équivalents aux médecins, sa rémunération s'alignera finalement sur le prix du médecin⁷². C'est ce qui a été empiriquement observé aux Etats-Unis.

⁷² - Phénomène analysé dans Brian S. Ferguson, "Doctors Have to Make a Living too: The Microeconomics of Physician Practice", Aims BP No. 6, 2002.

6. Financement et structure de l'hôpital

6.1 Efficacité relative des hôpitaux publics et privés

Pour contester la thèse en faveur de la production publique de services hospitaliers, il faut d'abord revenir sur l'enseignement économique de base concernant les méfaits du monopole tout court. L'enseignement bien ancré dans l'analyse et l'histoire sur les vertus de la concurrence n'est pas universellement reconnu dans les pays francophones. Les grands monopoles publics français reposent invariablement sur les vertus présumées, presque providentielles du monopole pour le consommateur. Cette perception naïve découle elle-même de ce qu'on impute des qualités d'altruisme aux intérêts qui gravitent autour des monopoles publics, bureaucrates et fonctionnaires, syndiqués, et peut-être plus encore hommes de l'État. La foi dans le processus politique qui inspire cette tradition entre en conflit direct avec les résultats de l'analyse et de l'observation.

Le mouvement de privatisation a quelque peu perdu de sa dynamique depuis quelques années. Ce n'est pourtant pas parce que les résultats en auraient été décevants. Une recherche de 2001⁷³ montre que privatiser offre de réels bénéfices, tant aux contribuables qu'aux consommateurs. Ce survol de 38 expériences de privatisation menées dans le monde entier conduit ses auteurs à conclure que les privatisations ont rapporté plus de 600 milliards de dollars aux trésors publics. Plus fondamentalement encore, ce retour à la concurrence a forcé les entreprises à se montrer plus conscientes de leurs coûts, à améliorer la qualité de leurs services, à accroître leurs profits et à restaurer leurs positions financières. Ces expériences ne se limitent pas à quelques secteurs secondaires. Elles concernent aussi bien des services postaux, des banques que le secteur de l'électricité, le transport, la collecte et le traitement des déchets solides, les aéroports, la production de pétrole et de gaz....

Ces résultats sont confirmés par une étude récente de la Banque Mondiale, qui examine la performance de 60 entreprises privatisées dans 16 pays différents. Les investissements des firmes étudiées ont augmenté de 44%, la production de 27% et leur efficacité de 11%. De l'avis de cet organisme, qui fût pourtant,

⁷³ - William Megginson et Jeffry Netter, «From State to Market: A Survey of Empirical Studies on Privatization», *Journal of Economic Literature*, vol. 39, juin 2001.

après la deuxième guerre mondiale, l'artisan principal des ruineuses politiques de nationalisation dans le Tiers Monde, les études les plus sérieuses font non seulement apparaître que les privatisations ont eu un impact considérable sur l'amélioration générale du bien-être, mais qu'elle sont aussi corrélées avec une forte amélioration des indicateurs sociaux, comme la mortalité infantile.

Pourtant, en ce qui concerne les services hospitaliers en particulier, le débat sur la place respective du privé et du public est encore loin de s'apaiser. On connaît peu de sujet qui, dans l'opinion, continue de susciter des réactions toujours aussi viscérales. Les travaux des économistes sur la question sont relativement nombreux, et leur diagnostic est net : ils font clairement apparaître que les hôpitaux privés, à but lucratif ou sans but lucratif, l'emportent toujours en efficacité sur les hôpitaux sous gestion publique. Il n'en reste pas moins, selon les sondages, que 78% des Français continuent d'accorder leur confiance à l'hôpital public, nonobstant le malheureux épisode de la canicule 2003, ou encore la médiatisation des récents épisodes d'infections iatrogènes dans un certain nombre de grands établissements pourtant à la pointe de la technologie hospitalière moderne. La Cour des Comptes elle-même cite des études qui montreraient que « les coûts seraient, dans le secteur public, supérieurs, pour une même pathologie, de 30% au moins à ceux des cliniques privées »⁷⁴. Selon d'autres sources⁷⁵, le coût par unité standardisée de traitement dans un hôpital public s'inscrirait à 50 % au-dessus de ce qu'il est dans un établissement privé à but lucratif. Le point ISA, qui sert à fixer l'allocation publique par unité de traitement standardisé, vaudrait en moyenne 8,5 pour les cliniques privées, mais atteindrait 25,99 dans un hôpital public. Les chiffres cités par le *Rapport du Haut Conseil* font le même constat^{76 77}.

⁷⁴-www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/seu2002/synthese.htm , p. 13.

⁷⁵- Mougeot, *op. cit.*, p.24.

⁷⁶ - *Haut Conseil* 2004, p. 18.

⁷⁷ - En 2004, un tableau a circulé dans les milieux médicaux français qui confirmait la présence d'énormes écarts de tarifs entre le public et le privé pour toute une série d'interventions hospitalières. Une violente polémique s'en est suivie entre partisans et adversaires de l'étude. La Fédération hospitalière de France, par exemple, a publié une contre étude affirmant que les chiffres présentés n'étaient fondés sur aucune base objective

(http://www.fhf.fr/fhf/docs/couts_hopital.pdf). A quoi l'Union des Chirurgiens de France a répondu par une contre expertise qui défendait le caractère représentatif des résultats obtenus

Selon le jugement des experts les plus qualifiés, les hôpitaux français sont trop nombreux, mal localisés, avec des services qui font souvent double emploi, et dont la qualité se dégrade. La France compterait globalement un excédent de 40 000 lits (sur un total de 500 000), tout en ayant à faire face dans certaines régions à une pénurie de soins d'urgence. Selon certaines sources professionnelles, les doubles emplois représenteraient environ 10 % de la capacité, soit un gaspillage de l'ordre de 15 milliards d'euros. Paris compte 64 hôpitaux et cliniques équipés pour faire de la chirurgie cardiaque alors qu'il n'y en a que six pour toute la Hollande. Nombre d'installations immobilières et d'équipements sont en fait sous utilisés.

Les études empiriques révèlent que la nature du statut des établissements privés, à but lucratif ou non, compte pour peu dans la performance. On ne s'en étonnera guère. Elles confirment qu'une fois les bonnes incitations en place, le comportement des hôpitaux ne diffère guère entre les deux modes d'organisation. Le souci de maximiser le revenu s'avère tout aussi réel dans l'entreprise sans but lucratif que dans les établissements à actionnariat capitaliste. Ce qui infirme par l'expérience le préjugé facile selon lequel il serait moralement condamnable de faire de l'argent à traiter des malades.

6.2 Financement des hôpitaux et intégration des services

Depuis 1984, c'est le principe du budget global, réglé sur les dépenses de l'année antérieure, qui préside au financement annuel des hôpitaux, indépendamment de leur activité. La formule a remplacé celle du prix par patient/jour qui conduisait, dit-on, à un allongement excessif des durées de séjour. Cette forme particulière de financement et d'organisation des hôpitaux publics conduit à toutes sortes de décisions inefficaces. Dans un tel système, la meilleure chance d'obtenir plus de ressources au budget suivant est d'épuiser

(http://www.gem-sfcm.org/images/monde_main/syndica/cout_hp_public.pdf). Pour sa part, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (Rapport 2005, page 16) dénonce la grande opacité qui règne en matière de coûts hospitaliers et qui, selon lui, « ne permet pas de comprendre la considérable variabilité des coûts, que ce soit au sein de chacun des secteurs hospitaliers, publics et privés, ou entre les deux secteurs ». Les termes utilisés par le Haut Conseil sont extrêmement sévères. Il révèle au grand jour que seul un petit nombre de structures hospitalières publiques disposent à ce jour d'une comptabilité analytique d'exploitation (alors que l'obligation en a été inscrite il y a douze ans, par décret, dans le code de la santé publique).

le budget courant. Les établissements ont avantage à traiter de plus en plus de cas mineurs pour occuper les lits avec des patients qui leur coûtent peu mais leur rapportent une dotation budgétaire souvent identique à celle d'un malade plus sérieux. Le financement « historique » des institutions ne tient pas vraiment compte des outputs réels (pathologies traitées, état de santé des usagers). Il joue contre l'innovation et freine la productivité des établissements les plus dynamiques. La formule du budget global a également l'inconvénient de figer les parts respectives des fonctions, par exemple de l'hospitalisation relativement à la médecine ambulatoire, des spécialistes relativement aux généralistes, au détriment de l'intégration des services et de l'évolution des coûts. Les meilleurs ne sont pas récompensés, les plus mauvais ne sont pas pénalisés. En un mot, cela fige et perpétue les rentes de situation.

Il n'existe pas de modèle unique d'hôpital. Il ne revient pas à l'économiste, ni d'ailleurs à quelque professionnel du management, de prescrire ce que devrait être le modèle de fonctionnement de l'hôpital performant. On sait néanmoins que l'une des préoccupations majeures des analystes et des administrateurs d'hôpitaux a trait à ce qu'ils désignent comme « le fonctionnement en réseau », et qui ne correspond en fait à rien d'autre que ce que l'économiste met sous le concept « d'organisation industrielle » de l'industrie de la santé. C'est-à-dire le problème de savoir comment réaliser l'intégration des services pour que l'utilisateur reçoive les services au bon moment, au bon endroit, au meilleur coût. Par exemple, comment intégrer les différents services pédiatriques ultra spécialisés des centres universitaires et les services de télé médecine pour les rendre disponibles dans toutes les régions. Comment traiter les traumatisés crâniens, en mettant en liaison les centres hospitaliers, les établissements de réadaptation et autres organismes communautaires. Comment, en un mot, assurer le suivi systématique des clientèles ? Le *Haut Conseil* reconnaît qu'il y a de nombreuses lacunes dans ce domaine et il admet que « le gain curatif peut être largement annihilé par une absence de suivi social ou médico-social des malades » ⁷⁸.

Les dysfonctionnements de ce type sont généralement imputés par les responsables officiels à « la liberté de choix du soignant par le soigné »⁷⁹, plutôt qu'à l'utopie de la planification centrale. En réalité, ils proviennent plutôt de ce que le système rémunère séparément chaque composante du processus de production, sans considération des exigences d'intégration entre

⁷⁸ - *Haut Conseil* 2004, p. 20.

⁷⁹ - *Haut Conseil* 2004, p.22.

les décideurs publics, les hôpitaux, les médecins à l'hôpital et les médecins de ville⁸⁰. Les hôpitaux n'ont pas l'autorité ou le pouvoir de gérer l'activité des médecins dont les choix déterminent pourtant l'essentiel des ressources financières qui leur seront finalement allouées. Ce sont d'abord les médecins qui détiennent in fine ce pouvoir, mais ils sont privés de la responsabilité (financière) qui les inciterait à optimiser la marche de l'institution. Le fait de rémunérer de façon totalement séparée l'activité des spécialistes et celle des autres composantes du service hospitalier milite contre une combinaison optimale du capital et du travail. Supposez par exemple que l'intégration en une équipe de tous ceux dont l'intervention est requise pour traiter une défaillance cardiaque réduise la nécessité d'hospitalisations coûteuses. Dans les circonstances actuelles, c'est l'assureur public qui assume le coût de l'hospitalisation cependant que les différents spécialistes consultés restent rémunérés individuellement, sans nécessairement communiquer entre eux. S'ils forment une équipe intégrée, il s'en suivra que le même malade rapportera finalement à l'établissement hospitalier concerné moins qu'auparavant. Il s'ensuit que plus l'équipe intégrée améliore la santé et abaisse les coûts, moins elle est en fait financièrement récompensée.

On connaît l'une des solutions. C'est ce qu'un auteur a appelé « l'hôpital comme coopérative de médecins »⁸¹. Une formule vers laquelle ont spontanément évolué bon nombre d'hôpitaux américains, sous la seule pression de la concurrence et des forces du marché. Dans le souci explicite d'optimiser leurs opérations, nombre d'hôpitaux et de polycliniques se sont constitués en sociétés sous propriété des médecins qui y pratiquent. On conçoit immédiatement l'intérêt de cette formule pour l'intégration des inputs de l'organisation. Les responsables financiers de l'entreprise sont les spécialistes eux-mêmes, dont la rémunération ne correspond pas seulement aux actes professionnels effectués, mais résulte aussi de ce que rapporte en termes de productivité la meilleure combinaison des autres intrants qui entrent dans la production

⁸⁰ - Question examinée entre autres dans C. Donaldson, G. Currie, et C. Mitton, *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System*, C. D. Howe Institute, Toronto 2001.

⁸¹ - Mark V. Pauly et P. Redisch, « The Not-for-Profit Hospital as a Physicians' Cooperative », *The American Economic Review*, vol. LXIII, mars 1973, pp. 87-99.

6.3 Succédanés au marché : la régulation améliorée

La pensée conventionnelle ne remet pas en cause la suprématie du décideur public comme maître d'œuvre de la santé. S'il y a des dysfonctionnements, nous dit-on, c'est que le système est « mal régulé et mal gouverné »⁸². Le rapport du *Haut Conseil* explique ainsi que la politique « devrait nécessairement porter, en concertation avec tous les intervenants, sur l'organisation du système de soins »⁸³. A cette fin, le planificateur central ne devrait pas hésiter à « structurer davantage le fonctionnement du système de soins, éprouver la qualité et l'utilité de ce que l'on rembourse, entrer dans des démarches exigeantes d'évaluation des pratiques et d'accréditation ». En un mot, nous explique-t-on, c'est le déficit managérial qui serait à l'origine des inefficacités, de la dérive des dépenses et du gaspillage.

Cette philosophie reçoit sa plus pure expression dans les conclusions du rapport de Michel Mougeot sur la *Régulation du système de santé*. Nonobstant le jugement défavorable que l'auteur porte sur le régime en conclusion de sa démarche, il n'en soutient pas moins que « la politique de santé publique reste naturellement du ressort de l'État qui doit définir les choix de la collectivité concernant les besoins de santé et les priorités, notamment sous forme d'objectifs quantifiés de santé publique et d'obligations précises en matière de prévention ». Il reviendrait donc à un planificateur central d'interdire « la sélection par le risque », de maintenir « l'assurance-maladie universelle », d'établir « l'équité de l'accès aux soins pour toute la population et notamment pour les plus démunis », et aussi de « fixer les objectifs d'évolution à moyen terme du système de santé ». Cette dernière consigne implique que l'État fasse « un affichage clair et stable des objectifs de la nation concernant l'évolution de la dépense pendant cinq ans ». « L'État devrait aussi définir des normes d'équipement et de dotations en moyens financiers, humains ou matériels » et implanter des schémas d'organisation sanitaire qui permettent « une restructuration de l'offre en fonction des besoins »⁸⁴. Même ces vastes mandats ne suffisent pas; il est essentiel, ajoute l'économiste français, que l'initiative des patients et des offreurs reste circonscrite par trois variables instrumentales aux mains de l'administration sanitaire: la définition des normes cliniques et leur évaluation, la diffusion de l'information, et la

⁸² - *Haut Conseil* 2004, p. 10.

⁸³ - *Haut Conseil* 2004., p.5.

⁸⁴ - *Haut Conseil* 2004., p. 65-66.

définition des règles de paiements (avec, vraisemblablement des modalités de tarification analogues à celles que pratiquent déjà depuis longtemps les autorités publiques dans le cas des *monopoles naturels*). Ce n'est qu'après la mise en place de cet appareil somme toute particulièrement envahissant qu'on pourrait songer à introduire, par la régulation, des « instruments incitatifs au niveau décentralisé ». Seule l'acrobatie intellectuelle la plus débridée pourrait permettre de dépister dans ce plan d'action un rôle résiduel quelconque confié au consommateur et à la logique de marché. Il ne suffit pas de mettre plus de rigueur dans le management, ni de copier les outils développés par d'autres, dans un autre contexte (de concurrence libre), pour pouvoir revendiquer une étiquette « libérale ».

6.4 Régulation incitative

Au-delà des simples vœux pieux et de la foi naïve dans « l'organisation et la gestion des moyens » issues de « réformes organisationnelles durables »⁸⁵, une variété de mécanismes ont été suggérés pour prévenir les vices inhérents du régime et aux lacunes du rationnement global propre aux pratiques traditionnelles. En règle générale, les préceptes des économistes conventionnels optent pour le maintien de la planification centralisée, mais doublée de règles incitatives assouplies pour encadrer les offreurs décentralisés.

Pour certains, le monopole public d'assurance, seul acheteur de services, devrait organiser la concurrence entre producteurs, qui recevraient leur financement par pathologie ou du moins par activité (si la pathologie ne peut faire l'objet d'un classement clair). En un mot, en bon comptable, le planificateur omniscient et bienveillant récompenserait les bons agissements des acteurs, mais sanctionnerait les offreurs déviant de l'optimum.

Ce schéma apparaît déjà très clairement dans la loi de financement de la sécurité sociale qui a posé le principe de la « tarification à l'activité » pour le calcul des budgets hospitaliers⁸⁶. Il y est prévu que les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) alloueront leurs ressources selon le principe de la

⁸⁵ - *Haut Conseil, op. cit.*, p. 20.

⁸⁶ - Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 20 Décembre 2002. Pour une présentation du projet voir par exemple http://www.vie-publique.fr/dossier_polpublic/hospitaliere/instruments/tarification_activite.shtml.

tarification à l'activité (T2A) des établissements accrédités, laquelle reposerait peu ou prou sur des comparaisons régionales. Dix pour cent des activités devaient ainsi passer à la T2A en 2004. En principe, c'est un peu comme si l'on convertissait les hôpitaux et les cliniques en entreprises financièrement autonomes qui vendraient leurs services (définis comme traitements par pathologie) à l'ARH locale, consacrée dans son rôle de planificateur régional. Le financement de chaque établissement serait fondé sur le nombre et les pathologies des malades soignés, et donc sur la nature et le volume des activités (tarifications forfaitaires par pathologie). C'est l'output - c'est-à-dire le traitement - plutôt que les inputs qui servirait de base au financement. Cette formule est celle qui a été retenue par *Medicare*, et souvent par *Medicaid* aux États-Unis, doublée dans ce dernier cas d'un prix plafond. On la retrouve également dans plusieurs pays européens⁸⁷. Mais l'expérience américaine a déjà fait la preuve que ce type de tarification à la pathologie par un assureur public est loin d'être la panacée que ses initiateurs imaginaient.

En principe, les prix seraient calculés sur la médiane des tarifs pratiqués sur l'ensemble du territoire français. Non pas cependant sur la médiane des prix en cliniques privées, mais plutôt sur les ISA (Indice Synthétique d'Activité) dont l'échelle différerait entre les hôpitaux et les cliniques. Compte tenu de l'arbitraire qui a présidé à la multiplicité des tarifs déjà en vigueur, la médiane ne saurait qu'être arbitraire elle aussi. D'autant que la formule prévoit déjà la prise en compte d'éléments particuliers - tels l'ouverture d'activités nouvelles, la disponibilité de données sur la pondération des activités -, et que les hôpitaux, pour leur part, bénéficieraient toujours d'exemptions à la règle pour le financement de « missions *d'intérêt général* » (MIGAC), aujourd'hui réservées en exclusivité aux hôpitaux publics.

L'Institut Montaigne fait de cette formule sa prescription principale : il s'agirait de conférer aux hôpitaux une plus grande autonomie de gestion, en permettant à l'hôpital public de se transformer en hôpital privé à but non lucratif. Le financement de l'un comme de l'autre proviendrait du prix versé par le payeur (presque uniquement l'État) par activité standardisée (tarification à l'activité). Cette proposition repose sur une forme idéalisée de « concurrence administrée ».

⁸⁷ - cf. les actes du colloque « T2A : expériences européennes », février 2005 <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/index.htm> .

Une autre formule consisterait à verser la valeur du traitement global d'une pathologie non pas aux autorités régionales, mais aux médecins de première ligne, les médecins de ville. Comme porte d'entrée du système, le médecin achèterait les services requis de l'hôpital et d'autres fournisseurs de soins. Tel est le principe retenu par le NHS britannique depuis une dizaine d'années. A l'époque, la déception générale devant l'illusion que c'était en injectant toujours plus d'argent dans le système de santé national qu'on résoudrait ses problèmes avait inspiré au gouvernement britannique l'idée de réactiver un « marché interne » au sein même du système public. Dans ce projet, ce sont les quelques 300 régies régionales qui, sous l'autorité des médecins de ville, deviennent attributaires de l'essentiel des ressources de financement publiques (jusqu'à 75 % du budget de santé britannique) et donc les acheteurs de services auprès des hôpitaux. Le gouvernement britannique fonde aussi ses espoirs sur le développement d'une forme de partenariat public privé (*Private Public Partnership*) pour la construction d'hôpitaux et de centres de premiers soins. Le ministre de la santé y voit l'instrument de réformes réelles pour une meilleure gestion des investissements et la relance d'une dynamique d'innovations permanentes dans la prestation des services publics⁸⁸.

6.5 Leçons de l'histoire et de l'analyse

Ce schéma d'intervention reproduit en fait une formule de régulation déjà abondamment utilisée depuis une soixantaine d'années dans le domaine de la gestion des « monopoles dits naturels ». Comme substitut à la propriété publique intégrale, une panoplie d'interventions étatiques ont fait l'objet d'essais de cette nature dans tous les domaines d'activité. Quelles leçons ces expériences enseignent-elles?

L'histoire de la régulation des prix est qu'elle crée toujours le monopole plutôt qu'elle ne le contrôle ou l'atténue, qu'elle récompense et favorise des groupes d'intérêt plutôt que l'intérêt général et le consommateur, qu'elle suscite le relâchement de la gestion managériale plutôt que l'efficacité opérationnelle, et qu'elle fait monter les coûts au lieu d'abaisser les prix. L'expérience internationale confirme le caractère arbitraire de toute forme publique de contrôle et de régulation des prix, et pas seulement dans le secteur de la santé.

⁸⁸ - John Hutton, Ministre de la santé, « PPPS Revive British Health Care System », *National Post*, 29 novembre 2003, p. FP 11.

Au cours des années 1990, les gouvernements ont allègrement recouru à de multiples formules de « recouvrement des coûts » pour réduire leurs déficits. Le principe était louable : faire porter directement par l'organisme bénéficiaire le coût des services qui apportent à ceux qui dirigent ou qui y travaillent un bénéfice commercial, souvent exclusif. C'est ce qui a été fait par exemple pour certains services d'inspection alimentaire, l'approbation des nouveaux médicaments, la météorologie. Malheureusement les administrations qui ont emprunté cette voie étaient le plus souvent motivées par le seul souci de renflouer leurs finances publiques. Le niveau des prix ainsi fixés est totalement arbitraire et sans relation avec le coût et la valeur du service rendu, ou sa qualité. Ce ne sont que des « quasi-prix », comme les appellent les économistes, souvent utilisés d'ailleurs pour favoriser des financements croisés au profit d'autres services ou organismes. La tentation de tels arrangements est d'autant plus grande que les entreprises concernées n'ont pas le choix de leurs fournisseurs et que l'Etat est le plus souvent le seul à dispenser le service recherché. Fréquemment, le « client » se voit en fait forcé d'acheter un service qu'il ne demande pas. Les tarifs sont prélevés par une multitude de ministères ou d'agences, sans possibilité de recours en cas de griefs.

Concrètement, est-il besoin de souligner que de tels arrangements, pour remplir la fonction théorique qui leur est impartie, exigeraient la mise au point d'une comptabilité rigoureuse des coûts unitaires qui, après un demi siècle de planification, n'existe toujours pas. On sous-estime notamment l'ampleur des arbitrages bureaucratiques et informationnels implicites requis dans toutes ces formes de rémunération des offreurs par des quasi prix. Il en est de même pour la définition des règles nécessaires concernant l'identification et l'éligibilité des actes au remboursement, l'accréditation des offreurs, les conditions d'entrée des nouveaux venus ou de sortie des non performants, le choix des modes de paiement. La classification des pathologies ne saurait parfaitement incorporer l'ensemble de toutes les différences possibles de coûts selon la sévérité des cas, l'âge, les complications particulières, etc. On conçoit facilement des circonstances où les établissements refuseraient les patients les plus lourds à traiter. Chacune de ces étapes comporte des risques de dérapage indissociables d'une logique politico bureaucratique.

Arrêtons-nous sur un exemple pour mieux comprendre la signification de ces outils lorsqu'on les applique au monde réel. Supposons par exemple que l'entreprise X gère une chaîne de magasins discount dispersés sur le territoire

français, et qu'elle éprouve des difficultés insurmontables. Lorsqu'un maillon d'une industrie s'avère incapable de répondre aux préférences des consommateurs, la faillite ou ses substituts, les fusions, les acquisitions, les OPA, constituent l'instrument incontournable du redressement. Mais supposons que, comme s'il s'agissait d'un hôpital, l'option de déposer le bilan et de se déclarer en faillite soit bannie *a priori* parce que, ainsi que les théoriciens de la politique industrielle le soutiennent, on pense que le capital d'une entreprise ne doit servir qu'à investir en nouvelles installations ou en nouveaux équipements, et non à l'acquisition d'entreprises existantes. Personne ne semble comprendre que les opérations de réallocation du capital ne représentent pas qu'une simple « consommation » de capital. Si dès le départ la faillite est exclue comme mécanisme de réorganisation d'un secteur, il ne reste pas d'autre alternative que celle d'un *plan rationnel* de restructuration à l'initiative des pouvoirs publics. Ce qui n'était encore qu'un problème local devient alors la manifestation d'une crise de système appelant une solution globale qui va englober l'ensemble du secteur – en l'occurrence l'ensemble du commerce de détail. C'est tout le commerce que l'on cherchera à restructurer, comme l'on parle aujourd'hui de restructurer les hôpitaux.

L'essence de tout plan de ce genre est précisément d'embrasser le contrôle et le management de toutes les composantes d'une industrie. Il y a fort à parier qu'une telle entreprise sera rapidement placée sous l'autorité d'abord d'une soi-disante ARC (Autorité Régionale du Commerce) régionale, puis d'un organisme public central. Plutôt que de mettre au point sa propre stratégie et de réorganiser ses propres affaires dans le contexte du marché de détail, l'entreprise finira soumise à la volonté d'une quelconque commission nationale, chargée de faire le ménage dans l'ensemble des réseaux de détail. C'est alors qu'on lui demandera de rationaliser ses activités, en se séparant de tel ou tel département, en fermant tel ou tel magasin. Mais l'opération ne se limitera pas à tailler dans son seul réseau. Les décisions seront prises en fonction d'une réévaluation globale de l'ensemble des activités de tous les établissements exerçant la même profession dans le pays. Une fois convenu que le système compte trop d'unités, ou mobilise de trop importantes superficies c'est le planificateur qui en définitive – après avoir, bien sûr, consulté les maires des communes concernées, le préfet, les représentants des syndicats... - décidera qui devra fermer ici, ouvrir là, qui sera autorisé à se rapprocher ou même à fusionner avec tel autre, quels transferts d'actifs devront être effectués d'une firme à l'autre, etc.

A quoi ressemblerait un commerce régi par une telle logique? L'ensemble de l'opération tiendrait de l'absurde. Il apparaîtrait vite ridicule de prétendre organiser le marché du détail à partir d'une commission centrale de l'industrie. Le système s'organise tout seul, spontanément. Les décisions sont prises par des détaillants particuliers en fonction des informations qu'ils reçoivent sur les besoins des consommateurs. Point n'est besoin de comprendre comment fonctionne l'ensemble des activités de détail dans le pays pour résoudre les difficultés d'un élément en particulier. Personne ne détient une connaissance intime et poussée de tous les aspects de l'industrie. Bien avant que notre entreprise ne commence à éprouver des difficultés, des concurrents plus perspicaces étaient déjà en place, impatients de prendre éventuellement la relève. A l'aboutissement du processus, les consommateurs seront mieux servis, sans qu'aucune commission ait jamais à imposer de plan national, même « rationnel ». Pourquoi en irait-il autrement de l'industrie hospitalière ? Les options retenues dans le cadre d'une organisation nationale de la santé n'ont rien à voir avec la demande réelle des patients. Aucun plan ne pourra se substituer au processus graduel et progressif que constitue le mécanisme de la faillite commerciale. Même un hôpital peut faire faillite. Cela ne signifie pas qu'il va s'arrêter de fonctionner, que les malades ne seront plus soignés, qu'il sera rasé ; mais, la plupart du temps, simplement qu'il passera sous le contrôle de nouveaux actionnaires qui remplaceront les anciens, défaillants, et bénéficieront, eux, de finances assainies.

L'expérience universelle enseigne que les entreprises d'État et les sociétés accrochées à l'aide publique s'ajustent plus lentement à l'adversité qui ne manque pas de se manifester tôt ou tard. Ultimement c'est la flexibilité de l'économie qui en souffre.

Il faut comprendre que les projets en cours pour soi disant aménager et rationaliser le système de santé français ne remettent absolument pas en cause cette logique de planification centrale. On demeure dans le même cadre de pensée. C'est toujours l'assureur public qui assume le financement, et qui détermine donc le *prix* qui sera versé au prestataire. Ce ne sont pas le choix du patient consommateur ni le calcul de l'offreur qui déterminent la structure industrielle du secteur. Les *prix* restent des prix politiques, des *quasi-prix* incapables de susciter la restauration d'une logique de concurrence authentique.

Toutes les formules imaginées suscitent donc une question de fond. L'objectif de ces réformes est de susciter l'avènement d'un «quasi marché interne» de services qui permettrait de restaurer «les bonnes incitations» chez les agents en mettant en place des mécanismes qui ressemblent à ceux d'un marché pur. L'entreprise s'inspire d'un bon principe. Il se peut que l'adoption de ces propositions, si elles étaient intégralement retenues, apporte un début d'amélioration. Mais la pseudo concurrence ainsi introduite ne pourra jamais reproduire le mécanisme capitaliste authentique. Le risque demeure qu'elle ne serve finalement que de paravent à un nouvel alourdissement des procédures bureaucratiques. Le fond de la question, commune à la plupart des propositions de réforme des systèmes de santé, s'exprimerait en une phrase : si les incitations associées traditionnellement au fonctionnement d'un marché sont si souhaitables, pourquoi se contenter d'imitations ? Par quel angélisme peut-on postuler que le législateur, une fois éclairé par les conseils de personnels ayant une meilleure connaissance des techniques de management dans les systèmes privés, optera nécessairement pour les solutions optimales, s'il ne l'a encore jamais fait dans le passé ? Pourquoi, en somme, se contenter d'imitations, de «prix politiques», de modalités de soins administrés, plutôt que de la seule réforme fondamentale qui ait fait ses preuves depuis deux siècles ? Chacun souhaite l'injection de mécanismes d'incitation et de motivation qui alignent plus directement les comportements des patients et des offreurs sur les exigences d'efficacité, mais sans oser aller jusqu'à la formule qui les inspire toutes, c'est-à-dire un régime de marché explicite. Ainsi, manifestement, c'est davantage le pragmatisme et le souci principalement du politiquement possible, plus que la rigueur économique ou la démarche scientifique, qui inspirent l'ensemble de ces prises de position fondamentalement incohérentes – mais diplomatiquement habiles.

6.6 A la recherche de la structure optimale

La question principale demeure : quelle est la structure optimale d'une industrie comme celle de la santé ? Et, surtout, comment procéder pour la découvrir et la mettre en oeuvre ? Comment un vrai marché s'y prend-il pour assurer l'intégration d'activités aussi diverses ?

Dans l'industrie de l'alimentation, comment la coordination se fait-elle entre l'agriculteur qui produit les petits pois, le manufacturier qui les met en boîtes et le supermarché qui l'étale à nos yeux ? Ce sont le prix et la perspective de

profits qui motivent l'entrepreneur et l'incitent à régler constamment ses comportements sur les préférences de ses clients, ainsi que le choix des technologies nouvelles, des modes de production et d'organisation les plus efficaces.

Or ce processus de « destruction créatrice » a été banni de l'industrie de la santé. Le régime hospitalier a écarté la logique de l'entreprise innovante qui nous vaut notre niveau de vie d'aujourd'hui. Le responsable qui s'emploie à faire la chasse aux sources d'inefficacité se met à dos les médecins et les employés de l'organisation. Il devient vite un fauteur de troubles. La fermeture d'une installation ou d'un service inefficace fera l'objet d'une question embarrassante au parlement. Les inventeurs, les innovateurs et les entrepreneurs n'ont pas leur place dans le schéma planificateur. Le régime attend de l'administrateur qu'il gère le rationnement.

L'analyse et l'histoire ont démontré que le « *command and control* » d'une industrie entière, à la façon de l'ex Union soviétique, relève de ce que le Lauréat Nobel Hayek appelait l'illusion, la prétention fatale. La prétention toute cartésienne de croire qu'une organisation centrale, fût-elle démocratique, soit capable d'obtenir toute l'information nécessaire pour intégrer les milliards de relations que cette tâche comporte. La prétention de croire qu'on peut par des directives centrales aux filiales, aux administrateurs, reproduire le dynamisme de l'entreprise novatrice et efficace. Qu'on se rappelle seulement que l'ex Union soviétique n'avait pas moins de 24 millions de prix à fixer et à modifier constamment pour les régler sur les conditions changeantes. Que certains puissent encore accorder le bénéfice du doute à cette gigantesque fourberie relève du mystère.

7. Santé et marché politique

La philosophie courante de l'État chez l'élite intellectuelle et politique européenne repose sur une vision collectiviste de l'homme. Cette conception conduit à nourrir une foi sans borne dans les vertus de la politisation de la société et de sa conséquence indissociable : la redistribution égalitaire par la contrainte. Dans ses principes méthodologiques, elle découle d'une démarche discréditée en analyse, et troublante en morale.

Le collectivisme s'inspire d'une conception particulière de l'homme. L'homme «sociologique» qu'il retient comme fondement de ses analyses, est un homme déterminé. Il est le produit exclusif de son environnement. Au sein de la société, il est comme l'abeille dans la ruche. Il ne fait pas de choix, il ne s'adapte pas. Son environnement n'est pas seulement une contrainte, comme pour *l'homo oeconomicus*, il le détermine. La société fait les comportements individuels, et non l'inverse. L'individu est considéré comme incapable de régler ses choix sur les «*opportunities*» qui s'offrent à lui. Il est essentiellement passif.

7.1 La vision conventionnelle de l'État

La contrepartie de la vision collectiviste de l'homme se retrouve dans la conception de la société. L'individu n'est ni source de droit, ni d'action, ni de morale. La société n'est pas le regroupement d'individus. Elle possède plutôt une âme distincte, une volonté abstraite, au-dessus des individus qui la composent, et que seul l'État qui en est l'émanation serait à même de formuler. C'est une conception animiste de la société. Celle-ci se trouve dotée de qualités humaines, notamment le pouvoir de faire des choix. C'est ce type même de vision que l'on retrouve implicitement sous la plume de Michel Mougeot lorsque, dans son rapport sur l'économie de la santé en France, il écrit : « le choix [...] dépend essentiellement de l'arbitrage que la collectivité effectue entre les considérations d'efficacité et de redistribution »⁸⁹.

⁸⁹ - Mougeot, *op. cit.*, p.43.

Le mal et l'injustice qu'on observe dans la société sont alors inhérents à l'ordre social. Les disparités de revenus ou professionnelles sont des injustices engendrées par « le système ». La recherche de l'épanouissement de soi, l'intérêt personnel, le mobile du profit n'appartiennent pas à la nature de l'homme aux prises avec la réalité de la rareté. Le mal est imposé à l'individu par la culture. Il disparaîtra, comme le *self-interest*, si apparaît un nouvel ordre social. L'homme est malléable et perfectible.

La conception organique de l'homme et la vue animiste de la collectivité conduisent alors à définir l'État comme l'incarnation d'une volonté sociale abstraite. Puisque c'est la société, non les individus, qui possède une finalité, l'État devient le gardien, le garant, l'incarnation de la culture et du bien-être général. Par quel processus s'élabore cette volonté collective, et comment elle se transmet au décideur public, à travers le mécanisme de scrutin ou autrement, la démarche collectiviste ne l'explique pas. Elle le postule. L'État devient mu comme par une force extérieure aux acteurs eux-mêmes. Il constitue une entité abstraite, omnisciente et bienveillante, dont la seule finalité est le bien commun. On retrouve cette vue animiste chez les nationalistes qui assignent à l'État la mission d'incarner la nation, et chez les moralistes et les « altruistes », pour qui les hommes sont trop corrompus ou trop égoïstes pour se gouverner eux-mêmes, comme si l'administration se composait elle-même d'autre chose que d'êtres humains imparfaits et égoïstes.

Bien entendu, le corollaire politique universel dégagé par les adeptes de l'animisme social est que l'activisme politique et l'intervention réglementaire représentent la seule voie de progrès pour ceux que le revenu défavorise, ceux qui n'ont pas la chance de faire carrière dans les professions ou les institutions les mieux en vue, ou qui, en général, souffrent de quelque désavantage visible. En sciences sociales on range cette approche dans la catégorie des pseudosciences au même titre que l'astrologie, la parapsychologie et les autres sciences occultes.

7.2 L'État aux yeux de l'économiste

Aux antipodes de cette vision se trouve l'homme tel que l'envisage la méthodologie économique. Dans cette perspective, l'individu est le seul agent moteur de la vie collective. Il assume un rôle actif dans la poursuite de son bien-être. Il est un évaluateur qui pèse les alternatives par le calcul des

avantages et des coûts de ses actes, et il choisit ce qui lui paraît le meilleur. Il n'est pas une simple machine à calculer, cependant. Il innove et prend des risques dans son souci de s'épanouir. Il maximise sous contraintes, dont celle d'une information imparfaite dans un monde de rareté et d'incertitude. Il réagit aux incitations qui se révèlent dans le prix monétaire et psychologique de ses options.

La société, qui s'identifie alors au marché, est l'aboutissement, non intentionnel, des actions individuelles. Les organisations politiques et sociales constituent des systèmes, involontaires sans doute, mais engendrés par les individus. Seuls agissent et choisissent des individus. La «main invisible » d'Adam Smith n'est pas conçue par l'homme, mais elle est le fruit non intentionnel des comportements de chacun. La réalité sociale est objective, bien qu'involontaire, mais elle résulte des actions individuelles impersonnelles.

Les corollaires politiques et institutionnels des deux approches diffèrent radicalement. Si l'État est le seul mécanisme d'organisation et d'intégration sociale par son pouvoir d'exprimer la volonté et l'intérêt supérieur de la collectivité, alors la prospérité et le bien-être social commandent qu'on nationalise, qu'on alourdisse la fiscalité, qu'on élargisse la dépense publique et qu'on étende l'intervention réglementaire à toutes les facettes de la vie personnelle et professionnelle. Le redistributionnisme au service de l'ordre juste dicté par l'élite politico-bureaucratique s'impose, puisque les individus ignorent ce qui est bon et mauvais pour eux.

Si au contraire le commerce libre entre individus et organisations décentralisées est seul capable de créer la richesse et le bien-être, alors l'État minimal s'impose au profit d'un régime de récompenses et de sanctions qui laisse libre cours au dynamisme des décideurs décentralisés. Corollaires: minimisation du poids fiscal, surtout sur les plus productifs; compression des contraintes réglementaires sur la vie active des gens au profit de l'effort productif et de l'esprit d'entreprise; surtout priorité à la création de richesse et recul des actions de redistribution destructrices de richesse. Autrement dit, liberté, envie d'entreprendre et prospérité par la dépolitisation de la société.

La vision conventionnelle de l'économiste telle qu'on l'enseigne dans la plupart des facultés, et qu'on la pratique dans les ministères, ou dans les médias, souvent avec grand succès, est profondément différente. L'économie y est conçue comme une approche du monde fondée sur la

dynamique d'individus qui maximisent, et appliquent ce comportement non pas exclusivement à la sphère matérielle ou monétaire des activités humaines, mais à toutes les dimensions de la vie en société.

Une conséquence est que, tout en s'écartant de la tradition analytique collectiviste et marxienne, les économistes conventionnels n'en sont pas moins conduits à réinsérer l'État au cœur de la recherche du bien-être social. Pour cela il leur fallait bénéficier d'une autre légitimité. C'est la théorie des déficiences des marchés imparfaits qui leur a apporté la solution. Grâce aux concepts d'économies (ou déséconomies) externes et d'économies (ou déséconomies) d'échelle, fondements de la théorie des marchés imparfaits, la profession des économistes s'est doté de nouveaux outils qui leur permettaient de justifier leur position de conseiller du Prince. En postulant un État omniscient, bienveillant et donc libre d'imperfections, face à un marché présentant toujours quelque défaillance, l'enseignement conventionnel légitimait l'étatisme. Une fois qu'ils ont identifié quelque imperfection du marché, l'immense majorité des économistes européens croient avoir tout dit. Ils ont la conviction d'avoir établi scientifiquement le caractère impératif d'une intervention généralisée de l'État redresseur de torts. Ils n'éprouvent même pas le besoin de démontrer que les institutions qu'ils proposent permettront de faire mieux par rapport à ce qui prévaudrait si on se passait d'eux et de leurs conseils. Leur doctrine ne diffère guère du vieux principe de droit divin qui régissait l'ancien régime. Chaque fois qu'un économiste normatif mentionne le mot État pour corriger une imperfection ou redresser un tort, il pourrait, sans sacrifier la rigueur, lui substituer le mot Providence.

En réalité, il n'a rien établi, puisqu'il ne dispose d'aucune théorie de l'État autre que le postulat de son omniscience et de sa *bénévolence*. L'illustration la plus explicite de cette démarche nous est fournie encore une fois par la conclusion générale du rapport Mougeot qui offre, en même temps, un jugement des plus sévères sur le fonctionnement du régime, mais accompagné de propositions corollaires de nature institutionnelle parfaitement inconciliables avec le verdict. « Bien que le système français soit géré de façon centralisée par l'État et l'assurance-maladie, il n'a su ni réduire les inégalités entre catégories sociales ou entre régions, ni mettre en place une allocation efficace des ressources, ni exploiter une situation d'offre excédentaire pour diminuer les dépenses », explique l'économiste français. On s'attendrait dès lors qu'il formule un projet institutionnel fondé sur d'autres assises que l'actuelle logique politico bureaucratique. Mais ce n'est pas du tout ce à quoi il

conclut. Au contraire : « la définition de la politique de santé publique et des principes fondamentaux du système de santé, réaffirme-t-il, sont par nature des prérogatives de l'État dont la fonction pourrait être étendue à la définition de normes assurant un cadre cohérent aux mécanismes concurrentiels décentralisés »⁹⁰. Alors que toutes les analyses tendent à prouver que les normes d'optimalité de la production publique de soins et les normes de justice dans la distribution des services n'ont à peu près rien à voir avec les décisions effectives des gouvernements, l'économiste conventionnel n'en persiste pas moins à faire aveuglement confiance à la nécessaire bienveillance des décideurs publics.

Et si, en matière de santé, les rationalisations purement économiques ne suffisent pas, les adeptes de l'étatisme n'hésitent pas à les compléter par l'introduction de toutes sortes de finalités *ad hoc*, qui n'ont rien à voir avec la santé. Tour à tour on les verra invoquer ainsi les inégalités et le souci de redistribuer les richesses, l'impératif de la création de nouveaux emplois, ou encore les nécessités d'une « politique industrielle » (pourtant discréditée depuis déjà longtemps). Lorsque le recours aux processus politiques ne donne pas les résultats escomptés, on n'impute pas l'échec à la nature du socialisme. C'est le refus des politiciens en place d'adhérer à une ferme volonté politique qui est mis en place. Il suffit dès lors de les remplacer par de meilleurs décideurs qui feront en sorte que le socialisme marche. Se pourrait-il cependant que l'État s'avère plus imparfait que le marché ? Et si dans la plupart des cas le marché ne retenait que des défaillances optimales et que de toute façon l'État les amplifiât au lieu de les corriger ?

Postuler, comme le veut la pensée dominante, que l'appareil politico bureaucratique est l'instrument premier et ultime pour révéler la volonté populaire, en matière de santé comme dans les autres domaines, constitue la grande illusion de la pensée française, et de la philosophie sociale du XXe siècle en général. Cette vision suppose que la gratuité au consommateur et le report du fardeau sur la fiscalité soient l'expression de la volonté populaire, le symbole de la justice sociale, l'expression du sens de la compassion qui anime l'âme française, en opposition à l'individualisme cruel du monde anglo-saxon. D'en être réduit à rationaliser un régime par son « esprit » plutôt que par sa performance en dit long sur son évolution. L'organisation centralisée d'une société libre est en théorie une utopie. Et les tentatives pour l'imposer en ont fait partout une utopie coûteuse.

⁹⁰ - *Op. cité*, p. 76.

7.3 Domination de la majorité

Sur le marché politique, les résultats du processus budgétaire ou réglementaire sont déterminés par le régime de sanctions et de récompenses qui encadre les acteurs - hommes de l'État, électeurs et fonctionnaires -, tout comme l'aboutissement du marché dépend des incitations qui s'exercent sur les consommateurs et les producteurs. L'examen du contexte institutionnel dans lequel s'inscrivent les choix publics constitue donc une démarche essentielle à la compréhension de la place effective des pouvoirs publics dans l'industrie de la santé et son aboutissement.

L'économiste identifie la finalité des politiques et des institutions, non pas à partir des déclarations d'intention des hommes politiques, ou du préambule de leurs lois, mais par leur incidence effective sur le revenu des intéressés. Or, c'est d'abord et avant tout en conférant des bénéfices à la majorité sur le dos des minorités que la victoire électorale se gagne en régime de scrutin majoritaire⁹¹. Le souci premier, pour ne pas dire exclusif de l'homme politique est de gagner la course électorale, et donc d'adopter la plate-forme la plus favorable à l'électeur majoritaire, celui que les économistes désignent sous le vocable « d'électeur médian ». Dans une société où, comme c'est universellement le cas, la distribution du revenu est asymétrique (il y a plus de familles qui ont un revenu inférieur à la moyenne qu'il y en a qui ont plus que la moyenne), c'est-à-dire où la majorité des familles gagne un revenu (d'environ 45 000 euros par année ou moins) inférieur à la moyenne (environ 60 000 euros par année), c'est en étatisant de vastes pans de l'activité économique, et en recourant prioritairement au financement public qu'on gagne les élections. On ne prend pas grand risque à affirmer que la nationalisation effective, bien que jamais véritablement déclarée, de l'industrie de la santé a valu à une majorité d'électeurs un transfert de richesse de plusieurs centaines d'euros par an prélevé sur les familles à revenu moyens supérieurs.

⁹¹ - Nous faisons grâce au lecteur des réserves que cette proposition générale appelle et qui feraient voir, avec une rigueur mathématique, que les choix publics et souvent la formation des gouvernements ne répondent souvent pas aux préférences de la majorité. Les prédictions du théorème du votant médian ne sont toujours qu'une approximation. Un écrit récent condense cette ligne d'analyse dans son application française : P. Dasgupta et E. Maskin, « The Fairest Vote of All », *Scientific American*, mars 2004, pp. 92-97.

Il suffit pour satisfaire au théorème de l'électeur médian que la structure fiscale qui sert à financer l'opération soit proportionnelle au revenu. C'est encore mieux si elle est progressive. On a ainsi calculé que, dans la plupart des Etats-providence occidentaux, c'est vers le milieu des années 70 que le nombre de bénéficiaires nets des programmes publics (ceux qui reçoivent plus en services qu'ils ne paient en taxes) a commencé à l'emporter sur le nombre de perdants (qui paient plus de taxes qu'ils n'obtiennent de services)⁹². Ces transferts de richesse ne concernent pas que les ressources strictement matérielles. Nous avons déjà évoqué la tendance durable des gouvernements à détourner les ressources des soins coûteux destinés à un petit nombre de personnes gravement malades, au profit d'une multiplicité de services de réconfort réclamés par le plus grand nombre pour des malaises plutôt mineurs. Ces services présentent la caractéristique de profiter à un très grand nombre de gens – qui sont aussi autant d'électeurs - tandis que la nature des soins intensifs est de concentrer des sommes énormes au bénéfice de gens beaucoup moins nombreux qui ne représentent donc qu'un poids politique négligeable⁹³. Un économiste demandait un jour à des responsables de la planification du système de santé britannique comment ils alloueraient les ressources si on leur offrait soudain les moyens de procéder à une injection massive de fonds supplémentaires. Alors qu'il s'attendait qu'on lui dise que ce serait au bénéfice des gens dont la santé est la plus atteinte et la vie la plus menacée, il lui fut répondu que cet argent irait en priorité à l'amélioration du bien-être et du confort de vie des personnes âgées, des malades chroniques et des handicapés mentaux.

Ce simple constat logique signifie que l'intervention de l'Etat profite principalement aux gens de la classe moyenne, et non pas aux défavorisés - comme le voudrait la vision conventionnelle -, ni aux riches, comme l'enseigne la tradition marxiste. C'est au plus 10% du budget de l'Etat qui va vraiment aux pauvres. Notre attachement sentimental à la médecine socialisée repose ainsi moins sur le noble idéal de la compassion, ou sur la fidélité aux préférences générales d'une majorité de la population, que sur le souci du plus grand nombre d'accéder à une forme d'assurance illimitée aux frais des autres. Quand les gens demandent qu'on augmente les impôts pour accroître l'offre du système, c'est en fait à l'alourdissement des impôts de leurs voisins, perçus comme plus riches qu'eux, qu'ils pensent d'abord et avant tout. Loin d'être un

⁹² - Institut Fraser , *Tax Facts* et *Government Spending Facts 2*, Vancouver, 1999.

⁹³ - P. 42.

symbole de solidarité, l'étatisation de la médecine est l'instrument d'un calcul moralement méprisable.

Par ailleurs, la théorie économique des choix publics conduit à prédire que, lorsqu'il se trouve contraint par une forme quelconque de rationnement, l'électeur médian optera pour un budget global de dépenses de santé inférieur à ce qu'il choisirait s'il était libre d'acheter lui-même ses soins. Sous un régime de monopole public exclusif, le budget public (et donc global) retenu par l'électeur médian s'avérera en général inférieur au budget qui découlerait de la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé. La raison en est que cet électeur médian, qui détermine le résultat, est quelqu'un qui en fait dispose d'un revenu inférieur de 25 à 30 % à la moyenne. Ce n'est donc pas la capacité totale que les tenants de la médecine d'Etat veulent maximiser, c'est le budget public. D'autant que plus le rationnement est sévère, moins les soins deviennent attrayants. Au moins la sagesse a su limiter ce travers en France en s'abstenant de circonscrire l'assurance et la production des services au seul monopole public.

Tel est le sens du théorème de l'électeur médian auquel font appel de nombreux auteurs pour expliquer les caractéristiques communes – nationalisations, appareil réglementaire – que l'on retrouve en général dans tous les grands régimes universels de services publics tels l'éducation, la santé, l'assurance-chômage, les retraites, le transport urbain, le service postal, la tarification de l'électricité, du gaz naturel, du téléphone, pour n'en mentionner que quelques uns.

Uniformisation des services : La majorité qui se forme en régime de scrutin majoritaire ne résulte pas d'un regroupement aléatoire d'électeurs. Elle ne doit rien au hasard. C'est au centre de la distribution des électeurs que se trouve la masse de la population qui va donner à l'homme politique la majorité qu'il recherche. D'où l'idée que c'est toujours « au centre » que se fait la politique. D'où aussi la conséquence que, lorsque l'Etat assume lui-même la prise en charge de la production d'un certain type de service, il y a peu de chances pour que les gens qui nourrissent en la matière des préférences atypiques voient celles-ci satisfaites. Il y a toutes chances pour qu'ils viennent grossir les rangs des déçus et frustrés permanents.

Cette extrême sensibilité des hommes politiques aux préférences médianes entraîne la standardisation généralisée et l'uniformisation des services rendus par l'offreur public. L'égalitarisme - c'est-à-dire la tendance des gouvernements à offrir à la population des quantités et des qualités identiques pour tous - n'est que la manifestation concrète de cette attraction vers le centre. Les prestations fournies convergeront vers un standard unique correspondant aux préférences et au revenu de l'électeur médian. Contrairement au marché, qui répartit les biens et services entre les consommateurs selon l'intensité de leurs préférences et les différences de revenu, les pouvoirs publics sont ainsi logiquement conduits à choisir un mode de distribution fondé sur l'uniformisation des services. Que le partage se fasse par files d'attente – comme dans les encombrements routiers, ou dans les services d'urgence des hôpitaux -, qu'il s'opère par l'assignation de budgets uniformes comme à l'école ou dans les services de santé, la prise en main de la production par des services publics s'accompagne invariablement d'un processus de standardisation. Le client bénéficie inévitablement d'une offre réduite et moins variée par rapport à ce dont il disposerait sur un marché libre. Discrimination fiscale et uniformisation des modes de consommation font partie intégrante du même phénomène. C'est ainsi que les partis politiques des régimes démocratiques tendent à converger vers des plates-formes qui se ressemblent, au grand scandale des puristes qui s'en formalisent. Conformité et médiocrité dans les propositions ne sont qu'un produit du processus de décision majoritaire. Ces caractéristiques sont inhérentes aux règles du jeu.

Le théorème de l'attraction par le centre conduit ainsi à l'idée que le propre de tout marché politique est de donner naissance à des coalitions majoritaires successives d'électeurs dont l'objectif est, non pas d'accroître la richesse globale et d'améliorer le bien-être général, mais d'opérer des prélèvements sur l'ensemble de la population pour octroyer des transferts au profit de sous-groupes particuliers, fussent-ils minoritaires. Un jeu à somme nulle, en quelque sorte. La richesse n'augmente pas; elle n'est que redistribuée. Les fumeurs de ce début de siècle en savent quelque chose, qui subissent désormais les foudres de l'hystérie des non-fumeurs devenus majoritaires.

Cette façon d'expliquer le fonctionnement des marchés politique permet de mieux comprendre le paradoxe des régimes de santé socialisés. Leur raison d'être est généralement associée à l'idée qu'il s'agit de venir au secours des plus défavorisés. Comme si, dans nos sociétés riches, le seul fait qu'une petite minorité de gens soit incapable de subvenir à ses besoins dans un domaine

suffisait à justifier que, par compassion, l'Etat prenne en charge l'organisation entière de cette industrie. En réalité la logique politique n'a rien à voir avec cette finalité. Tout tient d'abord et avant tout au « fait majoritaire » tel qu'il s'est progressivement imposé au cours du XXème siècle. La démocratie était à l'origine principalement perçue comme un instrument servant à circonscrire et limiter l'exercice du pouvoir politique. Le principe dominant de la démocratie, avant le XXème siècle, était la liberté individuelle. La tradition libérale classique n'a jamais, avant les temps modernes, réduit l'action politique à la seule expression d'une volonté majoritaire. Mais de la suprématie de la liberté on est progressivement passé à une conception de la démocratie conçue comme l'instrument de révélation de la volonté du plus grand nombre. On en voit aujourd'hui les conséquences, tant dans le domaine législatif qui concerne la conduite privée des adultes, qu'en matière fiscale avec la manière dont l'Administration considère le contribuable (toujours présumé a priori coupable jusqu'à ce qu'il ait fait de son innocence)⁹⁴. De Jouvenel voyait juste lorsque, il y a déjà plus d'un demi siècle, il écrivait que les démocraties ont failli à leur tâche qui est de limiter le pouvoir de l'État⁹⁵.

Choix politiques et bonne conscience : C'est ici qu'il faut introduire un autre concept central de la théorie économique des marchés politiques : le théorème d'ignorance rationnelle. Lorsqu'une personne achète une voiture, les deux conditions nécessaires pour qu'elle exprime un choix rationnel sont remplies : le choix individuel est décisif et l'enjeu personnel est grand. L'intérêt personnel de l'acheteur est de choisir la voiture qui lui conviendra le mieux. Prudence et circonspection s'imposent naturellement à lui. Il recherchera rationnellement toute l'information dont il a besoin, pour autant qu'elle ne lui coûte pas plus que ce qu'elle est susceptible de lui rapporter. Son niveau d'information sera « optimal ». Supposons maintenant que la décision d'achat de telle marque plutôt que telle autre soit déterminée non plus par sa préférence personnelle, mais par le résultat d'un vote acquis à la majorité d'un groupe dont il fait partie. L'enjeu – l'acquisition du véhicule, sa conduite – restera le même. Mais son pouvoir sur l'issue du scrutin deviendra quasi insignifiant. Chercher à s'informer personnellement sur les caractéristiques des modèles offerts et les particularités de chaque marque ne présentera plus grand intérêt puisque de toute façon cela ne pèsera pas sur la décision qui sera

⁹⁴ - Lire sur ce sujet Randall Holcombe, *From Liberty to Democracy: The Transformation of American Government*, Florida State University, 1997.

⁹⁵ - Bertrand de Jouvenel, *Du pouvoir. Histoire naturelle de sa croissance*, Paris, Hachette, 1972

prise par d'autres. L'acheteur n'est plus guère motivé à acquérir l'information qui permettrait de déterminer le meilleur choix. Il ne saura pas ce qu'il gagne, ou perd, à acquérir tel véhicule plutôt que tel autre. C'est ainsi que, dans nos démocraties contemporaines, une large part de la population ne connaîtra jamais la nature des dommages réels qui résultent pour elle de ce que le mode de fonctionnement majoritaire de nos marchés politique lui impose le choix de certaines institutions (étatiques) plutôt que d'autres (comme le marché).

Il en résulte une lourde conséquence. Privés de l'information nécessaire pour porter un jugement éclairé lorsqu'il s'agit de mettre leur bulletin dans l'urne, la plupart des gens se laisseront guider par toutes sortes de préjugés dissociés du monde réel, mais qui leur donnent au moins bonne conscience. Par exemple, même s'ils sont individuellement plutôt friands des grosses voitures énergétivores, et que d'apporter leur voix à la cause des verts ne leur procure qu'une satisfaction psychologique limitée, le seul fait que la probabilité d'exercer une influence sur le résultat final du vote soit quasi nulle peut suffire à faire qu'ils apporteront néanmoins leur soutien au passage d'une législation interdisant ce type de véhicule, et cela quel que soit l'inconvénient personnel qui en définitive en résultera pour eux. La probabilité d'un tel comportement sera d'autant plus grande qu'ils vivront dans un environnement où il est marginalement gratifiant d'exprimer des opinions écologiques. Il en va de même avec la santé. Point besoin d'être un socialiste convaincu. S'ils éprouvent le moindre sentiment que c'est à travers la socialisation de l'appareil de soins que s'incarne le mieux la sens de la solidarité, et même si cela est faux, en tant qu'électeurs ils n'hésiteront pas ignorer tout ce que ce choix leur coûtera finalement en termes de libertés individuelles, d'augmentations d'impôts, ou encore d'accès à des possibilités technologiques nouvelles : ils voteront comme les autres. Le jihad engagé ces dernières années contre le tabac par l'émergence d'une majorité de non fumeurs s'inscrit dans cette logique. Dans notre comportement d'électeur, la facilité est de voter de façon irrationnelle même si on n'en dégage qu'une satisfaction personnelle infime.

Cette analyse s'applique à toutes les facettes de l'État providence moderne, notamment dans le domaine de l'aide internationale. L'analyse économique établit de manière incontestable qu'elle ne profite pas aux populations des régions sous-développées auxquelles elle est en principe destinée. Elle sert essentiellement les intérêts protectionnistes des exportateurs des pays donateurs, ainsi que ceux des élites politico bureaucratiques des régimes plus ou moins despotiques qui prévalent dans les pays destinataires. Ainsi que le

résume le professeur Peter Bauer, l'expert en la matière, « les transferts de gouvernement à gouvernement ne sont en définitive qu'un mécanisme par lequel les pauvres des pays riches subventionnent les riches des pays pauvres ». Les politiques d'aide retardent plutôt qu'elles ne favorisent la croissance des pays les plus pauvres. Si on voulait véritablement les aider, mieux vaudrait ouvrir inconditionnellement nos frontières à l'entrée de leurs produits agricoles et manufacturiers. La généralisation du libre-échange ferait beaucoup plus pour eux que l'aide internationale ne pourra jamais leur rapporter. Pourtant c'est la seconde qui prime dans les relations économiques avec le tiers monde. Il s'agit d'une politique qui bénéficie du vote d'une majorité d'électeurs parce qu'elle leur donne bonne conscience, même si elle se fait finalement à leur détriment.

Qui prétendra que la satisfaction d'appuyer des mesures qui appellent à la sympathie ou à la vertu soit absente de la faveur dont jouissent des programmes politiques comme le salaire minimum, les monopoles des syndicats, la protection des espèces menacées, la défense de l'agriculture familiale ? Le cas limite est celui du sexagénaire à qui on demande de voter pour ou contre le droit à l'avortement. Il s'agit d'une décision qui ne le concerne guère, sans incidence sur sa vie personnelle, mais qui en tout état de cause risque d'affecter considérablement celle de ses voisins. La façon dont fonctionnent nos institutions démocratiques conduit ainsi à la prise de décisions non informées, capricieuses et souvent incohérentes. D'où le constat de James Buchanan, le prix Nobel d'économie, pour qui les limites mises au pouvoir de l'Etat s'estompent dès lors que le motif de ses actions est de réaliser notre bien, même par la contrainte⁹⁶. Autrement dit, dans la formulation des choix politiques, la démagogie l'emporte désormais sur l'objectivité.

De leur côté, les hommes de l'État supportent rarement les conséquences directes de leurs décisions. Ce n'est pas le fait de prendre de mauvaises décisions, par exemple en ce qui concerne le financement des besoins du système de santé, qui changera grand-chose à leur vie. Ils jouissent en revanche du pouvoir énorme de déterminer ce que les citoyens pourront ou non consommer comme médicaments, les technologies médicales auxquelles ils auront ou non accès, etc. Comme l'enjeu personnel de ces décisions sera moins important qu'il ne le serait pour les usagers du système de santé, il est

⁹⁶ - J. Buchanan et J. Brennan, *The Power to Tax*, Cambridge University Press, 1979.

logique de s'attendre à ce qu'ils prennent de moins bonnes décisions que ce que feraient des citoyens bénéficiant pourtant de la même information.

À la limite, certains acteurs du marché politique présentent la double caractéristique de n'être personnellement concernés ni par la décision, ni par les conséquences de leurs choix. Les deux éléments exigés par les économistes comme condition d'un choix rationnel sont alors absents. C'est la position dans laquelle se trouvent aujourd'hui les d'intellectuels : les universitaires, les journalistes et, plus généralement, tous ceux qui sont devenus les maîtres de la critique sociale. Paradoxalement, la motivation à acquérir un niveau pertinent d'information est, dans leur cas, encore plus inexistante que pour l'électeur λ , le responsable politique ou le fonctionnaire.

7.4 Domination des groupes d'intérêt

Il n'y a donc pas de raison pour que tous les individus - ou tous les groupes - éprouvent avec la même intensité le besoin de s'engager dans l'action politique et la « course aux faveurs ». La règle retenue par les économistes est que l'intensité de cette participation varie en fonction des avantages et des coûts qu'ils en attendent. Les gens n'investissent dans le lobbying, ne participent à un comité de citoyens, ou ne descendent dans la rue pour se joindre à une manifestation, que si l'impact anticipé justifie la dépense en temps, en énergie et en argent que ce geste implique.

Dans un régime de scrutin majoritaire la plupart des électeurs choisiront rationnellement de ne pas faire l'investissement nécessaire pour s'informer sur l'ensemble des tenants et aboutissants de la décision, car ils savent fort bien que leur propre vote n'a pas la moindre chance de changer le résultat, quelque soit l'effort. La majorité des électeurs fera donc rationnellement le choix d'ignorer ce qu'une décision politique, ou les propositions d'un parti pourraient changer dans leur vie, en bien ou en mal. C'est pourquoi il n'est pas faux d'affirmer qu'en général les gens votent mal.

Si la majorité des électeurs choisit de rester rationnellement silencieuse, les groupes organisés bénéficieront d'un avantage certain. Pour une organisation déjà structurée - qu'il s'agisse d'une association de producteurs, d'un syndicat, d'un regroupement d'électeurs partageant des intérêts communs, etc - les coûts à supporter pour influencer la prise de décisions politiques sont

relativement minimales au regard des avantages que cela rapportera, et qui peuvent être considérables. L'homme politique donnera donc la priorité aux programmes et projets de loi qui servent plutôt les intérêts de groupes actifs susceptibles de lui apporter leur soutien logistique ou financier, et de faire sa publicité. Pour séduire la clientèle électorale la plus large possible et contenir au maximum les oppositions, l'homme politique choisira de préférence un programme de mesures dont les retombées positives bénéficient plutôt à un petit nombre de groupes d'intérêts électoraux organisés, mais dont les coûts – par exemple les retombées fiscales – seront dilués sur un très grand nombre d'électeurs. Cette stratégie lui permettra d'obtenir l'appui résolu du petit nombre de ceux qui ont tout à gagner à ce que son programme soit adopté sans pour autant s'aliéner la foule des électeurs apathiques pour qui le coût individuel de telles mesures restera en tout état de cause limité. Toutes les parties affectées par les choix politiques ne siègent pas nécessairement à la table de négociation. Si la politique est l'art du compromis, elle est surtout l'art du compromis sélectif.

L'un des outils privilégiés pour s'attirer l'appui de groupes nationaux bien organisés consiste à utiliser la loi pour assurer la cartellisation de vastes secteurs de l'économie. Pour cela l'homme politique dispose de deux instruments : l'arsenal réglementaire d'une part, et d'autre part l'organisation de monopoles publics (le plus souvent via la nationalisation de certaines industries, mais pas exclusivement). Les gens tirent en effet l'essentiel de leur revenu, pendant la plus grande partie de leur vie, d'une activité professionnelle liée au sort d'une industrie particulière, tandis que leur intérêt en tant que consommateurs est diffus - du fait qu'il dépend des caractéristiques d'un très grand panier de produits et de services divers. Il en résulte que les gens sont plus sensibles aux mesures politiques qui touchent directement à leurs intérêts de producteurs qu'à celles qui les concernent en tant que consommateurs. Ce faisant, l'analyse économique conduit à la conclusion qu'en règle générale, à chaque fois qu'il y a des choix à faire, le marché politique avantagera davantage les intérêts des producteurs que ceux de leurs clients. Appliqué au domaine de la santé, il en résulte que les choix publics ont toute chance d'être davantage dominés par l'intérêt des offreurs que par celui des patients. Ce que confirme la réalité quand on sait l'observer.

Il est difficile de contester que la santé socialisée profite en priorité à quelques puissants groupes d'intérêt particuliers : d'un côté les fonctionnaires ou quasi-fonctionnaires qui administrent le système ; de l'autre les professionnels du

secteur public regroupés dans de puissants syndicats qui forment ce qu'un analyste appelait déjà, en 1983, « le cartel bureaucratique de la santé »⁹⁷. L'un des traits distinctifs des régimes de santé socialisés est d'accroître le pouvoir interne des agents administratifs chargés de la planification, de la gestion et de la distribution des services, ainsi que celui des personnels regroupés en syndicats bien organisés. La « paix sociale » y repose plus sur l'intérêt de ces groupes organisés que sur la satisfaction des patients. Ces groupes bénéficient aussi d'une information privilégiée sur le fonctionnement des processus de production par rapport aux usagers, ou même aux décideurs politiques qui sont pourtant leurs mandants. Le monopole public les protège contre la concurrence, situation qu'ils exploitent à leur avantage. A défaut de profit capitaliste ils se partagent une « rente de monopole » qui n'est pas moins réelle, bien que non apparente et jamais déclarée. Cette rente prend la forme de multiples avantages monétaires ou seulement matériels que se partagent tous ceux qui interviennent dans la prise de décision à travers les structures impénétrables de la machine bureaucratique. Les économistes donnent à cette rente le nom de « budget discrétionnaire » pour décrire cette situation où le profit se capture sous la forme de coûts indus dont la collectivité ferait l'économie s'il y avait concurrence⁹⁸. En consacrant définitivement la rupture entre l'output produit et les recettes qui servent à le financer, l'introduction de la technique du « budget global » permet plus d'occulter et de maximiser ces rentes de situation.

7.5 Sur utilisation du travail au détriment du capital

Parce qu'elle limite l'entrée de nouveaux producteurs concurrents l'étatisation a pour conséquence d'entraîner une inflation des salaires et rémunérations, au détriment d'une bonne affectation des ressources aux investissements. L'histoire de la santé depuis l'avènement du quasi monopole des Etats en offre une belle illustration. Par exemple on observe que l'hôpital canadien moyen - qui exerce dans un environnement réglementaire somme toute pas très éloigné de l'hôpital français - affecte environ 75% de son budget global aux salaires et rémunérations, l'hôpital français 70%, tandis que pour un

⁹⁷ - Jean-Jacques Rosa, *Politique économique : le rapport Rosa*, Bonnel, 1983

⁹⁸ - La thèse du monopole bureaucratique a été formellement formulée par J.-L. Migué et G. Bélanger, « Toward a General Theory of Managerial Discretion », *Public Choice*, vol. 17, printemps 1974, pp. 27-47.

hôpital américain la proportion moyenne est de moins de 55%⁹⁹. Selon un professeur de médecine affecté aux services hospitaliers de *McGill University*, à Montréal, l'input travail serait utilisé à 110% (donc sur utilisation), le capital à 60%. Confirmant l'opinion de la plupart des spécialistes, Michel Mougeot¹⁰⁰ note de son côté l'existence d'une forte capacité excédentaire du système français, particulièrement des hôpitaux de courte durée qui compteraient jusqu'à 40 000 lits de trop. Le système régi par la politique engendre donc tantôt une insuffisance de capacité (équipements de diagnostic et de traitement des pathologies aiguës), tantôt la surcapacité et la sous utilisation (pour les hospitalisations), au gré des pressions syndicales et des défilés dans la rue.

Le biais n'est pas exclusif à la santé. On se souviendra des déclarations du Secrétaire général de l'OTAN qui n'hésitait pas à affirmer que l'Europe sous investit en équipement et technologie militaire au profit des dépenses en personnel, notamment de fonctionnaires bénéficiaires de programmes d'emploi qui n'ont souvent de militaires que le nom. La conséquence en est que l'Europe dépense les deux tiers du budget que le gouvernement américain affecte à la défense, mais n'atteint que 10% de sa capacité de combat.

Le monopole dans la production et le financement conduit aussi à centraliser les négociations collectives et à renforcer le pouvoir des principaux syndicats. Les services publics deviennent dans ce contexte prétexte à créer des « jobs » stables et bien rémunérés, plutôt que l'instrument pour répondre aux attentes des patients. Puisque les frais de personnel et les effectifs sont incompressibles dans un régime de « droit au travail », c'est dans les budgets d'équipement que s'opèrent les rationnements les plus marqués, comme en témoigne la position peu enviable de la France en matière d'accès aux technologies avancées. Comme peut aussi en témoigner parfois le vieillissement des installations. En 1997, en Grande-Bretagne, la moitié des bâtiments remontait à l'époque antérieure au *National Health System*, lui-même vieux de plus d'un demi siècle. Un grand nombre des *centres de santé* du Royaume-Uni sont impropres à la fourniture en pleine sécurité de soins de santé modernes. La presse française s'est récemment fait l'écho de la gravité du problème que pose de plus en plus fréquemment, dans de nombreux hôpitaux, même les plus modernes, le développement du risque d'infections nosocomiales¹⁰¹. Ce ne sont pas tous les

⁹⁹ - W. McArthur, *The Wall Street Journal*, 28 janvier 2000, p. A19.

¹⁰⁰ - Mougeot, *op. cit.*, p. 17.

¹⁰¹ - Le reportage récent de Martine Betti-Cusso illustre l'inquiétude généralisée, 129

types de dépenses qui augmentent le plus dans les hôpitaux, mais certains types de dépenses bien spécifiques : généralement celles qui sont les plus favorables à la promotion des intérêts syndiqués, au détriment des dépenses d'investissement, de l'installation d'équipements de haute technologie, ou de l'introduction de nouveaux médicaments¹⁰². Ce sont pourtant ces dépenses qui, souvent, seraient les plus appréciées des patients.

La centralisation de la négociation collective conduit à des types de contrats qui multiplient les obstacles au développement de la productivité et à la promotion du professionnalisme des personnels. Cela se traduit par exemple par la rigidification des horaires et des grilles de classification qui gênent la créativité et la recherche de l'excellence. Dans l'avancement, les clauses d'ancienneté se substituent à la compétence. Les règles d'évaluation sont adoucies, quand elles ne sont pas purement absentes, et le congédiement pour incompétence disparaît quasiment. L'échelle des salaires récompense l'âge plutôt que le talent. Elle exclut le plus souvent toute forme d'incitation à l'excellence et interdit aux responsables de récompenser l'effort supplémentaire et le succès.

Cette course aux faveurs par les groupes les plus en éveil ne concerne pas que les offreurs de services. Elle existe aussi du côté des usagers. Si les clients du système de santé savent qu'ils n'ont guère d'influence sur les décisions prises au niveau national, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit de choix qui concernent la population d'une ville ou d'une région. A ce niveau, s'organiser pour faire pression sur les élus locaux implique un effort marginal comparé aux coûts nécessaires pour monter une organisation nationale efficace. Les coalitions locales seront donc beaucoup plus efficaces, et plus fréquentes, que les mobilisations nationales. Elles représentent un puissant obstacle à la réorganisation de l'offre territoriale de services de santé, même lorsqu'il est patent que certaines installations hospitalières sont sous utilisées et que leurs localisations mériteraient d'être rationalisées. La fermeture d'une clinique ou d'une maternité locale sera inévitablement dénoncée comme une atteinte au principe de proximité dont devrait bénéficier toute la population. Les sondages confirment que cinquante-cinq pour cent des Français refusent la fermeture des services en sous activité¹⁰³. L'homme politique qui refuserait

Infections nosocomiales, les maladies honteuses de l'hôpital, Le Figaro, 24 janvier 2004.

¹⁰² - F. McMahon, et M. Zelder, "Making Health Spending Work", in David Gratzner (éd.), *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*, ECW Press, février 2002.

¹⁰³ - L'Expansion, *La vérité sur l'hôpital*, 25 février 2004.

son soutien y perdrait localement plus de crédit politique, et donc plus d'électeurs, qu'il n'en gagnerait à épouser la défense des intérêts des contribuables, très nombreux et apathiques, sur qui retombe en définitive le fardeau de financer le déficit de la Sécurité Sociale. En l'absence de contraintes financières d'un marché concurrentiel du capital, les nécessaires restructurations ne se feront pas.

La dimension entrepreneuriale n'est pas moins présente en politique que dans le commerce et l'industrie. Mais elle s'y exerce au service de la redistribution de richesse plutôt que pour son accroissement. Parce que, du fait de ces mécanismes propres aux marchés politiques, ses finalités sont essentiellement redistributives, l'Etat est par définition incapable d'ordonner la fermeture d'une entreprise, même en état de faillite. L'origine de la surcapacité hospitalière de la France ne se trouve pas dans une défaillance humaine imputable à l'incompétence ou à la mauvaise volonté. Elle découle de règles du jeu où les échecs économiques ne sont jamais sanctionnés. Dans ces conditions il ne faut pas s'étonner de constater que la rentabilité moyenne des investissements publics est particulièrement faible, ni qu'on y enregistre des échecs retentissants.

Si cette représentation du processus politique contient une parcelle de vérité, elle ne peut qu'inciter à dénoncer l'angélisme de ceux qui croient que tout irait mieux si on pouvait obtenir de l'ensemble des « partenaires sociaux » (l'Etat, les employeurs, les syndicats, les associations et organisations de la société civile) qu'ils coopèrent davantage et sans arrières pensées. Une telle coalition d'intérêts n'est en fait ni réaliste ni souhaitable car elle ne pourrait s'établir qu'au détriment de ceux qui ne sont pas organisés, c'est à dire du plus grand nombre. Les grandes coalitions de ce genre ne se rencontrent que dans les domaines où il est possible de connaître concrètement qui sont les victimes du système (et encore !) : par exemple en matière fiscale ou de sécurité des consommateurs. Si des aménagements favorables à la productivité ou à l'innovation devaient être identifiés, il est vraisemblable qu'ils seraient immédiatement écartés car gênant par définition les intérêts d'au moins l'une des parties de l'entente. C'est ainsi que l'expérience universelle démontre que ce qu'on entend par « politiques industrielles » ne sont jamais que des alibis sémantiques manipulés par des lobbies d'employeurs et de syndicats pour favoriser leurs intérêts corporatistes au détriment d'autres secteurs d'activité moins bien organisés et politiquement moins influents. Il n'y a pas de raison pour qu'il en aille autrement dans l'industrie de la santé.

7.6 Un jeu à somme négative

Du point de vue économique, ce jeu politique n'est pas à somme nulle. Le principe de base de la comptabilité publique est la fongibilité des recettes de l'Etat, qu'elles proviennent de la fiscalité en général, ou de cotisations particulières : l'argent n'est jamais affecté à l'avance à des bénéficiaires potentiels spécifiques. Ce principe de non affectation déclenche un gigantesque processus de concurrence entre groupes d'intérêts rivaux pour la capture de cette manne. C'est la concurrence entre ces groupes, médiatisée par les règles et institutions politiques, qui détermine le partage ultime de l'argent public une fois que celui-ci a été collecté. A la différence de l'entrepreneur privé, l'entrepreneur public est ainsi quelqu'un qui met ses talents au service du partage de la richesse déjà créée, et non de la création de richesses supplémentaires. Mais comme toute activité humaine, ce métier absorbe de précieuses ressources. Il faut des efforts, de l'énergie, du temps, de l'argent pour générer les transferts recherchés. Il en résulte des pertes énormes pour l'économie. Toute activité qui ne sert qu'à modifier la distribution de la richesse plutôt qu'à la produire représente un gaspillage pur, puisqu'elle absorbe des ressources sans en créer de nouvelles. Ce n'est donc pas un jeu à somme nulle, mais bel et bien un jeu à somme négative.

8. L'industrie du médicament et sa régulation

8.1 Place des médicaments dans la médecine moderne

L'explosion des budgets d'achats de médicaments n'a rien pour étonner. L'industrie pharmaceutique a donné le jour à une multitude de produits nouveaux au cours des dernières décennies. Elle reste l'une des industries les plus orientées vers la recherche et l'innovation. Le médicament se révèle souvent, et de plus en plus, la méthode la plus effective et la moins coûteuse pour traiter une maladie. Les nouveaux médicaments ne servent pas seulement à traiter les malades ; ils se substituent de plus en plus à d'autres traitements par rapport auxquels ils permettent de réaliser des économies très importantes. C'est ainsi que par exemple les substances antipsychotiques ont remplacé l'internement, et que les médicaments antiulcéreux se sont substitués à la chirurgie. A titre d'illustration, rappelons que s'il est vrai que le budget des médicaments anticholestérol a explosé de 80% entre 1994 et 1997, un grand nombre de patients ont pu éviter de recourir à la chirurgie cardiaque, traitement infiniment plus coûteux.

Les ventes mondiales de médicaments ont augmenté de 8% en 2002 pour atteindre 430 milliards d'euros. En Europe comme ailleurs, les budgets publics d'assurance médicaments ont connu une croissance plus rapide que les autres composantes du budget santé. Le marché français des médicaments occupe la quatrième place au monde (17 milliards d'euros). Il représente environ 10% des dépenses de l'assurance maladie; ce qui le place après les États-Unis (168 milliards), le Japon (48 milliards) et l'Allemagne (17 milliards). Nombre d'observateurs estiment que la population française fait une consommation abusive de médicaments comparée à ses partenaires européens : par exemple, trois fois plus de psychotropes que l'Allemagne ou la Grande-Bretagne, 2 à 2,5 fois plus d'antibiotiques, de 2 à 4 fois plus d'analgésiques, d'antidépresseurs et de tranquillisants que dans les pays voisins¹⁰⁴.

¹⁰⁴- *Haut Conseil 2004.*, p.16.

8.2 Prix des médicaments en Amérique du Nord

On estime que les prix des médicaments d'ordonnance vendus aux États-Unis sont supérieurs de 50% aux prix canadiens. Il s'agit d'évaluations qui font abstraction de la difficulté à établir des comparaisons internationales de prix qui soient valables. À la suite d'analyses méticuleuses des prix dans un grand nombre de pays, certains experts ont récemment révélé que, selon que l'on retient une unité de mesure ou l'autre (poids, composition moléculaire, etc), les prix américains peuvent être très supérieurs, ou au contraire très inférieurs aux prix canadiens. Certaines de leurs évaluations révèlent des prix de 171% supérieurs ; d'autres, inférieurs de 218% !¹⁰⁵.

En fait il semble que les 60 médicaments d'ordonnance les plus consommés aux États-Unis, qu'ils fassent ou non encore l'objet d'une protection par des brevets, se vendent sensiblement plus cher aux États-Unis qu'au Canada, tandis que les génériques, eux, seraient vendus à un prix inférieurs¹⁰⁶. D'où les auteurs en tirent que, compte tenu de la pondération qu'ils donnent aux génériques (46 %), le panier de médicaments acheté aux États-Unis coûterait plus cher à l'américain moyen que ce ne serait le cas s'il faisait ses achats aux prix canadiens.

8.3 Distorsions du marché entre quinze régulateurs européens

Le contexte américain se distingue de la plupart des autres pays où les prix font l'objet d'une régulation directe (en France et en Italie), indirecte par l'imposition de limites aux remboursements de l'assureur public (Allemagne et Japon), ou encore par le blocage des profits (Royaume-Uni). On compte donc en Europe quinze régimes de régulation différents, mais qui conservent une caractéristique commune : ils reposent tous sur une forme ou une autre de contrôle des prix. C'est pour cette raison que les écarts internationaux de prix pour les produits brevetés, même à l'intérieur de l'Europe, sont loin d'être

¹⁰⁵ P. M. Danzon, "Making Sense of Drug Prices", *Regulation*, vol. 23, No 1, pp. 56-63, et P. M. Danzon et J. D. Kim, "International Price Comparisons for Pharmaceuticals: Measurement and Policy Issues", *PharmacoEconomics*, vol. 14, 1998, p.115.

¹⁰⁶ - J. R. Graham et B. A. Robson, *Prescription Drug Prices in Canada and the United States—Part 1 and Part2*, Fraser Institute Occasional Papers 42 and 43, Vancouver, 2000.

négligeables. Par exemple, le médicament contre les ulcères, le Losec, se vend environ 18 euros en Espagne, mais près de 39 euros en Allemagne.

8.4 Niveaux de vie et prix des médicaments

Pourquoi les prix des médicaments sous brevets sont-ils supérieurs aux Etats-Unis par rapport au reste du monde, et dans certains pays européens par rapport à d'autres¹⁰⁷ ? Les organismes de sécurité sociale responsables de la réglementation du médicament s'arrogent le mérite de cette situation qu'ils attribuent à leur pouvoir de monopsonne (acheteur unique). Pourtant, l'écart entre les Etats-Unis et le Canada prédate 1987, l'année où le régime canadien de contrôle des prix a été mis en place. A cette époque, les prix américains étaient déjà supérieurs de plus de 35 % en moyenne. Ce n'est donc pas lui qui a permis aux canadiens de bénéficier de prix plus bas que leurs voisins. Certains travaux suggèrent même que s'il existe une relation, celle-ci serait de sens contraire. C'est du moins ce qui semble se passer à l'intérieur des Etats-Unis. En se fondant sur des données Etat par Etat, des chercheurs ont en effet établi qu'il existerait une relation inverse entre la part des dépenses de médicaments prises en charge par *Medicare* - et donc soumises aux disciplines de prix des instances fédérales du programme - et le niveau des prix localement observé. Paradoxalement, plus on est dans un Etat où le nombre de pauvres inscrits à *Medicare* est important, plus le prix moyen des médicaments y est élevé comparé à la moyenne de l'ensemble du pays. Cette relation a même fait l'objet d'une mesure statistique : à une augmentation de 1 % de la part de financement public est associée une hausse de 0,45 dollar du prix moyen du médicament d'ordonnance. Le prix d'une ordonnance grimpe de 12,29 dollars quand on passe d'un Etat qui assume seulement 27 % du coût des médicaments à un Etat qui en finance 100%.

Autre indice : le médicament n'est pas le seul produit pour lequel les prix sont inférieurs en Europe et au Canada, par rapport aux Etats-Unis. C'est

¹⁰⁷ - Nous sommes conscients que, pour certains libéraux, il est à la mode de contester les avantages qui résulteraient de la législation traditionnelle sur les brevets (voir Henri Lepage, « Faut-il repenser les droits de propriété intellectuels dans la société du savoir ? », document inédit, Eurolibnetwork, novembre 2003). Nous faisons cependant ici le choix de ne pas aborder ce problème et de raisonner comme si droit actuel des brevets était parfaitement légitime et comportait tous les avantages économiques qui lui sont traditionnellement assignés (favoriser l'innovation).

également vrai de tous les autres grands produits modernes achetés par les ménages (logiciels et produits Internet) qui, comme les médicaments, font l'objet d'une protection au titre de la propriété industrielle ou intellectuelle. Par exemple, le logiciel de comptabilité Quicken de Intuit se vendait encore récemment à 34,95 \$ aux USA, contre seulement 20 \$ de l'autre côté de la frontière avec le Canada. Or les écarts entre les prix US et hors US, pour les deux séries de prix, évoluent dans le temps à peu près de la même manière alors que leurs régimes institutionnels sont très différents¹⁰⁸. Ce qui confirmerait l'hypothèse que ces disparités n'ont rien à voir avec le régime des prix.

Pourquoi les produits et services les plus innovants, pour lesquels la propriété intellectuelle joue un rôle important, sont-ils vendus à des prix plus élevés aux États-Unis qu'en Europe ?

Pour que cela puisse être possible il faut, condition préalable, qu'il y ait segmentation du marché. Pour les médicaments, cette segmentation est la conséquence d'une loi américaine qui, depuis 1987, interdit à quiconque de réimporter sur le territoire américain un produit qui aurait été fabriqué aux États-Unis puis exporté à l'étranger¹⁰⁹.

Par ailleurs, comme pour tous les produits à la pointe de la technologie contemporaine caractérisés par des taux d'innovation très élevés, le médicament est une industrie « à coûts décroissants ». Les coûts de recherche, de développement et de mise au point y représentent l'essentiel du coût total. La part des frais de fabrication et de vente y est très faible – comme pour les logiciels et les services Internet. Le lancement d'un nouveau médicament revient aujourd'hui à plus de 800 millions de dollars, soit trois fois et demi ce qu'il en coûtait en 1987. Pour chaque nouveau médicament qui finit par atteindre le marché, il y en a 5 000 autres qui ont été abandonnés en cours de mise au point. Des chercheurs Duke University ont récemment mis en lumière que sur un échantillon de cent nouveaux produits, la plupart n'avaient jamais atteint un chiffre d'affaires suffisant pour couvrir leurs frais d'investissement. En langage d'économiste, on dit que le coût marginal est minime, tandis que le coût moyen reste élevé. Ce qui explique que les entreprises qui exercent dans

¹⁰⁸ - OCDE, *Principaux indicateurs économiques*, Paris, août 2002.

¹⁰⁹ - La meilleure étude à ce jour sur les effets pervers de la réglementation américaine des médicaments est celle Roger Pilon, « Drug Reimportation, the Free Market Solution », Policy Analysis n°521, Cato Institute, 4 août 2004.

ce genre de secteur soient particulièrement sensibles aux questions de propriété industrielle (brevets, copyrights) et consacrent beaucoup d'efforts à éviter de voir leurs produits copiés.

Dans un tel cas de figure de « coûts décroissants » comment l'entreprise qui innove peut-elle s'y prendre pour assurer que ses ventes la fassent rentrer dans tous ses frais ? Réponse : en segmentant ses marchés de manière à y pratiquer des prix différents, lorsque c'est possible. Et comment segmenter ? En fonction de quels critères ? En prenant comme référence le revenu des acheteurs potentiels. Les marchés à forte innovation sont en effet des marchés où la sensibilité des acheteurs au prix est généralement très forte. C'est notamment le cas pour la pharmacie. La demande de médicament varie en fonction inverse du revenu. Moins leur revenu est élevé, plus les consommateurs sont sensibles au prix. Les gens fortunés ne modifient pas leur consommation de médicaments sous prétexte qu'ils coûtent trop cher ; ce qui n'est pas le cas des familles à revenus modestes. La solution pour les laboratoires consiste à vendre les mêmes médicaments plus chers sur les marchés où le niveau de vie moyen est le plus élevé, et moins chers là où il est plus bas. Toutes choses égales d'ailleurs, vendre plus cher là où les gens sont les plus riches leur coûtera moins cher en termes de ventes perdues que ce que leur rapportera de pratiquer des prix moins élevés là où les gens ont des revenus plus bas. La segmentation leur permet d'obtenir le niveau de prix qui maximise les recettes sur chaque segment en particulier. C'est le même genre de politique de prix que pratiquent les compagnies aériennes, dans leurs stratégies de « *yield management* », lorsqu'elles discriminent leurs prix en fonction de la nature de leur clientèle : voyageurs professionnels, voyageurs fréquents, touristes, seniors, étudiants, etc .

C'est ainsi que s'expliquent principalement les écarts de prix des médicaments entre les Etats-Unis et l'Europe, mais aussi le Canada, et le Mexique. La pharmacie est une industrie où le Produit National Brut par habitant est le meilleur indice pour prédire le niveau relatif des prix des médicaments. Il a été calculé que l'indice d'élasticité est de 1,06 – ce qui veut dire que lorsqu'on passe d'un pays où le niveau de vie est à l'indice 100 à un autre pays où il est de 110, on y trouvera des médicaments dont le prix de vente moyen sera toutes choses égales d'ailleurs plus élevé de 0,6 dollar¹¹⁰.

¹¹⁰ - Tanya Tabler, *op. cit.*, p. 18.

Cette analyse signifie que les écarts de prix pharmaceutiques entre les deux rives de l'Atlantique, s'ils sont favorables à l'Europe, sont le reflet d'une situation où, fondamentalement, c'est le malade américain qui subventionne les consommateurs européens. Les Américains assurent la couverture des frais fixes des grands laboratoires mondiaux, ainsi que les frais variables de mise en marché des médicaments nouveaux, cependant que les clients européens n'assument véritablement que les coûts variables. Ce qui est vrai entre les deux rives de l'océan, l'est aussi à l'intérieur même de l'Union européenne. La même démarche explique que ce soit en Espagne et au Portugal que les prix des médicaments d'ordonnance soient les plus bas, et en Allemagne et en Grande Bretagne qu'ils y soient les plus élevés.

Il faut toutefois noter qu'un autre facteur joue aussi un certain rôle dans l'explication de cette différence : l'incidence des décisions de justice américaine sur le coût de plus en plus colossal des assurances professionnelles souscrites par les agents du corps médical. On estime par exemple qu'il en coûte 100 000 dollars par an à un obstétricien pour s'assurer contre les poursuites pour « *malpractice* ». Il n'est pas rare que des poursuites allant jusqu'à plusieurs milliards soient intentées. En Europe aussi il devient plus fréquent de poursuivre en justice un médecin, un hôpital ou un laboratoire pour obtenir des dommages et intérêts. Mais le phénomène est encore loin d'atteindre l'ampleur américaine. Des chercheurs ont mis en évidence qu'entre le tiers et la moitié des différences de prix des médicaments d'ordonnance entre le Canada et les États-Unis s'expliqueraient par ces abus du système judiciaire américain¹¹¹.

8.5 Marchés parallèles

La présence de telles disparités ne pouvait pas ne pas entraîner l'apparition de flux de « commerce parallèle » de médicaments.

Il s'est développé au Canada une industrie prospère qui se spécialise dans la réexportation de médicaments aux États-Unis par l'intermédiaire de pharmacies virtuelles sur Internet. La pratique est formellement illégale, en vertu des dispositions américaines qui interdisent à quiconque, autre que le fabricant ou ses affiliés, d'importer des produits pharmaceutiques de

¹¹¹ - Richard L. Manning, "Products Liability and Prescription Drug Prices in Canada and the United States", *Journal of Law & Economics*, avril 1997, pp. 203-244.

l'étranger. On dénombrait récemment près de 120 pharmacies canadiennes qui vendent à des citoyens américains pour près d'un milliard de dollars de marques de médicaments par an, grâce à leurs prix moins chers particulièrement attractifs. Ce marché ne représente encore que moins de 0,5% du chiffre d'affaires de l'industrie américaine du médicament. Mais ses laboratoires y voient néanmoins une menace réelle.

En Europe, on estime à plus de trois milliards de dollars – soit 10 % - le total des ventes perdues chaque année par l'industrie pharmaceutique du fait des flux de commerce parallèle. Cette situation est une pure création des systèmes de réglementation introduits dans les différents pays au fil des ans. Les différences de prix qui en sont à l'origine n'ont rien à voir avec les exigences du marché ou la stratégie des fabricants (en dehors des réactions très compréhensibles que la réglementation leur dicte). Ce commerce ne contribue en rien à l'innovation ou à l'activité économique générale. Il découle exclusivement de l'arbitraire des réglementations publiques. Bien qu'on soit théoriquement dans un marché unique, un commerçant peut exporter le produit du pays où il se vend 30 euros vers le pays où il s'achète 50 euros pour réaliser un profit instantané, sans rien ajouter à sa valeur réelle. C'est ainsi que la moitié des ventes de Lipitor (anticholestérol populaire fabriqué par Pfizer Inc.), en Grande-Bretagne, portent sur des produits importés d'autres pays d'Europe. Pour plusieurs produits le marché parallèle représente jusqu'à la moitié de la consommation totale de la Grande-Bretagne. La firme allemande Kohl Pharma s'est hissée au troisième rang des sociétés allemandes sur la seule force de son marché parallèle. C'est enfin d'Espagne et du Portugal que proviennent la plus grande partie des produits qui s'échangent sur le « marché parallèle ».

En Amérique, les laboratoires Glaxo Smith Kline et Eli Lilly ont réagi en coupant les vivres aux grossistes et détaillants canadiens qui n'acceptaient pas de mettre fin à leurs ventes transfrontalières. Après avoir reçu plusieurs commandes « anormalement élevées », le groupe anglo-suédois Astra Zeneca applique désormais un mécanisme de contingentement à ses grossistes canadiens. Eli Lilly, de son côté, les menace d'une procédure en rupture de contrat s'ils acceptent d'approvisionner les pharmacies canadiennes qui écouleraient leurs produits aux États-Unis. En conséquence de ces mesures de rétorsion on a vu apparaître des pénuries locales de médicaments dans certaines provinces. Des pharmaciens ont refusé d'exécuter de grosses

commandes venant de l'autre côté de la frontière par crainte de ne plus être réapprovisionnés.

Tant que les ventes transfrontalières se limitaient à des achats individuels de personnes habitant près de la frontière, les firmes pharmaceutiques se montraient conciliantes. Les malades américains n'avaient qu'à obtenir une ordonnance de leur médecin, et c'était une filiale de la société qui se chargeait de placer la commande auprès d'une pharmacie canadienne, laquelle transmettait les ordonnances à des médecins de connivence qui les retranscrivaient sans avoir jamais rencontré leurs patients. Cette pratique a attiré la réprobation du Conseil de l'ordre de médecins qui a commencé à imposer des sanctions à quelques uns de ses membres. Avec l'élargissement du marché parallèle à l'ensemble du continent, et l'organisation systématique d'importations de masse par des sociétés, l'attitude des laboratoires a changé du tout au tout. D'autant qu'un État US limitrophe, le Minnesota, acceptait de faciliter méthodiquement à ses citoyens la tâche de s'approvisionner au Canada.

Jusque récemment, la *Food and Drug Administration* s'est montrée relativement tolérante vis-à-vis des américains qui se procurent leurs médicaments au Canada pour leur usage personnel. Mais, depuis l'hiver 2003, elle a durci sa position et menace désormais de sévir légalement contre les organismes et les sociétés d'assurance qui violent des lois américaines en se livrant à un commerce de réimportation à grande échelle. Sa nouvelle attitude doit être perçue pour ce qu'elle est : un moyen de faciliter la surveillance sur la distribution des médicaments aux États-Unis. En d'autres termes, en tant qu'agence fédérale, la préoccupation de la FDA, dans ces activités de répression du commerce parallèle, n'est plus la santé ou le bien-être des clients – sa finalité légale - mais d'assurer que l'industrie ne puisse plus échapper aux contrôles et contraintes du nouvel ordre réglementaire. Le monde à l'envers.

Reste toujours la question de savoir comment mettre les médicaments à la portée de la bourse des Américains les moins fortunés, sans que cela oblige à abaisser aussi les prix demandés à la grande masse des clients. Concrètement, cela veut dire trouver le moyen de distinguer les clientèles selon leur revenu. La différenciation des prix est une pratique qui n'est pas inconciliable avec le fonctionnement d'un marché libre. Compte tenu des particularités économiques du marché pharmaceutiques - une industrie à coûts décroissants - les fabricants peuvent y trouver leur compte grâce au chiffre d'affaires supplémentaire engendré par les ventes à la clientèle défavorisée,

même s'il s'agit de ventes consenties avec d'importants rabais. Le problème est de savoir comment s'y prendre pour obtenir cette segmentation et faire qu'elle reste étanche. Certains fabricants ont mis au point un système de cartes d'escompte sélectif pouvant atteindre 40% en faveur des Américains qui gagnent moins de 28 000 dollars. Malheureusement la loi exige que tous les achats de médicaments financés par le programme *Medicaid* bénéficient automatiquement des prix les plus bas inscrits dans les tarifs des fabricants. Ceux-ci craignent que le développement de la formule de l'escompte aux bas revenus ne devienne un prétexte utilisé par les pouvoirs publics pour obtenir des laboratoires qu'ils leur consentent des rabais encore plus importants que ceux actuellement en vigueur.

Soumise à une situation semblable, l'industrie européenne a cherché à faire interdire les flux de commerce parallèles. Pour cela, elle s'est tournée vers les législateurs nationaux. Mais ces efforts se sont heurtés à l'opposition des autorités européennes de la concurrence. La Cour de Justice Européenne a finalement reconnu que les entreprises ont le droit de contingenter leurs distributeurs, mais à condition que le mécanisme ne soit pas accompagné d'une clause d'interdiction de réexporter. En dernier recours, les fabricants se tournent aujourd'hui vers une solution semblable à l'industrie américaine : restreindre leurs livraisons dans chaque pays à la quantité qui réponde approximativement à la demande locale, en se basant sur la consommation passée et la croissance prévisible. C'est ainsi par exemple que la firme allemande Boehringer-Ingelheim GmbH réserve à ses distributeurs des quantités juste suffisantes pour assurer la couverture des besoins locaux, plus un coussin de sécurité de l'ordre de 20%. Cette forme de contingentement imposée par les laboratoires à leurs distributeurs nationaux devrait entraîner l'égénéralisation des prix à travers toute l'Europe. Elle devrait aussi provoquer le déclin des législations nationales au profit d'une réglementation européenne.

8.6 Contrôle des prix, recherche et marché international

Les gouvernements bénéficient à court terme de ce genre de pratique, tout comme les acheteurs qui paient leurs médicaments moins cher. Mais, en contrepartie, il y a des victimes qu'on oublie un peu trop facilement : les consommateurs qui bénéficiaient de médicaments bon marché mais qui désormais ne pourront plus se les procurer du fait des pénuries provoquées localement par des grossistes qui détournent leurs approvisionnements.

Cependant, ce sont surtout les investissements de recherche qui, dans toute l'Europe, vont en pâtir.

Les premières victimes des règles de réimportation américaines sont les laboratoires US eux-mêmes qui, aux prix européens (ou canadiens), ne peuvent plus amortir leurs investissements de recherche et de développement. Vendre dans ces pays devient moins rentable, et donc moins attrayant - d'autant que les délais pour obtenir l'autorisation de mettre sur le marché un produit nouveau y sont en moyenne déjà plus longs d'un tiers¹¹². Résultat : les laboratoires réduisent leur part de recherches faites en Europe, pour recentrer leurs efforts davantage sur les USA.

Conséquence : l'Europe ne représente aujourd'hui plus que 25% du marché mondial, les États-Unis 51%. Il n'y pas si longtemps la part respective de ces deux territoires était à peu près égale. Il y a une dizaine d'années, l'Europe et les États-Unis consacraient l'un et l'autre quelques 10 milliards de dollars par an à la recherche pharmaceutique. Aujourd'hui, l'Europe dépense 20 milliards de dollars, mais les Américains 30 milliards. Entre 1993 et 1997, les laboratoires européens ont commercialisé 81 nouvelles molécules, contre seulement 48 pour les États-Unis. De 1998 et 2002, la tendance s'est inversée : les américains ont mis sur le marché 85 nouveaux produits, contre seulement 44 pour les européens¹¹³.

Ainsi, aujourd'hui, l'Europe obtient certes des médicaments américains à des prix européens moins élevés ; mais, en contrepartie, sa contribution à l'innovation médicale et pharmaceutique ne cesse de se réduire. Quatre-vingt pour cent des nouveaux médicaments d'ordonnance viennent des États-Unis,

¹¹² - Ceci est aussi une conséquence directe de la socialisation. Les organismes publics qui remboursent les dépenses de santé se retrouvent en position de monopsonne acheteur par rapport aux fournisseurs de médicaments. Plus la part de ces monopsones dans le système de santé s'étend (avec la disparition de la concurrence entre organismes d'assurance et de remboursement), plus les pouvoirs publics auraient tort de ne pas en tirer avantage pour imposer leurs conditions aux laboratoires, notamment en matière de prix. D'où des discussions et marchandages qui prennent une place de plus en plus importante dans l'activité des entreprises, et pour lesquels la réglementation est utilisée par les responsables publics comme levier de contrainte (comme par exemple le régime des autorisations). L'allongement des délais résulte de cette politisation de plus en plus intense des rapports entre l'industrie pharmaceutique et le système de santé.

¹¹³ A. Bain et Paul Rosenburg, *Addressing the Innovation Divide*, janvier 2004.

de Grande-Bretagne et de Suisse. Même la Grande Bretagne, qui en 1988 produisait trois des médicaments les plus populaires, n'en affiche plus aucun aujourd'hui. Qui plus est, même ces nouveaux médicaments mettent de plus en plus de temps avant d'arriver à la disposition des malades. Il a été établi qu'entre 1986 et 1996 les patients européens ont souffert de délais croissants dans l'accès aux médicaments d'ordonnance. Il ne s'agit pas uniquement des produits coûteux pour le traitement de maladies rares, mais même de substances grand public, telles que le Zoloft et le Prozac. La Grèce, la Belgique et le Portugal sont les plus concernés. Mais la France elle-même n'est pas à l'abri. Certains médicaments anti-infectieux puissants ont mis plus de trois ans avant d'être disponibles sur le marché français. Plus du tiers des nouvelles médications recensées entre 1995 et 1997 n'avaient toujours pas rejoint les étagères des pharmacies françaises, belges et hollandaises.

8.7 Corollaires politiques

Il se trouve paradoxalement de nombreux libre-échangistes pour défendre les obstacles mis au mouvement des médicaments à travers les frontières nationales. Leur argumentation est familière. Le régime actuel sert au moins à soutenir le niveau de recherche aux États-Unis. Si, selon eux, on s'avisait de laisser les réimportations inonder le marché américain, il ne resterait plus personne pour assumer le coût intégral des investissements en nouveaux médicaments. L'analyse distingue cependant une contrepartie à ce moindre mal : Les hommes politiques européens se targuent d'offrir à leurs citoyens le *nec plus ultra* de la médecine américaine à des prix dérisoires, mais se montrent moins disposés à souligner l'effritement de leurs industries pharmaceutiques nationales, ainsi que la montée des risques de pénurie.

En guise de solution il est souvent proposé de confier la régulation des médicaments à une autorité européenne unique. Outre que cette formule reste encore aujourd'hui politiquement irréaliste, elle ne ferait que s'attaquer aux symptômes et non au mal lui-même – qui est en premier lieu l'interdiction de réimporter aux États-Unis. Une commission d'étude européenne (G10) a proposé en décembre 2000 que le pouvoir des États membres de réguler les prix ne s'étende qu'aux produits achetés ou remboursés par le trésor public national. Le reste de la consommation nationale serait dès lors soumis à la pleine concurrence, pratique déjà en vigueur d'ailleurs dans certains pays membres, dont la Grande-Bretagne, la France, l'Italie et les pays Nordiques.

La commission déplorait donc implicitement les distorsions inhérentes au régime en place, mais cherchait à en limiter les effets aux seules transactions remboursées par le payeur national.

Ce genre d'initiative postule que c'est le régulateur national des pays européens qui est principalement à l'origine des écarts de prix. En réalité, nous avons expliqué pourquoi, même en l'absence de régulation nationale, les fabricants américains maximisent leur profit en fixant leur prix selon le niveau de vie des territoires, *aussi longtemps que les marchés restent segmentés*. À son tour, la fragmentation du marché mondial et intra européen se perpétue tant que la loi américaine interdit la réimportation aux États-Unis. Ainsi protégés de la menace qui risquerait de porter atteinte à leurs profits réalisés sur le territoire US, les firmes américaines fixent leur prix à des niveaux astronomiquement élevés aux États-Unis, et au coût marginal minimal dans les pays à revenu plus faible.

Dans une perspective libre-échangiste, la solution optimale ne saurait résider dans la généralisation d'un contrôle des prix européens, harmonisé ou non. Elle se situe à la source même du mal, aux USA. Elle consisterait pour ce pays à lever l'interdiction de réimporter.

Un tel retour à la liberté du commerce des produits pharmaceutiques susciterait l'insertion, entre le fabricant et le consommateur, d'une variété d'intermédiaires innovants déterminés à profiter des écarts artificiels de prix entre les pays et les continents. Ces initiatives auraient tôt fait de menacer les marges de profits des laboratoires américains, tout comme le marché parallèle est une menace pour les laboratoires européens. Ceux-ci n'auraient d'autre issue que de placer leurs clients européens et leur régulateur national devant l'ultimatum suivant : ou vous nous laissez la liberté de fixer nos propres prix sur votre marché, ou nous refusons de vous approvisionner. On voit mal les gouvernements européens sacrifier la vie de leurs administrés en les privant des médicaments les plus puissants. Ils n'auront pas d'autre solution que de revenir sur certaines de leurs réglementations, et de laisser les prix européens converger vers le prix mondial. Ce qui fera perdre au marché parallèle perdra toute raison d'être.

Les prix des médicaments tendront à converger vers un niveau international unique dans un marché mondial non segmenté. Ils monteront en Europe (et au Canada), et baisseront aux États-Unis. L'Américain moyen n'aura plus à assurer le fardeau exclusif d'une recherche qui profite au monde entier. En

contrepartie, les Européens y gagneront un retour des investissements – et des emplois – et, globalement, les dépenses mondiales de recherche augmenteront.

8.8 Brevets et pays pauvres

Le reproche selon lequel il y aurait une relation directe entre le prix élevé des médicaments en Afrique et la tragédie sanitaire qui s’y déroule, résiste mal à l’analyse et surtout à l’observation. Le fait est que les pays africains manquent souvent de l’infrastructure élémentaire non seulement pour distribuer les médicaments, mais même pour établir des diagnostics. C’est donc davantage du côté de la pauvreté, de l’ignorance et de la corruption qu’il faut chercher l’explication à l’accès limité des pays sous-développés aux médicaments. Les laboratoires ont peine à trouver preneurs pour les médicaments qu’ils offrent, même avec de forts rabais. Par exemple, on n’observe aucune relation entre l’accès au traitement antirétroviral et l’existence ou non d’une protection légale de la propriété industrielle et intellectuelle. Celle-ci varie fortement d’un pays à l’autre. En Afrique la plupart des médicaments essentiels appartiennent déjà au domaine public dans la mesure où il est rare qu’ils y fassent l’objet d’une protection efficace. Les fabricants se donnent rarement la peine d’acquérir la protection d’un brevet. Même lorsque c’est le cas, nombre de médicaments y font l’objet d’une politique de dons de la part des fabricants.

Il y a dix ans les négociateurs de l’OMC ont abordé la question de la propriété intellectuelle, notamment en référence aux médicaments. Une alliance de pays (et de groupes d’activistes) réclamait l’atténuation, quand ce n’était pas l’abolition pure et simple de la protection historique dont jouissent les médicaments. Finalement, c’est l’incitation à mettre au point de nouveaux produits qui serait vraisemblablement la première victime d’une telle politique. La firme de consultants Pharmaprojects fait déjà état d’un ralentissement notable du rythme de développement de nouveaux médicaments antisida : 250 en 1998, 173 en 2001. La déclaration de Doha retenait l’idée que les pays les plus pauvres pourraient passer outre aux droits des brevets lorsqu’une grande épidémie menace (comme, par exemple, pour le Sida, la malaria et la tuberculose). L’accord TRIP conclu en 1994 prévoyait que les pays les plus pauvres obtiendraient le droit de produire des copies de médicaments sans avoir à demander l’autorisation préalable du détenteur du brevet.

L’étape suivante, franchie à Genève en 2003, a consisté à autoriser l’importation de génériques par ces pays, à condition que les médicaments

soient destinés principalement au marché local, et donc non détournés vers les pays riches ; à condition aussi que l'OMC en soit formellement informée. Les dons de produits pharmaceutiques aux économies pauvres sont en effet fréquemment détournés vers le marché noir par le personnel de gouvernements corrompus, et réexportés vers l'Europe à grands profits. Les fabricants de médicaments ne pouvaient accueillir allègrement l'application universelle de cette formule qui menaçait leurs brevets. Leur crainte était qu'une fois ouverte, cette voie d'accès suscite une vague incontrôlable de produits pharmaceutiques non autorisés et semi légaux. La notion d'épidémie pouvait s'élargir pour englober toutes celles qu'une autorité nationale choisirait de déclarer comme telle.

Finalement, en 2003, le respect formel du brevet a été sauvegardé avec la conclusion d'un accord par lequel les firmes pharmaceutiques ont accepté une formule de dualité des prix pour les médicaments anti Sida. Les fabricants devraient offrir leurs produits aux pays en développement à des prix aussi bas que 10% du prix des pays industrialisés. Même les gouvernements des pays riches devraient pouvoir les obtenir à ce prix à condition de les destiner au traitement de la maladie dans les pays pauvres. Ces gouvernements obtiennent même l'accord des fabricants pour conclure des avec les fabricants de génériques anti sida destinés aux régions les plus touchées.

Soulignons que le souci des opposants au maintien du régime des brevets n'était pas le plus souvent la santé de leurs ressortissants, mais bien davantage d'en profiter pour assurer la promotion de leurs propres industries pharmaceutiques naissantes, déjà peu respectueuses des brevets des autres. C'était par exemple le cas d'un pays comme le Brésil qui ne manquerait pas de profiter énormément d'un régime aux règles équivoques. Invoquer le souci de protéger les victimes du sida en Afrique contre les prix élevés des grands laboratoires permet aux représentants de pays comme l'Inde ou l'Argentine d'engranger les avantages d'une attitude compassionnelle ; cela permet aussi peut-être de distraire ceux qui, dans le Tiers-monde, se plaignent des politiques agricoles européennes ; mais la finalité profonde n'en est pas pour autant estompée. Derrière tout cela, ce à quoi nous assistons n'est qu'un nouvel assaut frontal pour mettre à mal les institutions de l'économie capitaliste.

8.9 Préférence pour le générique

Les administrations européennes se targuent souvent de réaliser des économies importantes en imposant la substitution de génériques aux médicaments sous brevets, lorsque la composition chimique est la même. Les génériques sont en moyenne des compositions beaucoup plus anciennes que les spécialités protégées. Si par exemple la population américaine s'avisait de limiter sa consommation aux seuls génériques - plutôt que de retenir le partage actuel de 60% de spécialités pour 40% de génériques -, la substitution aurait pour effet de faire passer l'âge moyen des médicaments consommés de 29 à 38 ans, une augmentation de près d'un tiers.

En conséquence, réduire la protection des brevets élèverait le coût moyen des traitements, au lieu de le réduire. Les nouveaux produits ont en effet l'avantage de faciliter une longévité plus longue, ils reculent les limites de la vie active, et, surtout, permettent de réduire les dépenses médicales¹¹⁴. Le taux de rendement social de la recherche pharmaceutique est estimé à 18 pour cent du seul fait du prolongement de la longévité aux États-Unis, à l'exclusion du reste du monde, et aussi des autres retombées bénéfiques possibles. En raison du coût énorme de l'absentéisme au travail, comme des congés de maladie, le rapport coûts/avantages des nouveaux produits s'avère extrêmement avantageux. La consommation de nouveaux produits est associée au raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital. Enfin, en abaissant l'âge des médicaments, on abaisse en même temps le budget des autres dépenses médicales, telles que les visites chez le médecin ou l'hospitalisation. Plus précisément, on calcule qu'une augmentation de 18 dollars des dépenses en médicaments couverts par des brevets permet de faire une économie de 71 dollars au niveau du budget médical et hospitalier global.

¹¹⁴ - F. R. Lichtengerg, « The Health and Economic Benefit of New Drugs », *The Fraser Forum*, février 2003, pp. 10-12.

9. La solution libérale : franchise et épargne-santé

Le souci de restaurer les bonnes incitations est souvent absent de la vision conventionnelle. Dans ce mode de pensée, c'est le contrôle politico bureaucratique qui est le garant de la bonne marche du système. Il suffit de procéder à de petites réformes incrémentales qui ne changent rien aux caractéristiques fondamentales du modèle néo corporatiste en place. L'industrie de la santé, nous dit-on, n'est pas une entreprise « commerciale », mais plutôt une activité à finalité essentiellement « morale ». Les mécanismes de marché ne sauraient y être appliqués comme à de vulgaires marchandises. En quoi l'analyse économique, le calcul de rentabilité ou la statistique pourraient-ils y être utile? De toute façon, avec le vieillissement des *baby boomers* et l'arrivée des nouvelles technologies hyper sophistiquées, il n'y a pas de souci à se faire : ils garantissent au régime en place des perspectives de durée que seuls les spécialistes de l'alarmisme professionnel peuvent contester. D'autant que, dans une économie de croissance, la fiscalité est une source de financement quasiment inépuisable dès lors qu'elle s'accompagne d'une volonté politique bien affirmée. Ainsi résumé, ce schéma reste prisonnier d'une idéologie qui lui interdit toute recherche de solution alternative, même efficace.

Notre approche est toute différente. Elle repose sur les principes du droit, du droit de propriété, de la responsabilité, et de la liberté des contrats. Elle s'appuie sur le souci d'abroger les règles de non droit, les obligations réglementaires excessives, les barèmes autoritaires, et de refuser la dilution de la responsabilité dans les principes d'une responsabilité dite collective, toutes contraintes qui ne peuvent que conduire au recours à des formes arbitraires d'autoritarisme politique. Pour s'extirper de cette voie liberticide, il est indispensable que le couplage étatique de l'assurance et de la production cesse d'être imposé d'en haut pour céder la place au libre choix des patients et des offreurs de services. Quiconque le souhaite doit avoir le droit de passer des contrats avec les soignants et les assureurs de son choix, et cette liberté doit être réciproque.

9.1 La sélection des risques à couvrir

Un individu rationnel, responsable de son bien-être, n'opterait pas pour le régime français d'assurance et de production dans sa version courante. Il s'agit en effet d'un système qui offre l'accès universel et presque gratuit à des soins d'importance relativement mineure - comme les visites chez le médecin - mais qui, en imposant de façon autoritaire des limites à la capacité du système, circonscrit souvent l'accès aux services les plus vitaux, aux technologies de diagnostic et de traitement les plus avancées, ou encore aux médicaments les plus innovant. Ne serait-ce pas plutôt le partage inverse qui devrait s'imposer ? Un partage où le secteur public se porterait garant des risques d'interventions médicales les plus lourds (opérations chirurgicales majeures et traitements spécialisés les plus coûteux), pour laisser aux individus eux-mêmes le choix et la responsabilité des traitements ordinaires¹¹⁵. Tout ce qui se regroupe dans les catégories de services de luxe, chambres privées, traitements et médicaments les plus chers, délais d'attente les plus courts, resterait aussi à la charge de chacun. N'est-il pas d'ailleurs paradoxal que les services qui servent généralement le mieux à nous maintenir en bonne santé soient le plus souvent déjà exclus de l'assurance publique ? Tel est le cas des clubs de santé et clubs des vacances, des tapis roulants et autres mesures de prévention auxquelles n'ont accès que ceux qui veulent bien en assumer le prix. Bien que peu disposé à contester la logique du système en place, même le *Rapport du Haut Conseil* reconnaît que « tout n'a pas la même pertinence pour bien soigner », qu'il faut faire des choix, parce que « le système de financement s'épuiserait ».

D'ores et déjà c'est l'évolution qui se dessine; par la force des choses, à l'intérieur même des systèmes en place, avec, par exemple, le délestage progressif et de plus en plus général de services antérieurement remboursés. Les régimes intégralement socialisés, comme celui du Canada ou de la Grande Bretagne, en sont le modèle. Des tests sanguins au traitement de la cataracte en passant par les examens par résonance magnétique, du remplacement d'un genou au simple examen de la vue, des échographies aux vasectomies, en passant par les arthroscopies, du bilan de santé aux analyses de laboratoire, de la maison de convalescence aux soins dentaires, et de l'avortement à la physiothérapie, la liste des services approuvés et en principe remboursés se raccourcit sans cesse.

¹¹⁵ - Claude Forget, *Comprehensiveness in Public Health Care: An Impediment to Effective Restructuring*, Montréal, IRPP, 2002.

La pratique du délestage est en train de se généraliser, même en France. Les remboursements de la Sécurité Sociale maladie sont ainsi passés de 76,5 % des dépenses en 1980, à 74,3 % en 1990, et à 73,8% en 1997. Selon certains scénarios, ils pourraient même chuter à 55% de la dépense en 2020¹¹⁶.

Le danger de cette évolution est que l'économie pour les fonds publics a toutes chances d'être illusoire. Les patients risquent d'opter pour des médicaments et des traitements qui seront plus coûteux mais qui, eux, seront remboursables. Et surtout, on l'a vu, il n'y a en réalité pas de grandes économies, sinon dans le très court terme, à attendre du passage aux génériques. Le coût global des traitements risque au contraire de s'accroître par rapport à ce qu'aurait naturellement été leur évolution.

9.2 L'épargne santé

Si l'on accepte l'évidence que le régime de santé dans son état actuel ne pourra jamais durer indéfiniment, la réforme qui s'impose consiste à y élargir la place faite à des mécanismes qui incitent tous les agents à faire un usage plus économique des ressources à leur disposition. En santé comme en tout autre domaine, les incitations comptent. L'idée fait son chemin, même en France, selon des modalités variables. Le président de la Société générale, qui préside un groupe d'action du MEDEF sur les sources de croissance, s'est par exemple déclaré favorable à l'implantation « d'éléments de concurrence » entre les offreurs, à une hausse des cotisations prélevées sur les plus âgés, et à l'alourdissement de l'impôt sur les successions afin de permettre à l'Etat de récupérer une part plus importante des dépenses médicales principalement encourues au cours des dernières années de la vie¹¹⁷.

La proposition générale formulée ci-dessous s'en tient aux principes essentiels, plutôt qu'à la description technique des combinaisons d'aménagements concevables¹¹⁸. Notre souci n'est ni technique ni opérationnel. Nous ferons

¹¹⁶ - Si la croissance des dépenses continuait au même rythme que dans les années passées. *Haut Conseil 2004*, page 9.

¹¹⁷ - *Le Figaro* et *Le Monde*, 26 décembre 2003.

¹¹⁸ - Le modèle proposé s'inspire dans ses grandes lignes des travaux menés par l'*Atlantic Institute for Market Studies (AIMS)* et condensés dans l'une de ses publications signées par B.L. Crowley *et al.*, *Definitely NOT the Romanov report: AIMS offers Health Care*

grâce au lecteur des innombrables modalités que les analystes ont conçues et qui sont expérimentées dans différents pays pour traduire l'idéal marchand en institutions fonctionnelles. Si variées que soient les modalités concrètes d'un régime qui concilie l'ensemble des finalités recherchées, les exigences d'efficacité et de sensibilité aux patients convergent toujours vers une formule qui combine deux éléments essentiels : 1. une franchise universelle accompagnée de la création de comptes d'épargne-santé et 2. la pleine liberté d'entrée à toutes les formes de production publique ou privée, à but lucratif ou sans but lucratif, même pour dispenser des services assurés par l'État.

La "franchise universelle" repose sur le principe que l'assurance ne devrait pas s'appliquer aux services de santé courants qui restent à la portée de presque tous les revenus, même les plus modestes. L'instauration d'une franchise permettrait de rendre responsable le consommateur de soins par sa prise en charge de la médication courante. Les remboursements ne commenceraient que pour la part de dépenses dépassant le montant de la franchise. Il s'agit d'une forme d'assurance principalement contre les "gros risques" d'intervention médicale majeure. Aux Etats-Unis par exemple, les compagnies d'assurance ont calculé que l'établissement d'une franchise à 2 500 \$ permettrait de réaliser une économie de près de 4 500 \$ par assuré par rapport au budget qu'il faudrait déboursier pour répondre aux besoins d'une population couverte par une assurance avec une franchise cinq fois moindre, de 500 \$ seulement.

La création de cette franchise revient à imposer à tous les patients une tarification minimale implicite pour les soins de santé qu'ils reçoivent dans l'année. Son impact financier individuel peut cependant être atténué par la mise en place de dispositions fiscales qui consisteraient à autoriser les ménages à accumuler, en franchise d'impôt, des compte d'épargne-santé, ou des contrats d'épargne médicale, dont les sommes ne pourraient être dépensées que pour couvrir des besoins médicaux. Chaque dépense de soin ou de médicament financée par un tel moyen se verrait ainsi réduite d'un montant égal à l'impôt non payé. Le principe est que toute somme déposée sur ces comptes et non dépensée dans l'année pourrait s'accumuler en prévision de débours ultérieurs, et même, finalement, en fin de vie, être reversée sur un compte de retraite.

Du point de vue de la technologie financière, cette formule d'épargne santé revient à juxtaposer un contrat d'assurance et un compte de provisions

personnelles pour garantir le premier. Les comptes individuels ainsi accumulés pourraient servir à l'achat de services de santé supplémentaires non assurés par le régime, tels les services dentaires, les médicaments, les services de luxe ou les soins à domicile. Les sommes qui y sont versées serviraient en même temps à bâtir un fonds d'épargne en prévision du vieillissement de la population. Tout surplus retiré par son détenteur pour des fins non médicales deviendrait cependant automatiquement imposable¹¹⁹.

L'avantage d'un tel système est notamment d'être compatible avec toutes les formes possibles de production médicale, privée ou publique, à but lucratif ou non. L'octroi de subventions explicites y serait réservé aux gens à faibles revenus - sans passer par l'intermédiaire des offreurs - et devrait servir à éveiller chez eux la conscience des coûts. Il suffirait pour ce faire que l'accumulation d'épargne-santé par les plus démunis provienne en totalité (sans franchise) de l'octroi par l'État d'allocations publiques de santé (*vouchers*), qui varieraient suivant l'âge, le sexe et l'état de santé, et dont la propriété et la gestion seraient entièrement réservées aux prestataires. En tant que détenteurs des comptes d'épargne-santé ainsi constitués, même les plus pauvres seraient incités à faire un usage rationnel de leurs ressources. Là où elle est appliqué (par exemple au Canada), c'est dans les couches de population les moins fortunées que la formule est la plus populaire (70% parmi ceux qui gagnent moins de 30 000\$ par année approuvent cette mesure selon un sondage)¹²⁰. Les gens à faibles revenus se sentent moins à l'aise chez le médecin, parce qu'ils ont le sentiment de ne pas attirer l'attention qu'ils attendent, parce qu'ils

¹¹⁹ - D'autres analystes proposent plutôt d'inverser les rôles de la franchise et de la tarification. Le *Consumer Policy Institute* (2000) et d'autres (dont Reuber et Poschmann 2002), proposent l'octroi universel par l'État aux individus d'allocations publiques de base (*vouchers*) qui varieraient suivant l'âge, le sexe et l'état de santé. Supposé que l'allocation soit de 2 000 euros. Les 2 000 premiers euros de frais effectifs seraient assumés par l'individu mais à même l'allocation publique. Les euros suivants seraient à la charge des patients, jusqu'à un niveau à déterminer, au-delà duquel l'assurance catastrophe entrerait en jeu. L'allocation réservée aux très jeunes et aux très âgés serait ainsi plus forte en considération de leurs besoins plus grands de soins. La critique fondamentale qu'inspire cette formule vient de ce qu'elle perpétue la prise en charge par le trésor public de tous les soins mineurs, fussent-ils à la portée de toutes les bourses. Elle peut aussi impliquer l'octroi d'allocations santé aux personnes qui n'en ont guère besoin, et en conséquence un gonflement sans fondements des budgets publics.

¹²⁰ - L. Solomon, Medical Savings Accounts Would Benefit all Canadians, *The Financial Post*, 2002, p. F15.

se sentent en relation de dépendance. La formule de la caisse d'épargne-santé leur offrirait la possibilité d'établir une relation plus égalitaire.

On pourrait croire que les personnes bénéficiant naturellement d'une meilleure santé jouiraient dans ce contexte d'un léger avantage sur leurs concitoyens moins favorisés qui, par exemple, souffrent de maladies chroniques. Les mieux portants n'épuiseraient que rarement le montant de la franchise, et se constitueraient ainsi une épargne bon marché, tandis que leurs voisins en moins bonne santé seraient condamnés à absorber régulièrement les frais de la totalité de leur franchise, et donc ne pourraient rien épargner. A cette remarque il est possible de répondre que le régime optimal dans une société riche et respectueuse des préférences ne vise pas à l'accès égalitaire, mais plutôt universel. Une franchise qui varierait suivant l'âge, le sexe et l'état de santé des gens résoudrait la difficulté. Dans le cas particulier des patients à santé structurellement déficiente, une allocation en franchise d'impôt bien calibrée pourrait suffire à leur faire réaliser, sur l'ensemble de leur durée de vie, le même taux global d'accumulation d'épargne que le reste de la population. Il en résulterait pour tous une incitation égale à accumuler une forme d'épargne-santé et à gérer avec le plus de parcimonie possible les économies ainsi accumulées.

L'économie et la croissance y gagneraient du fait de l'augmentation du taux d'épargne global. Cette heureuse incidence ne découlerait pas du seul allègement fiscal, mais de ce qu'avant même d'atteindre l'âge de consommation maximale des soins, les *baby boomers* seraient spontanément amenés à prévoir d'affecter des sommes croissantes à cette fin.

9.3 Épargne santé et organisation de la production

L'évolution vers davantage d'autonomie individuelle et de concurrence appelle cependant une condition supplémentaire. En plus d'un marché de l'épargne santé, elle implique un marché des soins médicaux libéré de ses réglementations étouffantes, ainsi qu'une séparation des rôles d'assureur, de fournisseur et d'évaluateur des soins que le secteur public s'arroge aujourd'hui. Ce qui ferait du secteur public un acheteur neutre des soins lourds, publics ou privés, dont il est par ailleurs l'assureur.

On assisterait dès lors à l'émergence d'un réseau de cliniques et d'hôpitaux autonomes, sans but lucratif ou à but lucratif, offrant leurs services directement aux patients, ou à l'assureur public. Telle nous paraît être la condition indispensable à l'apparition de cliniques intégrées qui servent de substituts à l'hôpital, ou représentent une extension de l'hôpital lui-même, et qui répondent à l'idéal que recherchent les réformateurs de la médecine de ville. On pourrait alors assister à l'émergence d'un marché concurrentiel de services médicaux et hospitaliers susceptibles d'élargir les choix offerts aux individus et en même temps d'améliorer les conditions d'exercice de leur profession par les spécialistes de la santé.

9.4 Évaluation

La dimension essentielle du système ainsi proposé est que les individus seraient les bénéficiaires ultimes de la parcimonie avec laquelle ils gèrent leur budget ou leur compte d'épargne santé, surtout pour les 80 pour cent de la population en bonne santé. Un lien direct serait rétabli entre le bénéficiaire de soins et le médecin ou l'hôpital qui apporte le service. Par rapport aux formules d'assurance qui couvrent les premiers déboursés, on peut s'attendre à ce que ce système entraîne une baisse de la consommation de soins médicaux de l'ordre de 30 à 50%, avec, par exemple, relativement plus de visites chez le médecin généraliste au lieu d'aller directement aux urgences de l'hôpital, ou encore une modification des habitudes et styles de vie avec moins de consommation d'alcools et de cigarettes et plus d'exercice physique. Avec le temps, et grâce aux nouvelles incitations qui s'exerceront sur les usagers, la plupart des gens devraient accumuler un solde positif à leur compte; ce qui devrait constituer pour certains une motivation supplémentaire pour encore mieux gérer leur santé. Ce nouvel arrangement devrait accroître l'ensemble des choix offerts aux familles, tout en donnant naissance à d'importantes économies. Les recherches de la Rand laissent penser que, tout en augmentant le souci des utilisateurs de faire des économies, contrairement à ce qu'en disent les adversaires, ce nouveau mécanisme ne devrait pas conduire à une sous utilisation des services, mais plutôt une optimisation de leur usage du fait du déplacement du contrôle des dépenses de santé du régulateur public vers des millions de centres individuels de contrôle des coûts.

On estime que, chaque année, environ vingt pour cent de la population ne fait quasiment jamais appel aux services de santé; ce sont donc les quatre-vingt

autres qui devront assumer le coût de financement de la franchise à partir des ressources accumulées en franchise d'impôt. La formule offre aussi l'avantage de limiter, sans l'exclure, le recours aux contraintes que les soins administrés imposent aux patients. La prise en charge par le patient sert de substitut au filtrage des soins par une tierce partie.

Le principe des comptes d'épargne santé est généralement associé à une meilleure expression de la demande, en ce qu'il incite les usagers à l'économie. En fait, il insère la dynamique marchande dans le calcul de tous les agents, même à l'intérieur d'un régime de financement partiellement public. Les offreurs de services, publics et privés, recevraient la plus large part de leur financement des patients. En ce sens, la formule offre l'avantage de réintroduire la concurrence et de rendre les offreurs responsables auprès de ceux qui importent, les patients consommateurs. Elle influe sur l'offre tout autant que sur la demande. Des partenariats hôpitaux-médecins apparaîtraient en systèmes intégrés pour optimiser le service et abaisser les coûts. On peut même supposer que le nouvel aménagement renverserait la tendance séculaire au rétrécissement de l'économie sociale. Comme le confirme l'opposition acharnée des syndicats du secteur public à ce genre d'aménagement, l'un des bienfaits indirects de la formule serait sans doute de circonscrire le pouvoir des groupes d'intérêt, syndiqués ou pas.

On pourrait appliquer le même principe de franchise aux médicaments (accumulation d'une "épargne-médicaments"). Le programme se limiterait, comme pour les autres services de santé, aux déboursés « catastrophiques » et reposerait en conséquence sur une franchise d'une certaine importance, sauf pour les moins fortunés. Par rapport au régime en place, la formule inciterait les bénéficiaires à faire un plus grand effort d'économies et élargirait leur choix en stimulant la concurrence entre les laboratoires. D'autant que les études empiriques¹²¹ démontrent que c'est lorsque les patients assument directement le coût de leurs médicaments que leur prix est généralement le plus bas.

Lorsqu'on parle de santé on pense le plus souvent aux services médicaux et hospitaliers de courte durée, à l'exclusion des soins de longue durée, des soins à domicile, ou encore des prestations de soutien social (prise en charge de la dépendance). Il apparaît pourtant que ces variétés de soins représentent aujourd'hui des fardeaux financiers de plus en plus lourds dans le contexte d'une société qui vieillit, où la durée de vie elle-même ne cesse de s'allonger, et

¹²¹ - Tanya Tabler, *op. cit.*, p. 18

où malheureusement on assiste à une certaine déresponsabilisation des solidarités familiales traditionnelles. Le schéma proposé ci-dessus permettrait sans doute d'y porter en partie remède grâce à son système d'incitations accordant une plus grande place à la promotion des valeurs d'épargne individuelle. Il est vraisemblable qu'il pourrait jouer un rôle considérable dans la résurrection d'une véritable économie sociale.

10. Le système américain : préjugés et fausses évidences

La technique des comptes d'épargne santé commence à faire école à travers le monde. Des pays aussi divers que Singapour, la Chine, l'Afrique du Sud (les deux tiers de l'encours total) et les États-Unis sont en train de l'adopter.

La formule fonctionne à Singapour depuis plus de dix ans. Les résultats de l'expérience sont positifs, si on en juge par la performance générale du régime. Personne dans ce pays n'est privé de soins. Les queues y sont inconnues et les technologies les plus avancées universellement répandues. Le budget national de santé, en pourcentage du PIB, n'y dépasse guère le tiers de celui de la France.

Cela dit, il n'est pas inutile de revenir un instant sur le système de santé américain. Non seulement parce que c'est le pays où le mécanisme de l'épargne santé connaît actuellement ses développements les plus prometteurs. Mais aussi parce que c'est le plus souvent dans la dénonciation des soi disant défauts de ce système que les adversaires à toute mesure de libéralisation du modèle français puisent leurs principaux arguments. Or, on va le voir, ce régime américain est en réalité l'objet de toute une série de fausses représentations qui sont à l'origine de préjugés d'autant plus tenaces qu'ils sont erronés.

10.1 Une comparaison des deux systèmes

Le premier de ces préjugés postule que le régime américain repose sur le principe du marché privé et libre, et que l'Etat en serait absent. Cette perception ne manque pas de fondement, mais il faut se garder de trop identifier le régime américain au "modèle libéral". Il est sans doute plus "libéral" que le français, mais aussi très impur. Par suite de l'insertion récente et rapide de formules d'épargne santé, le régime américain est peut-être en train de se rapprocher de cet idéal, mais son histoire moderne, depuis la deuxième guerre mondiale, en a fait au mieux un régime « mixte ». Il se trouve en réalité peu d'Américains qui gèrent leurs propres budgets de santé. Pendant leur vie active, c'est principalement leur employeur qui est le propriétaire de leur régime d'assurance; et après la retraite, c'est-à-dire au moment où ils en

ont le plus besoin, c'est l'État qui leur offre l'assurance. Ce régime dominé par le tandem syndicats/ employeurs, dans les grandes entreprises, remonte à la deuxième guerre mondiale. Gênées dans leur recrutement par le contrôle général des prix et des salaires, les entreprises eurent alors recours au subterfuge de l'assurance maladie « gratuite » pour attirer les travailleurs qu'ils recherchaient. En vertu de série de décisions arbitraires, les avantages sociaux ainsi offerts aux employés étaient exclus de la rémunération imposable. Jusqu'à 2003, le privilège ne s'étendait pas aux individus ni aux familles qui ne bénéficiaient pas du statut de salariées de grandes entreprises.

On pourrait croire que cette dimension d'apparence néo-corporatiste, qui réserve la gestion de l'assurance santé au tandem syndicats-employeurs, ne distingue pas fondamentalement le régime américain de l'aménagement qui préside à l'organisation de la Sécurité sociale en France. L'analogie ne tient pas. En France, aujourd'hui, la Sécurité sociale assure quasiment tout le monde et prélève l'essentiel des cotisations sur les activités professionnelles, et de façon coercitive à la manière de tous les autres impôts. Ce qui signifie que les personnes sans occupation professionnelle, mais couvertes par la sécurité sociale, n'assument qu'une portion infime de leur assurance maladie. C'est ainsi que la contribution des salariés s'élève à près de 20% du salaire, soit à plus de 7 000 euros par an et par salarié, bien que le budget national de santé par tête ne soit que de 2 000 euros. L'encadrement américain ne se fait pas sous l'autorité de l'État, mais par la conclusion de contrats privés et volontaires entre employeurs et sociétés d'assurance. En ce sens, ce modèle d'assurance échappe au caractère fondamentalement contraignant de la sécurité sociale française. Les employés (et leur employeur) n'assument que l'assurance ou le coût de leurs propres soins dans le cadre de contrats privés, non pas les soins du reste de la population via une Sécu inexistante. Le reste de la population américaine non associée à un emploi assuré s'assure elle-même individuellement, verse des contributions variées pour bénéficier des régimes publics *Medicaid* et *Medicare*, ou reste non assuré.

Les budgets publics américains de santé sont loin d'être négligeables. En termes absolus et par habitant, ils l'emportent même sur les budgets publics français. Les administrations publiques d'État et fédérales assument directement, par le truchement de *Medicaid* (en faveur des pauvres) et de *Medicare* (en faveur des 65 ans et plus) près de 46% des dépenses de santé - 56% lorsqu'on incorpore les « dépenses fiscales », c'est-à-dire les frais de santé assumés par les familles, mais soustraits au revenu imposable. Le chiffre correspondant en France est d'environ 75%. La différence est réelle, mais pas

radicale. La distinction s'estomperait encore plus si on incorporait au tableau l'étendue des réglementations publiques qui encadrent les régimes d'assurance privés aux États-Unis. Certaines estimations fixent à 42% la hausse des primes imputables aux exigences excessives imposées aux assureurs par la loi - par exemple la couverture obligatoire des dépenses de chirurgie esthétique, la chiropraxie, et le traitement de nombreuses « maladies mentales ».

L'analyse comparative des deux régimes révèle aussi la présence d'une autre caractéristique commune, du moins jusqu'à tout récemment : l'assurance tous azimuts de tous les soins, même les plus mineurs. Aux États-Unis, seulement 14% des frais de santé sont directement assumés par les usagers, chiffre qui ne diffère pas sensiblement du chiffre français. Comme les consommateurs des deux régimes, protégés par leur assurance privée ou publique, n'assument, au moment d'acquiescer les soins, qu'une fraction infime du coût de leurs choix, ils s'adonnent l'un et l'autre à la surconsommation et à la recherche des services les plus coûteux.

Ce travers commun s'accompagne cependant d'une divergence quant aux moyens mis en œuvre pour y remédier. En France, l'abus de consommation inhérent au système a suscité l'imposition de mécanismes bureaucratiques de blocage physique de la capacité, pour des raisons le plus souvent budgétaires. Il s'agit d'une "macro régulation". Face à l'impossibilité d'offrir à l'usager la variété de services que suppose la gratuité effective au patient, le régime américain s'est orienté vers un autre mécanisme, de nature non étatique : la mise en place d'un "filtre à l'entrée" qui interpose entre le patient et le fournisseur une tierce partie dont le premier souci est de contenir les coûts. Avec la prolifération de la formule des *soins administrés*, auxquels adhèrent plus de 60% de la population américaine (80% des Américains qui appartiennent à la main d'œuvre), ce sont en fait les sociétés d'assurance et les employeurs dotés d'une assurance de groupe qui déterminent à des degrés divers la nature et l'étendue des traitements effectifs que l'individu ou sa famille peuvent obtenir. Le choix du consommateur s'y trouve donc aussi circonscrit, mais d'une manière qui le distingue fondamentalement du régime public français : l'assurance n'est pas coercitive, et la concurrence joue toujours entre les différentes organisations de soins administrés. Ces organisations attirent leurs clients en s'engageant à leur offrir toute la gamme de services de santé contre un prépaiement annuel qui en fait une sorte de capitation indépendante de la quantité de services reçus.

10.2 Succès d'une grande innovation institutionnelle : les soins administrés concurrentiels

Le concept de soins administrés à l'américaine désigne essentiellement cet aménagement qui confère à des tiers - sociétés d'assurance, employeurs ou offreurs de services dont le souci est principalement de contenir les coûts - un pouvoir d'intervention dans la relation entre le patient et le médecin. Cet aménagement institutionnel a été créé spécifiquement pour freiner les dépenses de santé et pour abaisser les coûts de l'assurance. C'est en filtrant les traitements et l'activité des spécialistes au travers d'une grille d'analyse coûts/avantages que l'institution réalise son objectif. Mais c'est aussi en substituant progressivement la capitation à l'ancienne formule de la rémunération à l'acte que ce nouvel aménagement institutionnel contribue à réaliser des économies. En limitant le nombre de tests auquel un individu peut recourir, en lui imposant des contraintes lorsqu'il désire rendre visite à un spécialiste, en modifiant le mode de rémunération des médecins, en acquérant le pouvoir de négocier avec les médecins, avec les sociétés pharmaceutiques et avec les hôpitaux, les organisations de soins administrés sont parvenues à circonscrire un grand nombre d'abus, tant au niveau des patients que des offreurs. Ce ne sont pas moins des trois-quarts de ceux qui sont couverts par une forme quelconque d'assurance qui obtiennent aujourd'hui leurs services d'une organisation de soins administrés. Parce qu'elle est parvenue à intégrer dans une même démarche la production de services et l'assurance santé tout en sauvegardant la concurrence, le professeur Richard Epstein n'hésite pas à considérer la formule concurrentielle des soins administrés comme la plus grande révolution institutionnelle du XXe siècle dans le domaine médical¹²².

L'émergence de cette forme d'organisation s'est accompagnée, surtout depuis la fin des années 1980, de gains spectaculaires de productivité sur l'ensemble du réseau de soins de santé¹²³. Ce régime réalise des économies allant de 10 à 40% par rapport aux plans d'assurance traditionnels, et il le fait sans compromettre la qualité des soins. Depuis sa généralisation, durant les années 1990, l'augmentation annuelle des budgets de santé privés n'a pas dépassé les 5%, alors que sur la base des années précédentes les experts annonçaient une poussée annuelle de 10%. Encore en 1993, le *Congressional Budget Office* prévoyait que les dépenses de santé atteindraient les 18,9% du PIB en l'an

¹²² - Richard A. Epstein, *Mortal Peril*, Addison-Wesley, 1997.

¹²³ - David Dranove, *The Economic Evolution of American Health care*, Princeton, 2000.

2000. En fait, elles n'ont pas dépassé les 14%. Ce qui représente environ 300 milliards de dollars d'économies réalisées par rapport aux prévisions, soit l'équivalent de 2 000 dollars par an et par patient. En contrepartie, l'augmentation des budgets de *Medicare* s'est faite à un rythme double de ceux du secteur privé.

10.3 L'épargne santé, dernière étape de l'évolution institutionnelle

L'évolution récente aux États-Unis révèle cependant que la capacité du système des soins administrés à limiter la montée des coûts grâce aux contraintes imposées aux choix individuels est en train de s'atténuer. On observe aujourd'hui que 45 % des patients inscrits en ont une opinion défavorable, même si 80 % se disent satisfaits des soins reçus. Depuis l'année 2000, la part des frais de santé dans le PIB semble avoir repris son ascension. Selon les résultats d'une étude parue dans le *Journal de l'American Medical Association*, les griefs des utilisateurs ne portent pas en général sur les services associés aux nécessités médicales, mais plutôt sur des dimensions de nature moins essentielle, comme l'opportunité de pratiquer la liposuccion ou l'altération des seins. La résistance des patients aux exigences imposées par la formule conduit désormais certains employeurs à relâcher certaines de ces contraintes.

En réaction à cette évolution, et surtout pour réagir à l'introduction de nouvelles formes de régulation publique visant en principe à perpétuer le rêve de la gratuité, un nombre croissant d'employeurs américains ont introduit des formules d'épargne santé qui confèrent aux employés une plus grande responsabilité personnelle dans le choix des services consommés, ainsi que dans leur financement. On donne à cette formule le nom d'assurance santé «à avantages définis», mais elle s'assimile de près à la technique des comptes individuels d'épargne santé. L'employeur verse à l'employé, disons 1 000\$ (2 000\$ si l'assuré a des enfants), dans un compte de soins personnels (*Medisave*). L'employé puise dans ce fonds pour régler ses dépenses régulières de soins. Au-delà d'un certain niveau, l'excédent est pris en charge par l'assurance catastrophe. Toute somme économisée dans une année est reportée sur les années ultérieures. Les employeurs qui ont eu recours à cette formule ont enregistré une stabilisation de leurs frais d'assurance, souvent même une réduction, à la différence de leurs voisins régis par des modes d'assurance

conventionnelle. Quelques-unes des plus grandes sociétés américaines ont déjà commencé à exporter la formule vers leurs établissements installés à l'étranger, en Amérique Latine, en Asie et en Europe centrale¹²⁴.

Le traitement fiscal favorable de l'épargne santé a été récemment élargi à tous les contribuables et à leurs familles, indépendamment du fait qu'ils sont ou non employés dans une entreprise. La nouvelle formule offre un traitement fiscal identique à tous ceux qui mettent de l'argent de côté (jusqu'à 5 150\$ par an) pour assumer eux-mêmes une part accrue de leurs soins (avec une franchise minimale de 2 000 \$). Les plus grandes sociétés américaines d'assurance offrent désormais en franchise d'impôt des comptes d'épargne santé dotés de franchises substantielles, et dont l'excédent sur les déboursés s'accumule sur la vie entière. Les primes demandées pour des polices d'assurance dotées d'une franchise de 2 500 \$ - au lieu de seulement 500\$ - peuvent représenter une économie allant jusqu'à 4 500\$. Le rendement des placements perçus au niveau du compte individuel est lui aussi défiscalisé.

La principale leçon à dégager de cet aménagement, et surtout de son histoire, est que, contrairement à la Sécurité sociale étatique, lorsqu'il y a concurrence, la seule pression du marché suffit à susciter une suite incessante d'innovations institutionnelles qui font que tant les offreurs que les usagers s'adaptent aux conditions changeantes.

10.4 43 millions d'Américains privés d'assurance et donc de soins !

Même pris au pied de la lettre, le chiffre souvent cité de 43 millions de non assurés confirme, a contrario, que au moins 85% des Américains jouissent d'une assurance, privée ou publique, achetée individuellement ou procurée par l'entreprise au sein de laquelle ils travaillent. En réalité, le chiffre des non assurés, retenu par la mesure plus fiable du *National Health Interview Survey*, serait de quelque 38 millions.

¹²⁴ - Sénat du Canada, Rapport intérimaire du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, vol. trois : Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays, Ottawa, janvier 2002.

Dimension plus significative encore, le défaut d'assurance ne constitue un problème que dans la mesure où il s'agit d'une situation involontaire. Or on observe qu'entre 13 et 15 millions d'Américains pourraient acquérir la protection de l'assurance s'ils le voulaient, mais qu'ils choisissent plutôt de s'en passer. Il s'agit entre autres des 6 millions de personnes admissibles à l'assurance publique et qui, pour une raison ou pour une autre, choisissent de ne pas s'y inscrire. En cas de maladie ou de blessure, ces non assurés peuvent obtenir leurs traitements sans frais, du fait que l'assurance offerte par *Medicaid* s'applique rétroactivement aux frais médicaux passés. Ces non assurés ne diffèrent en rien des centaines de milliers de Français qui omettent chaque année de verser leurs cotisations.

On notera aussi que les non assurés ^(125, 126) ne se recrutent pas parmi les indigents qui, en vertu de *Medicaid*, sont automatiquement assurés en tant que bénéficiaires de l'assistance publique. Ni parmi les gens âgés de plus de 64 ans, qui sont automatiquement assurés en vertu de *Medicare*. Il s'avère aussi que moins de 48% des non assurés, composés surtout de diplômés universitaires et de chômeurs en transition entre deux emplois, le sont depuis plus de 28 mois, ce qui confirme que la composition de ce groupe est très fluide. Il ne s'agit pas de victimes permanentes d'un manque de moyens. Il apparaît aussi que 60% des non assurés sont des jeunes de moins de 35 ans qui jugent rentable de ne pas s'assurer pour deux raisons. La première est que le besoin de soins à cet âge est faible. Le risque d'accident dans une voiture assurée ou dans un bâtiment assuré l'emporte à leurs yeux sur le risque d'être victime d'une crise cardiaque ou d'un cancer. La seconde tient à ce que, dans l'hypothèse où la malchance lui impose néanmoins de recourir aux services de santé, le jeune de cet âge bénéficie en général d'une formule de remboursement qui se révèle grandement avantageuse pour ceux qui ont « pris le risque ». Au total, c'est moins du tiers des non assurés qui vivent cette condition de façon constante. Le reste souffre de cette condition pour des durées de moins de six mois, surtout pour des périodes de transition entre deux emplois. Le nombre de non assurés est proportionnellement inférieur au nombre de patients qui font la queue pendant des mois et des années en Grande-Bretagne ou au Canada. C'est pourtant le spectre de cette grande masse de non assurés non couverts par les services sociaux qui, dans ces deux

¹²⁵ - *The Uninsured in America*, The Blue Cross and Blue Shield Association (BCBSA), 2003.

¹²⁶ - *Medically Uninsured Americans*, The Fraser Institute

pays, sert le plus souvent à y justifier la pérennité du monopole public en matière de santé et d'assurance.

Signalons enfin que près du tiers des non assurés jouissent d'un revenu supérieur à 50 000 dollars et font donc le choix conscient de s'en priver. On sait par exemple que la probabilité d'acheter de l'assurance décline précipitamment dès que le revenu familial dépasse 419 pour cent du seuil de pauvreté identifié par la statistique fédérale. Ce qui porte à croire qu'entre 3 et 6 millions d'Américains choisissent de laisser tomber toute forme d'assurance simplement parce qu'ils ont les moyens de s'en passer.

Par ailleurs, le fait est qu'aucun Américain, même non assuré, n'est véritablement privé des soins de santé lorsqu'il en a véritablement besoin. Il est interdit aux hôpitaux, par la législation des Etats, de refuser de traiter un malade ou un accidenté pour de simples raisons financières. Chacun a la garantie de pouvoir se faire traiter tant dans les cliniques d'urgence que dans les cliniques de charité ou les hôpitaux. Quatre-vingt-un pour cent des non assurés ont vu un médecin au cours des trois dernières années. Les sondages révèlent que la moitié des non assurés jugent les soins reçus bons ou excellents. Ce sont les patients assurés qui assument fianelement le coût du traitement des non assurés en payant des primes plus élevées.

Convenons que la vertu ne réside pas dans le fait d'être ou de ne pas être assuré, mais plutôt dans la garantie d'avoir accès aux services que l'assurance procure. La pensée conventionnelle postule que manquer d'assurance dissuade l'individu de recourir aux services de prévention. Mal en point, il ne chercherait pas non plus à consulter le médecin avant de tomber gravement malade et d'aboutir dans un service d'urgence. S'il est vrai que les non assurés fréquentent moins assidûment le médecin et sont moins souvent vaccinés contre la grippe, les statistiques montrent qu'ils ne sont en réalité pas beaucoup plus nombreux que les autres - qui, eux, sont assurés - à se retrouver dans un salle d'urgences. L'observation révèle qu'il n'y a en fait aucun lien entre leurs différences de consommation médicale et leur état de santé, sinon l'état psychologique. Par exemple, mesuré par le nombre de jours passés au lit, l'impact de la non assurance s'avère nul sur l'état final des patients.

S'agissant des non assurés américains, on ne peut passer sous silence le phénomène de l'immigration illégale. En raison de la proximité de pays pauvres, les États-Unis attirent des millions d'immigrants. Or ces immigrants

sont rarement dotés d'assurance maladie et représentent une part importante des non assurés. On estime à deux ou trois millions le nombre d'immigrants illégaux qui n'ont pas d'assurance aux États-Unis, ce qui ne veut pas nécessairement dire qu'ils n'ont pas d'assurance du tout. Ils ont pu l'obtenir dans leur pays d'origine, comme c'est le cas de nombreux illégaux mexicains.

De toutes ces combinaisons de données on retiendra surtout qu'il existe une catégorie de personnes particulièrement mal servies par les règles en place. Il s'agit des travailleurs à faibles salaires employés dans des entreprises de moins de 10 employés qui ne sont pas contraintes de leur offrir un régime d'assurance maison. Ils ont trop de revenus pour être admissibles aux prestations de *Medicaid*, mais pas assez pour s'offrir individuellement la couverture minimale. On estime leur nombre à huit millions.

La conclusion incontournable de cette analyse est que la population des non assurés aux États-Unis ne représente pas le désastre si souvent stigmatisé par l'opinion européenne. Compte tenu qu'une large proportion d'entre eux a accès aux soins publics gratuits, qu'une large part aussi a en réalité les moyens de se procurer une couverture d'assurance, mais s'en prive volontairement, et qu'enfin on ne distingue pas de différences sensibles entre leur état de santé et celui des assurés, on en conclut que la « crise » de la non assurance résulte essentiellement de la décision du grand nombre d'exercer leur libre choix.

11. Le fédéralisme européen à la rescousse du système

L'une des voies privilégiées de la responsabilisation, en France comme ailleurs, prône la déconcentration de l'administration centrale : laisser les régions administrer leurs affaires. La combinaison d'un financement centralisé et l'offre décentralisée des services concilierait deux objectifs: l'équité et l'efficacité. Le financement centralisé favoriserait l'égalisation des services, tandis que l'efficacité par la décentralisation bureaucratique susciterait la diversité des services et la créativité. Illusion. On revit dans cette formule le rêve toujours fascinant d'une troisième voie entre la politisation incontournable associée à l'étatisme, et la délégation des décisions associée à l'autonomie des consommateurs et à la liberté des producteurs.

L'analyse suggère plutôt que la conciliation recherchée entre les exigences de la centralisation du financement et celles de la décentralisation administrative est une chimère¹²⁷. La décentralisation et la centralisation obéissent à des dynamiques propres . Le choix se fait entre deux pôles – la décentralisation pure ou la centralisation complète. Croire que la simple élection d'un conseil d'administration local entraîne la décentralisation est une illusion. Il s'agit au mieux d'une déconcentration de l'administration centrale, ou d'un aménagement de la centralisation. Cet aménagement n'a rien à voir avec le financement autonome inhérent à un vrai fédéralisme, et qui constitue la seule mesure valide de la décentralisation. Les organismes locaux ou régionaux institués par le gouvernement national ne font au mieux que gérer les décisions centrales. Les règles du jeu sont déterminées par l'autorité centrale. C'est donc l'une des parties qui s'institue juge de l'aménagement à instaurer.

Pour exercer son incidence bienfaisante, la décentralisation doit comporter responsabilité entière des décideurs locaux, aussi bien en matière de financement et de fiscalité qu'en matière d'affectation des ressources. Formuler des besoins qui seront ensuite relégués au financement de l'autorité supérieure est la négation de l'autonomie. Dans le schéma conçu par les *réformateurs* à la mode, les organismes locaux n'ont souvent que le pouvoir de recommander des gestes au Ministre.

¹²⁷ - Thèse articulée adroitement par Gérard Bélanger, « Pourquoi la décentralisation est-elle un mythe? », *La Presse*, 28 avril 2003, p. A9.

Paradoxalement la pratique du fédéralisme en Europe, du moins en matière de soins de santé, contient les éléments d'une véritable décentralisation fédéraliste, mais à l'échelle européenne plutôt que nationale. L'évolution récente de la jurisprudence européenne conduit en effet à conférer à tout citoyen européen le droit d'obtenir les soins dans quel que pays européen que ce soit, et *d'en recevoir le remboursement de son pays d'origine*. C'est le patient qui en principe devrait décider de l'origine et de la nature des soins qu'il recevra. Ce qui reviendrait à instituer un vrai marché européen des soins, et poserait les assises d'une véritable révolution de l'industrie des soins fondée sur le choix du consommateur. Les européens jouiraient ainsi d'une plus grande liberté de choisir le territoire de leur traitement que même les citoyens d'une province canadienne particulière à l'intérieur du Canada¹²⁸.

¹²⁸ - Le problème est de savoir si des citoyens français peuvent « quitter » leur Sécurité Sociale et choisir de s'assurer auprès de compagnies étrangères sans avoir à continuer de payer les cotisations perçues par le système national de solidarité.

Il est aujourd'hui acquis qu'un citoyen français qui choisit de se faire soigner dans un autre pays de l'Union européenne est en droit d'exiger de la Sécurité Sociale française qu'elle le rembourse au même titre que s'il était allé se faire soigner dans un hôpital français. Suite à la plainte d'un patient bourguignon qui était allé se faire soigner en Espagne, soutenu par le Mouvement pour la liberté de la protection sociale qu'anime le docteur Claude Reichman, ancien candidat aux élections présidentielles de 2002, la Commission européenne a mis en demeure le gouvernement français d'appliquer le remboursement de soins.

De même, il est acquis que le principe de la libre concurrence au sein de l'Union européenne s'applique aux organismes d'assurance et aux mutuelles du secteur complémentaire. Mais l'Etat français conteste que l'ouverture de la concurrence à tous les organismes d'assurance maladie, telle que imposée en principe par les directives européennes de 2001, dans le cadre de la législation sur la concurrence, s'applique à une institution de solidarité nationale telle que la Sécurité Sociale. Il s'y oppose au nom de ce que, dit-il, les organismes de sécurité sociale ne sont pas des « entreprises », et qu'ils ne relèvent donc pas du droit européen de la concurrence. Résultat : l'Etat et les organismes de sécurité sociale menacent de traîner devant les tribunaux tous ceux qui voudraient « sortir » de la Sécurité Sociale au nom de la reconnaissance du principe de libre concurrence posé par la législation européenne.

La raison de cette attitude est évidente : reconnaître cette liberté risquerait de laisser la porte ouverte à un exil en masse de ceux qui peuvent obtenir des primes beaucoup moins chères auprès du secteur privé ; cette hémorragie de cotisants conduirait la sécurité sociale française tout droit à la faillite en n'y laissant que ceux qui coûtent le plus cher et cotisent le moins. Autrement dit, admettre la mise en concurrence de la sécurité sociale impliquerait nécessairement la fin du système d'assurance mis en place

Si elle se confirmait, cette évolution aboutirait à mettre explicitement en branle les forces concurrentielles qui découlent de la mobilité et qui définissent l'essence d'un véritable fédéralisme. Les offreurs de services nationaux, fussent-ils étatiques, seraient ainsi soumis à la concurrence des pays voisins. Chaque autorité nationale devrait désormais obéir aux contraintes que lui impose la mobilité de ses citoyens, et se verrait ainsi de mieux adapter les soins fournis sur son territoire aux volontés de la population locale. La qualité et les coûts des services feraient désormais l'objet de comparaisons « inter nationales ». Les possibilités qu'ouvre cette perspective sont illimitées. Les régimes nationaux fermés, idéalisés par les bureaucrates mais qui font le désespoir des patients, devraient s'ouvrir sous la pression de forces qui leur échappent.

au lendemain de la guerre et sa reconstruction autour de principes totalement différents.

Au cours des derniers mois (premier semestre 2005) ceux qui défendent la thèse de la fin du monopole de la sécurité sociale ont accumulé un certain nombre de succès juridiques qui confortent leurs positions. Celle du gouvernement français apparaît juridiquement de plus en plus intenable. Il est vraisemblable cependant que, si elle est inévitable à terme (comme ce fut le cas il y a quelques années pour EDF et le secteur de l'énergie), la fin du monopole de la sécurité sociale sur le territoire français n'est pas encore pour demain. L'Etat français a la capacité de résister pendant encore un certain temps, même s'il a en définitive juridiquement tort.

Pour y voir plus clair dans ce débat particulièrement complexe, voir l'excellent article de L'EXPANSION (<http://www.claudereichman.com/articles/entreprise.pdf>). Voir aussi le site de Claude Reichman (<http://www.claudereichman.com/>), ou encore celui de « Conscience Politique » consacré à cette question (<http://www.finmonopolesecu.conscience-politique.org/lesassureurs.htm>).

Conclusion

À l'examen de ses caractéristiques essentielles, on découvre que le régime français est essentiellement un régime étatiste. Il s'avère toutefois que, dans le domaine de la santé, et tout en s'accrochant à l'idéal égalitariste, il a su, mieux que de nombreux pays, incorporer des éléments du mécanisme capitaliste. La leçon qui s'en dégage est que l'insertion, même marginale, d'instruments capitalistes dans un régime foncièrement étatiste peut suffire à le faire passer de l'échec à la note passable. Le parallèle entre les régimes canadien et britannique d'une part, et le régime français d'autre part, peut servir d'illustration à ce contraste. Les régimes d'assureur et de fournisseur unique affichent le plus mauvais bilan parce qu'ils reposent sur l'hypothèse que la bonne planification et l'injection généreuse de fonds publics suffisent à remédier à toutes les lacunes.

Le succédané de bonne régulation proposé par les économistes conventionnels ne saurait au mieux qu'atténuer les défaillances de la médecine socialisée. Un mécanisme de tarification partielle à la périphérie peut épargner à la population l'horreur de trop longues queues, mais, à lui seul, il repose sur une simplification extrême de l'analyse économique. L'approche repose une économie statique où, comme des comptables, des offreurs de biens et services identiques règlent passivement leurs décisions sur un prix imposé de l'extérieur. Sont exclues de cette vision les dimensions dynamiques de l'économie et de la croissance, par où le progrès s'opère à travers un processus d'innovations institutionnelles constantes et de destruction créatrice. La question se pose donc de toute évidence : pourquoi se contenter d'imitations ou de demi remèdes ?

L'industrie de la santé participe à la mission d'apaiser deux des grandes frayeurs de la vie, la vieillesse et la maladie. Dès lors il n'y a rien de surprenant à ce que les deux principaux déterminants des budgets de santé au XXe siècle aient été la hausse de l'espérance de vie et l'explosion des technologies médicales. Le rôle de ces deux variables n'est manifestement pas appelé à diminuer. Or tant la théorie que l'expérience universelle confirment que l'accès illimité à des ressources rares, à un prix voisin de zéro, n'est pas un aménagement durable. C'est l'aboutissement observé dans le drame des pêcheries marines, avec les encombrements routiers, ou encore avec les

problèmes que pose de plus en plus la dégradation de la qualité des nappes d'eau. Aujourd'hui c'est au tour du régime de santé de flancher sous le coup des déficiences inhérentes au système. Le principe qui préside à la prise en charge presque intégrale par l'État des frais de santé, même mineurs, est irréaliste, sans le moindre fondement moral ou économique.

Côté production, la prétention à régler d'en haut l'offre sur la demande par la macro régulation des capacités, ou le « micro management » des décisions, est aujourd'hui discréditée. Le mécanisme politique ne dispose pas de l'information nécessaire pour exercer la tâche d'aménager cette industrie complexe que constitue le secteur de la santé. Par ailleurs, même dotée d'une information parfaite, l'intervention publique est inévitablement biaisée par la domination des groupes d'intérêt, fussent-ils majoritaires. Aucun appel au dépassement managérial ne saurait nous protéger contre cette pathologie de la logique politique. Les défaillances du socialisme de la santé ne sont pas accidentelles ; elles ne découlent pas de l'incompétence des politiciens ou des bureaucrates en place, de l'absence de volonté politique. Elles sont inhérentes à la logique politico bureaucratique. Ce sont finalement les jeunes, les personnes responsables, et la santé en général qui en paient l'addition sous la forme d'impôts ou de contributions toujours plus lourds, et d'une dégradation de la qualité des soins servis. Il arrive même qu'en contribuant à alourdir le fardeau fiscal global, la médecine étatique ralentisse la croissance qui, historiquement, est le déterminant premier de la santé en général, particulièrement chez les moins fortunés. L'ensemble des interventions publiques, sous-tendues par le postulat fragile et louche du droit à la santé, menacent le bien-être de ceux-là mêmes qu'elles prétendent protéger.

Voilà qui fonde la conviction que le rétrécissement de l'appareil politico bureaucratique peut seul redonner à l'usager la liberté de choisir la composition des soins qui lui conviennent. S'il existe un apport à réserver au trésor public, c'est à l'usager que l'aide doit aller et se limiter à une forme d'assurance catastrophe. C'est précisément cette pratique pleine de promesse qui milite en faveur de l'expansion de la franchise à la majorité des soins. Adoucie par l'accumulation de comptes individuels d'épargne santé en franchise d'impôt, la technique d'une franchise universelle pour les soins ordinaires concilie les exigences de liberté et d'efficacité. C'est alors le choix des patients et des fournisseurs qui déterminera, si elle est opportune, le degré d'intégration de l'assurance et de la production dans des formules institutionnelles comme les « soins administrés concurrentiels ».

L'évolution récente de la jurisprudence européenne en matière de soins ouvre aussi des perspectives encourageantes pour les usagers de tous les pays de l'Union. Conformément aux préceptes du fédéralisme authentique, les cours de justice ont conféré à tout citoyen européen le droit d'obtenir les soins dans quel que pays européen que ce soit, et *d'en recevoir le remboursement de son pays d'origine*. Cette pratique devrait conduire à instituer un véritable marché européen des services, et poser ainsi les assises d'une véritable révolution de l'industrie des soins fondée sur le choix du consommateur.

A mesure que le revenu s'élève, le souci de la population d'assumer la responsabilité ultime de sa santé grandit et ne saurait être comblé autrement que par un mécanisme qui place les agents décentralisés au centre du processus de décision. Dans un marché libre, ce sont les prix, non pas les diktats de l'autorité, qui transmettent l'indispensable information aux parties en révélant l'utilité subjective des services rendus. L'analyse et l'observation réfutent les griefs que la pensée reçue formule contre cette forme d'expression des besoins, et contestent les corollaires politiques qu'elle en dégage. La concurrence entre producteurs, et désormais entre monopoles publics de l'Union Européenne, est la seule garantie que les incitations qui s'exercent sur les fournisseurs donneront lieu à la production de services adaptés et novateurs. Le mécanisme substitut qu'est l'État ne saurait, ni en théorie ni dans les faits, répondre aux aspirations populaires en matière de santé, le faire avec efficacité et réaliser le progrès. Le capitalisme de la santé n'a pas pour vertu que d'être efficace ; il est la condition indispensable à la liberté, à la dignité de l'individu, le rempart contre la contrainte qui définit le régime en place. C'est donc d'abord moralement qu'il se recommande.

Références bibliographiques

- Bain A. et Paul Rosenburg, *Addressing the Innovation Divide*, janvier 2004.
- Banque Mondiale, *Unions and Collective Bargaining: Economic effects in a Global Environment*, 2003.
- Bélanger, Gérard, « Pourquoi la décentralisation est un mythe? », *La Presse*, Montréal, 28 avril 2003, p. A9.
- Betti-Cusso, Martine, *Infections nosocomiales, les maladies honteuses de l'hôpital*, Le Figaro, 24 janvier 2004.
- Buchanan, J. et J. Brennan, *The Power to Tax*, Cambridge University Press, 1979.
- Centre for Policy Studies, *Resuscitating the NHS : A Consultant's View*, Londres, 2003, (www.cps.org.uk).
- Coffey, J. Edwin et Jacques Chaoulli, *Le Choix privé universel*, Institut Économique de Montréal, septembre 2000.
- Consumer Policy Institute, *Feasibility of Health Care Allowances in Canada*, Toronto, 2000.
- Cour des comptes, www.ccomptes.fr, Synthèse 2002.
- CREDES, *Santé, soins et protection sociale en 1995*, no 1162, 1996.
- Crowley, Bryan Lee, et al., *Definitely NOT the Romanow report: AIMS offers Health Care Alternative*, Atlantic Institute for Market Studies, décembre 2002.
- Crowley, Brian Lee, « De la responsabilité », *La Presse*, Montréal, 29 février 2004.
- Dasgupta, P. et E. Maskin, « The Fairest Vote of All », *Scientific American*, mars 2004, pp. 92-97.
- Danzon, P. M., « Making Sense of Drug Prices », *Regulation*, vol. 23, No 1, pp. 56-63.
- Danzon, P. M., et J. D. Kim, « International Price Comparisons for Pharmaceuticals: Measurement and Policy Issues », *PharmacoEconomics*, vol. 14, 1998, p.115.
- Donaldson, C., G. Currie, et C. Mitton, *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System*, C. D. Howe Institute, Toronto 2001.
- Doublet, M., *Sécurité sociale*, Presses universitaires de France (Coll. Thémis), 5e éd., Mis à jour, Paris, 1972.
- Dranove, D., *The Economic Evolution of American Health Care*, Princeton, 2000.
- Eichner, M., *Incentives, Price Expectations and Medical Expenditures*, New York. Columbia University Business School, 1997.
- Epplé, D., et R. E. Romano, « Public Provision of Private Goods », *Journal of Political Economy*, vol. 104, 1996, pp.57-84.
- Epstein, Richard A., *Mortal Peril*, Addison-Wesley, 1997.
- Esmail, N. et M. Walker, « An International Comparison of Health Care Systems », *Fraser Forum*, août 2002.
- Ferguson, Brian S., *Issues in the Demand for Medical Care: Can Consumers and Doctors Be trusted to Make the Right Choices?*, Aims, BP No. 5, novembre 2002.
- Ferguson, Brian S., *Doctors Have to Make a Living too: The Microeconomics of Physician Practice*, Aims BP No. 6, 2002.

Fogel, Robert, « Forecasting the Demand For Health Care in OECD Nations and China », *Contemporary Economic Policy*, janvier 2003, pp. 1-10.

Forget, Claude, *Comprehensiveness in Public Health Care: An Impediment to Effective Restructuring*, Montréal, IRPP, 2002.

Fraser Institute, *Health Care Waiting List Initiatives in Sweden et The Swedish Health Care System: Recent Reforms, Problems, and Opportunities*, Vancouver, 2003.

Fraser Institute, *Tax Facts et Government Spending Facts 2*, Vancouver, 1999.

Graham, J. R., et B. A. Robson, *Prescription Drug Prices in Canada and the United States—Part 1 and Part 2*, Fraser Institute Occasional Papers 42 and 43, Vancouver, 2000.

Gratzer, David, (éd.), *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*, ECW Press, février 2002.

Henriet, D., et J.-C. Rochet, *Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé*, Complément B, Conseil d'analyse économique du Premier Ministre, La Documentation française, Paris 1999.

Holcombe, Randall, *From Liberty to Democracy: The Transformation of American Government*, Florida State University, 1997.

Holle, Peter, "Quality of Care & Wages Both Increase with Swedish Health Care Privatization", *Fraser Forum*, novembre 2001.

Hutton, John, « PPPS Revive British Health Care System », *National Post*, 29 novembre 2003, p. FP 11.

Institut Montaigne, *L'hôpital réinventé*, Paris, janvier 2004.

Jouvenel, Bertrand de, *Du pouvoir. Histoire naturelle de sa croissance*, Paris, Hachette, 1972.

Lichtengerg, F. R., « The Health and Economic Benefit of New Drugs », *The Fraser Forum*, février 2003, pp. 10-12.

Mackenbach, P. , « Income Inequality and Population Health », *British Medical Journal*, janvier 2002.

Majnoni d'Intignano, B. , « La performance qualitative du système de santé français », *Régulation du système de santé*, Complément A et Annexe A, Conseil d'analyse économique du Premier Ministre, La Documentation française, Paris 1999.

Manning, W. G., J. P. Newhouse, N. Duan et coll. , Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, *American Economic Review*, vol. 77, 1987, pp. 251-277.

Manning, Richard L., "Products Liability and Prescription Drug Prices in Canada and the United States", *Journal of Law & Economics*, avril 1997, pp. 203-244.

McArthur, W. , *The Wall Street Journal*, 28 janvier 2000, p. A19.

McMahon, F. , et M. Zelder, "Making Health Spending Work", in David Gratzer (éd.), *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*, ECW Press, février 2002.

Megginson, William, et Jeffry Netter, « From State to Market : A Survey of Empirical Studies on Privatization », *Journal of Economic Literature*, vol. 39, juin 2001.

Migué, J.-L. et G. Bélanger, « Toward a General Theory of Managerial Discretion », *Public Choice*, vol. 17, printemps 1974, pp. 27-47.

Mormiche, P., « L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991 », *Économie et Statistiques*, no 282, 1995.

Mougeot, Michel, *Régulation du système de santé*, les quatre documents dans Rapport, Conseil d'analyse économique du Premier Ministre, La Documentation française, Paris 1999.

Newhouse, J. P., et The Insurance Experiment Group, *Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment*, Cambridge, Harvard University Press, 1993.

Nisbett, Robert, *The Quest for Community*, Oxford University Press, 1953.

OCDE, *Principaux indicateurs économiques*, Paris, août 2002.

Office of National Statistics, in *Economic Trends*, Londres, juillet 2003.

Ohsfeldt, R. L., « If the « Business Model » of Medicine is Sick, What's the Diagnosis, and What's the Cure? », *The Independent Review*, vol.VIII, automne 2003, pp. 271-283.

Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, Annexe statistique, 21 juin 2001.

Paquet, Gilles, "Et si la révolution tranquille n'avait pas eu lieu... », *Agora*, vol.4, No 2, janvier 1997, pp. 35-36.

Pauly, Mark V., et P. Redisch, « The Not-for-Profit Hospital as a Physicians' Cooperative », *The American Economic Review*, vol. LXIII, mars 1973, pp. 87-99.

Pauly, Mark V., « Should We Be Worried About High Real Medical Spending Growth in the United States? », *Health Affairs Letters Online*, 8 janvier 2003.

Pauly, Mark V., "Should We Be Worried About High Real Medical Spending Growth In The United States?", *Health Affairs Letters Online*, 8 janvier 2003.

Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Paris, 23 janvier 2004, p. 8.

Reuber, Grant L., et Finn Poschmann, *Increasing Patient Incentives to Improve the Financial Stability of the HealthCare System*, C. D. Howe Institute, Toronto, 2002

Romanow, R., Commissaire, *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa 2002.

Rosa, Jean-Jacques, *Politique économique : le rapport Rosa*, Bonnel, 1983

Rupprecht, F. , « Évaluation de l'efficacité du système de soins français », Conseil d'analyse économique du Premier Ministre, La Documentation française, Paris 1999.

Sénat du Canada, *Rapport intérimaire du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie*, vol. trois : *Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays*, Ottawa, janvier 2002.

Solomon, L., Medical Savings Accounts Would Benefit all Canadians, *The Financial Post*, 2002, p. F15.

Tabler, Tanya, « Prescription Price : Does the Payer Matter? », *Fraser Forum*, octobre 2000, pp. 18-19.

Tabuteau, Didier, « Assurance maladie, les standards de la réforme », *Droit Social*, septembre/octobre 2004.

Tocqueville, Alexis de, *De la démocratie en Amérique*, Éditions Gallimard, Paris, 1968.

Vernon, J. A. , "Drug Research and Price Controls", *Regulation*, vol. 25, No 4, hiver 2003.

Zelder, Martin, "The Myth of Underfunded Medicare in Canada, *The Fraser Forum*, août 2000.

Pourquoi une nouvelle étude sur l'assurance maladie ? Parce que tous les précédents rapports qui ont inspiré les innombrables « réformes » de la « Sécu » n'ont provoqué que des échecs, et qu'il est grand temps d'opérer une vraie révolution dans notre manière de considérer le problème de la santé en France. C'est ce que propose l'Institut Turgot, avec cette étude rédigée par l'un des meilleurs spécialistes mondiaux de l'économie de la santé, Jean-Luc Migué, « senior fellow » au Fraser Institute (Canada) et chercheur associé à l'Institut Turgot. Ce dernier montre, à l'aide des outils les plus rigoureux de l'analyse économique, que :

- L'assurance maladie est d'ores et déjà engagée dans un processus de faillite financière pratiquement inéluctable dont les conséquences sociales désastreuses pèseront en priorité sur les plus démunis.
- Cette tendance étant intrinsèquement liée aux principes fondateurs de la « Sécu », la faillite ne pourra pas être évitée aussi longtemps que l'on n'acceptera pas de réexaminer ces derniers sans tabou.
- Ce que l'on appelle les « plans de sauvetage » de la « Sécu » ne font en fait que dissimuler une dégradation permanente de la qualité des soins et une augmentation vertigineuse de la pression financière pesant sur les individus et l'économie nationale.

L'auteur dissèque également avec une grande pédagogie les mensonges qui faussent le débat français sur la « Sécu » : le mythe français du « meilleur système de santé au monde », ou encore les descriptions apocalyptiques du système de santé américain (qui est loin d'être parfait mais dont les faiblesses résident rarement là où on les décrit).

Enfin, fidèle à son rôle de *think tank*, l'Institut Turgot esquisse ici des pistes sérieuses pour une réforme réaliste qui permette de reconstruire un nouveau système de santé à la fois efficace, juste et durable.

Institut Turgot
35, Avenue Mac Mahon – 75 017 Paris
Tél. : +33 (0)1 43 80 85 17 – Fax : +33 (0)1 48 88 97 57
www.turgot.org

Prix 15 euros
Institut Turgot Décembre 2005
ISBN 2-915909-03-02