

# La médecine socialisée

par

Pierre Lemieux

Département des Sciences administratives, Université du Québec en Outaouais

**Pierre.Lemieux@UQO.ca**

Conférence prononcée à l'Institut Bruno Leoni

Rome, le 11 novembre 2004

(Traduction en langue française : janvier 2006)

## Synopsis

<b>Introduction: Hier et aujourd'hui.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Inefficace .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Coûteuse .....</b>	<b>8</b>
<b>3. Inéquitable .....</b>	<b>10</b>
<b>4. Étatiste.....</b>	<b>13</b>
<b>Résumé et conclusion.....</b>	<b>15</b>

## Figures

Figure 1 : Dépenses publiques de santé dans les pays de l'OCDE, 2002	17
Figure 2 : Dépenses de santé publiques et privées en proportion du PIB dans les pays de l'OCDE, 2002	18

## Introduction: Hier et aujourd'hui

Le problème des soins de santé se ramène au problème économique classique, qui est celui d'une demande virtuellement illimitée face à des ressources rares. Quelles sont les meilleures institutions sociales pour résoudre ce problème ? Quel régime, de la médecine socialisée ou du marché libre, est le plus efficace ? Cet article passe en revue les problèmes souvent occultés de la médecine socialisée.

### *De la Grèce antique au monde contemporain*

La médecine socialisée était connue dans l'Antiquité, mais pas parmi les sociétés les plus libres. En Grèce, la médecine s'exerçait généralement dans un contexte de marché libre<sup>1</sup>. L'Égypte, tout au contraire, connaissait un régime de médecine socialisée. On ne s'étonnera pas de lire chez l'historien Jacques Jouanna que « la douceur des soins était perçue comme l'une des caractéristiques qui distinguait la médecine grecque de la médecine égyptienne »<sup>2</sup>. Jouanna raconte comment Darius, roi de Perse, s'étant fait une entorse à la cheville, fit venir ses médecins égyptiens : « Mais, nous dit Hérodote, ils firent subir au pied une torsion trop forte et aggravèrent les douleurs du roi qui, durant sept nuits, fut incapable de dormir. En apprenant qu'un médecin grec – Democede le Crotoniate – comptait parmi ses prisonniers, Darius le convoqua et l'obligea à soigner sa blessure. » Jouanna continue, toujours en citant Hérodote : « Avec des remèdes grecs et en employant la douceur plutôt que la force, Democede [...] réussit à redonner le sommeil à Darius, qui fut bientôt complètement guéri<sup>3</sup>. »

---

<sup>1</sup> Voir Ludwig Edelstein, *Ancient Medicine*, Baltimore et Londres, John Hopkins University Press, 1967; et Jacques Jouanna, *Hippocrates*, traduit du français par M.B. DeBevoise, Baltimore et Londres, John Hopkins University Press, 1999. L'ouvrage original de Jouanna est : *Hippocrate*, Paris, Fayard, 1992.

<sup>2</sup> «Gentleness in treatment was taken to be one of the characteristics of Greek medicine that distinguished it from Egyptian medicine.» (Jouanna, *op. cit.*, p. 78). Dans le texte, je cite, en traduction libre, à partir de l'édition en langue anglaise.

<sup>3</sup> « But these doctors, as Herodotus reports, twisted the foot too sharply and worsened his suffering: for seven successive nights, the king could not sleep. It was thus upon learning of the presence of a Greek physi-

## La médecine socialisée

La médecine socialisée que nous connaissons aujourd'hui commence en 1883, alors que le chancelier Otto von Bismark fit adopter une série de politiques sociales qui comprenaient un régime obligatoire d'assurance maladie publique pour les travailleurs d'usine et les mineurs. En 1911, la législation couvrait pratiquement tous les salariés. Des législations semblables devaient être rapidement adoptées dans d'autres pays, dont l'Autriche en 1888, la Hongrie en 1891, le Luxembourg en 1901, la Norvège en 1909, la Serbie en 1910, la Grande-Bretagne en 1911, la Russie en 1912, et la Roumanie en 1913<sup>4</sup>.

Avant l'assurance maladie publique, les travailleurs anglais, américains et français – comme, j'imagine, ceux d'autres pays – comptaient sur des sociétés de secours mutuel pour les aider à faire face aux dépenses occasionnées par la maladie, les accidents et la mort. Les premiers programmes publics d'assurance maladie exercèrent un effet d'éviction sur ces associations volontaires et empêchèrent le développement d'autres moyens privés pour faire face aux catastrophes de la vie. Un peu d'État Providence en a ainsi justifié davantage.

En 1942, Sir William Beveridge (qui devint plus tard Lord Beveridge) proposa de regrouper en un seul système toutes les formes d'assurance sociale britannique : assurance chômage, aide aux familles, assurance maladie, retraites et pensions d'invalidité, etc. Le fameux « Rapport Beveridge », préparé par un comité de fonctionnaires, recommanda une couverture médicale et hospitalière gratuite pour l'ensemble de la population et mena à la création du *National Health Service* (NHS) en 1948<sup>5</sup>.

La médecine socialisée a progressé à une vitesse différente selon pays, mais les décalages ne doivent pas masquer des évolutions parallèles à peu près partout. La majorité

---

cian among his prisoners – Democedes of Croton – that Darius summoned him and obliged him to treat his injury: “Democedes, using Greek remedies and gentle rather than forcible means [...] succeeded in getting Darius his share of sleep and, in a while, healed him completely...” » (*Ibid.*, p. 21)

<sup>4</sup> Ron Hamowy, « The Genesis and Development of Medicare », in Roger D. Feldman (sous la direction de.), *American Health Care, Government, Market Processes, and the Public Interest*, Oakland, Independent Institute, 2001.

<sup>5</sup> William Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*. American edition reproduced photographically from the English edition and published by arrangement with His Majesty's Stationery Office, New York, Macmillan, 1942.

## La médecine socialisée

des Français étaient déjà couverts au milieu des années soixante, mais il fallut attendre le nouveau millénaire pour que le régime public et obligatoire soit littéralement universel<sup>6</sup>.

Aux États-Unis, l'évolution a été plus lente et n'a pas encore produit de régime universel d'assurance maladie. Cependant, plusieurs composantes ont été mises en place. La loi Kerr-Mills de 1960 institua une assistance médicale pour les personnes âgées qui étaient jugées « *medically indigent* » (qui manquaient de soins pour des raisons d'argent) ; elle fut adoptée au Sénat par 91 contre 2. Les amendements de 1965 à la *Social Security* (le régime de retraites publiques) ont étendu cette assurance maladie publique (appelée « *Medicare* ») à tous les Américains de 65 ans et plus, en plus de créer un programme semblable pour les assistés sociaux (« *Medicaid* »).

### *Socialized medicine today*

Aujourd'hui, tous les pays ont un régime de médecine socialisée à quelque degré – un degré généralement élevé. On le vérifie en observant, à la Figure 1, l'importance des dépenses de santé publique dans les pays de l'OCDE. En moyenne, la proportion des dépenses publiques est de 73% de toutes les dépenses de santé, pourcentage qui varie peu d'un pays à l'autre.

La couverture de l'assurance maladie publique est de pratiquement 100% dans tous les pays<sup>7</sup>, à de rares exceptions près. Les exceptions comprennent l'Allemagne, où ceux qui atteignent un certain niveau de revenus peuvent quitter le régime public, et les Pays-Bas, où ces personnes sont exclues du régime public. L'autre exception se trouve aux États-Unis, où l'assurance maladie privée constitue, pour la plupart des gens, le principal moyen de financement des soins de santé. Le système canadien est vraisemblablement le plus socialisé des pays de l'OCDE : les services assurés par le régime public sont gratuits et il est interdit de les couvrir au moyen d'assurances privées (et, en général, d'en régler

---

<sup>6</sup> Jean Magniadas, *Histoire de la Sécurité Sociale*, Conférence présentée le 9 octobre 2003 à l'Institut CGT d'histoire sociale, [http :www.ihs.cgt.fr/Texte-telecharger/Securite-sociale-Jean-Magniadas.pdf](http://www.ihs.cgt.fr/Texte-telecharger/Securite-sociale-Jean-Magniadas.pdf).

<sup>7</sup> *Éco-santé OCDE 2004*, CD ROM (Paris, OCDE, 2004).

## La médecine socialisée

personnellement le coût), seules les assurances supplémentaires existent, et tous les hôpitaux sont *de facto* des organismes publics<sup>8</sup>.

Même si le système de santé américain est moins socialisé, il contient quand même un important secteur public (voir également la Figure 3), qui, en proportion de l'économie (6,6% du PIB), fait à peu près la taille du secteur public canadien (6,7%) et dépasse la moyenne de l'OCDE (moyenne non pondérée de 6,0%, médiane de 6,4%). De plus, le secteur privé des soins de santé aux États-Unis, y compris l'assurance maladie privée, est étroitement réglementé<sup>9</sup>.

Le système américain est surtout critiqué parce que 14% de la population n'a pas de couverture maladie<sup>10</sup>. Le quart des Américains sont couverts par *Medicare* ou *Medicaid*. Le reste de la population, c'est-à-dire plus de 60%, est couvert par des assurances maladies privées, généralement fournies au travail. Il faut cependant comprendre que le sort des 14% de non-assurés n'est pas aussi tragique que certains veulent nous le faire croire. Cette proportion comprend un (petit) nombre de gens riches qui sont en mesure de régler personnellement leurs soins médicaux<sup>11</sup>. Il faut également comprendre que 40% des non-assurés n'ont pas d'emploi à plein temps, ce qui pointe vers un problème de chômage davantage que vers un problème d'assurance maladie. Enfin, ceux qui n'ont pas de couverture formelle d'assurance maladie bénéficient en pratique d'une couverture informelle via

---

<sup>8</sup> Les diverses formes d'assurance maladie sont décrites dans un certain nombre de rapports de l'OCDE, notamment : OECD Health Project, *Towards High-Performing Health Systems*, Paris, OCDE, 2004 ; Eddy Van Doorslaer et al., *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*, OECD Health Working Papers, no 14, Paris, OECD, 11 mai 2004, <http://www.oecd.org/dataoecd/14/0/31743034.pdf> ; Insurance Committee Secretariat, *Insurance and Private Pensions Compendium for Emerging Economies*, Livre 1, Partie 2:4 : *Private Health Insurance in OECD Countries : Compilation of National Reports*, Paris, OECD, 2001, <http://www.oecd.org/dataoecd/49/46/1815562.pdf> ; Francesco Columbo et Nicole Tapay, *Private Health Insurance in OECD countries : The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD Health Working Papers, no 15, Paris, OECD, 2 septembre 2004, <http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>.

<sup>9</sup> Elizabeth Docteur, Hannes Suppanz, et Jaejoon Woo, *The US Health System : An Assessment and Prospective Directions for Reform*, OECD Working Papers, no 350 (27 février 2003), [www.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/a17bfa31f942be2cc1256cdb00332d3c/\\$FILE/JT00140050.PDF](http://www.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/a17bfa31f942be2cc1256cdb00332d3c/$FILE/JT00140050.PDF).

<sup>10</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>11</sup> Plus de 14% des non-assurés se trouvent dans des familles qui gagnent 75 000 dollars et plus.

leur accès gratuit aux hôpitaux publics locaux – les « *safety net providers* », ceux qui assurent un filet de sécurité – de même que via la charité privée<sup>12</sup>.

## 1. Inefficace

Une caractéristique essentielle de la médecine socialisée est de court-circuiter la relation entre le prix payé et le service rendu. À la limite, les soins de santé sont disponibles à un prix de zéro.

### 1.1. L'économie des files d'attente

La demande de soins de santé (ou, plus exactement, la demande de tout service de santé particulier) répond, comme la demande pour tout autre bien ou service, à la loi de la demande : plus le prix est élevé, plus la quantité demandée est faible. En effet, c'est justement pour faire augmenter la quantité demandée que les tenants de la médecine socialisée souhaitent plafonner les prix ou offrir les soins de santé pour rien. On estime à 0,2-0,3% l'élasticité de la demande de soins médicaux (une réduction de, disons, 10% dans le prix augmente la quantité demandée de 2% à 3%)<sup>13</sup>, ce qui définit une demande relativement « inélastique ». Si le prix diminue, ce ne sont pas seulement les pauvres qui voudront augmenter leur consommation, mais tout le monde – même si l'on peut supposer que l'élasticité de la demande est plus forte parmi les pauvres. Quant à l'offre de soins médicaux, elle présente vraisemblablement la relation habituelle entre prix et quantité offerte : pour que la quantité offerte de soins médicaux augmente, il faut des prix plus élevés, qui inciteront les producteurs actuels (personnel médical, hôpitaux, etc.) à produire davantage, attireront de nouveaux producteurs dans le marché, et entraîneront une surenchère sur les ressources occupées dans d'autres industries.

---

<sup>12</sup> Elizabeth Docteur, Hannes Suppanz, et Jaejoon Woo, *op. cit.*, p. 7 et 13.

<sup>13</sup> Elizabeth Docteur and Howard Oxley, *Health Care Systems : Lessons from the Reform Experience* (Paris: OECD, 5 décembre 2003), p. 29, <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>.

Quand les pouvoirs publics plafonnent un prix, il s'ensuit une pénurie au sens où la quantité demandée dépasse la quantité offerte au prix contrôlé – à moins que les pouvoirs publics ne versent aux producteurs (médecins, hôpitaux, etc.) des subventions suffisantes pour les inciter à satisfaire toute la demande au prix plafonné.

Une pénurie au sens le plus général du terme – quantité offerte en deçà de la quantité demandée au prix du marché – ne se développera que si les pouvoirs publics interdisent un marché privé parallèle. Autrement, un marché privé parallèle répondra à la demande insatisfaite des consommateurs qui préfèrent payer le prix du marché plutôt que de se priver des services en pénurie. Permettre le fonctionnement d'un marché privé parallèle accroît donc le bien-être en comparaison d'une prohibition à la canadienne<sup>14</sup>.

Quant une pénurie se développe, les consommateurs qui veulent avoir ce qui manque doivent payer un prix non pécuniaire. Ce prix, au lieu d'être en argent, consiste en ce que le consommateur doit faire pour arriver au début de la queue (consacrer du temps à attendre) ou la contourner (inviter régulièrement son médecin à déjeuner, se faire des amis parmi le personnel hospitalier ou gagner autrement sa sympathie, etc.). Pour certaines catégories de consommateurs dont les pauvres, certains prix non pécuniaires peuvent être jugés inférieurs au prix du marché libre (parce que, par exemple, le coût d'opportunité de leur temps est faible) ; dans ce cas, la « gratuité » redistribue effectivement les soins de santé des riches vers les pauvres. Mais ce n'est pas toujours le cas ; nous y reviendrons.

### *1.2. Les files d'attente socialistes*

De même que des files d'attente apparaissaient devant les boutiques dans les anciens pays communistes, de même elles vont caractériser les soins de santé si l'État ne satisfait pas toute la quantité demandée que génèrent des prix au-dessous de leur niveau d'équilibre, et s'il limite l'offre privée. Toutes choses étant égales par ailleurs, les files

---

<sup>14</sup> Michael Hoel et Erik Magnus Saether, « Public Health Care with Waiting Time : The Role of Supplementary Private Health Care », *Journal of Health Economics*, vol. 22 (2003), p. 599-616.

## La médecine socialisée

d'attente seront d'autant plus longues que les dépenses publiques de santé sont moins élevées.

Au Canada, seul pays développé où le secteur privé parallèle de santé fait l'objet d'une prohibition légale, des files d'attente existent depuis quelques décennies et se sont allongées avec le temps (elles sont en moyenne 90% plus longues qu'en 1993). Selon une enquête effectuée par le Fraser Institute auprès des médecins spécialistes, le délai médian entre le moment où un médecin généraliste envoie son patient à un spécialiste et le début du traitement recommandé par ce dernier est de 17,7 semaines dans l'ensemble du pays<sup>15</sup>. Un médecin de la région de Montréal, le Dr Jacques Chaoulli, se bat depuis une décennie pour obliger l'État à permettre le développement d'un système privé parallèle, y compris l'assurance maladie duplicative, pour ceux qui sont prêts à payer pour des services plus rapides ou de meilleure qualité<sup>16</sup>. On attend toujours le jugement de la Cour Suprême, qui devrait être rendu incessamment<sup>†</sup>. Un recours collectif contre des hôpitaux québécois a été intenté au nom de 10 000 victimes du cancer du sein qui, depuis octobre 1997, ont attendu plus de huit semaines pour une radiothérapie post-opératoire<sup>17</sup>.

Les files d'attente dans la santé affectent plusieurs pays de l'OCDE. On reconnaît l'existence de files d'attente dans 12 des 20 pays étudiés par un rapport important de l'Organisation : en Australie, au Canada, au Danemark, en Finlande, en Irlande, en Italie, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, en Espagne, en Suède, et au Royaume-Uni. Une étude économétrique réalisée par deux économistes de l'OCDE<sup>18</sup> confirme que la probabilité et la longueur des files d'attente varie inversement avec le niveau des res-

---

<sup>15</sup> Nadeem Esmail et Michael Walker, *Waiting Your Turn : Hospital Waiting Lists in Canada*, Vancouver: Fraser Institute, 2004, [www.fraserinstitute.ca/admin/books/chapterfiles/Complete%20Publication-wyt2003.pdf#](http://www.fraserinstitute.ca/admin/books/chapterfiles/Complete%20Publication-wyt2003.pdf#).

<sup>16</sup> Pierre Lemieux, « Monopoly on Trial », *Financial Post*, 9 juin 2004, p. FP-19.

<sup>†</sup> Le jugement a été rendu en juin 2005 ; voir Pierre Lemieux, « Pressure, Not Progress », *Western Standard*, 11 juillet 2005, p. 15, <http://www.pierrelemieux.org/artwschaoulli.html>.

<sup>17</sup> « Quebec Patients Sue Government over Long Waits for Cancer Care », *Medical Post*, vol. 40, no 13 (30 mars 2004), [www.medicalpost.com/mpcontent/article.jsp?content=20040329\\_200939\\_2784](http://www.medicalpost.com/mpcontent/article.jsp?content=20040329_200939_2784).

<sup>18</sup> Luigi Siciliani et Jeremy Hurst, *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries*, OECD Health Working Papers, no 7 (7 octobre 2003), [www.oecd.org/dataoecd/31/10/17256025.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/31/10/17256025.pdf).

sources consacrées au système public de soins médicaux et les incitations économiques des producteurs .

## 2. Coûteuse

Les files d'attente révèlent une sorte de coût économique. Il y en a d'autres. Malgré ce que l'on raconte, la médecine socialisée génère des coûts économiques élevés.

### 2.1. Coûts visibles et coûts cachés

Une manière d'appréhender le coût des soins de santé consiste à faire le rapport de leur coût total au PIB (Figure 2), ce qui peut être considéré comme une approximation de la valeur des ressources économiques consacrées à les produire et de la valeur des autres biens que l'on doit pour cela sacrifier.

En observant que le coût total des soins de santé est plus élevé aux États-Unis (14,6% du PIB, en arrondissant la somme) que dans n'importe quel autre pays de l'OCDE, et plus élevé que la moyenne (non pondérée) de l'OCDE (8.4%), certains en concluent que la médecine libre coûte plus cher que la médecine socialisée.

Cet énoncé pose immédiatement problème, car le système américain n'est pas vraiment libre : il n'est que moins socialisé qu'ailleurs. Il soulève plusieurs autres problèmes.

D'une part, l'État américain consacre au secteur public des soins de santé, qui couvre moins la moitié de la population de ce pays, proportionnellement plus d'argent que l'État moyen de l'OCDE, qui couvre 100% de sa population. D'autre part, les Américains qui n'ont pas de couverture publique choisissent de dépenser pour la santé privée davantage que les résidents de plusieurs pays. Pourquoi les dépenses publiques et privées de santé sont-elles si élevées aux États-Unis ? Il y a plusieurs raisons. Premièrement, on constate empiriquement que la consommation de soins de santé croît avec la prospérité : dans les

## La médecine socialisée

pays où le PIB per capita est plus faible, les dépenses de santé per capita sont également monis élevées ; *mutatis mutandis* quand le PIB per capita est plus élevé. Deuxièmement, des recherches suggèrent que les prix des soins de santé sont plus élevés aux États-Unis que dans d'autres pays de l'OCDE<sup>19</sup>, en partie parce que les prix des médicaments et la rémunération du personnel médical ne sont pas contrôlés, et en partie à cause du système américain de poursuite judiciaires et de restrictions à la liberté contractuelle<sup>20</sup>. Une troisième raison qui explique les prix plus élevés aux États-Unis relève de la technologie médicale plus avancée<sup>21</sup>. Enfin, si le patient Américain paie davantage, c'est vraisemblablement aussi pour obtenir plus de qualité : on trouve une indication du caractère plus personnalisé et de la qualité supérieure des soins dans le nombre d'employés par lit d'hôpital, qui est bien supérieur aux États-Unis (4 contre moins de 3 dans la plupart des autres pays)<sup>22</sup>.

En vérité, la médecine socialisée ne réduit pas les coûts économiques réels des soins de santé : elle les dissimule et les fait porter à d'autres que les patients. Tout comme le marché concurrentiel en général, les systèmes à payeurs multiples sont plus efficaces que les systèmes monopolistiques à payeur unique. Le prix le plus bas possible qui rembourse les coûts réels de production est le prix concurrentiel. Si un système à payeur unique peut obtenir de meilleurs prix, c'est seulement en dissimulant des coûts ou en produisant moins que la quantité optimale.

### 2.2. Coûts économiques

La médecine socialisée impose trois sortes de coûts économiques : 1) la perte de bien-être qui découle de la production de trop ou trop peu de soins de santé en comparaison de ce que les consommateurs individuels demandent ; 2) les coûts d'attente pour les patients ; 3) le coût économique de la fiscalité. Notons, en ce qui concerne la deuxième sorte de coût, que les coûts subjectifs que doivent supporter individus gens dans les files

---

<sup>19</sup> Docteur et al., *The US Health System : An Assessment and Prospective Directions for Reform*, p. 23.

<sup>20</sup> Gerard F. Anderson et al., « It's The Prices, Stupid : Why the United States Is So Different from Other Countries », *Health Affairs*, vol. 22, no 3 (2003), Exhibit 6, p. 98, [content.healthaffairs.org/cgi/reprint/22/3/89](http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/22/3/89).

<sup>21</sup> *Ibid.*

<sup>22</sup> Docteur et al., *The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*, p. 22.

## La médecine socialisée

d'attente sont des coûts économiques réels. Quant au coût de la fiscalité, il ne consiste pas tellement dans les ressources que l'État emploie pour administrer le système fiscal, mais dans la « perte sèche » de la fiscalité, c'est-à-dire dans la perte de production et de consommation qui découle des incitations des individus à modifier leur temps de travail, leur épargne et leur consommation afin de minimiser leur fardeau fiscal. Selon les estimations disponibles, la perte sèche de la fiscalité équivaldrait à entre 17% et 50% du dollar (ou de l'euro) marginal prélevé en impôt<sup>23</sup>.

Étant donné la difficulté, voire l'impossibilité, de mesurer les avantages subjectifs et les coûts cachés de la médecine socialisée, et à cause de problèmes méthodologiques plus fondamentaux<sup>24</sup>, il est illusoire de chercher une estimation quantitative de l'« avantage social net » ou du « coût social net » de la médecine socialisée. À mon avis, toutefois, l'analyse économique suggère fortement qu'on ne fait pas une bonne affaire avec la médecine socialisée. La préférence révélée des individus en fournit un indice : ceux qui votent avec leurs jambes et migrent vers les services de santé privés révèlent que, au moins en ce qui les concerne, le coût de la médecine socialisée dépasse ses avantages.

### 3. Inéquitable

Le principal argument en faveur de la médecine socialisée relève de l'égalitarisme. En fait, une sorte de lavage de cerveau a fait croire aux gens que l'égalité est un objectif souhaitable dans la fourniture des soins de santé. Une enquête d'opinion réalisée dans huit pays (l'Angleterre, la République Tchèque, la France, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, l'Espagne et la Suède) indique que, en Europe au moins, l'opinion publique voit dans l'égalité le premier objectif de la fourniture des soins de santé, et s'oppose à des réformes fondées sur le marché libre. Environ 80% des personnes interrogées croient que « fournir

---

<sup>23</sup> Patricia M. Danzon in « Hidden Overhead Costs: Is Canada's System Really Less Expensive? », *Health Affairs*, vol. 11, no 1 (printemps 1992), p. 37, <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/11/1/21.pdf>.

<sup>24</sup> Voir Anthony de Jasay, *The State*, Indianapolis, Liberty Fund, 1998, p. 111-112, [www.econlib.org/library/LFBBooks/Jasay/jsySttContents.html](http://www.econlib.org/library/LFBBooks/Jasay/jsySttContents.html).

un accès égal à des soins uniformes » (*giving everyone equal access to the same standards of care*) importe davantage que « s'assurer que vous et votre famille ayez accès aux meilleurs soins possible » (*ensuring that you and your family have access to the best possible care*) ; cette proportion ne varie pas beaucoup parmi les différents pays<sup>25</sup>.

Ce qui soulève deux questions : 1) La médecine socialisée peut-elle être égalitaire ?  
2) L'égalité est-elle un objectif valable ?

### 3.1. Accès inégal à la médecine socialisée

Les systèmes de médecine socialisés procurent-ils réellement des soins de santé égaux à leurs clients ? On pourrait s'attendre à ce que ceux qui, dans les files d'attente, font face à un prix non pécuniaire plus bas, ou qui peuvent mieux payer cette sorte de prix, obtiennent plus de soins ou des soins plus rapides. S'agit-il davantage des riches ou des pauvres ? Est-il vrai que les pauvres s'en tirent mieux dans un système étatisé ? Les études empiriques à ce sujet ne sont pas concluantes<sup>26</sup>. Cependant, l'étude majeure de Doorslaer pour l'OCDE indique que certains des pays avec les systèmes les plus socialisés affichent une inégalité en faveur des riches, notamment la Finlande, la Suède et le Canada<sup>27</sup>.

Je propose une hypothèse que j'appelle « l'hypothèse de la Nomenklatura ». Le terme russe de « Nomenklatura » désignait le groupe des apparatchiks communistes de haut niveau et, par extension, la classe des privilégiés dans les sociétés communistes – ceux qui avaient accès à des devises étrangères, des autorisations de voyager, des magasins spéciaux, de meilleurs écoles, de meilleurs soins de santé, etc. Certes, l'inégalité est moins grande dans nos systèmes de médecine socialisée que dans les régimes communistes, et

---

<sup>25</sup> Helen Disney et al., *Impatient for Change : European Attitudes to Health Care Reform*, Londres, The Stockholm Network, 2004.

<sup>26</sup> Samuel E.D. Shortt, « Equity in Canadian Health Care : Does Socioeconomic Status Affect Waiting Times for Elective Surgery? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, no 4 (18 février 2003), p. 423-416 ; Barton H. Hamilton, Vivian H. Hamilton, et Nancy E. Mayo, « What Are the Costs of Queuing for Hip Fracture in Canada », *Journal of Health Economics*, vol. 15, no 2 (1966), p. 161-185 ; Eddy Van Doorslaer et al., *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*, OECD Health Working Papers, no 14, Paris: OECD, 11 mai 2004, <http://www.oecd.org/dataoecd/14/0/31743034.pdf>.

<sup>27</sup> Doorslaer et al., *op. cit.*

notre propre Nomenklatura est plus nombreuse et, pour ainsi dire, plus ouverte aux talents : elle regroupe ceux qui sont le plus en mesure de payer les prix non pécuniaires nécessaires pour passer avant son tour. Ces prix non pécuniaires comprennent les relations avec des médecins et des gestionnaires médicaux (peut-être d'anciens confrères de classe), les moyens d'avoir accès à ces personnes (être membre du même club, envoyer ses enfants aux mêmes écoles, vivre dans le même quartier), les attitudes et le langage requis pour intimider le petit employé derrière le comptoir, et cetera. Notre Nomenklatura comprend vraisemblablement non seulement un grand nombre de fonctionnaires, habitués à traiter avec leurs collègues, mais aussi les gens riches, les célébrités, les gens éduqués et probablement une bonne partie de la classe moyenne. Selon mon hypothèse, tous ces gens bénéficieraient d'un accès privilégié au système public de santé.

### 3.2. *L'égalité est-elle équitable ?*

L'égalité dans les soins de santé est inatteignable, et ce qui résulte des efforts pour l'atteindre – la création d'une Nomenklatura – semble moins équitable que le marché (si l'on définit l'équité de manière raisonnable). De bons arguments économiques existent pour démontrer que les mécanismes du marché sont plus efficaces que les régimes de Nomenklatura pour promouvoir la prospérité et produire davantage, y compris davantage de soins de santé, au bénéfice d'un plus grand nombre de personnes.

Si l'on croit qu'il existe un problème de pauvreté (par opposition à un problème d'inégalité), la solution efficace se trouverait dans la redistribution de revenu en argent en faveur des pauvres, ou encore dans le subventionnement de leurs polices d'assurance maladie privée<sup>28</sup>. Que les solutions de ce genre ne soient pas adoptées suggère que le principal objectif de la médecine socialisée n'est pas vraiment de fournir des soins de santé aux pauvres.

---

<sup>28</sup> Patricia M. Danzon propose un argument de ce genre, *op.cit.*, p. 40, <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/11/1/21.pdf>.

## 4. Étatiste

### 4.1. *Qui profite de la redistribution produite par la médecine socialisée ?*

Si ce n'est l'équité, quel est donc le véritable but de la médecine socialisée ? Ce n'est certes pas l'efficacité économique puisqu'il n'y a pas de raison de croire que le marché de la santé diffère d'autres marchés complexes (comme, disons, l'éducation, l'assurance vie, ou l'informatique), ni que les choix des consommateurs répondent, dans ce domaine, à une rationalité différente de leurs choix en matière d'alimentation, d'activités risquées ou de quoi que ce soit qui exige de comparer des avantages et des coûts. Pour identifier les véritables motivations sous-jacentes, la théorie des choix publics suggère de se demander qui impose et profite de la médecine socialisée<sup>29</sup>.

Un examen détaillé de cette question nous entraînerait loin – d'autant plus que je ne connais pas d'analyse exhaustive de la santé dans la perspective de la théorie des choix publics. Il ressort cependant de ce que nous avons vu que ce ne sont pas nécessairement les pauvres qui s'en tirent le mieux dans la médecine socialisée puisqu'ils ne font pas partie de la Nomenklatura ; ce sont eux qui reçoivent les moins bons services. Même si les pauvres bénéficient de la médecine socialisée, c'est probablement ailleurs que nous devons chercher les intérêts puissants et concentrés qui gouvernent effectivement les choix publics dans ce domaine. Ces intérêts catégoriels englobent vraisemblablement les syndicats de personnel hospitalier et médical de même que les bureaucrates de l'État, qui ont beaucoup à gagner dans l'extension du secteur public.

### 4.2. *Surveillance et pouvoir étatiques*

Il est évident que la médecine socialisée sert l'intérêt de l'État lui-même, c'est-à-dire des individus qui travaillent pour l'État ou qui en bénéficient. En effet, elle étend la surveillance et le pouvoir étatiques.

---

<sup>29</sup> Sur la théorie des choix publics, voir Pierre Lemieux, « The Public Choice Revolution », *Regulation*, vol. 27, no 3 (automne 2004), <http://www.cato.org/pubs/regulation/about.html>.

## La médecine socialisée

À mesure que le coût de la médecine socialisée et l'insatisfaction (des consommateurs comme des contribuables) augmentent, les pressions montent pour que l'État maîtrise les coûts. Une réponse consiste à intervenir dans les choix reliés aux styles de vie (tabac, obésité, vins et spiritueux...), surtout si ce sont des minorités impopulaires qui sont visées, afin de réduire les prétendus « coûts sociaux » des comportements à risque<sup>30</sup>. La fourniture des services de santé par l'État s'accompagne naturellement de l'obligation du récipiendaire d'admettre que d'autres contrôlent sa santé. On en trouve un exemple dans le "Pacte canadien sur la santé", que proposait récemment une commission fédérale canadienne. Selon ce prétendu « pacte », les individus qui reçoivent des soins de santé gratuits ont, en retour, "la responsabilité d'adopter des comportements qui contribuent à la santé" (*good health practices*) [...] tout en respectant le jugement et l'expertise des professionnels de la santé »<sup>31</sup>. Une autre manière de contrôler les coûts des soins de santé est de surveiller étroitement leur consommation au moyen de cartes de santé, de documents informatiques et de bases de données centralisées sur les usagers. L'État français est en voie d'introduire cette méthode de contrôle<sup>32</sup>. De même, la commission canadienne dont il est fait état ci-dessus propose "de créer un dossier électronique de santé personnel pour chaque Canadien"<sup>33</sup>.

N'est-il pas possible que l'État aime la médecine socialisée justement parce qu'elle augmente son pouvoir – au lieu qu'il requière plus de pouvoirs afin de la mieux gérer ? Il y a, dans l'analyse des choix publics, un modèle de l'État qui est compatible avec une réponse affirmative : le modèle de l'État-Léviathan<sup>34</sup>. Dans cette perspective, la médecine socialisée fournit à l'État des sujets à la fois plus faciles à contrôler et plus reconnaissants.

---

<sup>30</sup> Pierre Lemieux, « Heil Health », *The Independent Review*, vol. 4, no 2 (automne 1999), p. 303-306, [www.pierrelemieux.org/artproctor.pdf](http://www.pierrelemieux.org/artproctor.pdf); et « The Public Health State », *MD Canada*, mai-juin 2004, p. 72, [www.pierrelemieux.org/artpublichealth.html](http://www.pierrelemieux.org/artpublichealth.html).

<sup>31</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada — Rapport Final*, dit « Rapport Romanow », Gouvernement du Canada, 2002, p. 92-93, [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/CSS\\_Rapport\\_final.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/CSS_Rapport_final.pdf).

<sup>32</sup> *Le Monde*, 30 juillet 2004, [www.lemonde.fr/web/imprimer\\_article/0,1-0@2-3224,36-374164,0.html](http://www.lemonde.fr/web/imprimer_article/0,1-0@2-3224,36-374164,0.html).

<sup>33</sup> Rapport Romanow, p. 83 sq.

<sup>34</sup> Sur l'État modélisé comme Léviathan, on consultera Geoffrey Brennan et James M. Buchanan, *The Power to Tax : Analytical Foundations of a Fiscal Constitution*, Cambridge, Cambridge University Press, 1980. Voir également de Jasay, *op.cit.* Léviathan s'appelle « le Minotaure » in Bertrand de Jouvenel's *Du Pouvoir: Histoire naturelle de sa croissance*, Paris, Hachette, 1972, p. 21 sq.; du même auteur, on lira également avec intérêt *The Ethics of Redistribution*, Indianapolis, Liberty Fund, 1989.

On attribue à Bismark le texte de la « justification » qui accompagnait l'une des propositions de loi de 1883 et qui illustre comment l'État utilise les politiques de sécurité sociale pour soudoyer et dompter la population : « Que l'État aide ses citoyens nécessiteux davantage qu'il ne l'a fait dans le passé représente non seulement un devoir chrétien et humanitaire, dont l'appareil étatique devrait être bien conscient ; il s'agit également d'une tâche nécessaire pour la préservation de l'État lui-même. Cette tâche vise à cultiver parmi les classes démunies, qui sont les plus nombreuses et les moins bien informées, l'idée que l'État est une institution non seulement nécessaire mais aussi bienveillante<sup>35</sup>. » Deux experts contemporains en santé publique, Hussey et Anderson, répètent le même argument : « Un régime d'assurance à payeur unique peut également amener les citoyens à faire confiance à la capacité de l'État de promouvoir leur bien-être, ce qui favorise la croyance dans la légitimité de l'État<sup>36</sup>. »

## Résumé et conclusion

Même si c'est banal à dire, il demeure vrai qu'il n'y a pas de système parfait. En vérité, le qualificatif « parfait » est impossible à circonscrire, sinon du point de vue d'un philosophe-roi, pour la simple raison que les préférences individuelles sont différentes et que chacun a son opinion de ce que serait un système de santé parfait. Cela étant, l'analyse économique suggère fortement que les processus politiques et bureaucratiques ne produisent pas de résultats supérieurs à ceux des choix individuels dans un contexte de marchés libres et concurrentiels. Nous avons passé en revue quatre défauts majeurs de la médecine socialisée : 1) ce régime représente un mode de rationnement inefficace ; 2) il comporte des coûts économiques élevés ; 3) il est inéquitable ; 4) il accroît dangereusement le pouvoir de l'État.

---

<sup>35</sup> Cité in Hamowy, op. cit., p. 54.

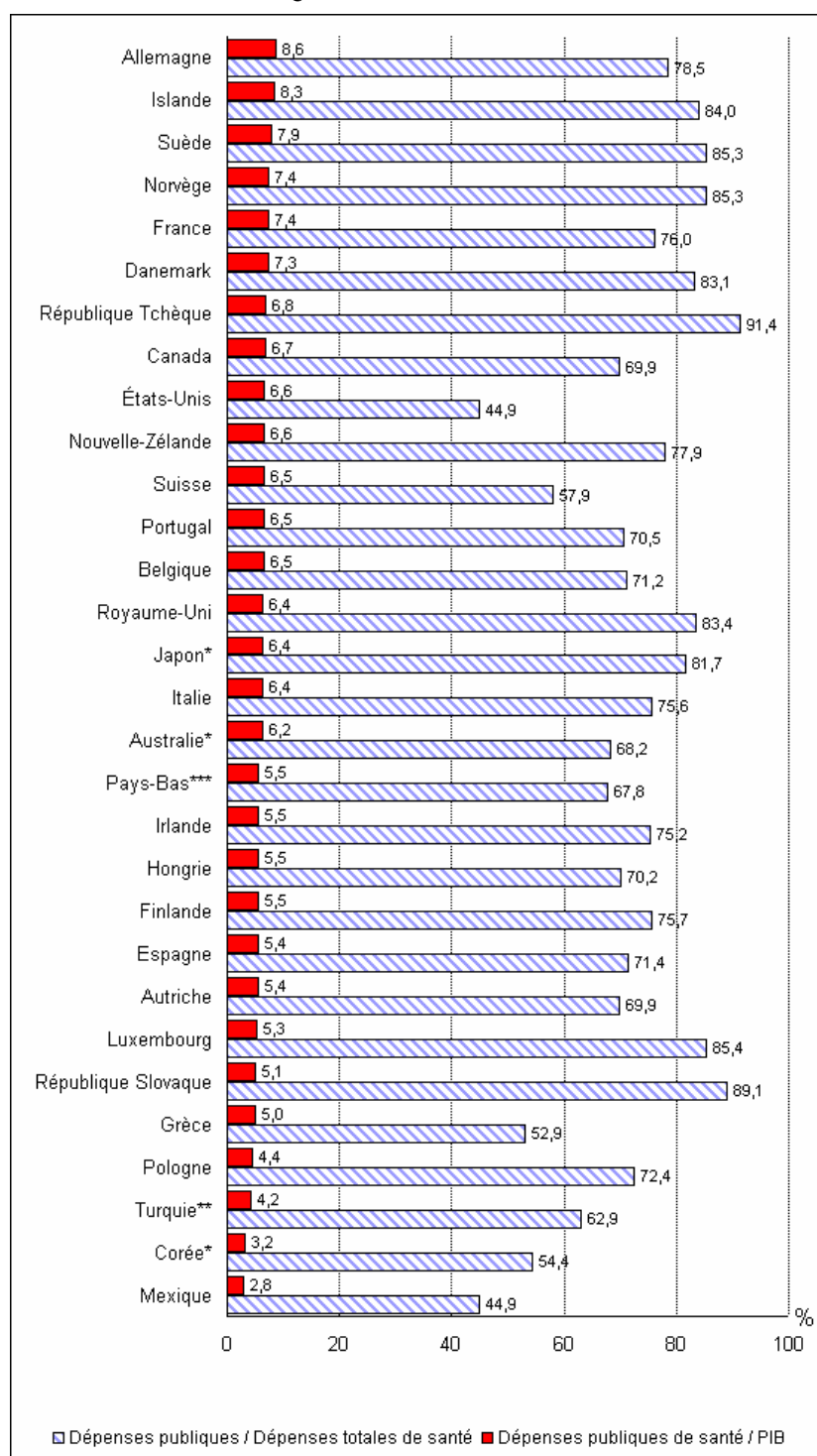
<sup>36</sup> « A single-payer insurance system can also foster citizens' trust in the ability of the government to protect their welfare, enhancing the population's view of the legitimacy of the government », in P. Hussey et G.F. Anderson, « A Comparison of Single- and Multi-payer Health Insurance Systems and Options for Reform », *Health Policy*, vol. 66 (2003), p. 222.

## La médecine socialisée

On peut ajouter un dernier point. Plus étendu est le système de médecine socialisée, le plus il devient difficile de le remettre en question, car les clientèles qui en profitent (ceux qui gagnent leur vie dans le système et ceux qui, n'ayant pas acheté d'assurance privée quand ils étaient plus jeunes ou en meilleure santé, en sont devenus dépendants) résisteront au changement. De plus, le système même rend les préférences des gens généralement plus favorables aux solutions étatiques. Bismark l'avait déjà entrevu : la médecine socialisée amène la population à considérer l'État comme un Big Brother bienveillant.

## La médecine socialisée

**FIGURE 1 : DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ DANS LES PAYS DE L'OCDE, 2002**

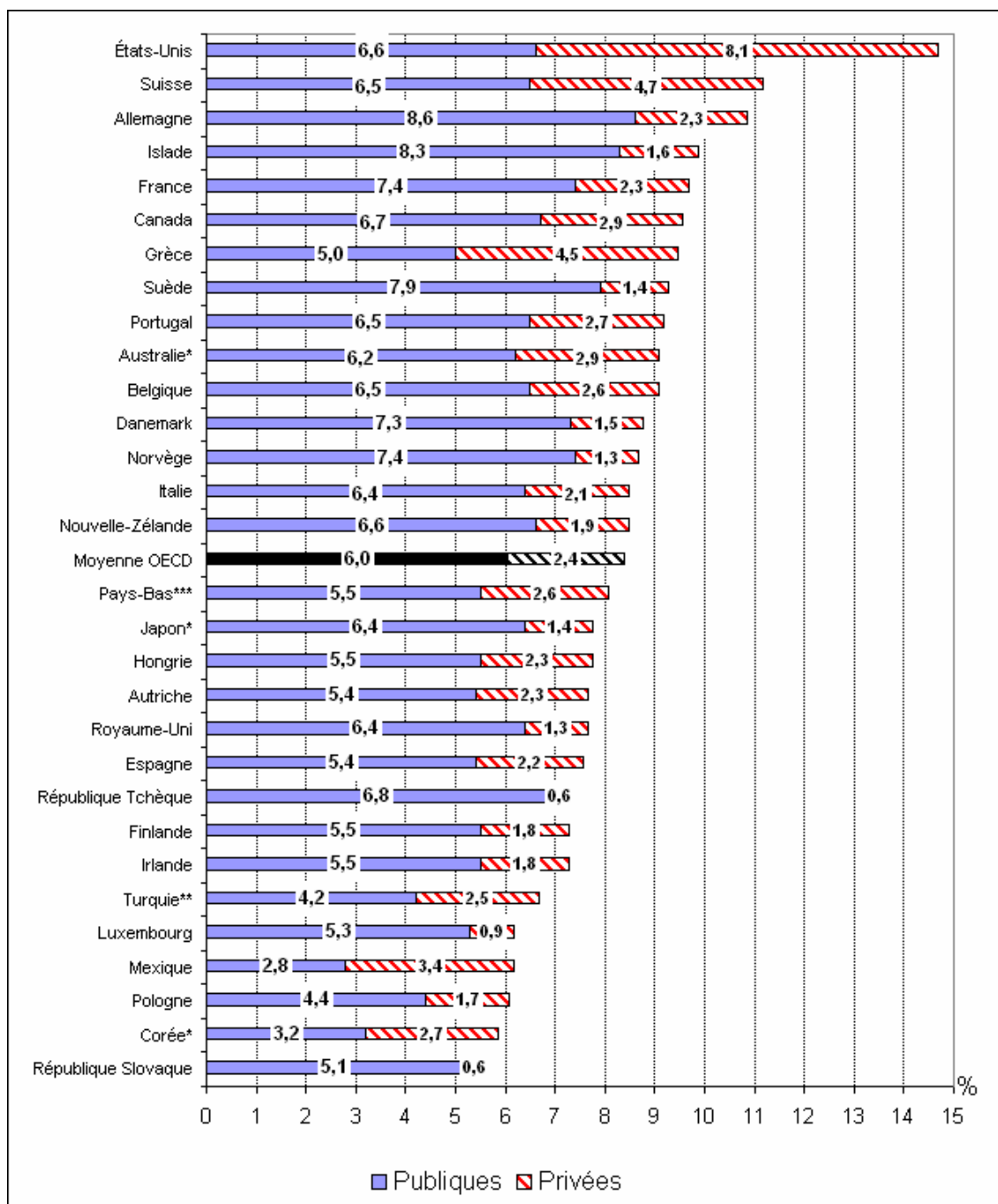


\*2001    \*\*2000    \*\*\* 1997

SOURCE : Éco-Santé OCDE 2004 (CD-ROM).

## La médecine socialisée

**FIGURE 2 : DÉPENSES DE SANTÉ PUBLIQUES ET PRIVÉES EN PROPORTION DU PIB DANS LES PAYS DE L'OCDE, 2002**



\*2001    \*\*2000    \*\*\* 1997

SOURCE : Éco-Santé OCDE 2004 (CD-ROM).