



## Rebonds

**Les dépenses privées, qui permettent d'augmenter les honoraires des médecins et sont génératrices d'emploi, devraient pouvoir augmenter librement.**

### **La santé, source de revenus**

Par D'INTIGNANO Béatrice MAJNONI  
mardi 15 juin 2004

Par Béatrice Majnoni d'Inti-  
gnano, économiste, membre  
du Conseil d'analyse économique

**P**ar Béatrice Majnoni d'Inti- gnano, économiste, membre du Conseil d'analyse économique

Des dépenses de santé, tout a été dit. Des revenus qu'elles génèrent, rien. Sujet tabou. Les dépenses de soins constituent en effet les revenus des hospitaliers, des médecins de ville et des laboratoires pharmaceutiques. Revenus formés par le produit des salaires, des honoraires, des profits par le nombre d'hospitaliers, de médecins de ville, de laboratoires pharmaceutiques. Nos dépenses de santé atteignent 9,5 % du PIB et l'emploi dans ce secteur 9 % de la population active. A partir de cette double réalité comptable, le regard porté sur le dérapage abyssal des dépenses de santé change et deux questions se posent.

1) Cette dépense augmente-t-elle trop vite et faut-il la contrôler ? La réponse est double.

a) Oui, pour les dépenses publiques de soins remboursés, financées par des prélèvements obligatoires ; leur rythme ne peut pas ne pas tenir compte de la croissance économique et elles doivent rester contrôlées par le Parlement. La contrainte comptable ne peut donc pas être levée pour la dépense remboursée. Les médecins seront déçus, mais ce principe figure dans le préambule de la Constitution, peuvent-ils le nier ? Par exemple les Allemands ont stabilisé leur taux de cotisation maladies depuis 1977 (hors effet de la réunification). Cela veut dire que dans ce pays les revenus des médecins doivent augmenter comme ceux des autres travailleurs qui versent les cotisations pour les financer, créant une solidarité entre eux. En France, le pouvoir d'achat moyen des

spécialistes a augmenté de +40 % depuis 1980, celui des généralistes de 20 %, celui des cotisants de 15 %. Cette situation appelle manifestement un ajustement que les spécialistes refusent en s'opposant à toute réforme des tarifications et en faisant annuler les conventions.

b) La réponse est non pour les dépenses privées : primes d'assurances et tickets modérateurs payés par les malades. Elles permettent d'augmenter le revenu des médecins et créent de l'emploi ; elles doivent donc pouvoir augmenter librement. Un regard international confirme cette analyse : tous les pays, y compris les Etats-Unis, consacrent entre 6 et 8 % de leur PIB aux dépenses publiques de santé, qui semblent être une limite implicite. En revanche, le montant de la dépense privée diffère : de 7 % du PIB aux Etats-Unis à 1 % au Royaume-Uni et 2,5 % en France.

A chaque extrémité du spectre des systèmes de santé deux pays illustrent ces principes. Aux Etats-Unis, le tiers des nombreux emplois créés depuis vingt ans sert aux soins. Rien n'empêcherait de laisser les Français qui le souhaitent dépenser plus pour leur santé comme pour leur voiture ou leur restaurant. Au Royaume-Uni, le National Health Service est rationné et le nombre de médecins faible. L'idée de laisser les médecins fixer leurs honoraires pour les clients ne passant pas par un médecin traitant paraît de bon sens ; elle consiste à faire payer plus ceux qui le désirent, prélever le «surplus du consommateur» en termes économiques ; ce que font tous les industriels qui différencient les produits ou les services. A condition que les plus pauvres aient accès aux soins.

Le citoyen, enfin, doit poser la question des emplois alternatifs des fonds. Certes, le déficit de l'assurance maladie est plus faible que celui de l'Etat (11 milliards contre 55 en 2003, soit 1 % de la dépense contre 20 %). Mais cette somme est proche du budget de l'ensemble des universités, et la dette reportée sur la génération suivante depuis 1997 atteindra probablement la centaine de milliards en 2007. Il faut en effet toujours au moins cinq ans pour qu'une réforme d'un système de santé produise ses effets. Et il faut aussi toujours commencer par dépenser plus et par investir pour réorganiser et accompagner la réforme.

2) Que dire des revenus des professions de santé ? D'abord qu'ils façonnent les comportements et les systèmes de santé à long terme. Evidence rarement reconnue. Le paiement à l'acte génère une médecine spécialisée, orientée vers les soins plutôt que la prévention et favorise les spécialistes, enfin il est inflationniste, car il pousse à multiplier les volumes (consultations, actes techniques et prescriptions). Les pays utilisant avec succès des «médecins référents» (*gate keeper*) les rémunèrent par un mélange de capitation, de forfaits incitatifs (pour se former, s'installer dans les régions pauvres, exercer en groupe...) et un peu de paiements à l'acte : Danemark, Pays-Bas, HMO américains. La «capitation» est un forfait par personne inscrite sur sa liste qui dépend de

l'âge ; elle rémunère la continuité des soins et la gratuité d'accès à ce médecin traitant.

Les revenus doivent comporter des incitations destinées à rendre compatibles les intérêts du médecin et ceux de la collectivité ou des malades. Trois exemples. a) La France compte plus de généralistes que la plupart de ses voisins. Mais ils sont trop nombreux au centre des villes et dans le Midi ; trop rares au point de générer un sentiment de pénurie à la périphérie des villes, à la campagne et dans le Nord. Illusoire d'espérer les redéployer rapidement sans une combinaison des mesures suivantes : augmenter leurs honoraires remboursés dans les zones de sous-densité et les diminuer dans les autres ; financer et limiter le nombre de cabinets médicaux selon les besoins ; rémunérer les «médecins traitants» par une capitation généreuse ; laisser les autres médecins libres de leurs honoraires, sans rembourser, dans les zones surmédicalisées et riches. Le schéma de «médecin traitant» proposé par le ministre va dans ce sens mais en partie seulement. Enfin laisser ceux qui menacent de se «déconventionner» passer à l'acte et autoriser l'installation de médecins à honoraires libres non remboursés, qui trouveraient leur clientèle dans les zones surmédicalisées.

b) Notre pays souffre aussi de pénuries dans certaines professions : impossible de recruter et de garder des infirmiers, manque de chirurgiens, d'anesthésistes... il faudra augmenter leurs salaires ou leurs honoraires et réorganiser leur temps de travail. Cela coûtera très cher dans un premier temps. La hiérarchie de ces revenus devrait aussi être revisitée : la responsabilité et les horaires de travail justifient-ils qu'un radiologue gagne en moyenne en ville 860 000 euros nets de frais et un chirurgien 580 000 euros ? Que les médecins utilisant des techniques (échographie, électrocardiogrammes) gagnent plus que les médecins mains nues comme les généralistes et les pédiatres ? Cette hiérarchie résulte du paiement à l'acte et de la cotation de ces actes, dépassée ; elle a des effets pervers.

c) Les urgences se présentant aux hôpitaux les désorganisent et croissent à un rythme anormal, 4 à 7 % par an selon les zones, au point de remplacer pédiatres ou gériatres. Or, en Ile-de-France par exemple, les deux tiers d'entre elles relèveraient d'un médecin traitant, en partie parce qu'elles sont gratuites et en partie parce que la moitié de la population n'a pas de médecin de famille. Illusoire d'espérer arrêter le mouvement sans rémunérer les médecins de ville pour organiser ces urgences et financer des centres légers d'accueil dont l'image existe dans le Nord ou en Ile-de-France, et pénaliser financièrement les consultants utilisant les urgences des hôpitaux comme médecin généraliste ou comme pédiatre. Sans incitations financières, rien ne se fera. La France souffre d'une pénurie d'organes à greffer qui durera jusqu'à ce que les moyens appropriés soient accordés aux centres de prélèvement ; l'Espagne en fournit un bel exemple. Mais ces ajustements, avant de générer de l'efficacité, commenceront par coûter cher.

Les dépenses de santé ont tendance à augmenter plus vite que la production nationale dans tous les pays. Cependant certains les maîtrisent : Allemagne, Danemark, Suède ; d'autres pas. Elle ont cru de 2,5 % plus vite que le PIB en France depuis un quart de siècle, malgré des plans de redressement réguliers. Tout gouvernement est donc confronté au dilemme suivant : soit augmenter le financement public, porteur d'égalité puisqu'il sollicite le contribuable, mais aussi de rationnement et de menaces pour l'emploi ; soit augmenter la participation privée des malades, porteuse d'inégalité, mais qui rapporte plus d'argent, de revenus pour les professionnels et d'emploi.

La comparaison Etats-Unis/Europe est édifiante. Les Américains dépensent 13,5 % de leur PIB en soins, les malades doivent payer beaucoup et l'accès aux soins est parfois limité. Les Européens dépensent entre 8 et 10 % de leur PIB pour les soins (9,5 % en France), les contribuables en finançant la majorité, avec une bonne égalité d'accès. Mais nous avons beaucoup moins d'emplois dans la santé qu'outre-Atlantique : taux d'emploi (en pourcentage de la population d'âge actif) de 8 % dans la santé et le social aux Etats-Unis contre 5,5 % en France, alors que nos deux pays en étaient à 4,5 % en 1980. Les Français étant rétifs à l'inégalité, les médecins très réticents à toute gestion de la santé et rien ne pouvant se faire sans eux, on peut en conclure que cotisations ou impôts, quel qu'en soit le nom, vont augmenter. On constate en effet une bizarre solidarité entre syndicats médicaux et syndicats professionnels pour faire silence sur ces questions. Tant qu'elles ne seront pas posées ouvertement, la réorganisation des soins attendra.

Dernier ouvrage paru : *Santé et économie en Europe*, coll. «Que sais-je ?», PUF, 2004.

<http://www.liberation.fr/page.php?Article=215191>

© Libération