

## Les mythes pernicioeux de la Sécu dans le domaine de la santé

*La Sécurité sociale dispose en France d'un régime obligatoire d'assurance maladie et d'une clientèle captive - les assurés étant légalement obligés de la financer - depuis 1945-46<sup>1</sup>. Or, ce régime présente des obstacles insurmontables pour l'existence d'une concurrence dans ce domaine. Il a été et continue d'être justifié en grande partie auprès des Français, parce qu'il permettrait une égalité de tous en santé et un financement public de tous les soins dont pourrait avoir besoin la population.*

*Or, plus de soixante ans après, on peut se demander s'il ne s'agit pas de mythes dans les deux cas. Face à l'impossibilité de financer tous les besoins en santé ressentis par les Français, les gouvernements successifs se sont attelés à imposer une maîtrise comptable des dépenses débouchant sur une bureaucratisation croissante du système. En réalité, il serait au contraire temps d'envisager un véritable retour à la concurrence et à plus de place aux choix individuels dans le domaine de la santé.*

### Le mythe de l'égalité devant la santé

Le caractère obligatoire et la situation de "monopole" de la Sécu trouvent l'une de ses principales justifications auprès du grand public dans l'idée qu'il permettrait - grâce à une couverture universelle dans un seul et unique régime - d'offrir le même accès aux soins médicalement nécessaires. A l'aide d'une redistribution des riches vers les pauvres, des biens portants vers les malades, il permettrait ainsi aux Français d'être en bout de ligne égaux devant la santé.

Or, il s'avère illusoire de penser qu'un assujettissement au même assureur public pourrait rendre les assurés égaux en santé.

Tout d'abord, il est évident que la santé dépend de bien d'autres facteurs - style de vie, occupation professionnelle, héritage génétique, etc. - que la seule couverture dont chacun bénéficie. Dans ces conditions il n'est pas étonnant que des écarts de mortalité subsistent en France, aussi bien d'un point de vue géographique qu'entre différentes catégories socioprofessionnelles. Par exemple, les habitants en Midi-Pyrénées ont une espérance de vie à la naissance de près de 4 ans supérieure à celle des habitants dans



le Nord-Pas-de-Calais<sup>2</sup>. Et les cadres de sexe masculin - le même phénomène est également observable, dans un moindre degré, pour les femmes - ont une espérance de vie à 35 ans qui dépasse de 7 ans celle des ouvriers de même sexe<sup>3</sup>.

Ensuite, il faut se rendre compte qu'avoir la même assurance ne permet pas de garantir un accès égal aux ressources médicales. En réalité, des disparités importantes quant à cet accès existent encore de nos jours. Par exemple, le nombre de médecins dont

bénéficient les assurés varie grandement entre les différentes régions dans le pays. La densité est ainsi de 423 médecins pour 100 000 habitants en Ile-de-France d'une part, et de seulement 249 en Picardie<sup>4</sup>, d'autre part.

Même les ressources hospitalières - qui sont pourtant directement sous le contrôle des pouvoirs publics - sont aussi inégalement réparties en termes d'hôpitaux, de nombre de médecins, de nombre de lits et d'équipement médical.

Il existe aussi des inégalités dans l'utilisation du système de santé entre les différents groupes d'assurés. Par exemple, alors que les ouvriers non

<sup>1</sup> Il s'agit du régime obligatoire pour les assurés des professions non agricoles. Les exploitants agricoles auront leur régime obligatoire en 1961. Voir, entre autres, Georges Lane, "Economie appliquée de l'organisation de la sécurité sociale : De 1945 à 2005", disponible à : <http://blog.georgeslane.fr/category/Economie-appliquee-de-lorganisation-de-la-securite-sociale/page/5> et le Portail de la Sécurité sociale, *Historique du système français de sécurité sociale*, disponible à : [http://www.securite-sociale.fr/comprendre/histo/historique/gdes\\_dates.htm](http://www.securite-sociale.fr/comprendre/histo/historique/gdes_dates.htm).

<sup>2</sup> Voir le Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, intitulé *L'avenir de l'assurance maladie : l'urgence d'un redressement par la qualité*, Annexe 49, 2004, p. 222, disponible à : [http://www.rees-france.com/article.php3?id\\_article=22](http://www.rees-france.com/article.php3?id_article=22).

<sup>3</sup> Les données concernent la période 1991-1999 : voir Christian Monteil et Isabelle Robert-Bobée, division Enquêtes et études démographiques de l'Insee, "Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes", *Insee Première*, N° 1025, juin 2005, disponible à : [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP1025.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1025.pdf).

<sup>4</sup> Voir le Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Op. cit., Annexe 52. Les données sont pour l'année 2001.

qualifiés font dépenser davantage de fonds publics en soins hospitaliers à âge et sexe identiques, ce sont les cadres qui consomment davantage en médicaments ou en soins de ville (visites chez un généraliste ou un spécialiste, soins dentaires ou optiques, analyses biologiques etc.)<sup>5</sup>.

Enfin, même si la Sécu permet en effet une redistribution en faveur de ceux qui n'ont pas les moyens financiers pour se payer leurs soins de santé, il est aussi à l'origine de plusieurs cas de figures où la redistribution s'opère à l'envers aux dépens de personnes moins fortunées.

Le cas le plus évident - qui risque de devenir davantage courant avec le vieillissement de la population - est celui d'un ouvrier peu qualifié ou d'un employé à bas salaire, mais en bonne santé (dont le risque maladie est faible) qui se voit prélever une part anormalement élevée de sa rémunération. Il se retrouve obligé de subventionner les soins dispendieux de personnes âgées, même si ces dernières peuvent avoir accumulé un patrimoine important et se trouver dans une situation plus aisée.

### Le mythe des ressources illimitées

La deuxième croyance est qu'en "socialisant" le financement des soins par le monopole de la Sécu, les Français - ne sachant pas ce qu'ils paient réellement - pourraient s'en remettre à la collectivité pour une prise en charge quasi-totale de leurs besoins en santé. Ils ont ainsi l'impression que les ressources collectives seraient devenues illimitées et qu'en cas de besoin il suffirait, avec l'aide de l'Etat, de prélever davantage.

Grâce à la redistribution pratiquée par la Sécu, il serait possible de répondre à tous les besoins en santé que pourraient avoir les Français, et ce, quels que soient leurs revenus. Le choix semble s'imposer de lui-même. Qui n'opterait pas pour un système où tous les patients recevraient les soins dont ils auraient besoin?

Or, là encore il s'agit d'un mythe. Le fait est que dans le domaine de la santé, comme dans tout autre domaine de la vie économique, les ressources sont rares et limitées. Face à l'apparente gratuité des soins due à cette "socialisation" forcée, c'est la demande de soins qui explose. C'est ainsi que l'assurance maladie publique affiche des déficits depuis pratiquement ses débuts dans les années 1950. Le dernier déficit du seul régime général se

monte ainsi à 8 milliards d'euros en 2005, soit environ 6% de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) cette même année<sup>6</sup>.

La "socialisation" des dépenses en santé a aussi des effets indirects. En effet, les contributions obligatoires et les charges sociales sur lesquelles repose ce dernier - à l'instar de véritables impôts - pénalisent l'activité économique et la compétitivité des entreprises installées en France. Elles sont également source de chômage en renchérisant le coût de la main d'oeuvre.

Bref, le caractère obligatoire de la Sécu a des conséquences face auxquelles les hommes politiques ne restent pas insensibles ce qui peut expliquer qu'ils veuillent sans arrêt limiter et maîtriser *in fine* les coûts du système de santé et les fonds publics qui y sont consacrés.

### Déremboursements arbitraires et bureaucratisation croissante du système de santé

Obligés de tenir compte de la simple réalité économique que les ressources ne sont pas illimitées, les pouvoirs publics ont, depuis plus de trente ans, mis en place des réformes pour décider à la place des patients ceux de leurs besoins qui méritent d'être pleinement couverts et ceux qui ne le méritent pas.

L'introduction et l'extension des tickets modérateurs pour des soins de ville ou l'achat de médicaments, entre autres mesures, s'inscrivent dans une telle démarche de l'assurance maladie publique.

Plus récemment, au lieu de laisser les patients - aidés le cas échéant par leur médecin - évaluer l'utilité de tel ou tel produit ou dispositif médical dans leur cas personnel, celle-là est déterminée par un organisme public, la *Haute autorité de santé*. Et dans le cas où elle est jugée insuffisante (en jargon bureaucratique on parle de service médical rendu (SMR) insuffisant), le produit ou le dispositif n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire, sans que ses ultimes bénéficiaires - les patients - n'aient finalement aucune voix au chapitre.

Cependant, comme le souligne un rapport de la *Cour des comptes* dans le cas du médicament, "(un) produit à SMR insuffisant qui est déremboursé ne signifie pas qu'il n'est pas efficace pour une pathologie donnée mais simplement que la collectivité souhaite consacrer ses ressources, par nature limitées, à d'autres prises en charge qu'elle juge plus utiles

<sup>5</sup> Voir le Rapport du *Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, Op. cit., p. 35 et Annexe 7.

<sup>6</sup> Voir le Rapport de la Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, septembre 2006, p. 7 et p. 78, disponible à : <http://www.ccomptes.fr/cour-des-Comptes/publications/rapports/secu2006/rapport-secu06.pdf>.

collectivement"<sup>7</sup>. Ainsi, au lieu de satisfaire tous les besoins en santé des Français, l'imposition de l'assurance publique aboutit à ce que des bureaucrates décident arbitrairement à leur place.

Mais ce n'est pas tout. L'existence d'un "monopole public de fait" dans le domaine de l'assurance a aussi un impact sur l'ensemble du système de santé. Les pouvoirs publics sont en effet en mesure d'exercer également un contrôle sur les fournisseurs de soins. A cet égard, depuis le début des années 1990, la politique de la santé en France a pris un nouveau virage, confirmé par la réforme de 2004.

Jusque là, la Sécu était avant tout un "assureur" public dont le rôle principal se résumait en grande partie à couvrir la dépense. Il y avait déjà en effet un contrôle sur l'offre de soins à travers l'existence de tarifs conventionnés, la réglementation des médecins de secteur 2, ou encore la "carte sanitaire"<sup>8</sup> pour les soins hospitaliers, mais ces mesures restaient relativement limitées. Aujourd'hui, la tendance à la planification et à l'organisation de l'ensemble du système des soins<sup>9</sup> au contraire s'accroît. Comme le souligne le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, "l'assurance maladie ne peut plus se contenter d'être un simple dispositif de paiement pour des soins qui s'organiseraient tout seuls"<sup>10</sup>.

Le dossier médical personnel, le dispositif de médecin traitant, le parcours de soins, l'imposition de plafonds pour les dépenses de santé (ONDAM), sont parmi la multitude de mesures prises avec cette volonté de contrôler la totalité du système de santé.

De telles mesures peuvent avoir leur utilité dans un marché réellement concurrentiel où elles doivent passer le "test du marché", les assurés ayant la possibilité de changer d'assureur, s'ils ne sont pas satisfaits. Cependant dans un contexte de "clientèle" captive comme celui de la Sécu en France, elles peuvent se transformer en une simple politique de maîtrise comptable des coûts et de planification

<sup>7</sup> Voir le Rapport de la Cour des comptes, Op. cit., p. 44.

<sup>8</sup> La "carte sanitaire" est à la santé ce qu'est la "carte scolaire" à l'éducation, un moyen de planification par l'Etat, à la soviétique, des besoins et de l'utilisation des ressources hospitalières.

<sup>9</sup> Il s'agit d'une pratique largement utilisée aux Etats-Unis à travers l'organisation de réseaux intégrés de soins de santé (Health Maintenance Organizations ou HMOs). Contrairement aux assurances traditionnelles, les HMO organisent et fournissent l'ensemble des soins à leurs assurés. Mais contrairement à la France, il y a une concurrence provenant d'autres HMOs et des assureurs traditionnels. Les assurés sont en mesure de sanctionner les choix de leur HMO en optant pour un assureur concurrent, si ceux-là ne leur conviennent pas. C'est cette concurrence qui pousse les HMOs à utiliser des stratégies de maîtrise des coûts qui représentent une véritable valeur ajoutée pour les patients.

<sup>10</sup> Voir le Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Op. cit., p. 7.

centralisée des soins par les pouvoirs publics, débouchant sur une bureaucratisation croissante de notre système de santé.

### **L'inefficacité et les dangers de la bureaucratisation**

Un secteur de médecine libérale bien développé et concurrentiel et une offre hospitalière autant publique que privée sont traditionnellement les avantages du système de santé français comparativement aux systèmes complètement nationalisés, à l'image de ceux en Angleterre ou au Canada. Ce sont ces avantages qui rendent notre système de santé plus flexible et qui garantissaient en bout de ligne aux patients de recevoir des soins sans files d'attente, contrairement à la situation dans ces pays-là.

Mais au nom de l'impossible égalité en santé et en réponse au caractère limité des ressources, le système français se transforme de plus en plus en un système de rationnement bureaucratique des

soins. Sous la pression de la maîtrise comptable des dépenses, cette transformation se fait au détriment des patients et de la liberté d'exercice des professionnels de santé qui les soignent. Ce n'est pas un hasard si le *Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie* précise d'ores et déjà qu'il faut "s'interroger sur le bien fondé de la totale liberté d'installation des professionnels de santé libéraux"<sup>11</sup>.

Sous la pression grandissante d'une réduction des dépenses du régime public, les Français sont en train de perdre petit à petit les avantages que présente leur système de santé. Cependant, la maîtrise comptable des dépenses risque non seulement de ne pas produire les effets escomptés, mais de déboucher sur des performances médiocres pour les patients. Même dans les pays qui pratiquent systématiquement la planification centralisée et la bureaucratisation de l'ensemble de leur système de santé, les dépenses publiques continuent à s'envoler.

A cet égard, l'exemple du Canada est fort instructif<sup>12</sup>. Les dépenses publiques per capita, en tenant compte de l'inflation, y ont pratiquement doublé en 30 ans. Malgré cette augmentation considérable, il existe d'importants temps d'attente qui non seulement n'ont pas diminué, mais ont au contraire explosé entre 1993 et 2006, passant en moyenne de 9,3 à 17,8 semaines<sup>13</sup>. Dans un tel système où il y a un monopole

<sup>11</sup> Voir le Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Op. cit., p. 23.

<sup>12</sup> Voir Valentin Petkantchin, "Le financement de la santé par l'assurance maladie privée", Note économique, *Institut économique de Montréal*, 2005, disponible à : [http://www.iedm.org/main/show\\_publications\\_fr.php?publications\\_id=116](http://www.iedm.org/main/show_publications_fr.php?publications_id=116).

<sup>13</sup> Il s'agit du temps d'attente médian entre le moment où un -->

public total pour les soins, jugés médicalement requis, les patients souffrent et parfois meurent sur les listes d'attente avant de recevoir les soins. La Cour suprême du Canada souligne en effet qu'il existe "une preuve incontestée que, dans des cas graves, des patients meurent en raison de listes d'attente pour la prestation de soins de santé publics"<sup>14</sup>.

“Sous la pression grandissante d'une réduction des dépenses du régime public, les Français sont en train de perdre petit à petit les avantages que présente leur système de santé.”



A l'inconvénient d'un monopole public d'assurance maladie pour les assurés, viennent ainsi s'ajouter les inconvénients et les rigidités d'un système public des soins pour les patients canadiens.

### **Pour un véritable retour à la concurrence**

Si on ne veut pas subir à terme les inconvénients d'une telle politique de maîtrise comptable des dépenses et de rationnement, il est temps de considérer une réelle ouverture dans le domaine de l'assurance maladie à la concurrence tout en laissant la liberté d'exercice aux professionnels de santé.

Dans un tel système il est toujours possible de financer, si nécessaire, la couverture des plus démunis par des chèques "assurance maladie". Un tel système leur permettrait de s'acheter la couverture maladie auprès de l'assureur de leur choix tout en profitant de la concurrence entre ces derniers.

Le fait de vouloir fournir une assurance maladie aux personnes sans ressources ne justifie pas automatiquement l'instauration d'un système public à l'image de celui de la Sécu en France. L'aide publique, si jamais elle était jugée nécessaire dans certains cas sans pour autant tenter vainement de contrôler et planifier l'ensemble du système à la quête d'un hypothétique équilibre des comptes, peut s'effectuer en finançant directement la couverture des bénéficiaires des soins de santé.

Après tout, en Europe, des pays comme la Suisse, les Pays-Bas ou l'Allemagne ont un système qui ne repose pas, ou du moins pas entièrement dans le cas de cette dernière, sur l'adhésion obligatoire à une assurance publique unique. Les assurés ont le choix de leur compagnie d'assurance et les assureurs peuvent se faire concurrence, même si celle-ci reste fortement réglementée.

### **Conclusion**

Le caractère obligatoire de la Sécu se justifie en grande partie auprès des Français car cela permettrait une égalité de tous devant la santé et serait une source de ressources illimitées finançant tous les besoins de la population.

Malheureusement, il s'agit de véritables mythes et face au caractère forcément limité des ressources médicales, les pouvoirs publics et la Sécu se sont attelés à planifier le système de soins dans son ensemble. La France risque de rejoindre ainsi le groupe des pays où le rationnement des soins et les files d'attente posent de sérieux problèmes d'accès aux soins pour les malades.

Tout au contraire, au lieu de nationaliser le système de soins, la France devrait ouvrir le domaine de l'assurance maladie à la concurrence laissant davantage de place aux décisions individuelles en matière de couverture pour les assurés, de liberté de choix pour les patients et de liberté d'exercice pour les professionnels de santé.

<sup>13</sup> --> patient est référé par un généraliste et le début du traitement, toutes spécialités confondues. Voir Nadeem Esmail, Michael Walker et Dominika Wrona, "Waiting your turn: Hospital waiting lists in Canada", Fraser Institute, *Critical Issues Bulletin*, octobre 2006, p. 37, disponible à : <http://www.fraserinstitute.ca/shared/readmore.asp?sNav=pb&id=863>.

<sup>14</sup> Voir le jugement de la Cour Suprême du Canada dans l'affaire *Chaoulli et Zeliotis c. Québec*, rendu en 2005, point 123, disponible à <http://scs.lexum.umontreal.ca/fr/2005/2005csc35/2005csc35.html>. Ce jugement a en conséquence ordonné de lever l'interdiction des assurances maladie privées dans la province de Québec, abrogeant logiquement par la même occasion le monopole de l'assurance maladie publique.

### **Institut Economique Molinari**

rue Luxembourg, 23 bte 1  
1000 Bruxelles  
Belgique  
Tél. +32 2 506 40 06  
Fax +32 2 506 40 09  
e-mail:  
cecile@institutmolinari.org  
www.institutmolinari.org

L'Institut Economique Molinari est un institut de recherche et d'éducation indépendant et sans but lucratif.

L'Institut s'est fixé comme mission de proposer des solutions alternatives et innovantes favorables à la prospérité de l'ensemble des individus composant la société.

Reproduction autorisée à condition de mentionner la source.

© Institut Economique Molinari

Printed in Belgium

Design by LEONard