

Bienfaits et limites du capitalisme sanitaire

Avant d'aborder le thème qui m'est imparti ce matin et tenter de modestement contribuer à repenser le capitalisme sanitaire, en n'étant d'ailleurs pas certain qu'il ait jamais été pensé, laissez-moi évoquer en quelques mots le thème ambitieux du colloque : « liberté, santé, inégalité » et notamment le sujet des inégalités. Guy Vallancien a choisi d'aborder les questions majeures de la philosophie politique des dix-neuvièmes et vingtièmes siècles, je ne ferai que les effleurer.

Dans une première partie, après avoir rappelé qu'il existe des inégalités socialement justifiées, je montrerai que la classe politique française se passionne - au point de se déchirer - pour les égalités de droit, en négligeant superbement les inégalités de fait. En outre, si elle clame et proclame qu'elle va réduire les inégalités, elle a le plus souvent aucune idée de la manière d'y parvenir.

Dans la seconde partie, je prendrai trois exemples contrastés : l'industrie pharmaceutique, l'hôpital et l'assurance maladie pour montrer dans quelles conditions le capitalisme peut être collectivement bénéfique ou ... néfaste.

Inégalités

Dieu a dit : « il y aura des hommes blancs, il y aura des hommes noirs, il y aura des hommes grands, il y aura des hommes petits, il y aura des hommes beaux et il y aura des hommes moches, et tous seront égaux; mais ça sera pas facile... »

Et puis il a dit : « Y en aura même qui seront noirs, petits et moches, et pour eux ça sera très dur ! » (Coluche)

I) Il existe des inégalités socialement justes

Alexis de Tocqueville avait déjà vu les tensions, sinon les contradictions, entre liberté et égalité, mais les réflexions contemporaines en la matière doivent beaucoup à John Rawls qui, dans sa « Théorie de la justice » se demande s'il peut exister de justes inégalités alors que, dit-il, « *la vérité et la justice ne souffrent d'aucun compromis* ». Je n'évoquerai qu'en quelques mots ici les fondements de sa théorie, mal connue en France et pourtant œuvre majeure de la seconde moitié du vingtième siècle.

Pour que les principes imaginés par Rawls s'appliquent, il faut une condition préalable qui est ce qu'il appelle le *voile de l'ignorance*, par-là il entend qu'à leur naissance, les hommes ignorent leur situation réelle autrement dit, ils ignorent tout de leur devenir biologique et

social. Si tel est bien le cas, selon lui, il est alors possible de trouver des règles politiquement et socialement équitables. Ainsi ses deux principes de justice sont :

1. *« Chaque personne a droit à un système pleinement adéquat de libertés de base égales pour tous, compatible avec un même système de liberté pour tous.*
2. *Les inégalités sociales et économiques doivent satisfaire à deux conditions :*
 1. *Elles doivent d'abord être attachées à des fonctions et à des positions ouvertes à tous, dans des conditions de juste égalité des chances,*
 2. *Elles doivent procurer le plus grand bénéfice aux membres les plus désavantagés de la société. »¹*

Si je l'évoque ici, c'est que contrairement à la pensée aussi superficielle que béate de mes contemporains, je pense avec Rawls qu'ils y a des inégalités acceptables, notamment quand il y a eu à l'origine une égalité des chances. Bien entendu, par ailleurs, demeurent des inégalités aussi nombreuses qu'intolérables et j'aurais passé ma vie professionnelle à tenter, sans grand succès, d'en réduire certaines.

II) **Egalité de droit - Inégalités de fait**

La cause première de cette incapacité collective à véritablement réduire certaines inégalités provient du fait, qu'en France, on se moque royalement des inégalités de fait car l'on se cantonne à des débats aussi infinis que passionnés sur l'égalité des principes de droit. Le vaste champ des inégalités aussi tangibles qu'injustifiées perdure, notamment pour des questions d'égalité de principe : « moi aussi j'y ai droit » ! Certes, mais êtes-vous prioritaires ? Ainsi, par exemple, faut-il autant de dentistes scolaires dans le 7^{ème} arrondissement de Paris qu'en Seine Saint-Denis ? Et les exemples abondent sur le mépris de faits connus, anciens, documentés et pour certains, regrettables, voire scandaleux.

- Peu importe que les pharmacies d'officines soient deux fois plus nombreuses dans le sud que dans le nord de la France, puisqu'existe depuis 1941 une loi qui affirme que le ratio de pharmacies d'officine par millier d'habitants est le même partout.
- Peu importe que les places pour personnes âgées dépendantes varient de un à six par département, puisqu'existaient autrefois une carte sanitaire et aujourd'hui des schémas d'organisation sanitaire gérés par les ARS qui affirment que chacun a partout les mêmes droits aux mêmes (!) soins.

¹ John Rawls, *Libéralisme politique* (1993), trad. par Catherine Audard, Paris, PUF, 1995.

- Peu importe que les dépenses de soins, en contrôlant pour l'âge et le sexe, varient de 40% entre les régions métropolitaines puisque le système répond aux besoins (terme vide de sens car le plus souvent tautologique) de la population.
- Peu importe que les dépenses de cardiologie varient de un à neuf par département, puisque les médecins prescrivent toujours à bon escient.
- Peu importe que les radiologues aient un revenu imposable presque trois fois supérieur à celui des généralistes puisque cela a toujours été comme cela.
- Peu importe que votre chance d'être bien soigné varie infiniment (l'infini étant ici la différence entre la vie et la mort) d'un praticien à l'autre, d'un hôpital à l'autre, puisque les médecins sont tous aussi bien formés et tous aussi compétents.
- Peu importe ...

Quand on évoque la question des inégalités en santé, on se limite le plus souvent au seul aspect financier de l'accès aux soins médicaux. Les enquêtes récentes montrent en effet que les Français disent retarder certains soins pour des raisons financières, mais il s'agit surtout de l'optique et du dentaire, les autres soins médicaux sont peu cités (5% des cas) et pour cause : non seulement la CMU existe, mais encore les consultations hospitalières sont tarifées au secteur 1. Il s'agit donc plus d'inconfort (la personne n'a pas accès immédiatement à tous les médecins qu'elle souhaiterait consulter) que d'impossibilité matérielle. En France, donc les inégalités de revenu ne sont pas, loin s'en faut, les formes les plus criantes d'inégalités. La fixation des partis de Gauche sur cette seule question empêche d'ailleurs, à mon avis, de traiter des autres formes d'inégalité, beaucoup plus lourdes de conséquences, notamment celles qui touchent directement à l'inégalité des pratiques médicales.

III) Réduire les inégalités en santé, peut-être, mais comment ?

L'ambition de notre colloque ne vous aura pas échappé, en effet les organisateurs ont souhaité que nous traitions des inégalités de santé et pas seulement des inégalités de soins. Je n'évoquerai ici que la très grande difficulté de la tâche. Déjà, dans le domaine des soins, on n'y parvient pas ou peu, mais chacun sait ici que la santé ne touche pas qu'à la médecine mais aussi aux croyances, à l'éducation, aux conditions de vie, aux habitudes alimentaires, sexuelles ... et que si l'on constate les inégalités sociales de santé, on ne sait pas comment les réduire, même quand l'on découvre, par exemple, que l'espérance de vie d'une personne est très corrélée au niveau d'éducation de sa mère. On a aussi appris que beaucoup de campagnes de dépistage ne touchaient qu'une catégorie de la population, toujours la même : la plus éduquée. Alors, comment atteindre les gens que l'on n'arrive pas à toucher, malgré de nombreux et louables efforts ? Faut-il encore augmenter le prix des cigarettes

alors que la taxe sur le tabac est devenue un impôt qui pèse avant tout sur les pauvres et qu'ils ne font pas ou peu de lien entre leur comportement actuel de fumeur et leur santé futur ?

Ces brèves remarques ne sont qu'un plaidoyer pour la modestie : cessons, d'avoir à bon compte de bons sentiments ! Regardons la réalité en face et évaluons les politiques publiques dont le plus grand nombre n'atteignent pas leurs objectifs parce qu'il n'y a pas de liens entre les moyens mis en œuvre (quand ils existent) et les objectifs affichés.

Capitalisme

« Le capitalisme est cette croyance stupéfiante que les pires des hommes feront les pires choses pour le plus grand bien de tout le monde » (John Maynard Keynes) »

Depuis Adam Smith et son *homo œconomicus*, singulier et égoïste qui, en cherchant son intérêt personnel contribue au bien de l'humanité grâce à une « main invisible », la pensée économique a évolué, à commencer par Keynes, mais aussi celle des utilitaristes (Jeremy Bentham, John Stuart Mill), ou encore, plus tard, de John Rawls qui offre une place à l'intérêt collectif. Nous avons en outre la chance d'avoir ce matin avec nous mon collègue et ami, Julian le Grand, qui par ses travaux a beaucoup contribué à la notion de quasi-marché et a montré, notamment, comment ils pouvaient s'appliquer au domaine de la santé.

La pensée économique a progressé en plus de deux siècles. Ce n'est d'ailleurs pas tant qu'Adam Smith ait aujourd'hui systématiquement tort : dans certains cas, quand on s'approche des conditions d'un marché « pur et parfait », la main invisible fonctionne - ainsi en un siècle la qualité des automobiles, comme celle des raquettes de tennis, s'est grandement améliorée et leur prix a baissé - mais il est clair que dans certaines circonstances la somme des intérêts individuels ne conduit pas à l'intérêt collectif, loin s'en faut. Partons de quelques faits empiriques.

IV) L'industrie pharmaceutique

Pratiquement toutes, sinon toutes, les molécules de la pharmacopée mondiale contemporaines ont été découvertes dans des pays libéraux, par des entreprises privées. Jusqu'à la Chine d'aujourd'hui, les pays communistes (mais la Chine est-elle communiste ?) n'ont découvert aucun médicament.

En revanche, ces entreprises s'intéressant d'abord aux marchés solvables et donc, dans les pays riches, plus aux causes de morbidité fréquentes qu'aux causes de mortalité et, par ailleurs, plus aux pays du Nord qu'aux pays du Sud. En outre, en cas de découverte d'une molécule qui conduit à un progrès thérapeutique remarquable avec des risques acceptables,

ces entreprises demandent toutes de sortir provisoirement des conditions de concurrence et de bénéficier du monopôle permis par le brevet déposé au moment de la découverte de la molécule. Autrement dit, pour partie, le marché ne fonctionne que quand l'on sort des conditions de la concurrence que les entreprises vont à tout prix essayer de faire perdurer. Il n'est pas besoin d'avoir longtemps étudié l'économie pour savoir qu'alors, le contrôle des prix s'impose. En outre, ceci ne résout pas la question de la distorsion entre la demande des patients de la planète et l'orientation des recherches de ces entreprises qui ne s'intéressent qu'à la demande solvable.

Enfin, du fait de la financiarisation de l'économie, on peut se demander aujourd'hui si les entreprises pharmaceutiques qui autrefois gagnaient de l'argent pour produire des médicaments, ne se sont pas mises à produire des médicaments pour gagner de l'argent. Il suffit pour s'en convaincre de constater les sommes considérables consacrées par beaucoup d'entre elles à racheter leurs actions et ainsi à augmenter la rentabilité du capital investi, plutôt que d'utiliser cet argent pour développer de nouveaux produits. On pourrait également souligner la productivité faible de cette industrie, sa faible prise de risque, si bien qu'elle n'innove qu'en achetant des start-up !

V) L'hôpital

Pour ce qui est de l'hôpital, le cas français illustre le fait que le secteur privé à but lucratif est plus efficace que le secteur public. Je sais que la clarté de cette affirmation va en choquer certains mais, regardant cette question depuis plus de quarante ans, je connais les arguments des uns et des autres. Je sais que les contraintes juridiques et statutaires ne sont pas les mêmes, je sais que les uns ont le choix de leurs patients et pas les autres, que les uns accueillent tous des urgences et pas tous les autres, mais force est de reconnaître que, « toutes choses étant égales par ailleurs », le privé est moins cher (de l'ordre de 30%), moins cher parce qu'il est aussi très contraint. Il ne l'est donc pas par grandeur d'âme, mais par une nécessité imposée par la réglementation, associée à celle toute aussi impérative d'équilibrer les comptes et cela n'est possible que parce que les gestionnaires de ces établissements sont libres. La différence entre le public et le privé est la même que celle qui existe pour les courses de taureau entre celles où il a, et celles où il n'y a pas, mise à mort ; ceci vu du point de vue du taureau, bien entendu ! Oui, l'éventualité d'une mise à mort institutionnelle fait toute la différence.

VI) L'assurance santé

Dans ce cas, avec plus d'évidence et de force qu'en matière d'hospitalisation, le constat empirique est très clair : l'efficacité cette fois va au financement public des soins médicaux. Il suffit de regarder ce qui se passe au Canada depuis que ce pays a changé de système de

financement et de comparer ce pays à son modèle d'avant : celui des Etats-Unis. Le système canadien est à la fois infiniment plus efficace et plus équitable que le système américain et ceci de beaucoup : 7 points de PIB et tous les résidents canadiens sont couverts, ce qui est loin d'être le cas aux Etats-Unis, malgré la réforme du président Obama! Le financement canadien est public, le financement américain est en grande partie (56%) privé. On pourrait aussi prendre l'exemple allemand ou néerlandais en la matière et arriver aux mêmes conclusions, même si les données empiriques sont moins parlantes.

Pourquoi la concurrence par le financement ne fonctionne pas ? Tout d'abord elle est techniquement plus onéreuse : le secteur privé doit faire du marketing et gérer le risque au cas par cas, mais là n'est pas l'essentiel. Les hommes veulent vivre et doivent mourir. Tous cherchent à reculer cette échéance en voulant bénéficier des « meilleurs » soins médicaux. Comme il y a une grande asymétrie d'information entre les producteurs et les consommateurs de soins, ces derniers pensent le plus souvent que les bons médecins sont les médecins qui demandent des honoraires élevés et que les bons hôpitaux sont chers. Aussi, les personnes les plus aisées achètent-elles des assurances qui permettent d'accéder à ce type de médecins et d'hôpitaux, mais cela a une influence sur le tarif de tous les médecins et de tous les hôpitaux du pays et, à terme, en cascade, cela ne produit qu'une augmentation des prix. Il suffit de regarder l'exemple américain pour savoir que la différence essentielle du surcroît de dépenses de soins entre ce pays et les autres pays occidentaux est une différence de prix, qu'il s'agisse de médicaments, de séjours hospitaliers ou d'actes médicaux.

Les assureurs ne cherchent pas à réduire les prix, ils cherchent à bien couvrir leur risque, ce n'est pas la même chose. En revanche, par nécessité, tout assureur public contrôle les tarifs pour tenir dans une enveloppe là où tout assureur privé s'intéresse avant tout à sa rentabilité. Beaucoup d'économistes (ce n'était pas mon cas) ont pensé il y a vingt-cinq ans que la concurrence par le financement conduirait à plus d'efficacité, notamment que les assureurs privés contrôlèrent les tarifs et les prescriptions. Certains le font, mais le sujet essentiel pour les assureurs est de gagner des parts de marché et d'être rentable. Les tarifs peuvent augmenter tant que le client peut payer !

Conclusion

En quelques mots, on voit que les entreprises privées, pour ne pas dire capitalistes, prennent des risques, innovent et gèrent. Pour avoir vu de près et vécu le capitalisme d'Etat, je ne puis que vous faire partager ma profonde méfiance et, sans en dire plus, vous affirmer que certains agents publics peuvent se comporter comme jamais ne le ferait un capitaliste privé, tout simplement parce qu'il ne s'agit pas de son argent et que ses intérêts personnels peuvent l'emporter – Oh combien ! – sur ceux de l'entreprise.

Par ailleurs, et ceci est particulièrement vrai des établissements hospitaliers, je ne pense pas que l'on puisse gérer les institutions complexes que sont les hôpitaux en empilant des règles et que donc la liberté, voire l'indépendance de gestion des dirigeants, sont une nécessité. C'est la raison pour laquelle je critique, encore et toujours, la loi HPST car elle a aggravé l'étatisation et la centralisation de la gestion hospitalière. A l'instar des Anglais, il fallait créer des « Trusts » hospitaliers, publics certes, mais indépendants. Un gouvernement de la Droite parlementaire a fait une réforme soviétique, nous en payons le prix et pas seulement dans notre domaine !

En revanche, le capitalisme peut-être inefficace, voire condamnable et je n'évoque pas ici les travaux de Thomas Piketty sur la concentration du capital mondial aux mains de quelques-uns et l'accroissement des inégalités. En effet, l'examen de la scène internationale montre l'inefficacité des mécanismes de marché dans le domaine du financement des soins. Les bienfaits de la concurrence sont une hypothèse de la théorie économique, pour beaucoup elle est devenue une croyance. Ainsi, l'Europe l'a imposée à la France en matière d'électricité ou de chemin de fer, sans que l'on ait encore pu en mesurer les bienfaits. Heureusement l'assurance maladie universelle y a échappé.

Méfions-nous des idées simples, tirons des conséquences des expériences nationales et internationales et rappelons-nous le mot de Deng Xiaoping, justement à propos du capitalisme chinois : *« Peu importe qu'un chat soit blanc ou noir, s'il attrape les souris, c'est un bon chat »*.

Jean de Kervasdoué

Septembre 2014