

Les dépenses de santé doivent augmenter

*Le diagnostic "d'excès de consommation",
qui sert à justifier le rationnement administratif des soins,
n'est pas fondé.*

par Jean-Jacques Rosa

Les dépenses de santé des Français, que tous les gouvernements successifs estiment "excessives" et prétendent encadrer, limiter, rationner par les directives administratives et le contrôle toujours plus poussé des offreurs, doivent augmenter dans les prochaines années, et ce dans les deux acceptions du verbe "devoir", positive comme normative. Il s'agit tout d'abord d'une prévision : il est hautement improbable que la croissance de ces dépenses s'interrompe ou ralentisse de façon significative dans les années qui viennent. Il s'agit aussi d'un jugement sur l'objectif même de l'action des pouvoirs publics. Il n'est pas souhaitable que des politiques de santé restrictives atteignent leur but annoncé et parviennent à stopper l'expansion des dépenses, voire même, si l'on prend au sérieux le diagnostic courant "d'excès de consommation", réussissent à la transformer en une réduction de leur niveau actuel.

C'est que le diagnostic de départ est profondément erroné. Décréter la consommation "excessive" suppose que l'on en connaisse le bon niveau. Or ce n'est pas le cas. Ni le gouvernement, ni ses fonctionnaires ne savent déterminer ce qu'il est bon que les Français consomment, ni en matière de médicaments et de soins, ni en matière d'automobiles, de télévision, de lecture ou de vacances. Personne ne prétend que la consommation de voyages, de cassettes vidéo, ou d'assurance est "excessive" ou croît "trop" rapidement. Seuls les consommateurs sont en mesure de juger de ce qui est bon pour eux, aidés en cela, s'ils en éprouvent le besoin, par des spécialistes qui les aideront de leurs conseils. Les observateurs extérieurs que sont les gouvernants, les experts, les fonctionnaires des administrations, ne peuvent pas connaître le niveau de satisfaction intime que les consommateurs tirent de leurs achats, et en général ils ne prétendent pas le faire, sauf justement dans le domaine de la santé.

En la matière ils font valoir que l'efficacité observable de certaines dépenses n'apparaît pas. Ainsi leur accroissement, ou les différences de niveau entre pays comparables, ne se traduisent pas par une modification significative de la durée de la vie, ni même parfois par un accroissement de nos mesures, encore rudimentaires, de la "qualité de la vie" ou même de la "qualité de la mort". Mais ce constat n'est pas pertinent. Les soins accrus peuvent procurer des satisfactions non directement mesurables ou observables qui, néanmoins, apportent réellement un mieux-être psychologique aux malades. Lorsque nous allons au cinéma ou lorsque nous visitons une exposition artistique les satisfactions que obtenons ne sont guère mesurables : elles ne modifient pas significativement notre équilibre physiologique, notre poids ou notre espérance de vie. De même, l'achat d'un réfrigérateur ne transforme pas la durée de nos repas ou le volume de ce que nous mangeons. Il ne viendrait cependant à personne l'idée saugrenue de dénoncer ces consommations comme "improductives" et par conséquent "excessives".

Ce qui fonde en réalité le jugement sur l'excès allégué de la consommation médicale c'est le souci que donne son financement par la fiscalité. L'alourdissement chronique de la charge des impôts qui pèse sur les Français rend de plus en plus difficile son accroissement, surtout depuis que l'ouverture internationale de l'économie et le libre mouvement des hommes, des capitaux et des entreprises permet à la matière fiscale de s'y soustraire plus commodément. Les dépenses de santé étant en France financées principalement par l'impôt sur le travail que sont les cotisations sociales, et ces dernières constituant le poste principalement responsable de l'alourdissement

d'ensemble de la fiscalité au cours des dernières décennies, il s'ensuit que tout gouvernement qui voudra échapper à la sanction de plus en plus probable d'électeurs-contribuables mécontents doit tenter d'interrompre l'inexorable croissance des prélèvements obligatoires. Et il se soucie également d'échapper à la sanction des compétences qui tendent à émigrer, des entreprises qui choisissent de s'établir sous des cieux fiscalement plus cléments, et des capitaux qui préfèrent financer des économies fiscalement moins punitives. Tout cela étant fort mauvais pour les perspectives d'investissement et de développement à moyen terme.

C'est cette préoccupation à dominante fiscale et budgétaire qui fait que les offreurs de soins ont raison lorsqu'ils dénoncent la logique exclusivement comptable et administrative des gouvernements qui veulent ralentir le développement des dépenses médicales. Les consommateurs de leur côté, couverts par une assurance maladie très complète qui leur garantit le remboursement, ou le paiement direct, de la majeure partie leurs dépenses, ne voient aucune raison de limiter leurs demandes. Et les médecins et autres prestataires de soins se demandent pourquoi ils n'offriraient pas tous les services que réclament à la fois leurs clients, qui sont toujours solvables du fait de l'assurance dont ils disposent, et qu'exige le respect de leur éthique professionnelle.

De sorte que les autorités publiques qui se heurtent à la fois à la résistance des malades et des médecins cherchent à justifier, par l'existence alléguée des "dysfonctionnements" qui seraient spécifiques à notre système de santé, un rationnement détaillé de l'offre, méthode habituelle de toute administration, aboutissant à ne pas satisfaire les demandes des consommateurs et à réduire progressivement la liberté des offreurs.

Pourtant, lorsque l'on compare notre consommation à celle des autres pays développés on constate qu'elle se situe dans la tendance d'ensemble, qui est fonction du revenu par tête : plus nos pays s'enrichissent plus ils dépensent en matière de santé comme le montre le graphique joint construit par les économistes de l'OCDE. Et la part des dépenses médicales dans le revenu national augmente également avec le niveau de vie. Cette évolution n'est d'ailleurs pas particulière à la santé : la part de l'ensemble des services dans le revenu national augmente aussi avec le niveau de vie.

Il n'y a donc pas d'exception française en matière de santé. La conclusion est d'autant plus intéressante que les divers pays de l'OCDE ont adopté des systèmes de santé assez différents, dans lesquels par exemple la part respective de l'Etat et celle des assureurs et des prestataires de soins privés est très dissemblable. Cela signifie qu'en première analyse ce n'est pas l'organisation du système de santé qui détermine le niveau de la consommation mais bien le seul niveau du revenu par tête.

C'est ce qui fonde notre affirmation liminaire : les dépenses de santé vont continuer d'augmenter dans notre pays, dans les prochaines années, non seulement en niveau absolu mais certainement aussi en proportion du revenu national si la croissance se poursuit.

On peut cependant affiner l'analyse. Les études statistiques des économistes de l'OCDE ont montré, il y a quelques années déjà, que la part de l'Etat dans le secteur de la santé (en assurance comme en prestations) exerçait une influence négative sur le niveau des dépenses. Plus le secteur est étatisé, moins le pays consomme de soins. L'observation est aisément illustrée par les cas extrêmes des Etats-Unis, le pays qui dépense le plus en proportion de son revenu par tête et où la part du secteur privé est la plus élevée, et de la Grande-Bretagne, pays qui dépense moins que la plupart des autres nations développées et où le secteur de la santé est presque entièrement étatisé (le célèbre NHS britannique justement réputé pour le rationnement qu'il impose aux consommateurs et qui détermine un cas typique de système de soins "à deux vitesses" dans lequel tous les consommateurs qui en ont les moyens tendent à fuir vers le secteur privé).

Il faut rappeler, enfin, que la structure par âge de la population joue aussi un rôle important. Le stock de santé se dégrade avec l'âge. De sorte que les dernières années de l'existence sont celles où les maladies se multiplient et où la demande de soins se fait la plus forte. Le niveau élevé de dépense qui caractérise la fin de la vie est parfaitement rationnel du point de vue du consommateur. La survie et la santé conditionnant évidemment toutes les autres consommations il ne sert à rien d'économiser sur ses ressources si l'on doit disparaître dans les six mois. Il est donc raisonnable d'investir une part importante et croissante de ses ressources au fur et à mesure que le capital santé se réduit, et à la limite, de dépenser toutes ses ressources pour assurer la simple survie pendant quelques mois (sauf autres motifs d'épargne tels que la transmission d'un héritage et la précaution en prévision d'une dégradation ultérieure). Le vieillissement en cours des populations des pays développés doit donc conduire, rationnellement et utilement du point de vue des personnes concernées, à une augmentation significative des dépenses de soins même si elles ne prolongent que peu ou pas l'espérance de vie.

La conclusion qui se dégage de ces analyses est qu'il est de première importance, du point de vue du bien-être des populations concernées, de déconnecter les soucis fiscaux des Etats et le fonctionnement du secteur de la santé. Il n'est pas normal ni souhaitable, lorsqu'on peut faire autrement, de subordonner la prestation de soins au seul souci de l'équilibre financier de gouvernements qui, par ailleurs, ne font pas un usage exemplaire de l'argent des contribuables. La solution consiste à laisser les consommateurs décider pour eux-mêmes. Personne ne pourra plus alors se plaindre de ce que les dépenses de soins soient "excessives" ou "insuffisantes" par plus que quiconque ne déplore que les achats de réfrigérateurs, d'automobiles ou de voyages ne soient trop faibles ou trop importants.

Pour obtenir cette gestion directe par le consommateur de soins il faut introduire une part de libre choix de l'assurance maladie, au delà d'une couverture universelle obligatoire pour les gros risques qui existe aujourd'hui et doit évidemment être maintenue. Il faut surtout conserver à la sécurité sociale son rôle de redistributeur des revenus, prélevant un impôt sur les contribuables les plus riches pour subventionner l'achat d'assurance maladie des consommateurs les plus pauvres, comme elle le fait aujourd'hui. La différence cruciale par rapport au système étatisé actuel viendrait de ce que désormais l'achat d'assurance maladie serait le fait de chaque consommateur et ne serait plus financé par l'impôt, libérant l'Etat de ce souci permanent (1). Les consommateurs pourraient choisir de se couvrir par plus ou moins d'assurance et de consommer plus ou moins de soins, dans la mesure de cette couverture.

Il est probable que dans un tel système, offrant à la fois la liberté de choix du système américain et la couverture universelle et les transferts sociaux du système français actuel, la dépense de santé augmenterait au lieu de baisser, tant en niveau absolu qu'en proportion du revenu national. Pour la plus grande satisfaction à la fois de l'Etat qui se serait dégagé d'un lancinant souci fiscal, des consommateurs qui choisiraient individuellement le niveau de consommation qui leur convient et se soigneraient davantage, et des médecins qui se libèreraient d'une tutelle administrative de plus en plus étouffante tout en pouvant mieux respecter dans leur pratique quotidienne le serment d'Hippocrate. Peut-on demander mieux ?

JJR

(1) J'ai développé le détail de cette proposition de réforme dans le dernier chapitre de *L'erreur européenne*, Grasset, 1998.