

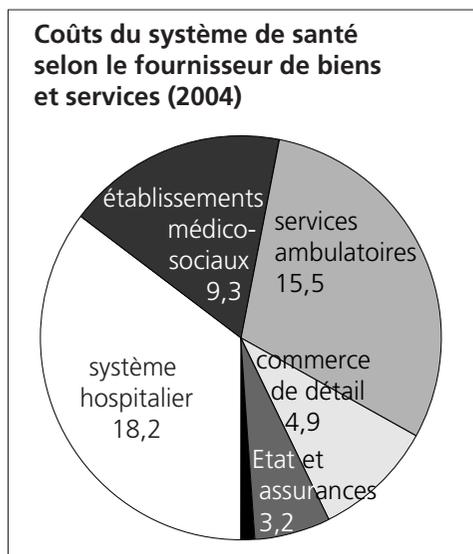
1. Coûts du système de santé: fausses évidences

C'est devenu une rengaine officielle : les coûts de la santé « explosent » et sont devenus une « charge insupportable ». C'est le constat de départ du *Rapport annuel 2006* (p. 24) de la très officielle Commission pour les questions conjoncturelles. « *L'objectif de la maîtrise des dépenses de santé [...] n'a pas été atteint* », assène pour sa part l'OCDE dans son *Examen du système de santé suisse* publié à l'automne 2006 (p. 15). Une première question vient à l'esprit : pourquoi ces experts se réjouissent lorsque les consommateurs dépensent plus dans la téléphonie mobile ou Internet ou dans les loisirs ? Il faut donc se poser la question du pourquoi de cette attitude différente. Mais, avant, quelques données simples permettent de remettre les pendules à l'heure – qui n'est pas celle des adorateurs du « tout au marché ».

Vue d'ensemble

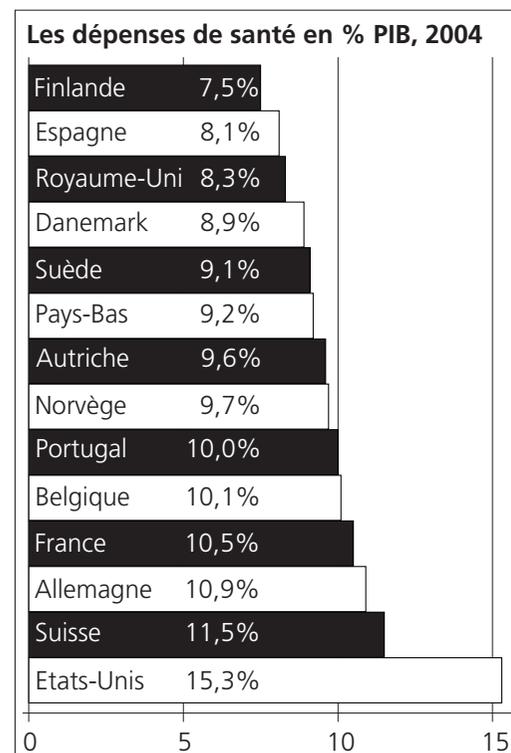
L'Office fédéral de la statistique (OFS) évalue les dépenses de santé à 51,6 milliards de francs en 2004. Ce total se répartit entre (cf. graphique ci-contre) :

- le système hospitalier : 18,2 milliards de fr.,
- les établissements médico-sociaux (EMS pour personnes âgées, institutions pour personnes handicapées, toxicomanes, etc.) : 9,3 milliards de fr.,
- les services ambulatoires : 15,5 milliards de fr., dont 8,8 milliards pour les médecins,
- le commerce de détail (pharmacies, etc.) : 4,9 milliards de fr. dont 3,5 milliards pour les pharmacies,
- les dépenses de l'Etat (administration, prévention, etc.) et des assurances (administration, amortissements) : 3,2 milliards de fr.



Comparaisons biaisées...

Ces dépenses correspondent à 11,5 % du produit intérieur brut (PIB) réalisé en 2004, c'est-à-dire de la richesse produite en Suisse cette année-là. Ce chiffre est souvent utilisé pour des comparaisons internationales. C'est sur lui que le discours officiel se base pour affirmer que le système de santé suisse est le « deuxième plus cher » au monde, après celui des



Etats-Unis (cf. graphique ci-contre).

Or des données statistiques apparemment homogènes peuvent correspondre à des réalités partiellement différentes. Un exemple. Les comptes du système de santé suisse incluent les dépenses de soins de longue durée pour les personnes âgées et pour les malades chroniques. Cela n'est pas le cas dans les pays nordiques. En 2004, ces dépenses se sont élevées en Suisse à 6,4 milliards de fr., soit l'équivalent de 1,4 % du PIB. Cette différence prise en compte, l'écart avec les pays nordiques fond. Celui-ci sert

pourtant de « preuve » du fait que d'importantes économies dans le domaine de la santé seraient possibles en Suisse sans toucher à la qualité des soins ni à leur accessibilité.

... ou oubliées

En 2004, les ménages ont consacré en moyenne 17 % de leurs dépenses à leur logement (OFS, Enquête sur les revenus et la consommation) et ils paient en moyenne des loyers nettement supérieurs à la moyenne européenne. La même année, la santé

représentait 12,1 % du total de leurs dépenses (5,9 % pour l'assurance-maladie obligatoire, 4,4 % pour les paiements directs et 1,8 % pour les assurances privées). Le logement pèse donc bien plus lourd dans le budget des ménages que la santé. Pourtant, la lutte contre « l'explosion des coûts du logement » est absente des agendas politiques officiels. Il est vrai que ces coûts sont autant de bonnes affaires pour les grandes banques et assurances, qui contrôlent le lucratif marché des hypothèques, ainsi que pour les propriétaires qui encaissent la rente foncière. Et comme le droit au logement n'est pas reconnu, le fardeau des loyers repose presque exclusivement sur les épaules des familles. Une voie que certains voudraient bien suivre jusqu'au bout pour la santé aussi.

Faux plafond

Ceux qui crient à « l'explosion » des coûts de la santé font comme si l'on avait atteint une sorte de plafond: le franchir serait faire le pas décisif vers la catastrophe. La même argumentation a cours au sujet des ressources consacrées aux retraites. C'est une mystification.

En 1960, les dépenses de santé représentaient environ 5 % du PIB. Aujourd'hui, c'est le double. Les formidables progrès dans les moyens techniques mobilisés pour les soins ainsi que les changements économiques, sociaux et culturels (professionnalisation des services de santé, recul du travail gratuit des femmes pour les soins à leurs proches suite notamment à leur insertion accrue dans la vie professionnelle, évolution des représentations du corps, de la maladie et de la souffrance, etc.) expliquent l'essentiel de cette augmentation. Par contre, de nombreuses études, y compris de l'OCDE, montrent que le vieillissement de la population joue un rôle nettement moins important dans cette augmentation des dépenses de santé (cf. notamment Brigitte Dormont, Michel Grignon et Hélène Huber, « Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing », *Health economics*, 15: 947-963, 2006). Michel Gri-

gnon, dans « Les conséquences du vieillissement de la population » (2003) écrit : « Si l'allongement de la vie s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé, l'accroissement de la proportion de personnes âgées conduira à une augmentation moindre de la dépense par tête. Réciproquement si l'amélioration de l'état de santé par âge est « achetée » par un accroissement de l'intensité des soins, l'augmentation de la proportion de personnes âgées pourrait se traduire par une augmentation forte de la dépense par tête. » Le démographe reconnu Hervé Le Bras écrit, afin de débusquer les fausses évidences : « Les dépenses de santé augmentent avec l'âge, donc l'accroissement de la proportion de personnes âgées augmentera les charges de santé et les charges sociales de la nation. Le raisonnement paraît sans faille. A cela près que l'état de santé évolue au même rythme et peut-être même plus rapidement que l'espérance de vie. Un homme de 65 ans aujourd'hui où l'espérance de vie masculine atteint 75 ans est à peu près dans la même forme physique et mentale qu'un homme de 55 ans en 1930 quand l'espérance de vie était de 65 ans. On peut le mesurer maintenant par l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité qui s'élève aussi rapidement que l'espérance de vie générale. Il semble même que les maux du grand âge reculent désormais plus vite que la mort car les générations qui arrivent aux âges élevés ont connu de meilleures conditions de vie, de santé et d'alimentation que leurs prédécesseurs. Il est rassurant que le recul de la mort ne se réduise pas à augmenter le temps moyen passé à l'état de grabataire ou d'impotent. En réalité, une bonne mesure de l'état de santé d'un individu n'est pas son âge à l'état civil, car ce serait imputer à une cause vieille de trois quarts de siècle ou plus – la naissance – une influence à très long terme, mais son âge au décès. Des enquêtes longitudinales dans les pays développés commencent à montrer que près de la moitié des soins de santé s'adressent à des personnes qui ne survivront pas plus d'un an. Or, dans une

population donnée, la proportion de telles personnes n'augmente pas avec l'espérance de vie. Le problème de l'âge dissimule celui de l'acharnement thérapeutique [ce qui est différent des soins palliatifs bien conçus, pouvant tenir compte, de plus, de la volonté du patient explicitée sur les modalités de sa fin de vie – nda]. L'objection majeure à notre raisonnement est l'augmentation constante des coûts de santé observée parallèlement à celle du nombre de personnes âgées. En France, par exemple, les coûts ont progressé en moyenne de 5 % par an depuis vingt-cinq ans. Dans le même temps, la progression du nombre des personnes âgées de plus de 65 ans a été d'un tiers, soit 1 % par an. Comme les dépenses de ces personnes (16 %) de la population ne constituent que 40 % des dépenses totales de santé, cela signifie qu'à l'intérieur des 5 %, 0,4 %, soit moins du dixième, est imputable au vieillissement direct de la population. En fait, la hausse des dépenses de santé accompagne logiquement le progrès économique. De surcroît, le revenu moyen des personnes âgées a crû plus vite que celui des actifs, ce qui les a incités à dépenser plus pour leur santé. Le vieillissement n'est donc pas une cause importante d'augmentation des coûts de santé qui reflètent des changements de comportement, eux-mêmes commandés par des changements de revenus dans les classes âgées de la population. » (Démographie et politique. L'adieu aux masses, Ed. de l'Aube, 2002, p. 46-48)

On pourrait ajouter qu'il n'est en aucune mesure scandaleux que les dépenses de santé augmentent si ces augmentations se traduisent par une meilleure réponse aux besoins, si elles conduisent à une amélioration de l'état sanitaire général et si l'arbitrage effectué pour leur financement ne repose pas quasi entièrement, comme en Suisse, sur les épaules des producteurs de la richesse sociale, l'ensemble des salariés.

Or, l'augmentation des dépenses que nous avons indiquée plus haut n'a cependant pas empêché les

ressources disponibles pour financer les autres activités et revenus de croître durant ces 45 années. Car la richesse globale produite en Suisse a également fortement progressé. La tranche de la richesse sociale réservée à la santé est aujourd'hui plus grande mais, comme le gâteau est lui aussi beaucoup plus grand, cela ne s'est pas fait au détriment des autres invités. Rien ne détermine qu'il ne puisse plus en être ainsi à l'avenir.

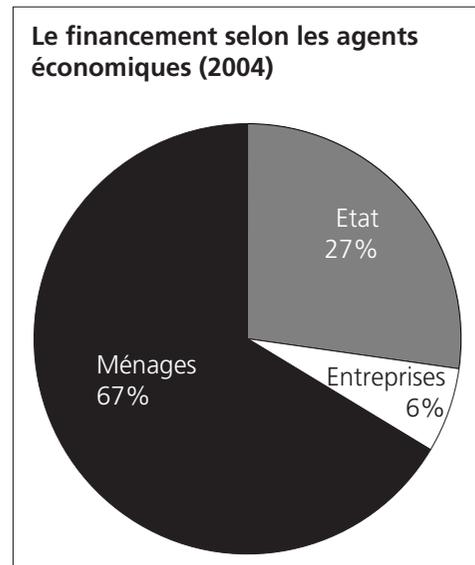
Vrai fardeau

Si l'alarmisme à propos de « l'explosion des coûts de la santé » est trompeur, le constat reste que la santé pèse lourd sur le budget de la très grande majorité de la population salariée. Pourquoi ?

Tout simplement parce que les ménages – c'est-à-dire, pour l'essentiel, les familles de salarié-e-s – financent une part écrasante des dépenses de santé (67 % du total en 2004 ; cf. graphique ci-dessous). C'est sans commune mesure avec ce qui se passe dans les pays voisins. Trois réalités expliquent cette situation :

- En Suisse, les ménages paient directement une grande partie des dépenses de santé. Des domaines

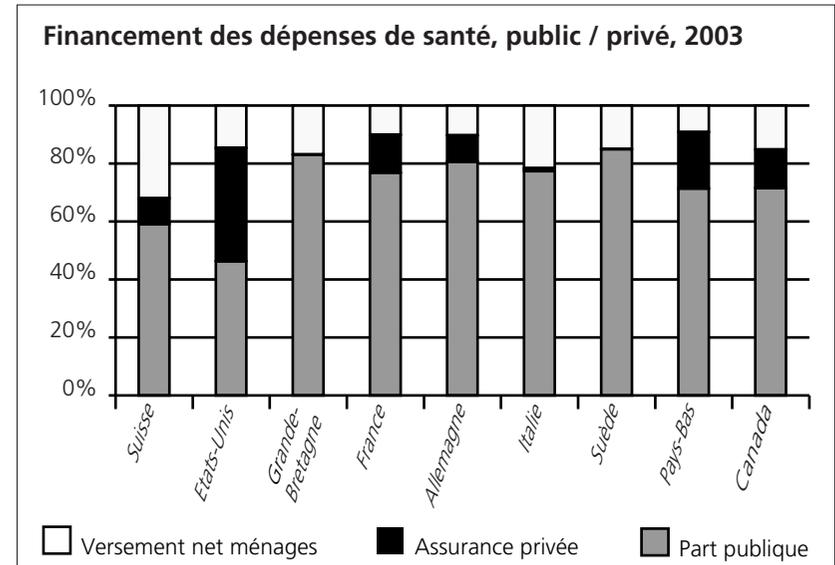
entiers ne sont pas couverts par l'assurance-maladie obligatoire (par exemple les soins dentaires) ou ils sont très mal couverts (par exemple les séjours en établissement médico-social pour les personnes âgées). De nombreux médicaments ne font l'objet d'aucun remboursement. Ces dépenses « out of pocket » se sont montées à 13,6 milliards de fr. en 2004. Les franchises et participations aux frais prévues par la LAMal (2,8 milliards de fr. en 2004) alourdissent encore l'ardoise des ménages. Ré-



sultat : « la forte proportion de paiements « out-of-pocket » [participation aux frais comprise] est atypique pour un pays de l'OCDE dans lequel les dépenses de santé représentent une part importante du PIB [c'est-à-dire des pays riches] », constate l'OCDE (p. 98) dans son rapport (cf. graphique ci-dessous).

- Le système des cotisations par tête (une cotisation par personne, adulte ou enfant, indépendante du revenu) reporte quasiment tout le poids de l'assurance-maladie sur les ménages (18,9 milliards de fr. en 2004, dont 14,4 pour l'assurance de base). Ailleurs en Europe, la couverture maladie est financée dans une très large mesure par des cotisations en % du revenu, payées pour moitié par l'employeur, et/ou par l'impôt.

- Depuis les années 1970, la part des dépenses de santé financée par l'impôt (qui est, dans une mesure certes limitée, progressif : on paie davantage avec un revenu plus élevé) a été réduite à un plancher historique : elle est passée de 39,5 % en 1971 à 25,3 % en 2000. Elle est depuis lors légèrement remontée, à 27,3 % en 2004. La conclusion de l'Office fédéral de



la statistique (OFS) est claire: « *Contrairement à l'idée généralement admise que l'Etat social s'est développé durant les dernières décennies, l'analyse du financement du système de santé montre que la part de l'Etat se situe à la fin des années nonante à un "minimum historique".* » (OFS, *Coûts de la santé en Suisse. Evolution de 1960 à 2000*, 2003, p. 11)

Comme les entreprises et le capital financier ne participent quasiment pas au financement de la santé en Suisse, ce sont les ménages qui ont dû régler l'addition. Or, ce transfert de charges s'est fait alors que les salaires subissaient un violent coût de frein. Entre 1990 et 2005, les salaires réels n'ont augmenté que de 5 % (!), une fois déduite la hausse officielle des prix mesurée par l'indice des prix à la consommation (IPC). Pas étonnant que les augmentations des primes maladie – qui ne sont pas prises en compte par l'IPC au même titre que la hausse des primes pour les caisses de pension ! – pèsent très lourdement sur le budget des familles.

En résumé, ces trois dernières décennies, le patronat et la droite bourgeoise sont parvenus simultanément à :

- précariser l'emploi et à comprimer brutalement les salaires,
- imposer, au nom du moins d'Etat, des coupes claires dans le financement des « assurances sociales »,
- maintenir le système inique des primes par tête pour l'assurance-maladie.

Ce sont ces choix politiques et sociaux, et non pas la prétendue « explosion des dépenses de santé », qui expliquent pourquoi la santé est devenue aujourd'hui un tel fardeau financier pour une majorité de salarié-e-s et leurs familles.