

Santé publique, santé en danger

Executive Summary

Une étude de Jean-Luc Migué,
Senior Fellow à l'Institut Fraser (Canada)
Chercheur associé à l'Institut Turgot

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

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

Cinq enseignements

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

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

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

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

1. il explose toute la mythologie traditionnelle dans laquelle se drapait le système de santé français pour justifier sa légitimité aux yeux de l'opinion ;

2. il fait clairement apparaître le caractère partiel – et donc voué à l'échec – des problématiques de réforme qui guident l'action présente des pouvoirs publics ;
3. il apporte une explication convaincante des raisons pour lesquelles notre régime actuel de santé est ce qu'il est ;
4. il énonce clairement ce que devraient être les fondements d'une politique libérale de la santé ;
5. enfin, il présente une réfutation de l'ensemble des arguments habituellement avancés pour discréditer par avance toute réforme de la santé fondée sur l'application d'idées libérales.

Mythologie française

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

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

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

Par ailleurs, contrairement aux apparences, le régime de santé français n'est pas moins étatique que les autres. En réalité, au-delà de certaines particularités juridiques et institutionnelles, tous les systèmes de santé des grands pays occidentaux appartiennent à la même famille, et subissent la même dérive planiste. Les grandes différences institutionnelles du régime français ne sont plus que des survivances ponctuelles du passé, à l'abri desquelles on camoufle la nature réelle de l'évolution en cours.

Planification centralisée

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

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

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

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

Pérestroïka

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

Mais le fond du problème – les méfaits et effets pervers d'un système fondé sur la quasi-gratuité des services, et donc une gestion administrative de l'économie de la santé – n'est jamais abordé. Ces défauts sont de même nature que ceux qui, en son temps, affectaient l'économie soviétique. L'absence de marchés libres et le remplacement des prix de marché par des prix administrés privent les décideurs de l'information nécessaire. Le système manque de boussole. C'est ce qui a conduit les gouvernements, fussent-ils animés des meilleures intentions, à l'échec de leurs plans. Le système se trouve dans l'incapacité de révéler et de satisfaire les préférences de ceux qui sont directement concernés (patients, médecins, hôpitaux) ou de faire ses choix en fonction d'une connaissance des coûts réels – car ceux-ci résultent de la concurrence et de l'innovation, et sont donc sans relation avec les coûts comptables d'aujourd'hui ou leur modification prévisible dans le cadre d'une santé administrée. L'aboutissement est une logique d'accumulation de gaspillages, qui, en dépit du discours officiel sur la solidarité, entretient une inégalité croissante dans la distribution des soins et services¹.

Il n'y a pas de raison que les mêmes techniques de gestion planiste de la rareté ne conduisent pas à des conséquences identiques, même si celles-ci se limitent au seul domaine de la santé. La congestion des services d'urgence des hôpitaux, les excédents de capacité d'accueil dans certaines régions, le sous-équipement en technologies de pointe d'autres parties du territoire, l'insatisfaction croissante des personnels et la multiplication des conflits professionnels, mais aussi l'impatience montante des malades face à leurs conditions d'accueil et de prise en charge, sont autant d'éléments qui traduisent à la fois l'existence d'une crise profonde et latente et l'émergence d'un **chaos décisionnel** dont la nature n'est pas éloignée du mal qui a fini par porter les systèmes socialistes².

¹ Voilà plusieurs décennies que les pouvoirs publics justifient leur préférence pour une politique de planisme médical en arguant de la nécessité de réduire les disparités géographiques dans l'accès des populations à une médecine moderne et efficace. Et pourtant, rappelle Jean-Luc Migué, celles-ci sont toujours aussi importantes.

² Pour le Professeur Migué, l'épisode de la canicule de l'été 2003 est plus qu'un simple accident. C'est aussi le signe précurseur du genre de dysfonctionnements pathologiques qui, à l'avenir, sont vraisemblablement appelés à se multiplier du fait des lourdeurs de plus en plus soviétiques de notre appareil de gestion de la santé.

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

Une santé de plus en plus malade

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

C'est aux Etats-Unis, dans le cadre expérimental des premiers centres de médecine organisée (les célèbres HMOs), que les techniques d'administration quantitative de la santé sont nées. Mais elles s'y sont développées dans un contexte de pluralité des expériences et de concurrence entre filières de soins, qui a permis de préserver une certaine vérité des prix et de maintenir une dynamique d'innovation permanente. Ainsi, ce n'est pas un hasard si l'Amérique s'affirme chaque jour davantage comme le principal centre innovant en matière de recherche médicale, de mise sur le marché de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques thérapeutiques, ainsi que pour la mise au point de nouveaux concepts d'organisation et de gestion des activités de santé. La plupart des méthodes utilisées aujourd'hui dans la rationalisation des choix de notre Sécurité sociale dérivent en fait d'outils et d'instruments qui furent d'abord mis au point dans le contexte concurrentiel américain.

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

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

La dictature de l'électeur médian

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

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

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

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

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

Santé et marché politique

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

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

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

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

Comptes d'épargne-santé

Que faire ? Y a-t-il une réponse libérale ? Jean-Luc Migué propose une solution qui consiste à libérer complètement l'offre de soins de santé et d'assurance médicale (suppression du monopole de la sécurité

sociale), tout en l'accompagnant par la création d'un mécanisme d'épargne-santé, lui-même épaulé par l'institution d'un dispositif de crédit d'impôt.

Brièvement résumé, le système serait le suivant. Chaque personne – individuellement, ou du fait des choix proposés par son entreprise – retrouverait la liberté de refuser de cotiser au système national d'assurance maladie. La capacité de sélectionner librement son assureur – privé, mutualiste ou public, français ou étranger – serait rétablie. Cependant un mécanisme serait introduit pour inciter les compagnies d'assurances à offrir des contrats comportant une clause de franchise relativement importante (de l'ordre de 2000 euros par an)³. Les assurés seraient ainsi contraints de financer par eux-mêmes leurs petites dépenses de soins médicaux et de médicaments, tout en restant certains de voir leurs grosses dépenses (accidents, opérations chirurgicales, longues maladies) prises en charge par leur assureur. Toutefois, pour effectuer ces règlements, chacun serait autorisé à ouvrir auprès de sa banque un « compte d'épargne santé », abondé par des versements effectués en franchise d'impôt sur le revenu, et provenant soit de la personne elle-même, soit de son entreprise, voire d'aides publiques individuelles⁴.

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

Casser l'engrenage

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

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

³ Ce mécanisme de franchise correspond à l'usage courant en matière d'assurance automobile qui fait qu'une réparation n'est prise en charge que si elle dépasse un certain montant minimum. Au-dessous de ce montant, la dépense est à la charge de l'assuré.

⁴ La franchise d'impôt se justifie par la nécessité de ne rien changer à la situation relative de l'usager. Dans le système de sécurité sociale publique, les dépenses de santé sont réglées par chaque ménage grâce à un « revenu » supplémentaire qui n'est pas imposé (ce « revenu » est égal à la somme des remboursements dont il bénéficie au cours de l'année). Si l'on passe à un régime d'assurances privées, les mêmes dépenses seront réglées par le même ménage grâce à des ressources personnelles qui, elles, auront à acquitter l'impôt. La même visite chez le médecin, le même médicament coûteront plus chers. Au total, les mêmes prestations de santé seront produites pour un coût global égal au supplément d'impôts perçus. Le niveau de la pression fiscale aura subrepticement augmenté d'autant. C'est cela que le mécanisme du compte d'épargne défiscalisée permet d'éviter.

publique et n'est, finalement, pas moins arbitraire que n'importe quelle autre forme d'interférence réglementaire.

Cette intervention minimale trouve cependant sa justification dans la nécessité de casser l'engrenage d'irresponsabilité financière liée au phénomène d'aléa moral, bien connu dans la théorie de l'assurance. Il ne suffit pas de privatiser l'assurance, ni même d'y introduire une forte dose de concurrence, pour préserver le système de santé de la faillite annoncée. En effet, si le secteur privé continue d'offrir uniquement des contrats à faible niveau de franchise, la même cause – la quasi-gratuité – produira les mêmes effets pervers que ceux rencontrés aujourd'hui : une consommation débridée, rendant insoutenable tout système d'assurance maladie, qu'il soit privé ou public. Ce ne sont plus les caisses de l'Etat qui se trouveront régulièrement menacées de faillite, mais celles des entreprises – à leur tour contraintes de rationner l'offre, et donc d'intervenir directement dans la production de soins, de façon à y développer leurs propres techniques de gestion administrée (comme c'est le cas pour les chaînes américaines de HMOs, pour lesquelles on constate, depuis une dizaine d'années, un phénomène identique de dégradation de la qualité des prestations fournies)⁵.

Dans ce contexte, il n'est donc pas interdit de penser qu'un petit coup de pouce réglementaire, sous la forme d'une contrainte de franchise minimale puisse ne pas être inutile pour changer d'emblée des comportements qui sont désormais ancrés dans les mœurs⁶.

Réfutations

Il reste cependant encore à disposer des nombreuses objections traditionnellement opposées par la pensée unique et le politiquement correct à l'encontre de toute solution de caractère libéral. La liste des arguments sollicités est particulièrement longue. Elle a donné naissance à une doctrine économique bien rôdée : la théorie dite des « défaillances » du marché. Les experts de la santé ne manquent jamais d'excuses pour justifier leur refus de prendre au sérieux les propositions libérales.

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

⁵ Ceci n'est pas incompatible avec ce qui a été dit plus haut à propos de la plus grande efficacité du système de santé américain, en raison du caractère privé et concurrentiel des systèmes de gestion administrée de la santé pratiqués outre-Atlantique. Ce n'est qu'une question de position relative.

⁶ Une autre contrainte réglementaire minimale inévitable est l'obligation de s'assurer individuellement contre la maladie (comme l'assurance automobile obligatoire). Aux Etats-Unis, la pratique des plans d'épargne santé s'est développée dans le cadre des choix d'assurance offerts par les entreprises à leurs salariés. Mais cette technique a un inconvénient : la durée du contrat d'assurance est liée à la durée du contrat d'embauche. Le salarié est contraint de renégocier un nouveau contrat d'assurance à chaque fois qu'il change d'emploi., alors que ce qu'il faudrait encourager est l'offre par les assureurs de contrats de très longue durée, voire de durée indéfinie (pour éviter les phénomènes de « sélection adverse » à chaque renégociation). C'est pour cela ce que l'intention du gouvernement Bush est de généraliser la formule des plans d'épargne santé « individuels », au détriment des formules collectives.

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

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

Toutes ces critiques ont en commun qu'elles découlent d'une approche statique et irréaliste de l'équilibre économique. Sa caractéristique, à l'opposé de la pensée libérale, est de traiter l'innovation humaine comme un événement externe, un pur fait de l'esprit détaché de toute référence à la dynamique des structures institutionnelles qui, dans le monde réel, conditionnent les incitations et les motivations⁷.

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

Tout l'argent du monde...

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

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

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

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

⁷ Sur cette importante question, voir en particulier les remarques présentées par Pascal Salin et Henri Lepage dans leur préface à l'étude du Professeur Migué.