

INSTITUT EURO 92

COMMENT ECHAPPER AU SOCIALISME DE LA SANTE ?

par Georges LANE

Université Paris IX-Dauphine

La socialisation du système de santé entraîne une logique de rationnement autoritaire des services. La concurrence limitée de la formule américaine des HMO débouche sur un processus de dégradation cumulative de la qualité des prestations. Seule la privatisation accompagnée de la création d'une « épargne santé » défiscalisée peut sortir l'économie de la santé de l'impasse dans laquelle elle s'est enfermée.

(Décembre 1998)

"Vous publiez deux très bonnes lettres de médecins libéraux,
 mais la loi qu'on veut vous octroyer n'est qu'un commencement,
 attendez, et bientôt vous jouirez vous aussi des douceurs
 que nous procure en Italie la protection médicale ... et vétérinaire [...]
 Ces faits peuvent paraître singuliers,
 mais au fond ils sont la conséquence naturelle du système protecteur
 qui envahit toute la vie du pays."
 Vilfredo Pareto, 1892¹

Introduction.

J'irai droit au but : comment échapper au socialisme de la santé ? D'abord en *ayant conscience* de ce qu'il est.

Cela n'est pas toujours facile, étant donné tous les moyens que ses sicaires emploient pour le dissimuler, pour le cacher, pour le transformer, pour le métamorphoser, bien plus, pour condamner ceux qui débusquent son vrai visage, ceux qui distinguent les multiples maquillages - le cas échéant, attrayants au premier abord -, qu'il se donne, bref tous ceux qui n'en sont pas dupes.

Le socialisme de la santé est, en effet, d'abord une *idée* et cette idée tend à détruire la conscience de chacun.

Il ne s'agit pas de chercher à échapper au socialisme de la santé sans avoir délimité l'idée, sans savoir ce qu'elle est, ce serait vain.

C'est la raison pour laquelle je ferai le point sur ce qu'elle est en France, puis j'évoquerai des façons d'y échapper par la pensée.

Mais le socialisme de la santé est aussi une *réalité* que nous vivons.

Il n'est pas un mirage contrairement aux objectifs que ses thuriféraires affichent poursuivre.

Il est une réalité limitée que certains tendent aujourd'hui à vouloir rendre illimitée avec la dernière machine infernale sortie de leur imagination : l'"assurance maladie universelle".

C'est la raison pour laquelle, dans un troisième temps, je montrerai les moyens d'en sortir concrètement.

¹Pareto, V. (1892), "Le protectionnisme médical en Italie" dans G. Busino (ed.), *Oeuvres complètes de Vilfredo Pareto*, tome 4 : *Libre-échange, protectionnisme et socialisme*, Librairie Droz, Genève, 1965, p. 124.

I.

La socialisation de la santé

I.1. Deux faits.*I.1.A. Jusqu'au XX^e siècle, le marché des soins et biens médicaux .*

a) Jusqu'au XX^e siècle, les Français ont reçu des soins médicaux quand ils tombaient malades... et achetaient des produits pour recouvrer la santé (ce que le SESI dénomme aujourd'hui "biens médicaux").

Certes, il y avait des exceptions.

b) Les soins leur étaient prodigués par les médecins qu'ils choisissaient... Les produits étaient achetés chez les pharmaciens de leur choix qui les préparaient ou provenaient de laboratoires pharmaceutiques.

Certes, là encore il y avait des exceptions....

c) Bref, jusqu'au XX^e siècle, il y a eu des soins échangés entre malades et médecins, des produits échangés entre patients et pharmaciens, voire entre pharmaciens et laboratoires.

L'échange entre le malade et le médecin se faisait à un prix dénommé "honoraires", les produits pharmaceutiques avaient un prix d'échange comme toute chose échangeable.

Personne n'y trouvait à redire sauf exceptions... il n'y avait pas véritablement de problèmes.

Même les écrivains, précurseurs ou contemporains amis des idées de Zola, ne les ont pas monté en épingle et dénoncé les médecins qui auraient demandé des honoraires impayables ou des pharmaciens insensibles.. aux malheureux ou aux pauvres.

Au contraire, par le passé, certains, comme Molière, avait stigmatisé l'excès inverse: celui du malade imaginaire.

D'ailleurs, des auteurs du XIX^e siècle (par exemple Molinari) remarqueront que plus les besoins de l'homme sont urgents, nécessaires, plus considérables sont les sacrifices qu'il consent à s'imposer pour les satisfaire.

En d'autres termes, jusqu'au XX^e siècle, il y eu un marché des soins et, plus généralement, un marché des soins et des produits de recouvrement de la santé des personnes (dénommés aujourd'hui par le SESI "biens médicaux").

Et ces soins ou biens médicaux avaient chacun un prix en monnaie auxquels ils étaient échangés.

Il n'y avait pas des problèmes généraux, mais des cas... ce qui était considéré par certains comme un inconvénient du marché des soins et biens médicaux.

I.1.B. A partir du XIX^e siècle, le marché de l'assurance maladie.

a) A partir du XIX^e siècle, les Français ont connu un grand progrès économique et social avec l'émergence de l'assurance mutuelle.

Très schématiquement, et appliquée à ce qu'il est convenu de dénommer le "risque maladie", l'assurance mutuelle leur permettait de ne pas supporter, dans une certaine proportion, la charge des dépenses en soins ou en autres produits de recouvrement de la santé.

b) Il suffisait à chacun d'avoir choisi de payer une prime d'assurance à un assureur (fonds de secours mutuel ou autre).

Intérêt ou plutôt efficacité de l'assurance mutuelle pour l'assuré : le montant de la prime qu'il devait payer était faible, d'une part, comparé à ses dépenses quotidiennes et, d'autre part, comparé à la

charge des dépenses à engager pour recouvrer la santé. L'assurance satisfaisait le "désir de fixité" de chacun comme l'explique si bien, en 1850, Frédéric Bastiat.

c) Ainsi s'est développé en France un marché de l'assurance en matière de risque maladie, où des contrats entre assurés et assureurs étaient échangés à un prix en monnaie.

Certes, des personnes, les malheureux ou les pauvres, ne pouvaient pas souscrire un tel contrat, ne pouvaient s'assurer. Il y avait donc, là encore, des exceptions..., des cas, ce qui était un inconvénient du marché de l'assurance maladie.

Par ailleurs, des assureurs s'avéraient être de purs filous, de purs aigrefins, tous les contrats qu'ils avaient vendus n'étaient pas respectés en cas de sinistre, ce qui était un autre type de cas, d'exceptions du marché de l'assurance maladie.

1.2. Interprétation biaisée des faits et intervention en conséquence du législateur au XX^e siècle.

A l'orée du XX^e siècle, il y avait donc en France,

- d'un côté, un marché des soins et biens médicaux déjà connu, déjà ancien et,
- de l'autre, un marché de l'assurance maladie en plein développement.

Et l'ensemble qu'ils formaient ne retenaient pas l'attention outre mesure.

1.2.A. A l'orée du XX^e siècle, l'accent mis sur de prétendus inconvénients du marché de l'assurance

Néanmoins, les exceptions, les cas auxquels pouvaient donner lieu le seul marché de l'assurance maladie étaient parfois stigmatisés par la fausse bonne conscience de certains, ceux de la "secte socialiste" comme les dénomment Bastiat en 1850 ou Pareto en 1900.

Nos bons socialistes jugeaient inacceptables les cas, les exceptions, ils les considéraient comme de graves inconvénients, comme des échecs du marché, comme des injustices sociales, comme des abus de pouvoir du capitalisme, comme des inhumanités du droit..

1.2.B. Les premiers remèdes : la réglementation du marché de l'assurance maladie.

Et il s'avère qu'ils ont convaincu le législateur qu'il pouvait, qu'il devait mettre de l'ordre, et "faire du social" en matière d'assurance maladie².

C'est ainsi que, pendant la première partie de ce XX^e siècle, notre législateur s'est préoccupé :

- de réglementer le contrat d'assurance en général,
- de réglementer l'activité des assureurs, ainsi que leur gestion (fin décennie 1930) et, comme pour équilibrer la balance,
- d'imposer des obligations particulières à certains assurables (dans la cadre des assurances dites "sociales" à partir de 1930).

Mais est survenue la guerre à partir de 1939. Puis la Libération en 1945.

1.2.C. De nouveaux remèdes à partir de 1945 : la socialisation de la santé.

A cette date, et étant donné son projet d'ordre social, de "nouvel ordre social" en France³, la "réputée" majorité politique de l'époque et le législateur décident de coupler le marché de l'assurance

²De fait, le législateur s'est préoccupé du marché des assurances sociales dont l'assurance maladie est une des deux branches, l'autre étant l'assurance vieillesse

³Aux États-Unis, une assurance santé facultative de l'employé en franchise d'impôt et à l'initiative de l'employeur est voté en 1942. En 1948, en Angleterre, le gouvernement instaure le National Health Service (NHS).

maladie et le marché des soins et biens médicaux : et c'est le début de l'application du remède institutionnel qu'est l'organisation de la sécurité sociale que nous connaissons aujourd'hui..

a) L'anéantissement du marché de l'assurance maladie dans un monopole para étatique obligatoire dénommé sécurité sociale.

D'un côté, le législateur français décide d'étatiser le marché de l'assurance maladie (et des accidents du travail) d'une façon qu'il présente comme nouvelle : c'est la création du monopole de la sécurité sociale géré par les syndicats dits représentatifs et le patronat sous tutelle de l'État. Le marché de l'assurance maladie va être réduit à néant.

De l'autre, il veut obliger les Français à être affiliés, à être immatriculés (fichage et numéro de sécurité sociale) et à cotiser à la nouvelle organisation qu'il veut universelle - comme l'est le suffrage du même nom -.

Devant les oppositions immédiates que ses prétentions suscitent, il va reculer un temps leur application générale, celle-ci ne sera étendue que progressivement.

C'est ainsi que, par exemple, les travailleurs du secteur d'activité agricole sont laissés tranquilles.

Très schématiquement, l'application tombe :

- d'abord, dès le début, en 1945, sur les travailleurs salariés - et leur famille, voire personnes à charge - du secteur d'activité économique non agricole dénommé "industrie et commerce" (avec des exceptions...);
- ensuite, dans la décennie 1960, sur les exploitants d'entreprises agricoles (conjoint et enfants)
- puis sur les travailleurs indépendants (les professions dites indépendantes comme artisans, commerçants et professions libérales) ;
- puis enfin, sur tous les autres, voire sur d'autres encore (auxquels personne n'aurait penser en 1945) avec le projet actuel de l'"assurance maladie universelle".

b) La réglementation progressive du marché des soins et des biens médicaux.

Quid du marché des soins médicaux et biens médicaux, me demanderez-vous ?

Simplement deux exemples pour illustrer la réponse.

* Exemple du marché des soins médicaux.

S'agissant du marché des soins médicaux, par exemple, l'ordonnance du 19 octobre 1945 est très claire.

Selon Doublet, directeur général de la sécurité sociale et conseiller d'État (1972)⁴, elle dispose que:

"le malade a le libre choix absolu du praticien et les honoraires sont fixés par entente directe avec le patient" (Doublet, 1972, p.51)

En d'autres termes, elle reconnaît le "colloque singulier" entre le médecin et son client, elle le conforte ainsi que, implicitement, le "secret médical".

* Exemple du marché des produits pharmaceutiques

S'agissant du marché des produits pharmaceutiques, je retiendrai seulement que leurs prix sont fixés par l'État.

c) Le couplage réglementaire de la sécurité sociale et du marché des soins et biens médicaux.

Toujours selon Doublet, l'ordonnance de 1945 dispose aussi, par exemple, que :

- les caisses régionales de la sécurité sociale rembourseront, en règle générale, 80 % du montant des honoraires ;
- les caisses régionales signeront avec les syndicats de praticiens les plus représentatifs des conventions obligeant tous les praticiens du département conventionné, syndiqué ou non ;
- à défaut de convention, les organismes de S.S. et l'administration de tutelle se réservent de fixer des tarifs d'autorité." (*ibid.*).

En d'autres termes, il devra y avoir un accord passé entre les hommes de l'État ou ceux de la S.S. d'un côté, et de l'autre, les hommes des syndicats de praticiens sur un couplage réglementaire entre la sécurité sociale et le marché des soins et biens médicaux. Nous, vous et moi, les patients, les malades potentiels sont exclus de la conclusion de cet accord... Selon moi, cet accord et ce qu'il

⁴Doublet, J. (1972), *Sécurité sociale*, Presses universitaires de France (Coll. Thémis), 5è ed. mise à jour, Paris, 816p.

suppose implicitement sont le point de départ officiel du *socialisme de la santé* que nous connaissons aujourd'hui.

I.3. Conséquences de l'application de tous les remèdes, du début de la décennie 1950 à Mme. Aubry.

Quelles sont les conséquences observables de ces choix du législateur ? Quelles sont les conséquences de l'application de ces remèdes du socialisme de la santé, du début de la décennie 1950 à Mme. Aubry ?

I.3.A. Primo, un "échec total" au début de la décennie 1950.

Doublet constate qu'au début de la décennie 1950, l'ensemble des dispositions aboutit à un échec total. Et cela est en opposition avec tout ce qu'on veut faire croire aujourd'hui. Quelques conventions départementales sont signées : Dupeyroux (1986, p.384) avance le chiffre de 57 sur 91 en 1950.

Il y a donc application des autres alinéas de la loi et fixation autoritaire des tarifs à des niveaux inférieurs aux honoraires pratiqués.

Mais il y a réaction des praticiens : ceux-ci refusent de respecter les tarifs.

Nouvelle application des autres alinéas de la loi : ils sont traînés devant les juridictions disciplinaires des ordres professionnels qui avaient été mises en place à partir de 1945. N'oublions jamais à ce propos que l'organisation de la sécurité sociale est aussi un droit extraordinaire avec ses juridictions d'exception.

Mais, aux dires des commentateurs, les juridictions se montrent indulgentes envers les praticiens ! Dont acte.

I.3.B. Secundo, l'apparition d'un premier phénomène : la prétendue dérive des dépenses maladie remboursées.

Deuxième grande conséquence de l'application des remèdes institutionnels de 1945 : dès le début de la décennie 1950, se développe, selon certains observateurs, un phénomène.

Ce phénomène va devenir, par la suite, le problème par excellence aux yeux des hommes de l'État : je veux parler de l'"évolution des dépenses maladie", remboursées ou non, par la S.S., de l'évolution des dépenses comptabilisées par celle-ci selon des règles que personne ne connaît (qui n'ont de comptables que le nom..., même Arthuis voulait les faire préciser en 1995-97), et qui donneront lieu à la création de la Commission des comptes de la S.S. seulement en 1979 (34 ans plus tard), avec le Gouvernement de Barre et de son ministre Veil). Et on sait ce que valent encore aujourd'hui les chiffres des comptes. J'y reviendrai.

Qu'écrit Doublet, en effet, à propos de l'évolution des dépenses maladie remboursées au début de la décennie 1950 ?

A compter de 1950, se manifeste un déficit très sensible en matière d'assurance maladie qui va compromettre l'équilibre de l'ensemble des régimes (36 milliards de francs en 1950, 43 en 1951) (cf. Doublet, *op.cit.*, p.610).

En d'autres termes, les cotisations obligatoires ne couvrent pas les remboursements et autres prestations fournies par la S.S. maladie (laquelle n'est pas distinguée en fait à cette époque, j'insiste, des autres branches du régime général de la SS).

Échapper au socialisme de la santé par la pensée, c'est dénoncer le principe selon lequel il y aurait

un phénomène de dérive des dépenses maladie, son *idée* ... Je vais y venir dans un instant.

1.3.C. Tertio, l'apparition d'un second phénomène : la réaction des hommes de l'État au phénomène de dérive.

Troisième et dernière conséquence de l'application des remèdes institutionnels de 1945 que je retiendrai : il y a une réaction des hommes de l'État dans la décennie 1950 au phénomène qu'il privilégie. Face à lui, ils affirment vouloir assainir la situation. .

Et cette réaction va être la première d'une longue série dont nous ne sommes jamais sortis. C'est cette série qui, selon moi, constitue la *réalité* du socialisme de la santé. C'est cette série dont il faut arriver à sortir. Je donnerai les moyens dans un instant.

Auparavant, un mot sur la série des réactions des hommes de l'État depuis le début.

a) Contrôle et unions de recouvrement.

Première réaction, nos hommes de l'État choisissent, par exemple, d'imposer davantage de contrôles, mais aussi de créer des unions de recouvrement des cotisations efficaces (les trop fameuses URSSAF).

Il reste qu'à la lumière de l'évolution des dépenses maladie, en 1957, M. Gazier, ministre des affaires sociales de l'époque, prépare un projet de réforme de l'assurance maladie.

Protestations violentes des praticiens, nouvel échec.

b) Réformes de 1960 et 1967-68.

Deuxième réaction, nos hommes de l'État adoptent des dispositions transitoires en mai 1960! Je soulignerai en passant qu'alors qu'on a changé de République depuis déjà deux années, qu'alors qu'on a changé de Constitution, on n'a pas changé les textes de la SS : "droit dans ses bottes" comme d'aucun dira quelques années plus tard, on ajuste seulement ceux-ci.

Quelques dispositions sont-elles prises dans ce sens ? Je citerai :

- la convention devra respecter toutes les clauses d'une convention type ;
- les tarifs conventionnels devront respecter des plafonds fixés par arrêté ministériel ;
- en l'absence de convention applicable, les praticiens de la circonscription de la caisse primaire de S.S. sont invités à adhérer individuellement à la convention type (Dupeyroux, *op.cit.*, p.385) ; et, grande nouveauté !
- un régime d'assurance maladie et vieillesse propre aux praticiens (et auxiliaires médicaux) conventionnés est institué (*ibid.*, p.386) ; il est financé en grande partie par les caisses d'assurance maladie !

En dépit de ce marché "hors marché" - de ce marché politique - passé entre hommes de l'État et hommes de la S.S. d'un côté et, de l'autre, des syndicats de praticiens, le grand exclu étant toujours vous et moi, ce "cochon de patient" forcé de cotiser aveuglément et arbitrairement, rien ne s'arrange pour les dépenses maladie. Elles augmentent toujours.

Rien ne s'arrange pas même après la grande réforme des institutions de la S.S. en 1967-68 qui, en particulier, subdivise le *régime général des travailleurs salariés* en plusieurs branches autonomes (la branche d'assurance maladie est désormais isolée des autres branches, branche vieillesse, etc.).

La réforme ne met pas fin non plus aux tripatouillages "comptables" auxquels le régime général pouvait donner lieu : au contraire, je n'en veux pour preuve que les dépenses de maternité passe de la branche "famille" à la branche "maladie"!).

Et l'évolution des dépenses d'assurance maladie est toujours orientée à la hausse.

c) "Convention médicale nationale" de 1971.

Coup de théâtre ou de génie ou de tout ce que vous voulez, dans la foulée de cette réforme de 67-68, une proposition de réforme imputée à M. Monier, président du CSMF (un syndicat des médecins), fait florès : il faut une convention nationale plutôt que les conventions départementales "nom de Dieu"...

Mais une condition préalable doit être satisfaite selon lui : que le gouvernement s'engage solennellement à garantir l'avenir de l'exercice libéral de la médecine.

C'est chose faite en Conseil des ministres, le 19 mai 1971. Cela revient à une nouvelle déclaration de l'ordonnance de 1945.

Et la Convention nationale entrera en vigueur le 1er novembre 1971 pour s'appliquer jusqu'au 31 mai 1975. Pourquoi cette date ? Pour qu'il y ait concordance de principe avec la durée du Plan !

Le temps de parole me pressant, je passerai sur le détail de cette convention, qui n'a de convention que la dénomination et qui ne vise qu'à régler toujours plus, d'un côté, le marché des soins et biens médicaux et, de l'autre, le couple infernal formé par le marché des soins et biens médicaux et la SS maladie, au bénéfice de cette dernière bien entendu.

d) Les conventions se suivent et s'entêtent dans la direction antérieurement choisie, en toute vanité coûteuse.

Je passe d'autant plus volontiers sur cette convention qu'elle est la première d'une longue série et que, malgré elle et celles qui suivront, les dépenses d'assurance maladie ont continué à augmenter dans des proportions importantes au grand dam des signataires. La deuxième est à compter du 3 février 1976 et jusqu'à avril 1980.⁵

Nous en étions à la 7ème en début 1998 (elle avait été conclue en 1997), mais le Conseil d'État l'a annulée en juin 1998. Peu importent les raisons de l'annulation.

Une nouvelle doit être conclue d'ici le 12 novembre 1998, sinon plus de remboursement de la S.S. maladie !

e) Les derniers bricolages technocratiques.

Je préfère dire un mot sur les dernières bricolages technocratiques destinés, si l'on en croit leurs auteurs, à freiner l'évolution excessive des dépenses maladie. Selon moi, ils parachèvent la socialisation de la santé en France.

Il y a :

- d'un côté, l'application en France du "managed care" américain ;
- de l'autre, des réformes institutionnelles avec, entre autres :
 - * la modification de la composition du Conseil d'administration de la CNAMTS (M. Mitterrand y avait fait entrer des gens du mouvement mutualiste, M. Juppé augmente leur nombre),
 - * l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES, dont 21 des 32 membres du conseil d'administration sont des médecins et dont le budget est couvert pour un tiers par l'État et le reste par la S.S. maladie : budget 97 de 95 millions francs et budget 98 de 98 millions de francs),
 - * Le Conseil d'orientation des filières et réseaux de soins chargé d'émettre un avis consultatif sur les projets d'expériences de filières et réseaux de soins ; prévu dans le cadre du plan Juppé d'avril 1996, il a commencé ses travaux en janvier 1998 ;
 - * la Conférence nationale de santé et,
 - * la loi de financement de la SS.

On les doit au gouvernement de M. Juppé (mai 1995- mai 97). Ils ont été défendus par MM. Barrot et Gaymard. Mais ils n'ont rien à envier aux gouvernements précédents. Ils sont d'ailleurs prolongées aujourd'hui par le gouvernement de M. Jospin et défendues par Mme. Aubry et M. Kouchner.

Un mot sur le "managed care" et la loi de financement de la SS. Je ne m'attarderai pas sur les autres dont la Conférence nationale de santé, une "commission Théodule" en sus pour donner un avis sur tout ce qu'on veut.

* Le "managed care".

⁵ Par exemple, la quatrième convention nationale sera signée le 1er juillet 1985, et pour la première fois depuis l'origine du système, par l'"ensemble des partenaires", à savoir : la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés de l'industrie et du commerce (CNAM), la Caisse centrale de secours mutuels agricoles (CCSMA), la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM) d'un côté, et, de l'autre, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et la Fédération des médecins de France (FMF). Cf. Dupeyroux, op.cit., p.3 des pages vertes. Dupeyroux, J.-J. (1986), *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 10è ed., Paris, 1150 p.

Qu'est-ce que le "managed care", le "soin administré" ? A cette question, un auteur américain, Goodman pour ne pas le nommer car il ne veut pas qu'on fasse référence à ce texte, donne, en 1991, la réponse contenue dans l'encadré ci-dessous.

Managed care
("soin administré").

Au coeur du concept, il y a la croyance dans les garde fous et les lignes directrices pratiques qui pourraient être employés pour déterminer une thérapie type pour un diagnostic donné. Les thuriféraires du concept veulent que les "professionnels de santé" conduisent la recherche des résultats de façon à déterminer le coût et l'efficacité de différents traitements médicaux.

Cette recherche, à son tour, doit constituer le fondement des garde-fous et lignes directrices pour les médecins.

Idéalement, on formalisera de telles lignes directrices dans des protocoles qui seront mis sur ordinateurs et qui diront aux médecins ce qu'ils doivent faire quand ils mettent en regard les symptômes d'un patient et les conditions.

Les technocrates ne voient pas les protocoles comme une aide pour le médecin et pour la décision du patient, mais comme qu'il faut faire.

C'est ainsi que dans le monde idéal du "managed care", les lignes directrices et les protocoles ne sont pas simplement des artifices pour aider les médecins à prendre la bonne décision, mais des moyens de contrôles.

Dans cette perspective, les médecins qui substitueraient leur propre jugement à celui de l'ordinateur devraient justifier cette décision.

Source : Goodman, 1998, p.24

En France, le "managed care" est *grosso modo* tout le plan Juppé et tout ce que font Mme. Aubry et M. Kouchner aujourd'hui. Mais de même qu'ils diront qu'ils ne réglementent pas d'autres domaines, mais les régulent, ils diront qu'ils rationalisent ou régulent les dépenses médicales, et en aucun cas ne les rationnent...

En vérité, le "managed care" existe depuis longtemps en France. Il a tenu d'abord dans les autorisations que les médecins ont à demander à la S.S. maladie dans certains cas (opérations chirurgicales, soins dentaires par exemple).

Mais depuis plus récemment, il tient aussi dans les "références médicales opposables" (RMO), dans les nomenclatures ou codages d'actes, dans la "carte santé" ("carte sésame" qui, de fait, met en cause le "secret médical"), dans les "médecins référents" ou autres artifices technocratiques ciblés (la responsabilité collective des médecins et laboratoires pharmaceutiques !)

On admirera en passant les expressions et la clarté de ce qu'elles peuvent bien pouvoir dénommer ! Je vois dans ce point de vocabulaire, la forme achevée de la socialisation de la santé, à savoir le communisme de celle-ci.

* La loi de financement de la sécurité sociale.

Un mot sur le principe de la loi de financement de la sécurité sociale, elle aussi d'actualité car en discussion au Parlement.

Avec cette loi, le Parlement fixe un montant maximum de dépenses maladie à effectuer et de recettes à percevoir pour "financer" les dépenses maladie. Au départ, la loi avait pour rôle affiché que les recettes équilibrent les dépenses maladie et qu'il n'y ait donc plus "déficit". Au nombre des dépenses à effectuer, la rémunération des services des praticiens pris individuellement, mais discriminés en fonction de critères arbitraires et pénalisés collectivement. Au nombre des recettes à percevoir, les cotisations obligatoires des citoyens, des cotisations discriminées en fonction de critères arbitraires.

Nous en sommes à la troisième loi de financement. Elle est encore présentée en déficit..., mais, paraît-il, "pour la dernière fois", il y aura équilibre en 1999 !

Le principe de ce type de loi est, de toutes façons, cocasse quand on sait que, par exemple, certains hommes politiques font état aujourd'hui que la dépense budgétaire traditionnelle n'est pas contrôlée (Cf. Fabius dans *Les Échos* du 21 octobre 1998 ou Rocard qui avait mis en place en 1990 un Conseil scientifique de l'évaluation : il serait tombé en désuétude !). Et il aide à comprendre que les dépenses d'assurance maladie continuent à augmenter dans des proportions jugées excessives par nos

technocrates ou politiques ou autres experts⁶.

1.4. Résultats à l'orée du XXI^e siècle.

1.4.A. Regard sur les évolutions en cours.

Malgré tout cela, il s'avère que, selon les thuriféraires de la SS maladie, les dépenses médicales continuent à augmenter dans des proportions excessives, j'ajouterai pour ma part "un peu à l'image de l'évolution du nombre des réglementations qu'ils font édicter, et bien que ces réglementations soient destinées à s'y opposer".

- Les dépenses de soins et biens médicaux étaient de 6,8 % du PIB en 1980 (190 milliards de francs), 8,1 % en 90 (530 milliards de francs), 8,8 % en 97 (710 milliards de francs).
- Les remboursements de S.S. maladie sont passés de 76,5 % des dépenses en 1980 (145 milliards de francs), à 74,3 % en 90 (395 milliards de francs) et 73,8% en 97 (525 milliards de francs).

Tableau 1
Dépenses en soins et biens médicaux
et remboursements

	1980	1990	1997
Dépenses en soins et biens médicaux (D)			
en milliards de francs	190	530	710
en % du PIB	6,8	8,1	8,8
Remboursements			
en milliards de francs	145	395	525
en % des dépenses (D)	76,5	74,3	73,8

Source : SESI, septembre 1998 par internet.

En d'autres termes, la SS maladie rembourse de moins en moins (bien qu'elle exige des cotisations de plus en plus élevées).

Quant au marché des soins et biens médicaux, il fait apparaître des échanges (évalués en francs) de plus en plus importants (en pourcentage du PIB) malgré le nombre de réglementations croissant qui le frappent.

1.4.B. Le point de vue économique

⁶Remarquons, en passant, que tous ces gens ne sort pas seuls dans leur cas. Leurs homologues dans le monde occidental sont nombreux à penser de même.

Des économistes ont d'ailleurs proposé des rationalisations dans le passé, par exemple, dans la décennie 1960. Ainsi, d'après Lindsay (1969) (cf. Buchanan et Tollison (1972)) :

Arrow (1963) justifie l'intervention du gouvernement dans le marché des soins médicaux par des éléments d'incertitude particuliers dans la demande et dans l'offre.

Weisbrod (1964) fait apparaître que la fourniture purement privée de soins de santé peut être "sous optimale".

Pauly (1967) montre le rôle des "externalités de consommation" dans la demande de soins médicaux (Lindsay, *op.cit.*, p.46).

Restent le désir et la volonté de partager universels... C'est, selon Lindsay (1969), la question de l'"égal accès au marché des soins", aux ressources médicales disponibles.

Et il discute les quatre méthodes possibles pour l'égalisation :

- détruire,
- donner,
- s'abstenir,
- subventionner.

Or remarquera en passant que ces analyses donneront naissance à un nouveau domaine de la théorie économique : la théorie du "public choice" (à ne pas confondre avec la théorie des choix public).

Si l'on adopte un point de vue économique digne de ce nom, ces trois évolutions - j'insiste sur le chiffre "trois", elles ne sauraient être réduites à une seule comme le conditionnement en oeuvre le veut - ces trois évolutions, respectivement des réglementations, des dépenses de soins et biens médicaux et enfin des remboursements de SS maladie, n'ont rien d'étonnant.

a) Les évolutions étaient prévisibles par le simple raisonnement et beaucoup les avaient prévues. Peu important donc leurs mesures chiffrées. Je n'y insiste pas.

b) Je ferai remarquer seulement que si rien n'est fait, on peut prévoir qu'elles vont se poursuivre jusqu'à ... la "révolte" de vous et moi : c'est-à-dire jusqu'à ce qu'un certain nombre de personnes disent "non" (selon l'expression de Albert Camus, que l'homme révolté est un homme qui dit "non").

J'ajouterai que dès à présent, il y en a qui ont dit "non", ceux qui refusent de payer leurs cotisations obligatoires.

Mais on n'en parle pas : il s'agit des membres du CDCA Européen ou de ceux de SOS Action santé, qui refusent l'assujettissement et s'en affranchissent.

D'autres ont dit "non", mais on n'en parle pas plus car ce n'est pas "visible": il s'agit de ceux qui voulaient s'engager dans une profession médicale, mais y ont renoncé...

c) Je m'attends aussi à voir ceux qui constituent l'offre actuelle sur le marché des soins et biens médicaux abandonner leur activité, car ils sont ruinés ou s'attendent à le devenir: ils considèrent qu'ils ne peuvent plus mener leur activité comme ils l'ont menée jusqu'à présent, en leur âme et conscience.

Je m'attends de même à leur disparition car ils peuvent de moins en moins mener la recherche ou faire les investissements qui leur permettraient de faire baisser leurs coûts :

- soit parce qu'ils en ont l'interdiction (recherche réservée au secteur public, aux CHU) ;

- soit parce qu'ils n'en auront plus les moyens (laboratoires pharmaceutiques, prothésistes, etc.).

Je m'attends enfin à leur disparition car le législateur les oblige à faire des investissements sans relation avec leur activité médicale (informatisation de leur cabinet, formation à l'informatique, etc.) et car ils ne le veulent pas. Pourquoi accepteraient-ils ?

d) Pour ces raisons, vous comprendrez que je trouve absurde la démarche qui consiste à vouloir tirer un enseignement des évolutions chiffrées comme beaucoup le font, un enseignement bien entendu différent de ce que je viens de dire.

A fortiori, vous comprendrez que je trouve absurde d'asseoir des mesures coercitives sur cet enseignement. Je ne m'y attarderais pas.

1.4.D. "Quelles solutions enfin !"

"Quelles solutions - libérales - enfin proposez-vous pour échapper au socialisme de la santé, pour en sortir !" me direz-vous.

Je vais envisager successivement à partir de maintenant "comment échapper au socialisme de la santé" puis "comment en sortir".

II

Comment *échapper* au socialisme de la santé

Comment échapper au socialisme de la santé ? Je l'ai dit en introduction.

Il faut d'abord prendre conscience des artifices, des subterfuges, des machines de guerre que les socialistes de la santé de tous poils mettent en place chaque jour qui passe ou presque ces temps derniers pour soi-disant préserver notre liberté !

Malgré les différences qui existent entre leur pays, il faut se rendre compte que les "économistes de la santé" en France font des analyses décalquées de celles de leurs homologues aux États-Unis. Ils font valoir qu'il y a une dérive des dépenses médicales. Ils l'expliquent par le coût des soins : il y aurait une augmentation excessive du coût des soins.

D'autres avancent qu'il y a un problème de qualité : il est de plus en plus difficile de maintenir la qualité.

Les troisièmes pensent enfin que les problèmes de coûts et de qualité sont liés et ont pour cause la façon de payer les soins de santé . Ils n'hésitent pas à reprendre les sophismes du genre : l'excès de consommation de soins et biens médicaux par les assurés ("médicaments de confort"...) ou la prétendue gratuité des soins (pour ne pas parler des exclus du système), l'excès de production par les professionnels de la santé .

Il n'en reste pas moins que des économistes américains ont montré récemment que la véritable cause de ce qui était dénoncé était en fait la fiscalité. Aux États-Unis, les employeurs ont depuis 1942 la possibilité de souscrire un contrat d'assurance santé pour leurs employés en franchise d'impôts, bref, ils sont subventionnés. Les effets pervers des subventions fiscales ne sont plus à démontrer : l'assurance santé en donne une illustration supplémentaire.

Mais, les "économistes de la santé" en France laissent de côté deux points essentiels qui enlèvent beaucoup de sérieux à leurs analyses : celui de la liberté et celui des institutions. La liberté ainsi que le marchés existent aux États-Unis. En France, ils n'existent pas (en matière d'assurance maladie) ou presque plus (en matière de soins et biens médicaux) ; de plus, les prix sont faux ou ignorés.

D'autre part, contrairement à leurs homologues, les Français ne stigmatisent pas la question fiscale (et pour cause : les juristes sont en désaccord sur la nature juridique de la cotisation de SS maladie, cf. Dupeyroux, *op.cit.*).

Pour ces raisons, j'affirme qu'en France, les propos tenus sur la santé sont non seulement absurdes, mais immoraux. L'augmentation des dépenses médicales, remboursées ou non, ne devraient pas être stigmatisée par les hommes politiques et autres média. Elle ne saurait être imputée ni à l'augmentation du *coût des soins*, ni au *maintien de la qualité des soins*. Il s'agit purement et simplement de mythes, de conditionnements comptable ou conceptuel tendant à justifier la contrainte croissante de vous et moi, "professionnel de santé" ou non, la coercition des personnes en matière de dépenses de santé. Je vais le montrer dans le détail.

En avoir conscience, c'est *échapper* au socialisme de la santé, à son *idée*.

II.1. Les mythes

Les mythes en relation avec la S.S. maladie et, plus généralement, avec l'assurance santé étatique nationale (en abrégé ASEN) sont nombreux.

Ils visent à faire croire que ce système serait meilleur que celui formé par le marché des soins et biens médicaux et le marché de l'assurance santé.

Aux États-Unis, le National Center for Policy Analysis (NCPA) en a sélectionné vingt en décembre 1991 que je transposerai ainsi :

- les pays à S.S. maladie réussiraient mieux à contrôler les coûts des soins,
- à dépenses par tête inférieures, les patients des pays à S.S. maladie sont aussi bien soignés,
- les gens des pays à S.S. maladie ont un droit pour être soignés,
- ils ont un égal accès aux soins,
- les pays à S.S. maladie rendent les soins disponibles sur la base des besoins et non sur la possibilité de payer,
- les pays à S.S. maladie maintiennent une qualité élevée de soins,
- les pays à S.S. maladie éliminent les soins médicaux inutiles,
- ils réduisent les coût de gestion,
- la S.S. maladie bénéficie aux plus vieux,
- elle bénéficie aux minorités ethniques,
- elle bénéficie aux résidents des zones rurales,
- elle est bonne pour les membres des syndicats de travailleurs,
- elle améliore la capacité de concourir sur les marchés internationaux,
- avec la S.S. maladie, les fonds sont alloués de façon à avoir le plus grand impact sur la santé,
- quand les soins sont gratuits, les coûts totaux des soins sont plus bas car les soins de prévention sont plus largement disponibles,
- les réformes permettent d'améliorer les défauts de la S.S. maladie,
- les gens des pays développés préfèrent la S.S. maladie à tout autre système,
- la S.S. maladie est populaire,
- la S.S. maladie exige la présence du gouvernement.

Au Canada, Gratzner et Ramsay (1997)⁷ en sélectionnent quatre autres qu'on peut transposer ainsi:

- si le secteur privé est davantage impliqué, nous n'aurons peut-être plus un égal accès au soin.
- si les riches acquièrent le droit de quitter la SS maladie, ils ne voudront peut-être plus payer les impôts nécessaires à son existence, et l'affaibliront ainsi.
- nous ne devrions peut-être pas permettre aux médecins qui ont fait des études financées par l'État de quitter la SS maladie.
- Si on adopte un double système de santé, tous les bons médecins quitteront la SS maladie.

Ces divers mythes explosifs que je pourrai aisément "démminer" sont en vérité une forme du conditionnement idéologique qu'on nous impose.

Et attention aux réglementations prétendument nécessaires, qui iraient de soi. Elles plongent leurs racines très exactement dans ces mythes, dans ce même conditionnement.

II.2. Les autres conditionnements

Au lieu de se placer dans la perspective des mythes, c'est-à-dire du conditionnement idéologique, on peut lui juxtaposer et placer dans la perspective de deux autres grands conditionnements à l'oeuvre en France : le conditionnement comptable et le conditionnement analytique ou conceptuel.

II.2.A. Conditionnement comptable.

Beaucoup de mesures coercitives édictées par les hommes de l'État sont fondées sur des chiffres des dépenses médicales ("hors hospitalisation" ! comme c'est la coutume).

Déjà, on ne sait pas toujours s'il s'agit de dépenses remboursées ou non.

Mais surtout, on ne sait pas d'où viennent les chiffres.

Une chose est certaine : ils ne viennent pas d'une comptabilité digne de ce nom, d'une comptabilité d'entreprise fondée sur le droit.

Prêter attention à ces chiffres sans réalité comptable, comme les hommes de l'État l'imposent, est une occupation vaine, arbitraire, tout autant que la réglementation que l'augmentation de ces chiffres

⁷Gratzner, D. et Ramsay, C. (1997), "Don't Move, Something Might Happen. *Fraser Forum*, novembre, pp.18-20

est supposée rendre nécessaire.

Mais quitte à jeter un oeil, un instant, sur ces chiffres en raison du conditionnement qui va en procéder, je ferai trois remarques.

a) Les dépenses de soins et biens médicaux en 1997.

Je ferai d'abord remarquer qu'en 1997, sur les 710 milliards de francs de dépenses de soins et biens médicaux, les soins hospitaliers représentent plus de 340 milliards de francs, soit plus de 48 % des dépenses !

Ces chiffres sont peu évoqués sauf deux fois, une fois, au moment de la discussion de la loi de financement de la S.S. et une autre fois, quelques mois après la fin de l'année où ils ont été établis et rarement commentés.

Et toutes les réglementations arbitraires mises en avant, en particulier ces derniers temps, ne concernent pas le domaine des soins et biens médicaux dans son ensemble, mais les activités des professionnels libéraux, conventionnés ou non.

b) Des chiffres amputés commentés.

Deuxième remarque : les chiffres donnés, suivis mensuellement et commentés en long et en large sont, par exemple, ceux des soins fournis par les médecins. Vous remarquerez qu'ils ne sont plus donnés en francs, mais davantage en indices fondés sur base purement arbitraire (cf. *Les Échos*).

Mais quelle est l'importance quantitative de ces chiffres, à supposer qu'ils soient fiables?

* En 1997, les soins des médecins représentent seulement 95 milliards de francs (13,4% des dépenses totales) et ce sont les médecins qu'on veut contraindre encore davantage!

* Les "soins ambulatoires" (où ils sont classés - remarquez l'expression : cela vaut bien "agents d'ambiance" etc.... de Mme. Aubry - dont on s'est gaussé il y a quelques mois : cela vaut d'autres expressions comme techniciens de surface ou médecins référents) représentent pour leur part un total de 195 milliards de francs (27,5%).

Et les "soins ambulatoires" incluent dentistes, auxiliaires, analyses et cures thermales.

Je ferai remarquer que les malheureux radiologues n'apparaissent même pas dans la statistique comme entité ! c'est dire leur importance. Mais ce sont eux qui viennent d'être taxés en août 1998 (-13%)!

* Les médicaments 130 milliards (18,9% des dépenses) : ces dépenses des uns sont des revenus des producteurs de médicaments, certes, mais ces producteurs paient des impôts et, par conséquent, derrière ces dépenses, se cachent des impôts payés dont personne ne parle,

* les prothèses 20 milliards (et ce sont eux qu'attaquaient hier les caisses de S.S.) et

* le transport 10 milliards de francs (eux aussi ont été attaqués).

c) Interprétation des chiffres et réglementations.

Troisième remarque, tous ces chiffres sont les chiffres qui, selon les hommes de l'État, justifient les réglementations toujours plus contraignantes qu'ils ont édictées et veulent encore édicter.

Selon moi, rien ne justifie les mesures prises ces dernières années pour contraindre les médecins, les pharmaciens, les laboratoires pharmaceutiques ou d'analyse, les prothésistes, etc. - les radiologues n'apparaissent même pas - : ce sont des économies de bouts de chandelle, diront certains ; je dirai qu'ils se laissent piégés en parlant ainsi et que ce sont, au contraire, des destructions colossales, puisqu'elles spolient les personnes en question.

La raison est que des chiffres interprétés ne sauraient être tenus pour des explications.

Les professions concernées sont véritablement des boucs émissaires, pour ne pas dire des esclaves jetés en pâture pour animer les jeux du cirque médiatique ou politique organisés pour distraire ou divertir l'opinion, le matin ou le soir, à telle émission de radio ou à telle émission de télévision ...

II.2.B. Le conditionnement analytique ou conceptuel.

J'entends par conditionnement analytique ou conceptuel la façon que les hommes de l'État ont de faire passer pour une explication des interprétations de chiffres - eux-mêmes sans signification comme je viens de le dire -.

Une interprétation de chiffres ne saurait être une explication.

Il consiste aussi à donner à des chiffres en augmentation des causes comme l'augmentation du coût des soins ou le maintien de la qualité quand on ne prend pas les deux en même temps.

Mais attention, la notion d'*augmentation du coût des soins* et celle de *maintien de la qualité des soins*, sont des notions parachutées. Les admettre, c'est tomber dans le piège du conditionnement.

Échapper au socialisme de la santé, c'est les refuser.

Je refuserai pour ma part que l'augmentation stigmatisée des dépenses chiffrées soit imputable, comme on l'affirme, à l'augmentation du coût des soins et biens médicaux, ou au maintien de la qualité des soins.

En voilà les raisons.

a) Les soins ne sauraient être de qualités différentes.

Les soins sont ou ne sont pas.

Tout soin n'est jamais qu'un produit de recouvrement de la santé créé ou fourni par quelqu'un à quelqu'un d'autre. Et ce quelqu'un le valorise à sa façon.

Il reste que, comme l'expliquent les économistes, la "mauvaise monnaie" chasse la "bonne" dans un système monétaire réglementé arbitrairement, où les taux de change sont maintenus fixes par la violence et où les gens ont perdu confiance. Dans un système monétaire libre qui n'a pas trompé la confiance, la monnaie, la "bonne", empêche jusqu'à l'émergence de la mauvaise.

Il en est des soins et biens médicaux ce qu'il en est de la monnaie.

Dans un marché de soins et biens médicaux libres où la confiance entre le patient et le médecin, ou le pharmacien, ou le dentiste, ou tel ou tel autre professionnel de santé, est entière, les soins et biens médicaux sont bons, s'améliorent et empêchent sinon l'émergence des mauvais, du moins que ces derniers perdurent s'ils venaient à émerger.

Dans le marché des soins et biens médicaux réglementé arbitrairement, de tarifs fixés arbitrairement, bref, dans un marché des soins et biens médicaux aux prises avec la violence légale de technocrates qui veulent donner des leçons à chacun, i.e. dévasté, les mauvais soins chassent les bons.⁸

b) Les soins ne sauraient être identifiés aux coûts des soins. Or c'est ce qui se passe.

Un produit ne saurait être confondu avec les facteurs de production employés pour l'obtenir. Mais, me direz-vous, il y a la comptabilité nationale qui parle des biens non marchands, du PIB non marchand, et de l'évaluation du PIB non marchand sur la base du coût des facteurs de production. Certes ! Seulement, on a quitté le domaine de l'économie réelle pour se situer dans celui de Karl Marx ou de Walt Disney.

c) S'agissant du coût des soins, plusieurs remarques s'imposent.

* Primo, les coûts des soins ne sont pas chiffrés avec exactitude sur la base d'une comptabilité digne de ce nom.

Comme ceux des dépenses médicales, je n'hésite à dire que leurs chiffres sont sinon inconnus, au moins farfelus et ne sauraient être évoqués, ni servir de fondement à une analyse (malgré le CREDES, l'IREC ou autre SESI).

La raison en est que nous sommes dans un monde d'obligation de l'individu et de fixation des prix.

* Secundo, de quels coûts s'agit-il ?

A supposer qu'on passe sur les remarques précédentes, on ne peut que reconnaître que la théorie économique fait une différence entre les coûts à court terme et les coûts à moyen terme. Il conviendrait de préciser s'il s'agit des coûts des soins à moyen terme ou des coûts mêmes à court

⁸ Il en est de même de l'assurance santé ce qu'il en est de la monnaie.

Dans un marché d'assurance santé libre où les assurés et les assureurs passent des contrats à leur convenance, les contrats sont bons, s'améliorent et empêchent sinon l'émergence des mauvais, du moins que ceux-ci perdurent.

Dans le marché de l'assurance santé réglementé arbitrairement, de tarifs fixés arbitrairement, bref, dans un marché de l'assurance santé aux prises avec la violence légale de technocrates qui veulent donner des leçons à chacun, i.e. dévasté, les mauvais contrats chassent les bons.

Enfin dans la situation française où le marché de l'assurance santé a été anéanti au profit de la S.S. maladie et où le marché des soins et biens médicaux est sous la botte du quarteron des hommes de l'État et des hommes des syndicats qui dominent la S.S. maladie, bref dans un tel capharnaüm coercitif, le mauvais chasse le bon.

terme.

Jusqu'à preuve du contraire, étant donné l'expérience, dans un monde non réglementé arbitrairement, il est reconnu que les coûts importants des activités humaines sont les coûts à moyen terme et qu'ils n'augmentent pas. La diminution de ces coûts résulte de la concurrence, et témoigne du progrès de la connaissance et des découvertes de l'esprit humain.

Seuls les coûts à court terme peuvent augmenter mais ce n'est pas grave, au contraire. Les investissements qui augmentent les coûts à court terme, diminuent les coûts à moyen terme. Et on décide d'investir précisément pour faire baisser les coûts à moyen terme. Si ces coûts ne devaient pas baisser, il n'y aurait pas investissement. Malheureusement, le discours ordinaire sur le domaine qui nous occupe ne distingue pas les uns et les autres.

De fait, par "coûts des soins et biens médicaux", il est question des coûts à court terme. Ils devraient être dénommés "coûts des maladies" en réalité. Et, par opposition, les "coûts des soins et biens médicaux" correspondraient aux coûts des soins à moyen terme.

Dans un monde non réglementé arbitrairement, à supposer que ces coûts à court terme augmentent - et qu'on fasse confiance aux chiffres -, il n'y aurait pas à être inquiets.

Les coûts des soins et des biens médicaux importants sont les coûts à moyen terme et ils ne peuvent que diminuer. En témoignent les progrès médicaux réalisés.

Pour autant qu'ils augmenteraient, cela signifierait que les investissements n'auraient pas été effectués ou auraient été mal effectués. Ce qui est contraire à la simple observation.

Pour autant qu'ils augmenteraient, cela pourrait aussi signifier que les investissements ont été effectués dans un mauvais sens. Cela n'est pas contraire à la simple observation. Mais il en serait ainsi parce qu'il y a obligation et réglementation arbitraire, parce que les prix sont faux.

Dans les pays où la réglementation arbitraire a été abandonnée, on peut observer que des coûts à moyen terme diminuent au fur et à mesure de cet abandon.

A contrario, l'expérience passée révèle que, dans les pays à réglementation arbitraire stable ou croissante, comme les pays communistes, les coûts à moyen terme ont augmenté, il n'y a pas eu de progrès (sauf espionnage ou savant, prisonnier de guerre...) jusqu'au jour de la "révolte".

d) S'agissant de l'alternative entre coût des soins et maintien de la qualité, une remarque.

Selon moi, il n'y a pas à mettre l'accent, d'un côté, sur le coût des soins ou, plus généralement, sur celui des produits de recouvrement de la santé, et, de l'autre, sur la qualité de ceux-ci.

Il n'y a pas à les mettre en regard, à leur chercher une cause commune et à la trouver, par exemple, dans l'absence d'incitation financière ou dans la façon de payer.

S'y prêter, c'est accepter dans le fruit (c'est-à-dire le prétendu problème de l'augmentation des dépenses maladie) la présence du ver (c'est-à-dire la non solution du faux problème ou davantage de réglementation)

C'est accepter inconsciemment - car on est pris dans le piège -, davantage de réglementations. Les dernières réglementations prétendument nécessaires pour réduire ou freiner la dérive des dépenses maladie et qui s'articulent au "managed care" obéissent à cette fausse loi.

II.3. La morale.

Le socialisme de la santé, en tant qu'idée, a pour prétendu objectif l'instauration de la morale, de la justice sociale, dans le domaine de la santé. Dernière façon en vogue pour l'exprimer : la notion d'"égal accès aux soins".

J'y opposerai son point de départ qui est l'immoralité.

II.3.A. Immoralité d'hier

L'immoralité d'hier s'articulait :

- d'un côté, à la dénonciation d'exceptions, de cas ... et,
- de l'autre, à la réglementation étatique arbitraire des activités humaines pour y mettre un terme.

Je serai très bref sur ces points car j'ai déjà eu l'occasion de les évoquer dans ce cadre d'Euro 92.

a) Des dénonciations calomnieuses ou d'ignares

La dénonciation des exceptions, des cas, hier, était calomnieuse (critiques du contrat, de l'assurance) ou due à l'ignorance.

Le marché de l'assurance a été outrageusement attaqué sous prétexte de pauvreté, échec du marché, abus de pouvoir du capitalisme, inhumanité du droit, injustice sociale, bref, de normes ou jugements de valeur, non de réalités tangibles.

La démarche a été aussi immorale pour les raisons suivantes.

On ne se félicite pas qu'une majorité de personnes puisse choisir de souscrire un contrat d'assurance pour autant que ces personnes ne savent pas si leurs santés vont se détériorer et qu'elles ne connaissent pas l'importance des dépenses qui leur permettront de recouvrer la santé, pour autant qu'elles imaginent que ces dépenses pourront être d'un montant élevé (auquel elles ne pourront pas faire face) et que l'activité d'assurance santé existe.

Bien évidemment, le contrat d'assurance présente :

- un coût pour l'assureur qui le met au point,
- une valeur pour la personne qui est prête à le souscrire,
- une prime fixe sur laquelle se mettent d'accord l'un et l'autre ou qui fournit le marché.

On ne se félicite pas qu'elle paie chacune une prime fixe, d'un montant par définition faible par comparaison, d'une part, avec leurs dépenses quotidiennes et, d'autre part, avec les dépenses qu'elles devraient supporter.

On redoute, en revanche, qu'un petit nombre, quelques personnes ne puissent à l'instant verser la prime d'assurance.

On redoute qu'un assureur maladie "parte avec la caisse".

b) Un objectif mensonger.

* Le postulat.

La réglementation étatique arbitraire des activités humaines a été édictée comme solution aux exceptions, aux cas. Mais cela est un postulat et rien d'autres. Il faudrait en avoir conscience et ne jamais l'oublier.

Il reste qu'en obligeant certains, elle a créé d'autres cas... Il ne faudrait pas l'oublier non plus, ni oublier les conséquences.

La démarche est aussi immorale pour les autres raisons suivantes.

** Du produit de recouvrement de la santé.

On ne se félicite pas que les soins et, plus généralement, les produits de recouvrement de la santé soient fabriqués, disponibles et puissent être consommés.

En vérité, on ne s'en félicite pas jusqu'au jour où, par exemple, on les décrète "génériques", véritables gifles au droit de propriété! Le générique est au produit pharmaceutique digne de ce nom ce qu'est la diligence au moyen de transport moderne (type TGV par exemple).

On se félicite au lieu de redouter que des réglementations mettent fin à la découverte de nouveaux produits de recouvrement de la santé.

** De la santé de la personne.

On ne se flatte plus que la raison de l'existence des produits de recouvrement de la santé soit la santé de la personne, une santé qui peut être détériorée le cas échéant.

On ne se flatte plus que ces produits permettent à la personne de recouvrer sa santé.

On ne se flatte plus que l'art médical en général et des produits de recouvrement de la santé en particulier (actes médicaux ou non) permettent de restaurer la santé détériorée.

On redoute ce que le recouvrement de la santé nécessite, à savoir des dépenses en des soins ou des biens médicaux qui ont chacun :

- un coût pour celui qui les fabrique ou les fournit,
- une valeur pour celui qui est prêt à les consommer,
- un prix d'échange sur lequel se mettent d'accord l'un et l'autre ou qui fournit le marché.

Le fait est que toute peine mérite salaire et que l'acte médical mérite honoraire : au "colloque singulier" de le fixer.

Le socialisme de la santé le redoute tant qu'il admet que le gouvernement s'arroge le droit d'intervenir :

- sur les coûts,
- sur la valeur
- sur le prix d'échange.

Et au total il dévaste le marché des soins et biens médicaux.

*** Qu'est-ce qu'une santé détériorée ?

Hier, cette question ne faisait pas la "une" des journaux ni des discours des hommes de l'État. La santé était une propriété de toute personne et la non santé ne faisait pas discussion (avec l'exception du malade imaginaire ou celle de l'homme bien portant, malade qui s'ignore).

La personne en -bonne- santé était responsable, celle qui était en mauvaise santé et n'avait pas toutes ses capacités était jugée irresponsable et on l'obligeait.

Aujourd'hui, il en est différemment.

Par exemple, les personnes en -bonne- santé sont soumises à des obligations ... comme si elles étaient incapables.

Autre exemple, certains se permettent de parler de visites médicales "trop nombreuses" (nomadisme médical) ou de "médicament" de confort" comme si les personnes en question menaient ces actions pour autre chose que pour se soigner!

II.3.B. Immoralité d'aujourd'hui.

L'immoralité d'aujourd'hui tient dans les conséquences néfastes de ces points d'immoralité d'hier qui étaient prévisibles et qu'on refuse de considérer.

Il y aura toujours des exceptions, des cas : seulement, avec le marché, les cas diminuent au lieu d'augmenter tandis que dans le système réglementaire arbitraire, ils augmentent au lieu de diminuer. Les nouveaux pauvres n'ont rien d'étonnant.

S'ils vivaient aujourd'hui, les riches d'hier seraient-ils riches ou pauvres ?

Aujourd'hui, les injustices sociales continuent à être évoquées malgré toutes les réglementations. Elles restent prétendues, qu'on ait en ligne de mire le marché de l'assurance maladie ou le marché des soins et des biens médicaux.

Et ce n'est pas parce que Amartya Sen a reçu le prix Nobel en octobre 1998 pour "avoir jeté les bases théoriques permettant de comparer différents modes de répartition du bien-être social et de définir de nouveaux instruments pour mesurer la pauvreté... en étudiant les famines réelles", bref pour ses travaux sur la "justice sociale", que les choses sont changées⁹.

⁹Selon Gene Epstein :

"What undermines so much of Sen's work is the fetish for math-as-method that is born of the mainstream's pathetic desire to ape the physical sciences. [...]

[he] assumes such absurdities as 'no uncertainty' in markets, even though uncertainty is any market's middle name, and 'well behaved utility and production functions' (read : unchanging consumer tastes and production processes), even though such good behavior is the rare exception rather than the rule - and he assumes so for only one reason : because that way, he gets to use a lot of math. Try asking him to make realistic assumptions, and he is forced to use words, which means he might lose the mantle of 'scientist'.

And the point is, once this dreadful intellectual process is set in motion, he falls off a cliff. When you start imagining that in some deep, theoretical sense nothing ever does change in the economy - where, to top things off, labor actually can be homogeneous, meaning that one worker's skills are the same as another's then the appeal of central planning under socialism really does become valid.

Now that all those inconvenient problems that capitalism is uniquely able to deal with have been brushed aside, you can concentrate on what top-down control does best, like distribute income more fairly.

In that regard, I hasten to add that it's unfair to single out Sen.

When you consider the history of our nearly total misunderstanding of what was happening in socialist economies around the world - or recall the mindless parroting of socialist 'growth rates', which our pundits found so intimidating - you wonder just where mainstream economists were at the time.

Answer : intellectually out-to-lunch, consuming all those equations...

And even regarding his actual analysis of famines, it's hard to completely trust his judgment. By solely grinding the socialist axe of access to supply over supply availability, he gives the latter issue a short shrift that is inappropriate.

a) Obligé et responsable.

Une réglementation est par définition générale. Comment justifier une réglementation qui procède d'une exception ?

Il en est ainsi de l'obligation. Sous prétexte que des individus seraient irresponsables, on oblige tout le monde, tous les autres, c'est-à-dire on les dépouille de leur responsabilité, leur dignité.

Le législateur n'a pas à enlever à bien plus qu'une majorité de personnes leur dignité sous prétexte qu'un très petit nombre serait des incapables, des irresponsables.

Il n'a pas à donner une prétendue protection à ce très petit nombre au prix d'enlever leur dignité à beaucoup plus qu'une majorité de personnes.

S'il le fait, il est immoral.

Et les effets pervers de toute réglementation procèdent de son immoralité de départ : comment obligée aveuglement, une personne pourrait rester responsable dans le domaine de l'obligation ? Ainsi, pour réduire l'irresponsabilité de certains, l'obligation crée l'irresponsabilité de tous.

Pour cette raison, il faut se rendre compte que le marché des soins et des biens médicaux a été progressivement dévasté par les réglementations alors que ces mesures réglementaires étaient soi-disant prises pour atténuer les conséquences néfastes prévisibles de celui-ci.

Il faut aussi se rendre compte que la S.S. maladie donne naissance à l'irresponsabilité et en vient à être absurde.

La réglementation du couplage du marché des soins et des biens médicaux et de la S.S. maladie est exemplaire et y ajoute l'élément fondamental.

La S.S. maladie hier des travailleurs, aujourd'hui de tous, est étatique et obligatoire : il y a par construction désresponsabilisation de l'assujéti, il n'a plus d'indicateur pour agir ; peu importe les chiffres. Il serait logique qu'obligé, il sur-consomme, il ne saurait être responsable puisqu'obligé, le législateur le prive, le spolie de sa responsabilité. Il est absurde de lui reprocher une surconsommation.

De même, pour les professions de santé dont les prix sont fixés par l'État.

b) Gratuité et responsabilité

La S.S. maladie gratuite pour les personnes à charge ou ayant droit : celles-ci sont privées d'indicateurs pour orienter leurs décisions

Les caisses de sécurité sociale maladie refusent l'évaluation des risques santé et la fixation des cotisations en fonction des risques maladie

Les caisses ont beau jeu de reprocher l'irresponsabilité à des personnes qu'elles ont désresponsabilisé.

Il reste que tant que la minorité existe, l'État peut avoir un rôle dans sa protection.

c) Le siège du marché des soins et biens médicaux..

Comme rappelé ci-dessus, la réglementation étatique arbitraire n'a pas attaqué d'emblée et de front le marché des soins et biens médicaux, elle a rusé (première immoralité supplémentaire).

Elle a d'abord attaqué de front le marché de l'assurance maladie, puis l'a anéanti en 1945 (deuxième immoralité supplémentaire).

Ensuite avec la S.S. maladie construite de toutes pièces à sa place, elle a progressivement assiégé le marché des soins et biens médicaux comme pour mieux l'étouffer à défaut de l'affamer.¹⁰

For instance, he writes sweepingly that the food security of people in the Western capitalist economies 'is not the result of any guarantee that the market or profit-maximization has provided, but rather due to the social security the state has offered'" (Epstein, *Barron's*, 19 octobre 1998).

Ou bien Jacques Garelo :

"Comment ne pas admirer les gens qui sont du côté de la 'justice sociale' ? On l'a dit à propos de certains cleres : ils aiment tellement les pauvres qu'ils travaillent à accroître la pauvreté ! Ceux qui veulent mettre fin aux famines et aux inégalités les plus criardes savent au contraire qu'il faut recourir à la libre entreprise et au libre échange, et laisser leur argent à ceux qui entreprennent et créent des richesses pour qu'ils en créent chaque jour un peu plus.

La justice sociale, il faut en parler un peu moins, et en faire un peu plus, fût-ce au prix d'inégalités qui s'estomperont naturellement avec le temps".(Garelo, *Nouvelle Lettre*, 17 octobre 1998)

¹⁰On remarquera en passant que jusqu'à ces dernières années, elle ne l'avait pas calomnié. Mais

(troisième immoralité supplémentaire)

La convention médicale passée entre les "professionnels de santé", les hommes de l'État et les hommes des caisses de sécurité sociale n'a rien d'une convention : celle-ci fait intervenir planification, réglementation et obligations édictées par la puissance publique, et ces derniers ont les maux de leur genre.

Dernière étape, elle a donné à la S.S. maladie des prérogatives sur le marché des soins et des biens médicaux.

II.4. Conclusion.

En résumé, l'augmentation des dépenses médicales, remboursées ou non, tant stigmatisée par hommes politiques et média, ne saurait être imputée, contrairement à ce qu'on affirme, ni à l'augmentation du coût des soins, ni au maintien de la qualité des soins.

Il s'agit purement et simplement de conditionnements idéologique, comptable, analytique ou conceptuel en marge de la morale et , rien d'autres, tendant à justifier la contrainte de vous et moi, la coercition des personnes en matière de dépenses de santé.

En avoir conscience, c'est *échapper* au socialisme de la santé, à son idée.

III

Comment *sortir* du socialisme de la santé

Il s'avère que des propos tenus sur la santé, non seulement absurdes, mais aussi immoraux, des remèdes ont été tirés. La série qu'ils ont constitué et que j'ai rappelé brièvement s'avère elle-même inefficace (absurde) et immorale. Et elle le prouve. Aucun remède n'a jamais atteint l'objectif souhaité. Quant à l'immoralité, elle tient dans le renforcement progressif de l'obligation des personnes, c'est-à-dire dans le rationnement de leur liberté, un rationnement qui était au départ cantonné à la SS maladie mais qui a été étendu de plus en plus à celui des soins et des biens médicaux. Or ce rationnement est le véritable problème de la santé, mais on le cache. En vérité, il est sa propre cause.

Après les façons d'échapper au socialisme de la santé en tant qu'idée, voyons les moyens - libéraux - de sortir de sa réalité. Comment sortir concrètement du socialisme de la santé ?

III.1. Préalables.

III.1.A. Le Droit.

Toute solution libérale à un problème économique repose sur des principes de Droit, de vrai droit et sur leur application¹¹.

Ce que je viens de rappeler fait apparaître qu'au XX^e siècle, et surtout depuis 1945, le législateur a fait fi des principes de Droit (propriété, responsabilité et liberté de contracter), mais encore a édicté des règlements en opposition avec les principes de Droit (obligations réglementaires, prix réglementaires, tarifs, dernièrement "responsabilité collective" des médecins ou des laboratoires pharmaceutiques) qui ne peuvent qu'être appliqués par la violence, une violence sourde ou parlante, visible ou invisible.

Sortir du socialisme de la santé nécessite donc d'abord d'abroger ces règles de non droit et d'appliquer les principes du vrai droit, du Droit.

III.1.B. Le couplage des marchés.

a) Le couplage étatique et réglementaire des marchés.

La clé de la situation que nous connaissons aujourd'hui en France - et que le gouvernement Juppé a essayé de bétonner - est le couplage réglementaire de la S.S. maladie et du marché des soins et biens médicaux sous la dominance arbitraire des hommes de la S.S. maladie. Ce couplage amène certains à confondre les deux quand ils ne disent pas que la SS maladie soigne !

b) Le couplage individuel et volontaire des marchés.

La sortie de cette situation nécessite que :

- le couplage ne soit plus institutionnel ni caché, mais que
- il soit rendu à l'appréciation de la personne, vous et moi, à son choix,
- toute personne qui le désire ait le droit de passer des contrats avec les médecins de son choix et avec les assureurs maladie de son choix

¹¹ D'ailleurs, entre nous, si ces principes avaient été respectés, le problème existerait-il ? Je ne le pense pas.

- * quitte à ce que les médecins et les assureurs passent de leur côté des contrats entre eux sans que l'individu le sache ;
- * les assureurs passent dès à présent des contrats - dénommés "traités" - avec les réassureurs - sans que l'assuré le sache...- voire ils en passent avec d'autres personnes selon l'objet de l'assurance (garagiste par exemple).

Cela suppose que deux conditions soient remplies.

c) Un marché de l'assurance santé.

Il faut que la S.S. maladie devienne le marché d'assurance maladie qu'elle aurait du toujours être, i.e. il faut qu'elle soit privatisée et mise en concurrence.

d) Un marché des soins et biens médicaux. .

Seconde condition préalable : il faut que le marché des soins et biens médicaux soit allégé des réglementations absurdes qu'il connaît aujourd'hui afin que chacun puisse y avoir accès en toute liberté.

Il faut en particulier que les hommes de l'État n'ait plus la possibilité comme aujourd'hui, avec des réglementations odieuses, d'opposer entre eux les opérateurs de l'offre de ce marché, à savoir : les médecins, les pharmaciens, les laboratoires pharmaceutiques, etc. Il faut que les hommes de l'État n'aient plus le droit pervers de les inciter à se déchirer comme c'est le cas actuellement.

Il faut enfin qu'ils ne tentent pas de détourner les personnes, malades ou non, du marché.

I.C. Le problème du "risque santé".

Ces deux conditions remplies, il n'y aura plus de faux problème fondamental en relation avec la santé de la personne.

Restera le vrai problème, celui de la définition et de l'évaluation du risque de perte ou de détérioration de la santé. Aujourd'hui, ce risque n'est pas défini, identifié, évalué d'un commun accord et l'étude de son échange est laissée de côté.

Et à coup sûr le marché de l'assurance santé résoudra le problème de diverses façons avec, entre autres, les contrats qu'il rendra disponible.

I.D. Les solutions envisageables.

A ce propos, voyons les contrats qui pourraient émerger ou que la personne pourrait choisir de passer pour *sortir* du socialisme de la santé.

Dans l'état actuel des connaissances en matière d'assurance que j'emprunte en partie au marché de l'assurance santé aux Etats-Unis, les contrats proposés sont de trois grands types et je vais les décrire successivement.

Il s'agit :

- du contrat d'assurance santé temporelle
- du contrat d'épargne médical et
- du contrat de protection du patient.

Ils tournent tous autour du contrat d'assurance santé (et non pas d'assurance maladie) mais font apparaître des variantes (dont celle du compte d'épargne médical non détenu nécessairement chez l'assureur).

Chacun constitue un moyen de sortir du socialisme de la santé où nous vivons actuellement en France.

III.2. Le contrat d'assurance santé temporelle.

III.2.A. Définition

Le contrat d'assurance santé temporelle est tout simplement un type de contrat passé entre l'assuré et l'assureur.

Est en question le risque de perte ou de détérioration de la santé de la personne. Qu'est-ce que le "risque santé" plus exactement ?

C'est l'anticipation par la personne d'avoir des dépenses d'un montant élevé, voire si élevé, pour recouvrer la santé qu'elle ne pourra pas nécessairement les effectuer. Et cela d'autant plus que, simultanément, elle n'aura plus de revenu du travail car elle ne pourra plus travailler en raison de sa maladie.

Ce type de contrat est certes comparable au type de ceux qui pouvaient exister au début du XX^e siècle.

Il n'est pas néanmoins le même qu'à cette époque pour la raison que, comme toute activité humaine, l'assurance santé a fait d'énormes progrès dans les pays où a survécu un peu de liberté en matière d'assurance.

Pour avoir une idée des progrès, il suffit de regarder ce qui se passe à l'étranger quand le marché de l'assurance santé a conservé une certaine liberté.

Ces progrès n'ont pas été répercutés et pour cause par les caisses de SS maladie puisqu'elles ne pratiquent pas l'assurance, contrairement à ce qui est dit ou que certains laissent croire et ignorer le principe du contrat.

III.2.B. Propriétés.

a) Généralités.

Pour être assurée, la personne paie des primes d'assurance, périodiques ou non, à un assureur de son choix et pour un horizon de décision éloigné de son instant de décision par une durée qu'il choisit.

L'assureur paie les factures de soins et biens médicaux qu'elle lui demande de payer ou de rembourser, selon les clauses du contrat.

Point essentiel : la prime d'assurance est fonction de l'évaluation du risque de perte de la santé sur laquelle assuré et assureur s'accordent.

Le cas échéant, l'assureur met en réserve une partie de la prime, provisionne l'excès de prime que lui verse l'assuré, étant donné son choix de durée d'assurance,

- soit pour influencer le montant de la prime périodique à payer (nivellement du montant de la prime périodique dans le temps face à un risque croissant dans le temps),
- soit pour l'utiliser dans l'avenir (capitalisation de l'excès de prime pour faire face à un risque croissant dans le temps),
- soit pour les deux.

b) Une proposition pour la France.

Il s'avère qu'en France, malgré la SS maladie, on commence à s'intéresser à l'évaluation du "risque santé", cela en conformité avec le bon sens.

Mais cette démarche est en opposition avec le principe de la sécurité sociale de 1945 qui veut que l'évaluation du risque santé d'un tel ou d'un tel tiendrait de l'inquisition et porterait atteinte aux droits de l'homme.

La porte de l'"assurance santé" semble donc se débloquent : l'antirouille de l'imagination des uns et des autres commence à faire son effet sur l'opinion.

A ce propos, je voudrais dire un mot sur une proposition qui me semble intéressante : celle de Madame Jacqueline Simon, conseiller maître honoraire à la Cour des comptes, ancien directeur général au groupe Victoire¹².

Elle s'intéresse au chef de famille et ne remet pas en cause, à l'instant présent, ni la SS maladie ni les divers paiements qu'impose la SS maladie, mais seulement ce que je dénommerai l'organisation des cotisations obligatoires (cf. tableau ci-dessous).

Elle décompose l'obligation actuelle de cotisations en trois, deux obligatoires et une facultative et

¹²Cf. Simon, J. (1998), "Des solutions pour l'assurance maladie", *Le Figaro*, 11 septembre.

fait correspondre à chacune ce qu'on peut appeler un contrat d'assurance santé.

A concurrence de la cotisations facultative, le chef de famille a le choix de souscrire ou non un contrat d'assurance santé lui offrant une couverture maximum de 7000 francs. Ce contrat "A" peut être avec franchise ou non.

En revanche, il a l'obligation de souscrire un premier contrat d'assurance santé *avec franchise* de 7000 francs et couverture maximum de 70 000 francs (contrat "B"). La prime d'assurance que calcule Simon et qu'il devrait payer est de l'ordre de 3 600 francs.

Il a aussi l'obligation de souscrire un second contrat d'assurance santé *avec franchise* de 70 000 francs mais à couverture illimitée (contrat "C"). La prime que calcule Simon et qu'il devrait payer est de l'ordre de 4 000 francs.

Tableau 2
Une organisation de l'assurance santé en France
dans le cadre de la SS maladie

	Couverture rbt moyen ¹³ en francs	Cotisation actuelle en francs	Prime d'assurance en francs
Assurance libre : contrat "A"	7 000 4 000		
Assurance obligée : contrat "B" et franchise de 7000 FF	70 000 40 000		3 600
Assurance obligée : contrat "C" et franchise de 70000 F	illimitée 480 000		4 000
Total obligé		fonction du salaire brut	7 600

Comment le chef de famille va-t-il payer les diverses primes ?

Selon la proposition de J. Simon, d'une part, il reçoit, en sus de son salaire net payé, 35 % des cotisations de S.S. maladie patronale et salariale versées obligatoirement aujourd'hui à la S.S. maladie. Au niveau global, ces 35 % représentent, selon ses calculs, le montant des soins et biens médicaux (par rapport au total) que la S.S. maladie rembourse à 90 % des assujettis et dont le montant moyen par an est de l'ordre de 4000 francs.

D'autre part, les 65 % de cotisations obligatoires restant qu'il paie aujourd'hui - sans le savoir - sont suffisantes pour payer - en l'apprenant pour le savoir - les primes des contrats B et C.

L'organisation des cotisations que J. Simon propose vise à éviter le gaspillage et à rendre une responsabilité à chacun.

Il est à remarquer qu'en l'état actuel des évaluations tirées des chiffres de la S.S. maladie et de ses connaissances en cette matière, J. Simon calcule que la prime d'assurance nécessaire pour le contrat libre A est supérieure au remboursement moyen ! En d'autres termes, le "risque santé" en question est apparemment et *a priori* non assurable ! Mais n'oublions pas que le marché de l'assurance santé a été anéanti en France !

Autre remarque : parce qu'elle se situe dans le cadre de la SS maladie, J. Simon ne remet pas en question le principe de la cotisation qui fait abstraction de la durée et qui coince la personne dans l'instant comme si la durée n'existait pas, qui l'oblige à choisir à chaque instant et non par rapport à une durée à venir convenue librement, qui lui interdit la capitalisation et, le cas échéant, tout simplement, l'assurance. N'est-ce pas l'absurdité à laquelle on arrive avec le contrat "A" ? Que cache le contrat "A" ?

¹³ Remboursement moyen annuel d'après les chiffres de la S.S. maladie.

III.2.C. Avantages

L'assurance est tellement dénaturée et méconnue aujourd'hui que je voudrais, un instant, en quelques mots non techniques, rappeler ses avantages tels qu'ils pouvaient être présentés au début du XX^e siècle (d'après Lambert, 1910) :

"Hier, l'insécurité provoquait la peur, les philosophies et les religions considéraient la résignation comme une vertu, et la souffrance comme une expiation nécessaire, toutes conceptions éminemment exclusives de l'idée de prévoyance. Mais l'observation des misères et des calamités humaines devait conduire

- au besoin de les prévenir et de les combattre et
- au désir de les réparer.

L'esprit d'association et de solidarité volontaire, la science statistique, la conception financière du crédit firent jaillir l'idée d'assurance et substituer la prévoyance à la résignation."

C'est ainsi qu'on introduisait l'assurance fin XIX^e - début XX^e. Qui s'en souvient ? On ajoutait

"L'assurance donne à l'être humain la conscience de sa valeur et de sa force, le courage dans l'adversité, la confiance dans l'avenir, par la certitude de sa réparation. En élevant l'individu, elle fortifie la société ; elle garantit le développement du progrès social : "Elle est réparatrice de dommages, constitutive de crédit et créatrice de capitaux".

En détournant les craintes du danger par l'espérance d'une réparation, elle encourage les initiatives et les entreprises de toutes sortes.

Elle assure "le progrès de la moralité car elle repose sur l'épargne, et celle-ci, qui implique éducation de la volonté, la maîtrise de soi, la sobriété, la tempérance, l'amour des siens, éveille les plus hauts sentiments de la nature humaine" (Bailly, 1907)

L'assurance contre les accidents, qui ne remonte qu'à 1880 (à deux exceptions près) ne se borne pas à la garantie du risque professionnel et à chaque instant elle s'ingénie à créer et à propager des combinaisons d'assurances variées qui apportent au public, moyennant des primes souvent modiques, la sécurité qui réclament les différents actes de la vie ou de leurs affaires.

L'assurance libre n'a d'ailleurs pas limité son effort à ces risques principaux (maritime, incendie, vie, contre les accidents, des risques agricoles).

C'est par l'assurance contre l'invalidité, la vieillesse, les maladies, le chômage, par les assurances de maternité que pourront être atténuées les crises économiques et résolues les questions sociales.

Ce développement prévu n'est point prophétique, si l'on songe aux progrès si rapidement accomplis, chez un peuple qui a plus que tout autre l'esprit d'économie. Mais pour que l'assurance sous toutes ses formes soit la force de l'avenir et un admirable instrument de progrès, il lui faut avant tout la liberté, ce grand ressort de l'activité humaine, grâce auquel elle pénétrera, lentement peut-être, mais sûrement dans les classes sociales, où elle est encore trop peu connue.

Elle est susceptible de décupler les merveilles déjà enregistrées à son actif, mais à la condition qu'on écarte d'elle, résolument, l'obligation et l'intervention de l'État, qui arrêteraient net, en la rendant stérile, tout effort de prévoyance individuelle et d'initiative privée."

S'agissant des provisions constituées, elles ont un effet favorable sur la croissance économique.

III.2.D. Inconvénients.

a) Inconvénients d'hier.

Malgré les progrès qu'il présente (prise en compte de la durée à venir), certains trouveront au contrat d'assurance santé des inconvénients, reprenant *textu* les critiques d'hier (Jèze, 1932) :

- le montant de la prime est trop élevé,
- tout le monde ne peut la payer,
- il y a le risque moral : les assurés demandent plus de soins ou biens médicaux une fois assurés !
- l'assurance a des effets pervers sur l'assuré : sous prétexte d'assurance complète, il a le sentiment de gratuité et s'égaré,
- des assureurs sont indéliçables comme il en est de toute profession, mais dans le cas de l'assurance santé, c'est particulièrement grave.

Reprenons les critiques en sens inverse.

- S'il y a des assureurs indéliçats comme il en est de toute profession et, si c'est particulièrement grave dans leur domaine d'activité, il y a des hommes politiques indéliçats et c'est pire avec eux puisque les hommes de l'État ou de la S.S. maladie ont le monopole de la violence ... sur vous et moi, nous les "cochons de patients".

- Rien ne justifie de prêter à l'assurance des effets pervers généraux sur l'assuré : sous prétexte d'assurance complète, il y a sentiment de gratuité, mais "c'est celui qui dit qui y est". La personne ne possède pas des objets dans le but de se les faire voler ou de les voir détruire. La personne n'assure pas sa santé dans le but de la détériorer.

Le risque moral est une notion piège. La personne vit dans l'ignorance. Toutes ces actions l'amènent à réduire son ignorance. L'ignorance résiduelle peut être qualifiée de risque moral, mais ce n'est pas le risque moral auquel on fait allusion traditionnellement : le "risque moral" ne saurait être considéré comme une création de l'assurance ou un obstacle à l'assurance, au contraire.

- En tout cas, le montant de la prime d'assurance ne saurait être jugé par qui que ce soit juste, trop forte ou trop faible.

Le montant de la prime est le résultat de l'accord des volontés et rien ne justifie de s'immiscer dans cet accord dès lors qu'il est passé dans la liberté (pas de vice de consentement).

- Tout le monde ne peut pas payer, mais peut être l'objet de la charité. La charité, c'est-à-dire le don avec amour ou compassion, ne saurait être dénaturée. Les médecins en ont toujours fait preuve.

Avec la S.S. maladie, la charité est détruite, lui est substitué le "transfert" automatique !.

b) Inconvénients d'aujourd'hui : l'exemple du marché de l'assurance santé aux États-Unis.

Si le monde financier va mal, si c'est la crise ... les systèmes nationaux dits de santé ou plus exactement d'assurance santé ne vont pas bien non plus ...

Prenons le cas des États-Unis où le marché de l'assurance santé est libre ou presque.

Si l'on en croit les commentateurs aujourd'hui, demandez à n'importe quel médecin ou professionnel de santé ce qu'il pense du système national d'assurance santé, demandez le à n'importe quel patient, demandez le à n'importe quel homme de l'État, et vous verrez qu'ils sont d'accord : ils vous diront qu'il y a un gros problème.

Bien plus, les sondages révèlent que beaucoup croient que les problèmes sont systémiques (cf. Pfizer).

Selon eux, il faut donc une réforme fondamentale. Quelle réforme ? Il faut apporter des remèdes aux causes, non pas à ses effets visibles.

* Quelles sont les causes invoquées des problèmes ?

** Il y a quelques années, il y avait unanimité pour avancer que la cause importante était le coût des soins, la croissance des "coûts de la santé". Avec l'assurance santé (en moyenne, elle paie 79% et on paie 21%), les paiements à l'acte (sans copaiement ni franchise d'assurance) tendent à trop de soins, à des soins inutiles.

** Aujourd'hui, beaucoup d'économistes dits "de la santé" déplacent l'accent et le mettent sur la qualité des soins.

** D'autres avancent que la cause réside à la fois dans les coûts et la qualité et que ceux-ci ont une seule et même cause : la façon de payer les soins de santé.

On juge la façon déresponsabilisante, elle tue les incitations normales et génère des incitations perverses :

** Selon les derniers que j'évoquerai (comme Goodman), ce n'est pas la façon de payer qui doit être mise en question, mais la fiscalité.

Il faut considérer l'influence de la fiscalité sur l'assurance santé, c'est-à-dire l'influence indirecte, sourde, des hommes de l'État sur l'assurance santé, la fiscalité subventionne l'assurance santé et on sait les effets pervers des subventions fiscales.

L'influence de la subvention a trois grandes lignes de force aux États-Unis :

*** l'assurance maladie étant fournie par l'intermédiaire de l'employeur et ses dépenses déductibles de l'impôt depuis 1942 ; il y a subvention fiscale, avantage fiscal de l'employeur et tendance de

celui-ci à "sur-assurer" ses employés pour les attirer dans son entreprise ;

Le marché de l'assurance santé aux États-Unis.

En 1942, le Congrès américain a disposé que les primes d'assurance santé versées par les employeurs pour leurs employés seraient fiscalement déductibles, en franchise d'impôts.

Selon certains, cela a découragé les employés d'acheter leur propre assurance mais encouragé les employeurs à en proposer.

A l'extrême, des commentateurs en arrivent à voir dans cette assurance un droit accordé par les employeurs à leurs employés.

En 1965, le Congrès a créé le système *Medicaid* pour les "pauvres" (le "pauvre" étant quelqu'un dont le revenu est inférieur à un certain seuil) et le système *Medicare* pour les "gens âgés et handicapés" - de plus de 65 ans -.

Subventionnés fiscalement par l'État, les systèmes ont été gratuits pour les premiers intéressés.

Sinon, par la suite, *Medicare* a été assis en particulier sur une cotisation obligatoire sur les salaires ("technique de répartition").

En 1985, *Medicare* a été complété de deux types d'assurance qui font que le système n'est plus totalement gratuit pour l'intéressé, si on fait abstraction des cotisations qu'il aura versées auparavant.

Depuis lors, un mouvement d'opinion veut que le système soit étendu à chacun.

Nixon y a répondu partiellement à son époque : il proposa la loi sur les Health Maintenance Organizations (HMO act) que vota le Congrès en 1973.

Désormais, la loi donnera des millions de dollars aux HMO, à ces sociétés de gestion de la santé, à ces réseaux de soins coordonnés d'un genre particulier.

Puis verra le jour le "managed care" pour freiner la croissance des dépenses de santé, remboursées ou non.

Source : Goodman (1998)

*** il y a incitation fiscale de l'employé pour se "sur-assurer" en maladie ;

*** il y a des incitations perverses des assureurs à proposer des contrats qui jouent sur l'alternative coût (à contrôler) et qualité (à maintenir).

* Quel remède ?

Remède à la croissance du coût des soins : d'abord les Health Maintenance Organizations (HMO) Act en 1973 aux États-Unis, cf. encadré ci-dessous ; en français, filières et réseaux de soins).

Les Health Maintenance Organizations

Les HMO sont des sociétés commerciales qui ont pour objet de gérer au meilleur prix les dépenses de santé pour le compte des employeurs et des employés.

Elles offrent, comme service de base, une médecine prépayée et au forfait avec une couverture de 100 % (au lieu de 80 % en moyenne pour les sociétés d'assurance).

Et cela tout en coûtant moins cher aux employeurs qui financent 80 % environ de la couverture : 3615 dollars par employé en 1997, soit 356 de moins qu'une assurance traditionnelle.

Elles offrent aussi, moyennant une surprime, d'autres services, par exemple, la possibilité de choisir sur une liste son médecin et son hôpital.

Selon une enquête récente, 85 % des employés des firmes de plus de 10 salariés relèvent d'une HMO contre 77 % en 1996 et 52 % en 1993.

Au total, 75,6 millions de salariés sont affiliés librement à une HMO et même, avec leurs familles, 160 millions de particuliers.

Source : Goodman, 1998.

Et, depuis le début de la décennie 1990, les "managed care" (cf. ci-dessus)

Mais on constate que des artifices qui devaient remédier aux inconvénients de l'assurance santé (comme les "health maintenance organizations") tendent à trop peu de soins.

D'autres qui devaient remédier aux inconvénients de l'assurance santé (comme les "managed care") qui tendent à diminuer la qualité des soins.

Remède à la détérioration de la qualité des soins : certains proposent aujourd'hui une "déclaration des 'droits du patient'" (cf. Goodman, 1998).

Le remède à la cause des incitations perverses que serait la façon de payer et qui semble rassembler beaucoup repose sur la cause elle-même puisque c'est : il faut changer la façon de payer les soins de santé.

Il a été subdivisé en plusieurs remèdes qui ont été essayés pour donner lieu à de bonnes incitations : c'est, par exemple, les HMO (par rapport à l'assurance maladie) ou les "managed care" (par rapport à l'"inutilité" de certains soins ou biens médicaux)... C'est aussi la "preferred provider organization" (PPO), le "point of service" (POS). Mais il y en a d'autres.

Mais un résultat probant de tous ces remèdes attire l'attention depuis quelques temps : tous interfèrent avec la pratique médicale, avec l'exercice de l'art médical. En d'autres termes, le marché de l'assurance santé a tendance à empiéter sur les plate-bandes du marché des soins et biens médicaux

Ce qui est un nouveau problème, mais un problème essentiel, un problème à ne pas sous-estimer contrairement à ce que certains cherchent à faire croire ou à faire en le cachant.

Quant aux remèdes à la cause des effets pervers qu'est la subvention fiscale selon des analystes comme Goodman, il y deux grands. Il s'agit :

- du contrat d'épargne médical et
- du contrat de protection du patient.

Je vois en eux deux grands moyens de sortir du socialisme de la santé et je vais les évoquer.

III.3. Le contrat d'épargne médicale.

Le contrat d'épargne médicale s'articule au contrat d'assurance santé temporelle. Il est proposé pour corriger les inconvénients de celui-ci et les autres inconvénients cernés.

III.3.A. Définition

Le contrat d'épargne médicale est un développement particulier du contrat d'assurance santé temporelle. Il *externalise* les provisions de primes que peut constituer l'assureur dans le cadre de l'assurance santé temporelle.

Il juxtapose un contrat d'assurance santé et un compte de provisions particulier, le compte d'épargne médical (CEM).

Le contrat d'épargne médicale est apparu au début de la décennie 1990 à l'occasion du débat national (aux États-Unis) sur les soins médicaux. Il a été proposé au départ par le NCPA (Centre national d'analyse politique) et repris par maintes organisations différentes comme le CAHI (Conseil pour l'assurance santé supportable), la AMA (Association médicale américaine) et le FRC (Conseil de recherche sur la famille).

III.3.B. Propriétés.

Le contrat d'épargne médicale est un contrat d'assurance santé, mais *avec franchise élevée*: il est un type de contrat d'assurance contre les catastrophes.

La personne paie des primes d'assurance pour avoir une couverture seulement en cas de risques

dits "catastrophiques" :

- elle sera remboursée des dépenses dès lors que les dépenses seront au dessus d'un certain montant convenu, par exemple, de 1500 \$ ou 2000 \$ (pour l'individu) ou de 2000 ou 3000 \$ (pour la famille) (cf. Ramsay, 1998) ;
- en deçà de ce montant, l'assureur n'intervient pas, mais tout n'est pas de sa poche...

L'assureur couvre donc seulement les traitements médicaux qui sont "chers" (ou qui le deviennent). Par hypothèse, ces traitements ne se produisent que rarement.

Parallèlement, la personne dispose d'une compte d'épargne médicale où des fonds ont été déposés par son employeur ou par lui-même, en franchise d'impôt ou presque. En d'autres termes, au lieu d'être nécessairement chez l'assureur comme dans le cas de l'assurance santé temporelle, l'excédent de prime est versé sur un compte... qui peut se trouver n'importe où...

a) Exemple typique du contrat d'épargne médicale de l'employé américain moyen (cf. tableau ci-dessous).

On peut présenter le contrat d'épargne médicale typique financé aux États-Unis par l'employeur comme une combinaison de deux contrats différents.

La personne souscrit un contrat d'assurance santé de type catastrophe, moyennant une prime de 877 dollars avec franchise de 1500 dollars.

Elle passe aussi un contrat avec son employeur pour autant que celui-ci va verser le montant de la prime de 877 dollars.

L'employeur va aussi déposer des fonds sur un compte d'épargne médicale de l'employé (857 dollars).

L'employé paye ses soins et biens médicaux courants avec les fonds déposés par l'employeur - comme convenu - (jusqu'à 857 dollars).

Il a ainsi une incitation à demander des soins avec prudence puisque chacun des dollars non dépensés pourra lui être retourné.

Quand l'employé a atteint la limite de 857 dollars des fonds déposés par l'employeur, il a la responsabilité de payer personnellement ses soins et biens médicaux jusqu'au seuil de la franchise de l'assurance médicale catastrophe (soit, pour lui, 643 dollars).

Tout se passe comme s'il avait une franchise classique à la différence près que la franchise intervient après qu'il a dépensé de sa poche 643 dollars et non pas 1500 dollars.

Il a une incitation à demander des soins avec prudence puisque chacun des dollars qu'il dépense vient de sa bourse.

Enfin, une fois les 857 + 643 dollars dépensés, l'assureur santé catastrophe entre en jeu.

Et les mauvaises langues diront que tout se passe alors pour l'employé comme si les soins étaient gratuits... Il n'a plus d'incitation à demander des soins avec prudence !

Tableau 3
Contrat d'épargne médicale

	Assurance individuelle (en dollars)	Assurance familiale (en dollars)
Assurance santé catastrophe		
- prime	877	2 082
- franchise	1 500	2 000
Contributions au compte d'épargne médicale	1 500	2 000
- de l'employeur (dépôt)	857	1 167
- de l'employé (dépense maximum)	643	833
Total	2 377	4 082
Économie de prime : au moins ...	?	?

Source : Ramsay (1998)¹⁴

b) Exemple typique du contrat d'épargne médicale de la famille de l'employé moyen (cf. tableau ci-dessus).

On pourrait présenter de la même façon le contrat d'épargne médicale typique financé par l'employeur américain pour l'employé chef de famille.

c) Autres exemples.

Il s'avère que des employeurs ont adopté la philosophie des contrats d'épargne médicale depuis ces dernières années (cf. encadré ci-dessous).

¹⁴Ramsay, C. (1998), "Medical Savings Accounts (Universal, Accessible, Portable, Comprehensive Health Care For Canadians)", *Critical Issues Bulletin*, The Fraser Institute, Vancouver, 40p.

Exemples de contrats d'épargne médicale aux États-Unis.

<p style="text-align: center;">* "United Mine Workers" :</p> <ul style="list-style-type: none"> - franchise de 1000 \$ - l'employeur verse un bonus de 1000 \$ au début de l'année - chaque employé gardera ce qu'il ne dépensera pas <p style="text-align: center;">* "Quaker Oats"</p> <ul style="list-style-type: none"> - franchise élevée - l'employeur verse 300 \$ au début de l'année si compte non entièrement utilisé - chaque employé gardera ce qu'il ne dépensera pas - le coût de l'assurance pour l'employeur a augmenté au rythme de 6,3 % alors pour le reste de la nation il augmentait à un taux à deux chiffres <p style="text-align: center;">* "Forbes magazine"</p> <ul style="list-style-type: none"> - franchise de 1000 \$ - l'employeur verse 2 \$ à - chaque employé pour chaque \$ qu'il n'a pas dépensé dans la mesure de 1000 \$ - le coût de l'assurance a diminué de 17 % en 1992 et 12 % en 1993. <p style="text-align: center;">* "Dominions Resources"</p> <ul style="list-style-type: none"> - franchise de 3000 \$ - l'employeur verse 1620 \$ chaque l'année à - 80 % des employés qui ont une franchise de 3 000 \$ - le coût de l'assurance pour Dominions resources n'a pas augmenté depuis 1989 alors que les autres employeurs faisaient face à une augmentation moyenne de 13 % <p style="text-align: center;">* "Golden Rule Insurance Company"</p> <ul style="list-style-type: none"> - franchise familiale de 3000 \$ - l'employeur verse un bonus de 1000 \$ au début de l'année - chaque employé gardera ce qu'il ne dépensera pas - le coût de l'assurance pour l'employeur en 1993, première année du plan, a diminué de 40 %. <p>Source : NCPA (1995) par internet</p>
--

III.3.C. Avantages.

Le contrat d'épargne médical présente deux types d'avantages, les uns en relation avec ce qu'il est et les autres en relation avec ce que son existence permet de faire. Commençons par ces seconds qui en ont donné l'idée.

a) La transition.

Le contrat d'épargne médicale est un moyen de sortir de l'assurance santé temporelle, aussi parfaite soit-elle.

En effet, par hypothèse, les primes du contrat d'assurance avec franchise sont inférieures aux primes d'assurance du contrat, sans franchise, au premier franc.

Du fait du passage d'un contrat sans franchise à un contrat de type catastrophe avec franchise élevée, il y a une réduction de prime, une économie.

Reprenons l'exemple du contrat d'épargne médicale de l'employé célibataire financé par l'employeur américain.

La personne souscrit un contrat d'assurance santé, avec franchise de 1500 \$), son employeur versant la prime de 877 \$.

L'employeur dépose aussi des fonds sur le compte d'épargne médical de l'employé (857 \$). L'employeur verse donc au total 1734 \$. Cette somme est à coup sûr inférieure à ce qu'il versait avec l'ancien système.

Voire, il y aura une baisse du prix des contrats d'assurance avec franchise des assureurs pour des

raisons techniques (coûts d'administration et d'erreurs).

Il est admis aux États-Unis que, si les contrats d'épargne médicale pouvaient être développés, il pourrait y avoir 300 milliards de \$ d'économie et 33 milliards de frais administratifs en moins. Et 588 milliards de dollars d'économie dans les cinq années.

D'où l'origine du contrat d'épargne médical : toute personne peut se créer un compte d'épargne médical sans bourse délier, il suffit que soit déposée dans le compte la différence de primes et tout ou partie de la franchise...

Et elle utilisera les fonds déposés sur ce compte pour financer ses dépenses médicales de routine, pour payer les petites factures couvrant les soins et biens médicaux de routine.

Bien évidemment, les premières années, pour autant que l'économie de primes est faible, la somme peut être jugée insuffisante pour que la personne puisse faire face aux dépenses courantes de soins et biens médicaux...

* Réponse aux inconvénients des "managed care" : l'expérience des États-Unis.

Très exactement, les contrats d'épargne médicale sont à envisager comme une réponse donnée au problème posé par les "managed care" et permettant de passer de l'assurance santé libre sans franchise à l'assurance santé libre avec franchise.

Si certains commentateurs font valoir que le "managed care" aurait réduit la dérive des dépenses de soins médicaux, beaucoup montrent qu'il a aussi détérioré la qualité des soins et surtout interféré dans la relation entre le médecin et le patient, dans le colloque singulier, faisant du médecin un agent de la bureaucratie plutôt que l'homme de confiance du patient.

Dans le but de remédier à ces inconvénients, une double expérience a été lancée par le Congrès des États-Unis depuis 1996 :

- l'une s'adresse aux personnes âgées soumises à *Medicare* et
- l'autre aux artisans, petits commerçants ou industriels (moins de 50 employés), 350 000 familles sont concernées, pour quatre années.

Les fonds déposés sur le compte d'épargne médicale ne supportent aucune fiscalité ou ont une faible fiscalité.

Les dépôts sont limités à 65 % de la franchise pour le célibataire et 75 % pour une famille.

Les franchises sont élevées et vont de 1500 à 2250 \$ pour un célibataire et pour une famille de 3000 à 4500 \$.

Ce qui n'est pas dépensé dans l'année doit rester sur le compte pour pouvoir croître sans être taxé et doit être utilisé uniquement en achat de soins et biens médicaux.

b) Autres avantages.

Le contrat d'épargne médicale a comme autres avantages d'être :

- universel
- accessible pour chaque employé,
- personnel,

Contrairement aux contrats d'assurance santé proposées par l'employeur (assurance de groupe sur une durée plus ou moins longue), le compte d'épargne médicale (élément séparé du contrat) appartient à l'individu et, en particulier, il est un élément de son patrimoine successoral.

- transportable (cf. Ramsay, 1998)

Puisque le CEM appartient à l'individu, il se déplace avec l'employé d'un job à un autre ; il est utilisable en particulier entre deux emplois.

- volontaires,

les contributions au CEM sont strictement volontaires et elles peuvent être facilement intégrées dans des plans d'épargne autres.

* Les Health Maintenance Organizations deviennent attractifs.

Bien plus, le contrat d'épargne médicale est favorable aux Health Maintenance Organizations (HMO). Il les devrait rendre plus attractives.

Prenons le cas d'une HMO qui paie seulement les services des médecins du réseau et les médicaments de son formulaire, et qui prête grande attention mais est très réticente aux demandes de

scanner CAT ou d'autres tests "chers".

Grâce au contrat d'épargne médicale, les gens pourraient mettre l'économie de primes dans un compte d'épargne médicale qu'ils utiliseraient pour payer les visites de médecins, les médicaments et les tests refusés par le plan de la HMO.

Grâce au contrat d'épargne médicale, les gens rejoindraient plus facilement les HMO.

III.3.D. Les inconvénients.

Rien n'est parfait dans notre bas monde, le contrat d'épargne médicale pas plus qu'autre chose. Il a des inconvénients mais les inconvénients stigmatisés sont cette fois en relation avec le "managed care".

Qu'est-ce que le "managed care" ? J'ai rappelé rapidement la définition il y a un instant. Il reste que :

"Even health specialists have a difficult time pinpointing the answer",
disent certains" (par exemple, Goodman, 1998, p.18) avant d'ajouter :

"Thus in the ideal managed care world, guidelines and protocols are not simply devices for helping physicians make good decision, they are means of exerting control.

In this view, physicians who substitute their own judgement for the computer's should have to justify those decisions" (*ibid.*, p.24)

Il reste que pour d'autres :

"Managed health care organizations are to the 1990s what oil companies were to the 1970s - the business everyone loves to hate but doesn't really want to do without. (Postrel, 1996, p.4)

"it is predicated on financial incentives to restrict care and access to care" (*ibid.*)

Les contrats d'épargne médicale sont inadéquats pour remédier aux inconvénients du "managed care" pour trois grandes raisons :

- les contributions au compte d'épargne médicale en franchise d'impôt suppose des plans avec franchises d'assurance élevées, ce qui exclut les membres des HMO et beaucoup de plans de "managed care" ;
- les dépôts sont souvent épuisés au point où le paiement du tiers prend fin ;
- les retraits sont confrontés à impôts et pénalités s'il y a un usage autre que médical, ce qui fait que les compte d'épargne médicale opèrent moins comme une auto-assurance réelle et plus comme un prépaiement de la consommation des soins et biens médicaux.

III.4. Le contrat de protection du patient.

Le contrat de protection du patient est un contrat plus élaboré que le contrat d'épargne médicale. Il est proposé à dessein pour corriger les inconvénients cernés du contrat d'épargne médicale.

III.4.A. Définition.

Le contrat de protection du patient est un développement particulier à la fois du contrat d'assurance santé classique et du contrat d'épargne médicale.

Il juxtapose un contrat d'assurance santé *avec franchise* et un compte de provision, d'épargne particulier qu'on dénommera le compte de protection du patient (CPP).

Ce type de contrat a été proposé, depuis très récemment, par le NCPA (Centre national d'analyse politique).

III.4.B. Propriétés.

Avec un contrat de protection du patient,

- la personne souscrit un contrat d'assurance santé *de son choix* et non plus nécessairement avec franchise ;
- elle fait un dépôt sur un compte d'épargne médicale, le compte de protection du patient (CPP), quel que soit son contrat d'assurance santé ;
- l'employeur fait, de son côté, des dépôts sur le CPP de l'employé ;
- le compte d'épargne est destiné à entourer un plan d'assurance tiers (HMO, etc) dans la mesure où il fournit les fonds avec lesquels la personne pourra payer les dépenses médicales non payées par le plan ;
- comme le nouveau Roth IRA, les dépôts sur le CPP sont faits avec des dollars sur lesquels l'impôt a été prélevé,
- après une période de 12 mois d'assurance, les retraits des sommes du compte seraient possibles sans pénalités, quel que soit l'objet des dépenses.

Le contrat de protection du patient offre ainsi des nouvelles options sans détruire celles du compte d'épargne médicale, à savoir :

- personnel,
Contrairement aux assurances santé proposé par l'employeur (assurance de groupe), le CPP appartient à l'individu et il est un élément de son patrimoine successoral.
- transportable,
Puisque le CPP appartient à l'individu, il se déplace avec l'employé d'un job à un autre ; il est utilisable en particulier entre deux emplois.
- volontaires,
les contributions au CPP sont strictement volontaires et elles peuvent être facilement intégrées dans des plans d'épargne autres.

III.4.C. Avantages.

Relativement aux plans d'assurance tiers, le contrat de protection du patient permet, par exemple, une couverture au premier franc pour certains soins et biens médicaux (prévention) et une franchise élevée pour d'autres, sans faire prendre de risques particuliers à l'assureur.

A cet égard, l'assurance "accident du travail" - qui paie des indemnités fixées pour traitement - serait plus viable car si les indemnités sont insuffisantes, les gens pourraient utiliser leur compte pour payer la différence.

III.4.D. Remarques.

a) Cas du marché de l'assurance santé aux États-Unis.

La question de la fiscalité est au coeur des discussions qui ont lieu aux États-Unis en raison de la liberté attachée à l'assurance maladie.

Et les contrats d'épargne médicale ou les contrats de protection du patient sont apportées comme des réponses à cette question.

Il en est ainsi car, depuis 1942, aux États-Unis (cf. encadré ci-dessous) :

- l'employeur verse des primes d'assurance maladie en franchise d'impôt, avec des limitations ; et
- l'employé les verse lui aussi en franchise d'impôt, avec des limitations.

Autre raison pour laquelle la fiscalité est au centre des nouveaux contrats, les subventions fiscales de l'assurance santé sont, pour beaucoup de commentateurs, la cause de la dérive des dépenses médicales, une cause à l'initiative à la fois des employeurs, des employés et des producteurs de soins et biens médicaux (médecins, etc.).

b) Cas de S.S. maladie en France.

i) Fiscalité

La question de la fiscalité se pose différemment en France pour la première double raison que

- la S.S. maladie n'est pas une assurance santé libre et

- les cotisations de SS maladie sont obligatoires et fixées par les hommes de l'État ; pour des juristes, les cotisations sont juridiquement des impôts, pour d'autres, il n'en est pas ainsi (cf. par exemple, Dupeyroux, *op.cit.*).

Comparée aux États-Unis, la France voit donc disparaître une cause invoquée de dérive des dépenses médicales : l'initiative des employeurs !

ii) Caisses de S.S. maladie.

Deuxième raison pour laquelle la question de la fiscalité se pose en vérité d'une façon originale en France, la S.S. maladie donne aux hommes des syndicats dits "représentatifs" un pouvoir et un rôle dans le fonctionnement des caisses de S.S. maladie. Cela n'existe pas aux États-Unis.

De ce point de vue, la situation de la S.S. maladie n'est pas à peu de chose près dans le cas de l'assurance santé des États-Unis :

- un type de personnes original intervient en plus : le syndicaliste chargé de gérer les caisses de sécurité sociale maladie sous tutelle de l'homme de l'État, mais lui aussi considère aujourd'hui que la situation est difficile et doit être réformée
- un type de personnes intervient en moins : l'assureur. Les cotisations SS maladie ne sont pas assises sur les "risques santé" de la personne, mais sur les dépenses maladie de l'économie en général et les revenus de la personne !

Toute réforme de la S.S. maladie suppose de se demander si on veut que ce pouvoir et ce rôle des syndicalistes perdurent. Elle suppose ainsi de dire ce qu'on veut que deviennent les caisses de S.S. maladie.

Selon certains, elle suppose aussi de demander l'avis des hommes des syndicats.

iii) Le marché des soins et biens médicaux.

Troisième raison pour laquelle la question de la fiscalité se pose en vérité d'une façon originale en France, le marché des soins et biens médicaux n'est pas non plus à peu de chose près dans le cas de son homologue aux États-Unis - à l'heure de la globalisation, je soulignerai un instant qu'on est encore loin d'un marché global des soins et biens médicaux ! -

- le secteur public (hospitalisation, par exemple) est beaucoup plus important en France qu'aux États-Unis ;
- les prix ne sont pas libres en France comme aux États-Unis ;
- et aujourd'hui le marché des soins et biens médicaux en France est dans une cage que surveille les hommes de la S.S. maladie.

iv) État

Quatrième et dernière raison pour laquelle la question de la fiscalité se pose d'une façon originale en France, les hommes de l'État ont, depuis le gouvernement Juppé, la maîtrise institutionnelle de la S.S. maladie.

Toute réforme suppose de les priver de leurs nouvelles prérogatives et de faire en sorte que celles-ci soient rendues aux marchés de l'assurance santé et des soins et biens médicaux.

Il reste que si l'État était privé à l'avenir de ses nouvelles prérogatives, il pourrait être l'"assureur" de dernier ressort, et non de premier rang comme le singe aujourd'hui la SS maladie, étant donné l'état actuel de la connaissance.

III.5. Conclusion.

Malgré les différences entre leur pays, les "économistes de la santé" de France croient, comme ceux des États-Unis, qu'il y a un problème de coûts des soins : il y aurait une augmentation excessive du coût.

D'autres croient aussi qu'il y a un problème de qualité : il est de plus en plus difficile de maintenir la qualité.

Les troisièmes pensent enfin que les problèmes de coûts et de qualité sont liés et ont pour cause la façon de payer les soins de santé .

Bref, ils laissent de côté la question de la liberté et celle des institutions (assurance).

Ils ne stigmatisent pas non plus la question fiscale (et pour cause : quel est le statut de la cotisation de SS maladie), ni la question de payer des cotisations fixées arbitrairement.

Malgré ces grandes différences, ils n'hésitent pas à avoir des dénominateurs communs avec leurs homologues : les professions de santé abuseraient, la prétendue gratuité des soins (pour ne pas parler des exclus du système).

Sont, en effet, leurs cibles préférées, depuis longtemps, l'excès de consommation de soins et biens médicaux par les assurés ("médicaments de confort"...) et, depuis quelques années, l'excès de production des professionnels de la santé : j'affirme que ces diagnostics sont non seulement absurdes, mais immoraux.

Le remède proposé à ces excès est lui-même absurde et immoral. Il est en route sous une forme atténuée depuis des années, voire depuis l'origine bien qu'il soit, selon moi, la cause du mal : c'est le renforcement progressif de l'obligation des personnes, c'est-à-dire le rationnement de leur liberté qui a été cantonné à la SS maladie mais qui s'étend de plus en plus à celui des soins et des biens médicaux.

Longtemps dissimulé, le rationnement s'épanouit de plus en plus au grand jour.

Et il passe ces dernières années par la transposition du "managed care" américain en France.

Conclusion

En résumé, nous avons en France, aujourd'hui, à l'orée du XXI^e siècle :

- d'un côté, une SS maladie, système étatique obligatoire de remboursement des dépenses de soins et biens médicaux, dénommée aussi indûment "assurance maladie" (elle ne fait pas d'assurance), qui vit de cotisations obligatoires,
- de l'autre, un marché des soins et biens médicaux de plus en plus dévasté par les réglementations ; par exemple, l'échange, base de ce marché, qu'est le "colloque singulier" médecin-patient, a été fortement écorné, voire est en voie d'être mis de côté, purement et simplement... malgré les engagements constitutionnels, leur reconnaissance périodique ;
- d'un troisième côté, un couplage réglementaire du marché des soins et biens médicaux et de la S.S. maladie qui fait que cette dernière exerce une dominance arbitraire presque totale sur celui-là.

Tout est fait d'ailleurs d'ordinaire pour ne pas distinguer par le discours ou l'écrit, la S.S. maladie et le marché des soins et des produits..., qu'il s'agisse des discours ou des écrits des politiques, des media. Des experts irréprochables s'y laissent prendre.

Ce dernier trait est pour moi la caractéristique que nous sommes en plein socialisme de la santé.

Ce socialisme de la santé est le résultat de la socialisation de la santé qui a été mise en oeuvre véritablement à partir de 1945 et qui devait promouvoir un nouvel ordre social, celui de la protection dont parlait Pareto il y a un siècle (cf. citation en exergue de l'introduction). Au lieu de cela, elle a développé le désordre et induit le chaos. L'URSS a duré un peu plus de soixante dix ans, la S.S. maladie n'en est qu'à un peu plus de cinquante et dans un domaine plus limité puisqu'il s'agit de celui de la santé de la personne. On voit ce qu'on peut imaginer. Essayons d'accélérer les choses néanmoins.

Dans ce but, j'ai exposé des façons d'échapper par la pensée au socialisme de la santé en France et des moyens pour en sortir concrètement.

Je soulignerai à propos des contrats que je viens de présenter rapidement deux grandes propriétés qui ne doivent pas être sous-estimées : ils sont des solutions réelles et morales à ce que nous connaissons aujourd'hui.

C.1. Des solutions réelles et non pas utopiques.

Les divers contrats sont des solutions réelles pour sortir du socialisme de la santé car ils sont fondés sur la réalité et le Droit, et non pas sur l'utopie.

Ils sont fondés sur la réalité telle qu'elle est et non telle que certains voudraient qu'elle soit.

Ils ne sont pas fondés sur des mythes, ils ne sont pas fondés sur les conditionnements qu'on connaît aujourd'hui et qui sont supposés devoir mener à l'utopie.

C.2. Des solutions morales.

Ils sont aussi des solutions morales pour échapper au socialisme de la santé car ils ne sont pas fondés sur le mensonge, ni sur la violence (une violence qui va du mensonge au vol de la responsabilité individuelle par l'obligation réglementaire en passant par la spoliation du travailleur).

Ils sont fondés sur la volonté individuelle des personnes et le respect de la volonté d'autrui.

Face à l'immoralité de la situation actuelle que j'ai rappelée, les contrats d'assurance présentés ont en commun de rétablir la dignité de la personne.

Ils ont en commun qu'en ne les interdisant pas, le législateur rendrait à chacune son droit de propriété sur les fruits de ses efforts, sa responsabilité (sa capacité) juridique et sa liberté de contracter, des éléments de sa dignité dont il n'aurait jamais du le spolier car ils sont au coeur du progrès en matière médicale et en matière d'assurance santé.

Le législateur donnerait ainsi une chance au choix de chacun !

Georges Lane
10 novembre 1998