

Consommation

revue de

socio-économie

Cote
P 00CO

Crédoc - Consommation. N° 1981-003.
Juillet - septembre 1981.

Num
4415-1

CREDOC•Bibliothèque



x

Sou1981 - 3286 à 3291

1981 n° 3

Comité de Rédaction

André BABEAU, Bernard BRUNHES, Bernard CAZES, Alain DESROSIÈRES, Alain FOULON, Xavier GREFFE, Janina LAGNEAU, Ludovic LEBART, Michel LÉVY, Louis LÉVY-GARBOUA, Arié MIZRAHI, Philippe NASSE, Henri PÉQUIGNOT, Christian ROLLET, Simone SANDIER, Nicole TABARD, Marie-France VALETAS, Alain WOLFELSPERGER, Bernard ZARCA.

Secrétariat de Rédaction

Jacqueline Niaudet, Elisabeth Hatchuel
CREDOC, 142, rue du Chevaleret, 75013 Paris, Tél. : 584.14.20

Note aux auteurs

Les auteurs qui souhaitent publier un texte (article, note ou analyse bibliographique) dans *Consommation, Revue de Socio-Économie* doivent le faire parvenir au C.R.E.D.O.C. en trois exemplaires, selon des normes qui leur seront communiquées sur demande par le secrétariat de la Revue.

Les manuscrits qui ne seraient pas acceptés par le Comité de Rédaction ne seront pas retournés.

Les auteurs recevront gratuitement 25 tirés-à-la-suite de leur article. Des exemplaires supplémentaires de ces tirés-à-la-suite pourront être obtenus aux frais de l'auteur qui en fera la demande à l'éditeur au moment de la remise des épreuves.

Abonnements/Subscriptions

Abonnements 1981 et années antérieures	<i>Subscriptions 1981 and previous years</i>
Un an, 4 numéros France 165 F	<i>One year, 4 issues 165 F</i>
Autres pays 200 F (avec taxe supplémentaire pour envoi par avion)	<i>Others countries 200 F (with supplement for air mail)</i>
Le numéro 55 F	<i>Per issue 55 F</i>

C.D.R. Centrale des Revues,
B.P. n° 119, 93104 Montreuil Cedex, France, Tél. : 374.12.45

Citations

Les citations sont autorisées sous réserve d'indication de la source. En revanche, toute reproduction de la totalité ou d'une partie substantielle d'un article doit faire l'objet d'une autorisation de la Revue et de son auteur.

Citations are permitted provided that the source is clearly indicated. However, reproduction of the whole, or a large part, of an article must have prior approval both from the journal and from the author(s).

Consommation revue de socio-économie

Sommaire/Contents

MICHEL ALBERT	Liberté ou planification en matière de recherche médicale <i>Liberty or planification for medical research</i>	3
JACQUES LECAILLON	Popularité des gouvernants et politique économique <i>The Popularity of Government and Economic Policy</i>	17
RICHARD V. BURKHAUSER et JENNIFER L. WARLICK	L'effet redistributif du régime de retraite de la Sécurité sociale des États-Unis <i>Measuring Income Redistribution under U.S. Social Security Retirement Program</i>	51
CLAUDE MEIDINGER	La théorie économique de la famille : une critique méthodologique <i>The Economic Theory of Family Decisions</i>	75
XAVIER GREFFE	L'économie non officielle <i>The Unofficial Economy</i>	95
	NOTES ET CHRONIQUES	
MARTINE KESPI	Politique conjoncturelle et fluctuations de la construction de logements aux États-Unis <i>Economic Policies and Fluctuations in the Construction of Housing in the U.S.A.</i>	119

LIBERTÉ OU PLANIFICATION EN MATIÈRE DE RECHERCHE MÉDICALE (1)

par

Michel ALBERT (*)

RÉSUMÉ. — La liberté du système de recherche médicale et des services médicaux débouche sur une évolution explosive des dépenses qui risque de l'éliminer au profit d'un dirigisme arbitraire, solution la plus simple à appliquer mais dangereuse. Seule une planification souple peut réconcilier progressivement la recherche médicale avec les exigences de l'efficacité sanitaire économique.

ABSTRACT. — **LIBERTY OR PLANNIFICATION FOR MEDICAL RESEARCH.** *Liberty for the Medical Research system and for Medical services has lead to an explosive increase of expenses which might threaten it and lead to an arbitrary interventionism. An affirmative action is the only means of reconciling little by little Medical Research and sanitary economic efficiency.*

SOMMAIRE

Introduction	4
1. La liberté du système de recherche médicale et de santé débouche sur une évolution explosive qui risque de l'éliminer au profit d'un dirigisme arbitraire	5
1.1. La recherche médicale fait partie d'un système de santé caractérisé par le degré élevé de liberté de l'ensemble des acteurs.	5
1.2. Dépense gratuite et recette indolore.	6
1.3. Quelles sont les nouvelles contraintes économiques ?	8
1.4. Le spectre du dirigisme.	10
1.5. La solution dirigiste est la plus simple et risque d'apparaître la plus naturelle.	10

(1) Texte de l'allocution prononcée par M. ALBERT au Colloque international de la Fondation pour la Recherche médicale sur la Recherche médicale et ses applications dans l'économie de la fin du XX^e siècle.

(*) Commissaire au Plan, 18, rue de Martignac, 75007 Paris.

2. La planification pour préserver la liberté dans le système de santé. . .	12
2.1. Le diagnostic.	12
2.2. Prévenir.	13
2.3. Planifier c'est choisir.	15
Conclusion.	16

Lorsque j'ai été invité, voici un an, à prendre la parole à ce colloque, le thème qui m'était proposé était « la recherche médicale : dirigisme ou liberté ». Ce thème m'avait paru tout à fait pertinent.

Mais voici que, quelques mois plus tard, lorsque le programme définitif a été arrêté, je me suis aperçu que le libellé de mon sujet avait été modifié. En apparence de façon mineure, puisqu'on s'était borné à remplacer dirigisme par planification, ce qui donne, non plus « la recherche médicale, *dirigisme* ou liberté », mais « liberté ou *planification* en matière de recherche médicale ». Cette interversion laisse à entendre que la planification est nécessairement synonyme de dirigisme. Là dessus, permettez-moi de ne pas être d'accord !

La planification telle que nous l'entendons et telle que nous la pratiquons n'a même rien à voir avec le dirigisme, et elle ne s'oppose en aucune manière à la liberté. Cette planification est, dans l'entreprise comme dans la Nation, une manière de gérer des systèmes complexes grâce à un ensemble d'objectifs et de moyens cohérents, fixés à un horizon déterminé après une étude attentive de l'environnement et une large concertation avec toutes les parties intéressées.

Cela n'a rien à voir avec le dirigisme, qui se fonde au contraire sur l'idée qu'un appareil administratif centralisé sait mieux que les entreprises ce qu'il faut produire, mieux que les chercheurs ce qu'il faut chercher, et à la limite, mieux que les écrivains et les artistes ce qu'ils doivent créer.

Mais en l'occurrence il y a plus encore. Non seulement je ne vois pas d'opposition aujourd'hui, en France, entre liberté et planification en matière de recherche médicale, ce qui me conduit à récuser le libellé « liberté ou planification », mais mon propos sera de montrer :

1° que la liberté formelle du système de recherche médicale et de santé conduit au dirigisme et à l'arbitraire administratif;

2° alors que, seule, une planification souple peut en la matière préserver à terme des libertés réelles.

Autrement dit, la véritable question n'est pas liberté *ou* planification, mais liberté *et* planification.

Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, je tiens à préciser que j'en ai retenu une acception large « la recherche médicale *et ses applications* », une acception dans laquelle la recherche médicale fait intrinsèquement partie du système de santé, et ne saurait être traitée indépendamment de lui. Il y a à cela deux raisons :

– la première est que la séparation serait arbitraire. Comme l'a écrit le Pr Jean Bernard dans son *Beau navire*, « toute médecine est une recherche »;

— la deuxième raison est que la recherche médicale ne pose de problème économique que par son appartenance au système de santé et par les effets de levier qu'elle y exerce, notamment en matière financière. Les dépenses de santé représentent aujourd'hui, en France, environ 8 % du P.I.B., soit 200 milliards. De cette somme, la recherche médicale à proprement parler ne dépasse pas 2 %, ce qui ne fait guère que 1,5/1 000 du P.I.B., soit une proportion négligeable au regard de ce qui nous concerne ici, c'est-à-dire l'économie de la fin du xx^e siècle.

1. LA LIBERTÉ DU SYSTÈME DE RECHERCHE MÉDICALE ET DE SANTÉ DÉBOUCHE SUR UNE ÉVOLUTION EXPLOSIVE QUI RISQUE DE L'ÉLIMINER AU PROFIT D'UN DIRIGISME ARBITRAIRE

1.1. La recherche médicale fait partie d'un système de santé caractérisé par le degré élevé de liberté de l'ensemble des acteurs

Liberté des chercheurs tout d'abord. Ce principe a été posé dès le début de la planification française, en 1952 : « L'initiative absolue (est) laissée aux chercheurs dans le choix et les moyens de leurs programmes de recherche : c'est le rôle des centres organisateurs d'assurer cette liberté ».

Si la D.G.R.S.T. et le C.N.R.S. affichent certaines priorités générales, le principe n'en est pas moins celui de l'autonomie de la Communauté scientifique. Dans chaque secteur, les organismes de recherche « s'autogouvernent » par l'intermédiaire de commissions composées des personnalités les plus éminentes.

Liberté du médecin en second lieu. Dans le système français d'assurance médicale, l'ordonnateur de la dépense publique est en général un expert libre, un personnage indépendant de toute subordination hiérarchique. Le caractère exceptionnel de cette situation doit d'autant plus être souligné qu'il n'a d'égal que l'attachement de la population à son égard.

Liberté du malade enfin, qui n'est pas seulement la liberté formelle de choisir son praticien, mais une liberté réelle, résultant de ce que la demande de consommation médicale est très fortement solvabilisée par le taux de couverture de la sécurité sociale et des mutuelles.

Certes, on dira que ce système n'est pas propre à la France et que, même dans les pays tels que les États-Unis, où la sécurité sociale reste beaucoup moins développée, la part des dépenses médicales dans le P.I.B. est comparable. Néanmoins, il importe de souligner une particularité essentielle du système français de sécurité sociale, c'est qu'il additionne aux effets de la dépense gratuite pour les particuliers, ceux d'une recette indolore pour la collectivité.

En effet, en Allemagne, en Angleterre ou en Hollande, les dépenses de santé sont, dans une large mesure, financées par l'impôt sur le revenu. L'augmentation de ces dépenses est donc douloureuse pour la quasi-totalité des citoyens. En France, au contraire, ce sont les entreprises qui paient, sous la forme de

cotisations sociales qui n'apparaissent pas sur nos feuilles d'impôt, ni même, pour la plus grande part, sur nos feuilles de paye. On ignore trop souvent que, si le montant du S.M.I.C. est de 2 564 F par mois, un smicard coûte à l'entreprise qui l'emploie 3 766 F, la différence représentant environ 1 200 F de cotisations diverses.

1. 2. Dépense gratuite d'une part, recette indolore d'autre part, chacun comprend que ce système est dépourvu de régulation. Mais il y a pis : il risque de devenir explosif bien avant la fin du siècle.

Certes, en apparence, le système de santé est fortement tenu en main par une réglementation complexe. Ce n'est pas ici le lieu de rappeler ce qu'est la réglementation de la santé, si ce n'est pour souligner son caractère hétérogène et le fait que, loin d'appliquer une planification d'ensemble, c'est-à-dire une adaptation globale des moyens aux besoins et aux priorités retenus pour objectifs, loin de se fonder sur une recherche d'optimisation, elle se compose de dispositions disparates relevant de logiques diverses :

- tantôt la protection de la population (réglementation des formations médicales et para-médicales):

- tantôt la limitation de l'offre (carte hospitalière et un *numerus clausus* pour les étudiants en médecine);

- tantôt une politique des prix, pour ne pas dire de l'indice des prix, qui a conduit notamment l'industrie pharmaceutique française à travailler dans une large mesure selon ce que j'appellerai une logique d'arsenal par opposition à la logique d'entreprise, multipliant de fausses innovations destinées à tourner le contrôle des prix et cela, dans des conditions qui se sont avérées peu favorables aux progrès de sa compétitivité.

Cette réglementation apparaît également impuissante à orienter rationnellement les recherches médicales et à assurer la maîtrise globale des dépenses de santé.

Certes, une part substantielle des recherches a permis de réduire les coûts des soins. C'est notamment le cas des vaccins et de découvertes telles que celles des antibiotiques qui ont permis par exemple de vider les sanatoriums.

Mais il ne fait pas de doute que le facteur principal de drainage des ressources en matière de recherche médicale s'effectue dans le sens des courants qui portent les peurs, les angoisses de l'opinion publique.

C'est particulièrement clair en ce qui concerne le cancer. Loin de moi bien sûr, l'idée de critiquer les investissements toujours insuffisants qui sont faits dans ce domaine. Et je ne saurais trop souhaiter que l'effort récemment décidé par le ministre de la Santé puisse constituer une des grandes tâches du VIII^e Plan en matière de recherche médicale.

Néanmoins, ce n'est pas par hasard que, lorsque le Président Nixon a voulu s'illustrer par un projet capable de relayer, dans l'opinion publique, les projets de

conquête spatiale de Kennedy, il a fait porter l'effort sur le cancer en dépensant des sommes énormes, sans grand succès d'ailleurs. Aujourd'hui encore, environ 70 % des ressources collectées par les institutions de mécénat en matière de recherche médicale sont consacrés en France au seul cancer. Les causes de morbidité ou de mortalité les plus importantes ne reçoivent pas les ressources qu'elles mériteraient, simplement parce qu'elles n'émeuvent pas spontanément l'opinion publique. C'est vrai des maladies cardiovasculaires, c'est vrai aussi des problèmes les plus graves de la santé publique, tels que l'alcoolisme ou le tabagisme, qui n'ont pu être retenus parmi les priorités du VIII^e Plan que grâce au courage des autorités responsables.

Dans la mesure où ils sont guidés ainsi par ce qu'on n'ose appeler le « marché », les moyens de la recherche ont trop souvent tendance à se concentrer sur des technologies coûteuses et relativement peu efficaces qui rappellent l'époque où chaque agriculteur essayait d'avoir un tracteur plus gros que celui du voisin, même si la superficie de son exploitation ne lui permettait pas de l'amortir, simplement parce que ce tracteur était un objet de prestige et un symbole de progrès. C'est ainsi que l'on peut, pour partie, expliquer la très forte concentration des dépenses d'hospitalisation : 4 % des malades occasionnent 50 % des dépenses, ce qui pose évidemment le problème éthique du coût de la survie. Même lorsque le progrès technique des appareils de diagnostic ou de thérapeutique leur donne un rendement croissant, il est courant que, par suite de l'expansion de la demande résultant de leur mise en œuvre, le coût global en soit fortement accru.

Nous sommes ainsi en présence d'un phénomène majeur qui doit, me semble-t-il, faire l'objet de nos réflexions les plus attentives : la part de la recherche médicale qui aboutit, *nolens volens*, à accroître les coûts de ses applications pour ne reculer la mort que pendant des durées trop souvent brèves, n'est-elle pas excessive par rapport à l'effort qui est consenti en vue d'améliorer la santé au sens le plus fort du mot, c'est-à-dire le bien-être de la population ? Certes, ce serait réduire ce problème de manière scandaleuse, que de le considérer exclusivement sous l'angle économique; c'est avant tout un problème de caractère éthique pour la société tout entière. Mais il est grave que ce problème soit encore si souvent traité par prétériton.

Je suis bien conscient que, si la recherche médicale est la seule, avec la recherche militaire, qui ait pour effet d'accroître autant les coûts, c'est pour un avantage global qui n'en est pas moins à la fois indiscutable et infiniment difficile à mesurer dans l'ensemble de ses dimensions.

Néanmoins, il faut poser ce problème car, me semble-t-il, nous n'en sommes qu'au début du déroulement de ce processus autonome de concentration de la recherche médicale sur les objets les plus angoissants de nos peurs collectives et de multiplication corrélative des dépenses de santé. En effet, il est, dans nos sociétés, un consensus général au point d'apparaître comme un véritable impératif catégorique, sur l'idée que la santé n'a pas de prix.

Nous voici devant une véritable mutation anthropologique ⁽¹⁾. Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, le terme de santé était peu employé et il signifiait non pas bien-être, mais absence de maladie aiguë. Aujourd'hui, ce n'est pas par hasard que, lorsque nous nous offrons nos vœux de nouvel an, nous nous souhaitons d'abord une bonne santé. Toutes les études sociologiques montrent que l'aspiration première de nos contemporains est la santé. C'est là un étrange paradoxe car la disparition, dans les pays développés, de la plupart des épidémies et maladies infectieuses qui ont décimé les hommes au cours de l'histoire aurait pu les conduire vers d'autres préoccupations. Mais il semble, au contraire, que nous sommes ici en présence d'un phénomène analogue à celui que Tocqueville a si bien analysé en ce qui concerne les privilèges et les inégalités sociales : c'est dans la mesure, nous dit-il, où les inégalités se réduisent qu'elles deviennent le plus insupportables. De même, c'est au cours du siècle où la durée moyenne de la vie humaine aura doublé dans nos pays que la santé sera devenue pour eux une véritable angoisse obsessionnelle.

J'allais dire une angoisse métaphysique. En effet, la vieille racine indo-européenne « san », qui signifie « la conservation de soi », a suivi une double trajectoire et donné d'une part le mot « sanitas », c'est-à-dire « santé », et d'autre part le mot « salvatus », c'est-à-dire « salut ». Or, c'est en vérité de salut qu'il s'agit. Nous sommes la première génération qui, ayant tué les dieux, fermé l'accès à tout au-delà, se trouve massivement confrontée à la mort définitive. Pendant des siècles, l'homme malade n'espérait guérir que dans l'au-delà. Mais la mort aujourd'hui n'est plus un passage; elle est un néant; elle est le Néant.

Voilà pourquoi la requête que notre société adresse au corps médical est bien celle que traduit le titre du livre de Slaughter : *Afin que nul ne meure*. En réalité, ce que nous lui demandons, ce n'est pas d'être les soignants de nos maux, mais bien les prêtres de notre bonheur, des dispensateurs miraculeux de jeunesse, de beauté, d'amour et de pouvoir, et cela pour l'éternité.

Voilà pourquoi la demande de santé est une demande quasi infinie. Voilà pourquoi enfin le sujet de ce colloque, la recherche médicale et ses applications confrontées aux nouvelles rigueurs des lois économiques, constitue probablement le défi le plus central, le plus aigu, que nos sociétés auront à affronter d'ici la fin du siècle.

1.3. Quelles sont ces nouvelles contraintes économiques ?

Il ne m'est que trop facile de les résumer.

L'Occident est sorti, à la fin de 1973, avec la guerre du Kippour, d'une période que Jean Fourastié a appelée « les trente glorieuses », pendant laquelle, pour la première fois dans l'histoire, le taux moyen de la croissance économique, c'est-à-

(1) L'analyse qui suit s'inspire largement d'une étude réalisée en 1980 pour le Commissariat général du Plan par l'association Macroscopie.

dire de l'enrichissement collectif, a été de l'ordre de 5 % par an, soit environ un quadruplement des revenus individuels en une génération.

Cette période peut aussi s'appeler l'ère Beveridge, du nom de l'économiste anglais dont l'œuvre a inspiré le développement de la plupart des systèmes de sécurité sociale et de santé, lesquels font largement appel à des financements publics : 100 % en Grande-Bretagne, 80 % en France. C'est grâce à ce prodigieux enrichissement que, depuis 20 ans, la consommation médicale calculée en volume, c'est-à-dire en francs constants, a pu augmenter en moyenne de près de 8 % par an (7,9 %), atteignant ainsi en 1980 le coefficient 440 sur la base 100 en 1960.

Or, depuis 1973, à la suite de la guerre du Kippour et du quadruplement du prix du pétrole, une rupture radicale s'est produite dans l'évolution économique. Cette rupture peut être caractérisée par les cinq chiffres suivants, qui sont largement valables pour l'ensemble des pays de l'O.C.D.E. et pas seulement pour la France :

- le taux de croissance, c'est-à-dire le rythme de l'enrichissement collectif, a été divisé par 2;
- le taux d'inflation a doublé;
- le taux de chômage a doublé lui aussi;
- en France, le rythme d'augmentation du taux des prélèvements obligatoires (fiscaux et parafiscaux) a été multiplié par 5;
- le taux d'augmentation des dépenses sociales et notamment des dépenses de santé est demeuré à peu près stable, à un niveau de l'ordre de 7 %, soit plus du double du taux de croissance économique global.

D'une part, les dépenses de consommation médicale ont continué après comme avant 1973 à augmenter à un rythme quasiment inchangé en dépit du fait que la croissance économique se ralentissait, elle, de moitié. Ce n'est que très récemment, par suite des efforts courageux mis en œuvre par le ministère de la Santé que l'on a commencé à observer un fléchissement sensible. Mais tout porte à craindre que, même renouvelés, ces efforts ne parviennent pas durablement à contrebattre la tendance de fond qui, je le répète, s'inscrit au cœur même de nos sociétés. D'autre part, nous sommes entrés, avec le décuplement en 7 ans du prix du pétrole, dans une ère économique radicalement nouvelle que, par une extrême simplification, on peut caractériser par les trois propositions suivantes, dont l'ensemble a été qualifié de théorème : « l'emploi est lié à la croissance; la croissance est liée à l'équilibre extérieur; l'équilibre extérieur est lié aux exportations », c'est-à-dire à la compétitivité de notre économie. Or, il est évident que l'augmentation des cotisations sociales, à moins d'être compensée par un abaissement équivalent des salaires, ne peut se développer à un rythme plus rapide en France qu'à l'étanger sans porter atteinte à la compétitivité de notre économie, c'est-à-dire, en définitive, à notre développement même.

Plus précisément, dans cette géométrie nouvelle qui nous est imposée, que nous le voulions ou non, par l'état du monde, il devient essentiel de comprendre que, toutes choses égales d'ailleurs, toute augmentation des dépenses de santé, si elle n'est convenablement compensée par des réductions de dépenses ailleurs, en

se répercutant *via* la sécurité sociale sur les charges de santé, risque de réduire la compétitivité des entreprises françaises et, par là-même, d'augmenter le chômage global.

1.4. Le spectre du dirigisme

Partant de là, la question n'est plus de savoir quel est le pourcentage maximal de dépenses de santé pouvant être supporté par l'économie nationale. Ce pourcentage serait évidemment très élevé si nous acceptions de réduire d'autant les autres dépenses. Mais il suffit, pour prendre conscience des réalités, de savoir que, en 1980, les dépenses de santé représentent en France environ 200 milliards, alors que le produit de l'impôt sur le revenu n'a été que de 120 milliards. Si l'on ramenait les dépenses de santé à leur niveau de 1950, on pourrait supprimer l'impôt général sur le revenu. A l'inverse, si celles-ci continuaient à l'avenir à augmenter au même rythme qu'en 1979 (soit 7,2 %), le rythme de la croissance globale étant de 2,5 %, il suffirait de 60 ans pour que la consommation médicale soit égale à la totalité du P.I.B. Ce serait en 2040 environ.

Cela est évidemment impossible et nous devons donc bien choisir rapidement une autre voie. Toute la question est de savoir laquelle.

Certes, cette rupture de notre évolution économique, la « rupture du Kippour », si grave soit-elle, ne doit pas conduire à des conclusions catastrophiques.

En premier lieu, les Français ont déjà montré depuis 1976 qu'ils sont prêts à consentir des sacrifices sur leur salaire pour maintenir la priorité qu'ils attachent aux transferts sociaux. Ainsi, l'augmentation annuelle du salaire réel moyen s'est ralentie de 5,1 % sur la période 1974-1976 à 2,2 % de 1977 à 1980.

D'autre part, il serait erroné de croire que les dépenses de santé sont en elles-mêmes plus pernicieuses que d'autres d'un point de vue économique. Rien ne le prouve, au contraire, dans la mesure où, d'une part, elles font moins appel à l'importation que certains autres types de dépenses et où, d'autre part, l'activité de santé est fortement créatrice d'emplois directs.

Il reste que le taux de croissance de ces dépenses demeure à moyen terme excessif et qu'il serait imprudent d'espérer qu'ils retrouveront sans vigoureux efforts un rythme plus compatible avec les exigences de la situation économique mondiale.

C'est dire que l'admirable conciliation de la liberté, de la sécurité et du progrès qui caractérise aujourd'hui notre système de santé ne peut plus se prolonger indéfiniment comme telle. Ce système est confronté au dilemme implacable : dirigisme ou planification.

1.5. Or la solution dirigiste est la plus simple et risque d'apparaître la plus naturelle

Pour maintenir le couple indissociable des besoins et des moyens, même quand il y a pénurie de moyens, la solution la plus simple a toujours été la plus

brutale, c'est-à-dire le rationnement. Rationnement de crédits de recherche, rationnement de crédits de soins, rationnement de l'offre des services médicaux, remise en cause de la liberté de prescription, ou de consommation, ou des deux. Inutile de s'étendre sur cette description, si ce n'est pour préciser trois aspects particulièrement importants de la logique du dirigisme et des contingentements administratifs.

— Le premier concerne l'arbitraire et les inégalités qui en résultent nécessairement avec le risque de voir apparaître, comme cela existe déjà dans d'autres pays, un marché parallèle de la médecine, dont les plus démunis sont les premières victimes.

— En second lieu, la logique du rationnement conduit à couper les crédits, non pas nécessairement là où ils sont le plus utiles, mais là où ils sont le plus faciles à couper. Or, il est plus facile de rogner sur les dépenses d'entretien des hôpitaux que de fermer un grand centre de recherche et chacun s'accordera à penser que cela peut apparaître, à court terme, comme un moindre mal. D'ailleurs, même si l'on réduisait les moyens de la recherche française, cela ne nous empêcherait pas d'avoir besoin de recourir aux techniques nouvelles de la recherche étrangère. Mais le risque, le vrai risque — et tous ceux qui sont sur le terrain le savent bien — est que de restriction en restriction, on en finisse, à force de dirigisme, à avoir des hôpitaux mal tenus, mal entretenus, des hôpitaux sales et poussiéreux malgré ou, pis, à cause de leur niveau technique.

Mais alors, ce n'est pas seulement la liberté de prescription et de consommation médicale qui serait en jeu, car nos sociétés n'acceptent pas que l'on joue avec la santé. Souvenons-nous, par exemple, que les événements de mai 68 ont brusquement changé de sens à partir du moment où des services d'ambulances ont été touchés par la grève, et que l'élection de M^{me} Thatcher aussi a été due largement à une grève des ambulances.

En définitive, le système de santé et de recherche médicale dont nous disposons nous semble quelque chose de tout naturel, alors qu'en réalité il s'agit d'un véritable miracle de l'histoire, né de la conjugaison de deux hasards :

— d'une part, une croissance économique comme l'on n'en avait jamais connue;

— d'autre part, un progrès technologique déjà très efficace, mais pas encore excessivement coûteux.

Ces deux hasards s'évanouissent aujourd'hui. La santé entre dans la sphère de l'économie, c'est-à-dire de la rareté. Nous risquons de nous apercevoir trop tard qu'il y a une contradiction entre l'économie de la santé et la santé de l'économie et c'est ce risque que mesure non seulement l'actualité mais la nécessité de ce colloque.

2. LA PLANIFICATION POUR PRÉSERVER LA LIBERTÉ DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Seul un effort de planification souple peut réconcilier progressivement la recherche médicale et ses applications avec les exigences de l'efficacité sanitaire et économique.

Autant, sur le long terme, à l'horizon des 20 prochaines années, l'analyse peut être claire et ses conclusions précises, autant il faut être modeste pour ce qui concerne les remèdes à mettre en œuvre, et cela pour deux raisons :

– la première est que, nous l'avons vu, ce que met en cause la confrontation entre nos contraintes économiques et nos libertés en matière de santé, n'est rien de moins que le nouvel imaginaire de notre société, sa religion réelle et son sacré. Le planificateur qui voudrait s'attaquer à cela serait un apprenti sorcier;

– les solutions éventuelles ne valent que dans la mesure où elles procèdent d'une maïeutique sociale. Il faut d'abord que les intéressés, c'est-à-dire l'ensemble des citoyens, comprennent peu à peu les réalités que j'ai tenté d'esquisser et qu'ils les prennent eux-mêmes en charge pour élaborer les compromis les plus efficaces. C'est d'ailleurs toujours comme cela que la planification a fonctionné en France depuis ses débuts, à l'époque de la reconstruction, dans le cadre de commissions qui, pour la première fois, ont réuni autour de la table, les patrons et les ouvriers, les commerçants et les fonctionnaires, les paysans et les enseignants.

Que fait-on d'ailleurs dans une entreprise en difficulté ? On fait un Plan, de redressement ou d'adaptation. La démarche de la planification comporte trois étapes : la première est celle du diagnostic; la deuxième, celle de la prévention des dangers; la troisième, celle qui consiste à choisir les stratégies d'avenir les plus efficaces. C'est bien de cela qu'il s'agit ici et maintenant.

2.1. Le diagnostic

En l'occurrence, la première tâche à accomplir consiste, comme l'a remarquablement fait dans le cadre de la préparation du VIII^e Plan la commission de la Protection sociale présidée par René Lenoir, à prendre conscience de la dérive du système et, plus particulièrement, en matière de santé, à saisir en quoi les peurs qui nous guident sont de mauvaises conseillères.

Pour comprendre, il faut d'abord chercher à comprendre, c'est-à-dire investir dans la recherche.

La première des priorités du VIII^e Plan porte sur la recherche scientifique et technique. Parce qu'il ne possède pas d'or noir, notre Pays se doit de mobiliser sa matière grise dans tous les domaines et notamment en matière médicale. A cet effet, l'action la plus nécessaire peut-être doit porter, conformément aux propositions du *Livre blanc sur la recherche* (1), à établir une méthodologie

(1) *Construire l'avenir : livre blanc sur la recherche présenté au Président de la République*, La Documentation Française, septembre 1980.

d'évaluation des techniques de diagnostic et de traitement. C'est dire que le développement de travaux comme ceux du C.R.E.D.O.C. est particulièrement opportun.

L'idée centrale est d'éviter d'avoir à recourir à un rationnement arbitraire en mettant au point une régulation par la connaissance.

Aujourd'hui, les indicateurs essentiels dont nous disposons en matière de santé sont des *indicateurs de moyens* qui ne mesurent que les instruments du système de soins (nombre de lits, nombre de médecins, nombre d'actes). Nous ne disposons pas d'indicateurs de résultats nous permettant d'apprécier l'incidence de ces dépenses sur la santé de la population, et cela d'autant moins que nous ne savons même pas définir, ni *a fortiori* mesurer, le niveau sanitaire moyen de la population. Sans sacrifier à Jules Romains, il faut avouer que nous ne savons pas scientifiquement ce qu'est un Français en bonne santé. Nous connaissons mal la morbidité, nous sommes très en retard par rapport aux pays anglo-saxons en matière d'épidémiologie (cette matière est l'une des priorités du VIII^e Plan) et d'évaluation des besoins de santé.

Or, comme l'écrivait en 1977 le Directeur général de la Santé, le professeur Sournia, « le plus grand obstacle à l'évolution d'une politique aboutissant au meilleur résultat médical au moindre coût résulte de nos mauvaises connaissances sur la morbidité et les modalités de consommation de soins. »

Pour prendre la mesure de ce que des recherches semblables peuvent permettre de découvrir, j'ai relevé par exemple dans une recherche de Jean de Kervasdoué, sur la production et l'utilisation des connaissances biomédicales, cette réflexion : « Comment expliquer que 30 % des dépenses de santé soient consacrés à l'hospitalisation en Belgique, et que ce chiffre atteigne 80 % en Suède, que les Suédois fassent 37 fois moins de pontage coronaire que les Américains, qu'un malade en réanimation coûte trois fois plus cher aux États-Unis qu'en France ? ».

A cet égard, les États-Unis ont expérimenté les P.S.R.O. (professional standard review organisation), c'est-à-dire l'examen, par un collège de médecins exerçant dans une zone déterminée, des actes et prescriptions dispensés en fonction du diagnostic et du résultat obtenu. Il ne s'agit pas bien sûr de préconiser la transposition de cette procédure, mais de mettre l'accent sur l'intérêt d'une telle démarche.

2.2. Prévenir

Le professeur René Dubos m'a appris qu'il y avait, dans la Grèce antique, deux déesses de la médecine, Hygié, qui a donné l'hygiène, et Panacée, qui a donné ce que je n'oserai pas appeler les panacées, par respect pour la science.

S'il est vrai, comme nous le rappelions en commençant, que toute médecine est une recherche, toute bonne médecine est aussi une prévention. Néanmoins, il n'est sûrement pas excessif d'avancer que la tendance lourde de notre époque est d'oublier qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Or, c'est pourtant là la règle de base évidente de toute rationalisation des choix budgétaires (RCB) et c'est ainsi

seulement que la médecine deviendra une véritable science pratique du bien-être. La mutation nécessaire dans ce domaine pourrait ressembler à celle qui se produit actuellement en matière d'organisation du travail.

Dans ses premières étapes, la révolution industrielle a établi une organisation du travail systématisée par Taylor, dont le principe consiste à séparer radicalement la décision de l'exécution : aux uns, les ingénieurs, la connaissance et le pouvoir; aux autres, les ouvriers, un rôle purement instrumental d'exécution passive. Cette technique est aujourd'hui complètement révolue et le cas du Japon est l'exemple même d'un triomphe industriel fondé sur la diffusion des connaissances et des responsabilités jusqu'au bas des pyramides hiérarchiques.

De la même manière, il me semble que nous devons sortir d'une phase quelque peu taylorienne de la médecine, dans laquelle certains concevaient le malade comme une chose livrée au gros appareil anonyme, omniscient et tout-puissant, dans de grands hôpitaux où l'efficacité du médecin était supposée liée à la passivité du malade.

Partant de là, la prévention est avant tout une affaire d'éducation. C'est sur cette idée qu'a été fondé le P.A.P. n° 7 du VIII^e Plan pour ce qui concerne la prévention de la maladie et de l'accident.

Mais la tâche de prévention ne se situe pas seulement au niveau de l'individu, elle concerne la société tout entière, et plus particulièrement son organisation économique.

A cet égard, ce n'est pas par hasard que le VIII^e Plan constitue, comme l'a souligné le Premier ministre, avant tout une stratégie de croissance équilibrée pour l'emploi. A une époque où l'expression « maladie moderne » est synonyme de maladie de civilisation, de l'absentéisme à l'infarctus, la forme la plus générale de la médecine préventive est celle qui résulte d'une bonne politique économique. C'est à la lettre que nous devons aujourd'hui interpréter le dicton selon lequel « le travail c'est la santé ». Le professeur Henri Laborit nous a expliqué comment les insécurités sociales excessives entraînent l'hypertension, les ulcères à l'estomac et la déficience du système immunitaire.

Le VIII^e Plan comporte sept priorités. Les cinq premières visent toutes à fortifier notre économie en la rendant plus compétitive. La sixième s'intitule « Consolider la protection sociale et promouvoir la famille » et concerne directement cette planification du système de santé dont nous parlons. Enfin, la septième priorité intitulée « Améliorer le cadre de vie » a également des rapports étroits avec notre sujet puisqu'une meilleure qualité de la vie quotidienne des Français, notamment au travers d'un plus grand confort de leurs logements, est certainement un facteur essentiel de bonne santé physique et mentale.

C'est pourquoi je suis, me semble-t-il, au cœur du sujet que vous m'avez proposé sur « liberté et planification en matière médicale », en soulignant que le succès du VIII^e Plan est quelque chose de très important pour la santé publique.

2.3. Planifier, c'est choisir

Il s'agit ici de choisir les méthodes les plus efficaces pour réconcilier les besoins de la société avec les possibilités de l'économie.

La première voie en ce sens consiste, en matière de santé comme d'économie, à obtenir le meilleur résultat au moindre coût. A cet effet, puis-je me permettre de suggérer que la Fondation pour la recherche médicale apporte en priorité son soutien à ce type d'objectif ?

Mais il faut aller au-delà, car même si nous concentrons l'effort de recherche sur les procédés les moins coûteux, la question se posera inévitablement un jour de savoir si l'on doit poser un stimulateur cardiaque à une personne de 80 ans, à une autre de 85 ou à une troisième de 90.

L'économie rejoint ici l'éthique. Nous sommes dans une situation de rareté relative. Qui ? à travers quelles procédures ? au terme de quel type de débat ? décidera de l'allocation des ressources, c'est-à-dire, en définitive comment s'exercera la liberté du prescripteur et celle du malade ? Le Président Pompidou a vécu ce problème. Il avait soutenu un projet de développement d'un cœur artificiel, après quoi il estima devoir y renoncer en raison de ses conséquences économiques. Peut être les dirigeants d'un pays gérontocratique n'auraient-ils pas pris un tel parti...

Pour mesurer la difficulté de ces problèmes, il suffit de noter que si le scanner coûte cinq fois plus cher que les appareils traditionnels d'exploration cérébrale, un chercheur des hôpitaux de Paris a pu présenter récemment une thèse suivant laquelle il pourrait en résulter des économies indirectes sur le coût de fonctionnement de l'hôpital (suppression d'examen radiologiques, durée d'hospitalisation raccourcie, examens moins traumatisants pour le malade).

Quoi qu'il en soit, comme l'a demandé le groupe Santé de la commission du VIII^e Plan, « la réalité des progrès ne doit plus être une constatation, elle doit résulter d'une négociation entre les coûts, les avantages, les efficacités. L'avis des médecins n'est pas suffisant, il doit être complété par celui des ingénieurs, des gestionnaires et des économistes ».

Il s'agit là de types de choix et de régulations que l'on retrouve dans tous les domaines d'une planification moderne. Mais ici, en médecine, un véritable problème de théorie de la valeur se pose : qu'est-ce qui est bon, qu'est-ce qui est valable ? Est-ce de reculer à tout prix la mort, fût-ce de quelques instants, et pour le petit nombre ? Est-ce, au contraire, d'améliorer les conditions de l'existence, et pour le plus grand nombre ? Aucun planificateur ne peut prétendre en trancher, sans se transformer en usurpateur. Car ce sont là des problèmes éthiques majeurs qui ne relèvent pas d'une profession déterminée (les médecins), mais d'un débat collectif qui définira selon quelles procédures et par quels acteurs seront décidés l'allocation des ressources et le niveau de dépenses que la collectivité, à un moment donné de son développement économique, n'entend pas dépasser pour soigner l'un de ses membres.

CONCLUSION

Le dilemme n'est pas « liberté ou planification » mais « dirigisme ou planification ».

Car, à mesure que le progrès technique se développe, il devient de plus en plus faux de dire que la santé n'a pas de prix. Elle en a un, d'autant plus lourd que les ressources collectives sont plus limitées. Et l'évolution de ces ressources est aujourd'hui telle, que nous ne pouvons plus payer à la fois le prix de la santé et celui de la liberté sans un progrès décisif de cette planification qui constitue le contraire du dirigisme.