

Extrait du Revue du Mauss permanente

<http://www.journaldumauss.net>

Bruno Palier

La réforme des systèmes de santé

- Lectures - Recensions -



Date de mise en ligne : vendredi 14 mars 2008

Revue du Mauss permanente

PUF, coll. Que sais-je ?, 2004, 3ème édition mise à jour : janvier 2008

A l'heure où s'annonce une énième réforme du système de santé, voici la troisième édition d'un ouvrage souvent cité, par ceux en tout cas qui souhaitent socialiser les dépenses de façon à garantir l'égalité de tous en matière d'accès aux soins.

Le novice en saluera les vertus pédagogiques, l'amateur de sciences sociales l'examen précis des acteurs et des logiques, et le citoyen l'exposé clair des orientations possibles.

Un système de santé répond à deux questions : comment permettre aux individus d'obtenir un revenu de remplacement en cas de maladie et de pouvoir couvrir les frais engagés par les soins ? Comment organiser l'offre de soins ?

Avant hier, dans le courant du XIX^e siècle jusqu'au début du XX^e siècle, les Etats occidentaux ont organisé une gestion locale des soins hospitaliers, et confié à l'hôpital une double mission d'accueil de tous et de développement du savoir médical. Dans le même temps, les médecins, légitimés par les progrès de la médecine et bien décidés à défendre leurs positions, ont défini les règles d'accès aux professions médicales et obtenu la création d'instances d'auto-contrôle. Dans le même temps encore, les lois d'assistance se sont généralisées. Au sein des entreprises puis sous l'égide de l'Etat, des mécanismes de prévoyance collectifs ou privés se sont développés. La socialisation du financement a constitué une aubaine pour les médecins, puisqu'elle a rendu les malades solvables. Elle a également constitué une menace, puisque des tiers, les caisses, les mutuelles ou l'Etat, se sont immiscés entre le médecin et le malade. Globalement, de façon plus ou moins efficace selon les Etats, les médecins se sont efforcés de défendre un exercice autonome de la médecine et de promouvoir des relations contractuelles avec les systèmes de santé. En France, ils se sont d'abord alliés avec les tenants libéraux de la prévoyance facultative, et se sont unis en 1927 autour d'une Charte de la médecine libérale : libre choix du médecin par le patient, respect absolu du secret professionnel, droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct des honoraires par le patient et fixation libre des honoraires par le médecin, liberté thérapeutique et de prescription, refus du contrôle des médecins par les caisses et représentation des syndicats de médecins dans les caisses. Autant de principes dont le mode de fonctionnement du système de santé porte aujourd'hui la trace, hors de l'hôpital : distinction entre un secteur conventionné et un secteur à honoraires libres, liberté d'installation, refus du tiers payant, ou encore paiement à l'acte qui permet au médecin de décider de son revenu.

Hier, après 1945, les pays européens se sont donné pour objectif de garantir l'accès de tous à la santé et de pallier la sélection des risques propres aux assurances privées : ne pas faire dépendre la contribution de l'état de santé de l'individu, mais de ses revenus, et ne pas faire dépendre les soins du montant de la contribution, mais de l'état de santé. A partir d'une approche keynésienne tablant sur l'efficacité économique des politiques sociales, ils vont répondre à ces deux objectifs de deux façons distinctes. Les uns vont étendre à tous les assurances maladies financées par la cotisation sociale (Allemagne, Autriche, France&), et assurer le développement d'une offre de soins en partie publique et en partie privée, garantissant en particulier la liberté de choix du médecin par le patient et le statut de la médecine libérale. Les autres vont mettre en place un système national de santé, assurant un accès quasiment gratuit aux soins, financé par l'impôt et reposant sur la limitation de la liberté de choix du médecin et du patient (Grande-Bretagne, pays nordiques&).

Aux Etats-Unis (ainsi qu'en Europe centrale et orientale et en Amérique latine), un système libéral de santé va se mettre en place, où l'offre de soins est principalement privée. Le système de protection maladie est résiduel : il soutient les personnes nécessitant des soins de grande urgence, les plus pauvres, les personnes âgées et les invalides. Les autres catégories de la population souscrivent à des assurances privées, le plus souvent à but non lucratif et financées par l'employeur. Ceux qui ne peuvent ni souscrire aux assurances privées ni être soutenus par le

système de protection maladie ne sont pas couverts (soit 15% de la population américaine).

Aujourd'hui, les systèmes de santé évaluent leur efficacité respective, car ils présentent chacun un lot d'avantages et d'inconvénients spécifiques.

« Les systèmes nationaux de santé garantissent généralement une grande égalité d'accès aux soins et des niveaux de dépenses de santé relativement bas, mais peuvent fournir une qualité de soins discutable et sont surtout caractérisés par des files d'attente très longues avant de pouvoir accéder aux soins spécialisés. » L'ensemble de la population est accueillie, sans condition, la plus grosse partie des dépenses est couverte, mais la circulation des patients n'est pas libre, et les budgets sont élaborés *a priori* : la demande doit s'adapter à l'offre, plutôt que l'inverse. Lorsque la demande n'est pas suffisamment satisfaite, l'effort porte sur l'amélioration de l'offre, par le biais de l'impôt.

« Les systèmes d'assurance maladie permettent de garantir le choix du patient, le confort et souvent la qualité des soins, mais c'est le plus fréquemment au prix de dépenses élevées de santé, et parfois d'inégalité d'accès aux soins. » La libre circulation du patient nuit à son suivi médical, et génère la concurrence des médecins, qui génère une prescription importante, tandis que le paiement à l'acte incite à la multiplication des consultations. Contrairement aux systèmes nationaux de santé, l'offre doit ici s'adapter à la demande (tout dépend de l'activité et des prescriptions des médecins), et les soins sont financés *a posteriori*. En France, la nécessité d'avancer les honoraires et le montant des dépassements d'honoraires créent des inégalités d'accès aux soins, d'autant plus que des personnes sont trop fortunées (si l'on peut dire) pour avoir droit à la CMU complémentaire mais insuffisamment pour souscrire à une assurance privée (8% des Français). L'augmentation des dépenses incite à laisser une part croissante du coût des soins à la charge du patient (le ticket modérateur), partiellement pris en charge par les mutuelles (qui couvrent 12% des dépenses totales de santé). Originellement assis sur les cotisations sociales, les systèmes d'assurance maladie tendent également à se tourner vers l'impôt (la CSG), parce qu'ils ne couvrent plus seulement ceux qui cotisent, et parce que du fait des progrès techniques médicaux, ils servent bien moins à fournir un revenu de remplacement aux salariés malades qu'à financer les soins et les revenus des professionnels de santé (70%, aujourd'hui, des dépenses de santé en France).

« Le système américain est très performant technologiquement et permet aux plus aisés d'avoir accès aux meilleurs soins, mais il est aussi caractérisé par de très fortes inégalités (dans l'accès aux soins comme dans l'état de santé de la population), et un niveau global de dépenses de santé très élevé. » [1] Historiquement, le développement important des assurances privées et leur alliance avec un corps médical soucieux d'échapper à la régulation de l'Etat ont empêché toute universalisation de la protection sociale et privilégié une régulation de l'offre et de la demande par le marché. Toutefois, le marché ne s'est guère autorégulé, puisque l'offre de soins a induit une très forte demande : le médecin peut aisément induire la demande de soins du patient, et ce d'autant plus facilement que « plus une société est riche, plus elle attache de l'importance à la santé et plus elle y consacre des moyens » [2]. Face à l'augmentation des dépenses de santé, les assureurs ont alors décidé de contrôler les coûts et les pratiques des médecins et de sélectionner davantage les risques qu'ils couvrent au détriment des plus démunis et des malades. Au final, à suivre l'auteur, le modèle libéral présente la caractéristique singulière de soumettre aujourd'hui les médecins à un contrôle beaucoup plus draconien que dans les autres systèmes, sans réussir à assurer l'égalité de soins.

Que faut-il donc faire maintenant ?

Les systèmes nationaux de santé réalisent l'égalité, un contrôle efficace des dépenses, mais se caractérisent volontiers par des phénomènes de files d'attente. Ils risquent de souffrir d'un déficit de légitimité croissant, dans la mesure où la volonté contemporaine de pouvoir choisir son médecin s'oppose au contrôle du parcours de soins sur lequel ils reposent.

Les systèmes d'assurance maladie laissent filer les dépenses, ne réalisent pas parfaitement l'égalité d'accès aux soins, mais assurent le développement d'une offre de soins conséquente, sans être toutefois plus efficaces, en termes de résultats sanitaires, que certains systèmes nationaux de santé. Alors que l'augmentation continue des dépenses y résulte de la liberté du patient et du médecin, les gouvernements (en France tout particulièrement) échouent à la restreindre réellement, se montrent volontiers généreux avec les médecins libéraux [3] et volontiers pingres avec les patients. Sans résoudre le problème, ils financent le dispositif par un recours croissant à l'impôt (non progressif, comme la CSG [4]) et aux cotisations (dont les augmentations pèsent davantage sur les salariés que sur les employeurs) et par une baisse continue de la prise en charge collective des soins (qui se voile du discours de la responsabilisation du patient [5]).

Alors que le système américain se caractérise par une inégalité criante de l'accès aux soins (et finalement par les dépenses les plus élevées du monde [6] et une faible viabilité financière), il sert aujourd'hui de modèle aux autres systèmes. Les systèmes nationaux de santé paraissent trop bureaucratiques : il faut donc instaurer de la concurrence entre acteurs. Les systèmes d'assurance maladie coûtent trop cher : tablons donc sur le secteur concurrentiel privé pour assurer la prise en charge des soins et la régulation de l'offre et de la demande. Comme le souhaitent les politiques d'inspiration monétariste et néoclassique du FMI, de la Banque mondiale, de l'OCDE, de l'Europe et les orientations politiques qui se profilent en France, il faut chasser la dépense publique et développer l'assurance privée.

Mais l'assurance privée assure des risques : la solidarité du bien portant et du malade n'est pas son problème. Il faut remercier l'auteur de nous le rappeler.

[1] p. 28 pour les citations qui précèdent.

[2] p. 59.

[3] Sans toutefois régler la question des fortes inégalités de rémunération entre les professions médicales, p. 41.

[4] Ou la TVA sociale&

[5] Et du retraité, et du chômeur&

[6] 15,3% du PIB en 2005, p. 30.