

C
RUE

projet

LA SANTÉ COUTE CHER

- Coûts du progrès et « besoins »
- Médecine publique ou privée?
- La pharmacie, industrie de la santé
- Les déséquilibres de la Sécurité sociale
- Un choix politique

La Santé coûte cher / G. Rösch,
H. Péquignot. (Mai 1973).

1973 **75**

Sou1973-2118

CREDOC•Bibliothèque



A2 300 (2)

projet

comité de rédaction

P. Laurent (directeur)
A. Jeannière (directeur adjoint)
J. Antoine - P. Beaulieu - M. V. Bellas -
R. Bosc - H. Bussery - G. Callies -
H. Chambre - P. Dabezies - O. de
Dinechin - J. Dubois - H. de Farcy -
J. Gellard - J. Laot - D. Hervieu -
H. Madelin - J. de Marillac - H. Perroy
- F. Russo - J. Sommet

rédaction - publicité

et service bibliographique

15 rue Marcheron 92 Vanves
tél. : 644 02 20
la bibliothèque (80.000 livres, 1.500
périodiques) est ouverte à nos lecteurs

administration

pour les abonnements et ventes
au numéro
14, rue d'Assas, Paris 6^e
tél. : 548 52 51

abonnements

1 an (10 num.), 50 F étranger 60 F
le numéro 6 F étranger 7 F
CCP Projet, Paris, 16 394 46

changements d'adresse

joindre la dernière bande et 1 F

tous droits de reproduction, même partielle, par quelque procédé que ce soit, réservés pour tous pays. © Copyright by CERAS, 14 r. d'Assas Paris 6^e, 1967
Imprimerie Saint-Paul - 55001 Bar le Duc

Dép. lég., 2^e trim. 1973. N° IV-73-503

Le directeur de la publication : H. Perroy

au sommaire du prochain numéro

Après le vote des Français
Ouvriers japonais
La fonction sociale du catholicisme

LA SANTÉ COUTE CHER

Un médecin nous écrit		497
SUR-CONSOMMATION MEDICALE ?		
Les « besoins » de santé ?	G. Rösch	499 ^x
Le coût du progrès	H. Péquignot	509
Les frais d'hospitalisation	Hippocratine	521
LES FACTEURS PSYCHOSOCIOLOGIQUES		
La médecine : un bien de consommation	P. Verspieren	527
Le médicament dans la relation médecin-malade	J.-P. Dupuy	532
QUI PAIERA		
Les déséquilibres de la Sécurité sociale	J. Vigne	547
Pas de fausses économies	P. V.	559
FAUT-IL NATIONALISER LA SANTE ?		
Médecine publique ou privée	M. Huguiér	562
La pharmacie, industrie de la santé	M. Préau	574
LES COUTS, AILLEURS		
Médecine privée et publique en G.-B.	P. Lewis	593
Le coût de la santé en URSS	H. Chambre	599 ^x
L'organisation de la médecine aux Etats-Unis	G. Malignac	604
La santé, un choix politique	A. Jeannière	613
<i>Points de repère chiffrés</i>		619



Ont participé à ce numéro « LA SANTE COUTE CHER » des
médecins, des économistes et des sociologues :

MM. H. CHAMBRE, sous-directeur de laboratoire d'économie
du Collège de France ; J.-P. DUPUY, membre du CEREBE (Centre
de Recherche sur le Bien-Etre) ; M. HUGUIER, professeur agrégé,
Hôpital Rotschild ; A. JEANNIERE, directeur adjoint de *Projet* ;
P. LEWIS, Royal Postgraduate Medical School, Londres ; G. MA-
LIGNAC, INSEE ; H. PEQUIGNOT, professeur agrégé, Hôpital
Cochin ; G. ROSCH, docteur, directeur adjoint du CREDOC ;
P. VERSPIEREN, Centre Laënnec ;
et divers autres collaborateurs.

Dessins et illustrations de ODD.

LA SANTÉ COUTE CHER

La santé coûte trop cher. Affirmation justifiée ou simple interrogation ? A considérer l'accroissement rapide et régulier de la consommation médicale prévu pour les prochaines années : 10 % par an, c'est au moins une question d'actualité. En 1969, les dépenses médicales représentaient 9,3 % de la consommation des ménages, en 1975, ce sera entre 11 % à 12,3 %. Pourra-t-on faire face à cette montée ?

Si l'on examine le déficit de l'Assurance-maladie du seul régime général, estimé pour 1973 à 3 300 millions de francs, l'actualité est plus pressante encore. Une réforme s'impose ; et le VII^e Plan ne pourra esquiver - comme l'a fait le VI^e - un choix difficile, tant politique que social.



Au-delà des programmes des Partis politiques et des revendications des diverses catégories sociales, c'est l'opinion publique tout entière qui fait pression. En décembre 1971, l'IFOP interrogeait : « Qu'aimeriez-vous le mieux connaître sur votre avenir ? » ; la santé arrive en tête de toutes les réponses. Elle est un bien prioritaire que chacun entend préserver pour en jouir au mieux ; être à l'abri de la maladie et des malaises, mais aussi assurer un équilibre de vie toujours plus satisfaisant, sans cesse amélioré. Sur ces thèmes la grande presse tient rubrique et distille ses conseils. Qu'ils soient fondés scientifiquement ou non, qu'importe ; ils ont large audience. La crainte insaisissable des pollutions - en croissance exponentielle, nous dit le rapport MIT - vient aujourd'hui renforcer cette volonté de sauvegarde.

N'y a-t-il pas, pour tous, un « droit à la santé » ? Et bientôt l'on dénoncera de très réelles inégalités en ce domaine ; les conflits pour une meilleure égalité des Français devant la santé s'annoncent déjà.



S'agirait-il simplement de mieux organiser les Services de santé ? Avec ses coûts élevés d'hospitalisation, la médecine publique paraît cher pour les services rendus, en comparaison des prix autorisés pour les cliniques privées. Gaspillage, bureaucratisme

ou sous-administration ? Un hôpital public est une grande entreprise complexe où devraient prévaloir des normes de saine gestion. D'autant que la médecine publique prend en charge la santé des catégories plus défavorisées et finance une grande partie de la recherche. Gagnerait-on, en France, à nationaliser le Service de santé (les exemples d'autres nations peuvent être éclairants) ? Mais chacun - chaque malade potentiel ou actuel que nous sommes - craint une déshumanisation administrative.



Parler d'économie de la Santé - comme vient de le faire en avril 1973 le Congrès international de Tokyo -, c'est aborder aussi un problème épineux : le prix des médicaments. Nombreux, en incessant renouvellement, lancés par une publicité coûteuse, pèsent-ils trop sur les dépenses de santé ? En aval, dans la relation médecin-malade, l'échange inter-personnel est essentiel, et le médicament signifie bien autre chose que sa capacité thérapeutique objective. En amont, l'industrie pharmaceutique - souvent suspectée de bénéfices qui seraient d'autant plus scandaleux qu'ils concernent un homme sans défense, l'homme malade - défend les conditions de son existence et de son développement ; qu'en penser ?



La santé, choix politique, c'est là où il faut en venir. Tant en raison du progrès médical que de l'extension du champ de la prévention - car il ne faut pas oublier ce qui contribue à dégrader les forces humaines : conditions de travail, transports, logement, vie urbaine -, les exigences vont aller croissant. Dans quel secteur pousser le progrès, et au détriment de quels autres ? Demain quelles maladies seront le mieux jugulées et quelles catégories de malades (jeunes, adultes, vieillards...) soignera-t-on de préférence ? On ne peut tout vouloir et tout faire à la fois.

Plus encore, pour les dépenses courantes comme pour les investissements il faut choisir entre la santé et d'autres biens collectifs : enseignement, habitat, sport, culture..., et même (pourquoi pas ?) la solidarité avec les pays en voie de développement. A quels niveaux politiques opérer ces choix et dans quelles perspectives ?

Une société avancée voit se développer des exigences légitimes de santé, collectives et personnelles. Poussé à l'excès, ce souci peut devenir une forme narcissique d'égoïsme, individuel ou national.

un médecin nous écrit

Je ne peux m'empêcher de vous dire à quel point je suis inquiet pour l'avenir immédiat en sachant ce que recouvrent, aux yeux de certains, les mots d'économie médicale.

Médecin, je ne peux que regretter le détachement dédaigneux du Corps Médical vis-à-vis des imbrications économiques et sociales de la plupart de leurs actes médicaux... Je peux aussi regretter qu'aux yeux de certains étudiants, la médecine apparaisse encore comme un bon métier où la réussite est facile, regretter que les premières années d'études fassent une impitoyable et définitive sélection sur des matières purement scientifiques, et que la « vocation » ne soit pas cotée au cours des études. Mais je crains que les problèmes d'économie de la santé, étudiés dans de petits groupes et des commissions depuis quelque 10 ans, ne soient jetés sur la place publique que dans une arrière-pensée politique. S'il s'agit de pénaliser les « bourgeois » que sont les médecins après les hommes de lois, et tous les libéraux, je ne m'émeus pas. En revanche, une certaine imbrication des deux concepts santé et économie du pays est redoutable, car elle suppose et exige une direction autoritaire d'une « certaine politique de santé en fonction d'options budgétaires ».

Très rapidement la question de limitation des dépenses va devenir : « qui a droit à quoi ? ». Dans une conception économique de redistribution, même partielle du revenu, il est évident que c'est la population active qui est la clef de voûte de toute politique sociale. Sera-t-elle particulièrement protégée et surveillée médicalement (une partie de cette protection incombant aux médecins du travail). Mais compte tenu d'une certaine évolution démographique, il apparaît qu'elle représente une fraction de

plus en plus faible du total de la population. Se pose alors la question de fixer de façon autoritaire la fraction du revenu national qui peut être consacrée au budget santé sans provoquer de réactions de la part de ceux qui sont tout à la fois producteurs, consommateurs et contribuables. Quelles options prendra-t-on ? Il est indispensable de « surprotéger » les jeunes qui doivent assurer la relève ; mais les vieux, les irrécupérables, ceux que le médecin a laissés venir au monde puis a soignés à grands frais et qui jusqu'à leur dernier jour seront à charge ?

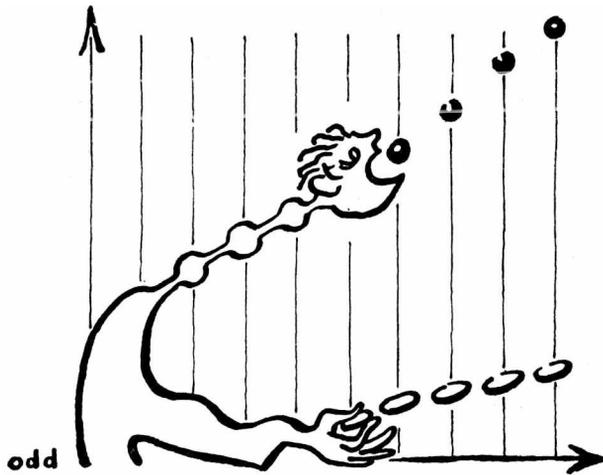
Il faut augmenter les investissements en matière de rééducation fonctionnelle et professionnelle, mais faut-il le faire pour tous les blessés et malades récupérables ?... ou seulement pour ceux qui sont aptes à tenir des postes actuellement peu recherchés ?

La chirurgie et la traumatologie, non de luxe mais de choc, sont-elles « admissibles » compte tenu de leur prix pour un blessé qui a peu de chances de redevenir lui-même, ou seulement pour ceux dont on a grand besoin ? Au fait, où se situe le clivage entre les gens rentables et ceux qui ne le sont guère selon qu'on a surabondance de maçons, de terrassiers, ou de licenciés, voire de diplômés en psychologie ? Qui sera le juge infaillible, et incorruptible ?

Je n'exagère pas ; ces problèmes nous sont fortuitement présentés depuis des années tant en France qu'à l'étranger à propos de soins prolongés (frais d'hospitalisation) de thérapeutique (rééducation fonctionnelle, appareillage) en fonction de l'âge des malades, ou de leur potentiel de récupération. Je ne fais qu'écrire, sans les commenter les mots d'eugénisme, d'avortement pour des raisons économiques (le qualificatif est en toutes lettres dans le texte), d'euthanasie...

Oui, la santé est un thème politique ; car il faudrait avoir le courage d'expliquer que la Sécurité Sociale n'est qu'un moyen ultime d'obtenir des soins indispensables, ou à tout le moins utiles, et trop coûteux. Il ne faut pas oublier que pour obtenir le remboursement de 15 à 20 F de médicaments « on » demande une ordonnance médicale, d'où remboursement d'une consultation, et des frais de gestion inimaginables... alors qu'on ne lésine pas sur le prix d'un spectacle, d'un disque, d'une bouteille d'apéritif.

Mais au fait, explique-t-on aux écoliers, aux étudiants, aux syndicalistes que la Sécurité Sociale est un organisme d'entraide, et que le civisme demeure une vertu, même en état républicain (il est vrai qu'il réapparaît vite sous les régimes totalitaires).



La consommation médicale croît plus vite que les salaires.

les « besoins » de santé

Georges Rösch

Devant l'expansion rapide, générale dans tous les pays, des consommations de soins médicaux, on entend parfois poser une question qui prend la forme : « Y a-t-il sur ou sous-consommation de soins médicaux ? ». Une telle question a-t-elle un sens ? A quel ordre de faits peut-elle correspondre ? On doit s'efforcer d'avoir une vision claire de ce phénomène qui apparaît comme un aspect important de nos civilisations, par la masse qu'il représente dans les économies nationales, par les conceptions sociales qui le sous-tendent, par les contraintes techniques qu'il pose.

Dans le domaine de la maladie, l'objectif des systèmes sociaux - Assurances Sociales, Services Nationaux de santé, systèmes d'assistance, assurances mutuelles - est de fournir les soins médicaux « à

chacun selon ses besoins ». On conçoit, dans ces conditions, que ce secteur économique se situe de plus en plus « hors marché » et l'on se pose la question simple : « Comment peut se faire alors l'adaptation de l'offre à la demande ? ».

Le mythe du « besoin »

La notion de « besoins de soins médicaux préventifs et curatifs » se réfère difficilement à une réalité objective et mesurable. De ce fait, il est impossible d'estimer une consommation « trop forte » ou « trop faible » par rapport à une consommation « normale » à la fois nécessaire et suffisante pour satisfaire un besoin.

D'ailleurs, cette notion de « sur » ou « sous-consommation » n'a guère de sens au niveau économique général. Il ne viendrait pas à l'idée de parler de sur-consommation de cravates, de piscines, de machines à laver la vaisselle, de musées ou de coiffeur, ou de sous-consommation de téléphone.

Le « besoin » est une notion essentiellement *subjective* et son évolution, dans les aspirations humaines, est sans limite, fondée sur des désirs quasi-faustiens : de l'immortalité, de l'ubiquité, de l'omniscience, de l'omnipotence et d'un hédonisme purement idéologique.

Entre le réel et une telle « prospective », il y a toute la distance du possible à l'impossible ; pourtant « le difficile c'est ce qui peut être fait tout de suite ; l'impossible ce qui demande un peu plus de temps » (1).

La demande de soins médicaux ne correspond pas à un libre choix.

On peut cependant imaginer que certains besoins de l'homme sont suffisamment définis scientifiquement par la physiologie ou par la physiopathologie pour que l'on puisse leur faire correspondre des évaluations précises des biens et services (et par conséquent des productions) nécessaires pour les satisfaire. La nutrition et les soins médicaux pourraient apparaître de ce type.

Pour l'alimentation l'état actuel des connaissances des nutritionnistes ne leur permet pas de fixer de façon précise, quantitativement et surtout qualitativement, la ration alimentaire idéale. De toute façon, la consommation alimentaire réelle n'a aucun rapport étroit avec ces connaissances sur la nutrition (2).

Dans le cas de la médecine, les problèmes sont encore plus complexes et les notions même de base plus difficiles à établir sur des données solides.

(1) Tout le progrès humain justifie cette pensée. La transmutation de la matière et la captation de l'énergie atomique n'étaient-elles pas, il y a un siècle, du domaine de l'impossible, de même qu'un voyage sur la lune. Ainsi en est-il actuellement de la guérison complète de tous les cancers ; et pourtant ce possible est peut-être dans la perspective de proches années.

(2) D'innombrables facteurs psycho-socio-esthétiques viennent s'ajouter aux impératifs nutritionnels physiologiques. La consommation d'huîtres, de framboises surgelées, de gibier ou de vin de grand cru n'a rien à voir avec les « besoins » physiologiques et, dans la terminologie que nous évoquons et contestons au début de cet article, mériterait bien le nom de sur-consommation.

Le « besoin » médical présente deux particularités fondamentales

La survenue du besoin de soins médicaux est à peu près totalement aléatoire et impérieuse en un jour donné. De ce point de vue l'affection qui atteint un individu (maladie, blessure, infirmité) s'apparente davantage au risque d'incendie, de grêle, de catastrophe. Il ne s'agit pas d'un besoin régulier, constant, qu'il soit journalier (comme l'alimentation), saisonnier (comme le vêtement), ou même unique mais prévisible (comme l'éducation des enfants ou l'achat d'une maison). Sa parenté avec les risques « accidentels » justifie que l'esprit de prévoyance garantisse ce risque par une « assurance ». Mais notons-le surtout, à la différence des divers autres biens ou services, la survenue de l'affection ne laisse aucun « choix » au malade-consommateur : il est *contraint* d'y faire face.

Le besoin médical est très « dispersé » dans une population. Au cours d'une année donnée, les uns n'auront à faire face à aucune dépense de soins, d'autres devront faire appel à des techniques dont les coûts pourront se monter à plusieurs dizaines de milliers de francs et dépasser la totalité de leur revenu. Les enquêtes, ou sondages sur les dossiers des Assurances Sociales, montrent la concentration des très gros risques sur une très faible proportion de la population : 30 % des dépenses annuelles répondent aux soins de 3 % des malades, 50 % à 8 à 10 % ; au contraire la moitié des personnes les moins atteintes n'exigent que 3 % de ces dépenses (3). Ce phénomène est la deuxième justification d'un système d'assurance.

Naturellement, chacun au cours de sa vie est certain d'avoir à faire face à une ou de multiples atteintes morbides graves ; mais le coût en sera très faible pour celui qui aura la « chance » de mourir subitement, après une vie en bonne santé apparente (par exemple, dès son premier infarctus du myocarde), et très élevé pour celui qui devra soigner durant toute son existence une maladie héréditaire et définitive (un diabète par exemple).

Tous les besoins ne sont pas couverts

L'existence d'un système d'assurance ne garantit pas qu'ainsi tous les « besoins » soient couverts. Prenons quelques exemples. Les affections les plus fréquentes dans l'ensemble d'une population sont les troubles de la vision et les affections dentaires : la moitié environ de l'ensemble de la population en souffre et la quasi-totalité des personnes âgées. On peut penser que, dans un pays comme le nôtre, une très forte proportion de personnes ayant besoin de lunettes corrigeant les troubles de la vision en sont pourvues. Mais il est déjà moins sûr que la totalité de celles qui souffrent de troubles dentaires bénéficient des soins répétés et périodiques qu'ils exigent et des prothèses qui leur seraient nécessaires. Si l'on évoque le cas de la surdité, plus ou moins grave, dont on ne peut même pas indiquer la fréquence, on peut affirmer de

(3) H. Péquignot, G. Rösch : « Qu'est-ce que le petit risque ? », *Droit social*, né 3, mars 1970. Numéro spécial : « L'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles ».

façon absolument certaine que le nombre de personnes atteintes et qui ne bénéficient pas des appareillages que permet l'électronique actuelle reste considérable.

Le traitement des cas d'urgence révèle de plus graves lacunes. Ici un facteur particulier entre en compte : le temps, le bien le plus coûteux aujourd'hui. Les coups de téléphone nocturnes infructueux à la recherche d'un médecin sont courants, de même que le banal cas d'appendicite opéré trop tardivement, le blessé transféré d'hôpitaux en hôpitaux face à des services d'urgence soit insuffisants, soit ne correspondant pas à la spécialité exigée (4) ; par ailleurs, les médecins se plaignent d'être constamment appelés « pour rien », car la notion de l'urgence n'est pas la même pour le malade et pour le médecin. Il n'en demeure pas moins que seul le médecin peut déterminer s'il s'agit d'une fausse ou vraie urgence ; cette dernière implique dans la quasi-totalité des cas, le transfert du malade dans le milieu hospitalier où il pourra subir les soins que nécessite un état grave, a fortiori une intervention chirurgicale. Il est d'ailleurs possible et fréquent que le médecin armé des seuls instruments disponibles dans sa serviette ne puisse trancher le problème et l'on est ramené au transfert en milieu hospitalier afin de disposer des moyens de diagnostic.

La notion d'urgence, c'est-à-dire du délai qu'elle implique, est en général mal perçue. Très peu de cas exigent l'intervention dans la demi-heure. Par contre le sort de beaucoup de malades se joue dans un temps se situant entre 6 et 48 heures. Ce délai semble long ; mais si le médecin est appelé ou arrive trop tard, il ne reste parfois que bien peu de temps.

Conclusion de telles réflexions : il n'est d'autre solution, lorsqu'un malade présente des symptômes alarmants, que l'examen approfondi par un médecin ; mais il n'est en fait qu'une solution absolument correcte : celle de l'ambulance spécialisée, équipée, prête à toute heure, dans chaque hôpital, à se rendre auprès d'un malade dont le cas « pourrait » nécessiter une intervention médicale ou chirurgicale urgente. Ce système, qui se généralise en nombre de pays, n'en est encore en France qu'au stade des exemples pilotes.

Naturellement nous avons évoqué quelques situations qui montrent combien nous sommes encore éloignés, dans bien des cas, de la possibilité de fournir les stricts soins nécessaires. L'exemple de l'urgence souligne une particularité souvent mal saisie de la médecine : le facteur temps a une grande importance dans tout traitement médical.

Pour cerner l'incertain, on multiplie les examens

Il est une grande différence entre les études (et les jugements auxquels elles conduisent) des financiers, administrateurs, organisateurs,

(4) Les urgences se comptant en minutes sont rares (section d'artère, noyade, asphyxie, etc.). Elles se situaient même souvent hors des temps qu'impliquaient une intervention médicale. Mais les progrès de la réanimation respiratoire et cardiaque rendent possibles des actions efficaces dans des cas qui se situaient autrefois hors de toute possibilité.

épidémiologistes, et les décisions et actions des médecins. Les premières se font « ex-post » à partir des données rassemblées sur des faits passés ; les secondes se font « ex-ante » (5), non seulement « en temps réel » mais en « décision dans l'incertain » (6). Dans le premier cas, il est relativement facile de faire la critique de l'opération (sur un cas de malade ou sur une politique d'ensemble), de réfléchir sur des « faits » connus, de dire où il y a eu erreur, ce qui aurait dû être fait ou ce qui aurait pu ne pas être fait. Mais le médecin, lui, agit en fonction d'« hypothèses », dans l'incertitude probabiliste des diagnostics et de l'action réelle et toujours individuelle des traitements.

Face à un malade, par exemple dans le coma, le médecin met en marche deux processus, d'ailleurs constamment liés : la détermination de la maladie (le diagnostic), l'action thérapeutique (le traitement). Il ne peut conduire chacun d'eux qu'en fonction d'un corps d'hypothèses plus ou moins étayé par le faisceau de « signes » (de la « séméiologie ») dont il dispose. Certes il est des cas où le diagnostic est très rapidement évident (une luxation de l'épaule, une rougeole ou une presbytie) ; mais il n'en est pas généralement ainsi (7). En premier lieu chaque cas peut présenter des particularités qui en changent sensiblement l'aspect (la luxation de l'épaule peut s'accompagner d'un arrachement ligamentaire et osseux, la rougeole peut être une « rougeole maligne » à évolution foudroyante très grave). En second lieu, le faisceau des signes peut laisser la possibilité d'hypothèses diverses qui impliqueront des actions thérapeutiques contradictoires et cependant urgentes (un coma de cause non évidente par exemple). Enfin il est possible que plusieurs hypothèses diagnostiques doivent être simultanément prises en considération, car les maladies multiples sont aujourd'hui fréquentes (8) : dans ce cas les maladies pourront être indépendantes, sans influence réciproque (une cataracte et une colique néphrétique, etc.) mais le plus souvent aggravantes, tant du point de vue de l'état du malade que de celui de la difficulté du traitement (association d'une cirrhose ou d'une tuberculose,

(5) En fait, il n'existe que peu d'études approfondies, du premier type, au niveau général de la pathologie d'une population et des moyens qui ont été mis en œuvre pour la traiter. (La plupart des études scientifiques approfondies sont limitées à des types de maladies ou de traitements - un type de cancer, la poliomyélite, la greffe rénale, le traitement des prématurés, etc.). Nous n'avons pas connaissance qu'il en ait été réalisé sur le deuxième type de problème : l'étude critique de l'action « en temps réel » sur un assez large échantillon de malades.

(6) Pour reprendre une expression habituelle à la Recherche Opérationnelle.

(7) Les signes **certains** d'une maladie n'existent pas dans nombre de types d'affections. La certitude n'est souvent apportée que peu à peu, par les quatre éléments fondamentaux du diagnostic : l'**interrogatoire** sur le passé du malade et ses symptômes, les **signes** fournis par l'examen clinique et les examens « para-cliniques » (examens chimiques radiographiques, hématologiques, sérologique, électrique, etc.), l'**évolution** des symptômes et lésions (qui peut se préciser et se dérouler sur des années, le diagnostic pouvant être impossible au début et devenant de plus en plus clair), la **réaction au traitement** (dit « traitement d'épreuve » s'il est systématique).

(8) Chaque lecteur pourra s'essayer à dénombrer les affections dont il est atteint. Il sera banal, s'il avoisine la cinquantaine, qu'il souffre simultanément de presbytie, d'arthrite dentaire, d'hémorroïdes, de lumbago, de cors aux pieds et peut-être de coliques hépatiques, de colite, d'insomnies, ou d'accès dépressifs ; affections relevant de six spécialistes et entraînant une dépense annuelle de soins déjà sensible. A fortiori la personne de 70 ans a toute chance d'être atteinte de 3 ou 4 affections très sérieuses. Dans une enquête effectuée en 1966, sur une période de 6 mois dans la région parisienne, le nombre moyen d'affections par personne de tous âges était de 3,45 (allant de 0 à 14).

d'une hémiplégié et d'un adénome prostatique qui entraînera une rétention d'urine et une infection urinaire, etc.).

Ainsi sommes-nous amenés à considérer des perspectives qui n'apportent rien de conceptuellement neuf mais se fondent sur un développement de plus en plus exhaustif de l'examen des signes ou de l'analyse des hypothèses diagnostiques.

Le check-up, par exemple, n'apporte rien de nouveau à ce que peut être l'examen consciencieux, complet, visant à dépister les maladies le plus tôt possible avant tout symptôme ressenti par le malade (9). Tout examen correct d'un malade devrait être en fait un « check-up ». Mais actuellement, ce n'est guère qu'à l'hôpital que l'on peut et que sont effectivement réalisés de tels examens complets (10), car là sont rassemblés les spécialistes et appareillages nécessaires. Mais quelle est en fait l'utilité de tels examens sur des individus apparaissant en bonne santé, ou ne souffrant que du lot de troubles peu graves dont est affligée toute personne ? De tels examens systématiques et suffisamment fréquents appliqués à l'ensemble de la population seraient d'un coût gigantesque. Ne suffit-il pas qu'un examen correct soit effectué lorsque chacun a l'occasion de consulter son médecin ? (11).

L'ordinateur pourra un jour venir en aide au diagnostic. C'est un extraordinaire outil dont la supériorité tient à sa mémoire immense (dans un domaine sélectif) et à son extraordinaire rapidité pour analyser un nombre très grand de données. Si ses mémoires contiennent toutes les connaissances incluses dans les traités de médecine, et toutes celles que représentera l'expérience clinique des carrières de 1 000 médecins (1 000 fois 50 000 malades par exemple, soit 50 000 000) (12), on conçoit assez bien tout l'apport qu'il peut fournir. Mais on sait aussi comment il s'exprimera. Alors qu'un médecin expérimenté fait, par exemple, 5 hypothèses diagnostiques face à un malade et propose 30 examens pour sélectionner la plus probable, l'ordinateur sera beaucoup plus exhaustif : il répondra : « compte tenu des signes actuellement connus, le malade a 63,2 % de chance d'avoir la maladie A, 22,7 % la maladie B, ..., 0,02 % la maladie N » ; le nombre de maladies pourra être de plusieurs dizaines. Il complétera cette information probabiliste par un programme d'examens permettant de se rapprocher de la probabilité de 100 % (hors

(9) On pratique de très longue date, de façon systématique, de vieux examens comme la radiographie pulmonaire (tuberculose), la recherche de l'albumine (néphrite) ou du sucre (diabète) dans les urines.

(10) La liste des examens pouvant être pratiqués sur un malade pour établir des diagnostics ou surveiller l'évolution d'une maladie est immense. La « check-list » répondant à un examen idéal n'existe pas ou n'est pas réalisable dans la pratique ni, en fait, supportable pour un malade. La question essentielle est de savoir quelle orientation donner à l'ensemble d'examens. Il vise naturellement à une tactique précise de confirmation d'hypothèses dans le cas d'une maladie déclarée. Il est beaucoup plus difficile à préciser si l'on veut réaliser un examen « tous azimuts » ; il perdra d'autant plus en efficacité que l'on voudra gagner en exhaustivité.

(11) Rappelons que les Français subissent en moyenne 5 consultations ou visites de médecin par an et qu'une enquête récente a montré que 57 % de la population de la région parisienne a vu un médecin dans les six mois ; ceci laisse supposer qu'une très faible proportion n'en a pas consulté en ceux ans environ.

(12) On conçoit à quel point on est éloigné d'un tel rassemblement de données qui implique une infrastructure statistique épidémiologique qu'aucun pays ne possède encore.

d'atteinte bien sûr), et qui devra, en toute conscience, comprendre même les examens visant à éliminer toute probabilité que l'affection existante soit la maladie N, qui n'a que 0,02 % d'être en cause. Certes il s'agira là d'un progrès ; mais on en perçoit dès maintenant le coût.

La conduite probabiliste du médecin

On touche là le *fond du progrès médical actuel*, dont une part essentielle réside dans ce pouvoir de diagnostiquer et de traiter, avec une efficacité de plus en plus grande, un nombre croissant des affections qui nous atteignent. Ce pouvoir impose en premier lieu de faire des diagnostics de plus en plus exacts et précoces. Autrefois il pouvait être inutile de faire la sûre distinction entre deux maladies contre lesquelles on se trouvait également impuissant (13), il n'en est plus de même aujourd'hui. Ce pouvoir impose ensuite de conduire de la façon la plus sûre les traitements ; or la contre-partie de leur efficacité est, de façon quasi-constante, le risque d'accident thérapeutique. Ce problème n'est pas nouveau pour le médecin ; la plupart des médicaments efficaces sont aussi des poisons (aussi bien la vieille belladone que les plus modernes produits anti-cancéreux) et toutes les opérations chirurgicales ont toujours fait courir un risque grave. Mais notre armement en examens de contrôle et de surveillance s'est accru et l'on ne peut se dispenser de l'utiliser.

Une première orientation - éliminer les diagnostics les plus graves - conduit à demander d'autant plus d'examens (para-cliniques ou de spécialistes) que le médecin sera plus prudent. Une deuxième orientation - calculer l'action en fonction des éventualités diagnostiques les plus probables - dicte la conduite la plus raisonnable ; notons cependant qu'à l'extrême celle-ci présente deux dangers dont nous indiquerons les exemples les plus typiques. En période d'épidémie grippale, la probabilité de grippe étant forte, le risque est de se laisser aller à la facilité, face à tout malade examiné : ainsi toute épidémie de grippe entraîne son lot de diagnostics erronés, de typhoïdes, septicémies ou cancer du poumon non diagnostiqués parce qu'étiquetés trop facilement comme des gripes. Autre exemple typique, la conduite du médecin de famille. Certes il est d'un intérêt exceptionnel que le malade soit connu de longue date de son médecin, avec tous ses antécédents et ses particularités ; mais le médecin aura naturellement tendance à attribuer aux maladies connues de son malade, qui sont donc non seulement probables mais certaines, tout symptôme nouveau. Ainsi chez un malade souffrant, par crises, des douleurs d'un ulcère gastrique, sera-t-il exposé à interpréter de façon erronée la douleur révélatrice de son premier infarctus du myocarde.

A fortiori faut-il bien percevoir le risque que fait courir le diagnostic d'affections psycho-somatiques (pour ne pas parler de cette catégorie de malades que l'on nomme « fonctionnels », terme qui ne recouvre, comme

(13) Même actuellement l'effort de diagnostic entre les multiples affections virales (parmi lesquelles « les gripes ») peut apparaître assez insuffisant. Il faut bien reconnaître qu'il enrichirait la connaissance nosologique, mais n'aurait que peu d'intérêt pratique puisque nous ne possédons à peu près aucun traitement anti-viral efficace.

le diagnostic de « sénilité », que l'absence de diagnostic) : en effet, on ne peut conclure à ces diagnostics que par élimination, lorsque aucun signe n'a été trouvé d'une atteinte organique précise. Malheureusement le malade psychiatrique ou psycho-somatique reste exposé, comme tout autre, à une affection organique grave que l'on n'a pas le droit de laisser échapper (14).

Toutes ces réflexions montrent que d'innombrables malades sont mal soignés, insuffisamment examinés et traités. Il est beaucoup plus rare de pouvoir affirmer, de façon formelle, qu'un examen diagnostic ou un traitement était totalement inutile. En tout état de cause, que dire de la voie extrême où l'on voudrait s'engager : le dépistage systématique approfondi, appliqué à toute la population et, en conséquence, le traitement de toutes les affections ainsi découvertes ; car la très grande majorité des affections existant dans nos populations sont des affections définitives qui devront être en permanence surveillées et traitées.

L'inégale diffusion des soins

Non seulement des malades sont insuffisamment soignés, mais ils le sont très inégalement, suivant les catégories sociales et les régions. Deux domaines médicaux techniques illustrent le mieux ces disparités : les examens de laboratoire et les examens radiologiques. A l'intérieur même de la France les disparités sont plus fortes que celles qui existent entre les divers pays avancés.

La figure n° 1 montre comment se situent les moyennes d'utilisation des examens de laboratoires au niveau des départements français (15) : elles varient presque de 1 à 8 (16). D'un point de vue statistique quelques remarques doivent être faites. La distribution, comme très souvent, est du type log-normal, très assymétrique. La moyenne n'a donc aucun sens privilégié : elle n'a aucune raison d'être considérée comme la valeur la plus « normale », si l'on voulait en faire la base d'un jugement (17). Les autres valeurs statistiques caractéristiques d'une distribution, la « médiane » et le « mode », se situent manifestement au niveau d'un faible développement médical.

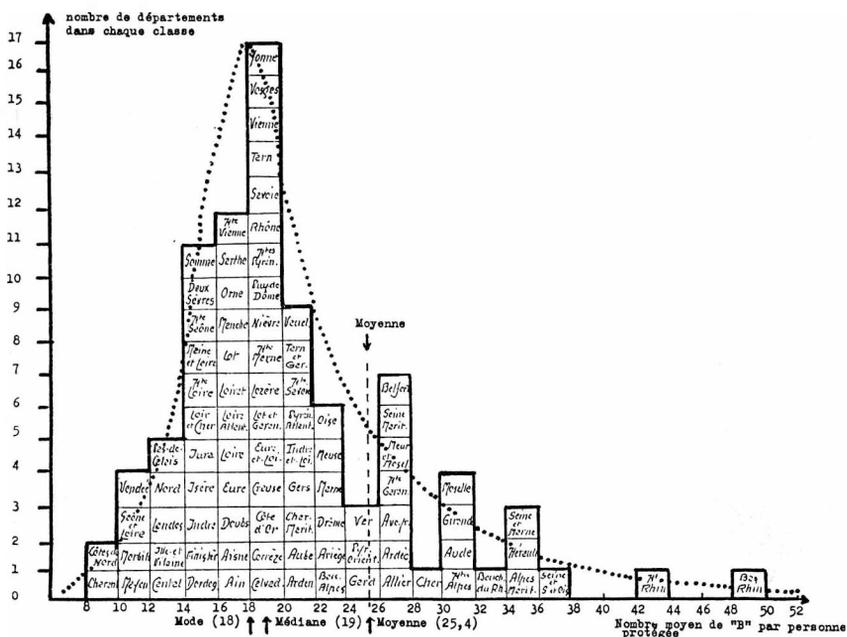
(14) Nous pouvons citer les deux cas les plus typiques, ne datant que de quinze jours, et vus dans une même matinée, dans un même hôpital. Le premier était un malade sur lequel avait été porté un diagnostic de « douleur d'angoisse nocturne » et chez lequel l'examen le plus immédiat a décelé une pleurésie bilatérale ; le second, un vieillard dont les troubles et les manifestations étaient attribués à une « démence sénile », mais qui, dès le premier examen, s'est révélé atteint d'un cancer de la prostate.

(15) S. Sandier : « La consommation d'analyses médicales. Evolution et étude régionale ». *Revue de la Sécurité Sociale*, novembre 1967, n° 193.

(16) Il s'agit de moyennes au niveau d'ensemble de populations souvent très hétérogènes ; les disparités entre individus doivent être vraisemblablement beaucoup plus fortes.

(17) L'ironie des aléas dans la distribution d'un petit nombre de points fait que trois départements seulement (le Gard, les Pyrénées Orientales et le Var) se situent au niveau de cette moyenne nationale.

L'aspect géographique de la répartition des zones de haute et faible consommation, apporte plus d'enseignements. Les régions de forte utilisation des examens de laboratoires réunissent des caractéristiques précises : elles se situent dans la zone d'influence de Facultés de médecine de haut niveau (Paris, Strasbourg, Marseille, Montpellier, Bordeaux ; la région lyonnaise ayant toujours, du point de vue médical, un comportement spécial) ; elles bénéficient en général d'une forte densité de médecins (régions du Midi et région parisienne). L'Alsace-Lorraine quant à elle, montre aussi un comportement particulier qui tient peut-être à la plus grande ancienneté des systèmes d'assurance sociale dont elle a bénéficié. Ainsi apparaissent les zones médicalement développées que nous venons de citer, et les zones en retard du Nord, de l'Ouest et du Centre.



Les évolutions observées sont plus éclairantes encore. Si l'on examine sur quinze années l'utilisation des examens radiologiques selon les diverses régions françaises (18), les disparités vont de 1 à 3 (19). Quelles réflexions peuvent inspirer ces évolutions ?

- Les tendances d'évolution sont exponentielles et ne montrent aucun signe de ralentissement ou saturation.

(18) S. Sandier : « Le développement de la radiologie, exemple de diffusion d'une technique et d'une consommation ». **Consommation**, n° 4, octobre-décembre 1967.

(19) Elles sont naturellement moins fortes entre moyennes régionales qu'entre moyennes départementales, ces dernières variant, pour les examens radiologiques, de 1 à 5 environ.

- Après quinze ans, ce qui est déjà une longue période, l'écart entre la région la moins avancée et la plus avancée reste rigoureusement identique.

- Si les rythmes actuels de développement se maintenaient - ce qui naturellement ne peut être qu'une hypothèse - jamais les régions en retard ne rejoindraient la région de Provence (la Californie française) et jamais la Bretagne ne rattraperait la Région parisienne. Dans 15 ans, les régions de la Loire et de Bordeaux peuvent se retrouver au même niveau que l'Alsace Lorraine, mais resteront bien loin encore de la Région parisienne.

- Pouvait-on dire en 1956 que la consommation d'examen radiologiques était exagérée dans les régions de Provence et du Languedoc ? Toutes les régions de France ont maintenant dépassé ce niveau.

- Quelle politique - ou une politique - permettrait-elle de réduire ces disparités ? La force propre du progrès permet difficilement d'imaginer qu'elles soient facilement et assez rapidement réductibles.

Certes, au-delà de ces constatations, on voudrait pouvoir porter des jugements rigoureusement fondés et des estimations scientifiquement calculées sur les résultats qu'apportent les développements de ces moyens de soins. Les études sur ce point sont encore malheureusement trop imprécises (20). Du moins l'efficacité générale de la médecine est certaine, et les malades y croient puisque leur appel à elle est sans cesse plus pressant.



Si allant plus loin, on veut savoir quel effort une société doit faire pour la santé et la vie de ses membres, par rapport aux efforts qu'elle fera pour leur apporter d'autres satisfactions, on en vient à des jugements qui relèvent davantage du moraliste et à des décisions qui incombent aux politiques.

Georges ROSCH,
Directeur adjoint du CREDOC.

(20) G. Rösch : « La mesure des coûts et avantages et les choix socio-économiques dans les actions médicales ». *Le Concours Médical*, n° 15, 16 avril 1971.

le coût du progrès

Henri PEQUIGNOT

A se contenter de la médecine de 1850, les coûts ne seraient pas plus élevés ; au contraire : produits employés et honoraires ont baissé depuis. Mais précisément il n'y a pas continuité entre la médecine de Balzac et la nôtre.

C'est une particularité gênante de la médecine que d'avoir eu son histoire avant d'exister. Alors qu'en tant que science, il est difficile de la faire remonter plus haut que le dix-huitième siècle (et encore vers sa fin) et qu'en tant qu'activité efficace on ne peut guère remonter plus haut que la fin du dix-neuvième siècle voire les débuts du vingtième, il y avait des historiens de la médecine avant ces dates. Et la plupart des concepts encore employés dans la vie quotidienne, par exemple ceux de médecine préventive et de médecine curative, ceux de vieillesse et de maladie, ceux de santé et d'infirmité... sont antérieurs à la médecine scientifique. Le langage avec lequel on en traite n'est même pas de la fausse monnaie, c'est une monnaie à laquelle ceux qui l'échangent ne donnent pas la même valeur.

C'est ainsi qu'on parle d'une augmentation du coût de la médecine un peu comme on parlerait d'augmentation du prix de la viande. Si le prix de la viande augmente, la viande, elle, ne change pas (même si les ennemis fanatiques de l'élevage industriel disent qu'elle se détériore). Un auteur britannique, écrivant dans les années 1950, avait fait remarquer que si la Grande-Bretagne se contentait de la médecine de 1850, non seulement cela ne lui coûterait pas plus cher qu'à cette époque, mais cela lui coûterait moins cher, car les prix des produits employés et les honoraires avaient baissé. Mais précisément ce ne sont pas les mêmes personnes qui reçoivent des mêmes soignants les mêmes soins pour les mêmes maladies. Il n'y a pas continuité entre la médecine de Balzac et la nôtre. Plus exactement la continuité est purement psychologique ou psycho-sociologique. Pour prendre un exemple dont je me suis déjà servi, c'est la continuité entre les voyages à pied de Jean-Jacques Rousseau et

le tourisme de masse moderne en avion géant à réaction dans toutes les parties du monde. Bien sûr le malade apporte son désir d'être soulagé et protégé comme le voyageur sa volonté de changer de place. Bien sûr, il trouve un transporteur ou un médecin qui accepte la commande, mais ce n'est pas la même commande, ce ne sont ni les mêmes voyages ni les mêmes soins.

Le diagnostic est un processus continu

Il y a d'abord le prix du diagnostic. On se contentait il y a cent ans de diagnostics symptomatiques : fièvre, névralgies, maladie de langueur, diarrhée ou constipation, hémoptysies, etc., ces diagnostics ne coûtaient guère qu'une visite médicale (à la limite peu utile) car ils se résument à étiqueter après interprétation d'un interrogatoire soigneux et d'un examen physique sommaire à l'aide d'une nosologie aux mailles très larges dans laquelle il était toujours possible de trouver un mot qui résume la situation de façon parfaitement satisfaisante. Satisfaisante à deux points de vue ; le malade croyait comprendre le mot qui très souvent d'ailleurs satisfaisait en lui quelque préjugé de médecine populaire et le médecin ne possédait aucune procédure possible de contrôle.

Aujourd'hui lorsqu'un malade vient nous voir nous n'avons plus guère l'occasion de situations aussi gratifiantes. Le « mode » (1) de la consultation médicale la plus simple impose de voir le malade deux fois ; la première, on lui parle, on l'écoute, on l'examine, on fait quelques hypothèses et on demande des examens complémentaires ; la deuxième on prend connaissance des examens complémentaires. Malheureusement ils conduisent souvent à en demander d'autres... De plus en plus rarement nous pouvons faire d'emblée un diagnostic de certitude. Nous faisons moins un diagnostic que nous ne montons un protocole de vérification des hypothèses les plus probables, compte tenu de la pathologie régnante dans notre micro-cosmos, du récit et de l'examen du malade.

Même si le diagnostic est évident ou presque certain (polyarthrite rhumatoïdale, arthrose de hanche) nous n'en demanderons pas moins des examens complémentaires indispensables pour préciser l'évolutivité, le stade anatomique des lésions et guider les décisions thérapeutiques.

Dépister les affections latentes

En fait, ces examens complémentaires ont encore une autre visée, le dépistage systématique de plus en plus raffiné d'un certain nombre d'affections cliniquement latentes. Il y a cent ans, on auscultait les poumons ; il y a quarante ans, on les regardait à la radioscopie ; depuis vingt ans, on fait un cliché radiologique ; depuis dix ans, il est de face et de profil. Depuis quelques années, même devant un cliché normal, si existent certains symptômes (crachements de sang par exemple) ou sur

(1) Au sens statistique, type le plus fréquent.

certains terrains (fumeurs), on demandera une bronchoscopie. C'est le développement même des techniques qui nous a appris la difficulté de diagnostic des maladies pulmonaires les plus graves et, depuis un quart de siècle, on a besoin de dépister de moins en moins la tuberculose et de plus en plus le cancer bronchique... Mais alors sommes-nous dans la médecine curative ou dans la médecine préventive de dépistage ? Probablement dans les deux. Il peut s'agir d'une assurance à motif quasi juridique : une radiographie pulmonaire avant un geste opératoire parfaitement bénin, à titre d'examen systématique pré-anesthésique, évitera de s'entendre reprocher dans un éventuel procès d'avoir opéré d'un ongle incarné le porteur latent d'un cancer bronchique... L'immense différence entre nos prédécesseurs et nous n'est pas que nous connaissons l'existence des affections latentes, mais que nous savons que le diagnostic de certaines est parfaitement possible.

Un autre exemple introduira une dimension nouvelle. Nous avons longtemps fait la discrimination entre les maladies du corps thyroïde par la seule clinique ; puis les constatations des cliniciens ont conduit les physiologistes et les biochimistes à la physiologie de cet organe et nous avons peu à peu monté des procédures de contrôle de nos impressions cliniques. Pendant trente ans nous avons été très contents d'en avoir une, longue, compliquée, pénible, fourmillant de cause d'erreur en pratique : le métabolisme de base. Ce fut une révolution que l'apparition des traceurs isotopiques et bientôt il ne fut plus possible d'explorer la fonction thyroïdienne sans elles. Mais il ne faut pas croire à un simple raffinement, à une simple augmentation quantitative de la précision ; en fait les maladies du corps thyroïde forment un ensemble beaucoup plus complexe qu'on ne le croyait autrefois. Nous faisons des diagnostics d'affections thyroïdiennes dans des cas où nous ne l'aurions jamais fait autrefois, nos indications thérapeutiques se sont considérablement modifiées, il y a plusieurs maladies là où nous n'en connaissons qu'une... Bien sûr le progrès ne s'analyse pas en simples additions, certaines techniques désuètes sont abandonnées, par exemple le métabolisme de base ou la radioscopie. On fait bien, par-ci par-là, des économies mais toujours de techniques depuis longtemps amorties et malheureusement la nature des phénomènes découverts permet rarement un retour en arrière.

Les procédures diagnostiques ont encore une autre raison de devenir plus onéreuses, qu'il serait malaisé de classer où que ce soit dans la médecine préventive ou curative, c'est la qualité et la puissance des moyens thérapeutiques modernes. Les substances médicamenteuses par exemple ont en effet une telle activité qu'elles ne peuvent être employées qu'après la recherche minutieuse de certaines contre-indications, notamment des maladies latentes.

Et comme malheureusement aucun examen clinique ou para-clinique n'est prophétique, ces examens devront être refaits. Imaginons qu'au début d'un traitement anti-inflammatoire actif on n'ait pas trouvé d'ulcère gastro-duodénal, ceci n'empêchera nullement cet ulcère d'exister quelques jours après le début du traitement et par conséquent il faudra le rechercher

à nouveau si d'aventure une douleur, une hémorragie attire l'attention même si l'examen préalable était négatif.

En fait l'attitude diagnostique du médecin n'est pas (si elle a jamais été) une attitude ponctuelle. On s'imagine assez naïvement le processus intellectuel du médecin décomposable en un temps diagnostique et en un temps thérapeutique ; c'est oublier que le temps diagnostique ne cessera qu'après la fin de la relation avec le malade. Un malade n'est en effet moins que jamais une maladie, c'est une histoire dans laquelle les maladies se superposent, s'enchevêtrent et s'associent dans un tableau que l'action médicale thérapeutique modifie à tout instant, ce qui impose une procédure diagnostique indéfiniment continuée.

De même que cette analyse du diagnostic ne permet plus de distinguer entre médecine préventive et médecine curative moderne, de même elle oppose, de façon inexacte, diagnostic et thérapeutique du seul fait qu'elle les sépare.

Le coût du traitement déborde de beaucoup celui des médicaments

Lorsqu'on parle du coût de la thérapeutique, la première idée qui vient à l'esprit est celui du coût des médicaments. Sans nier l'importance de la thérapeutique médicamenteuse ni les énormes progrès qu'elle a faits depuis un tiers de siècle, il s'en faut qu'elle occupe le champ total de la thérapeutique médicale : la chirurgie, la radiothérapie, les agents physiques et, avant tout, la kinésithérapie et les médications psychologiques (pour reprendre la terminologie excellente de P. Janet) la diététique composent un arsenal dont l'importance n'a pas diminué devant les progrès de la thérapeutique médicamenteuse, mais a même augmenté. Leurs coûts souvent méconnus ne sont pas moins dignes d'être médités. Les régimes alimentaires réellement nécessaires (comme le régime désodé, la réalimentation d'un dénutri, le régime d'un diabétique) coûtent cher. On méprise d'ordinaire ce coût puisqu'on le laisse à la charge du malade sous le prétexte que de toute façon il se nourrirait. La conséquence est d'ailleurs qu'il suit mal son régime et qu'il n'exerce pas une demande suffisante sur le marché ; aussi ne se réalise pas l'équipement industriel (industries alimentaires) et collectif (cantines d'entreprise, par exemple ou restaurants) qui permettraient à des sujets indéfiniment soumis à cette dure nécessité de suivre confortablement et sans se ruiner des prescriptions que souvent rien ne remplace.

Quant à la rééducation (psycho-motrice ou respiratoire) aux psychothérapies, à l'ergothérapie, à la rééducation fonctionnelle, il est plaisant d'en voir méconnu le prix au point que certaines plumes imprudentes, médicales ou non, proposeraient volontiers un emploi accru de ces méthodes dans l'espoir de faire faire des économies en matière de médicaments. C'est un peu offrir à chacun un chauffeur pour économiser le salaire des employés de la RATP : toutes ces méthodes pour être efficaces nécessitent du personnel formé, ce qui à tout prendre coûte beaucoup

plus cher que de distribuer des pilules ou des injections intra-musculaires. Si nous avons tenu chemin faisant à dégonfler cette baudruche c'est surtout qu'il ne faut pas voir concurrence et opposition là où il y a utilisation complémentaire de moyens conjoints. De même que seule la chimiothérapie rend certains malades mentaux accessibles aux méthodes psychologiques et ergothérapiques, de même la rééducation motrice et respiratoire vit en symbiose d'actes chirurgicaux, de médications majeures (anti-inflammatoire, antibiotiques, anti-coagulant). Il est à peine besoin de le répéter pour des techniques aussi reconnues que sont la radiothérapie et la chirurgie. Leurs progrès ont été fonction de la thérapeutique médicale et de la fondation d'une spécialité nouvelle, l'anesthésie-réanimation, qui là encore ne permet pas de les présenter comme concurrentielles.

Toutefois cette discussion n'est pas inutile pour mettre en évidence un point souvent ignoré, la *valeur* du temps. Le temps se paie lorsqu'il est le temps d'un professionnel qualifié, voire de niveau universitaire et il est en thérapeutique une dimension essentielle. Cette réflexion est appelée par une littérature de soi-disant organisateurs qui proposent pour des raisons économiques d'épargner le temps du médecin par exemple, en confiant une partie essentielle de ses tâches à des auxiliaires ou à des machines débitant des examens complémentaires plus ou moins automatisés et triturant des informations obtenues en faisant remplir par le malade des interrogatoires préfabriqués. On éviterait, dit-on, aux médecins le temps perdu à l'interrogatoire. Mais ensuite ne faudra-t-il pas à ces médecins un temps de psychothérapie beaucoup plus long et beaucoup plus difficile, qu'évite précisément cette prise de contact que constitue l'interrogatoire et l'examen clinique ? De quels malades parle-t-on, de quel homme rationnel se pliant automatiquement au verdict de la science après la séance solennelle d'un tribunal de diagnostic ? Nos malades concrets ne sont point de ce type. Lorsqu'ils viennent nous voir, ils ont besoin d'exprimer dans un dialogue ce qu'ils pensent, ce qu'ils croient, ce qu'ils craignent et ce qu'ils espèrent. Si nous leur donnons des conseils, si nous leur faisons des suggestions, ils ont besoin d'émettre des doutes, de faire des objections, d'obtenir qu'elles soient entendues, de recevoir des explications minutieuses. Dans le monde d'aujourd'hui, le médecin n'a aucune autorité sur ses malades et je ne connais guère de médecin digne de ce nom qui souhaiterait en posséder une. Ils ont à convaincre et pour cela il leur faut du temps. Que celui de mes lecteurs qui a obéi avec discipline à tous les conseils de santé qu'on lui a donnés m'envoie la première objection...

Il n'en demeure pas moins que si la thérapeutique est un ensemble de biens et de services, qu'on oublie trop les services qui sont les plus chers pour ne penser qu'au prix des biens, ces biens sont chers. Longtemps on n'a pensé qu'aux médicaments ; de plus en plus il faut penser aux prothèses, des lunettes aux prothèses auditives, des valves en matière plastique au stimulateur cardiaque, des appareils de dialyse rénale artificielle à ce qu'il nous reste à découvrir, la liste ne peut que

s'allonger. De plus ces biens sont consommables, ils s'usent et ils doivent être indéfiniment utilisés.

La pathologie d'aujourd'hui est renouvelée

Autre élément essentiel du coût croissant de la santé : la nouveauté de la pathologie qui doit être traitée.

Nous serons brefs sur un sujet sur lequel nous avons conscience d'avoir trop écrit. L'image qu'éveillait le mot de maladie autrefois, qui continue à l'éveiller malheureusement chez beaucoup de planificateurs sociaux était celle de la pathologie aiguë du sujet jeune (enfant adolescent, population active). La pathologie infectieuse, la tuberculose, en ont été longtemps les exemples privilégiés dans nos sociétés. Dans le tiers monde, la malnutrition, l'infection, les parasitoses continuent à rester au premier plan. La disparition de cette pathologie caractérise la révolution médicale de la deuxième moitié du vingtième siècle et explique l'augmentation de l'espérance de vie moyenne des populations. Actuellement dans les âges que nous envisageons, seule la pathologie traumatique (automobile, ski, montagne) le suicide et la pathologie mentale jouent encore un certain rôle. Les problèmes médicaux des pays industrialisés sont avant tout les problèmes péri-nataux et les problèmes d'après la cinquantaine. Nous reviendrons sur les premiers à propos des exigences nouvelles de la population de nos pays, commençons par les seconds.

Après la cinquantaine apparaissent surtout, par ordre d'importance décroissante, des affections artérielles (maladies des coronaires, hypertension, accidents vasculaires cérébraux, artérite), des cancers, des affections pulmonaires chroniques, des cirrhoses du foie... Cette énumération, faite sous l'angle de la mortalité, doit être complétée par les rhumatismes chroniques et la psychiatrie si l'on tient compte des maladies invalidantes dont l'incidence sur la mortalité est faible. On devrait y rattacher aussi le diabète et l'obésité qui apparaissent peu dans les statistiques mais représentent le terrain de prédilection des maladies citées dans cette énumération. Or il s'agit d'affections non seulement chroniques au sens où ce terme signifie de longue durée, mais hormis certains cancers qui peuvent être guéris, tous les autres exemples sont ceux d'affections définitives. Elles peuvent être plus ou moins heureusement (souvent très heureusement et très longtemps) palliées dans leurs conséquences et dans leur gravité mais jamais guéries. En somme, il s'agit de sujets qui peuvent et doivent redevenir vis-à-vis d'eux-mêmes des gens normaux mais à la seule condition d'une surveillance médicale et d'un traitement qui ne seront jamais arrêtés. J'avais autrefois proposé de les appeler sujets en état de santé thérapeutique en copiant cette expression sur une formule, la santé insulinienne des diabétiques, par laquelle il y a près d'un demi-siècle on avait désigné le premier de ces états qui fut décrit.

Cette masse d'individus de plus en plus importante en état de santé thérapeutique coûte fort cher. Cette éventualité n'avait pas été prévue et reste encore comprise. De plus, les progrès médicaux portant sur la

population active, ces sujets lui appartiennent de moins en moins et sont de plus en plus souvent des retraités. Une évolution récente qui se veut sociale dans ses buts voudrait même augmenter encore le nombre de ceux qui n'appartiennent pas à la population active, ne serait-ce qu'en abaissant l'âge de la retraite, elle pose un problème économique auquel il faudrait réfléchir car les besoins médicaux de ces catégories ne cesseront d'augmenter.

Malgré certaines apparences et les doctrines médico-administratives, le problème des vieillards est le problème de cette catégorie de sujets. En effet les vieillards bien portants, quel que soit leur âge, se débrouillent généralement fort bien. Lorsqu'un service social est appelé au secours, il a devant lui précisément un sujet qui certes n'est pas jeune, mais ne l'appelle que parce qu'il est une mosaïque de pathologies chroniques nécessitant des traitements. Certes, dans les classes les plus âgées de notre société, le recours aux soins médicaux reste encore réticent. Les hommes et les femmes qui ont actuellement dépassé 70 ans sont encore nombreux à ne pas avoir ressenti sur eux-mêmes les bienfaits de la médecine moderne, ils arrivent chez le médecin ou à l'hôpital, contraints et forcés, résistent souvent au monde technologique qui les entoure. Tous ne bénéficient pas, à cause de leur réticence psychologique, de tous les moyens qu'on pourrait mettre à leur disposition. Mais les générations montantes habituées à la médecine seront certainement des consommateurs moins récalcitrants.

Les malades exigent confort et sécurité

Nous serons brefs sur les autres exigences nouvelles des populations de nos pays, elles s'exercent dans des domaines très variés mais ont une racine commune. Les hommes et les femmes qui viennent nous voir, même enfants ou adolescents, ont bénéficié d'un niveau de vie et d'un niveau d'instruction qui n'avaient jamais été atteints dans le passé. Lorsqu'ils sont malades, ils ne comprennent pas que le désagrément de la maladie soit encore aggravé par des inconforts auquel leur vie quotidienne leur permettait d'échapper. Plus exactement ils n'acceptent que les inconforts et les disciplines qui leur paraissent techniquement indispensables : des malades de services de réanimation ressentent comme une sécurité d'être en groupe ou le bruit des appareils de surveillance, les autres veulent dormir seuls, écouter la radio ou regarder la télévision, choisir leurs visites et leur nourriture. Ils ont cessé d'accepter la vie collective comme une excuse à tous les désagréments, ils ont une attitude critique vis à vis de tous les règlements de cette vie et n'acceptent pas plus les hiérarchies hospitalières que les autres. Ils ne croient personne sur sa parole et sur son autorité, cherchent à être renseignés et à comprendre même si, dans des cas nombreux, ils méconnaissent que pour comprendre il faut pouvoir faire un effort et qu'une explication scientifique n'est pas plus aisée à suivre en médecine qu'en mathématique.

Ces exigences psychologiques et ces exigences sociales se doublent d'une exigence de sécurité absolue. Qu'un certain nombre d'erreurs dans

le fonctionnement d'un organisme soit statistiquement inévitable ne leur paraît pas une excuse suffisante lorsque l'erreur les touche. Ils admettent puisqu'ils sont moralement complices qu'il y ait un nombre de tués constant à chaque week-end sur les routes, ils n'admettent pas l'erreur d'étiquetage d'un flacon de sang. Sous cette pression constante, l'évolution de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale se fait de façon de plus en plus dangereuse vers l'obligation de résultat et vers la responsabilité même sans faute, et le malade porte plainte lorsque ne sont pas réalisées ses espérances. Ceci impose aux médecins des précautions dont la rentabilité est discutable pour répondre d'avance à l'opinion peut-être farfelue de l'éventuel expert d'un procès en responsabilité. Ceci peut même avoir des dangers pour le malade, car il n'est jamais bon de faire vivre sous la terreur des conséquences des gens qui ont des décisions à prendre.

Mais il y a des aspects moins défavorables tels les problèmes suscités de la mortalité péri-natale. Il est en effet consolant et édifiant de voir un tel mouvement d'opinion se faire pour diminuer la mortalité des premiers jours de la vie et des derniers jours de la grossesse. Vu de Sirius, il pourrait paraître étrange. Les démographes n'ont pas encore perdu l'habitude de désigner cette mortalité sous l'étrange nom de mortalité endogène (opposée à la mortalité plus tardive appelée non moins étrangement exogène). Cette nomenclature doublement inexacte désigne à l'opinion la mortalité du nouveau-né comme une sélection naturelle d'êtres biologiquement inférieurs. Or justement, cette mortalité considérée longtemps comme irréductible pour cette raison s'est mise à bouger tout comme les mortalités dites exogènes et en définitive elle n'a jamais été aussi faible qu'au moment où l'on découvre l'urgence de la lutte contre elle. Il n'y a ni ironie ni hostilité dans cette analyse. Nous applaudissons des deux mains à cet effort, nous n'avons jamais cru à cette opposition endogène-exogène et nous réclamons depuis 20 ans à nos amis démographes qu'ils veuillent bien l'abandonner. Il n'en demeure pas moins que le phénomène est dramatisé au moment précis où il n'a jamais été aussi faible et que ceci mérite au moins une explication psychologique. Pour s'intéresser à cette mortalité résiduelle des premiers jours il fallait d'abord l'effondrement des taux de la mortalité infantile plus tardive, et ensuite l'état d'esprit qui fait qu'on ne se résigne plus, comme il y a un siècle, à la mort d'un enfant fut-il nouveau-né, fut-il prématuré, qu'on exige que tout le possible ait été fait avant de s'incliner ; de même on ne supporterait plus les taux de mortalité des femmes en couche de l'accouchement naturel (pré-médical). Le jour où ce besoin de sécurité s'étendra aux générations plus anciennes un immense progrès médico-social se mettra en marche.

Mais, bien sûr, en médecine comme en matière de transports rien ne coûte plus cher que la sécurité ; il y a même une loi des rendements décroissants, car l'élimination des insécurités résiduelles coûte beaucoup plus cher que les premiers progrès.

Les illusions de la prévention

Nous voudrions analyser pour finir une autre idée toute faite, que nous appellerions volontiers les illusions de la prévention.

Un vieux slogan exprime bien l'opinion populaire : « mieux vaut prévenir que guérir ». Sa dissection ouvre quelques horizons : dire : « mieux vaut » suppose qu'il s'agit de deux choses distinctes et qu'il y a un réel choix possible. Or, ces deux conditions sont rarement remplies. Contre certaines maladies comme la variole, le tétanos ou la poliomyélite, nous disposons d'un traitement préventif efficace - une vaccination -, alors qu'il n'y a aucune thérapeutique curative. Pour d'autres telles la syphilis ou la blennorrhagie, il n'y a pas d'autre prévention (capable de protéger les sujets encore sains) que de traiter tous les malades contagieux. D'ailleurs, sous l'étiquette « médecine préventive » on range le dépistage précoce, d'une tuberculose pulmonaire ou d'un cancer du col utérin, ce qui n'a d'intérêt que s'il aboutit à une thérapeutique curative efficace. Que sert d'opposer ainsi des éléments qui n'ont de sens que coordonnés. La « prévention » n'est pas une recette simple et toujours rentable ; dans chaque cas, elle doit être évaluée. On a soutenu par exemple que la prévention de la typhoïde (vaccination, épuration sérieuse des eaux d'alimentation et des denrées consommées crues) est peut-être plus coûteuse, si elle est bien faite, que le traitement par les antibiotiques modernes de quelques cas isolés de la maladie. Certes cette façon d'aborder le problème est très discutable, il est difficile d'évaluer en argent la vie humaine et les risques qu'elle court ; une politique d'assainissement a des buts et des conséquences complexes, et répond à un certain idéal de civilisation qu'il est difficile d'exprimer uniquement par le nombre de typhoïdes évitées chaque année.

Les exemples que nous venons de donner choqueront peut-être. Le pire malentendu serait de ne pas comprendre que nous sommes un fervent défenseur de la prévention ; mais précisément, pour la défendre, il ne faut pas la compromettre dans des définitions périmées et des promesses douteuses.

Les vaccinations et leurs limites

Un retour en arrière est peut-être nécessaire ici. Alors que la médecine était dans l'ensemble inefficace, sont apparues successivement au dix-huitième et au dix-neuvième siècle quelques zones d'efficacité, fortuitement, dans le domaine de la prévention. La vaccination contre la variole, celle de Jenner, fut la première technique, peu coûteuse, relativement peu dangereuse. La supériorité absolue de la prévention devait s'enraciner dans l'opinion médico-sociale lorsque, à la suite des travaux de Pasteur, la notion de vaccination fut généralisée. A dire vrai, à la seule exception de la rage, problème très particulier, les vaccinations pastoriennes étaient animales ; il faut attendre le début du vingtième siècle pour voir les vaccinations contre la typhoïde, la diphtérie et le tétanos et le BCG réactiver le prestige de la méthode vaccinale. Mais entre-temps une

autre retombée pastorienne, la sérothérapie anti-diptérique et anti-tétanique était aussi plus préventive que curative. L'asepsie chirurgicale, autre fille des techniques pastoriennes, se présente comme une méthode de prévention absolument générale et préjudiciable à la chirurgie dont elle permettait le démarrage. Enfin la seule chimiothérapie du dix-neuvième siècle, la quinine, à la fois curative et préventive de la malaria, avait tout intérêt à être utilisée comme préventive. A cette époque donc le slogan populaire est rigoureusement exact en ce qu'il affirme, bien qu'il ait toujours été douteux dans ce qu'il généralise.

Depuis, trois phénomènes distincts sont apparus ; le premier, c'est qu'on a pris conscience des limites (pratiquement pathologie infectieuse et parasitaire et encore peut-être pas toute) de ces méthodes de prévention. Elles ne s'appliquent pas ou en grande partie pas à la pathologie chronique qui est actuellement notre problème. Le deuxième fait c'est l'apparition d'une médecine curative efficace ; dans certains cas un choix est ouvert et on peut discuter des risques non seulement en argent, mais en vies humaines d'une prévention généralisée avec le traitement curatif de quelques malades. Ainsi, peut-être à tort, Américains et Anglais renoncent à la vaccination anti-variolique considérée par eux en l'état présent de l'épidémiologie comme plus coûteuse que le risque. La troisième c'est que sont apparues de nouvelles techniques de médecine préventive. Ce sont les techniques de diagnostic précoce de certaines maladies latentes.

Les dépistages précoces

Au sens strict du terme, dans le dépistage précoce, il ne s'agit pas de prévention puisque la maladie existe déjà, il s'agit d'en faire le diagnostic avant que le malade ne s'en inquiète. Ces méthodes ont été longtemps utilisées sous forme de dépistage d'une affection déterminée dans toute une population (2). Ces méthodes peuvent être scientifiquement très faibles, elles impliquent que la maladie ainsi dépistée soit susceptible d'avoir un traitement efficace, elles impliquent aussi que l'incidence de la maladie soit suffisamment grande et les risques de la méthode de dépistage suffisamment faibles pour que l'organisation de ce dépistage ne soit pas un gaspillage de temps et d'argent et quelquefois pire. Il faut enfin que ces méthodes soient techniquement plus sûres sur ce point particulier que la fréquentation normale et habituelle du médecin praticien par la population concernée. Il faut enfin que les dépistages soient effectivement suivis d'un traitement efficace.

Comme on le voit, dans une collectivité déterminée à un moment donné de l'histoire, un certain nombre de ces méthodes sont utiles et doivent être poussées ; on doit renoncer à d'autres ; on doit en mettre à l'étude de nouvelles (3).

(2) Par exemple dépistage de la primo-infection tuberculeuse par le virage des réactions cutanées à la tuberculine, dépistage sérologique de la syphilis, dépistage radiologique des tuberculoses pulmonaires, dépistage cytologique du cancer utérin, dépistage précoce de la surdité chez l'enfant ou des troubles de la réfraction à l'âge scolaire.

(3) Il devient par exemple aberrant dans certaines collectivités de continuer un dépistage radiologique de la tuberculose.

Une mode souffle actuellement : le mythe, connu sous le terme américain de *chek-up*, selon lequel une visite médicale accompagnée d'exams para-cliniques multiples et variés réaliserait un dépistage « tous azimuts » de toute la pathologie. Son prestige magique dans certains cercles de l'opinion ne justifie peut-être pas l'énorme détournement de ressources et de personnel qui est proposé à son bénéfice au détriment de tâches immédiatement nécessaires, il s'agit de toute façon de la plus onéreuse des méthodes soi-disant préventives et de celles dont l'efficacité à long terme est la moins démontrée.

Prêcher une morale de vie n'est pas de la médecine préventive

Reste enfin un dernier sens de la prévention qui ne mérite plus le nom de médecine préventive. Il est bien certain qu'une partie de notre pathologie serait effacée si l'homme individuel et les Sociétés humaines devenaient parfaites. On peut s'amuser à chiffrer ce qui se passerait si l'homme (et maintenant la femme) cessait totalement de fumer, diminuait sa ration d'alcool à moins d'un demi-litre de vin par jour (4). Il ne serait pas mauvais non plus que l'homme diminue sa ration alimentaire en dessous de 2 000 calories, comprenne que les calories les plus chères n'ont pas plus de valeur nutritive que les calories les moins chères (disons la viande que le lait) ; il serait bon qu'un exercice physique régulier diminue la sédentarité des peuples, une des raisons non négligeables de leur pathologie, et ampute la circulation automobile inutile. Après tout, on pourrait dire que la chasteté coûte moins cher que les contraceptifs... Si l'homme voulait revenir à certaines habitudes ancestrales, une partie du gaspillage des ressources naturelles, d'énergie par exemple, serait évitée. Le chauffage insensé auquel nous nous habituons joue sûrement un rôle néfaste sur l'état de nos muqueuses respiratoires qu'il dessèche ; la déshydratation générale, qu'il entraîne et que ne compensent pas nos boissons, augmente la fréquence de la lithiase rénale. On économiserait beaucoup d'électricité si on se levait plus tôt le matin avec le soleil et si on se couchait avant la nuit... Qu'on nous épargne la continuation de ce sermon. On peut appeler cela éducation sanitaire ou médecine préventive ; il est bien évident que celle-ci ne coûte rien que le salaire des prédicateurs. Si l'on a l'audace de calculer toutes les maladies que cela éviterait, il est facile d'accumuler les milliards d'économies possibles.

Le seul problème est de savoir si cette opération de l'esprit a le moindre sens. Nous en doutons. Il y a bien longtemps qu'il y a des moralistes et des sermons, le fait que certains se déguisent en psychosociologues et présentent comme sciences humaines leurs discours à nos contemporains ne semble pas à première vue avoir considérablement augmenté leur efficacité. On n'est entré dans la médecine préventive seulement lorsqu'on a abandonné ce discours pour essayer d'améliorer le sort de l'homme, notre semblable, notre frère, tel qu'il est, avec son passé, ses préjugés, ses mauvaises habitudes, ses vices, cet homme

(4) Sans parler des « drogues », moins socialement admises, dont l'impact est encore négligeable à côté de l'alcool et du tabac.

qu'il faut soigner même si dans l'état de grâce avant la faute originelle il aurait échappé aux maladies dont il est maintenant atteint. Car, enfin il faut aussi rappeler ceci ; qu'un cataclysme (un virus par exemple) fasse disparaître toutes les plantations de tabac de la surface du globe et nous aurions encore à soigner pendant 10 ou 15 ans au moins tous ceux qui auront fumé jusqu'à ce cataclysme (qui ne se produira pas). Les malades nous demandent qu'on leur vienne en aide. Même si nous espérons dans certains secteurs leur éviter des successeurs, le cataclysme ne se traduirait donc pas par une économie rapide.



Si l'on veut bien admettre avec nous que l'homme est mortel, il est évident que les maladies que nous ferons disparaître ne donneront à ceux que nous aurons ainsi « sauvés » qu'un nombre d'années de sursis qui leur permettront d'être atteints de maladies plus tardives, peut-être nouvelles. Ceux qui meurent aujourd'hui d'athérome ou de cancer sont ceux qui ont échappé à cause des progrès techniques à la tuberculose et aux maladies infectieuses, voire à l'accident obstétrical de jadis. Si demain un coup de baguette magique guérit le cancer et l'athérome, l'espérance de vie humaine augmentera mais des maladies d'ores et déjà connues prendront la relève. Cette conclusion n'est pas pessimiste, elle rappelle que notre mort est certaine. Mais si nous n'avons qu'une vie, c'est quand même quelque chose d'en avoir doublé la durée statistique et d'en avoir rendu même les dernières années plus exemptes de souffrances et d'infirmités.

Professeur Henri PEQUIGNOT,
Hôpital Cochin, Paris.

les frais d'hospitalisation

Hippocratine

En France, le système hospitalier paraît inadapté aux besoins d'une population de plus en plus exigeante. Son coût élevé lui impose une mutation rationnelle. Jusqu'à présent, faute d'un appareil statistique de base, il a été l'objet de modifications désordonnées qui, loin d'apporter les résultats escomptés, ont creusé davantage le fossé entre secteur public et secteur privé.

La presse écrite publie de nombreux articles à sensation : « Cauchemar à Lariboisière », « Les scandales des interventions inutiles »... La radio et la télévision consacrent de nombreuses minutes aux problèmes médicaux ; la Régie Française de Publicité se fait l'interprète et le démarcheur de l'Assistance Publique de Paris aux heures de grande écoute. La confrontation quotidienne avec les malades, de plus en plus difficile, témoigne d'un malaise naissant dans le grand public, sensibilisé dorénavant non seulement aux problèmes de santé, mais aussi à leurs conséquences économiques indissociables. Paradoxalement, la presse médicale reste discrète, ou se fait l'écho des querelles déclenchées entre les tenants des secteurs public et privé, par les décrets d'application de la Loi Hospitalière du 31 décembre 1970. Le corps médical d'une manière générale est passif face aux problèmes économiques de la santé et laisse aux économistes le soin de les résoudre.

40 % des prestations en nature

Pourtant, en 1969 déjà, la part de la consommation médicale des ménages (soins médicaux, pharmacie, hospitalisation) atteint 39 milliards de francs, soit 9,3 % de leur consommation globale et 6,2 % du Produit National Brut. L'accroissement annuel moyen de la consommation médicale est de 14,8 % aux prix courants. L'hospitalisation représente plus du tiers de cette consommation, 40 % des prestations en nature de l'assurance

maladie et son importance dans les dépenses de santé ne cesse de croître. Cet accroissement témoigne d'une plus haute technicité et d'une intensification de la demande de soins médicaux ; il apparaît comme en partie inéluctable, voire souhaitable, mais doit entraîner dans les milieux concernés une prise de conscience, afin d'en limiter les conséquences financières. Dans cette optique, l'hospitalisation française, et notamment le secteur public, ne sont pas satisfaisants.

En France, deux formes d'hospitalisation s'opposent : le secteur public et le secteur privé. Ils s'opposent par leur importance numérique : 65 % des lits pour le secteur public et 35 % pour le privé, et par leur vocation. Le secteur public supporte en effet la charge de l'enseignement et de la recherche (dans le cadre des CHU essentiellement). Il doit accepter d'être un « service public » ce qui lui impose certes une très haute technicité qu'il exerce sur le plan local voire national pour des services hautement spécialisés, mais ce qui en fait au même moment le refuge des isolés (vieillards, diminués, travailleurs immigrants, etc.) et le secours des urgences qui frappent à sa porte de jour comme de nuit.

Les établissements privés, au contraire, qu'ils soient à but lucratif ou non, produisent des services médicaux dans un but de rentabilité maxima. Ils vont donc orienter leurs activités vers les secteurs les plus rentables : chirurgie, obstétrique et plus rarement médecine, qui échappent ainsi à l'hôpital. Ils s'opposent enfin par leur mode de financement : les modalités de calcul des prix de journée dans le secteur public sont anti-économiques et favorisent l'accroissement incessant de leur niveau : ils correspondent à un prix moyen « tout compris » (à l'exclusion des honoraires médicaux) calculé dans une discipline donnée de façon prévisionnelle chaque année. Le secteur privé se caractérise par une tarification plus élevée des actes médicaux en raison de la participation des médecins aux dépenses d'exploitation des établissements. La complémentarité souhaitable entre ces deux secteurs est donc loin d'être réelle. Il est à craindre en plus qu'elle ne puisse se réaliser complètement dans le cadre de la Loi Hospitalière.

La place sans cesse grandissante de l'hospitalisation dans la consommation médicale et l'accroissement des coûts hospitaliers (les prix de journée des établissements publics ont augmenté en moyenne de 17,2 % par an de 1968 à 1971) incitent à se demander dans quelle mesure la maîtrise des coûts hospitaliers est possible ?

Le coût de la technicité

Le coût élevé de l'hospitalisation paraît être d'abord et avant tout le symbole d'une plus haute technicité et la rançon d'une meilleure médecine. Ceci est démontré d'une façon très simple par l'augmentation constatée depuis quelques années des actes de chirurgie et de spécialité, de biologie, de radio-diagnostic et radio-thérapie, et par la consommation

accrue des services d'auxiliaires médicaux et de produits pharmaceutiques.

Les découvertes réalisées dans tous les domaines ont mis à la disposition du corps médical d'importants moyens d'investigation et de traitement. Les techniques faisant appel à l'opacification des vaisseaux et des cavités cardiaques ont, par exemple, permis de mieux comprendre des phénomènes pathologiques inexpliqués, de visualiser des lésions inaccessibles, de pratiquer des bilans pré-opératoires et d'ouvrir grand la porte à la chirurgie cardio-vasculaire. Les nouvelles thérapeutiques ont apporté des solutions à certains états pathologiques graves ; c'est ainsi que l'introduction de l'épuration extra-rénale dans le traitement des insuffisances rénales aiguës et chroniques réalise une véritable révolution médicale et socio-économique (1). Son importance thérapeutique est donc considérable, mais son coût est très élevé : une séance d'hémodialyse en 1972 revient à : en centre : 566 F, à domicile : 465 F, à l'hôpital : 695 F (s'y ajoutent en clinique les honoraires médicaux, les examens de laboratoire, la mise en place des canules). Outre le coût de la séance, il faut tenir compte des investissements indispensables pour la recherche, la formation du personnel médical et para-médical, l'achat du matériel, l'adaptation ou la création des locaux. Ces deux exemples illustrent l'importance actuelle des dépenses en matière de santé : médecine ou chirurgie de pointe, haute voltige médicale à l'origine de survies presque miraculeuses expliquent en partie cette augmentation de la consommation médicale et de son coût. Mais si on accepte d'en payer le prix, on ne saurait tolérer le gaspillage.

Le coût de la négligence

Dans cette optique réaliste on peut se demander si le coût élevé de l'hospitalisation n'est pas le reflet, dans quelques cas, d'une certaine négligence ? Dans notre société moderne, dite de « consommation », les médecins ont, outre une responsabilité médicale, une responsabilité économique. Eléments moteurs majeurs d'un appareil productif de biens et services médicaux, ils sont les prescripteurs des dépenses de santé, et dans cet esprit on peut déplorer que sept années au minimum, passées dans les services hospitaliers et sur les bancs de la Faculté, ne les aient pas préparés à ce rôle capital. On assiste depuis quelques années à la naissance timide d'un enseignement d'économie médicale, mais le taux de fréquentation est si faible qu'il est préférable de ne pas en parler. Les principes fondamentaux et les rouages de la Sécurité Sociale, organisme payeur par excellence, sont ignorés de la plupart des médecins et auxiliaires médicaux, et pourtant combien de « bons à payer » sont signés chaque jour.

L'hospitalisation publique avec son système de gestion lourd et centralisé, ses deux mondes séparés, le Médical détenant le pouvoir au nom du malade, et l'Administratif retransché derrière des règlements désuets,

(1) En 1942 paraissait la première publication d'application pratique du « rein artificiel » ; en 1972 il y a en France 83 centres d'hémodialyse avec 735 postes de traitement, permettant de prendre en charge deux mille malades environ. L'hémodialyse autorise le traitement des insuffisances rénales aiguës et chroniques, elle est un moyen d'attente et de préparation à une transplantation rénale, elle supplée à une greffe en cas d'échec.

est une source inépuisable de dépenses, à tel point qu'on a prononcé le mot de « gouffre », et que l'on a dit « qu'elle se caractérisait par une irresponsabilité générale, aussi bien en ce qui concerne les investissements à entreprendre, qu'en ce qui concerne la gestion ».

Une organisation défectueuse entraîne une sous-utilisation du matériel (appareillage de radiologie, installation de télégamma-thérapie...) du potentiel humain, des locaux. Quelques chiffres montreront l'acuité du problème et les conséquences financières qui en découlent (tableau I).

TABLEAU I. QUELQUES PRIX DE JOURNÉES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS EN 1971 ET 1972 (en F)

Services	1971	1972
Médecine générale	169	186,50
Médecine spécialisée	285	299
Chirurgie générale	267,80	281
Maternité	343,50	378
Chirurgie spécialisée	435	534
Service hautement spécialisé	1.023	1.043,50
Stimulateur	93,50	111,50
Chroniques (séjours longs)		

A ces prix de journées s'ajoutent les honoraires médicaux. La durée moyenne de séjour est de seize jours, mais il faut noter qu'elle est plus élevée en médecine et atteint fréquemment trois semaines.

Le service de radiologie est un des pivots d'un établissement hospitalier, toute démarche préventive, diagnostique, thérapeutique fait appel obligatoirement à ce moyen d'exploration fondamentale ; malheureusement il est aussi, faute d'organisation rationnelle, un goulot d'étranglement. L'attente peut atteindre une à deux semaines, différant d'autant le diagnostic et la décision thérapeutique, augmentant parallèlement la durée du séjour (2). Des transmissions surannées expliquent en partie les temps de latence (3). Quelques modifications simples de ce circuit suffiraient pour réduire la durée d'hospitalisation et permettraient une meilleure productivité des appareillages, des lits, du personnel et au total de meilleurs résultats sur le plan humain, plus difficile à quantifier. A côté des transmissions, il faut incriminer le manque de personnel, et la mauvaise répartition des tâches (4). Les horaires restrictifs contribuent également à la sous-utilisation d'appareillages onéreux, vite périmés et qui doivent être remplacés fréquemment. Une surutilisation paradoxale entraîne un gaspillage d'actes et un encombrement des services, qui s'explique en partie par la fâcheuse habitude consacrée par le temps, et faisant force de loi, de conserver les dossiers dans un but certes louable d'enseignement et de recherche, mais combien onéreux et gênant pour le malade (5).

(2) Il est bon de rappeler qu'un malade hospitalisé pour une durée moyenne de 14,6 jours, est soumis au moins deux fois par jour à un examen radiographique.

(3) Demande de rendez-vous, fixation du rendez-vous, examen radiographique, interprétation radiologique, retour du dossier dans le service demandeur constituent autant d'étapes qui freinent le processus.

(4) Manipulatrice affectée au bloc opératoire pour contrôle radiologique per-opératoire et attendant des heures, dans l'asepsie la plus rigoureuse, les quelques minutes où elle interviendra.

(5) Au pire, on pourra voir tel malade exploré en médecine, transféré en chirurgie pour intervention, y subir un deuxième bilan identique au premier. Plus couramment,

Le coût des abus

Le rôle économique du médecin est fondamental, mais il n'est pas le seul en cause, le malade a sa part de responsabilité, favorisée par les organismes de prise en charge : sécurité sociale, mutuelles, aide sociale, etc. Les modalités de remboursement (tableau II) sont telles que bon nombre de malades ignorent totalement le coût de leur séjour ou de leurs vacances hospitalières (6). On comprend mieux dans ces conditions, certaines habitudes néfastes de « piliers » d'hôpital (7). Combien de vieillards se voient ainsi abandonnés à l'hôpital à la veille des vacances, attendant que la surveillante obtienne à force de persuasion et de discussion que leur famille les reprenne enfin ?

TABLEAU II. RAPPEL DE QUELQUES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE

Régime Assurance Maladie

- Exonération du ticket modérateur de droit pour les hospitalisations pour interventions dont le K est supérieur ou égal à 50,
- Hospitalisation supérieure à trente jours à partir du trente et unième jour,
- Exonération pour les « maladies de longue durée » particulièrement coûteuses ou inscrites sur une liste.

Régime Accidents du Travail et Maladies Professionnelles

- Pas de ticket modérateur,
- Prise en charge directe et intégrale par le tiers payant.

Les prix de journée dans le secteur public et la tarification des actes plus élevée dans le secteur privé sont des incitations anti-économiques : multiplication et surcotation des actes de chirurgie et de spécialité dans le secteur privé pour une durée de séjour par contre minime. On a pu voir ainsi un accidenté du travail hospitalisé pour la réduction et la mise en place d'un plâtre d'une fracture du poignet, subir une cure de hernie inguinale et une appendicectomie pendant son séjour (8).

pour ne pas dire toujours, le patient sera renvoyé à son médecin, après un long séjour, démuné de tout document. Combien d'entre nous ont vu ainsi arriver un polytraumatisé, béquilles à la main, avec pour tout cliché quelques reproductions illisibles.

(6) Même lorsque l'assuré doit participer aux frais, il ne le fera que dans les limites du ticket modérateur (20 %) ; et le reste sera réglé directement par les services du tiers payant à l'établissement.

(7) Et chacun de nous garde au fond de soi le vieux souvenir de nuits de garde et se rappelle sûrement ces parasites de la société, qui se présentent entre 23 et 24 heures dans un piteux état et pour cause !, alléguant des symptômes alarmants et invérifiables dans le cadre d'une consultation d'urgence (amaigrissement, vomissements, toux, etc.). L'interne de garde, fatigué par une journée de travail et la perspective d'une nuit mouvementée, signe le bon d'hospitalisation afin qu'un bilan soit entrepris, bilan qui sera d'autant plus long que la pathologie sera plus nébuleuse. Heureusement de tels adeptes du « Club hospitalier » finissent par être repérés et s'en retournent d'où ils viennent jusqu'au prochain hiver.

(8) Les épidémies aiguës d'appendicite dans une même fratrie à la même époque ne sont pas exceptionnelles. Combien de femmes ont ainsi perdu malencontreusement leur utérus pour avoir eu l'imprudence de consulter un chirurgien, sans parler de celles à qui on a osé enlever deux fois cet organe pourtant unique.

Hospitalisations trainantes et, plus lourde de conséquences, la stagnation des malades dans les services spécialisés dont ils ne relèvent plus, caractérisent le secteur public. Les prix de journée s'élèvent de façon extravagante d'années en années, créant un cercle vicieux dont il n'arrive plus à se sortir. En effet, sur le plan financier, il faut savoir qu'une compensation s'opère entre les pertes causées par les malades « coûteux » et les gains artificiels trouvant leur origine dans un séjour prolongé des malades ne nécessitant plus que quelques soins infirmiers quotidiens. C'est ainsi que les récentes tentatives de réduction des durées de séjour ont entraîné une augmentation des prix dont le niveau est fonction notamment de la durée de l'hospitalisation mais aussi du nombre global de journées, donc du remplissage des lits, qui doit être maxima dans un tel système. Or, le secteur public fait face difficilement à la concurrence du secteur privé qui draine à lui une clientèle de plus en plus rentable (chirurgicale et obstétricale essentiellement) désireuse d'obtenir des soins de qualité dans un confort décent, aidé en cela par les médecins libéraux avec lesquels il entretient d'excellentes relations de confraternité, ce qui n'est pas toujours le cas pour le secteur public. Ces quelques éléments expliquent, que les responsables des établissements publics n'aient pas fait preuve d'une grande vigueur dans la réduction des durées de séjour ni dans l'orientation rapide des malades vers des lits moins rentables. Les consultations externes hospitalières par leur caractère vétuste, inhumain (attente interminable, multiplicité des médecins ou des étudiants...) échouent dans leur rôle d'unité de diagnostic et de soins ambulatoires. Les faibles tarifications des actes consenties par les organismes de protection en font de véritables catastrophes financières et favorisent, dans une certaine mesure, des hospitalisations pour bilan non indispensables.



Le système hospitalier français paraît inadapté aux besoins grandissants d'une population de plus en plus exigeante. Son coût élevé lui impose une mutation rationnelle afin qu'il puisse faire face à ses responsabilités aussi bien médicales qu'économiques. Jusqu'à présent, il a été l'objet, faute d'un appareil statistique de base, de modifications désordonnées qui n'ont pas apporté les résultats escomptés, mais qui ont, au contraire, creusé le fossé entre secteurs public et privé.

L'hôpital reste handicapé par sa fonction de service public, l'amenant à satisfaire les besoins d'une population de malades de qualités très différentes. Il faut souhaiter qu'un remaniement de ses mécanismes financiers, qu'une organisation plus rationnelle (et peut-être l'exemple du secteur privé serait à suivre ?...) allègent les charges qu'il supporte actuellement et lui permettent de continuer à assurer, outre son rôle social, son rôle de secteur de pointe et de « locomotive ». Cette mutation ne peut se faire sans les médecins, qui doivent pouvoir participer de façon effective et efficace à l'élaboration des réformes. Pour atteindre ce but, émettons le vœu que très tôt au cours de leurs études, les étudiants, futurs médecins soient initiés à leur rôle économique.



la médecine : un bien de consommation courante

Patrick VERSPIEREN

« **L'**opinion courante est qu'il existe un montant définissable de besoins et de soins médicaux et que, si on faisait face à ces besoins, plus rien ne serait réclamé. Ceci est absurde. Chaque progrès de la science médicale crée de nouveaux besoins qui n'existaient pas avant que les moyens d'y répondre existent ou, au moins, apparaissent comme possibles » (1). La littérature abonde d'affirmations semblables expliquant la croissance du coût des soins par un facteur unique : le progrès médical. Le bond prodigieux des sciences et techniques médicales est trop apparent pour qu'il soit possible de le mettre en doute. Pourtant encore aujourd'hui on n'a pas suffisamment étudié comment se diffuse le progrès des connaissances et des techniques, comment un tel moteur

(1) Enoch Powell, ancien ministre de la Santé de Grande-Bretagne, cité par Clément Michel dans « La consommation médicale des Français », **Notes et Etudes documentaires**, n° 3584. Documentation française.

tire ce train si composite formé chaque année de millions de consultations, de visites, d'actes de chirurgie, de biologie, de radiologie, d'explorations de toutes sortes, de prescriptions médicamenteuses...



Les connaissances nouvelles n'agissent sur la consommation que dans la mesure où elles pénètrent à l'intérieur des cabinets médicaux ; comment le font-elles ? Les centres hospitalo-universitaires jouent un certain rôle ; en témoigne le fait que la consommation médicale croît plus vite dans les départements sièges de Centres Hospitaliers Universitaires, que dans les départements limitrophes, et surtout que dans les départements plus éloignés (2). Mais jusqu'ici leur impact n'a pas été vraiment étudié, à notre connaissance. Une telle étude, qui réserverait des surprises, ferait sans doute apparaître le caractère archaïque du système de formation du corps médical par-delà le temps des études universitaires.

Les connaissances nouvelles sont de peu d'efficacité si par manque d'équipements elles ne peuvent se traduire en actes. Comment sont prises les décisions d'installer ici ou là un nouveau laboratoire d'analyses, un nouveau service de dialyse rénale, de radiothérapie ? La réponse est difficile : en matière d'équipements les décisions importantes résultent d'une somme d'initiatives individuelles plus que de choix programmés et coordonnés. Un des signes en est l'importance accordée depuis peu par le Ministère de la Santé à l'établissement d'une « carte hospitalière » destinée à recenser tous les centres d'hospitalisation et leurs équipements lourds ; on en est au stade d'une information sur les moyens existants, et loin encore d'une coordination efficace.

Le progrès médical se diffuse par des canaux mal connus, souvent empiriques et pas toujours très rationnels. D'où des distorsions assez grandes ; selon la région, le département, selon le médecin auquel on s'adresse, les soins dispensés ne seront pas les mêmes. En France, il n'y a pas un « progrès » uniforme en matière médicale, mais des « progrès » différemment maîtrisés selon les lieux et les producteurs de soins.



Mais le consommateur lui-même est-il purement passif, totalement livré entre les mains de son médecin, ne faisant que recevoir les fruits d'un progrès médical continu ? La demande de soins suit-elle immédiatement l'offre ?

Une nouvelle thérapeutique créera-t-elle aussitôt une demande importante ? Sans doute, dans certains cas ; un traitement-miracle du cancer serait découvert, aussitôt les centres de soins capables d'assurer ce traitement seraient submergés de demandes ; incapables d'y répondre sur-le-champ, ils seraient contraints d'abord de choisir leur clientèle ; puis au fur et à mesure de leur développement, ils pourraient soigner davantage de patients : la consommation suivrait alors immédiatement l'offre de production.

(2) Cf. « Le développement de la radiologie », par Simone Sandier, dans *Consommation*, n° 4, octobre-décembre 1967, p. 74 ; et G. Rösch ci-contre, p. 499.

Cependant, à regarder de plus près cet exemple chimérique, apparaissent des facteurs de consommation qui ne concernent plus la médecine elle-même, mais le client. Le cancer n'est pas une maladie analogue à l'hypertension ; l'un et l'autre de ces deux désordres organiques menacent gravement la santé de celui qui en est atteint, et pourtant l'opinion publique ne réagit pas de la même façon. A l'égard de ces deux maladies, la presse écrite ou parlée ne réagirait pas de façon analogue et conduirait la population à des comportements différents.

Pour comprendre le phénomène des dépenses de santé, l'attention aux consommateurs est indispensable.

Par rapport à la consommation médicale, le comportement des Français est différent selon l'âge, le sexe, la couverture sociale, le revenu du ménage ou la catégorie socio-professionnelle du chef de famille (3). Mais tous ces facteurs n'expliquent pas, à eux seuls, la structure actuelle de la consommation médicale, et notamment les différences entre régions.

Au 1^{er} janvier 1968 la densité médicale de la région Provence-Côte d'Azur était de 156 médecins pour 100.000 habitants ; celle du Nord de 86 (4). La consommation d'actes radiologiques était plus de 2 fois plus importante dans la première que dans la seconde. On a essayé d'expliquer de telles différences par des facteurs « objectifs », ou plutôt quantifiables, par exemple la structure d'âge de la population : « Dans le Midi viennent s'installer beaucoup de retraités, qui ont besoin de beaucoup plus de soins que les personnes actives ». Une telle affirmation est balayée par une étude attentive de la structure de la population et de la consommation. On a parlé d'un soi-disant héliotropisme du corps médical qui dédaignerait de s'installer dans les régions inhospitalières du Nord pour se laisser attirer par le climat clémente du Midi ; il y aurait plus de médecins dans le Midi que dans le Nord ; et donc la consommation médicale y serait plus forte. Malheureusement, cet héliotropisme n'existe guère, et il reste à expliquer pourquoi les médecins du Midi ne sont pas au chômage et ceux du Nord assaillis de demandes. Quant à invoquer une plus grande pathologie dans le Midi que dans le Nord, personne n'y songe sérieusement : rien ne montre qu'il existe une plus grande proportion d'hypertendus ou de cancéreux du côté de Marseille que du côté de Lille (5).

Devant ces questions non résolues, certains économistes font appel à un autre facteur : l'habitude de recours aux soins. Expression paradoxale : on expliquerait le plus grand coût des services médicaux par le fait qu'on a plus l'habitude d'aller chez le médecin ! Tautologie ? Pourtant, malgré son imperfection, ce terme n'est pas à rejeter trop vite ; il introduit une dimension d'ordre culturel, difficile à mesurer, relevant

(3) Cf. par exemple Clément Michel, *op. cit.*, et G. Rösch, « L'économie des services de soins médicaux en France », dans *Consommation*, n° 1-2, 1969.

(4) La population des médecins français 1^{er} janvier 1968. Statistiques sociales. Supplément B 12, avril 1971, p. 23.

(5) Cf. S. Sandier, *art. cit.*, p. 74.

davantage de la sociologie que de l'économie : l'attitude vis-à-vis de la « maladie ».

Jusqu'à présent nous avons évité le mot de « malade », et employé le terme de « consommateur de soins ». En effet, quand est-on malade ? Vous perdez l'appétit, vous respirez difficilement, vous ressentez une fatigue chronique, vous êtes secoué par une toux incessante ou vous souffrez de maux de tête tenaces, ... êtes-vous malade ? Oui ou non, selon le groupe social auquel vous appartenez ! Telle est du moins la conclusion d'une enquête faite aux Etats-Unis (6). « Les contraintes économiques peuvent rendre compte d'une plus faible consommation médicale. Cependant interviennent des facteurs comme le milieu culturel, les représentations sociales de la maladie, le niveau d'information, la structure familiale » (7). D'après cette enquête, selon le groupe social certains malaises sont vécus comme des « maladies » et justifient donc le recours au médecin, ou, au contraire, sont acceptés avec fatalisme et résignation. Tout groupe social se fait une certaine idée de la santé et de la maladie et se fixe un seuil en deçà duquel on considère qu'il suffit de prendre son mal en patience et au-delà duquel les malaises éprouvés deviennent insupportables et intolérables. Ce seuil varie selon les groupes sociaux et selon les époques : « On peut constater que le seuil de tolérance ainsi compris s'abaisse rapidement depuis quelques décennies dans tous les pays économiquement avancés : l'homme est de plus en plus attentif à protéger sa santé » (8).

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude approfondie de ce phénomène ; nous disposons seulement d'enquêtes parcellaires. Illustrons cette dimension culturelle de la maladie par un exemple : la structure de la consommation de soins dentaires. En 1960 les employés déboursaient 4 fois plus que les ouvriers et 5 fois plus que les agriculteurs exploitants pour des séances de soins dentaires ; aucune explication ne peut être donnée qui ne prenne en compte la différence d'importance accordée à l'état de leur propre dentition par les membres des différents groupes sociaux.

L'abaissement du seuil de la maladie contribue certainement à l'augmentation de la consommation médicale. Il a été favorisé par deux faits : d'abord la couverture sociale s'est étendue à l'immense majorité des Français ; non seulement la possibilité économique de bénéficier de soins onéreux est ainsi accordée à tous, mais corrélativement la notion de « droit à la santé » s'est développée. A joué aussi le progrès médical ; son influence passe par l'image que s'en fait le public : des groupes sociaux de plus en plus importants prennent peu à peu conscience que beaucoup de malaises peuvent désormais être soulagés par la médecine moderne ; articles de journaux, et émissions de télévision créent l'image d'une médecine toute-puissante. L'influence du progrès médical sur le comportement de la population dépend des modes d'information dont dispose chacun des groupes sociaux ; l'information circule sans doute plus vite à la ville qu'à la campagne, elle emploie des canaux aussi divers

(6) Earl Lomon Koos, *The health of Regionville*, cité par François Steudler dans *Sociologie médicale*. A. Colin, p. 28.

(7) François Steudler, *op. cit.*, p. 26.

(8) Cl. Michel, *op. cit.*, p. 6.

que les moyens de communication modernes et les conversations des trains de banlieue ou des salons de coiffure... Ainsi vulgarisée, la médecine (ou plutôt les biens et services médicaux) devient un bien de consommation courante. Le recours au médecin n'est plus chose exceptionnelle, mais fait désormais partie du rythme de la vie.



La médecine, un bien de consommation courante : cette expression risque d'être ressentie de manière péjorative, et évoquer l'idée de gaspillage ; tel n'est pas notre propos. Au contraire nous avons conscience que des couches importantes de la population ne bénéficient pas des soins dont ils relèveraient normalement ; c'est le cas notamment des vieillards qui n'ont pas pris plus tôt l'habitude de recourir fréquemment au médecin, c'est le cas de beaucoup de ruraux. Dans les années qui viennent la consommation se développera chez ces groupes sociaux qui ne resteront pas longtemps en marge de ce phénomène de civilisation.

L'évolution actuelle a pourtant des aspects contestables. La conjonction du système actuel de protection sociale et d'un état d'esprit assez scientiste entretenu par le corps médical lui-même, risque d'enfermer bien des demandeurs de soins dans des illusions coûteuses et aliénantes. De plus en plus chacun, conscient d'avoir « droit à la santé », en revendiquera l'exercice ; à sa demande, on multipliera examens, radiographies, analyses de toutes sortes, parfois de façon déraisonnable, en oubliant que toute une partie de la pathologie relève plus des avatars du désir humain que de maladies répertoriées. En multipliant ces investigations, on renforcera l'image que toute maladie ou tout malaise sont nécessairement quelque chose d'objectivable, d'extérieur en quelque sorte à l'individu, et l'on oubliera que la solution est parfois à chercher ailleurs, dans le dénouement des problèmes personnels de ces malades. Insister unilatéralement sur la puissance de la médecine moderne risque d'accroître le nombre déjà important de ces patients revendicatifs, qui font le tour de tous les spécialistes et ne vivent que dans l'espoir de rencontrer enfin un « médecin compétent ».

Beaucoup de médecins craignent de voir exprimer de telles remarques, de peur qu'elles ne soient utilisées par les fonctionnaires de l'Economie nationale pour justifier un freinage arbitraire des dépenses de santé. De telles craintes ne sont peut-être pas sans objet, mais il n'est pas bon non plus d'occulter les questions. Dans la consommation actuelle de soins il y a une certaine part d'irrationalité ; mais est-ce le seul domaine où cela se produit ? L'important est d'essayer de limiter cette irrationalité par une information de l'opinion publique - et du corps médical - moins axée sur le spectaculaire, rendant mieux compte de ce qu'est la maladie, de ce qu'est la médecine, ses possibilités, ses limites et même ses éventuels dangers. Chaque citoyen pourra se tenir devant le médecin dans une attitude plus réaliste et plus responsable. Les coûts continueront à croître, mais au moins pourra-t-on espérer en retirer un surcroît d'avantages.

Patrick VERSPIEREN.

le médicament dans la relation médecin-malade

Jean-Pierre DUPUY

Tout malade attend du praticien, au-delà de la réparation physique, une véritable prise en charge sur le mode de l'échange et de la compréhension. En l'absence d'un autre mode de relation, les médicaments prescrits servent de signe de l'attention que le médecin porte à son malade et de sa capacité d'intervention.

Le développement rapide de la consommation médicale des Français est un phénomène dont les implications économiques, sociales et politiques sont telles qu'il a jusqu'à présent suscité plus de controverses passionnées que d'analyses pleinement convaincantes. La plupart des analyses existantes reposent sur une conception très technique de la médecine, selon laquelle le médecin, le malade et les tiers ne seraient concernés que par les effets physiques des actions de santé mises en œuvre : guérison du malade, prolongation de ses jours, diminution de sa douleur, etc. Il n'est donc pas étonnant que ces analyses attribuent au progrès technique une place prépondérante parmi les facteurs de croissance des dépenses de santé. Mais évoquer le progrès technique n'a de sens que si on se réfère à un progrès des effets. Or, et c'est là le point faible des analyses existantes, on ne dispose pas d'instruments statistiques et surtout conceptuels suffisants pour bien cerner ce progrès des effets.

La croissance des dépenses de santé : un phénomène encore mal expliqué

La plupart des experts semblent d'accord pour admettre que les principaux effets des actions de santé mises en œuvre dans les pays

développés ont de moins en moins trait à la prolongation de l'espérance de vie moyenne ou à la diminution des taux de mortalité (excepté la mortalité infantile) (1). Dans ces pays, en effet, la pathologie s'est transformée, la médecine également. On a de plus en plus affaire à des maladies chroniques dégénératives (métaboliques, vasculaires, respiratoires en particulier), à des cancers, maladies mentales, accidents et morts violentes, toutes morbidités pour lesquelles une intervention médicale curative se situera en général à un stade terminal du processus de développement de la maladie et aura donc, malgré un coût élevé, une efficacité très faible relativement à un indicateur d'espérance de vie. Mais on ne peut en conclure évidemment que ces interventions sont inutiles. Simplement, leurs effets sont beaucoup plus fins qu'une simple prolongation de l'espérance de vie. A la limite, il s'agit moins de guérir que d'aider le malade à vivre avec le minimum d'« inconfort ». Dans le même ordre d'idées, la médecine tend à s'étendre aux « bien-portants » : ce sont les médicaments dits de « bien-être », ce sont les soins à visée esthétique, etc. En bref, il convient de reconnaître que les actions de santé ont de plus en plus des finalités qu'on ne saurait ramener à l'accroissement d'une quantité de vie. Comme l'écrit le docteur Bourguignon (2) : « La médecine est là pour protéger et améliorer ce que les économistes et les statisticiens ont tant de mal à quantifier, à comptabiliser : la qualité de la vie de chaque individu. Qu'elle ne se soucie pas de l'espérance de vie à l'échelon de la nation ou du continent, ce n'est pas son affaire. Prenons un exemple simple, celui de la tuberculose. Elle a régressé bien avant la découverte des antibiotiques, qui n'a donc pratiquement pas eu d'incidence démographique. Mais, du point de vue individuel, quelle conquête ! Avant les antibiotiques, un diagnostic de méningite tuberculeuse était, chez un enfant ou un nourrisson, un arrêt de mort. Maintenant, tous les cas de méningite tuberculeuse devraient guérir. Or, cette mort était une des plus affreuses pour l'entourage, puisqu'elle frappait un être jeune sur qui reposait tant d'espoir. La tristesse et les larmes épargnées à quelques milliers de mères ne se retrouveront jamais dans les statistiques. Alors pourquoi la médecine se parerait-elle des plumes du paon quand son plumage est encore plus noble et plus beau ? »

On ne peut sans doute que souscrire à une telle vision des choses et se ranger aux côtés de ceux qui affirment la nécessité de mettre au point, dans l'avenir, des indicateurs de résultat des actions de santé basées sur la morbidité et plus généralement sur une notion de « qualité de vie ». Mais à deux conditions : à condition d'une part que l'on reconnaisse que la notion de « qualité de vie » ne se définit pas aussi simplement à partir de caractéristiques physiques que la mortalité et que des dimensions psychosociologiques y ont, comme on va le voir, un rôle important. A condition, d'autre part, que cette dernière observation ne serve pas d'alibi à ce qu'on repousse le problème de l'évaluation de l'efficacité des actions médicales, et par là celui de l'explication de la croissance des

(1) Cf. par exemple le rapport du groupe de travail sur « la science de la décision en matière de santé », avril 1973. Ministère d'Etat chargé des affaires sociales, ministère de la Santé publique.

(2) André Bourguignon, « Le drame de la médecine », *La Nef*, Vers une anti-médecine ? (octobre-décembre 1972).

dépenses de santé, à un futur indéfini, par des arguments du type : s'imagine-t-on que l'on peut mettre en équation les larmes d'une mère ?

En fait, nous allons voir que démontrer par une analyse psychosociologique ce qu'est ce fameux « confort », cette « qualité de vie », que la médecine peut offrir, est non seulement possible, mais permet de fournir à la croissance des dépenses de santé une explication plus satisfaisante que celles qui ne reposent que sur des considérations techniques.

La production de médicaments a un fort taux de renouvellement

Dans ce qui suit, nous nous intéresserons essentiellement au cas de la consommation de médicaments en médecine libérale (3). C'est un exemple privilégié : le taux de croissance de la consommation est un des plus élevés du secteur santé - de l'ordre de 16 à 17 % par an sur longue période, en francs courants - ; ce taux est couramment justifié, sinon expliqué, par des considérations techniques alors que des faits précis et connus autorisent à penser que d'autres facteurs sont en jeu.

Que l'industrie pharmaceutique soit une industrie innovatrice, nul ne saurait le nier. Le taux de croissance de 16 à 17 % reflète directement cet état de fait. Il peut en effet être considéré comme la somme du taux de croissance du nombre d'entrées (consultations et visites) dans le système médical : 6 à 7 % par an, sur lequel nous ne pourrions nous étendre ici (4) ; du taux de croissance du nombre de produits par ordonnance qui, bien que mal connu, doit être faiblement positif ; et du taux de croissance du prix moyen des médicaments prescrits et achetés à chaque époque : ce dernier taux est très élevé et de l'ordre de 10 %/an, donc plus de la moitié du taux de croissance des dépenses pharmaceutiques. Il résulte lui-même de deux phénomènes :

a) Le fait que chaque médicament nouveau est plus cher que celui auquel il se substitue : la réglementation des prix (blocage du prix des médicaments anciens, grille de prix pour les produits nouveaux), les conditions de l'admission au remboursement par la Sécurité sociale, ont par le passé autorisé, voire provoqué, un tel phénomène et continuent encore à le faire.

b) Le rythme rapide de renouvellement de la pharmacopée : les produits naissent, se substituent à d'autres qui disparaissent du marché, vivent dix ans en moyenne et meurent à leur tour, chassés par de nouveaux produits - 70 % des médicaments aujourd'hui commercialisés ont moins de quinze ans et presque la moitié du chiffre d'affaires de l'industrie est réalisée avec des produits de moins de cinq ans.

L'innovation est donc un facteur essentiel de la croissance des dépenses pharmaceutiques. Mais peut-on pour autant parler de « progrès

(3) Ce cas a fait l'objet d'une étude du CEREBE (Centre de Recherche sur le Bien-Être) : J.-P. Dupuy, J. Ferry, S. Karsenty, G. Worms : « La consommation de médicaments ; approche psycho-socio-économique », dont les développements qui suivent sont inspirés.

(4) Cf. étude CEREBE citée.

technique » ? Notons tout d'abord que toutes les « nouveautés » ne se valent pas a priori, puisqu'on recouvre sous ce vocable aussi bien la découverte scientifique originale qui enrichit la thérapeutique d'une nouvelle classe de molécules actives que le médicament déjà existant dont on aura modifié le dosage, la forme pharmaceutique, le modèle de conditionnement, les indications, ... ou tout simplement le nom. Or il semble bien que la très grande majorité des quelque 250 produits nouveaux qui sont chaque année mis sur le marché et qui se substituent à des produits moins coûteux, se situent sur les plus bas barreaux de l'échelle que l'on peut dresser en guise d'indicateur d'innovation, si l'on en juge d'après des chiffres américains (5), la situation française ayant toutes raisons d'être très voisine (6).

Ces résultats ne sauraient étonner lorsque l'on connaît le type de recherche que pratiquent les laboratoires. Il s'agit le plus souvent d'une recherche ultra-empirique qui consiste à synthétiser le plus grand nombre possible de molécules et à les tester systématiquement, pour apprécier leur activité, selon un processus très long, très complexe et très coûteux. Comme l'exprime si bien le professeur J.-M. Pelt (7), « faute de fil conducteur, chimistes et pharmacologues poursuivent le testage systématique de milliers de molécules, à la manière d'un serrurier qui consacrerait tous ses efforts à fabriquer des milliers de clefs de plus en plus perfectionnées, pour ouvrir une serrure qu'il ne connaîtrait pas. Or plus le mécanisme est compliqué, plus faibles sont ses chances de tomber par tâtonnement sur la bonne clef ! On peut alors se demander si finalement il n'y aurait pas intérêt à démonter la serrure, pour fabriquer ensuite la clef correspondante ! » Et effectivement, cette recherche symptomatique, hasardeuse, coûteuse et non coordonnée que pratiquent les laboratoires, est à l'opposé de ce que serait une véritable recherche fondamentale, qui partirait de la connaissance de la « lésion biochimique » à l'origine de la maladie pour remonter à la thérapeutique.

Par ailleurs, on ne peut s'empêcher de penser qu'innover est beaucoup plus une contrainte que les laboratoires s'imposent les uns aux autres qu'un objectif librement consenti et favorable à leurs intérêts. Tout laboratoire sait d'expérience que s'il n'innove pas, ses produits seront chassés du marché par les produits nouveaux de ses concurrents. Chaque laboratoire est donc condamné à innover et à pratiquer le type de recherche décrit ci-dessus qui a le mérite de favoriser l'innovation, même si la qualité de celle-ci est douteuse, mais au prix d'une bien mauvaise utilisation de la matière grise rassemblée. En bref, il semble bien que la

(5) Aux Etats-Unis, de 1948 à 1966, 7.563 présentations ont été lancées sur le marché (soit en moyenne 420 par an), qui se répartissent en 1.785 nouvelles formes galéniques de produits déjà lancés et 5.778 nouveaux produits. Ceux-ci se décomposent eux-mêmes en 676 nouvelles substances thérapeutiques, 3.757 associations de substances déjà connues et 1.345 produits lancés par un nouveau fabricant et identiques à un produit déjà lancé. Encore faut-il ajouter que sur ces 676 nouvelles substances, plus de la moitié d'entre elles n'étaient que de nouveaux sels ou dérivés d'une molécule déjà connue. En définitive, moins de 5% des nouveaux médicaments lancés aux Etats-Unis sur cette période de 18 ans constituaient véritablement des innovations majeures.

(6) Sur cette question comme sur bien d'autres, il semble beaucoup plus facile d'avoir accès à des données étrangères, en particulier américaines, qu'aux données françaises. Serait-ce que l'industrie pharmaceutique française aurait tant à cacher ?

(7) Jean-Marie Pelt, **Les médicaments**. Seuil (Le rayon de la science).

situation actuelle de l'industrie pharmaceutique soit certes une situation où chaque laboratoire agit selon ses intérêts, le comportement des autres laboratoires étant donné, mais que tous auraient intérêt à abandonner au profit d'une situation meilleure pour chacun, sans même parler des intérêts de la recherche pharmaceutique, de la santé publique et de la Sécurité sociale.

Devant ces données indiscutables, une question vient immédiatement à l'esprit : comment expliquer que ces nouveaux produits dont, semble-t-il, un grand nombre ne constituent que des doublons de produits déjà existants, aient un succès commercial si fort qu'on en arrive à la situation décrite ci-dessus ? C'est vers le marché des produits qu'il faut se tourner pour répondre à cette question, marché ici tout à fait original puisqu'il s'agit de l'ensemble des couples médecin-malade. Deux types opposés de réponses sont souvent apportées à la question posée. La première réponse, la thèse de l'industrie pharmaceutique, est-il besoin de le préciser, s'appuie sur les théories biochimiques les plus récentes pour prétendre que la modification la plus mineure apportée à une molécule existante a un intérêt thérapeutique. On sait en effet qu'en matière de métabolisme et de sensibilité à des substances étrangères, les individus sont tous différents les uns des autres : d'où l'idée qu'un grand nombre de produits voisins sont nécessaires pour que le médecin puisse adapter au mieux son traitement à chaque malade. Une telle argumentation n'a que le tort de supposer l'existence d'un médecin-expert, suffisamment compétent et non perturbé par des considérations extra-techniques pour être capable d'apprécier l'activité pharmacodynamique des produits prescrits à un niveau aussi fin. La réalité n'autorise pas une telle interprétation.

A l'opposé de la thèse de l'industrie se situe celle de ses détracteurs : les laboratoires feraient ce qu'ils voudraient des médecins, les accablant sans répit d'une publicité pléthorique et leur faisant prendre pour argent comptant leur boniment sur des innovations douteuses. Nous ne croyons pas plus à cette vision du médecin-girouette qu'à celle du médecin-expert. En fait, si les nouveaux médicaments ont le succès qu'ils connaissent, c'est qu'ils ont effectivement, pour le malade comme pour le médecin, une utilité sociale considérable. Mais cette utilité n'est pas que « technique », elle n'est pas liée à la seule activité pharmacodynamique des produits : elle est aussi relative aux fonctions de signe que les médicaments remplissent dans la relation médecin-malade.

Le médicament n'a pas qu'une fonction technique (8)

Un généraliste de la région parisienne, rappelant ses débuts, écrivait : « Il m'est vite apparu que les clients d'un généraliste de banlieue étaient tous plus ou moins des malades fonctionnels et qu'ils venaient voir leur

(8) Tout ce qui suit est relatif à la médecine libérale dite « de ville ».

médecin au moins autant pour chercher près de lui un réconfort que pour soigner des lésions organiques » (9).

Ce témoignage nous rappelle fort opportunément, si besoin était, que la rencontre du malade et du médecin n'est pas réductible à celle d'un corps malade et d'un réparateur de métier, comme peuvent le penser certains économistes et technocrates de la santé, mais est celle « d'une confiance et d'une conscience ». En d'autres termes, les médecins sont les premiers à le rappeler, « les malades ont aussi une âme » (10). Certes. Mais alors que certains médecins considéreront comme évident que c'est avec des moyens techniques (et parmi eux le médicament) qu'ils traitent les problèmes du corps, et que c'est avec des moyens appropriés (c'est-à-dire psychologiques) : une certaine « façon d'être », de bonnes paroles, une attention portée à ce que dit le malade, etc. qu'ils traitent les problèmes de l'âme, nous allons voir que dans la réalité ce sont en très grande part des moyens techniques (essentiellement le médicament) qui leur servent à traiter le problème psychologique, aussi bien que le problème somatique, que leur présente leur patient.

Tout malade, quelle que soit sa morbidité, qu'il s'agisse d'un accidenté de la route ou d'un hypertendu, d'un cancéreux ou d'un névrosé, pose certes à son médecin un problème technique, il lui demande de le soulager et de le guérir, mais il lui présente également une angoisse, une demande d'aide. Il faut mettre cette demande en relation avec le sentiment d'insécurité qui est ressenti devant toute manifestation morbide, sentiment qui peut n'avoir que très peu de chose à voir avec la gravité réelle de l'atteinte morbide. Les enquêtes ont pu montrer qu'on observait aussi bien des gens que la science médicale considérait comme très gravement atteints et qui ne s'en souciaient guère, que des individus que des symptômes bénins plongeaient dans une profonde angoisse (11) : le trouble morbide jouait comme révélateur d'une fragilité constitutionnelle, annonciatrice de la venue inéluctable de la mort. Des facteurs psycho-sociologiques ont ici un rôle de plus ou moins grande amplification de l'insécurité subjective. L'attention portée au corps est l'un des principaux d'entre eux. On sait qu'elle varie de façon très sensible selon les catégories sociales : le seuil au-delà duquel un individu se sent atteint dans son intégrité physique passe du doigt coupé pour le mineur du Nord à la carie dentaire pour la jeune fille du 16^e arrondissement. La fréquentation médicale elle-même semble accroître cette attention portée au corps. Comme l'écrit L. Boltanski (12) : « La fréquentation du médecin, qui a pour résultat d'augmenter le nombre des maladies connues, c'est-à-dire nommées et constituées comme telles... et donc d'accroître la sensation des perceptions morbides comme l'attention qu'on veut bien leur porter, détermine une élévation des chances subjectives de la maladie et, par là même, de la consommation médicale ».

(9) Témoignage paru dans la *Revue du Praticien*, n° 65, 25 février 1970.

(10) Thème d'un des derniers « entretiens de Bichat ».

(11) Cf. Claudine Herzlich, *Santé et maladie*. Paris, Mouton.

(12) L. Boltanski, *La découverte de la maladie, la diffusion du savoir médical*. Centre de Sociologie Européenne, 1968.

La médicalisation du mal-être

Pour compléter ce qui vient d'être dit, il convient de mentionner un phénomène social général propre aux sociétés riches et que l'on peut décrire comme un processus de médicalisation du mal-être : ce processus se traduit par l'apparition sur le marché des soins d'un certain nombre de sujets persuadés par les canaux les plus publics que le progrès médical peut constituer une réponse adéquate à leur mal-être. Que l'on ait affaire à un sujet insatisfait de son statut dans sa vie de travail, car il aspire à une promotion, dont la vie conjugale laisse à désirer car il n'a pu se résoudre à accepter les choix de départ, ou dont le propre corps ne satisfait pas les normes de beauté physique qu'il cherche à atteindre, ou aura dans tous les cas une perpétuelle tentation, consciente ou non, d'imputer au compte de la maladie le décalage entre ces diverses aspirations et les réalisations effectives. Empressons-nous d'ajouter que dire ceci ne veut pas dire que ces sujets ne sont pas « malades », au sens où un médecin l'entend, c'est-à-dire au sens de l'existence d'une lésion biochimique : une telle lésion peut parfaitement exister (l'angoisse elle-même n'a-t-elle pas ses équivalents bio-chimiques ?), et le médecin la recherchera dans tous les cas, qu'elle soit rattachée à l'inquiétude du malade par une liaison de type psychosomatique, ou qu'elle soit indépendante de cette angoisse, le sujet se servant de ses symptômes (constipation, pellicules, fatigue, etc.) comme prétexte pour frapper à la porte de son médecin, encouragé en cela par les représentations collectives.

En tout état de cause, tout malade est donc à l'égard de son médecin un demandeur d'aide, et non seulement un demandeur de réparation. On attend du praticien tous les signes d'une véritable prise en charge, sur le mode de l'échange et de la compréhension ou de façon paternelle et dévouée suivant les catégories sociales. On supporte mal les attitudes techniciennes et distancées. Toutefois, cette demande est très ambivalente car elle se présente aussi comme une attente de compétence technique très poussée.

Mais cette demande réelle ne sera jamais exprimée telle quelle au praticien. Deux effets répresseurs jouent en effet un rôle de censure. Le premier a trait aux mécanismes de défense du « moi », qui sauvegarde son unité en accusant le corps et, avec lui, le caractère exogène de la maladie. Le second vise à la conformité sociale. La société et surtout ses médecins ont, en définitive, une conception extrêmement étroite de la maladie et ne l'acceptent que si elle présente tous les signes d'une déviance temporaire et indépendante de la volonté de l'« accidenté ».

La demande somatique sert de masque

Aussi bien, la demande exprimée au médecin sera-t-elle formulée en termes purement somatiques (ou, à la rigueur, pour ce qui est des malades des catégories socio-culturelles supérieures, en termes de traitement *matériel* du terrain psychique). Médecin et malade s'accorderont donc sur la nécessité d'une réparation. Mais il faut bien comprendre que les moyens techniques que le médecin déploiera pour répondre à la demande exprimée de son patient auront alors une double fonction : celle

de résoudre le problème technique posé par le malade, d'une part, mais aussi, d'autre part, celle de répondre de façon détournée à sa demande d'aide, en ayant rôle de signe d'une prise en charge.

Parmi ces moyens techniques, la prescription pharmaceutique a une place privilégiée, dans la mesure où elle ne nécessite de la part du médecin, psychologiquement et en temps, qu'un investissement relativement minime. Un des rôles essentiels du médicament dans la relation médecin-malade est donc de constituer un signe de l'attention que le médecin porte à son malade. En fait, on a affaire ici à un phénomène très général dans notre société et qui se produit chaque fois que quelqu'un décide d'une consommation qui sera le fait de quelqu'un d'autre (13). Il faut d'ailleurs remarquer que ce signe d'attention à autrui peut s'adresser autant, sinon plus, à soi-même qu'au bénéficiaire de l'action en cause (14). C'est bien sûr par sa « façon d'être », d'écouter son malade, de donner, etc., bref par l'utilisation judicieuse de ce qu'il appelle lui-même le « remède-médecin », que le praticien témoigne de la compréhension qu'il porte à son patient, mais compte tenu de l'accord de confusion qui s'établit entre eux sur la base d'opérations techniques, ce témoignage serait très peu signifiant s'il ne prenait comme support matériel le don de l'ordonnance. C'est d'ailleurs en partie au médecin lui-même que cette dernière signifie qu'il fait bien le maximum pour son malade. En prescrivant les médicaments qu'il considère comme les plus efficaces, le praticien peut se donner l'illusion qu'il ne lésine pas sur la santé de ses patients et oublier ainsi qu'en ce qui concerne sa contribution propre - et en particulier le temps qu'il leur consacre - il accorde bien une valeur finie à la santé des autres.

L'ordonnance garantit la compétence du médecin

Mais pour que le malade se sente véritablement et globalement pris en charge par son médecin, les témoignages de compréhension ne suffisent pas : il faut aussi qu'il se sente pris en charge techniquement, il faut qu'il ait confiance dans la capacité d'intervention de son médecin. Or, il semble que dans bien des cas, cette dernière soit problématique, et en tout cas ressentie comme telle par le médecin. Que cela tienne à l'irruption sur le marché des soins d'un certain type de patients à la maladie « inorganisée », aux symptômes imprécis et changeants, ou que cela tienne aux modifications de la pratique médicale induites par l'apparition de thérapeutiques médicamenteuses dont les effets sont décrits en termes de symptômes et signes cliniques observables aisément, et qui ne nécessitent plus du médecin le passage par un diagnostic étiologique, c'est un point que nous ne trancherons pas ici. Une chose est en

(13) On songe immédiatement aux décisions d'achat de la mère de famille pour ses enfants : vêtements, alimentation, jouets, etc. L'adage populaire dit bien que « la façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne », mais il n'empêche que ce qu'on donne témoigne directement de l'attention que l'on porte à autrui. Un don d'une valeur sociale ou économique trop éloignée de ce à quoi on peut normalement s'attendre, compte tenu des ressources et des disponibilités de celui qui donne, sera perçu défavorablement.

(14) Ainsi en est-il de bien des décisions de la mère de famille concernant son bébé, lequel est tout à fait incapable d'apprécier ces décisions selon les valorisations sociales liées au rôle de la bonne mère de famille dans notre société.

tous cas certaine : les médecins généralistes déclarent eux-mêmes recevoir des pourcentages considérables (de l'ordre de 60 à 90 %) de malades qu'ils désignent comme « psychosomatiques » ou « fonctionnels ». Qu'entendent-ils par là ? Non pas que ces malades sont de « faux » malades, qu'ils n'ont rien d'organique : chacun pourra citer la tumeur qu'il a diagnostiquée au terme d'un long processus chez tel malade qu'il avait longtemps qualifié de « pur fonctionnel ». En fait, le praticien parle de « fonctionnel » lorsqu'il se trouve justement dans l'incapacité d'établir un diagnostic suffisamment différencié selon ses exigences : c'est là une façon d'en rejeter la responsabilité sur une origine psychique des troubles.

Quoi qu'il en soit, c'est une fois de plus le médicament qui vient arranger les choses, la prescription pharmaceutique ayant ici le rôle de signifier la capacité d'intervention du médecin. Je vous prescris ceci, donc je sais ce que vous avez, semble dire le médecin en rédigeant l'ordonnance, évitant par là même de recourir à des analyses ou de prendre la décision d'orienter le malade vers un confrère spécialiste ou vers l'hôpital, ce qui serait perçu a contrario comme un signe d'incompétence. On peut même aller plus loin, et dire que l'ordonnance, et plus précisément sa longueur, sa valeur en francs, le nom compliqué des produits, leur nouveauté pour le malade, etc. signifient pour ce dernier qu'il a bien fait de venir chez le médecin, que son état relève bien de la pratique médicale et qu'il n'aurait pas pu se tirer d'affaire tout seul. La prescription a donc ici pour rôle de diminuer le regret du malade à la recherche d'une certaine autonomie de n'avoir pas eu recours à la simple auto-médication. Mais le médicament fait mieux encore. Non seulement il montre au malade que le médecin sait ce qu'il « a », mais il lui communique ce « savoir » en lieu et place du praticien, dans tous les cas où ce dernier serait bien en peine d'établir un diagnostic étiologique et d'en faire part à son patient. Cette fonction essentielle de communication, c'est évidemment la notice, souvent rédigée tant à l'intention du malade qu'à celle du médecin, qui la remplit, dans le langage des indications du médicament qui est également celui des symptômes observés. Le malade rentré chez lui saura ainsi ou aura confirmation qu'il « fait de la tension » ou qu'il souffre d'un « dérèglement hépato-biliaire ».

Le « bon médecin » n'est pas libre de bien faire son métier

Nous venons de mettre en évidence deux importantes fonctions de signe de la prescription pharmaceutique dans la relation médecin-malade : signe d'une prise en charge du malade par le médecin, signe de la capacité d'intervention de ce dernier. Il nous faut maintenant mentionner un autre rôle « non technique » de la prescription pharmaceutique, qui a trait à la résolution d'un conflit de valeurs auquel le praticien doit faire face.

Dans la façon dont le médecin assume sa fonction sociale, trois dimensions sont en jeu : le succès social, avec ses deux composantes : succès financier et taille de la clientèle ; le succès scientifique et technique ; et la bonne réalisation des désirs des malades. Ces objectifs sont en partie, en tout cas en début de carrière, contradictoires. Certes, il est facile de concilier les réalisations des désirs des clients et le succès

financier, c'est même une condition nécessaire de l'accomplissement de ce dernier. Mais le sentiment de produire une médecine de qualité ne pourra être acquis qu'au prix d'une lente transformation des valeurs de référence au cours de la carrière. En effet, dans le système concurrentiel qui est celui de la médecine libérale française, et avec le mode de rémunération à l'acte des praticiens, se constituer une clientèle et rechercher un revenu important peuvent conduire à des pratiques en contradiction avec l'observance des normes d'une médecine scientifique : il faut passer le minimum de temps avec chaque patient, il faut accepter des demandes auxquelles on n'a pas été préparé à répondre, il faut parfois préférer les thérapeutiques de choc alors que les thérapeutiques d'attente et l'appel aux défenses naturelles seraient plus raisonnables. Un jeune médecin exprimait ces contradictions dans la formule paradoxale suivante : « Pour être considéré comme un bon médecin, il faut avoir beaucoup de clients et donc faire de la mauvaise médecine car on est débordé ».

De fait, au bout d'un certain temps de pratique selon les modalités imposées par les contraintes sociales (ou ce qui est ressenti comme tel), le conflit de valeurs est résolu par la substitution progressive aux normes hospitalo-universitaires de l'image sociale d'une bonne médecine, ou plutôt d'un bon médecin. Le bon médecin est le bon technicien qui satisfait ses malades par le maniement d'une technique efficace, et le signe de son succès est la taille de sa clientèle. Or, dans ce processus, c'est le médicament qui joue le rôle essentiel, en tant que représentant d'une science et d'une technique pharmaceutiques qui se substituent à la science médicale : la bonne médecine est devenue le bon médecin, et le bon médecin est celui qui prescrit bien.

La bonne connaissance que le médecin a de la pharmacopée, l'étendue et la richesse de celle qu'il a en mémoire ont ici statut de signe, pour lui et pour ses malades. Il en est de même lorsque le médecin prescrit un nouveau produit : l'image technicienne de la médecine en est consolidée. D'ailleurs, prescrire le produit le plus récent permet, par le mécanisme impliqué dans la connaissance de ce produit, substitut d'un enseignement post-universitaire véritable, de pousser cette image technicienne dans la direction du pôle scientifique : pour le médecin, prescrire un produit très efficace, qui paraît souvent dangereux, c'est le signe qu'il adresse à lui-même et aux autres qu'il est bien resté dans le domaine scientifique de la médecine. Tel sera le cas du prescripteur de corticoïdes, d'antibiotiques, etc.

Au terme de cette rapide analyse des fonctions non techniques de la prescription et de la consommation de médicaments, nous comprenons mieux ce qu'est, en partie, ce fameux « confort », cette « qualité de vie » que ces objets techniques que sont les médicaments apportent aux malades... et aux médecins. Il s'agit effectivement d'éléments essentiels du bien-être du malade : sentiment d'être pris en charge moralement et techniquement, diminution du sentiment d'insécurité, etc. comme du bien-être du médecin : harmonie entre sa pratique quotidienne et ses valeurs de référence. Mais les performances obtenues sur ces diverses dimensions de la satisfaction du malade et du médecin grâce aux médicaments ne sont pas à mettre directement en relation avec l'activité pharmacodynamique de ces derniers, mais avec leurs fonctions de signe.

Empressons-nous de préciser, pour éviter toute mauvaise interprétation, que dire cela n'équivaut pas à nier la réalité de l'activité pharmacodynamique des produits, ni à nier l'existence d'un réel soulagement physique apporté par ces mêmes produits. Simplement, pour bien comprendre le niveau auquel s'établit la consommation de médicaments, il est nécessaire de tenir compte, à côté de leurs effets techniques, c'est-à-dire directement liés à leur activité pharmacodynamique, de leurs effets de signe. Et ce sont évidemment les mêmes médicaments, les antibiotiques et les tonicardiaques comme les tranquillisants et les fortifiants, qui ont, à la fois, des effets pharmacodynamiques et des effets de signe (15).

C'est la fonction signifiante des médicaments qui impose leur renouvellement

En quoi la mise en évidence des fonctions de signe que remplit le médicament pour le médecin et le malade permet-elle de comprendre les faits apparemment incohérents que nous avons rappelés en introduction, et par là la croissance des dépenses pharmaceutiques ? C'est ce que nous allons maintenant rapidement examiner (16).

Puisque, comme on l'a vu, médecin et malade en arrivent à un accord tacite sur un ensemble d'opérations techniques, alors même qu'il s'agit en partie de tout autre chose, il est nécessaire pour qu'un médicament permette d'obtenir de bonnes performances sur les dimensions non techniques de la satisfaction du médecin et du malade que ce médicament signifie l'efficacité technique. Les caractéristiques signifiantes du produit à cet égard seront, outre son efficacité réelle, dans certains cas l'existence d'effets secondaires le faisant passer pour un médicament dangereux ; parfois un prix élevé ; le plus souvent tout simplement... la jeunesse, c'est-à-dire la nouveauté, symbole de progrès et d'espoir.

Mais le médicament agissant en tant que signe, il faut bien comprendre que les performances obtenues dépendent moins de la valeur absolue de ce signe que de sa place au sein d'une gamme hiérarchisée de signes. C'est moins l'efficacité qu'il faut signifier que la plus grande efficacité. Prenons un exemple simple. Tous les généralistes et les rhumatologues reconnaissent l'efficacité de l'aspirine. Mais prescrire aujourd'hui un produit aussi ancien, aussi connu, aussi banal et alors que tant de nouveaux produits se sont succédé sur le marché depuis son apparition, serait perçu par le malade comme un manque d'attention du médecin à son égard, voire comme une volonté de non-prise en charge (à moins que le médecin ait une telle notoriété que cette notoriété, à elle seule, sécurise le malade et que le médecin n'ait nul besoin de s'affirmer davantage : ce type de médecin pourra prescrire de l'aspirine). Pour le médecin, ce ne

(15) Il faut d'ailleurs noter que, du fait de l'effet placebo, ces effets ne sont pas indépendants : l'effet de soulagement physique dépend non seulement de l'activité pharmacodynamique des produits mais aussi des performances obtenues sur certains effets de signe.

(16) De façon plus générale, la mise en évidence des effets de signe des actions de santé permet de comprendre un grand nombre de phénomènes qu'un économiste serait tenté de qualifier d'« irrationnels ». Cf. J.-P. Dupuy, « Rationalité sociale des politiques de santé », communication présentée au congrès de Tokyo (avril 1973) de l'Association internationale des Sciences économiques sur l'économie de la santé et des soins médicaux dans les pays développés.

serait certes pas le meilleur moyen d'affirmer sa compétence et sa puissance d'intervention. Ce qui est signifiant, c'est donc l'écart entre ce que le médecin pourrait faire et ce qu'il fait. Si le médecin et le malade n'étaient pas concernés par ces dimensions non techniques, on ne comprendrait pas de telles choses : l'aspirine serait jugée raisonnablement efficace, et elle serait prescrite. Si l'on réintroduit au contraire les effets non techniques du médicament dans l'analyse, on comprend que les performances qu'un médicament donné permet d'obtenir sur les fins non techniques poursuivies par le médecin et le malade diminuent quand un nouveau médicament plus efficace, ou perçu comme tel, surgit sur le marché. Si c'est la nouveauté du produit qui à elle seule signifie l'efficacité, il suffira qu'un produit nouveau apparaisse pour que cette destruction d'une partie des capacités des médicaments plus anciens se produise. C'est ce phénomène que nous nommons « obsolescence psychologique » des médicaments (17).

L'obsolescence psychologique des médicaments anciens favorise bien évidemment leur éviction au profit des produits nouveaux. Un autre phénomène, qu'on peut appeler « usure psychologique » des médicaments, vient encore faciliter la substitution. Les médicaments s'« usent » : cela ne veut évidemment pas dire que leur activité pharmacodynamique diminue au cours du temps (bien que cela puisse arriver), cela veut dire que leur pouvoir signifiant s'érode. On peut y voir deux raisons, liées à deux fonctions non techniques du médicament. Le médicament en tant que moyen d'affirmer la capacité d'intervention du médecin, d'une part : imagine-t-on qu'un praticien puisse prescrire, pour un même malade, le même médicament pendant six ans sans entrer en contradiction manifeste avec la représentation collective d'une science thérapeutique en progrès constant ? Cette composante de l'usure psychologique est fille de l'obsolescence psychologique. C'est en effet l'apprentissage de l'obsolescence des anciens produits qui forge, chez le médecin comme chez le malade, cette représentation du progrès technique et provoque en conséquence l'usure psychologique. Le médicament en tant que signe d'une prise en charge du malade par le médecin, d'autre part : dans la mesure où le médicament ne répond que de façon détournée à la demande d'aide qui existe chez tout patient, il ne faut pas s'étonner que son pouvoir signifiant ne vive que ce que vivent les roses... l'espace d'un matin. Il en va de même chaque fois que l'on croit trouver dans la consommation une réponse à un problème d'une autre nature : l'objet convoité une fois possédé se révélera bien souvent soudain dépourvu d'attraits. De même le malade insatisfait de ne pas avoir été véritablement entendu transfèrera-t-il cette insatisfaction sur le médicament prescrit, jugé inefficace ou au contraire trop efficace et par là dangereux. Le médecin, sensible en général à ce type de plaintes, s'empressera de changer sa prescription, dans la mesure bien sûr où il dispose de médicaments nouveaux.

On comprend dès lors la soif inassouvable d'innovations qui est celle du marché des laboratoires pharmaceutiques, et que ceux-ci se doivent de

(17) Ce phénomène peut être défini et formalisé de façon rigoureuse. Cf. J.-P. Dupuy, « Innovation et obsolescence psychologique ». Essai de formalisation dans le cadre d'une économie de marché. *Cahiers du Séminaire d'Econométrie*. 1973.

satisfaisant, car si certains manquaient à cette tâche, ils seraient rapidement balayés : il faut innover pour compenser la destruction des performances des anciens produits. Mais, et c'est là le cercle vicieux et l'absurdité du système, plus on innove et plus cette destruction est forte. On comprend également que, la technique ne progressant pas assez vite pour étancher la soif de signes de progrès que ressentent médecins et malades, puissent apparaître et obtenir un succès commercial de fausses nouveautés, des innovations mineures qui, si elles n'apportent rien ou que peu du point de vue de l'activité pharmacodynamique, renouvellent et revivifient la capacité signifiante des produits, au prix il est vrai de frais élevés de mise au point, d'essais, de contrôles et de promotion commerciale.

Peut-on parler de « surconsommation » pharmaceutique ?

De l'analyse qui précède, on peut tirer le constat suivant : la progression de la puissance pharmacodynamique moyenne des médicaments est inférieure à celle des moyens utilisés. Combien dans les 10 % d'augmentation annuelle du prix moyen d'un médicament vendu sont dus à un réel progrès, combien sont dus aux efforts qu'il faut déployer pour produire des signes de progrès ? En l'absence actuelle d'études économétriques sérieuses sur la question (18), il n'est pas possible de répondre avec précision. Mais les données que l'on possède sur l'efficacité globale des dépenses de santé relativement à des indicateurs techniques autorisent à penser que la part due au progrès technique doit être modeste.

Corollaire de la conclusion précédente : en médecine libérale, les dépenses de médicaments correspondant aux prescriptions effectives des médecins sont bien supérieures à tout instant aux dépenses correspondant aux médicaments les moins coûteux permettant d'obtenir des effets pharmacodynamiques utiles équivalents. Ce surcroît de dépenses peut être évalué par les dépenses de mise au point, d'essais et contrôles divers, de promotion commerciale des fausses nouveautés, auxquelles il faut ajouter les gains de productivité sur la fabrication que l'on ne réalise pas, du fait de la faible durée de vie des produits. Il est sans doute considérable.

Faut-il donc conclure à un gaspillage, à une surconsommation ? Deux types de réponses à cette question, couramment donnés, ne nous paraissent pas recevables.

La première, c'est celle, dirons-nous pour schématiser, du technocrate. Pour celui-ci, les objets servent à ce à quoi le sens commun dit qu'ils servent : l'automobile pour aller d'un point à un autre, le vêtement pour se protéger du froid et des intempéries, le médicament pour soigner, soulager physiquement, guérir. De la même façon, il considérera que les individus cherchent et obtiennent dans une institution juste ce pour quoi, manifestement, elle est faite : si les gens vont voir leur médecin, c'est pour rétablir leur santé. Des dimensions comme le sentiment de sécurité du malade, son confort moral, le bien-être du médecin dans son travail,

(18) Le CEREBE, pour sa part, vient d'engager de telles études.

seront tout à fait étrangères à ses préoccupations. Il en conclura donc tout naturellement à l'inutilité sociale de ces médicaments doublons de produits déjà existants, sans même d'ailleurs se demander pourquoi ces médicaments ont le succès qu'ils connaissent, et il demandera qu'on empêche leur sortie. Mais n'ayons crainte que notre technocrate ne joue, sur cette base, les apprentis-sorciers : les acteurs sociaux, concernés, eux, au plus haut point par ces dimensions sauront l'en empêcher.

La deuxième réponse, nous la connaissons : c'est celle de l'industrie pharmaceutique et des professions de santé, d'une façon générale, qui justifient la situation actuelle en affirmant que la médecine doit se préoccuper de la « qualité de la vie » aussi bien que de la quantité de vie, mais sans voir ou dire par quels mécanismes les actions de santé, la prescription de médicaments en particulier, apportent cette fameuse qualité de vie. Il ne nous paraît pas possible non plus de retenir cette thèse. Non pas que nous n'ions la nécessité que de bonnes performances soient obtenues sur ces dimensions non techniques de la satisfaction du malade et du médecin que nous avons tenté de dégager : cela est nécessaire, puisque c'est justement ce que recherchent ces acteurs sociaux, l'analyse nous l'a montré. Mais le médicament paraît un moyen bien coûteux et inefficace pour obtenir ces bonnes performances. Nous avons vu en effet à quelle situation absurde, car préjudiciable à tous, son utilisation à des fins non techniques aboutissait.

La question que l'on doit se poser est alors la suivante. Une situation meilleure que la situation actuelle ne devrait-elle pas abolir cette confusion des genres que l'on observe actuellement - c'est-à-dire l'utilisation de moyens conçus en fonction de préoccupations techniques pour traiter des problèmes de relations humaines ? Pour ce qui est des performances techniques atteintes par le système de santé, la chose paraît certaine. Si le médicament n'était qu'un pur objet technique, les phénomènes d'obsolescence et d'usure psychologiques n'existeraient plus, les laboratoires ne s'obligeraient plus les uns les autres à innover coûte que coûte, ce qui leur laisserait tout loisir et toutes ressources pour faire de la recherche fondamentale. On serait donc gagnant sur le plan des connaissances biochimiques et de la conception des produits, mais aussi sur celui de l'utilisation de ces connaissances et de ces produits : la recherche par le médecin du médicament le plus approprié au problème technique posé par son malade ne serait plus perturbée par des considérations étrangères à ce problème technique.

Pour ce qui est des performances obtenues sur les dimensions non techniques de la relation médecin-malade, le problème resterait de remplacer le médicament dans les rôles qu'il remplit actuellement, mais si mal. La tâche ne paraît pas facile et ce n'est pas dans le cadre de cet article que l'on peut tenter ne serait-ce que d'en dessiner les contours. Une chose semble cependant évidente, bien qu'elle soit trop souvent méconnue : s'attaquer au problème du médicament en France nécessite beaucoup moins de modifier les conditions de production de l'industrie pharmaceutique (bien que cela puisse être une étape intéressante) que de transformer les règles du jeu dans le cadre desquelles s'exerce la

médecine. On perçoit en effet que, pour que soient résolus de façon satisfaisante les problèmes qui ont été évoqués tout au long de cet article, et qui touchent aussi bien le médecin que le malade, il soit nécessaire de modifier en profondeur les conditions de la formation et de la pratique médicales : formation psychologique donnée aux étudiants en médecine, abolition du monopole de la formation qui est celui des hospitaliers, organisation d'un enseignement post-universitaire véritablement médical par un organisme non lié aux firmes pharmaceutiques, revalorisation du statut de généraliste, révision du mode de rémunération des praticiens... paraissent, entre autres, des réformes indispensables.

Tout ce que l'on peut souhaiter, en conclusion, est que des analyses comme celle que l'on a tenté de développer ici soient portées à la connaissance des acteurs sociaux concernés, et en premier lieu les médecins et les malades, afin que plus conscients des conditions réelles de leur rencontre et de ce qu'ils y cherchent, ils provoquent d'eux-mêmes les transformations souhaitables.

Jean-Pierre DUPUY,
Centre de Recherche
sur le Bien-Etre (CEREBE).

QUI PAIERA ?



les déséquilibres de la Sécurité sociale

Jean VIGNE

Ya-t-il un déficit de la Sécurité sociale et de l'Assurance-Maladie ? Poser la question en ces termes appelle une réponse préalable doublement négative, car, d'une part, la « Sécurité sociale » n'existe pas en tant qu'ensemble cohérent, ordonné, et comportant des mécanismes internes de solidarité financière entre ses éléments constitutifs, qu'il s'agisse des « régimes » ou des risques ; d'autre part, le déficit d'un quelconque des éléments constitutifs de cette mosaïque de régimes, fonds et institutions qui constituent la Sécurité sociale, est une notion qui n'a pas de réalité juridique ou comptable.

« Déficit » une notion qui ne s'applique pas à la Sécurité sociale

Si on limite la question au seul régime général, la première objection tombe certes en partie, mais la seconde subsiste. Même en faisant abstraction de la séparation des risques entre les trois caisses nationales à gestion distincte - maladie-maternité, vieillesse, allocations familiales (1) - et pour ne s'en tenir qu'à la seule unité que constitue chacune de ces trois caisses nationales, il n'est pas possible de trouver un contenu concret à la notion de déficit de l'une quelconque d'entre elles, pas plus d'ailleurs qu'à la notion d'excédent. En effet, d'une part, chaque caisse gère plusieurs « fonds », entre lesquels aucune solidarité financière n'existe (2). D'autre part et surtout, pour qu'apparaisse un déficit, il faudrait que, au niveau de chacun de ces fonds ou de leur ensemble, une prévision annuelle de recettes et de dépenses soit faite, qu'elle comporte un ajustement des unes aux autres et qu'au terme de l'exercice, c'est-à-dire de l'exécution de ce ou ces budgets, l'écart éventuellement existant entre recettes et dépenses apparaisse ainsi que les moyens de le combler.

En réalité, chaque Caisse Nationale fait bien des prévisions annuelles de recettes et de dépenses ; mais ces prévisions sont établies indépendamment les unes des autres. Les recettes sont calculées en fonction des dispositions réglementaires qui fixent le taux et l'assiette des cotisations ou des dotations budgétaires de l'Etat. Les dépenses sont estimées à partir d'autres dispositions législatives et réglementaires qui précisent le montant ou la quotité de chaque prestation, les conditions d'ouverture du droit à chacune d'entre elles. Mais rien ne permet d'assurer que les dépenses s'ajusteront aux recettes ou réciproquement.

Sans doute les ordonnances de 1967 avaient-elles prévu que le Conseil d'Administration, à composition désormais paritaire, de chaque caisse nationale aurait la responsabilité d'assurer son équilibre financier. Mais les moyens donnés aux Conseils ne leur ont pas permis en fait d'assumer une telle responsabilité. En effet, c'est des pouvoirs publics seuls - Parlement, Gouvernement - que relèvent les décisions qui pourraient affecter en plus ou en moins, par rapport aux prévisions faites à législation et réglementation constantes, le montant total des recettes ou des dépenses. Conscients de cette réalité, les auteurs de l'ordonnance n° 67.706 du 21 août 1967 ont seulement prévu que le Conseil d'administration pouvait proposer au Gouvernement les ajustements nécessaires, en cas d'insuffisance de recettes subsistant après prélèvement sur un éventuel « fonds de réserve », soit en prévoyant la modification des taux de prestation, soit l'augmentation des cotisations, soit une combinaison

(1) Séparation instituée dans le régime général depuis les ordonnances du 21 août 1967, qui fait disparaître - à supposer qu'elle ait existé antérieurement -, la réalité d'un régime général conçu comme un bloc homogène.

(2) Ainsi la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie gère un fonds des accidents du travail, un fonds de prévention des accidents du travail, un fonds de gestion des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, un fonds de la gestion administrative, un fonds de l'action sanitaire et sociale...

des deux types d'actions (3). En fait, les Conseils n'ont pas usé de cette possibilité, et le Gouvernement n'a pas jusqu'ici paru soucieux de les voir en user, ce qui l'aurait mis dans une position difficile, car, ou bien, il aurait dû intervenir dans le sens souhaité, ou bien il aurait assumé la responsabilité du « déficit ».

Non seulement le Gouvernement n'a donc pas « joué le jeu » des Ordonnances, mais, lorsqu'il est intervenu, il a pris le contrepied de l'attitude qu'auraient été en droit d'attendre les administrateurs responsables des Caisses Nationales, en mettant à la charge des Caisses des dépenses inattendues et indépendantes de leur ressort (4).

On pourrait citer de la même manière l'orientation récente qui a consisté à réduire, puis à supprimer à compter du 1^{er} janvier 1973, la subvention inscrite au budget de l'Etat au profit de la Caisse Nationale d'assurance-vieillesse et destinée à couvrir une partie des charges supportées par cette caisse du fait du paiement à ses ressortissants de l'allocation du fonds national de solidarité, charge qui est en droit et en fait pour tous les régimes, sauf le régime général, une responsabilité des finances publiques et non des régimes de Sécurité sociale.

Les statuts et modalités effectives de financement des régimes autres que le régime général, ne permettent pas davantage, dans la plupart des cas, de dégager des critères de gestion laissant place à la notion de déficit (5).

(3) L'ordonnance ne prévoit l'intervention nécessaire des pouvoirs publics que pour rendre exécutoire la proposition d'augmenter les cotisations, mais il est bien évident qu'il en irait de même en fait pour les modifications des droits aux prestations.

(4) En effet, par des décisions de 1971 et surtout 1972 (loi de Finances pour 1972), et en dépit d'une consultation de pure forme du Conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance-maladie, il a transféré à celle-ci la charge de la compensation « démographique » du déséquilibre financier du risque maladie de certains régimes spéciaux (régime de la SNCF en 1971, régimes des marins du Commerce, des mines, de la RATP, en 1972). Pour justifiées qu'elles aient pu être au plan de l'équité, ces décisions n'étaient, ni dans leur forme, ni dans leurs conséquences, susceptibles de renforcer le sens de leur responsabilité financière des gestionnaires de la Caisse Nationale du régime général.

De la même manière, la mise en place d'un système d'indemnités de subsistances pour les handicapés adultes dépourvus de ressources personnelles suffisantes, indemnités payées sur les fonds de la Caisse Nationale des Allocations familiales, ainsi que la mise à la charge de cette même Caisse d'une cotisation destinée à assurer un droit à retraite pour les mères de famille bénéficiaires de l'allocation de salaire unique majorée, ont contribué, non certes à détruire l'équilibre financier de la Caisse Nationale des Allocations familiales, mais du moins à en modifier les données dans des conditions qui ont échappé à l'initiative et à la responsabilité de son Conseil d'administration.

(5) Il en est ainsi pour le régime des salariés agricoles tout d'abord, qui est intégré financièrement au régime général, lequel assure totalement la compensation financière des charges de ce régime qui ne sont pas couvertes par les cotisations et autres ressources qui lui sont propres.

Il en est de même, en dépit de l'apparence, pour le budget annexe des prestations sociales agricoles, qui intéresse pour sa presque totalité les exploitants agricoles. Il en va pareillement du plus grand nombre des régimes spéciaux de salariés, qui, soit bénéficient de subventions de l'entreprise et du budget de l'Etat (notamment pour la couverture du risque-vieillesse), soit reçoivent des financements au titre de la compensation du régime général.

Les équilibres globaux se dégradent

Sous ces réserves - et qui sont d'importance - on peut reprendre, à la lumière des évolutions les plus récentes, en premier lieu le problème des déséquilibres globaux entre recettes et dépenses des régimes de Sécurité sociale, en second lieu celui des déséquilibres propres aux branches assurance-maladie des principaux de ces régimes.

Pour ce qui concerne le régime général, la situation a évolué au cours des années les plus récentes (tableau I) :

TABLEAU I. EVOLUTION DES EQUILIBRES GLOBAUX DU REGIME GENERAL
(en millions de F)

	1970	1971	1972	1973
Caisse nationale d'assurance-maladie	— 410	— 470	— 2.200	— 3.300
Caisse nationale d'assurance-vieillesse	+ 380	+ 840	+ 70	— 600
Caisse nationale des Allocations familiales	+ 2.100	+ 2.100	+ 2.900	+ 2.400
Solde contracté des 3 caisses nationales	+ 2.070	+ 2.470	+ 770	— 1.500

L'évolution de la situation générale se caractérise par une dégradation lente en 1970 et 1971, mais qui s'accélère à partir de 1972 pour aboutir, selon les prévisions actuellement faites pour 1973, à une inversion complète par rapport à 1970 du sens du solde global contracté (— 1,5 milliard en 1973, contre + 2 milliards en 1970). La caisse nationale d'assurance-maladie, faiblement déséquilibrée en 1970 et 1971, voit son « déficit » se creuser à partir de 1972. La caisse nationale d'assurance-vieillesse, assez largement excédentaire en 1970 et 1971 est encore équilibrée en 1972 mais ne le serait plus à partir de 1973. Quant à la caisse nationale des allocations familiales, après une pointe d'excédents en 1972 (près de 3 milliards), elle ne présenterait plus qu'un excédent de 2,4 milliards en 1973, insuffisant pour assurer l'équilibre de l'ensemble.

Les cotisations augmentent peu

Mais la présentation brutale de ces chiffres ne suffit pas à rendre compte des problèmes que reposent de façon périodique, encore qu'avec des caractéristiques différentes, les règles de financement du régime général. Ces modalités sont simples et inchangées dans leur principe depuis près de 30 ans : les ressources du régime sont constituées presque exclusivement par des cotisations, calculées en pourcentage des salaires (dans la limite en règle générale d'un plafond au-delà duquel aucun supplément de cotisation n'est plus dû) et définies comme des pourcentages de ces salaires ; elles sont versées par les entreprises qui emploient les salariés relevant du régime.

Les seules modifications intervenues au cours de la période ont porté soit sur le taux de la cotisation affectée à chacune des trois grandes branches de risques : assurance-maladie, prestations familiales, assurance-vieillesse - une quatrième branche constituée par l'assurance accidents du travail ayant des règles propres d'ajustement automatique des cotisations aux charges du risque -, soit sur l'assiette de la cotisation (contenu des éléments de rémunération pris en considération, règles d'évolution du plafond de cotisation et, depuis 1967, suppression partielle de cette limitation de l'assiette au niveau du plafond en ce qui concerne la cotisation affectée au risque maladie).

Les modifications ayant affecté les taux des cotisations au régime général (cotisation pour les accidents du travail exclu) ont été les suivantes depuis 1959 :

● **Cotisation assurances sociales bloquant les risques maladies et vieillesse (jusqu'au 1.10.1967) :**

<u>1959</u>	<u>1961</u>	<u>1962</u>	<u>1966</u>
18,50	19,50	20,25	21

● **Cotisations distinctes pour l'assurance-maladie et l'assurance-vieillesse (depuis le 1.10.67) :**

1.10.1967	Maladie	:	12 + 3 *	} ensemble : 23,50
	Vieillesse	:	8,5	
1. 8.1970	Maladie	:	12,75 + 3 *	} ensemble : 24,50
	Vieillesse	:	8,75	
1. 1.1971	Maladie	:	12,95 + 3 *	} ensemble : 24,70
	Vieillesse	:	8,75	

* Cf. note 6.

● **Cotisations prestations familiales :**

<u>1959</u>	<u>1962</u>	<u>1.10.67</u>	<u>1.8.70</u>
14,25	13,50	11,50	10,50

● **Ensemble des trois cotisations :**

<u>1959</u>	<u>1961</u>	<u>1962</u>	<u>1966</u>	<u>1.10.67</u>	<u>1.8.70</u>	<u>1.1.71</u>
32,75	33,75	33,75	34,50	35,0	35,0	35,20

Du rapprochement de ces chiffres, il est possible de tirer trois conclusions : le pourcentage total des salaires prélevés par les cotisations a relativement peu progressé depuis 14 ans (de 32,75 à 35,20, soit moins de 2 points et demi) avec, il est vrai, l'élargissement de l'assiette à la totalité du salaire pour trois points de cotisation sur les 35,2 du total (ces trois points de cotisation déplaçonnée équivalant à 4 points de cotisation sous plafond). On peut donc dire, pour être plus exact, que la progression des cotisations a représenté trois points et demi et non deux points et demi entre 1959 et 1973. L'ensemble des cotisations affectées à la couverture des risques maladie et vieillesse a progressé fortement (de 18,50 à 24,70) sans que cette augmentation se répercute sensiblement sur le poids de l'ensemble des cotisations, par suite d'une réduction parallèle du taux de la cotisation pour les allocations familiales (de 14,25 à 10,50). La cotisation d'assurance-maladie a progressé plus

(6) Il s'agit de trois points de cotisation portant sur la totalité du salaire, ajoutés aux 12, 12,75 et 12,95 qui ne sont calculés que sur la partie du salaire inférieure au plafond. Un point est une unité de compte par rapport au total de points en % du salaire que représente la cotisation.

que la cotisation d'assurance-vieillesse (7). Cette progression, rendue nécessaire par la différence entre le rythme de croissance de prestations de maladie et celui des salaires soumis à cotisations, a été obtenue aux 2/3 par transferts de points de cotisations des allocations familiales à l'assurance-maladie et pour 1/3 par accroissement du taux global de prélèvement par cotisation sur les salaires.

Si donc le régime général a pu, dans ces conditions, faire face à peu près à ses dépenses, c'est parce que, d'une part les recettes affectées à la couverture des dépenses de prestations familiales ont vu leur importance relative progressivement réduite, d'autre part les recettes de cotisations assises sur les salaires plafonnés ont enregistré des progressions souvent plus importantes que prévu, tantôt à cause du mouvement des salaires considérés en eux-mêmes (depuis 1970 notamment), tantôt à cause de l'accroissement des effectifs des cotisants au régime général, tantôt par suite de « l'élasticité » des salaires sous plafond par rapport à l'évolution générale de la masse des salaires (phénomène qui s'est amplifié depuis 1971 par suite de la mensualisation d'une part, de la politique de revalorisation des bas salaires et notamment du SMIC d'autre part).

Il convient de noter toutefois que le régime général a bénéficié, en 1966 et en 1967, d'une subvention du budget général de 5 milliards, pour consolider deux avances de trésorerie qui avaient dû lui être consenties précédemment, et qu'il a reçu également, depuis l'institution du fonds national de solidarité en 1966, une subvention annuelle versée par ce fonds et destinée à couvrir tout ou partie des dépenses qu'entraîne le paiement de l'allocation supplémentaire aux personnes âgées relevant du régime général. Cette subvention qui couvrait à l'origine la totalité de la dépense, a été supprimée en 1958, rétablie partiellement en 1967 - pour un montant de 310 millions -, portée à 600 millions en 1971 et 1972, mais à nouveau supprimée à partir de 1973.

En sens inverse, on doit observer que les charges de compensation supportées par le régime général, au profit du régime des salariés agricoles et de certains régimes spéciaux, sans contrepartie de ressources, et qui donc ont pesé sur les conditions de l'équilibre financier du régime, sont passées de 1,5 milliard en 1965 (sur 40 milliards de dépenses totales du régime, soit 3,75 %) à près de 3 milliards en 1970 (sur 68 milliards, soit 4,40 %) près de 4 milliards en 1971 (sur 77 milliards, soit 5,2 %) près de 4,9 milliards en 1972 (sur 90 milliards, soit 5,45 %) et doivent atteindre 6 milliards en 1973 (sur 105 milliards, soit 5,70 %).

(7) Si l'on suppose que dans l'ensemble de la cotisation assurances sociales, la charge de l'assurance-vieillesse représentait 8 % avant 1967, on a une progression de 10,50 à 15,95 pour l'assurance-maladie ou de 10,50 à 16,95, compte tenu de la valeur plus grande des 3 points déplafonnés, affectés au risque maladie depuis 1967, soit 62 % contre une progression de 8 à 8,75 pour l'assurance-vieillesse, soit moins de 10 %.

Les déséquilibres des autres régimes pèsent sur le régime général

Cette dernière observation nous amène à considérer également les problèmes posés par l'équilibre financier des autres régimes, dont il apparaît qu'il n'est pas sans incidences sur celui du régime général lui-même.

Les régimes de l'agriculture sont au nombre de deux, l'un pour les exploitants agricoles, l'autre pour les salariés.

Si des difficultés de financement affectent chacun de ces régimes, dans la mesure où l'on voudrait les considérer en eux-mêmes et supposer que leurs ressources propres doivent assurer leur équilibre, par contre les problèmes de « déficits » ne se posent ni à l'un ni à l'autre. Le régime des exploitants est financé dans le cadre d'un budget annexe voté chaque année par le Parlement en équilibre, les ressources qui proviennent des cotisations des exploitants étant complétées par le produit d'impôts affectés et d'une subvention d'équilibre assurée par le budget général. Les cotisations ont représenté en 1972 environ 20 % du total des dépenses, les impôts affectés et subventions 80 %.

Le régime des salariés agricoles, quant à lui, voit également son équilibre automatiquement garanti grâce au mécanisme de compensation financière à la charge du régime général des salariés, compensation qui couvre l'écart entre recettes de cotisations versées par et pour les salariés agricoles et montant des dépenses assurées à leur profit.

Les solutions ainsi adoptées sont la conséquence de la faiblesse des revenus agricoles et notamment des revenus cadastraux qui sont la principale source de connaissance et de taxation de ces revenus, du moins pour les exploitants.

Pour les régimes spéciaux qui intéressent - rappelons-le - certains groupes de salariés relevant soit de la fonction publique - militaires, agents des collectivités locales, ouvriers de l'Etat, régime de retraite des fonctionnaires civils (8) -, soit d'entreprises publiques - SNCF, RATP, EGF -, soit parfois du secteur privé - marine, clercs de notaires -, les problèmes que soulève la sauvegarde de leur équilibre financier sont devenus préoccupants et les solutions qui leur ont été apportées ne reflètent pas en général une conception équitable et durable.

Les problèmes financiers sont préoccupants pour la plupart des régimes, du fait de la dégradation rapide du rapport entre les actifs cotisants et le nombre total de bénéficiaires des prestations. Cette dégradation a pour cause principale la récession, la stagnation ou les mutations technologiques qui frappent les secteurs d'activité économique dont relèvent les assujettis à certains de ces régimes : charbonnages, transports ferroviaires, marins du commerce. Cette dégradation est aggravée par les réglementations particulières à ces régimes en matière d'âge d'ouverture

(8) Il ne sera pas question de cette première catégorie dans les développements qui suivent, l'Etat étant en la matière son propre assureur.

du droit à la retraite. Cet âge - compris entre 50 et 60 ans - contribue en permanence à alourdir le rapport actifs sur retraités, entraînant à la fois une réduction de la masse des cotisations et une augmentation des prestations tant de maladie que de retraite par rapport à la situation dans laquelle se trouvent le régime général ou les régimes de l'agriculture dans lesquels l'âge de la retraite se situe plus près de 65 ans que de 60 ans. Les charges propres au système de retraites des régimes spéciaux sont, en outre, alourdies par le mode de calcul des pensions de retraite, souvent plus avantageux que ceux du régime général et des régimes de l'agriculture, ainsi que par les conditions plus larges d'ouverture du droit à des pensions de réversion.

Pour cet ensemble de raisons, la collectivité publique est appelée, par différentes voies, à combler l'écart entre recettes et dépenses des régimes spéciaux. Elle l'a fait jusqu'à présent principalement par deux moyens : des subventions aux entreprises destinées à couvrir une part des contributions d'employeurs nécessaires à la couverture du risque vieillesse et du risque maladie (cas notamment de la SNCF et du régime des Mines) (9) ; des versements de compensation à la charge du régime général : de 820 millions en 1965 (8 % du total des dépenses des régimes spéciaux), ils sont passés à 1,5 milliard en 1970 et atteindront près de 3 milliards en 1973 (13,8 % du total des dépenses). Ils auront donc doublé de volume en trois ans (10). La part des cotisations a corrélativement diminué de 78 % du total des dépenses en 1965 à 70,5 % en 1973.

De telles solutions ne peuvent être jugées équitables. Elles assurent la survie de régimes qui, notamment en matière d'âge de la retraite et de montant des pensions, sont plus favorables que le régime général - même compte tenu des récentes améliorations apportées à celui-ci - et font peser la charge supplémentaire qui en résulte sur l'ensemble de la collectivité nationale ou, par le jeu des compensations, sur les cotisants du régime général (11). Or, si le plafonnement des cotisations du régime général peut être justifié lorsqu'il s'agit de financer les risques propres aux bénéficiaires du régime, il ne l'est plus du tout lorsqu'une partie de ces cotisations - qui pèsent le plus sur les moins riches - est utilisée pour financer une charge de solidarité entre régime général et régimes spéciaux (ou aussi d'ailleurs régime des salariés agricoles). Or, si l'on tient compte du total des versements de compensations effectués par le

(9) Ces apports qui représentaient 1,400 milliards en 1965 (sur 10 milliards de dépenses) sont passés à 2,600 milliards en 1970 (sur 16 milliards de dépenses), 3 milliards en 1972 (sur 19,500 de dépenses) et 3,4 milliards en 1973 (sur 21 milliards 900 de dépenses). Leur part dans le total des dépenses représentait donc 14 % en 1965 et atteindrait 15,7 % en 1973.

(10) Ce doublement correspond pour l'essentiel à l'instauration - à partir de 1971 - de nouveaux mécanismes de compensation couvrant une part du déficit des risques maladie de certains régimes spéciaux par le régime général (au profit des régimes de la SNCF depuis 1971, des marins, des mines et de la RATP depuis 1972).

(11) Même si elles n'apparaissent pas comme anormales dans la mesure où elles sont calculées à égalité de droits et d'obligation entre chaque régime spécial aidé et le régime général. C'est ainsi que la compensation vieillesse avec le régime des Mines est calculée en tenant compte seulement des dépenses qu'aurait à supporter le régime des Mines si les pensions de retraite qu'il sert n'étaient accordées qu'à 65 ans, comme dans le régime général. Il en va de même, mutatis mutandis, pour les autres formes de compensations.

régime général au profit tant des régimes spéciaux que du régime des salariés agricoles on atteint pour 1973, la somme de 5 milliards 800. Un tel montant représente 2,3 points de cotisations plafonnées du régime général.

Les régimes des non-salariés non agricoles ne peuvent plus prétendre à l'autonomie

L'évolution d'ensemble qui vient d'être décrite et qui affecte, au-delà de leurs situations financières propres, les interdépendances entre régimes différents de salariés, apparaît donc comme la traduction d'une politique orientée par la préoccupation de « désengager » progressivement les finances publiques. Cette politique se justifie du point de vue des responsables de l'équilibre budgétaire par l'obligation où ils se trouvent, de façon croissante, d'intervenir par la voie de subventions budgétaires pour aider au maintien de l'équilibre financier d'un autre groupe de régimes de Sécurité sociale, celui qui intéresse les diverses catégories de non-salariés. Cette intervention était certes devenue habituelle pour le régime des exploitants agricoles depuis la création de celui-ci en 1961. Mais elle correspondait à une situation tout à fait particulière ainsi qu'on l'a exposé plus haut, et il n'apparaissait pas jusqu'à ces toutes dernières années qu'elle risque de s'étendre à d'autres catégories de non-salariés.

Force est de constater que la situation des régimes dont bénéficient ces catégories - industriels et commerçants, artisans, à l'exception toutefois des professions libérales - se dégrade rapidement depuis 1969, et ce pour deux raisons : d'une part le rapport des actifs cotisants aux bénéficiaires se détériore - à l'image de ce qui a été constaté à propos des régimes spéciaux - mais dans le cas présent uniquement pour des raisons d'ordre économique, non pour des causes tenant à l'âge de prise de retraite ; d'autre part, la « capacité contributive » de ces actifs cotisants apparaît de plus en plus disproportionnée par rapport aux charges que les régimes de protection contre les risques sociaux font peser sur eux, notamment depuis l'instauration d'un régime d'assurance-maladie (loi de 1966 mise en application en 1969). Dans ces conditions, le principe d'autonomie, affirmé avec force par les intéressés eux-mêmes, dès la constitution des régimes de vieillesse des non-salariés en 1948 et respecté en fait jusqu'à une époque récente, devient inapplicable, car, ou bien il entraîne une stagnation, voire une régression des avantages de retraite et également de la couverture contre le risque-maladie, ou bien il implique un alourdissement rapide des charges de cotisations pesant sur les actifs de professions non salariées, alourdissement d'autant moins bien supporté que ceux-ci cumulent la charge de l'intégralité de cotisation à leurs régimes (puisqu'il ne saurait y avoir de charge supportée par un employeur) et les charges fiscales.

Après avoir dû limiter les revalorisations de leurs pensions de retraite, et devant l'impossibilité d'accroître sensiblement les cotisations, les représentants des régimes de non-salariés ont obtenu le vote de la loi du 3 juillet 1972 qui a permis de rattraper le retard pris par les pensions servies aux artisans, industriels et commerçants retraités (en les majorant de 15 %), et de garantir que pour l'avenir le montant de ces pensions sera revalorisé dans les mêmes proportions que celles du régime général

des salariés ; mais les conditions d'équilibre des deux régimes ne seront pas atteintes même avec l'égalisation - quant au taux - des cotisations perçues sur les revenus des non-salariés avec celle calculée sur les salaires de travailleurs assujettis au régime général. Le surplus de recettes nécessaires sera assuré par une double contribution - du budget de l'Etat (510 millions en 1973) et des sociétés anonymes dont le chiffre d'affaires dépasse un certain seuil (805 millions pour 1973). Il s'agit là de la mise en œuvre de principes différents de ceux retenus lorsqu'il s'agit des régimes de salariés : pour ces derniers, on a recours à la solidarité entre régimes à « bonne démographie » et ceux à « démographie en voie de détérioration », et à la solidarité nationale par l'intermédiaire de la subvention budgétaire. Pour les non-salariés non agricoles, le recours à la solidarité nationale par le canal de la subvention budgétaire se retrouve, mais il est combiné avec une mise en cause des agents économiques jugés directement responsables de la dégradation du rapport démographique dans les régimes en cause. En l'occurrence, les sociétés anonymes sont jugées responsables de l'évasion d'une partie des actifs relevant précédemment du régime des industriels et commerçants : par le passage du statut d'entreprises individuelles au statut de société, des commerçants, des industriels - voire des artisans - deviennent en effet des salariés.

Jusqu'à la fiscalisation ?

Au terme de cette revue incomplète, encore que complexe dans sa présentation, des problèmes d'équilibre financier des divers régimes de Sécurité sociale, il reste à dégager les solutions qui pourraient dans l'avenir contribuer à résoudre les difficultés qui risquent de resurgir, du fait d'une part de la dynamique propre aux dépenses de l'assurance maladie, dynamique interne liée à la croissance rapide des dépenses de santé à laquelle s'ajoutent les effets du vieillissement des populations relevant des divers régimes, d'autre part des répercussions sur les dépenses de pensions de retraite de ce même vieillissement. Un éventuel abaissement de l'âge de la retraite, dans le régime général aggraverait par ailleurs les déséquilibres tant de l'assurance-maladie que de l'assurance-vieillesse.

Même abstraction faite des incidences de cette dernière éventualité, il apparaît, à la lumière des évolutions passées, que le régime général ne pourra faire face, à terme proche, à ses obligations (dépenses propres plus charges de compensation au profit d'autres régimes selon les mécanismes actuellement en vigueur) que grâce à un rééquilibrage entre recettes provenant des cotisations affectées en principe à la couverture des dépenses de prestations familiales - qui continueront à être excédentaires - et recettes affectées à la couverture des risques vieillesse et surtout maladie. On peut en effet prévoir que d'ici deux ans, et dans l'hypothèse d'un maintien de la croissance économique et de la progression annuelle des salaires analogues à celles que l'on a constatées ces dernières années, les excédents de recettes d'allocations familiales atteindront annuellement plus de 7 milliards et les excédents de dépenses d'assurance-maladie et d'assurance-vieillesse un montant équivalent.

Les mécanismes de compensation entre régime général d'une part, régime des salariés agricoles et régimes spéciaux d'autre part, laisseront à ces derniers un déficit résiduel de l'ordre de 4 milliards ; de même, le système de compensation instauré au bénéfice des régimes de non-salariés non agricoles (vieillesse et maladie) fera apparaître un besoin de financement complémentaire de l'ordre du milliard. Si ces déficits continuent d'être couverts par des subventions du budget, les concours budgétaires à l'ensemble des régimes, y compris les charges du Fonds national de solidarité, atteindraient, en 1975, 24 milliards sur un total de dépenses de 230 milliards (contre respectivement 12 milliards et 118 milliards en 1970), soit une proportion inchangée.

Le problème que posent ces perspectives est dès lors simple dans son principe. En ce qui concerne le régime général, ou bien le transfert interne de recettes entre Caisse des Allocations Familiales et Caisses d'Assurance-Vieillesse et Maladie est consolidé, mais cette consolidation implique un maintien de la politique restrictive suivie jusqu'ici en matière de prestations familiales ; ou bien ce transfert est supprimé et le rééquilibrage des branches vieillesse et maladie doit être recherché dans d'autres directions : soit en supprimant les obligations de compensation financière avec d'autres régimes que supportent les Caisses nationales d'assurance-vieillesse et d'assurance-maladie, le budget de l'Etat prenant le relais, (« l'économie » ainsi réalisée serait de l'ordre de 6 milliards 500 en 1975) ; soit, tout en admettant le maintien de ces charges de compensation, en prévoyant leur financement par cotisations distinctes de celles qui couvrent les charges propres du régime général. En effet, ainsi que cela a été exposé plus haut, ces charges de solidarité seraient plus équitablement réparties si elles étaient couvertes par des cotisations déplaçonnées. Le poids des dites charges pouvant être estimé à 2 points de cotisation plafonnée en 1975, leur couverture par des cotisations assises sur la part des salaires dépassant le plafond (25 % de la masse des salaires environ) impliquerait la création de 8 points de cotisation au-dessus du plafond (contre 3 actuellement).

En ce qui concerne les régimes autres que le régime général, les solutions doivent faire appel à une appréciation aussi exacte que possible des revenus et des capacités contributives des redevables des cotisations (cas des régimes de non-salariés, y compris celui des exploitants agricoles), et à une remise en cause pour l'avenir des dispositions spécifiques à certains régimes notamment en matière de retraites (cas des régimes spéciaux) étant entendu que le respect du principe des droits acquis aboutirait nécessairement à maintenir provisoirement les dispositions actuelles, mais au sein de « régimes d'extinction ». Pour le surplus, les modalités actuelles de résorption des déficits seraient ou bien maintenues (subventions budgétaires et mécanismes de compensation à la charge du régime général) ou bien modifiées (subventions budgétaires pour la totalité des « déficits ») dans l'hypothèse où les mécanismes de compensation avec le régime général seraient supprimés.

S'agissant plus particulièrement du financement des dépenses de l'assurance-maladie, il semble à plus long terme que la solution ne puisse être trouvée dans une poursuite de l'accroissement des taux de cotisation.

L'alourdissement des cotisations aggrave en effet les distorsions de charges qu'induit le mécanisme actuel de prélèvement des cotisations de sécurité sociale entre types d'entreprises et secteurs d'activité, selon que leur chiffre d'affaire ou leur valeur ajoutée incorpore un pourcentage plus ou moins élevé de salaires - encore que les effets réels de ces distorsions doivent être relativisés (car une activité de production très capitalistique incorpore indirectement dans ses coûts d'investissement ou d'énergies les charges de main-d'œuvre des secteurs amont qui produisent les équipements ou l'énergie). Cet alourdissement pèse également sur les possibilités d'accroissement des salaires directs. Enfin, dans la mesure où la cotisation demeure plafonnée, elle est inégalement répartie en fonction de leurs facultés contributives respectives entre les titulaires de hauts revenus - relativement déchargés - et les titulaires de revenus inférieurs au plafond - relativement surchargés.

Une rémission aux difficultés de financement de l'assurance-maladie pourrait être trouvée dans la voie qui a été ouverte en 1967, à savoir le déplafonnement total des cotisations de l'assurance-maladie. La justification pourrait en être trouvée dans le fait que la protection contre le risque maladie, devenue une exigence de civilisation et représentant d'ailleurs une nécessité générale par suite de la distribution très inégale et aléatoire du risque maladie, et de l'importance de plus en plus lourde des dépenses qu'entraîne la survenance du risque pour un individu, relève de la solidarité nationale plus que d'un mécanisme de stricte assurance. Mais si cette justification est acceptée, plus que dans la voie du déplafonnement (qui ne peut au mieux qu'apporter un accroissement de ressources de l'ordre de 25 % - à taux de cotisation inchangé - par rapport à la situation actuelle), il faut s'orienter dans celle d'une fiscalisation, d'abord partielle, du financement de l'assurance-maladie, à l'exemple de ce qu'a réalisé le service national de santé britannique. Par ce moyen seraient notamment levées les critiques qui sont faites avec une insistance croissante au financement quasi général des dépenses de fonctionnement - et partiellement d'équipement - du système hospitalier par la Sécurité sociale.

Mais le préalable à toute réforme, en ce sens, du financement de l'assurance-maladie est constitué par une meilleure adaptation aux situations réelles de notre système fiscal, et notamment de notre système d'impôt sur le revenu.

Jean VIGNE.

pas de fausses économies

Patrick VERSPIEREN

La médecine coûte cher ; elle coûtera de plus en plus cher. Inutile d'insister sur ce point.

Comme les frais en sont en majeure partie supportés par la collectivité, les gouvernements successifs essaient d'endiguer cette marée toujours montante. Comment ? Dans la plupart des cas, ils font pression sur les producteurs de soins pour leur faire accepter de baisser de quelques points leurs prix. En matière d'économie médicale, ils donnent l'impression d'être réduits au rôle de pilotes qui incapables de diriger leur véhicule se servent de temps à autre des freins qui s'échauffent et perdent de leur efficacité.



Quelques exemples.

Les hôpitaux publics représentent à eux seuls en valeur 28 % de la production des biens et services médicaux ; c'est dire leur importance. Dans ces établissements, la tarification repose sur la fixation des « prix de journée » (1) ; la pression des pouvoirs publics s'exercera principalement pour limiter leur hausse ; et l'administration hospitalière s'efforcera en premier lieu de rogner sur les postes qui, à courte échéance, n'apparaissent pas de première urgence.

Les amortissements seront les premiers visés, ce qui est paradoxal pour des entreprises où la technologie est de plus en plus poussée. L'absence de disponibilités financières conduit à des situations « risibles » : « Tel équipement de 400.000 F ne peut pas fonctionner pendant quatre mois faute de la table spéciale d'examens qui en vaut 2.000. Tel autre appareil est sous housse parce que son moteur nécessite du courant triphasé et qu'on ne peut parvenir à faire installer celui-ci. Il s'agit certes de détails, mais leur accumulation coûte cher » (2).

(1) Cf. dans ce numéro l'article du docteur Huguier.

(2) Docteur Jean-Didier Rain : « L'hôpital public ne doit pas laisser passer ses chances », dans *Laënnec*, février 1973, page 5.

Les économies porteront aussi sur le personnel. Trop peu nombreux, harcelé par des tâches multiples faute d'organisation du travail (3), le personnel soignant ne trouve pas à l'hôpital public l'ambiance plus détendue ou les avantages financiers qu'offre le privé ; aussi change-t-il souvent, ce qui est coûteux pour l'hôpital et dommageable pour les malades. En outre le manque de certains types de personnel, techniciens, panseuses... rend impossible le fonctionnement intensif de matériels lourds, qui de ce fait, ont une rentabilité beaucoup trop faible.

Les hôpitaux publics sont devenus de grandes entreprises, très difficiles à gérer. Avant tout, les pouvoirs publics devraient se soucier de la formation et de la mise en place d'un personnel administratif et de direction hautement qualifié ; et pour le garder, il faudrait le rétribuer en fonction de sa valeur et de la lourdeur de sa tâche (4). Cette dépense supplémentaire serait très vite contrebalancée par les améliorations de gestion qu'on peut en attendre.

Les cliniques privées voient leur prix de journée fixé à un taux arbitrairement bas (5). Elles en viennent à choisir leur clientèle, à pratiquer des économies et à organiser une rotation des malades parfois dangereuse pour la sécurité de ceux-ci ; elles se trouvent, en certains cas, dans l'incapacité de procéder aux investissements indispensables et exigent souvent des médecins des ristournes fort contestables du point de vue déontologique. La situation n'est pas saine. Ces tarifs anormalement bas justifient pour elles le refus d'accepter certaines servitudes de l'hospitalisation publique.

L'industrie pharmaceutique a, elle aussi, ses prix pratiquement bloqués (6). Les augmentations inévitables passent par des biais détournés, notamment par un renouvellement parfois injustifié des spécialités. Comment en tenir rigueur à une industrie qui n'a guère d'autres moyens de survivre et de se développer ?

Le corps médical voit ses honoraires tarifés. Mais, disposant de moyens de pression efficaces, il obtient chaque année une revalorisation substantielle du prix des actes médicaux (au moins pour les actes de médecine générale). Une revendication reste sans réponse depuis plusieurs années : celle d'un prix majoré pour les consultations de longue durée. Quelle que soit sa longueur, une consultation reste donc (théoriquement) payée au même tarif, pour tous les médecins qui ne bénéficient pas du droit au dépassement ; cela représente apparemment un gain pour la Sécurité sociale. Mais ne vaudrait-il pas mieux encourager une médecine plus lente, quitte à la rétribuer davantage ; du point de vue du malade, les avantages sont manifestes ; du point de vue économique, cette

(3) Cf. dans ce numéro l'article de Hippocratine, p. 521.

(4) Cf. Docteur J.-D. Rain, *art. cit.*, page 4.

(5) Cf. *Concours Médical*, 23 décembre 1972, page 8798.

(6) Cf. dans ce numéro l'article de M. Preau, p. 575.

pratique pourrait conduire à une importante diminution de la consommation pharmaceutique (7).



Par toute une série d'« économies », on réussit donc à limiter le coût des biens et services médicaux et à permettre au système sanitaire de fonctionner sans un déficit trop lourd de la Sécurité sociale. Mais ces « économies » ne reviennent-elles pas finalement cher à la collectivité ?

De toute façon, les pays développés consacreront une part de plus en plus importante de leur production à la protection de la santé. Le gouvernement qui voudrait s'y opposer se heurterait à une pression irrésistible de son opinion publique. Au lieu d'accepter les dépenses supplémentaires avec un certain retard et en agissant au « coup par coup », il serait préférable de considérer la santé comme un secteur prioritaire, de prévoir, réfléchir et coordonner les choix à faire, et d'en payer le prix. Celui-ci ne sera pas nécessairement plus élevé que celui qui de toute façon serait supporté si aucun effort de rationalisation n'était fait. Du moins les Français bénéficieraient-ils d'un système de santé plus satisfaisant.

Patrick VERSPIEREN.

(7) Cf. dans ce numéro l'article de M. Dupuy, p. 532.



odd

Le médical détenant le pouvoir au nom du malade et l'administratif retranché derrière des règlements désuets.

médecine publique ou privée ?

Michel HUGUIER

Les comparaisons entre les secteurs public et privé d'hospitalisation centrent habituellement les discussions sur les différents systèmes de distribution des soins. La notion de secteur public recouvre en général celle d'hôpital et de médecins salariés y exerçant de plus en plus souvent leur activité à plein temps. A la notion de secteur privé correspond celle de cliniques et d'exercice libéral de la médecine avec rémunération à l'acte des praticiens.

Mais restreindre notre analyse à la distribution des soins conduirait à méconnaître les autres grandes fonctions de tout système de santé. Or ces fonctions, en particulier la prévention, ne relèvent pas uniquement des médecins.

HOPITAUX OU CLINIQUES ?

Un partage des tâches qui se fait mal

La coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé d'hospitalisation pose un problème qui est peut-être le plus brûlant de tous ceux que suscite l'organisation actuelle du système sanitaire.

Les deux secteurs diffèrent par leur importance, par la répartition des tâches qui leur sont dévolues et par leur mode de financement. La répartition des 350 000 lits d'hospitalisation entre les secteurs public et privé est très variable selon les disciplines médicales. En chirurgie et en maternité elle est presque égale entre les deux secteurs. Par contre, en médecine, le secteur privé a six fois moins de lits que le secteur public (1). La répartition des tâches est, elle aussi, différente. L'hôpital public a des obligations qui lui sont propres : enseignement et recherche, et continuité de jour comme de nuit des soins et de l'accueil.

La tarification varie également.

A l'hôpital, elle repose sur des prix de journée qui sont calculés sur le rapport entre la totalité des dépenses inscrites au budget prévisionnel et le nombre d'hospitalisations prévues (2). Il recouvre les salaires du personnel non médical, les dépenses médicamenteuses et hôtelières, les frais généraux et, en principe, les amortissements. C'est une péréquation, instrument de tarification commode mais qui ne reflète absolument pas les coûts réels des soins pour un malade déterminé, coût qui serait du reste extrêmement difficile à calculer. Il est cependant diversifié selon les disciplines (3).

Dans les cliniques privées conventionnées, il existe également un prix de journée qui est fixé par les Caisses régionales d'Assurance maladie dans les limites d'un prix plafond déterminé par rapport à un hôpital public de référence. Les prix de journée des cliniques sont, dans l'ensemble, inférieurs de 25 à 75 % aux prix des hôpitaux (4). Les sujétions de l'hôpital public justifient théoriquement cette différence. Elle est un peu atténuée par le fait que les frais des médicaments coûteux et des transfusions qui sont compris dans le prix de journée à l'hôpital sont facturés en plus dans les établissements privés.

A côté des prix de journée, les actes médicaux, c'est-à-dire les interventions chirurgicales, les examens radiologiques, biologiques sont tarifés séparément. La tarification de ces actes est approximativement quatre fois moins élevée dans le public que dans le privé. On considère

(1) Marthe PELLOUET. *Structures régionales de l'équipement hospitalier public et privé*, 1969, Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, Service des Etudes et Prévisions.

(2) Le prix de journée est fixé par le Préfet après avis de la Commission administrative de l'hôpital dans les limites d'une hausse fixée par le gouvernement.

(3) En 1972, à l'Assistance Publique de Paris, il était de 186 F en médecine générale, de 281 F en chirurgie et de 534 F en service hautement qualifié.

(4) En 1972, il était en chirurgie à Paris de 93 F. D. HEBERT. « Le prix de journée dans les établissements d'hospitalisation privée ». *Le Concours médical*, 1972, 94, pages 8796-8800).

en effet que dans le secteur privé, les médecins sont amenés à financer avec leurs honoraires l'équipement nécessaire aux soins qu'ils dispensent, alors que cet équipement leur est fourni à l'hôpital public. Les honoraires des médecins à l'hôpital public sont touchés directement par l'établissement qui les leur reverse sous forme de salaires. Il se dégage un excédent qui est utilisé à l'achat d'équipement et surtout à compléter les recettes des prix de journée. L'harmonisation des honoraires médicaux dans les deux secteurs, demandée par certains administrateurs, ne ferait qu'augmenter cet excédent. Elle ne constituerait qu'une augmentation déguisée par un jeu d'écritures du prix de journée.

Des gestions anti-économiques

D'autres comparaisons beaucoup plus subjectives peuvent être faites entre les deux secteurs. Les tenants du secteur public reprochent souvent au secteur privé de trier la clientèle et de développer leur activité dans les disciplines et les affections pour lesquelles le coût des soins est inférieur au prix de journée. Il est alors plus facile de dégager un bénéfice qui vient rémunérer les capitaux investis. En réalité, ces affirmations reposent le plus souvent sur des faits isolés, mis en exergue pour prouver ce que l'on cherche à démontrer. Il faut regretter ici, comme dans d'autres domaines, le caractère fragmentaire et imprécis des statistiques en matière de santé dénoncé à maintes reprises par la Commission santé du VI^e Plan (5). Les tenants du secteur privé soulignent surtout que l'augmentation de leur prix de journée est très inférieure à celle des hôpitaux publics et à l'évolution des salaires qui représentent 60 % des dépenses des établissements (6).

Le système hospitalier comporte d'autres défauts encore : il existe ainsi une distorsion considérable entre les régions dans le nombre de lits d'hospitalisation dont elles disposent. Certains établissements se créent au voisinage les uns des autres faisant double emploi. La région Alsace a la plus forte densité française avec 9,53 lits pour mille habitants, alors que dans la région Nord cette densité est de 4,28 (7). Certains hôpitaux ou cliniques sont de petites dimensions. En 1968, sur un peu plus de 2 300 établissements privés, 670 disposaient de moins de 20 lits (8). Quels que soient les services que peuvent rendre aux malades ces petits établissements, on peut se demander s'ils offrent toujours les garanties techniques que l'on serait en droit d'attendre.

Dans les hôpitaux publics, les conditions de fonctionnement sont souvent médiocres. Leur autonomie est parfois excessive. Il arrive ainsi que la création ou le développement de certains services répondent plus à des opérations de prestige qu'aux besoins sanitaires de la population. A bien d'autres égards, cette autonomie est insuffisante. Les autorités de tutelle, Ministres et Préfets, limitent la marge de liberté des directeurs

(5) Rapports des Commissions du VI^e Plan. 1971-1975. « Santé ». **Documentation française**, Paris, 1971. Tome 2, pages 8-10.

(6) HEBERT, *op. cit.*

(7) Marthe PELLOUET, *op. cit.*

(8) Etablissements de soins publics et privés. Rapport présenté à la Commission Santé du VI^e Plan par la Direction Générale de la Santé Publique.

et des conseils d'administration. Dans les décisions, les responsabilités sont partagées entre le Conseil d'administration et une Direction aux pouvoirs mal définis. Les médecins dont le rôle est considérable dans la gestion de l'hôpital n'y sont guère associés (9).

Cette situation est rendue plus malencontreuse encore par l'importance économique des établissements hospitaliers. En 1967, on estimait à plus de 11 milliards le coût des soins hospitaliers (10), près de 8 milliards étaient financés par la Sécurité sociale dont c'est le poste de dépenses le plus important.

La loi hospitalière apporte-t-elle un remède ?

La loi hospitalière cherche à remédier à cette situation par des réformes institutionnelles qui concernent notamment la mise en place d'un service public hospitalier et la coordination de l'implantation et du fonctionnement des établissements.

Les tâches qui définissent le service public hospitalier sont à peu près celles qu'assument actuellement les hôpitaux publics. Ce terme de service public hospitalier a l'avantage de bien souligner la différence entre le service rendu et le statut de l'établissement qui rend le service : public ou privé. Bon nombre d'établissements privés, en particulier à but non lucratif, assurent déjà les fonctions du service public hospitalier, et la loi ne fera qu'officialiser leur situation.

Les réformes qui concernent la coordination des investissements peuvent paraître plus novatrices. Une carte hospitalière, véritable inventaire du patrimoine hospitalier sera établie. Les autorisations d'extension ou de création d'établissement reposeront sur cette carte et les besoins de la population. Elles seront données par des Commissions d'Equipe-ment qui tiendront compte de l'évolution démographique et du progrès technique médical. En fait, la carte hospitalière et les commissions d'équipement n'ont que l'apparence de la novation. Une carte hospitalière pouvait être faite depuis longtemps (11). D'autre part, avant la loi hospitalière, des commissions de coordination existaient déjà pour contrôler et, comme leur nom l'indique, pour coordonner les investissements hospitaliers. Il est à craindre que les nouvelles commissions de l'équipement n'apportent que l'illusion d'un titre nouveau par rapport aux anciennes commissions de coordination dont l'inefficacité a trop souvent été prouvée. Ce passage de la loi et le décret récent autorisant création ou extension d'établissement semblent surtout refléter une politique protectionniste pour le secteur public (12).

(9) « Loi hospitalière. Exposé des motifs », *Le Concours médical* 1970, 92, page 7911.

(10) A. FOULON. « Dépenses du secteur de santé ». 1967. **Rapport à la Commission Santé du VI^e Plan**. Septembre 1969. A titre de comparaison, le plus important chiffre d'affaires des entreprises industrielles françaises était celui de Renault qui approchait 10 milliards. Le bénéfice net le plus élevé était celui de la Française des pétroles qui dépassait à peine le demi-milliard.

(11) Une loi nouvelle sur ce point n'était pas nécessaire, car la mise au point de la carte hospitalière ne relève que du pouvoir réglementaire. E. HORTAL. Sur la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. (*Cahiers Laennec*, septembre 1971, 31, n° 3, pp. 3-26). On peut du reste se demander ce que vaudra cette carte quand on sait les difficultés qui existent actuellement dans notre pays pour recueillir des informations précises en matière de santé.

(12) Décret du 28 septembre 1972.

En dehors de toute opinion doctrinaire, ce qui importe finalement pour la collectivité est d'exiger que tous les établissements hospitaliers, quel que soit leur statut, aient un niveau technique qui assure aux malades des garanties suffisantes, d'autre part d'obtenir un même service au moindre coût.

En matière d'étude des coûts, la loi hospitalière est encore décevante. En maintenant pour le secteur public les règles de la comptabilité publique et pour les établissements privés le plan comptable qui est applicable à l'ensemble des entreprises privées françaises, la loi continue à rendre toute comparaison chiffrée sur les coûts des deux secteurs très difficile. Il nous paraît en effet fondamental de se demander si les différences des prix de journée entre hôpitaux publics et cliniques privées ne recouvrent pas surtout une mauvaise gestion médico-administrative de l'hôpital (13).

Face à ces problèmes on est partagé entre deux tendances. L'une a été exprimée à la commission Santé du VI^e Plan avec vigueur par le représentant de la confédération Force Ouvrière. Elle condamne « le déferlement des appétits de profit que fait naître la manne inespérée de la sécurité sociale » (14). Dans un état d'esprit socialiste au sens propre du terme, il peut en effet paraître choquant à certains de constater que des ressources, en principe destinées à des transferts sociaux, puissent rémunérer plus ou moins directement des capitaux privés. Il faut cependant remarquer qu'il en est de même lorsqu'une collectivité locale ou l'Etat s'adressent à des entreprises privées pour exécuter des services collectifs comme des travaux de voirie ou même la construction d'établissements hospitaliers. D'un autre côté, la mauvaise utilisation des équipements et du personnel sont deux exemples qui prouvent indiscutablement que la gestion des hôpitaux publics pourrait être améliorée. Comme l'a exprimé le Conseil national du patronat français, on peut y voir le fait que l'hospitalisation publique se caractérise par une irresponsabilité générale aussi bien en ce qui concerne les investissements à entreprendre que la gestion (15).

L'amélioration de la gestion des hôpitaux publics nous semble le problème fondamental de l'hospitalisation en France. Une gestion économique doit remplacer la gestion budgétaire actuelle. Elle requiert la mise en place de responsables compétents et une volonté tenace pour

(13) Il n'est pas besoin d'enquêtes pour se rendre compte qu'à l'hôpital, la mauvaise répartition des horaires conduit à limiter aux seules matinées l'utilisation d'équipements médico-techniques très onéreux et vite obsolètes comme les salles d'opération, les postes de radiologie ou le matériel de laboratoire. (Cf. M. HUGUIER et coll. « Contribution à l'étude d'une politique hospitalière. Distribution des soins et sous-utilisation de l'équipement hospitalier ». *Le Concours médical* 1969, 91, pages 9483-9488). Des études ont encore montré que la qualification du personnel était peu respectée. Les infirmières sont amenées à faire des tâches ménagères tandis que l'après-midi et surtout la nuit, des soins délicats peuvent être laissés à des agents non qualifiés (cf. Etude sur l'organisation du temps de travail dans les services de soins des hôpitaux et la répartition des tâches du personnel soignant. Fédération hospitalière de France. Janvier 1967). Voir également ci-contre l'article sur le « coût de l'hospitalisation », p. 521.

(14) E. FORTIN. Note sur la place de l'hospitalisation privée dans le système de santé. Réflexions présentées au nom de la confédération FO, 1969.

(15) D. LE BRET. Observations faites sur la note « place de l'hospitalisation privée dans le système de santé » au nom du Conseil national du Patronat français.

soutenir les efforts qui seront demandés. On peut affirmer que la revalorisation des équipes de direction et en conséquence de leur traitement devrait être considérée comme un des investissements les plus rentables en matière d'économie hospitalière. Il serait souhaitable que les dirigeants du secteur public aient comme devoir de dégager un profit. Celui-ci serait moins une fin qu'un critère de bonne gestion et un moyen permettant d'assurer la survie, la croissance et l'extension de l'établissement par autofinancement, sans appels à de nouveaux capitaux extérieurs (16). La révision de la politique des amortissements hospitaliers serait un premier pas dans cette voie déjà suivie par d'autres entreprises nationales. Pour peu que l'administration aidée du corps médical décide d'agir, la transformation peut être à la fois rapide et profonde. De plus, contrairement à ce que l'on pourrait penser, une telle transformation, outre son intérêt économique, constituerait, par l'amélioration du mode de distribution des soins qu'elle implique, la véritable humanisation des hôpitaux. Face à l'ouverture des frontières, à l'investissement de capitaux étrangers, la meilleure chance de l'hôpital public est d'être compétitif et non pas protégé. Encore faut-il donner à l'hôpital les moyens de réaliser une telle option.

LE STATUT DES MEDECINS

Dans les comparaisons que l'on peut faire entre la médecine publique et privée, les modes de rémunération des médecins liés à leur statut interviennent. La tendance actuelle est de voir dans l'augmentation de la consommation médicale la conséquence de la rémunération à l'acte des praticiens. On y oppose alors implicitement les avantages d'une rémunération du corps médical par des salaires.

Parce que les notions de libéralisme, de statut et de rémunération sont souvent confondues, il paraît souhaitable de les définir. Ensuite, sera tentée l'analyse des différents statuts et modes de rémunération des médecins en montrant que chaque système a des avantages mais aussi des inconvénients qui lui sont propres :

La charte médicale doit être distinguée du statut médical proprement dit. Elle consiste en un certain nombre de principes qui concernent toute médecine quel que soit son statut. Parmi ces principes figurent le secret professionnel, la liberté de prescription du médecin, le libre choix du médecin par le malade (17). Ces principes sont considérés à juste raison comme fondamentaux même s'ils subissent une évolution dans certaines de leurs modalités d'application.

Le libéralisme, pas plus que la charte médicale, n'est synonyme de statut. Quel que soit le mode de rémunération des médecins, le libéra-

(16) J. MIGNON. « La préparation du VI^e Plan », *Le Concours médical*, 1970, 92, pages 4147-4152.

(17) Décret du 28 novembre 1955 portant code de déontologie médicale. *Journal officiel* 6 décembre 1955.

lisme doit se définir sous l'angle économique par la liberté d'établissement. Ainsi défini, le libéralisme, qui existe dans tous les pays de l'Europe occidentale, s'oppose à l'exercice de la médecine dans les pays de démocratie populaire.

Le statut proprement dit des médecins peut être analysé en fonction de leur mode de rémunération : salaire, par capitation, à l'acte...

Les différents modes de rémunération des médecins

Dans la médecine salariée, le médecin touche une rémunération fixe, quel que soit le volume de son activité. Il est astreint à certains horaires de travail : en France par exemple, onze demi-journées pour les médecins hospitaliers qui exercent à plein temps à l'hôpital ; en Tchécoslovaquie, 36 à 46 heures selon les spécialités. Les contrats peuvent également porter sur l'engagement à soigner la population d'une circonscription géographique déterminée. C'est le cas en France pour les médecins des mines. Le salaire du médecin est alors fonction de son ancienneté dans l'exercice de la profession, des titres professionnels qu'il a pu acquérir et des fonctions qui en découlent.

Pour la collectivité, ce statut a l'avantage de faciliter l'organisation et la rationalisation de la distribution des soins. Elle permet encore de contenir dans les limites préétablies les dépenses sanitaires qui sont directement liées aux actes médicaux.

Pour être applicable, un tel système nécessite une densité médicale très supérieure à celle qui existe actuellement en France. Il semble en effet difficile d'envisager dans un corps de métier un salariat qui ne bénéficierait pas d'un statut comparable à celui de l'ensemble des salariés. Or il est bien évident que les horaires de travail hebdomadaires et l'âge de retraite des médecins français sont actuellement bien supérieurs à ceux des salariés. Il n'est guère douteux que l'adoption en France d'une formule de statut salarial pour les médecins serait de nature à abaisser très brutalement le volume d'activité du corps médical, précisément au moment où la demande de soins s'accroît considérablement (18). Qu'on le veuille ou non, on risquerait alors de voir se dégrader la qualité de la médecine.

De façon plus générale, le danger d'un tel système est de tendre à faire disparaître toute motivation à un effort accru de travail : en matière d'enseignement, la remise en cause des fonctions des enseignants demandée en mai 1968 par les étudiants exprimait une réaction contre le laisser-aller qu'entraîne parfois la sécurité de l'emploi et des salaires.

La capitation est un autre système qui existe non seulement en Grande-Bretagne, mais aussi en Hollande et partiellement en Italie. Le médecin est rémunéré en fonction du nombre de personnes inscrites

(18) Réflexions sur l'avenir du système de santé. La documentation française, Paris 1969.

chaque année sur sa liste. Cette proportionalité est assortie de mécanismes divers qui tendent à compenser certains facteurs particuliers : âge du praticien, dimension optimale de la liste des clients, installation dans une région insuffisamment pourvue de médecins. Le praticien est tenu à soigner à la demande tous les malades qui sont inscrits sur sa liste. Dans la capitation comme dans le salariat, les revenus du médecin sont donc indépendants du nombre d'actes qu'il peut être amené à dispenser.

On lui reproche les inconvénients suivants : les médecins généralistes sont assaillis de demandes, notamment de visites qui entraînent beaucoup de pertes de temps en ville et qui sont d'une mauvaise rentabilité ; ils sont conduits à faire surtout une médecine de triage en dirigeant tous les malades qui posent des problèmes vers les spécialistes et les médecins hospitaliers. Pour les médecins, le caractère astreignant et sans compensations du statut par capitation se refléterait en Angleterre par la pénurie en médecins généralistes.

Dans la rémunération au forfait par maladie, le médecin est rémunéré globalement pour une tâche déterminée : ensemble de soins réclamés par la surveillance et le traitement d'une maladie. Ce système a été appliqué à titre d'expérience en Allemagne Fédérale. Il a été abandonné définitivement en raison des atteintes qu'il portait indirectement à la liberté thérapeutique des médecins. De plus, il paraît extrêmement difficile et complexe de définir des forfaits correspondant à chaque affection pathologique.

Lorsqu'il est rémunéré à l'acte, le médecin est honoré pour chacune de ses interventions : consultation, visite, intervention chirurgicale. En France, par convention, avec les organismes de Sécurité sociale, les syndicats médicaux se sont collectivement engagés à ce que les médecins demandent aux malades des honoraires déterminés pour chaque type d'acte selon une nomenclature préétablie. D'autres se sont dégagés de la convention, s'estimant seuls juges de fixer le montant de leurs honoraires en fonction du temps qu'ils passent à examiner le malade, de la difficulté ou de la complexité de cet examen.

La critique qui est la plus souvent formulée sur le mode de rémunération à l'acte est la suivante : le revenu des médecins étant proportionnel au nombre d'actes qu'ils pratiquent, un certain nombre d'entre eux peuvent avoir tendance à les multiplier et à rechercher ceux qui peuvent être facilement effectués. Il est alors facile et tentant d'y voir la cause de l'augmentation des dépenses de santé et du déséquilibre du budget de l'assurance maladie.

Les compromis entre les différents statuts que nous venons très schématiquement d'exposer sont innombrables. Nous en donnerons deux exemples. En France le partage des honoraires entre médecins exerçant en groupe est possible. Cette possibilité s'apparente à un salariat dont

le montant serait néanmoins lié au nombre d'actes globalement pratiqués par les médecins qui sont associés. En Suède, coexistent deux secteurs, certains médecins ont un statut qui leur permet d'être rémunérés à l'acte, mais d'autres médecins de district ont un statut mixte. Ils sont fonctionnaires et perçoivent un salaire de base pour s'occuper d'une circonscription géographique déterminée. Il s'ajoute cependant à ce salaire des honoraires à l'acte, tarifés à un taux assez bas.

La santé gratuite est un mythe

La diversité de ces statuts entre les différents pays prouve bien qu'il n'en est pas d'idéal. Pour se faire une opinion sur le problème, il est encore nécessaire d'envisager ce que coûte la médecine pour la collectivité et pour le malade.

Avant que n'apparaissent les systèmes d'assurances médicales et de Sécurité sociale, les malades versaient directement des honoraires aux médecins qui dispensaient gratuitement leurs soins aux plus pauvres. Avec le développement de la médecine moderne, le coût de la maladie est vite devenu insupportable pour ceux qui devaient l'assumer avec leurs propres ressources. Pour faire face aux frais médicaux et pharmaceutiques en cas de maladie, un certain nombre d'individus se sont assurés.

L'assurance pourvoit alors aux dépenses des assurés qui sont malades, dans les limites de leur contrat d'assurance. L'uniformité des cotisations, nécessairement assez élevées, exclut cependant de ce mode d'organisation, largement répandu aux Etats-Unis, les groupes sociaux les plus pauvres.

Actuellement dans la plupart des pays, les cotisations sociales sont devenues obligatoires. En contrepartie le droit à la protection de la santé est proclamé par les Constitutions. Les cotisations sont, dans l'ensemble proportionnelles aux revenus. L'organisme qui les recueille pourvoit aux frais médicaux des cotisants de la même façon, quel que soit le montant des cotisations qu'ils ont versé. Ce système fait donc appel à la notion de solidarité nationale et de répartition sociale des revenus. En France, l'organisme collecteur est indépendant de l'Etat. Ce sont les caisses de Sécurité sociale. Les cotisations sont proportionnelles aux revenus jusqu'à un certain salaire plafond, et partiellement au-delà depuis les ordonnances de 1967 sur la Sécurité sociale. Dans d'autres pays, les cotisations sociales sont directement collectées par l'Etat sous forme d'impôts. Donc même dans les pays où les organismes de Sécurité sociale, de Santé ou l'Etat prennent en charge tous les frais médicaux de la population, la notion de santé gratuite de la médecine n'est qu'apparente (19).

(19) La santé gratuite, à l'évidence, est un mythe. Ce mythe est entretenu par le fait qu'un organisme tiers paye le médecin (par exemple, en France, la Sécurité sociale pour les hospitalisations de durée supérieure à un mois, les interventions chirurgicales d'une certaine importance - appendicite et au-delà). En dehors de ces cas, le malade verse directement des honoraires aux médecins. L'organisme social dont il dépend lui rembourse ensuite une partie seulement de ses dépenses. Pour les actes médicaux courants chacun sait que le taux de remboursement des dépenses est le plus souvent de 70 à 80 %. Les 20 ou 30 % qui restent à la charge du malade sont appelés ticket modérateur, primitivement destiné à éviter que l'assuré social ne multiplie abusivement ses demandes de consultations médicales.

Dans tous les pays du monde, la consommation médicale croît inéluctablement plus vite que les salaires. Le déséquilibre de l'Assurance maladie s'explique alors facilement puisqu'elle prend en charge la presque totalité des dépenses médicales alors que ses ressources reposent sur une proportion fixe des salaires. Certes, des abus dans la consommation médicale existent. Il paraît cependant trop facile, excessif et surtout simpliste d'y voir la seule culpabilité des médecins liée à leur rémunération à l'acte. La demande émane d'abord des patients et il conviendrait d'entreprendre une éducation du public. Ce n'est malheureusement pas, sauf exceptions, le propre des dirigeants politiques ou syndicaux en France. Certes, la collectivité est en droit de se demander si le coût élevé de la médecine dans notre pays est toujours justifié par la qualité du service rendu. Certes, les médecins comme les malades connaissent les avantages des statuts de la médecine en France. Mais savent-ils les apprécier et voir les inconvénients des autres systèmes ?

Des mesures d'adaptation, une meilleure rentabilité de la médecine sont nécessaires. Mais quels que soient les statuts et l'optimum de rentabilité auxquels nous parviendrons, l'augmentation de la consommation médicale est inéluctablement liée au progrès scientifique et à l'élévation du niveau de vie de la population (20). Il faut savoir chercher dans l'expansion économique l'accroissement des ressources qu'elle implique, et choisir d'en consacrer une part croissante à la protection de sa santé. La politique industrielle et le taux de croissance ne peuvent être considérés comme de simples options qualitatives. Ce sont en réalité des moyens au service de finalités humaines du développement (21).

LA SANTE PUBLIQUE

L'objectif de tout système de santé est de répondre aux besoins des individus et de la société.

Lorsque le besoin est exprimé par un individu, le plus souvent en cas de maladie, il peut être satisfait par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste. Les membres des professions médicales, quel que soit leur mode d'exercice public ou privé et leur statut, ont en effet pour rôle essentiel de soigner, de réaliser des mesures de prévention individuelles comme des vaccinations, et pour certains d'enseigner ou de faire de la recherche.

Par contre, seule la collectivité est à même de prendre les mesures nécessaires pour répondre aux besoins collectifs. Elle seule par exemple peut rendre obligatoire une vaccination. Cette fonction bien particulière de tout système de santé que constitue la prévention collective apparaît de plus en plus importante. En effet, dans sa recherche d'un mode de vie assurant son bien-être et sa sécurité, l'homme s'efforce « d'humaniser » tout ce qui dans la nature qui l'entoure lui paraît dangereux ou nuisible. Mais il apparaît aujourd'hui que les conséquences de sa

(20) Simone SANDIER. « Le rôle du progrès technique sur le développement des consommations médicales ». *Le Concours médical*, 1972, 94, pages 8029-8035.

(21) R. BONETY. « Ne pas confondre la fin et les moyens », *Le Monde*, 17 février 1970.

propre activité sont souvent plus nocives encore que les développements de ses adversaires biologiques.

La santé ne dépend pas de la seule médecine

De plus en plus souvent, le médecin est alors confronté à des problèmes qui le dépassent et vis-à-vis desquels son activité ne représente qu'un pis-aller. Il ne peut que traiter le mieux possible l'accidenté de la route, une fois l'accident arrivé. Il ne peut que s'efforcer de soigner la névrose de l'homme qui passe son temps à courir entre un logement trop petit dans un HLM, son lieu de travail et le supermarché. Il est de moins en moins le seul responsable de la protection de la santé. Tout au plus devient-il par sa profession un observateur privilégié de la dégradation de certains de ses aspects.

Face à ces besoins nouveaux de prévention collective, la passivité des responsables de la Santé publique est inquiétante. Il est scandaleux que la vaccination par le BCG, dont l'efficacité technique et économique a été prouvée par une étude de rationalisation des choix budgétaires, soit rendue obligatoire par la Loi et que la Direction générale de la Santé publique puisse reconnaître qu'environ la moitié de l'effectif normalement assujéti à la Loi l'enfreigne (22). Les remous récents soulevés par les problèmes d'avortements ne sont que la conséquence de la carence et des attermolements des pouvoirs publics en matière d'éducation sexuelle et de politique anticonceptionnelle. La traduction de ces fuites de responsabilités se retrouve encore dans les tentatives de freiner la consommation médicale. Les ministères intéressés ne devraient-ils pas d'abord avoir le courage de s'attaquer aux nombreux facteurs non médicaux qui élèvent la consommation médicale ? Le tabagisme, l'alcoolisme, l'industrialisation induisent en effet des affections pathologiques ou augmentent les complications qu'elles entraînent. Si les pouvoirs publics ou les représentants des collectivités n'ont pas le courage de dénoncer vigoureusement ces nuisances et de les attaquer efficacement, qui d'autre le fera lorsqu'on sait derrière nombre d'entre elles la présence d'intérêts économiques particuliers et puissants ?



En France, les différentes fonctions du système de santé sont assurées par un secteur public et par un secteur privé. Cette coexistence soulève bien des critiques. Mais plutôt que de se perdre en stériles querelles, il semble préférable de chercher les avantages que l'on peut attendre de ce système qui nous est propre. Ne fut-ce parce que le secteur public ne suffit pas à répondre aux besoins sanitaires de la population.

Ce qui importe, c'est d'assurer la protection de la santé de chacun, comme le proclame la Constitution, et de donner aux malades des

(22) Rapport présenté par la Direction générale de la santé publique sur le calcul des besoins en équipements et en formation de personnel à la Commission Santé du VI^e Plan, 1969.

garanties concernant la qualité des soins qui leur sont dispensés. Il est ensuite souhaitable que ces objectifs soient obtenus au moindre coût. Alors, il n'y a rien de choquant à ce que le service sanitaire soit assumé en partie par un secteur privé. Bien entendu, les pouvoirs publics et l'Assurance maladie, par un contrôle des prix de revient, doivent-ils veiller à ce que celui-ci n'en retire pas de profits excessifs. Les pouvoirs publics ont aussi comme rôle de veiller à la bonne gestion du secteur public et notamment des hôpitaux. A cet égard, l'existence d'un secteur privé dynamique et bien géré devrait être considéré comme un stimulant. Une telle démarche implique de substituer à la politique protectionniste vis-à-vis du secteur public, qui se dessine derrière les décrets d'application de la Loi hospitalière, la mise en œuvre d'une gestion moderne.

Michel HUGUIER,
Professeur Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de la Commission Santé du VI^e Plan.

la pharmacie, industrie de la santé

Michel PRÉAU

L'industrie pharmaceutique est libérale, concurrentielle mais solidaire. L'ajustement de l'offre et de la demande ne se fait pas par les prix, car la Sécurité sociale est un tiers-payeur impuissant. C'est l'Etat qui intervient par réglementation. Comment ce système hybride peut-il fonctionner sans trop de contradictions entre ses aspects sociaux, libéraux et réglementaires ? Est-il possible d'alléger les coûts ?

Les progrès dans le domaine de la santé sont inséparables du développement des industries qui s'y rattachent. Nous nous intéressons ici essentiellement à l'industrie pharmaceutique en essayant de bien délimiter son champ (1) et en conservant présent à l'esprit le fait qu'il ne s'agit que d'une partie du problème.

Pour mieux comprendre l'industrie pharmaceutique, nous devons effectuer un double partage, d'abord entre la « pharmacie conditionnée » (produisant les médicaments), qui est seule spécialement réglementée, et la branche amont, les « produits de base pour la pharmacie », non réglementée, alors qu'au-delà des nomenclatures l'intégration économique est souvent réalisée ; ensuite entre les spécialités remboursables ou non par la Sécurité sociale, la réglementation et le régime des prix étant différents.

Une note récente de l'INSEE (2) permet de mieux situer la pharmacie au niveau de la consommation. En France, en 1969, la consommation de

(1) Il n'est pas facile d'isoler les produits pharmaceutiques qui ne sont pas des médicaments (pansements, tisanes, etc.) ainsi que les spécialités vétérinaires. De même des branches voisines correspondant aux produits d'hygiène et de soins ont des points communs mais ne relèvent d'aucune réglementation particulière, les suites de l'affaire du talc Morhange pouvant à l'avenir changer cet état de fait.

(2) « La consommation des services médicaux continuera à croître rapidement », *Economie et Statistique* n° 37 (septembre 1972).

l'ensemble des services et biens médicaux représente près de 40 milliards de francs, soit 9,3 % de la consommation totale et 6,2 % du Produit National Brut ; les évaluations du VI^e Plan pour 1975 projettent ces chiffres dans les fourchettes respectives 11,0 — 12,3 % et 7,4 — 8,3 % suivant les hypothèses de croissance. La consommation des biens médicaux représente 11,2 milliards (222 francs par personne en 1969) dont 10,6 pour la pharmacie, le reste se rapportant à la lunetterie et à l'orthopédie. Les produits pharmaceutiques correspondent à 2,6 % de la consommation des ménages et 1,8 % du PNB. Les fourchettes respectives retenues pour 1975 s'établissent à 2,7 — 3 % et 1,8 — 2 %.

Pour la période 1969-75, la progression moyenne annuelle de la consommation s'établirait entre 9,4 et 12,8 % (en volume) et entre 10 et 12 % (en valeur) pour la pharmacie, contre les fourchettes 8,3 — 10,5 % et 11,8 — 14,1 % pour l'ensemble des biens et services médicaux. Une telle progression en valeur est nettement supérieure à celle de la consommation moyenne des ménages.

Sans pouvoir aborder la question comme une étude coûts-avantages, notons que cette croissance des coûts n'est pas en soi nécessairement intolérable. Il y a en contrepartie des avantages économiques (et a fortiori humains) : des soins plus efficaces gagnent des journées de travail à la collectivité et allègent le budget des indemnités journalières ; le coût d'un vaccin contre la rubéole est sans commune mesure avec le coût social de bébés anormaux (par myopie économique, la Sécurité sociale a commencé par refuser son remboursement !).

Faute de pouvoir analyser les avantages, nous étudierons seulement les coûts à partir des réalités actuelles. Face à une demande, atomisée, en grande partie socialisée, à croissance rapide (ces deux termes s'expliquant l'un par l'autre), l'offre provient d'une industrie pharmaceutique libérale, concurrentielle mais solidaire, « puissance » face à la Sécurité sociale ; c'est l'Etat qui fixe les règles du jeu à travers la réglementation. Les acteurs étant en place, le système peut-il fonctionner sans trop de contradictions entre ses aspects sociaux, libéraux et réglementés ? Est-il possible d'alléger les coûts et à travers quels mécanismes ?

Le dossier de la pharmacie en tant qu'industrie privée libérale

Secteur dont l'intérêt collectif est évident, l'industrie pharmaceutique est entièrement entre les mains des intérêts privés et les choix politiques sont bien tranchés : le programme commun de la gauche prévoit une nationalisation (qui serait d'ailleurs difficile à mettre en œuvre dans les faits), tandis qu'au nom du gouvernement, l'ancien Ministre de la Santé, Monsieur Foyer, a précisé que cette solution n'était ni envisagée, ni souhaitable, en avançant les arguments d'une plus grande efficacité du secteur privé et d'une trop grande dispersion du secteur. Historiquement, il est probable que le train des nationalisations de l'après-guerre n'a pas touché la pharmacie pour partie en raison de sa dispersion et du problème posé par les annexes de fabrication des pharmacies d'officines. En 1950, ces annexes représentaient encore près d'un millier d'unités ; elles sont seulement 68 en 1972 ; on peut présumer que cette disparition

TABLEAU I. L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE EN FRANCE

I Structure du secteur * en 1970					II Commerce extérieur (millions de F)			
PHARMACIE CONDITIONNEE								
Strate- d'ef- fectifs	Nombre d'entre- prises %	Effec- tifs (1) au 31/12 %	Chiffre d'affai- res H.T. %	Valeur ajou- tée (2) %	1960	1965	1970	
6-19	26,5	2,0	1,9	}	Pharmacie conditionnée			
20-49	24,5	5,2	4,6		Exportations	415	538	1.056
50-199	26,5	18,0	19,0		Importations	45	60	112
200-499	14,8	30,9	29,7		Produits de base			
500-999	5,5	26,7	27,4		Exportations	93	179	287
1.000 et plus	1,5	17,3	14,4		Importations	87	391	762
Hors tran- ches (3)	0,7	0,0	3,0		Source : Douanes.			
Total (4)	400	59,7	8,1	2,3				

III Spécialités à usage humain (millions de francs)				
	1960	1965	1970	
Chiffre d'affaires H.T.	2.336	3.822	7.015	
Exportations	356	460	910	
vers zone franc	(255)	(267)	(459)	
vers CEE	(25)	(51)	(155)	
Importations	25	41	35	

Source : Syndicat (SNIP) (commerce extérieur du chapitre 30-03).

Source : enquête annuelle d'entreprise (1970), MDIS.

IV Compte d'exploitation général en 1970 du secteur * PHARMACIE CONDITIONNEE

Charges		millions	Produits		millions
60 Achats de matières et mar- chandises		3.755,4	70-6220 Ventes hors taxes (1)		8'001,8
61 Frais de personnel		1.672,6	71 Subventions reçues		7,0
62-6220 Impôts et taxes (hors TVA)		101,7	72 et 74 Ventes de déchets et remises obtenues		8,1
63 Fournitures et services exté- rieurs		1.423,2	76 Produits accessoires		220,3
64 Transports et déplacements		293,9	77 Produits financiers		25,4
66 Frais divers de gestion		657,3	780 et 785 Travaux faits par l'entreprise pour elle- même, et charges hors exercice		33,0
67 Frais financiers		144,0	30 à 37 Variation de stocks		181,1
68 Dotations (amortissements et provisions)		187,7	Total		8.576,7
Solde net d'exploitation		+ 340,9			

(1) TVA sur ventes : 1.618,9 - **Source :** enquête annuelle d'entreprise (1970), MDIS.

* Le secteur de l'enquête représente l'ensemble des entreprises de plus de 5 salariés dont l'activité principale est la fabrication de produits pharmaceutiques. L'enquête n'est pas adaptée pour étudier les phénomènes de groupes, ou la décomposition fonctionnelle des charges.

n'est pas seulement due à une cessation d'activités mais aussi au passage dans la classe des entreprises industrielles. Pour ces mêmes années, le nombre d'entreprises industrielles est passé de 970 à 366, la concentration étant nettement plus prononcée si on considère les groupes financiers contrôlant plusieurs entreprises. En 1972, les vingt premiers groupes (63 entreprises) réalisaient 54 % du chiffre d'affaires de la profession, sans que la concentration atteigne le niveau étranger : les vingt premières entreprises réalisent 39 % du chiffre d'affaires en Italie, 45 % en Belgique, 50 % en RAF, 68 % en Grande-Bretagne, 75 % aux Pays-Bas et 77 % aux USA, contre moins de 30 % en France.

TABLEAU II (ANNEE 1970). LES DIX PREMIERS GROUPES : LEURS PARTS (%) DU MARCHE FRANÇAIS

1 - Rhône-Poulenc	8,2	6 - Ciba Geigy (Suisse)	2,6
2 - Roussel Uclaf	7,9	7 - Merck (USA)	2,4
3 - Sandoz (Suisse)	4,1	8 - Hepatrol	2,3
4 - Synthé Labo	2,8	9 - Servin	2,2
5 - Delagrangé	2,6	10 - Clyn Byla	2,2

Part des dix premiers groupes : 37,2 %

Source : *Chimie Actualité*, n° 1435 du 7 juin 1971.

Parmi les modifications les plus récentes au classement ci-dessus, notons que le regroupement Clin Midy passe au 3^e rang et que le groupe suisse Roche s'inscrit au 6^e rang.

TABLEAU III. LA PHARMACIE DANS LE MONDE EN 1970 *

Groupes	Chiffre d'affaires en pharmacie (millions de F)	Pays	Production (millions de F)	Exportations (millions de F)
USA		USA	38.500	2.310
American Home Products	3.750	Japon	15.500	360
Merck and Co	3.700	RFA	9.500	2.700
Eli Lilly	2.310	France	7.100	1.260
Sterling Drug	2.300	R. Uni	4.100	1.850
Pfizer	2.300	Suisse		1.800
Warner Lambert	2.250	Italie		850
Suisse				
Hoffmann La Roche	4.680			
Ciba Geigy	2.540			
Sandoz	1.900			
RFA				
Hoechst	2.200			
Bayer	1.570			
Royaume Uni				
Glaxo	1.440			
Beecham	730			
Japon				
Takeda	2.200			

* Conversions approximatives pour la parité en 1970
1 US dollar = 5,5 FF.

Sources : *Le monde du marketing*, n° 2 (juin-juillet 1972) : « L'industrie pharmaceutique ». - OCDE : L'industrie chimique en 1970-1971.

Ainsi Rhône Poulenc (et ses filiales directes ou indirectes : Spécia, Bellon, Mérieux, Theraplix...) a réalisé un chiffre d'affaires en pharmacie de 1 590 millions de francs en 1971 contre 1 760 à Roussel Uclaf (Diamant, Cassenne,...). Ces chiffres, consolidés au niveau mondial, doivent être appréciés dans leur contexte international.

De l'examen de ces quelques données chiffrées, on peut conclure que la Suisse mise à part, on trouve deux types de marchés : les USA et le Japon sont largement tournés vers leur consommation intérieure ; les pays européens (RFA, Royaume-Uni, France) sont plus tournés vers l'extérieur et leurs grandes structures (marché intérieur, taille des groupes leaders, etc.) montrent des situations comparables compte tenu de leurs poids démographiques et économiques respectifs. Pour aucun des pays (sauf peut-être la Suisse) on ne trouve un marché oligopolistique caractérisé actuellement. Cependant, la concentration n'est pas achevée (3) ; elle est inscrite dans la logique de la concurrence libérale, la conquête des marchés et le support financier de la recherche ne pouvant venir que de grands groupes. La situation peut donc évoluer assez vite et par-dessus les frontières les ententes se précisent : Rhône Poulenc et Bayer collaborent au niveau de la recherche ; Hoechst est devenu un actionnaire très important du holding de Roussel.

Au moins pour les pays du marché commun, les groupes leaders en pharmacie sont d'abord des chimistes : Rhône Poulenc (12 milliards de chiffre d'affaires global) ne réalise que 12 % de ses ventes en produits pharmaceutiques ; Hoechst et Bayer sont dans une situation comparable tandis que Roussel est sensiblement équilibré entre la chimie et la pharmacie. On assiste de la part des groupes chimiques à une intégration vers l'aval, où se trouve la valeur ajoutée la plus forte, le marché de consommation finale, un emploi efficace de leur savoir-faire, et une rentabilité supérieure à celle de la chimie de base (4). Avec d'autres secteurs parachimiques, la pharmacie est ainsi visée. A terme, les entreprises moyennes (autour de 100-200 millions de chiffres d'affaires) ne pourront guère que choisir entre les fédérateurs possibles : les groupes chimiques du marché commun (5) ou des entreprises centrées sur la pharmacie, a priori américaines ou suisses.

Le marché est d'autant plus convoité qu'il est parmi les plus sûrs : à quelques aléas saisonniers près (un hiver doux représente un manque à gagner et une épidémie une aubaine !) il est en expansion régulière

(3) La concentration récente s'articule en trois phases : en 1960-65 l'interdiction du façonnage total, la réglementation des visas, assortis de critères techniques plus sévères, ont amené la disparition ou la prise de contrôle des laboratoires qui n'ont pu suivre le mouvement ; entre 1965 et 1970 se sont constitués par fusions et regroupements des groupes « pesant » plus de 100 millions de C.A. ; le mouvement se poursuit maintenant par intégration à des groupes chimistes cherchant l'ouverture en aval sans modifier sensiblement la concentration au niveau du marché pharmaceutique.

(4) La Bourse ne s'y trompe pas : elle capitalise les sociétés pharmaceutiques 20 à 30 fois leur bénéfice, soit 3 à 4 fois plus que les affaires proprement chimiques.

(5) Début 1973, Ugine-Kuhlmann annonce des prises de participations et son intention de développer ses intérêts dans la pharmacie à partir d'un noyau qui « pèse » déjà environ 400 millions de chiffre d'affaires annuel. De même la SNPA a lancé une OPA sur Labaz et la Bourse prête à l'Oréal des visées expansionnistes vers la pharmacie.

(+ 11,6 % en moyenne annuelle sur la période 1960-1970) et, en contrepartie de l'acceptation des contraintes réelles de la réglementation en vigueur, les industriels sont assurés de la solvabilité des consommateurs à travers les mécanismes de la sécurité sociale.

Conséquence directe de la colonisation, l'industrie pharmaceutique française possède toujours des positions privilégiées en Afrique (près de la moitié des exportations reste encore destinée à la zone franc) et cette rente de situation ne peut s'amoindrir que progressivement, compte tenu des habitudes acquises, de la langue et de la formation, toujours très française, des praticiens africains.

On peut encore attribuer au caractère libéral de l'industrie pharmaceutique la rotation rapide des produits et une politique de marques. Il faut sans doute y voir le reflet d'une créativité certaine, mais aussi le réflexe classique permettant d'accroître la part du marché, et de modifier les prix, dans le même esprit que les constructeurs automobiles modifient leurs modèles. Ainsi, avec quelques progrès réels mais mineurs, l'aspirine vulgaire devient vitaminée, tamponnée, effervescente..., et surtout plus rémunératrice. Avec de grandes différences suivant les spécialités le taux de rotation semble s'être stabilisé à un niveau élevé : à la fin des années 60 on évalue à 35 ou 40 % du total des ventes intérieures, celles qui sont dues aux médicaments de moins de cinq ans d'âge.

La pharmacie n'est pas un secteur qui exige de très lourds investissements comme la chimie de base ; en revanche, elle se situe dans les tous premiers rangs pour l'importance de la recherche, distancée seulement par l'électronique et l'industrie aérospatiale. En ce sens, il s'agit bien d'une industrie de pointe, largement autofinancée, aiguillonnée par le dynamisme créateur d'Outre-Atlantique ; entre 1950 et 1967, les USA ont vu naître 48,6 % des médicaments (jugés importants) nouveaux contre 14,5 % pour la Suisse, 10,9 % pour la RFA, 8 % pour la France et 7,2 % pour la Grande-Bretagne. On évalue en moyenne, pour un produit commercialisable, à trois mille le nombre de molécules qui doivent être testées après un premier tri. La nécessité de la recherche, vitale à terme pour l'existence des entreprises, l'emporte sur les exigences immédiates du profit. Ainsi, en pourcentage du chiffre d'affaires, la recherche en France n'est pas disproportionnée avec celle des USA (8 % contre 11 %) malgré un écart plus considérable des bénéfices après impôts (2,5 % contre 10 %).

L'échantillonnage ci-dessous (tableau IV) semble démentir cette tendance, avec un sacrifice (peut-être conjoncturel) de la recherche et des objectifs à long terme, au bénéfice des profits immédiats.

Les règles de la concurrence capitaliste internationale laissent peu de place aux considérations humanitaires sur la santé. En fait, nous y reviendrons, la concurrence s'exerce essentiellement sur les marchés tiers, presque tous les pays développés ayant de droit ou de fait, établi une réelle protection des fabricants locaux face aux importations direc-

TABLEAU IV. CHIFFRES DE 1971 POUR QUELQUES SOCIÉTÉS COTÉES EN BOURSE (millions de francs)

	Chiffre d'affaires hors taxes	Bénéfices nets % du CA	Frais de recherche % du CA
Roussel Uclaf	1.761,0	31,9	7,7
Clin Midy	466,7	25,5	5,4
Labaz	266,4	14,4	7,9
Synthelabo	256,0	13,5	6,5
Roger Bellon	253,7	13,4	(19,0)
Castaigne	216,4	11,1	5,5
Institut Mérieux	168,0	11,2	7,1

Source : Le monde du marketing, n° 2 (juin-juillet 1972) : « L'industrie pharmaceutique ».

tes. D'une façon plus subtile, la concurrence interne se réalise par le jeu de filiales de production de sociétés étrangères (américaines, suisses, ou allemandes pour l'essentiel) établies sur le territoire national. En dehors de l'aspect favorable pour l'emploi dans ce secteur, les autres aspects économiques sont négatifs : l'avantage d'un commerce extérieur très favorable en pharmacie conditionnée est largement entamé par un déficit qui s'accroît très vite au niveau des produits de base pour la pharmacie, dont les importations suivent l'implantation des groupes étrangers ; de plus, la balance des brevets et licences pour la pharmacie est devenue débitrice.

TABLEAU V. ECHANGES « INVISIBLES » (1) EN PHARMACIE (1971)

Dépenses	(millions de francs) brevets et licences	Recettes
137,6	TOTAL	95,3
147,9		95,3

Ventilation du total par pays			
Suisse	66,5	Suisse	4,6
USA	39,0	USA	30,4
RFA	7,3	RFA	7,8
Grande-Bretagne	6,8	Grande-Bretagne	18,5
Zone franc	0	Zone franc	2,3
Autres pays	28,6	Autres pays	41,7

(1) Brevets, licences, redevances, frais d'études, assistance technique, etc.
Source : Bureau des transferts techniques internationaux. MDIS.

Ainsi, 35 à 40 % du chiffre d'affaires est réalisé par des sociétés contrôlées par l'étranger, tandis que 20 % au moins de la production nationale est fabriquée sous licence. Les Etats-Unis sont en tête de cet impérialisme économique : dès 1969 leurs laboratoires contrôlaient 15 % de la production française (contre 10 % en RFA, mais 50 % en Grande-Bretagne). A l'inverse, la pénétration française à l'étranger est plus modeste (hors la zone franc). Ceci pose d'une part le problème des centres de décision extérieurs et d'autre part, on conçoit que la réglementation française sur les prix (définis à partir du prix de revient) peut être observée, alors que le bénéfice des groupes étrangers peut

être très facilement pris au niveau des produits de base et des cessions de licences qui interviennent tout naturellement dans le prix de revient du médicament fabriqué par la filiale française.

Ces considérations économiques situent la pharmacie dans un contexte mondial et nous éloignent des problèmes de la santé. Toute action sur les coûts a des conséquences économiques complexes et lointaines, et le champ du possible en est réduit d'autant.

Le dossier de la pharmacie en tant que pourvoyeur de besoins collectifs et socialisés

Tout en confirmant le caractère libéral de l'industrie de la santé, l'Etat a été amené en France (avec des nuances diverses, les pays étrangers occidentaux interviennent tous) à se poser en « protecteur » du consommateur et à faire jouer la solidarité nationale. Il en résulte pour les producteurs une réglementation précise qui comporte des obligations et des avantages. La prescription et la distribution sont également canalisées et le marché présente un caractère hybride, ni libre ni socialisé, mais largement réglementé.

Les spécialités pharmaceutiques sont divisées en deux classes : les spécialités médicales (plus de 90 % des ventes), admises, sous réserve de prescription médicale, au remboursement par la sécurité sociale, qui ne peuvent faire l'objet de publicité directe auprès du public et les spécialités « grand public », non remboursables, dont les règles de vente sont moins strictes.

La mise sur le marché d'une nouvelle spécialité exige l'obtention d'un visa du ministre de la Santé Publique et de la sécurité sociale (réforme de 1959, modifiée en 1967). Ce visa garantit que le fabricant a fait procéder par des experts agréés à la vérification de conformité avec la formule indiquée, à la vérification de l'innocuité dans les conditions normales d'emploi et à celle de l'intérêt thérapeutique, et que les techniques de fabrication en série permettent un contrôle satisfaisant de la qualité. Ces contrôles préalables au visa sont assortis de contrôles aléatoires par l'Inspection de la Pharmacie, et d'un contrôle systématique par le laboratoire national de la santé publique la première année ; les textes du conditionnement et du prospectus doivent entrer dans certaines normes ou sinon sont soumis à une demande de visa publicitaire délivré par une commission de la Santé publique et de la Sécurité sociale.

Le système du cadre de prix, en vigueur depuis 1948, a été profondément modifié par l'arrêté du 5 avril 1968. Les spécialités « grand public » sont admises au régime des prix libres, sous réserve de l'encadrement de droit commun (contrat de programmes, etc.). Les spécialités remboursables sont soumises à une procédure très lourde : le fabricant propose un prix en présentant des éléments justificatifs du coût et les données comptables de l'entreprise à une commission réunissant des représen-

tants des ministres intéressés (Finances, Santé Publique, Développement Industriel et Scientifique) et de la Sécurité sociale. « Seuls sont susceptibles d'être inscrits sur les listes de Sécurité sociale, les produits présentant une efficacité et qui sont présumés apporter une amélioration de la thérapeutique, ou une économie dans le coût du traitement ». Cette commission fixe également les médicaments agréés à l'usage des collectivités (établissements hospitaliers publics, civils et militaires).

Ces procédures complexes visent à garantir aux consommateurs l'intérêt thérapeutique, un prix « juste », et à limiter la rotation des produits à ceux qui apportent un progrès. La profession est assurée en contrepartie de pouvoir intégrer une partie de ses frais de recherche dans le prix, et de bénéficier d'un marché privilégié tant qu'un concurrent n'a pas trouvé mieux. De plus, depuis 1959 (brevetabilité des médicaments), la législation protège plus largement les inventions et techniques de fabrication. De même, depuis 1965, la marque (10 ans, renouvelable indéfiniment) est un élément de protection du fabricant et en principe du consommateur. Dans bien des cas, les producteurs peuvent ainsi bénéficier de véritables rentes de situation.

Ces diverses règles impliquent un contrôle local, et donc des filiales de production sur le territoire national pour les sociétés étrangères souhaitant s'implanter sur le marché français. Les importations sont quasiment inexistantes (seuls les services hospitaliers publics, par une procédure complexe, ont la possibilité de s'approvisionner à l'étranger).

Une fois établi le prix de base du médicament (spécialités remboursables seulement), une fixation autoritaire des marges donne le prix de vente au public (arrêté 25-795 valable depuis le 1^{er} septembre 1970).

TABLEAU VI. ETABLISSEMENT DU PRIX PUBLIC

Prix production HT	48,33	Prix production HT	48,33
TVA	11,11	Marge du grossiste HT	5,79
Prix d'achat du grossiste	59,44	Marge du pharmacien HT	27,19
Marge du grossiste (10,7%)	7,12	TVA versée à l'Etat	18,70
dont : TVA	(1,33)	Prix de vente au public (1)	100,00
Prix d'achat du pharmacien	66,56		
Marge du pharmacien	33,44		
dont : TVA	(6,25)		
Prix de vente au public	100,00		

(1) Au 1^{er} janvier 1973 la TVA passe au taux de 20% (au lieu de 23%); les prix et marges HT étant inchangés le prix public passe à 97,56 F (TVA à 16,26 F).

Les indices de prix de détail de l'INSEE montrent que du premier janvier 1962 au premier janvier 1972, les spécialités remboursables sont passées à l'indice 103,8 (ce qui est une hausse très faible, essentiellement imputable aux augmentations de TVA) et à l'indice 140,9 pour les spécialités non remboursables.

Ceci démontre une efficacité certaine des mécanismes réglementaires pour les spécialités remboursables; une discussion plus approfondie limitera en fait la portée de cette mesure par l'introduction de l'« effet qualité ».

Le marché de la pharmacie en tant que point de contact de l'offre et de la demande est très particulier. S'y rencontrent le circuit de distribution, les prescripteurs, les organismes payeurs et le consommateur qui n'est qu'un figurant. Dans le schéma usuel, le patient s'adresse à son médecin, qui fixe la consommation : le patient achète au pharmacien et est ensuite partiellement remboursé. Ainsi, et même si les positions peuvent évoluer, une conséquence du caractère libéral de la médecine est l'indépendance des prescriptions autant vis-à-vis du patient (dans les limites des relations d'un client à son fournisseur) que des contingences économiques (dans les limites d'un éventuel « profil médical » qui fait par ailleurs couler beaucoup d'encre).

L'obligation d'acheter en pharmacie a pour contrepartie pour le consommateur une garantie de sérieux et de compétence ; moyennant l'observation des exigences réglementaires quant aux stocks et aux délais de livraison (règles coûteuses surtout pour les grossistes), les pharmaciens disposent collectivement d'un monopole, et individuellement de véritables chasses gardées à la discrétion de l'Ordre qui veille à l'implantation des pharmacies nouvelles avec des contraintes de proximité minimales de deux officines et des règles fixant le nombre d'habitants par point de vente.

De plus, les mécanismes de solidarité (sécurité sociale, mutuelles), éventuellement des assurances privées, font à la fois que le payeur apparent n'est plus le consommateur (il est cependant bien clair que ce sont les ménages dans leur ensemble qui après transferts internes supportent le coût) et que la solvabilité de la demande et la croissance du marché sont assurées.

TABLEAU VII. CONSOMMATION MEDICALE

	1969 (millions de F)	Structure en %	
		1969	1975 (1)
Hospitalisation publique	10.671	27,3	28,7 - 28,9
Hospitalisation privée	5.498	14,0	14,1 - 15,8
Total	16.169	41,3	43,0 - 44,5
Services des médecins	6.397	16,3	15,4 - 14,2
Services des dentistes	3.406	8,7	8,8 - 8,7
auxiliaires	984	2,5	3,8 - 4,0
laboratoires	723	1,8	2,7 - 2,4
cures	226	0,7	0,7 - 0,7
Total	11.726	30,0	31,3 - 30,0
Biens médicaux en pharmacie	10.597	27,1	24,5 - 24,3
lunetterie	642	1,6	1,2 - 1,2
orthopédie			
Total	11.239	28,7	25,7 - 25,5
TOTAL GENERAL	39.134	100	100 100

(1) Hypothèses de croissance minimale et maximale.

Source : Economie et statistique, n° 37 (septembre 1972).

Réflexions visant à des économies sur le coût de la santé dans le domaine de la pharmacie

Comme il apparaît dès l'introduction, les dépenses en produits pharmaceutiques ne représentent qu'environ 27 % de l'ensemble de la consommation médicale.

A notre avis, une action dans le sens d'une meilleure gestion de l'hospitalisation publique serait très efficace ; de nombreux cas relevant plutôt de l'« hôtellerie » pourraient être traités à moindres frais dans des établissements adaptés. L'anomalie du double secteur, public et privé, devrait disparaître, le premier assurant la recherche, l'innovation, l'enseignement, la formation du personnel, les investissements lourds et les traitements coûteux, tandis que le second sélectionne les activités « rentables ».

De même la garantie de solvabilité de la demande, aux frais de la sécurité sociale, établit la masse des revenus des professions libérales qui en vivent à un niveau très supérieur à celui qui résulterait d'une économie de marché, réalisant en fait une subvention indirecte de la sécurité sociale, bien étrangère à ses buts. Dans ces deux domaines, les économies à attendre seraient importantes ; des mesures de nature essentiellement politique seraient pratiquement neutres sur l'économie.

Pour le secteur pharmaceutique au contraire, un cadre très réglementé dans une économie libérale est fragile, car il n'est pas « naturel » ; des conséquences lointaines (balance des paiements, dépendance étrangère, créativité de la recherche,...) doivent être prises en considération. Nous limitant au seul domaine de la pharmacie, nous tenterons d'examiner des variantes de fiscalité, des variantes de structure (nationalisations ou interventions de l'Etat), des variantes sur les différentes conventions régissant le marché et certains éléments propres aux coûts (publicité, recherche, distribution, politique des profits, etc.).

Variante fiscale

Pour cent francs d'achat de médicaments au détail, l'Etat reçoit sous forme de TVA : 18,70 F (6) ; on pourrait imaginer d'appliquer le taux réduit puisqu'il s'agit de produits de première nécessité. Pour simplifier, supposons qu'on supprime totalement la TVA (mesure neutre pour les professionnels). Sur la base des chiffres de 1969, l'effet direct serait approximativement une perte de ressources pour l'Etat de près de deux milliards, allant en diminution des dépenses des services hospitaliers pour 250 millions, des ménages pour 850 millions, de la sécurité sociale pour 900 millions. Ceci montre combien le problème de l'équilibre de la sécurité sociale est artificiel (une manipulation du taux de TVA réalise de fait un transfert Etat-Sécurité Sociale). Les effets indirects seraient sans doute mineurs (faible élasticité de la demande par rapport aux prix, fixation réglementée des marges). Face aux pertes de ressources

(6) 16,67 à partir du 1^{er} janvier 1973.

on peut présumer les actions gouvernementales possibles (mesures ni exhaustives, ni exclusives) : compression des dépenses du budget (les équipements collectifs, en particulier, les hôpitaux en faisant souvent les frais !), appel supplémentaire à l'impôt sur le revenu (mesure en principe équitable, mais qui frappe les seuls revenus connus du fisc !) ou appel à des impôts spécifiques (tabacs, alcools, automobiles) (7).

Le coût réel de la santé serait peu modifié ; l'effet majeur d'une baisse de la TVA étant surtout une modification de la répartition de la charge.

Variante de structure

On peut encore penser à une prise en main de l'industrie pharmaceutique par l'Etat. Sentimentalement, il semble odieux que des intérêts privés puissent faire des profits sur la santé des hommes. Pourtant, bien peu sont sensibles au fait que l'industrie et le commerce alimentaire font également des bénéfices, sur un besoin tout aussi vital. Il y a là une différence psychologique curieuse, probablement due au fait que dans les pays développés, les problèmes du minimum alimentaire sont en grande partie résolus.

Nationaliser la pharmacie, est-ce possible ?

Pratiquement, la situation semble n'être pas encore assez mûre : l'existence des annexes de fabrication des pharmacies d'officine n'est plus qu'un problème mineur, mais la concentration des entreprises est insuffisante et une nationalisation totale serait difficile à réaliser. Cependant, au fil des ans, ce problème deviendra de moins en moins complexe. Mais, par ailleurs, l'implantation croissante des groupes étrangers en France posera de plus en plus de problèmes internationaux et des risques de mesures de rétorsion en cas de nationalisation. Une action concertée dans le cadre du marché commun faciliterait les choses sans pour autant supprimer le problème des filiales américaines et suisses.

Quel est l'intérêt d'une nationalisation ? Plus que la suppression du profit (il faudrait indemniser les actionnaires) elle devrait permettre une modification des conceptions mercantiles (8), des économies sur les doubles emplois, sur une publicité stérile, et aboutir à l'instauration d'un esprit de service public. On rejoint ici l'éternel débat entre l'efficacité et le gaspillage d'une économie libérale, et les pesanteurs d'une économie socialiste. L'état actuel des entreprises nationalisées n'est pas très encourageant. Après une nationalisation partielle d'un secteur, le comportement commercial n'est pas modifié (exemple du secteur automobile). Une nationalisation totale, respectant les structures anciennes n'est pas convaincante : avec des services identiques, les banques (de dépôts) nationalisées se livrent toujours à la guerre des guichets et aux pratiques publicitaires coûteuses pour la collectivité. Même dans le cas d'une organisation

(7) Dans le cadre de la lutte contre l'inflation, le gouvernement vient de décider des baisses sur la TVA. Cette mesure aux avantages psychologiques évidents est (pour les 2/3 de la perte de recettes évaluée pour l'année 1973) gagée par un emprunt, ce qui, techniquement, est équivalent à un impôt échelonné dans le temps car il faudra bien rembourser la dette contractée.

(8) Ce terme ne met pas en cause certaines vocations individuelles, ou la reconnaissance de la collectivité aux découvertes de la pharmacie ; il est clair cependant qu'une entreprise doit vendre à un prix rémunérateur pour survivre.

unique comme EDF, on assiste à des pratiques marchandes discutables : pour relancer ses ventes et rentabiliser ses investissements, EDF s'est lancée dans une publicité tapageuse pour le chauffage électrique intégré.

Ainsi il n'apparaît pas que si l'on conserve par ailleurs une économie libérale, une nationalisation puisse apporter beaucoup de résultats. C'est seulement dans le cadre d'une révision complète de notre économie que cette solution peut être envisagée.

Dans le même sens, la constitution de sociétés d'économie mixte avec prise de participation importante de l'Etat peut être envisagée : les profits « exagérés » seraient sans doute évités, mais les dangers signalés à propos des sociétés nationalisées actuelles demeurent. De plus, on peut craindre que l'Etat ne prenne en charge que les « canards boiteux » et laisse le champ libre aux entreprises florissantes.

Il semble plus intéressant d'envisager une participation au capital et aux décisions des représentants des utilisateurs : par sa vocation, la Sécurité sociale pourrait jouer ce rôle en se montrant un gardien vigilant des intérêts des consommateurs, en exerçant un contrôle interne à chaque entreprise ; une plus grande indépendance de la Sécurité sociale vis-à-vis de l'Etat est alors indispensable. Si le problème d'une mise de fonds est crucial, on peut trouver un commencement de solution par l'utilisation des excédents des caisses d'allocations familiales évalués à 8 milliards, actuellement prêtés à un taux très bas à la Caisse des Dépôts. Ce serait sans doute une des utilisations les plus rationnelles de cette masse de manœuvre, créance des familles largement utilisée à d'autres destinations, et qui retournerait à sa vocation première.

Cette action peut être progressive dans son champ (entreprise par entreprise) et dans son importance (progression de la part du capital contrôlé). Elle aurait une action directe et immédiate par le caractère discriminatoire que peut exercer la Sécurité sociale. Il ne faut pas se leurrer, une telle mesure touche, ou au moins peut faire planer une menace sur la fiction d'une concurrence dite loyale. Nous pensons qu'une telle mesure serait efficace : comme la Sécurité sociale détient les clefs du marché des médicaments remboursables, cette solution apporterait une réelle contrepartie aux sociétés qui voudraient lui ouvrir leur capital. Ce n'est que par une connaissance profonde et interne que le niveau du « juste prix » pourrait être apprécié, mieux en tous cas que par les mécanismes actuels. Une faiblesse du système en place est la mauvaise évaluation du niveau du « juste prix » ; le contrôle est à la fois tatillon et formel (donc long et coûteux) et peu efficace sur le fond, faute pour la Sécurité sociale de pouvoir s'assurer le concours de réelles compétences (9).

La participation de la Sécurité sociale préserverait l'intérêt à long terme (la recherche), limiterait les pratiques abusives baptisées « recher-

(9) *Chimie Actualité* (7 juin 1971) prête à M. Maillard, président du SNIP des propos où il reconnaît que l'effort de nouveauté est d'abord dirigé de façon à sauter aux yeux des commissaires aux prix, au détriment d'efforts plus fondamentaux.

che » (copiage de médicaments, modifications mineures de formules moléculaires) et la rotation, souvent peu justifiée, des produits. Enfin, cette solution ne découragerait pas nécessairement les capitaux privés. La Sécurité sociale pourrait très bien être neutre vis-à-vis de la rémunération du capital (équilibre entre ses recettes comme actionnaire et ses dépenses de remboursement pour toute modification des profits) tout en étant sévère vis-à-vis des gaspillages inhérents au système capitaliste (publicité, frais généraux) qui amputerait ses profits (comme actionnaire) et amplifieraient ses dépenses par le jeu de leur répercussion sur les prix. Cette solution peut être envisagée sans une remise en cause complète du caractère libéral de la pharmacie, qui ne pourrait sans difficulté être socialisée isolément du reste de l'économie.

Action sur la consommation

Sans entrer dans le fond du débat sur le « profil médical », il semble qu'une application assez souple de cet instrument pourrait sauvegarder le caractère libéral de la médecine, auquel les praticiens tiennent (ainsi qu'une part vraisemblablement majoritaire des patients), en évitant au moins les anomalies les plus graves ; on peut aussi penser que du seul fait de son existence, ce fichier devrait inciter les praticiens qui prescrivent exagérément à se modérer (10).

D'un autre côté, on peut envisager en toute bonne foi une modification du régime des remboursements de Sécurité sociale et surtout des mutuelles complémentaires. Il semble qu'un remboursement systématique soit générateur de laxisme, alors qu'en dernier ressort l'ensemble des ménages est toujours le payeur, même si le paiement n'apparaît pas très évident. Un déficit de la Sécurité sociale, toutes choses égales par ailleurs, entraîne soit une baisse des revenus des ménages (s'il est fait appel à l'impôt pour le combler), soit des salaires inférieurs au niveau économiquement possible (s'il est fait appel à un relèvement des cotisations, patronales ou salariales, peu importe). Une couverture totale pour les gros risques, les longues maladies, les traitements coûteux, représente un objectif dont l'intérêt n'est pas discutable du point de vue de la solidarité nationale ; en revanche le maintien pour les petits risques d'une participation non négligeable (réglementation assez souple pour permettre l'appréciation de cas particuliers) du consommateur doit être une garantie contre les abus possibles des consommations individuelles. Un appel, dans une proportion à débattre, au portefeuille de chacun peut être un garde-fou. Ainsi, on pourrait envisager que les mutuelles ne soient autorisées à couvrir les petits risques qu'à concurrence de $x\%$ (à définir) compte tenu de la part de la Sécurité sociale.

Le mécanisme actuel du remboursement correspond peut-être à une erreur de gestion de la Sécurité sociale dont il faudrait débattre, chiffres

(10) Une autre action dont l'effet ne serait sans doute pas immédiat peut être tentée : une information économique du corps médical introduite en cours d'études. Les articles de ce numéro pourraient être distribués systématiquement au corps médical ! La sensibilisation au problème serait d'un coût modeste vis-à-vis des économies recherchées.

en main, le bien-fondé. L'admission au remboursement suppose une ordonnance médicale : il est probable que les remboursements par la Sécurité sociale des médicaments s'en sont trouvés allégés, mais il est moins sûr que la charge globale sur les ménages en soit allégée d'autant et, en tous cas, la consommation du service des médecins a dû largement augmenter. Il n'est pas évident que la Sécurité sociale soit gagnante au total des remboursements (médicaments et médecin) alors qu'il est très probable que l'ensemble de la charge sur les ménages a progressé.

A titre d'hypothèse, on peut signaler que le mode de traitement usuel n'est pas le seul possible : l'acupuncture ignore les médicaments et soigne un quart de l'humanité ; l'homéopathie, déjà plus proche de notre mentalité occidentale, est assez peu coûteuse en produits pharmaceutiques. En l'état actuel des choses le corps médical semble partagé, et l'opinion publique largement conservatrice.

Action au niveau de la distribution

Au stade de la distribution, des progrès peuvent être accomplis. Ils se posent en termes de rapport de force avec l'ordre des pharmaciens défendant ses intérêts en même temps que le statu quo. Comme tout commerçant, le pharmacien a des frais ; il doit en particulier, approvisionner rapidement ses patients et donc stocker. Compte tenu des ventes d'autres produits (articles et produits d'hygiène, de toilette, cosmétiques, aliments diététiques et pour bébés, etc.), dont les marges sont libres et apparemment importantes (la comparaison des prix des petits pots et farines pour bébés en pharmacie et dans les hypermarchés est éloquente), compte tenu de ce que certains articles (vente exclusive en pharmacie) incluent dans leur prix « les conseils et le service » du pharmacien (combien le savent et quelle est l'utilité réelle ?), la marge sur les spécialités remboursables n'apparaît pas exorbitante. En fait, il faut éviter de raisonner en terme de marge en % car chacun sait que les notes (en valeur) de pharmacie sont généralement d'un montant unitaire élevé. Pour cette raison, une certaine baisse des marges semble encore possible (d'autres baisses autoritaires dans le passé n'ont pas ruiné la profession !). Le profit attendu d'une officine se mesure au prix d'achat du fonds (qui atteint en moyenne les sommets parmi les commerces), alors que les pharmaciens justifient leurs marges par le prix d'achat du fonds ! Dans l'optique d'un service public, des suppléments tels que ceux pour services de nuit sont impensables ; paye-t-on le dernier métro plus cher qu'aux heures d'affluence ? Bien d'autres commerces ont des obligations analogues : le boulanger cuit son pain la nuit ; le boucher va aux halles de très bonne heure.

Si l'ordre des pharmaciens ne réglait pas le nombre et la localisation des officines, une certaine concurrence pourrait jouer sur les prix. Au sein même de la profession le « numerus clausus » risque de n'être plus tenable, le rapport entre les officines créées ou disponibles et les pharmaciens nouvellement diplômés étant de l'ordre de 1 à 3. Il est très grave que l'ordre se soit toujours opposé au développement des phar-

macies mutualistes (11) prévues par la loi, gérées par des représentants des utilisateurs, employant des pharmaciens salariés. Obtenir la levée de ce veto permettrait des baisses locales certaines, et surtout un effet d'entraînement par la concurrence.

Actions intéressant les producteurs

Quels sont les éléments qui intéressent les coûts : la publicité, la recherche, la réglementation, le conditionnement, le nombre des spécialités ?

Sans être excessive comparée à celle d'autres secteurs, la publicité représente en charge directe environ 4 % du prix public (et donc près de 8 % du prix TTC fabricant) ; pour la branche voisine (parfumerie, soins, hygiène), ce taux est estimé à 10-15 % environ. On pourrait donc conclure que la réglementation de la publicité pharmaceutique a un certain succès. Mais en y regardant de plus près une évaluation correcte incluant les charges salariales des visiteurs médicaux donne pour l'ensemble des dépenses publicitaires 17 % du chiffre d'affaires hors taxes des producteurs (25 % aux Etats-Unis). Sur le marché français la dépense hors charges salariales est évaluée à 400 millions, des projections faisant état de 600 millions en 1975. 8.000 visiteurs médicaux sont chargés par la profession d'informer (souci louable) et surtout de faire pression sur les médecins pour les produits qu'ils vantent.

Les médecins généralistes reçoivent en moyenne 27 visiteurs par mois ; chaque visiteur prospecte en moyenne 5,2 médecins par jour ouvrable et présente (ou mentionne) 1,26 (ou 2,60) médicaments par visite. Cette forme de publicité représente une bonne moitié des frais de publicité, d'autant que la formation des visiteurs est coûteuse. Elle permet aux laboratoires la constitution d'un véritable fichier des prescripteurs (12). Chaque médecin reçoit en moyenne par semaine trois kilos de courrier publicitaire et sept kilos de revues (il en existe 6 à 700) qui sont largement des supports publicitaires ; il est clair que si le coût est élevé, le rendement attendu par les producteurs doit l'être moins.

Sans porter atteinte à l'information qui doit être maintenue, on peut envisager un journal officiel, géré par des représentants des Ordres des médecins, des pharmaciens, des producteurs et de la Sécurité sociale, publiant sous forme légale objective et normalisée la présentation des nouveautés, sans publicité, précisant les coordonnées du producteur, dont la périodicité pourrait être le mois ; ceci permettrait, à l'initiative du praticien, de demander une documentation ou une visite. Les frais seraient sans doute bien diminués sans que l'efficacité de l'information soit perdue.

En ce qui concerne la recherche, son maintien est vital à terme pour le progrès, pour l'économie en général, et la compétition internationale. En termes d'effectifs, aux 8.000 visiteurs médicaux (15 % des effectifs)

(11) 16 750 officines en 1970, contre 57 pharmacies mutualistes et 74 sociétés minières de secours.

(12) Un fichier manuel existe : les délais de diffusion renchérissement son fonctionnement peu satisfaisant. Une exploitation informatique est à l'étude.

on ne peut opposer que 5.000 salariés affectés à la recherche, dont 1.400 chercheurs à proprement parler. Comme dans beaucoup de pays, l'Université assure gratuitement une part de la recherche fondamentale. L'Institut Pasteur assure également des recherches d'intérêt général. On doit remarquer que la part du « développement » augmente et dépasse peut-être la moitié de l'ensemble de la recherche propre au secteur industriel, ce terme pouvant masquer les copiages, les contrefaçons ou les études de conditionnement. La dernière enquête de la DGRST donnait (pour l'année 1968) 6 % du chiffre d'affaires hors taxes du secteur consacré à la recherche ; compte tenu des recherches des sociétés chimiques il restait 4,5 % comme part des laboratoires pharmaceutiques. Comme Janus, ce chiffre a deux visages : il se lit 8,6 % pour les laboratoires faisant de la recherche, et exploitation des brevets des autres pour les petits laboratoires. Dans le système capitaliste actuel l'efficacité de la recherche passe par la formation de trusts regroupant les sociétés marginales.

L'Etat peut aussi encourager la recherche par des procédures comparables à celles de l'aéronautique avec une participation de l'Etat aux risques de la recherche sur des programmes précis ; on peut encore imaginer une sorte de taxe parafiscale réversible sur la profession, réservée pour des projets d'un intérêt évident pour la collectivité, la gestion étant assurée par un organisme indépendant (Etat, Sécurité sociale et producteurs) fonctionnant un peu de la même façon que les agences financières de bassin pour la lutte anti-pollution.

Le cadre réglementaire général devrait être révisé : une protection trop sévère contre les importations n'est pas un facteur de dynamisme et supprime certains effets bénéfiques de la concurrence sur les prix. Une plus grande ouverture sur l'étranger (à définir quant au détail des mesures) paraît souhaitable (13). A court terme, dans un cadre de réciprocité, une action limitée au marché commun est possible après harmonisation des contrôles.

Compte tenu de l'accélération du progrès, la protection des inventions et les rentes de situation qui en résultent (en contrepartie des frais de recherche engagés) pourraient être plus limitées dans le temps. Une fois le lancement d'un produit en série réalisé, on peut envisager, au bout de deux ans par exemple, que la Sécurité sociale exige une baisse substantielle, justifiée par un certain amortissement déjà effectué, à l'occasion du renouvellement périodique de visa (14). Cette mesure pourrait avoir comme effet indirect de rendre plus difficile la rotation des produits en donnant un avantage de prix aux plus anciens.

La réglementation devrait être étendue aux produits de base pour la pharmacie, car il suffit de sociétés écrans produisant ces matières premières pour justifier d'un prix de revient élevé au niveau du médicament conditionné et réaliser un transfert de bénéfices entre sociétés d'un même holding (15).

(13) Un décret, aux effets pratiques limités, vient de paraître dans ce sens.

(14) Avec une certaine efficacité, la procédure actuelle de « concertation » est un progrès dans cette direction, et doit être approfondie.

(15) Ce jeu était surtout payant avec le système du « cadre de prix ».

Disons encore quelques mots sur les prix : la profession se fait gloire de ce que les prix français soient les moins chers du monde ; il est difficile de le vérifier, mais cette affirmation paraît en contradiction avec les chiffres de la consommation de médicaments par tête, où la France figure dans les premiers rangs ; il ne semble pas en effet très rationnel de penser que la consommation de médicaments en volume des Français soit très largement supérieure à celle des Allemands par exemple ; il est vraisemblable que c'est le volume (et non le prix) des médicaments qui marque un certain type de civilisation. Nous avons relevé quelques indications sur l'évolution de l'indice des prix des médicaments en notant une relative stabilité ; un tel indice n'est valable que sur une série suivie dans le temps. Un médicament cessant d'être vendu est remplacé par un autre, et c'est par une estimation, par nature assez subjective, qu'on peut évaluer ce qui dans l'augmentation réelle (si elle a lieu) correspond à une augmentation pure de prix (ce qui est seul pris en compte dans l'indice) et une amélioration de qualité. On peut même imaginer qu'une spécialité nouvelle présente une hausse réelle, et entraîne une baisse de l'indice si l'« effet qualité » est important. On conçoit qu'une rotation rapide des produits peut être lucrative pour les fabricants, l'effet qualité étant bien difficile à cerner, sans que l'indice progresse pour autant, ce qui limite la portée et la signification de cet instrument.

Souvent, le nombre de médicaments est considéré comme responsable de leur coût ; en fait, la rotation est rapide et, compte tenu de la substitution des médicaments nouveaux aux médicaments anciens, le nombre de médicaments a nettement diminué (17.000 présentations en 1958, 11.000 en 1967) et le mouvement se prolonge naturellement. Comparant les pays, la France n'apparaît pas mal placée dans cet effort de réduction.

TABLEAU VIII. LE NOMBRE DE MEDICAMENTS DANS LE MONDE (1967)

	Nombre de produits (1)	Nombre total de présentations (1)	Présentations usuelles
France	3.000	11.000	8.500
RFA	7.500	24.000	12.000
Italie	12.000	21.000	14.000
Royaume Uni	3.000	9.000	(9.000)
Japon	7.500	17.500	?

(1) A une spécialité correspondent plusieurs formes (comprimés, suppositoires...) et plusieurs dosages (adultes, nourrissons...) sans compter différents conditionnements (nombre de prises par unité de vente).

Le tableau, mis en avant par le SNIP, doit cependant être complété : par une action de longue haleine la Suède n'utilise actuellement que 1.600 spécialités.

Ainsi, si l'évolution est « spontanément » (compte tenu des réglementations de mise sur le marché) engagée dans le sens souhaitable, des

mesures d'accompagnement peuvent être prises. Les limites sont évidentes : la commodité thérapeutique de présentations différentes ne peut être comprimée à l'excès ; on ne peut toujours supprimer certains médicaments spécifiques même s'ils n'ont qu'un débit limité. Pour le nombre de produits un objectif de réduction peut être, en pratique, l'alignement progressif sur le nombre de spécialités effectivement utilisées par les hôpitaux, sans pour autant perdre de vue le fait que le champ des maladies traitées dans les hôpitaux n'est pas complet.

Des économies peuvent enfin être réalisées au niveau du conditionnement, et on peut envisager la vente de médicaments en vrac dans certains cas particuliers (ampoules et gelules à l'unité, par exemple).



Pour conclure, nous pensons que ces pages pourront donner à réfléchir sur la complexité du problème ; les quelques suggestions constructives ne sont que des éléments de réponse (leur chiffrage devant être étudié en détail) et, au-delà du rationnel, elles touchent souvent aux convictions politiques de chacun.

Michel PREAU.

LES COUTS, AILLEURS



médecine privée et médecine publique en Grande-Bretagne

Peter LEWIS

Jusqu'en 1948, il y avait en Grande-Bretagne une organisation de la santé semblable à celle qui existe encore dans la plupart des pays occidentaux. Les gens aisés payaient leur médecin, les pauvres allaient dans les hôpitaux de bienfaisance, et les travailleurs devaient obligatoirement souscrire une assurance nationale qui les couvrait en cas de maladie. La profession médicale s'accommodait de cette situation désorganisée, dispensant aux riches des soins attentifs et coûteux, aux pauvres sa magnanimité, et des degrés variés de civilité entre-deux. Soudain, d'une manière fort peu caractéristique pour un pays qui s'enorgueillit de son pragmatisme et qui place le fait de se débrouiller au nombre des vertus essentielles, ces arrangements de fortune furent balayés par une nationalisation complète, qui établit à leur place une

organisation nationale de la santé, le *National Health Service* ou NHS. Celle-ci demeure presque inchangée aujourd'hui, vingt-cinq ans plus tard.

Ce bouleversement imprévisible fut la conséquence d'une rencontre de circonstances : la faillite presque totale des institutions charitables, l'habileté politique du socialiste Aneurin Bevan, ministre de la Santé, l'opposition inepte et fragmentée des médecins britanniques, et dernier fait, mais qui n'est pas sans importance, l'humeur de l'époque. L'année 1948 vit le point culminant des désillusions et de l'austérité d'une part, la Grande-Bretagne allant d'une crise économique à l'autre, tentant vainement de se réorganiser, de mettre en place de nouvelles structures, et de l'idéalisme d'autre part, car il suggérait des espoirs nouveaux pour l'avenir. On alla même jusqu'à prédire que la nationalisation de la médecine redonnerait vie à l'économie en améliorant la santé, et qu'en prévenant les maladies elle diminuerait le coût des services médicaux. Le NHS ne fut pas fondé cependant comme monopole d'Etat, unique distributeur de la santé, et la médecine privée continua à exister. La mesure de sa vitalité ou de son dépérissement par rapport au service public peut être l'objet d'une étude économique et sociale intéressante.

Le NHS, service national de la santé

Le NHS fournit des soins médicaux, qui à l'exception de quelques cas peu importants sont gratuits pour le consommateur. Le coût annuel (1) de cette organisation est de 2 384 millions de livres sterling (2 384 m £). Cette somme énorme représente 5,5 % du produit national brut, et seulement 107 m £ proviennent de ce que le consommateur paye directement pour des articles précis, par exemple le paiement nominal exigé pour l'achat de médicaments, de lunettes ou de dentiers. Le reste, 2 277 m £ provient des impôts, ce qui représente un prélèvement de £ 41 par personne, ou plus du double si on calcule par personne employée active seulement. Ces chiffres soulignent l'importance du coût qui domine toute discussion des soins médicaux aujourd'hui. L'entretien d'une organisation de la santé moderne et complète est très coûteux, et augmente continuellement. Il est peu probable qu'un habitant moyen choisirait de payer une prime de £ 41 pour financer un système commercial d'assurance-maladie. De fait, les 2 millions de gens qui s'assurent de manière privée payent en moyenne une prime de seulement £ 12 par an, bien qu'à vrai dire on soit obligé d'admettre qu'ils payent aussi la prime obligatoire de £ 41.

Quel genre de service le NHS offre-t-il en échange de telles sommes ? C'est une organisation tripartite, composée des médecins praticiens (General Practitioners, ou G.P.), des services hospitaliers, et de la Santé Publique.

(1) Tous les chiffres se rapportent à l'année 1971.

La partie la plus coûteuse du NHS est constituée par les services hospitaliers, qui couvrent plus de la moitié du budget annuel, 1 198 £ de dépenses courantes, et 139 m £ en dépenses de remplacement de capital. Le personnel médical, dont les salaires représentent 9 % de la dépense, est formé de salariés à plein temps, avec une seule et très importante exception. Les médecins d'un échelon supérieur ou consultants, qui ont des postes de haute responsabilité clinique, peuvent travailler pour le NHS à temps partiel, et acquièrent ainsi le droit d'exercer de façon privée. Ce n'est pas le cas de tous, car leur salaire dans le NHS est diminué proportionnellement, et ils peuvent être dans une spécialité, l'hématologie par exemple, où il n'y a presque pas de demande dans le privé. D'autres spécialistes au contraire, les chirurgiens en particulier, sont très souvent à temps partiel, et ont une clientèle privée. Les hôpitaux du NHS gardent des lits pour l'usage de cette clientèle, et lui font payer le prix coûtant pour l'occupation de ces lits, c'est-à-dire, pour un malade hospitalisé environ £ 70 par semaine.

Le deuxième secteur du NHS est celui des médecins de famille ou GP. Cet ensemble coûte 546 m £ par an, dont 33 % payés aux médecins, le reste allant aux médicaments, coûts dentaires, opticiens et administration. Le NHS emploie ces praticiens de manière assez étrange. Les docteurs ont avec le NHS un contrat qui les oblige à fournir des soins médicaux aux malades qui choisissent de constituer leur clientèle (ce choix est libre du côté du malade, et simplement limité par des questions de distance). Le service inclut la possibilité ininterrompue d'attention médicale, les urgences, un certain nombre de consultations, la possession de locaux convenables et d'employés subalternes. En échange, le GP reçoit une allocation fixe pour chaque patient qui met son nom sur sa liste, et des indemnités lui permettant de payer une partie des dépenses de son cabinet. Cette solution bizarre a vu le jour en raison de la résistance de la profession médicale à devenir des fonctionnaires salariés. L'avantage évident que le GP en tire, c'est qu'il est imposé comme une petite entreprise avec tous les avantages que cela implique.

Le troisième secteur est organisé au niveau des communes par des médecins salariés travaillant à plein temps, dont la responsabilité est la santé publique. Ses activités, peu excitantes mais essentielles, incluent l'organisation de logements spéciaux pour les vieillards, les visites d'infirmières à domicile, les services d'ambulances, la médecine scolaire, les dispensaires pour les nourissons, l'inspection de la nourriture, etc. dont le coût est d'environ 501 m £ par an. De temps en temps, des cas de typhoïde importés d'une station de ski ou découverts dans une boîte de corned beef suscitent dans cette branche des moments de panique et d'activité plus dramatiques.

Telle est donc l'organisation qu'on est en train de modifier en ce moment en Autorités Locales de la Santé pour obtenir une coordination

plus efficace. Que dire de la qualité des soins offerts par le NHS ? Cela dépend évidemment de celui qui juge et de ses critères. Statistiquement, le NHS est une réussite. La Grande-Bretagne figure en bonne place dans les tableaux internationaux pour des indices tels que la mortalité maternelle, l'espérance de vie, la mortalité infantile, le nombre de médecins par habitant, etc. Les plaintes contre lui concernent non l'incompétence des médecins, mais principalement la mauvaise organisation, la qualité médiocre des commodités hôtelières, les longues attentes pour des opérations chirurgicales mineures, etc. En général, si l'on est pauvre et malade, le NHS est merveilleux ; si l'on est un businessman aisé avec une vérue plantaire, il est épouvantable.

Cette situation est en fait délibérée de la part du gouvernement. La demande de soins médicaux est à peu près illimitée tant en genres qu'en quantité, et le fait de rendre plus difficiles à se procurer les traitements moins importants joue un rôle de rationnement essentiel dans un système gratuit, si l'on ne veut pas épuiser les ressources.

Les soins médicaux privés

Très peu de médecins en Grande-Bretagne sont exclusivement des médecins privés. En effet, la plupart sont des employés du NHS et n'ont pas le droit d'avoir une clientèle privée. Parmi ceux qui l'ont, il y a tous les GP, en raison de leur statut particulier de contractant, et les consultants à temps partiel qui peuvent louer un cabinet de consultation, par exemple à Harley Street (médecine) ou Wimpole Street (chirurgie) à Londres. Mais la renommée de ces deux rues ne doit pas faire oublier que la plupart des consultations privées ont lieu dans les hôpitaux du NHS.

Il y a également très peu de cliniques privées, et la plupart des lits occupés par des malades privés le sont à l'intérieur des hôpitaux gérés par le NHS.

La clientèle privée est composée de gens qui pensent pouvoir obtenir un service meilleur que celui qui est offert par le NHS. Les manques principaux que la médecine privée essaie de combler sont surtout de l'ordre de la commodité, le choix totalement libre du spécialiste consulté, une plus grande liberté quant aux heures des consultations, et un niveau plus élevé dans la qualité du « logement » si l'on est hospitalisé. La plupart des hôpitaux du NHS mettent les malades dans de grandes salles communes ; « médecine privée » est devenu synonyme de « chambre particulière ».

La plupart de ces patients s'assurent contre le coût des soins médicaux par l'intermédiaire de l'une des caisses de prévoyance ou organisations spécialisées dans les assurances-maladie. On peut donc déduire des comptes de ces caisses des statistiques assez complètes quant à l'extension de la médecine privée en Grande-Bretagne.

Des 13 m £ annuellement perçus par les hôpitaux du NHS à titre privé, 10 m £ environ sont payés par ces caisses, ce qui en montre l'importance quasi-totale. Deux, en particulier, la British United Provident Association, ou BUPA et le Private Patients Plan, ou PPP, se partagent 96 % du total, le reste étant divisé entre six autres compagnies. Ces

caisses de prévoyance couvrent les frais médicaux privés ; les primes sont prélevées, soit au niveau individuel, soit, ce qui est plus fréquent au niveau de groupes qui prennent une assurance commune. Ce sont le plus souvent des firmes industrielles, qui prennent ces assurances et s'en servent comme moyen de s'attirer des employés. La raison de ce phénomène n'est pas claire. Il est peu probable que ces firmes pensent que leur personnel haut-gradé est menacé d'être plus gravement malade s'il est livré au NHS ; plus vraisemblablement ces assurances ont une valeur de snobisme, ne coûtent pas très cher et donnent à l'employé un certain cachet.

Ces assurances couvrent la plupart du temps le traitement par des spécialistes, et certaines caisses vont même jusqu'à exclure les honoraires payés à tout autre qu'à un consultant. Les essais pour fonder une médecine de famille privée ont toujours échoué, et l'un des projets de financement par la British Medical Association qui voulait subventionner une telle organisation a dû être abandonné. Les malades privés vont directement au-delà du GP et se présentent chez les spécialistes, ce qui n'est guère différent de ce qui se passe par exemple dans la médecine américaine.

En 1971, les caisses payèrent 16,5 m £ pour les soins donnés par des spécialistes, dont presque 6 m £ en honoraires de chirurgiens et anesthésistes, et 10 m £ en frais d'hôpital. Les consultations se montaient à 2 m £ seulement. 58 % des frais chirurgicaux couvraient des opérations majeures.

Ces données nous permettent de dresser un portrait du malade privé moyen en Grande-Bretagne. Il occupe une place élevée dans l'échelle des salaires et fait partie d'une élite qui groupe environ 4 % de la population ; il travaille pour une entreprise ou est membre d'une profession libérale. Il paye en moyenne £ 24,15 par an pour s'assurer lui-même, ainsi qu'1,1 membre de sa famille, contre le coût des soins médicaux. Ceux-ci quand ils ont lieu consistent généralement en une opération chirurgicale subie dans un hôpital du NHS, mais avec une chambre particulière.

Médecine privée contre médecine publique

La signification et la portée de la médecine privée sont d'un grand intérêt. D'abord son importance économique est quasi nulle. L'idée que le NHS pourrait échapper à ses difficultés financières en encourageant la médecine privée est parfaitement ridicule. La comparaison des sommes en jeu, 22 m £ contre 2 384 m £ le montre de façon évidente ; jamais la différence ne pourrait être comblée. Cependant ces paiements ont pour effet d'augmenter considérablement les gains de certains médecins du NHS. Un chirurgien, un anesthésiste perçoivent en moyenne £ 1 200 par an de leur clientèle privée, ce qui représente à peu près 20 % de leur salaire NHS. Les médecins ne perçoivent de la même source qu'environ £ 300.

L'influence sociale de cette division est plus importante. Aussi longtemps qu'une proportion notable de l'élite de la nation pourra échapper au traitement dans le cadre du NHS, il y aura peu de protestations cohérentes, et par conséquent peu d'efforts faits pour améliorer ses défauts. Le même argument s'applique au système d'éducation du Royaume-Uni. La ségrégation des privilégiés, que ce soit dans les publics schools, ou dans les chambres individuelles fait baisser le niveau des autres.

Sur le plan médical, le système est nuisible de deux points de vue. D'abord il encourage un double critère de traitement, et bien des consultants négligent leurs malades « NHS » pour s'occuper de leur clientèle privée. Ceci est inévitable, prévisible et naturel. En outre, cela permet au gouvernement de négliger les salaires des médecins, sous prétexte que la clientèle privée viendra augmenter leur gains - ce qui est d'ailleurs faux. Un consultant britannique gagne en moyenne £ 8 000 par an, contre £ 22 000 pour son équivalent en France, £ 23 000 en Suisse, et £ 17 000 en Allemagne. Même les £ 1 200 du chirurgien ne complètent pas cette différence qui encourage les jeunes médecins à l'émigration vers les Etats-Unis et le Commonwealth en particulier.

De plus, la médecine privée est une force réactionnaire dans les soins médicaux modernes, car elle perpétue une forme désuète de rapport entre le médecin et le malade. Avant l'apparition d'une thérapeutique efficace, le rapport médecin/malade était composé d'une confiance aveugle d'un côté, et de charlatanisme professionnel de l'autre. Certes, ceci n'est pas toujours mauvais et peut même avoir une valeur psychologique indéniable, mais il y a aujourd'hui des traitements efficaces, et il est important d'encourager les malades à se comporter de façon rationnelle et à accepter un diagnostic scientifique fondé sur des examens. Les vrais malades ont besoin de science et pas seulement de sympathie, et pour cela il faut une équipe de spécialistes, et non plus un seul individu tout puissant. Il faut aussi des locaux, des laboratoires, de l'équipement, plus coûteux que le lit d'auscultation, antique ou non, et dont le financement n'est concevable qu'à l'échelle nationale. La principale faiblesse de la médecine privée telle qu'elle apparaît dans les statistiques est la suivante : tandis que le NHS consacre 87 % de son budget à autre chose qu'aux salaires de ses médecins, le chiffre pour le privé n'est que de 64 %. Il est évident que le consommateur, ou bien reçoit beaucoup moins de secours de la technique, ou bien le reçoit, mais ne le paye pas. Les deux sont probablement vrais à la fois.

Enfin, la médecine privée perpétue une idée fautive de la maladie comme événement précédé et suivi de bonne santé. Le malade privé est obsédé par le mythe de l'intervention chirurgicale et ne voit pas que le maintien de la santé réside beaucoup plus aujourd'hui dans un diagnostic précoce, le dépistage systématique et une prévention à long terme des maladies qui peuvent être évitées. De tout cela, la médecine privée ne se préoccupe pas ; le NHS commence lentement à s'y attaquer, et c'est un rôle qui lui convient fort bien.

Dr Peter LEWIS,
Royal Postgraduate Medical School, London.

coûts de la santé en URSS

Henri CHAMBRE

La Santé Publique est un des domaines où le succès de l'Union Soviétique en matière de service s'avère le plus franc. Dans une société qui se veut socialiste et se propose d'assurer le mieux-être de toute sa population sans discrimination aucune, on comprend aisément que tout ce qui contribue à maintenir et à améliorer la santé des citoyens constitue un objectif majeur au même titre, en principe, que l'augmentation du revenu national distribué, le logement, la production de biens de consommation courante ou durable, les loisirs, etc. Or, c'est un fait que, dès la période stalinienne de la recherche de la croissance économique la plus grande possible et même avant, les services de Santé connaissent un essor bien plus rapide que les autres (1).

Principes fondamentaux, But et Organisation

Au point de départ de toute l'organisation administrative et opérationnelle des services de la Santé Publique soviétique, quelques principes directeurs leur donnent leur physionomie propre.

- Conformément à l'article 120 de la Constitution de 1936 qui garantit le droit de *tout* citoyen soviétique « à être assuré matériellement dans la vieillesse et aussi en cas de maladie et de perte de capacité de travail », le premier principe qui guide les services de la Santé soviétique est leur universalité. Le programme du Parti communiste de l'URSS l'a rappelé en 1961.

- L'ensemble des services de Santé Publique constitue un système unique. Même s'il existe des services médicaux et sanitaires autonomes (Défense nationale, Marine militaire, Voies et Communications, Intérieur), leur action est coordonnée avec celle des services de l'Union de telle sorte que le principe d'unité ne soit pas violé.

- Puisque la santé est un des biens que le Pouvoir entend maintenir et développer pour toute la population, c'est à lui de se donner les moyens de la politique de la santé qu'il entend poursuivre, compte tenu des types de société et de population qu'il s'assigne comme objectif

(1) Pour une étude approfondie des services de la Santé Publique en URSS, le lecteur se reportera à :

- A. DACQUIN, Les progrès et les coûts de la Santé Publique soviétique (1950-1965). **Economies et Sociétés**, Cahiers de l'ISEA, 1969, n° 2, pp. 241-330.

- M.-G. FIELD, **Soviet Socialized medicine, An introduction**, The Free Press, New York, 1967, 231 p.

- Pour les statistiques récentes, voir **Narodnoe Hozjajstvo v 1970 g.**, Moscou, 1971, et **Sel'skoe Hozjajstvo**, Moscou, 1971.

terminal. Il le fait en liant les activités des services de Santé aux autres activités économiques et sociales en les inscrivant dans les plans de développement économique et social (quinquennal, annuel). Chacun d'entre eux comporte un plan des activités de la Santé Publique et un chapitre du budget (budget de l'URSS) prévoit le financement de ces activités.

- Sous quelque forme qu'elle soit, l'aide médicale est gratuite pour tous.

- Par l'intermédiaire de divers organismes, la population tout entière est invitée à prendre en main ce qui concerne la Santé Publique : « La défense de la santé des travailleurs est l'affaire des travailleurs eux-mêmes ». Même si dans les faits les résultats ne correspondent pas toujours aux besoins des services de Santé, collaborent avec ses organismes et ses personnels, la Commission de la Santé du Soviet local, les Conseils de Sécurité Sociale des Comités d'entreprise, les Inspecteurs socio-sanitaires, les Conseils des travailleurs des hôpitaux, les personnels des dispensaires et des stations anti-épidémiques. De plus pour toute action importante, des appels à l'opinion publique sont lancés par la presse et la radio.

Le but que se propose la totalité des Services de Santé soviétique est le dépistage de la maladie, la prévention des épidémies, entraînant aussitôt des interventions telles qu'il ne soit plus nécessaire de guérir, ou du moins que cette éventualité ne concerne qu'un nombre restreint de cas.

Les divers établissements et organismes de la Santé Publique sont connectés entre eux selon un système pyramidal, hiérarchique, calqué sur le système administratif. A la tête, donnant l'impulsion, fixant les règles et les méthodes d'action, se trouve le ministère de la Santé Publique de l'URSS, qui exerce ses fonctions de direction et de contrôle à travers les ministères correspondants de 15 Républiques fédérées, plus étoffés en départements spécialisés que le ministère central. L'échelon intermédiaire est composé de Services régionaux (provinces, territoires, etc.) organisés dans le cadre des divisions administratives, dont la structure est calquée sur celle des services de l'échelon supérieur. Viennent ensuite les échelons urbains et ruraux.

Les villes soviétiques sont divisées en arrondissements (*raïon*). Au plan de la Santé, chaque arrondissement est lui-même divisé en districts comprenant chacun 3 000 à 3 500 habitants. Le district (*utchastok*) est l'unité primaire sur la base de laquelle sont dispensés les soins médicaux de telle sorte que la population urbaine soit totalement et *effectivement* prise en charge. Chaque district est desservi par un médecin (de district) et une infirmière. Il possède un dispensaire qui est le premier chaînon des Services de Santé et le point de départ pour accéder aux soins médicaux. On y applique une méthode de surveillance systématique de l'état de la santé de la population et de dépistage des maladies, qui permet de protéger au mieux une population donnée. Les autorités accordent la plus grande attention à la marche du dispensaire.

Au niveau de l'arrondissement urbain, le service opérationnel est l'hôpital d'arrondissement urbain. Il dessert une population pouvant varier de 70 000 à 150 000 personnes. Il comprend deux grands éléments : une

section hospitalière et une polyclinique. L'ensemble est dirigé par un médecin principal assisté de médecins chefs de service dans les grands hôpitaux. C'est par l'intermédiaire de la polyclinique que sont articulés les services médicaux d'arrondissement et ceux des districts. Elle est responsable des visites à domicile effectuées par les médecins de district et du travail d'éducation sanitaire et prophylactique de la population des districts.

Enfin les entreprises industrielles urbaines sont dotées suivant leur importance d'une section médicale et sanitaire (4 000 personnes) et de postes sanitaires (300 à 800 personnes). La Section d'entreprise dépend du Comité de la Santé de l'arrondissement sur lequel est implantée l'entreprise et travaille en liaison avec le Comité d'entreprise.

Au plan rural, l'assistance médicale est assurée par 3 types d'établissements qui sont, par ordre d'importance croissante, l'hôpital de district rural, d'arrondissement rural et de province (*oblast'*). L'hôpital de district rural, qui n'existe d'ailleurs que lorsque les distances à parcourir sont trop grandes pour donner des soins d'urgence, dessert un territoire précis d'environ 5 à 10 km de rayon, sur lequel se trouvent kolkhoz, sovkhoz et localités rurales. Il est situé dans la localité la plus importante et compte de 25 à 30 lits. Il est dirigé par un médecin-chef assisté d'un médecin spécialisé pour les questions d'assainissement. La base de l'équipement médico-sanitaire des campagnes est constituée par les postes d'officier de santé (*fel'dsher*) et d'accoucheurs ou sage-femmes qui dépendent directement de l'hôpital de district et travaillent en liaison avec les maternités de kolkhoz et la Section médicale du Soviet rural. Ils assurent la surveillance sanitaire courante de la population et ils lui donnent les bases d'une éducation sanitaire adaptée.

L'hôpital d'arrondissement rural est le centre de toute l'aide médicale à la campagne. Dirigé par un médecin-chef assisté de deux adjoints (médecine prophylactique et épidémiologie), il a une taille qui varie de 120 à 250 lits. La meilleure manière d'assurer l'aide médicale rurale consiste à créer un lien réel entre spécialistes de l'hôpital et médecins des districts ruraux.

L'hôpital de province est l'organisme le plus qualifié pour fournir l'aide médicale spécialisée à la campagne. Il est installé en ville, mais son activité ne s'exerce pas uniquement sur place. Il envoie des spécialistes dans les arrondissements et les districts ruraux selon un plan fixé à l'avance. De plus il doit préparer et améliorer la qualification des spécialistes et du personnel d'infirmières, laborantines, etc.

La coordination de l'action des établissements médicaux urbains et celle de l'action des établissements ruraux permettent d'assurer à la population tant urbaine que rurale une assistance médicale complète et la plus qualifiée possible. En 1970, pour une population totale de 241 720 000 personnes (population rurale 105 729 000) au recensement du 15 janvier, on compte 668 400 médecins (dont 479 600 femmes), 475 000 officiers de santé et un personnel médical moyen (infirmiers, infirmières, laborantines, etc.) de 2 123 000 personnes. Le nombre d'éta-

blissements hospitaliers est de 26 234 avec 2 663 300 lits. Pour une augmentation totale de 96 000 lits en 1970, 16 992 ont été mis en service dans des établissements ruraux, dont 6 440 par les soins des kolkhoz. La population rurale ne semble pas aussi bien desservie que la population urbaine. D'autres indices confirment cette impression.

Parallèlement au réseau d'établissements médicaux hospitaliers et prophylactiques opèrent deux autres réseaux importants sur tout le territoire de l'URSS. L'un s'occupe de la protection des mères, femmes enceintes et enfants et fait appel à un personnel spécialisé et à un ensemble d'établissements : consultations, maternités, maisons de repos (*sanatoria*), hôpitaux d'enfants, crèches et jardins d'enfants. L'autre réseau a en charge toute l'organisation des mesures sanitaires et anti-épidémiques ainsi que l'éducation sanitaire de la population (décret 1 107, 29 septembre 1963, du Conseil des Ministres de l'URSS). Un réseau hiérarchisé de stations sanitaires et anti-épidémiques opère à tous les niveaux des divisions administratives et médicales de l'Union sous la direction du Médecin principal de la Santé Publique de l'URSS qui a rang de ministre adjoint de la Santé de l'URSS. Les lois de l'Union donnent aux organismes de ce réseau des droits importants pour assurer la protection stricte de la santé de la population. L'action entreprise ne réussit d'ailleurs qu'en faisant appel à des moyens importants pour réaliser l'éducation sanitaire de la population.

Coûts et rendement de la Santé en URSS

Service entièrement socialisé, la Santé Publique soviétique voit ses coûts supportés par le budget de l'Union, budget consolidé qui regroupe ceux des administrations centrales, des républiques fédérées et les budgets locaux. Mais non pas tous ses coûts : une fraction variable selon les années est à la charge d'organisations diverses telles que coopératives, syndicats, organismes sociaux et kolkhoz.

En 1970, les dépenses budgétaires (y compris celles consacrées aux investissements) s'élèvent à 9 284 000 000 de roubles, soit 6 % des dépenses du budget de l'URSS. Au cours des vingt dernières années (1951-1970) ce taux a oscillé entre 4,6 % (1953) et 6,7 % (1965). Les dépenses budgétaires de la Santé comprennent celles effectuées pour la culture physique qui, dans la période où on peut ventiler les deux postes (1940-1965), représentent de 0,75 % à 1,5 % du total.

Les dépenses totales de la Santé Publique (plus celles de la Culture physique) se montent à 11,8 milliards de roubles en 1970, soit 2,5 milliards environ à la charge d'organismes divers, environ 21 % du total. Cette fraction est à peu près constante au cours des vingt dernières années. Elle est de beaucoup inférieure à celle des années trente : environ 60 % en 1933.

Les dépenses totales exposées par citoyen soviétique ont notablement augmenté au cours des douze dernières années : 26,3 R. en 1959 et 48,8 R. en 1970. Pour être complet, il faudrait ajouter les dépenses d'aide médicale effectuées par la voie des Assurances sociales, celles concernant la recherche et l'enseignement médicaux, les frais médicaux divers (expertises, prothèses, etc.) et les frais d'administration. En 1964,

ces dépenses annexes représentaient par personne environ 50 % des dépenses totales de la Santé Publique par personne.

Comment sont ventilées les dépenses budgétaires ? Si l'on s'en tient à 1970, on relève les postes principaux : environ 500 millions de R. pour les investissements, 8 156 000 000 R. pour les établissements médico-prophylactiques, 398 000 000 R. pour les établissements et les mesures sanitaires et prophylactiques, 47 000 000 R. pour la culture physique. Les dépenses afférentes aux autres postes ne sont pas mentionnées par les statistiques récentes.

Pour une période un peu plus ancienne (1950-1957) on dispose d'une ventilation plus détaillée. On constate qu'alors les dépenses pour le réseau des établissements urbains représentent environ 45 % à 50 % du total, celles pour le réseau rural environ 12,5 % à 15 % suivant les années. Les autres postes importants concernent les crèches urbaines (les crèches rurales viennent loin derrière), les Stations sanitaires et épidémiologiques, les fel'dsher-accoucheurs et les sanatoria pour tuberculeux.

Quelle est la part des salaires dans les dépenses budgétaires ? Si on connaît la masse salariale versée aux personnels médicaux et hospitaliers pour la période 1950-1957, on est réduit pour les années suivantes à des estimations plus ou moins entachées d'erreur parce que le calcul est basé sur le personnel annuel *moyen* employé. De 1950 à 1957, cette part a oscillé entre un peu moins et un peu plus de 50 % des dépenses budgétaires de Santé Publique. Entre 1960 et 1965, on peut estimer qu'elle passe de 51 % à 60,4 %. En 1970, on peut penser qu'elle représente 60,5 % de ces dépenses. Les dépenses salariales sont en gros de 10 à 11 fois supérieures à celles consacrées aux investissements effectués dans les services de la Santé.

La part des dépenses de la Santé Publique dans le revenu national (produit matériel net) a augmenté de 3,5 % en 1950 à 4,4 % en 1965 ; et, elle représente 4,1 % de ce revenu (289,6 milliards R.) en 1970. Ces taux ne sont pas directement comparables à ceux des pays où la Santé n'est pas entièrement un service public.

Quelques économistes soviétiques ont tenté, il y a quelques années, d'évaluer les effets du service de la Santé Publique dans le développement économique de l'URSS. Ayant fait appel à des méthodes et des procédures d'évaluation différentes, ils n'ont pas obtenu des résultats concordants. Mais ils semblent tout de même intéressants à relever. S.G. Strumilin, membre de l'Académie des Sciences, estime qu'en 1964 les Services de Santé ont conservé environ 5 000 000 de vies qui ont été appliquées à un travail productif. Il fait également l'hypothèse que toute l'augmentation du revenu national en 1964 par rapport à 1963 est le fait de la présence de ces personnes dans les circuits productifs, soit 12 350 000 000 R. Comme les coûts exposés cette année-là par la Santé Publique (y compris la culture physique) n'ont pas excédé 5 000 000 000 R., l'effet économique est au moins de 220 R. de revenu national additionnel pour 100 R. de dépenses effectuées pour la Santé. Un autre économiste estime que, cette même année 1964, la valeur totale des services rendus par la Santé Publique s'élève à 18,5 milliards de roubles, ce qui donne un effet économique d'environ 330 R. pour 100 R. de dépenses affectées

à la Santé. Un troisième économiste ne fait d'évaluation que pour quelques effets de la Santé Publique sur l'économie en 1965, mais il se garde bien de proposer un chiffre total.

Quoi qu'il en soit, les effets des services de la Santé Publique sur la population sont réels et notables. La mortalité qui était de 20,3‰ en 1926 et 18‰ en 1940 est passée à 9,7‰ en 1950. En 1960 elle tombe à 7,1‰, oscille autour de ce taux durant quelques années, mais remonte à 7,7‰ en 1968, 8,1‰ en 1969 et 8,2‰ en 1970. Cette même année, la mortalité est plus faible que ce taux global dans les républiques d'Asie Centrale, du Kazakhstan, de Transcaucasie et de Biélorussie. Cette situation pouvait déjà s'observer dans les vingt années antérieures sans être toutefois aussi sensible. Quant à la mortalité *infantile*, de 174‰ en 1926 et 182‰ en 1940, elle passe à 81‰ en 1950, 35‰ en 1960 et 25‰ en 1970.

L'URSS entend poursuivre son effort durant le plan 1971-1975 en consacrant 6 371 millions R. aux investissements dans les services de la Santé Publique (5 121 100 000 en 1966-70), dont 25 % avancés par les organismes sociaux (20 % en 1966-1970). Elle portera le nombre des médecins à 839 000 et le nombre des lits des services hospitaliers à 3 millions. Pour améliorer les services ruraux de la Santé, on envisage de construire environ 530 hôpitaux d'arrondissement rural, d'une capacité totale de 60 000 lits. D'autres mesures concernent la recherche médicale, les maisons de repos, la production d'équipements médicaux, de prothèses et de produits pharmaceutiques, etc.

En organisant sur des bases solides son Service de Santé Publique dès les premières années qui ont suivi la Révolution de 1917 et en associant en principe, sinon toujours dans les faits, la population à ses activités, l'Union Soviétique a réalisé une performance bénéfique à sa population et à son économie.

Henri CHAMBRE.

l'organisation de la médecine aux Etats-Unis

G. MALIGNAC

Dans de nombreux ouvrages ou rapports récemment parus aux Etats-Unis, les auteurs s'interrogent et n'hésitent pas à affirmer « nos modalités d'exercice de la médecine sont malades ». Il est vrai que la croissance des dépenses de santé est impressionnante (en milliards de dollars) : 4 en 1929 ; 13 en 1950 ; 27 en 1960 ; 71 en 1970 et 85 en 1972 - soit 400 dollars par tête. La progression en pourcentage du produit

national brut est aussi nette, passant de 4,6 % en 1950 à 7,1 % en 1970 et 7,4 % en 1971 (1). Les Etats-Unis connaissent donc une montée des dépenses de santé tout à fait comparable à celle enregistrée dans tous les pays industrialisés.

Avant d'examiner les facteurs responsables de cette tendance, il faut remarquer qu'il n'y a rien de mauvais a priori dans les modifications de la part de tel ou tel secteur économique dans le produit national. En fait, de telles modifications apparaissent comme le compagnon naturel de la croissance économique. Si la part de l'agriculture dans le produit national brut américain a baissé de 9 % en 1935 à 3 % actuellement, quelques autres industries ou services doivent apparaître en augmentation. Il n'y a rien de magique dans le chiffre de 4 % comme pourcentage consacré aux dépenses de santé. C'est maintenant près de 7 1/2 % mais cela pourrait être 8 % ou même 10 %.

Répartition des dépenses de santé

Le tableau I ci-dessous donne la répartition du total des dépenses consacrées à la santé, qu'elles soient d'ordre public ou d'ordre privé (2), y compris les frais de rééducation professionnelle, les dépenses consacrées à la recherche scientifique et les investissements publics (essentiellement construction des hôpitaux) mais non les dépenses pour l'enseignement et la formation du personnel médical et paramédical (cependant une partie de ces dépenses se trouve incluse dans les frais d'exploitation

TABLEAU I. REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE EN 1972 (1)

	en milliards de dollars	en %
Selon le mode de financement		
Particuliers (y compris assurances privées)	48	56
Gouvernement	32	38
Œuvres d'assistance	5	6
TOTAL	85	100
Selon l'affectation		
Soins hospitaliers	34	40
Honoraires médicaux	16	19
Dentistes	5	6
Médicaments	8	9,5
Recherche	2	2,5
Divers	20	23
Total	85	100

(1) Evaluation à partir des résultats de 1971.

(1) Cf. M. Michel, **Droit social**.

(2) Aux Etats-Unis, il y a un système complexe et étendu d'assurances privées : 85 % des Américains de moins de 65 ans ont une « assurance hospitalisation », et 40 % une assurance pour les consultations médicales. A côté, le système de prévoyance sociale comprend le « medicaid » (pour ceux qui ont de faibles revenus) et le « medicare » pour les personnes âgées de plus de 65 ans. - Voir, pour plus de précisions, **Droit social**, n° 6, 1971.

des hôpitaux et des facultés). Les dépenses publiques représentent plus de 40 % du total ; les dépenses pharmaceutiques atteignent 8 milliards de dollars, soit 40 dollars par personne et par an.

Les économistes américains estiment - en se référant, en particulier, aux prix français (3) - que l'industrie pharmaceutique fournit ses produits à des prix trop élevés. Le professeur Harris, de l'Université d'Harvard, ancien conseiller du président Kennedy pour les questions sanitaires, s'exprime ainsi : « Il est préoccupant qu'une industrie qui remplit quasiment le rôle d'un service public atteigne, soit par rapport à son chiffre d'affaires, soit à ses investissements, des bénéfices plus élevés que ceux des autres branches industrielles ; il est préoccupant que sa structure fortement concentrée (4 sociétés représentent près de 60 % du marché des nouveaux produits et 70 % du marché hospitalier) lui assure un contrôle du marché équivalant à un quasi-monopole ; il est préoccupant qu'elle augmente ses prix de vente en différenciant ses produits à un rythme vertigineux, avec de nouveaux produits semblables ou même identiques aux produits existants ». L'industrie pharmaceutique américaine augmente encore ses prix de revient par des frais de vente élevés (25 % du prix de vente) ; le bénéfice net atteint 13 %. La concurrence entre sociétés les conduit à solliciter l'attention des médecins par des publicités répétées, et souvent tendancieuses - par exemple en omettant de donner autant de publicité aux effets secondaires nocifs qu'aux effets bénéfiques immédiats.

Aussi, « la relation entre les médecins et les fabricants de remèdes a-t-elle été radicalement altérée. Au lieu de fournir des produits que le médecin ordonne, le fabricant lui dit maintenant ce qu'il doit prescrire et pourquoi ». « La publicité médicale exerce nettement une influence primordiale sur les prescriptions des médecins, influence en grande partie néfaste » (4). *The Journal of Medical Education* a présenté une série de propositions pour renverser la dépendance croissante des médecins à l'égard de l'industrie pharmaceutique : ces propositions reposent sur une éducation post-universitaire, pour rétablir le scepticisme professionnel envers la publicité pharmaceutique et pour remettre en question la littérature médicale qui lui sert de support.

La concurrence conduit même les firmes très consciencieuses à devenir moins rigoureuses dans leur comportement. Dans l'industrie pharmaceutique, le rapport du travail au prix de revient total est minimum (de 25 % contre 50 % pour l'ensemble des industries). De plus, la marge des détaillants est si élevée que les sommes payées par les consommateurs pour les remèdes sont supérieures de 60 % aux sommes encaissées par l'industrie pharmaceutique. Le professeur Harris déclare : « Je fais cette constatation quoique je n'ignore pas que la contribution de l'industrie pharmaceutique à la recherche soit importante et que les vies sauvées, les souffrances évitées, et l'accélération des guérisons ont beaucoup plus de valeur que les milliards de dollars dépensés actuellement pour les remèdes. Mais on pourrait obtenir le même résultat pour un prix sensiblement moins élevé ».

(3) Tel produit, bien connu en France, voit son prix doubler en traversant l'océan. Le Congrès s'est préoccupé, il y a quelques années, du cas d'une firme qui revendait 8,4 dollars un produit acheté en gros à un laboratoire français pour 12 cents.

(4) Docteur Solomon Garb, Albany Medical College.

Le mythe de l'égalité des citoyens dans l'accès aux soins

Selon les économistes américains, des généralités sur le droit de chaque citoyen à avoir des soins médicaux de haute qualité sont faciles à formuler, mais elles ne peuvent pas être traduites dans une politique à moins que leurs auteurs n'affrontent quatre questions préliminaires consistant à : évaluer le coût total du programme ; définir les sources de financement ; fournir la preuve que les efforts supplémentaires du budget de l'Etat dans ce domaine produiront des avantages égaux ou supérieurs à ceux que procureraient ces sommes si elles étaient affectées à d'autres domaines ; préciser comment, en réalité, les services de santé seront fournis. En outre, en insistant sur l'égalité, on risque de freiner le développement de la qualité, et de la quantité des services : « On n'aurait pas réussi à développer les institutions d'enseignement supérieur comme on l'a fait ces dernières années, si on avait voulu, au préalable, garantir qu'elles atteindraient toutes le niveau de Harvard. Proclamer que chacun a droit à une médecine de qualité, reçue dans la dignité comme un service personnel, sans avoir à perdre du temps en attente et sans que cela dérange son propre budget, est pur non-sens. Un tel système n'a jamais existé pour personne, sauf peut-être pour les grands patrons chirurgiens qui savent faire soigner leurs familles par leurs collègues médecins ».

Faut-il donc que les Américains recourent intégralement au système selon lequel les personnes aisées reçoivent des soins convenables en les payant cher - médecine de clientèle - et où les pauvres, clients des hôpitaux, payent les soins au moins de leur temps, et parfois même de leurs personnes en devenant sujets d'expérimentation ? Ce n'est pas l'avis du président Nixon qui, dans un message au Congrès daté du 18 février 1971, a maintenu l'égal accès de tous aux soins parmi les mobiles de l'intervention du gouvernement.

Les revenus des médecins suivent les lois du marché

Dans la philosophie économique américaine, on a une préférence marquée pour une rémunération basée sur des honoraires à l'acte. Les médecins et leurs représentants soulignent la primauté des forces du « marché » libre. Avec l'élévation de la demande, les médecins demandent des revenus plus élevés, qui doivent d'ailleurs rémunérer leurs capacités, leurs études et les investissements (5). Il y a un contraste instructif entre l'évolution d'après-guerre au Royaume Uni et aux USA : sous l'influence des forces du marché, les revenus des médecins américains ont atteint un niveau de vie équivalent à plus de deux fois celui de leurs collègues britanniques, qui ont à justifier leurs augmentations par des hausses du coût de la vie et des hausses de revenus des autres groupes professionnels.

(5) Pendant huit ans, de 1960 à 1968, le taux annuel moyen d'augmentation des tarifs d'honoraires a été le double de celui de l'indice général des prix à la consommation.

En 1970 le médecin exerçant en médecine libérale gagne de 35 000 à 50 000 dollars par an (6), environ six fois plus que la moyenne des travailleurs et trois fois plus en moyenne qu'un professeur d'enseignement secondaire. (En Grande-Bretagne, l'omnipraticien gagne seulement 30 % de plus qu'un professeur de collège). Mais si l'on tient compte de la durée du travail (60 heures par semaine pour les médecins, 40 heures dans l'industrie), son gain horaire n'est plus que de quatre fois celui de la moyenne des travailleurs. De plus, dans l'industrie, les heures supplémentaires, le travail de nuit ou du dimanche donnent lieu à des majorations de gain. Si l'on estime que les heures faites par les médecins au-delà de 40 heures « comptent double », en moyenne le gain horaire du médecin n'est plus que de trois fois celui du travailleur moyen.

Y a-t-il assez de médecins ?

Jusqu'à ces dernières années, l'Association médicale américaine (l'équivalent de nos syndicats médicaux) craignant que la croissance du corps médical n'augmentât la concurrence et ne réduisît les revenus, invoquait la constance de la densité médicale depuis les années trente pour conclure qu'il n'y avait pas de pénurie de médecins et pour s'opposer à l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine. Or, en réalité, la demande de médecins s'accroît constamment pour des raisons bien connues : accroissement de la population, augmentation de la proportion de la population qui, relativement, a davantage besoin de soins (personnes âgées) ; augmentation des revenus, donc de la part de revenu qui excède ce qu'exigent les achats absolument nécessaires à la vie (nourriture, logement, habillement) ; conscience accrue des besoins médicaux en raison à la fois d'une amélioration de la condition économique et d'un élargissement du champ de l'assurance ; plus grand besoin de personnel médical pour les services hospitaliers (7 000 en 1930, 40 000 actuellement), la recherche, l'enseignement et l'action des pouvoirs publics.

Aussi, alors que, de 1950 à 1970, le nombre total de médecins en activité s'est accru de 50 %, le nombre de médecins de pratique privée ne s'est accru que de 17 % pour atteindre 190 000, ce qui représente 60 % seulement du total des médecins (325 000). Ces chiffres traduisent l'augmentation des médecins salariés.

D'autres facteurs tendent à réduire le besoin de médecins : accroissement de la productivité médicale, y compris celle qui résulte d'un plus grand usage des personnels paramédicaux et de la médecine de groupe ; utilisation accrue des hôpitaux (qui tend à compenser la diminution des besoins de médecins privés par une augmentation des internes et des médecins à plein temps).

Finalement, on peut estimer qu'il manque environ 50 000 médecins aux USA. Le nombre de diplômes de docteurs en médecine délivrés ces

(6) Revenus annuels moyens des médecins (sous forme d'exercice) : chirurgiens, 41.500 \$; médecins accoucheurs et gynécologues, 47.000 ; « intermists » (spécialistes de médecine interne), 41.250 ; omnipraticiens, 37.400 ; pédiâtres, 35.900.

dernières années variant de 8 000 à 9 000, on voit que la pénurie n'est pas près de cesser. De plus la répartition géographique des médecins est très inégale : il y a actuellement en moyenne un médecin pour 630 habitants. Mais dans un tiers des comtés cette proportion est trois fois moins élevée et dans 130 comtés situés dans le Sud, il n'y a pas de médecin du tout. Dans certains quartiers de New York on compte un médecin pour 200 personnes, mais dans d'autres quartiers le rapport est de un pour 12 000. « L'existence de hautes densités médicales dans les centres urbains ne garantit pas la distribution égale de soins : les pauvres, les noirs, les habitants des ghettos - comme ceux des campagnes - reçoivent beaucoup moins d'attention médicale que les classes moyennes et ceux qui habitent la banlieue », écrit Mark Field.

Le coût de l'hospitalisation

Le prix de revient d'une journée d'hospitalisation est élevé : 55 dollars en moyenne, dont 33 seulement sont facturés comme prix de journée. Les assurances ont, en général, réduit le ticket modérateur pour les dépenses d'hospitalisation mais non pas pour les dépenses faites à domicile ; d'où une augmentation de la fréquence et de la durée des hospitalisations (7). Aussi les autorités hospitalières ont-elles décidé que, pour toute hospitalisation supérieure à huit jours, le malade doit passer devant une commission médicale spéciale.

En raison d'une absence totale de coordination entre les hôpitaux, l'implantation des établissements s'est faite sans plan, conduisant à un gaspillage regrettable. Un exemple : il y a actuellement dans l'Etat de New York 72 bombes au cobalt ; 50 seraient suffisantes pour les besoins thérapeutiques de 25 millions d'individus, alors que l'Etat de New York n'en compte que 18. Une enquête du « Federal Public Health Service » a établi que 776 hôpitaux avaient les équipements nécessaires pour faire une opération à cœur ouvert, mais que 30 % d'entre eux n'avaient pas utilisé leurs capacités pendant un an. A New York, le pourcentage des lits vacants dépasse 20 % et approche 50 % pour les lits d'obstétrique et de pédiatrie.

Afin d'effectuer des économies dans la gestion hospitalière, il a été créé plusieurs sections : ainsi, il existe des salles de convalescence pour les patients qui viennent d'être opérés, des services de soins intensifs pour les grands malades, et à l'opposé, une salle commune pour les sortants. Mais les hôpitaux sont de plus en plus difficiles à gérer et la capacité de leurs directeurs est souvent mise en doute.

(7) On a pu comparer le système général avec un autre système d'assurance, le Kaiser Foundation, qui fonctionne seulement dans le Nord de la Californie. Cet organisme pratique la médecine de groupe, a ses propres hôpitaux et rembourse aux assurés les soins à domicile dans les mêmes proportions que l'hospitalisation ; la durée moyenne d'hospitalisation des assurés au Kaiser Foundation dans la Californie du Nord est seulement de 70 % de la durée d'hospitalisation de la population totale de la Californie.

Critique générale du système de distribution des soins

Que ce soit à propos des médicaments (prix, publicité), du mode de rémunération des médecins, de leur nombre ou de la gestion des hôpitaux, les modalités de la distribution des soins font donc l'objet de critiques. Certains spécialistes saisissent le problème dans son ensemble et vont jusqu'à proposer des réformes de structure.

Tout d'abord, observent-ils, aucun tiers (État, organisme d'assurances, organisation de travailleurs) n'a la responsabilité morale et sociale de voir si les dollars qu'ils dépensent pour la santé sont utilisés avec efficacité. Ceci explique peut-être que le système de soins, bien que coûteux, n'assure pas aux États-Unis, pour la mortalité infantile et pour la mortalité générale, un classement parmi les pays occidentaux correspondant aux dépenses engagées.

Une comparaison dans le temps et non plus dans l'espace, conduit le Dr Ginzberg (Director of Conservation and Human Resources, Columbia University) à conclure qu'en dépit de l'augmentation substantielle des dépenses de soins médicaux, il n'y a eu aucune augmentation significative de la longévité des hommes durant la dernière décade.

Certes, on a contesté l'appréciation de l'efficacité des soins médicaux par la seule comparaison des taux de mortalité ; les médecins se plaignent, à juste titre, que les Américains (les « mâles ») mangent trop, boivent trop d'alcools, prennent trop peu d'exercice, travaillent trop « dur », et conduisent trop vite - et puis comptent sur un « check-up » annuel pour les garder sains et saufs. Pour la mortalité infantile, on sait que l'observation des règles d'hygiène a une importance primordiale et il est possible que ceci joue pour élever la mortalité infantile chez les Noirs.

Quoi qu'il en soit, la question est posée, Outre-Atlantique, de savoir si l'on ne peut avoir de meilleurs soins à un moindre coût et sans miracle et, a contrario, on estime que laisser progresser les dépenses de soins médicaux dans le système actuel ne serait pas légitime au point de vue économique : « A moins que l'on puisse montrer comment plus d'argent pour les soins médicaux diminuera soit les maladies des voies respiratoires (la plus grande cause d'absentéisme), soit l'alcoolisme (ce grand destructeur), soit les maladies du cœur et du cancer (les principales causes de décès à la quarantaine), soit les accidents de la route (qui font des hécatombes parmi la jeunesse) ; à moins que des dépenses plus importantes pour les soins médicaux puissent réduire ces causes de morbidité et de mortalité, les dépenses médicales ne pourront pas être considérées valablement comme des investissements augmentant effectivement la production, si désirables qu'ils puissent être au point de vue humanitaire et social ».

Et la formulation de Anne R. Somers dans son ouvrage *Doctors, patients and health insurance* a une valeur quasi-universelle : « Le problème auquel sont confrontées la profession médicale et la nation est de savoir comment acquérir les avantages d'une organisation et d'un financement situés tous deux à grande échelle sans sacrifier les valeurs essentielles d'un service hautement qualifié et individualisé ».

Parmi les propositions faites en vue de résoudre ce problème et, plus précisément, pour freiner l'accroissement des dépenses de santé sans

affaiblir l'état sanitaire de la population, nous en retiendrons quatre : l'éducation sanitaire - l'abandon du paiement à l'acte - la réforme des études de médecine - la création d'un corps d'assistants de médecine.

L'éducation sanitaire

Selon l'un des économistes cités, « avec tant d'attention donné aux soins médicaux et si peu à l'éducation sanitaire et aux responsabilités individuelles pour la santé personnelle, nous courons le danger d'encourager le besoin incompréhensible d'acheter une solution de facilité à un problème difficile ». Le contenu de l'éducation sanitaire étant bien connu, et son financement supposé assuré, le principal problème est de savoir qui la fera.

Les rapporteurs des commissions compétentes pensent que l'éducateur sanitaire ne doit pas être un médecin. « Un médecin ne pourrait probablement pas faire l'éducation sanitaire aussi bien que quelqu'un qui a été formé précisément pour enseigner aux particuliers les diverses façons de rester en bonne santé ou comment vivre avec une maladie chronique en lui donnant les soins les plus efficaces. Pour couvrir les besoins sanitaires des ghettos des villes, il serait judicieux d'attacher à chaque hôpital urbain un corps d'infirmières spécialement formées à visiter les familles à domicile pour effectuer le dépistage, servir de plaque tournante et assumer la fonction d'éducatrice sanitaire ».

Le mode de rémunération des médecins et le mode d'exercice de la médecine

« Le paiement à l'acte, estiment les économistes, est la méthode de rémunération des médecins la plus coûteuse ». Et, déclare le médecin-chef, William Stewart, du Ministère de la Santé, il est dur pour un joueur qui gagne de changer les règles du jeu, si consciencieux qu'il soit et si forts que soient ses sentiments humanitaires ».

Aussi toute suggestion de modifier les méthodes de production et de financement des soins médicaux rencontre l'opposition du corps médical. « La profession médicale, ou tout au moins une fraction importante ou organisée, écrit le Dr Ginzberg, semble croire qu'il peut se produire des progrès techniques rapides et profonds sans que soit ébranlée l'organisation traditionnelle de la pratique médicale. Cette croyance est irrationnelle. Une des leçons les plus claires de l'histoire économique est que toute innovation technique demande une réforme des structures professionnelles ». De nombreux médecins continuent à prôner la qualité des soins personnalisés tout en insistant sur les conditions qui ne permettent plus un tel examen. La consultation ordinaire de 5 à 10 minutes par un seul médecin pressé ne correspond pas au type de relation médecin-malade dont la profession se fait le défenseur.

La réforme des études de médecine

Le Docteur Ginzberg souhaite la transformation des Facultés de Médecine en Ecoles de la Santé : « avec ce qu'une telle modification implique en matière de comportement, d'objectifs et de carrière, la plupart des autres buts qui sont aujourd'hui sujets de discussion, seraient bien près d'être atteints. Quelques étudiants seraient formés à des carrières médicales, avec moins de préparation qu'il n'en est demandé aujourd'hui. D'autres feront encore plus d'études que les médecins n'en font maintenant. Les membres de ce dernier groupe seront réellement des chefs d'équipes sanitaires, non seulement de nom, mais en esprit et en pratique. Un médecin sortant d'une telle Ecole aurait une large vue d'ensemble de ses devoirs et de ses responsabilités. Il y a peu de chances pour qu'un homme ainsi formé et motivé désirât être un praticien exerçant isolément. De même, il n'est pas vraisemblable qu'il veuille être payé « à la pièce ». Il désirerait et mériterait un bon salaire, mais il voudrait aussi du temps pour lire et étudier, du temps pour penser et du temps pour maintenir en bon état sa santé physique et mentale. Son étalon de réussite ne serait pas le nombre de cas dans lesquels il a personnellement changé le cours des événements, mais l'amélioration du niveau sanitaire de la population ».

Des assistants auraient pour mission de décharger les médecins de toutes les interventions qui ne demandent pas la pleine capacité médicale. Dans les équipes sanitaires dont il vient d'être question, les assistants auraient tout naturellement leur place. Et les auteurs de ces projets pensent que le nouveau « médecin de santé », loin de considérer l'assistant comme une menace pour son statut personnel ou sa situation financière, accueillerait volontiers cet homme nouveau qui lui permettrait la distribution de plus de soins.



Les milieux officiels et les économistes sont donc prêts à demander aux médecins de remettre en question certaines modalités d'exercice libéral de la médecine. Et c'est sans doute parce qu'il doute d'une réponse favorable des médecins que Victor Fuchs a présenté ses suggestions pour une nouvelle politique sanitaire en disant que « la santé, comme la guerre, est une affaire trop importante pour l'abandonner aux généraux... ».

Le développement de la médecine américaine s'est fait dans l'optique de la médecine privée et libérale ; jusqu'à maintenant l'influence de l'Etat a été presque inexistante, tant pour le recrutement, la formation et la répartition des médecins que pour le financement des soins médicaux, des hôpitaux et des autres institutions de santé. Pourtant il apparaît bien, à la lecture des multiples études consacrées à la politique de la santé aux Etats-Unis (8), que le pays de la libre entreprise en est à demander une certaine planification en ce domaine.

G. MALIGNAC.

(8) Voir bibliographie dans *Le concours médical* du 28 février 1970, et dans *Droit social*, n° 6, juin 1971.

la santé

choix politique

Traiter l'organisation de la Santé publique comme un problème politique, c'est sans doute aborder le problème sous son angle le plus obscur et le plus aigu ; c'est aussi répondre à une urgence. Si diversifiées que soient les réflexions et les perspectives des articles précédents, elles convergent dans la nécessité d'une structuration globale d'ordre politique.

Il est des domaines où la morale ne peut que se faire politique si elle ne veut pas rester vaine et pharisienne dans son dogmatisme transplanétaire. Une fois affirmée avec force la nécessité de lutter pour la sauvegarde et la prolongation de la vie, il faut bien en venir aux interrogations « d'un médecin nous écrit... », dont l'anxiété n'est que trop solidement fondée : « Qui a droit à quoi ? » Quels malades seront soignés en priorité ? Quelles maladies attaquer le plus efficacement, en acceptant d'y mettre le prix ? Quel système de prévention développera-t-on et dans quels domaines ? Toutes questions inconfortables dès qu'on met en relief leur face négative : quels malades laissera-t-on mourir ? Quelles maladies demeureront au stade endémique ou seront traitées au moindre coût ? Quelles catégories sociales et professionnelles seront privilégiées et les autres délaissées ?

●

Soigner toutes les maladies avec tous les moyens modernes que la médecine a théoriquement à sa disposition est impossible. Mais selon quels critères choisir de soigner, ou de ne pas soigner, une maladie clairement dépistée et reconnue ? Va-t-on assurer, par exemple, à tous les urémiques tous les soins qu'on est aujourd'hui en mesure de leur donner ? Se contentera-t-on d'un millier de reins

artificiels, ou bien en exigera-t-on des dizaines de milliers ? Et si l'on ne soigne pas tous les urémiques, qui laissera-t-on mourir ?



Il ne s'agit pas d'ailleurs de trouver le ou les responsables de ces choix - encore qu'il deviendra de plus en plus facile d'accuser un médecin ou un groupe de médecins de n'avoir pas employé tous les moyens disponibles pour sauver un malade. Comme souvent dans les domaines sociaux complexes, ce sont des choix collectifs et inconscients ; on agit par tradition, par routine, ou selon les normes non écrites du milieu professionnel. Mais rares sont, en fait, les cas où le médecin a lui-même à décider de sauver un malade ou de le laisser mourir.

Le choix est politique ; et il a déjà été fait. Il relève d'un tissu de décisions annexes dont aucune ne vise explicitement de cas précis. Par exemple, l'hôpital où l'on amène l'accidenté a ou n'a pas les moyens modernes de réanimation. Ici le critère des soins est géographique. Les moyens de réanimation moderne se trouvent dans la grande ville et non dans les villages et les villes moyennes. On en vient nécessairement à envisager la rapidité des transports. Un accidenté de la route mourra durant le trajet ou parviendra à un centre de réanimation selon que, dans la région, aura été organisé un service d'urgence disposant d'ambulances spéciales reliées par radio à un centre de réanimation, ou que le blessé disposera d'une ambulance banale qu'il aura attendue quelque peu.



Le choix de soigner et de sauver engage souvent bien au-delà de la guérison de l'affection en cause ; il oblige à des services qui dureront jusqu'à la mort du sujet. Ainsi du fœtus qui ne pourra que devenir un bébé fortement handicapé et que l'on choisit de faire naître ; il faudra l'assister et le faire vivre, sans laisser ce fardeau, aimé ou supporté, à la charge de sa mère ou de sa famille. Cette vie humaine ne doit pas être respectée seulement dans le maintien des fonctions physiologiques essentielles, mais dans sa totalité responsable, c'est-à-dire dans son insertion à la sphère économique-politique où s'exerce cette responsabilité. Du même coup se pose une question fort désagréable : combien êtes-vous prêts à payer, combien le pays est-il prêt à payer pour supporter et faire vivre tous les handicapés sauvés à leur naissance au nom du respect de la vie humaine ?

Et s'il y a choix, quels critères prendre ? Je ne suis pas sûr que les sacrifices qu'on impose actuellement aux vieillards, dont la retraite est souvent dérisoire, puissent facilement se légitimer.



Dépistées à temps, beaucoup de maladies seraient susceptibles de guérison. Les moyens techniques sont là ; manquent les

crédits trop élevés qu'ils exigent. Le cancer peut servir d'exemple. Certains cancers - non pas tous - peuvent être diagnostiqués à temps. Va-t-on organiser systématiquement ce dépistage comme on l'a fait pour la tuberculose ? Pourquoi se limiter au cancer ? Quelles maladies décidera-t-on de dépister précocement pour lutter efficacement contre elles. Quels seront les critères ?

Les plus riches pratiquent un « check up » exhaustif et périodique ; économiquement, il est impossible à généraliser, et sans doute médicalement discutable. Cet exemple cependant montre que l'intransigeance de certains moralistes pour le respect de la vie à tout prix n'est rien de plus, concrètement, qu'un respect de l'argent ou, du moins, le respect des avantages que donne une situation sociale aisée.

Dans le domaine de la prévention, des choix analogues se présentent. Du point de vue des coûts et de l'homme lui-même, il est meilleur de prévenir la maladie que de la soigner. Développera-t-on systématiquement les vaccins ou les mesures d'hygiène collective (et individuelle) ; prendra-t-on à bras le corps l'alcoolisme fortement meurtrier en France ; ce serait alors les conditions de travail, d'habitat, de loisirs, de publicité... auxquelles il faudrait s'attaquer.



Une fois énumérés les choix, même en vrac et sommairement, la tentation est grande de vouloir réaliser des économies sur les soins qui paraissent moins nécessaires, voire superflus. Il y a tant de façons de trop utiliser les médicaments ou de trop fréquenter médecins et psychiatres.

Le principe est excellent, mais les frontières du superflu sont difficiles à tracer. Un exemple, la chirurgie esthétique ; est-elle vraiment et seulement un luxe ? Que l'on répare un corps endommagé par un accident, que même on restitue un organe déficient, est accepté. La chirurgie réparatrice s'exerce d'ailleurs moins pour le plaisir des yeux que pour le moral du blessé. Mais que dire de la femme dont l'âge avancé ride le visage en diminuant les chances d'emploi professionnel ? A moins qu'il s'agisse de malformation ou simplement de laideur. Au-delà de la vulgarisation commerciale, la chirurgie esthétique a pour but le plus noble de remettre dans le circuit social un être qui était isolé et malheureux, ce qui est important de nos jours où la normativité se juge aux capacités d'intégration de l'individu au plus grand nombre. Elle est aussi une thérapeutique psychologique qui, bien maniée, se révèle efficace.

S'il faut accorder le même rôle bénéfique pour la psychologie du patient, dans la relation malade-médecin, à la consommation de médicaments techniquement (ou pharmacologiquement) peu actifs, on mesure la difficulté de déterminer le superflu.

Il faut dépasser la conception « médicale ». La médecine répertorie des atteintes à l'équilibre physiologique de l'individu ; mais, par delà toutes ces maladies clairement identifiables, s'étend le domaine illimité des « malaises » inclassables, des manques de bien-être qui ne retombent dans le champ balisé de la médecine que s'ils s'exacerbent en « maladies mentales ». Là s'exercent des pulsions, s'intériorisent des conflits, se manifestent aussi des phénomènes de relations complexes où le superflu est indéfinissable, mais où les diverses pressions sociales jouent un rôle relevant déjà des soubassements incontrôlables de la politique.



L'organisation du travail et de la vie collective est aussi un thème de santé, même si elle se situe au-delà du domaine proprement médical. Il est des secteurs professionnels plus dangereux que d'autres ; il existe des maladies spécifiques comme la silicose. Le choix politique vise alors les risques graves qu'on laisse ou non courir à une partie de la population.

Quand il s'agit des accidents de la route, cette population peut être anonyme et indiversifiée. Combien faut-il compter de morts par an pour qu'on décide la suppression d'un passage à niveau ou la réfection d'un carrefour dangereux ? On arrivera sans doute à remplacer les gardes-barrières par des systèmes automatiques, qui coûtent moins cher (la lenteur actuelle de leur mise en place tient au souci de ne pas supprimer des emplois). L'intervention est déterminée par le coût, et il faut bien en arriver à la question qui paraît parfois scandaleuse : à combien estimez-vous une vie humaine ? Le vrai scandale est sans doute que la question soit si rarement exprimée en clair.

Dans certains secteurs, le risque est porté par une population nettement déterminée : le bâtiment par exemple. Dans quelle mesure voulez-vous éliminer les accidents dans la construction d'une tour ou d'un pont ? Les éliminer totalement doublera sans doute le prix.

Les discours abstraits, respectables et quelque peu idéologiques, sur le respect de la vie sont décalés par rapport à la réalité sociale dont le processus relève d'une série de critères inavoués et où les choix sont loin d'avoir la même clarté, même quand ils sont désastreux. On maintiendra à grand frais le filet de vie d'un vieillard bien aimé qui désire peut-être mourir, et l'on ne saura pas empêcher une dizaine de milliers d'immigrés chaque année de contracter la tuberculose.

D'autres facteurs contribuent à la dégradation de la santé publique ; on peut porter remède à ces atteintes à la vie à condition de le vouloir et d'en avoir les moyens financiers : le logement des travailleurs immigrés est un exemple souvent, mais en vain dénoncé. Il faudrait aussi mesurer la fatigue dûe à l'inconfort et à l'incommodité des transports dans les déplacements quotidiens, au rythme du travail, aux cadences... Ce domaine ouvert

à un calcul économique devrait aussi tenir compte de la peur psychologique des changements.



Des pressions souterraines entraînent en des directions qui sont des choix inconscients ; entre les idéologies du progrès et le goût assez artificiel d'un retour à la nature qui pèsera le plus ? Il faut aussi compter avec le poids des structures en place, lentes à remuer, la pharmacie par exemple, ou les administrations hospitalières.

Comment rationaliser les choix et organiser la décision collective ? Nous sommes dotés d'un ministère de la Santé. Beaucoup de dossiers s'entassent sur ses bureaux concernant la tuberculose des migrants, le coût-santé des cadences, la péri-natalité... L'administration connaît les problèmes, peut imaginer des solutions, mais l'information ne parvient pas au public et ne se traduit pas en décisions. Le ministère de la Santé reste, hélas, un ministère secondaire, sans moyens ni personnel suffisants ; il ne peut guère avoir d'initiative, il se contente de gérer les entreprises de santé existantes. Faut-il demander une véritable Administration de la Santé Publique, dont la nécessité est évidente ?

Reste que nul ne peut dire les choses en clair dès qu'il est officiellement responsable ; peut-on proclamer qu'on négligera telle population de malades ou tel secteur de maladies ?

Il faudrait diffuser une information, patiemment, sans créer de traumatismes inutiles, de façon à faire naître d'autres sensibilités. Il paraît malsain d'en rester à l'opposition entre un discours idéologique sur le respect de la vie (y compris celle du fœtus) et une pratique où ce respect intervient comme un simple critère entre autres, surtout lorsqu'elle pose fort légitimement les questions sur le mode plus réaliste d'une organisation économique-politique dans un secteur délimité de la vie sociale. Si la télévision accordait à ces problèmes de santé autant de place qu'elle consacre à sauver des vieilles pierres ou un paysage... ! D'autant qu'il n'y a pas incompatibilité.

Le décalage est très grand aussi entre les problèmes les plus urgents de la santé publique et les thèmes qui préoccupent l'opinion. On parlera des soins du cancer, de la prise en charge du malade chronique, de l'avortement (mais trop comme d'un acte isolé et pas assez dans sa réalité sociale). Ni les partis politiques, ni les syndicats n'abordent le problème de la santé tel qu'il doit être posé : non pas dans le seul aspect médical, mais dans l'imbrication des choix politiques.



La santé des Français ne peut continuer de s'accommoder de gaspillages, de double-emploi et en définitive du sacrifice des plus

démunis (malgré la Sécurité sociale). Il s'agit d'organiser l'ensemble des professions qui concourent à la santé publique d'abord, de lier ensuite les problèmes de la santé à ceux du travail et de la vie collective, d'envisager enfin la santé de la population comme un enjeu politique essentiel. Dans ce domaine trop large où il faut déterminer urgences et priorité, il est important que les décisions soient prises par les processus rationnels qui sont à notre disposition.

Peut-on s'en tenir là ? L'effort de rationalisation n'aura que des effets limités. Au fond, la politique de santé, que l'on devra certes imaginer et mener avec plus de clarté, est le reflet de la société française actuelle et de ses choix idéologiques, sous-jacents ou explicites.

D'une part, toute société secrète sa pathologie propre, liée aux formes du travail, au type d'habitat, à la nature des relations sociales, au système de pouvoirs... ; d'autre part, chaque société dégage des priorités, différentes de l'une à l'autre. C'est pourquoi les choix politiques de santé échapperont en partie au corps médical - trop impliqué dans sa spécialité, ses savoirs et parfois ses intérêts catégoriels pour envisager l'aspect sociétair global ; ces choix ne relèvent pas davantage des seuls efforts d'un ministère de la Santé. Parlement et Gouvernement ont leur responsabilité dans les orientations fondamentales. Et chaque Français se doit de réfléchir et de faire savoir, à travers le choix du type de société dans lequel il souhaite vivre, le prix réel et relatif qu'il attache à la santé.

Abel JEANNIERE,
Comité de direction de PROJET.

POINTS DE REPÈRE

**Projections pour 1975 de la production et de la consommation
de l'ensemble des services médicaux (en valeur nominale,
exprimée en M de francs et en %)**

	1969		1975 projection min.		1975 projection max.	
Hospitalisation publique	10.671	27,3	22.151	28,9	24.774	28,7
Hospitalisation privée	5.498	14,0	10.769	14,1	13.618	15,8
1. Soins aux malades hospitalisés	16.169	41,3	32.920	43,0	38.392	44,5
Services de médecins	6.397	16,3	11.770	15,4	12.225	14,2
Services de laboratoires	723	1,8	2.042	2,7	2.084	2,4
Services d'auxiliaires	984	2,5	2.923	3,8	3.441	4,0
Services de cures (1)	226	0,7	506	0,7	592	0,7
Services de dentistes	3.406	8,7	6.723	8,8	7.476	8,7
2. Services de soins aux malades ambulatoires et à domicile	11.726	30,0	23.964	31,3	25.818	30,0
Pharmacie	10.597	27,1	18.778	24,5	20.918	24,3
Lunetterie - Orthopédie	642	1,6	911	1,2	1.019	1,2
3. Biens médicaux	11.239	28,7	19.689	25,7	21.937	25,5
4. Services et biens médicaux aux malades ambulatoires et à domicile = 2 + 3	22.965	58,7	43.653	57,0	47.755	55,4
5. Ensemble des services médicaux = 1 + 4	39.134	100,0	76.573	100,0	86.147	100,0
Part dans la consommation totale	9,3 %		11,0 %		12,3 %	
Part dans le PNB	6,2 %		7,4 %		8,3 %	

Source : Etude destinée à la Commission de la Santé du VI^e Plan menée par le CREDOC et publiée dans **Economie et Statistiques**, n° 37, septembre 1972.

Sous l'hypothèse d'une législation inchangée, d'une diffusion des techniques à un rythme régulier, et d'un effectif de personnel en accroissement modéré, la consommation totale de soins médicaux devrait continuer à croître rapidement. Sa part dans la consommation des ménages passerait de 9,3 % en 1969 à 11 ou 12,3 % en 1975. La part de l'hospitalisation dans l'ensemble des soins médicaux croîtrait de 41 % à 44 %. La part des services rendus aux malades à domicile ou pouvant se déplacer resterait stable (30 %). La diminution de la part des produits pharmaceutiques serait due à l'évolution relative de leurs prix par rapport à ceux des services médicaux.

CFDT N°1
AUJOURD'HUI
 REVUE D'ACTION ET DE REFLEXION

- Le Puy, un an après la grève à « UNIPRIX ».
- La revendication de salaire dans les conflits.
- Classe laborieuse, classe dangereuse.
- Ivan Illich, de l'utopie à la révolution.
- Le patronat aujourd'hui.

CFDT AUJOURD'HUI

26, rue Montholon, 75439 PARIS - CEDEX 09

Le numéro : 10 F. Abonnement 1 an : 50,00 F

CCP : CFTD 283.24 PARIS

ESPRIT

AVRIL 1973

LIRE L'ECRITURE

DIRE LA RESURRECTION

avec Paul BEAUCHAMP, Stanislas BRETON, André DUMAS,
 Pierre FRUCHON, Luce GIARD, Pierre-Jean LABARRIERE
 Xavier LEON-DUFOUR et Louis MARIN

Découvrir Paul Goodman	Bernard VINCENT
Poèmes	Léonid DIMOV
Actualité de Beccaria	Casamayor

**JOURNAL A PLUSIEURS VOIX
 CHRONIQUES**

Orson Welles et le jugement	Michel MESNIL
Les élections et le reste	Jacques JULLIARD
Où va le Chili ?	Régis DEBRAY,
	Alain LABROUSSE,
	J.-P. OPPENHEIM

DOCUMENT

Mai 1972 à Madagascar

DEVANTURE DES ARTS ET LIBRAIRIE DU MOIS

Ce numéro :	France : 14 F	Autres pays : 14,60 F
Abonnement :	France	Autres pays
	6 mois	6 mois
	1 an	1 an
Ordinaire	42 F	45 F
Soutien	60 F	60 F
Luxe numéroté	80 F	80 F
	80 F	86 F
	120 F	120 F
	160 F	160 F

ESPRIT - 19, rue Jacob, 75006 Paris - C.C.P. Paris 1154-51

NOUVELLE COLLECTION **ATTENTION ÉCOLE**

Cet avertissement s'adresse à tous les français :
PARENTS — ENSEIGNANTS — SIMPLES CITOYENS

Ce qui se passe à l'école nous intéresse tous. Là se forge l'avenir.
Mais dans quelles conditions ?

QUELLE ÉCOLE VEUT-ON ET POUR QUELLE SOCIÉTÉ ?

TROIS TITRES PARUS :

apprentis

4 h à l'école 36h à la production

4 apprentis et leur professeur **M. Catani**

16% seulement des apprentis sous contrat obtiendront le C.A.P.
après 3 ans d'études ?

70% exerceront un métier différent de celui qu'ils ont préparé ?

Mauvaise orientation ou assassinat culturel ?
un document accablant. 148p. 14F.

la F.E.N : un syndicat ?

J.C. Guérin

L'histoire jamais écrite de la puissante Fédération de l'Éducation
Nationale. 96p. 9,80F.



éducons

80 dessins féroces de

Sabadel

96p. 9,80F.

CERF

Etudes

Mai 1973

L'adoption

L'Eglise et l'Etat en Afrique

Les élections et l'Europe

Pour une réconciliation

15, rue Monsieur, 75007 Paris - F 6,50 - CCP Paris 155-55

**TRANSPORTS INTERNATIONAUX
MARITIMES, TERRESTRES ET AÉRIENS
COMBUSTIBLES SOLIDES, LIQUIDES ET GAZEUX**

M O R Y S.A.

Société anonyme au capital de F 21.000.000

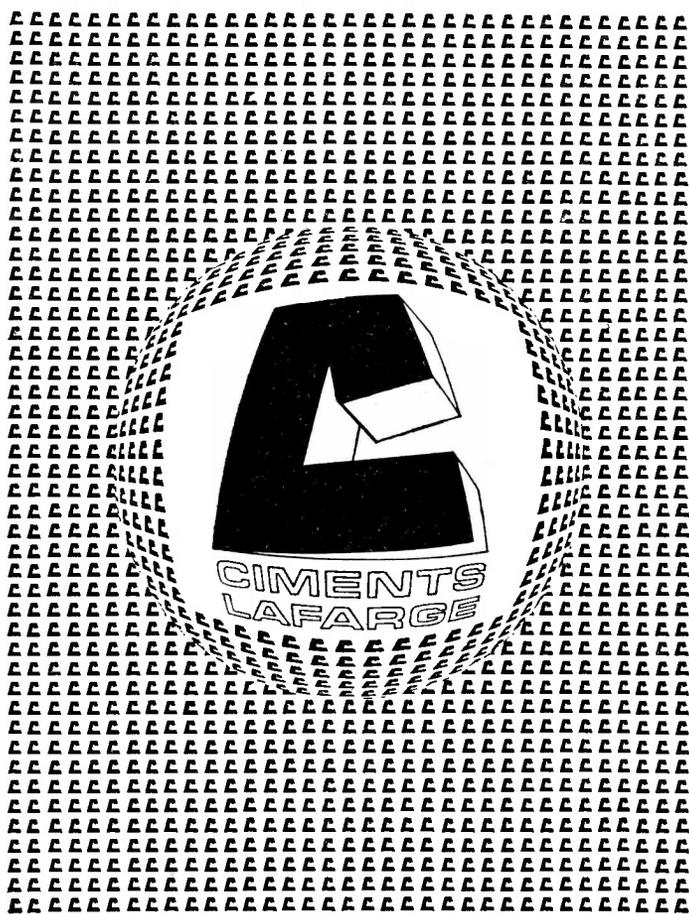
•

SIÈGE SOCIAL : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul, Paris (10^e)

Tél. : 523.44.00

•

*Succursales et agences dans de nombreuses villes de France
Sociétés filiales et correspondants en Afrique du Nord,
en Afrique noire et en beaucoup de pays étrangers*



CROISIÈRES PAQUET**ÉTÉ-AUTOMNE-HIVER 1973****RENAISSANCE**

- 3 croisières au SPITZBERG - Départ du Havre - les 27 juin, 14 et 31 juillet.
 2 croisières en BALTIQUE - Départ du Havre - les 12 juin et 17 août.
 4 croisières en MEDITERRANEE - Départ de Cannes - les 16 et 30 septembre,
 15 et 31 octobre.

MERMOZ

- 2 croisières en MEDITERRANEE - Départ de Cannes - les 15 juillet et
 14 août.
 3 croisières en MER NOIRE - Départ de Cannes - les 30 juin, 31 juillet et
 2 septembre.

MASSALIA

- 2 croisières AFRICAINES - Départ de Marseille - les 10 et 24 novembre.
 - CAP SUR CASABLANCA - toutes les semaines.
 CROISIÈRE DE NOEL - Maroc - Canaries- Dakar - le 21 décembre.

**CROISIÈRES
PAQUET**

Pour de plus amples détails,
 renseignez-vous auprès de votre
 Agence de voyages ou adres-
 sez-le bon ci-contre aux

Je désire recevoir la documentation détaillée des Croisières PAQUET

NOM

ADRESSE

.....

Croisières Paquet, 5, bd Maiesherbes - 75008 Paris

Tél. 266.57.59



**TRANSPORTS
INTERNATIONAUX**

HEPPNER

SA au capital de 3 125 000 F

STRASBOURG (Bas-Rhin)

60-62, route de Colmar. Tél : 34.05.14 (20 lignes) Telex 87024

PARIS (19^e)

33 bis, rue des Ardennes. Tél : 20.30640 (10 lignes) Telex 21907

**GROUPAGES RÉGULIERS DE MARCHANDISES
DANS TOUTE L'EUROPE**

propres maisons à :

MARSEILLE : 13, boulevard d'Athènes. Tél : 20.98.10. Telex 43231.

FORBACH (Moselle) : Place Robert-Schuman. Tél : 85.09.21. Telex 86351.

METZ (Moselle) : Rue de l'Amphithéâtre. Tél : 68.54.98. Telex 86445.

NANCY (M.-et-M.) : 62, avenue du 20^e-Corps. Tél : 24.60.95. Telex 85893.

KEHL B/Rh (Allemagne) : Hafenstrasse 20. Tél : 7851613. Telex 753514.

SARREBRUCK (Allemagne) : Metzestr. 126. Tél. 68154592. Telex 4421303.

FRANCFORT : ALEXANDER PHILIPP GmbH & C^o : Kasernenstrasse. Tél :
 06.11.70.80.21. Telex 0411872.

7257 DITZINGEN/STUTT GART Max Eydt-Str. 27. Tél : 71.51.60.06. Telex
 7.245254.

Collection « Relations sociales »
(Economie et Humanisme)

Jean BUNEL

La mensualisation une réforme tranquille ?

(Préface de J. D. REYNAUD)

La décision de mensualisation des ouvriers payés à l'heure va-t-elle changer fondamentalement la condition ouvrière ? L'ouvrage de Jean BUNEL explore cette question majeure et y répond. Les patrons comme les syndicalistes liront cette étude avec profit.

Un volume 27,00 F

Dans la même Collection

● La négociation collective en France

(Gérard ADAM, J.-D. REYNAUD, J.-M. VERDIER)

Un volume de 128 pages 17,90 F

● Révolution dans l'entreprise : le mouvement des délégués ouvriers en Italie

(R. AGLIETA, G. BIANCHI)

Un volume de 136 pages 14,90 F

● De l'O. S. à l'Ingénieur carrière ou classe sociale ?

(Claude et Michelle DURAND)

Un volume de 320 pages 41,80 F

LES EDITIONS OUVRIERES
12, Avenue Sœur-Rosalie PARIS CEDEX 13

projet

civilisation, travail, économie

SOMMAIRE

LA SANTÉ COUTE CHER

Un médecin nous écrit		497
SUR-CONSUMMATION MEDICALE ?		
Les « besoins » de santé ?	G. Rösch	498
Le coût du progrès	H. Péquinet	508
Les frais d'hospitalisation	Hippocratine	521
LES FACTEURS PSYCHOSOCIOLOGIQUES		
La médecine : un bien de consommation	P. Verspieren	527
Le médicament dans la relation médecin-malade	J.-P. Dupuy	532
QUI PAIERA		
Les déséquilibres de la Sécurité sociale	J. Vigne	547
Pas de fausses économies	P. V.	559
FAUT-IL NATIONALISER LA SANTE ?		
Médecine publique ou privée	M. Huguier	562
La pharmacie, industrie de la santé	M. Préau	574
LES COUTS, AILLEURS		
Médecine privée et publique en G.-B.	P. Lewis	593
Coûts de la santé en URSS	H. Chambre	599
L'organisation de la médecine aux Etats-Unis	G. Malignac	604
La santé, un choix politique	A. Jeannière	613

NUMÉROS RÉCENTS

Forces et stratégies du développement urbain (n° spécial, 6 F, avril 1971)
Les firmes multinationales (septembre-octobre 1971)
Planifier le mieux-être (janvier 1972)
Réhabiliter l'impôt (février 1972)
La futurologie, un avenir apprivoisé (mars 1972)
Les idéologies dans l'après-gaullisme (avril 1972)
La justice contestée (n° spécial, mai 1972)
La socialisation de la nature (juin 1972)
Réformer l'enseignement du français (juillet-août 1972)
Le capitalisme au tournant : crise des échanges (sept.-oct. 1972)
Les migrants : des hommes à part (décembre 1972)
Aspects de la vie en Chine (janv. 1973 - déc. 1971 - déc. 1969, n° spécial)
Faut-il encore des députés ? (février 1973)
L'entreprise O.R.T.F. (mars 1973)
Maîtriser les organisations (avril 1973)

Cot
R2

75

MAI 1973

MENSUEL : CERAS, 14, RUE D'ASSAS, 75006 PARIS - 6,00

Nur.
24

R