

L'ÉCONOMIE DES ACTES MÉDICAUX : LA FIN DES CASTES

Jean-François Lacronique

RÉFÉRENCES

1. Jolly D. L'hôpital au XXI^e siècle. Paris : Economica, 1988.
2. Weisbrod BA. Economics of public health. Philadelphia : Univ Pennsylvania Press, 1961 : 127.
3. Lévy E, Bungener M, Fagnani F, Duménil G. Evaluer le coût de la maladie, Paris : Dunod, 1978.
4. Ministère de la Santé. Circulaire sur les prélèvements d'organes et les transplantations. Juin 1986.
5. Bauduret JF. Budget traditionnel et budget de programme au ministère de la Santé. *Cah Social Demogr Med* 1975 ; 15 (2).
6. Teeling-Smith G. *Health economics prospects for the future*. London : Croom Helm, 1988.
7. Saily JC. L'économie de la santé en France. In : Duru G, ed. *La Recherche en Sciences Économiques et de Gestion, Bilan et Perspectives*. Paris : Éditions du CNRS, 1985.
8. Mougeot M. Le système de santé. Paris : Economica, 1986.
9. Bertrand D. La protection sociale. Que sais-je ? Paris : PUF, 1987.
10. Delachaux A, Wietlisbach V. L'impact économique de quelques maladies et accidents. *Med Hyg* 1980 ; 38 : 518-25.
11. Lacronique JF. Health technology in France. *Int J Technol Assessment* 1988 ; 4 (3) : 385-94.
12. Principes applicables pour la pratique des soins pour l'optimisation de leur coût-efficacité. Rapports et Études Euro n° 53. Copenhague : Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1982.

ADRESSE

J.-F. Lacronique : professeur à l'université Paris XII Créteil ; directeur, section médicale et hospitalière, de l'Institut Curie. Institut Curie, 26, rue d'Ulm, 75231 Paris Cedex 05, France.

Les interventions médicales et chirurgicales modifient, en principe, le déroulement naturel d'une maladie. Elles utilisent des procédés pour résoudre des problèmes qui peuvent aller du simple soulagement d'un symptôme, au geste qui évite la mort.

Dans ce dernier contexte, la mobilisation de personnel qualifié et de moyens technologiques impose, à un moment donné, de mettre en rapport des sommes d'argent investies, avec des vies potentiellement épargnées. Pour les praticiens, ces vies ne sont pas anonymes, mais sont celles de personnes bien identifiées, atteintes de maladies éventuellement mortelles ou invalidantes. Dans ces conditions, il ne saurait être question de discuter des moyens à mettre en œuvre pour soulager ou guérir, en termes d'économie pour la société.

En revanche, pour qu'une nouvelle technique de diagnostic ou de soins puisse atteindre ce même objectif, la disponibilité des personnes compétentes et d'équipements spécialisés doit se préparer, et se traduit obligatoirement par des choix budgétaires : telle est la base de la conduite d'une politique de santé [1]. L'appréciation des besoins en est la première étape, qu'elle s'intègre dans une idéologie planificatrice (sous le nom de programme) ou libérale (sous le nom d'étude de marché).

Le moment auquel doit intervenir cette appréciation est une question intéressante à débattre [2] : il existe en effet une liaison forte entre les performances de la technique, et le type de besoins que l'on cherche à satisfaire. Un nouvel immunosuppresseur ou une nouvelle machine d'imagerie cherchent sans doute à répondre à un besoin potentiel, mais c'est la disponibilité du produit qui permettra d'en connaître les véritables indications, et l'impact prévisible sur les comportements des professionnels.

Tant que la technique considérée reste du domaine de la mise au point, une évaluation économique est hasardeuse : les sujets qui en bénéficient sont sélectionnés, une partie des ressources consommées vient de budgets exceptionnels, et beaucoup des moyens utilisés sont artisanaux. Leurs coûts ne reflètent donc pas leur réalité industrielle future, et ne permettent pas d'anticiper les conséquences de tous ordres de la diffusion de ce progrès naissant. L'exemple du cœur artificiel illustre bien le fait que cette phase peut durer plusieurs dizaines d'années. Mais dès que l'innovation est destinée à une diffusion qui dépasse les quelques unités expérimentales de pointe ; il est temps d'aborder les questions d'ordre économique. Parmi celles-ci, les principales sont les suivantes : Que coûte la mise en œuvre du procédé nouveau, en regard de ses avantages ? Peut-il se substituer à d'autres techniques, et dans quelles conditions ? Que coûterait la décision d'y renoncer [3] ?

Ces questions ne sont pas de celles que les médecins ont l'habitude d'aborder. Elles ont amené de nombreuses personnes à donner leur avis : juristes, moralistes, politiciens, économistes, sociologues ont été consultés, souvent à la demande des médecins eux-mêmes, dès lors que les conséquences des choix engagés dépassaient le cadre des compétences techniques, pour décider, par exemple, de ceux qui peuvent bénéficier d'une chance de survie, de la nature des sources de financement et des méthodes d'allocation des ressources. Pourtant, les termes de ces questions ne sont pas abstraits, et leur acuité

s'accroît avec les deux tendances contemporaines opposées que sont, d'une part, la multiplication des innovations et, d'autre part, l'efficacité des mesures de rigueur appliquées pour maîtriser la croissance des dépenses dans l'ensemble du secteur de la santé. C'est ainsi que les institutions de soins en vivent chaque jour les traductions opérationnelles : les hôpitaux sont désormais assujettis à des budgets « forfaitaires » qui ne permettent le développement de nouvelles activités qu'à la condition que celles-ci soient gagées sur la substitution à d'autres activités. Or, ces « redéploiements », certainement nécessaires dans un premier temps, ont une limite qui est d'autant plus rapidement (et paradoxalement) atteinte que l'institution est bien gérée.

C'est pourquoi les responsables de la santé publique ont dû, depuis quelque temps, imaginer des dispositifs médico-administratifs qui permettent d'assurer le développement maîtrisé du progrès technique. La pièce la plus récente en est le « budget de programme », qui permet d'engager des moyens spécifiques sur des objectifs quantifiés sur une période de trois à cinq années. L'analyse des avantages et des coûts est donc une fonction essentielle puisque, selon ses résultats, elle permet d'orienter les conditions de poursuite du programme [4, 5].

Plusieurs techniques analytiques permettent d'estimer l'impact économique d'une pratique médicale. Les appellations d'étude « coût-bénéfice » ou « coût-efficacité » sont réservées l'une comme l'autre à des procédés qui mettent en rapport toutes les conséquences, positives et négatives, des différentes alternatives de prise en charge d'un malade, afin de donner une idée synthétique de l'intérêt pour la société d'un choix en faveur de l'une ou de l'autre [6].

La principale différence entre ces deux méthodes est que le rapport « coût-bénéfice » exprime les valeurs comparées en unités monétaires, ce qui permet éventuellement leur confrontation avec d'autres programmes situés en dehors du champ

de la santé, tandis que les études « coût-efficacité » utilisent des unités homogènes vis-à-vis d'un seul objectif (la diminution de la prévalence d'une maladie le plus souvent).

Toutes ces études ont une caractéristique : elles sont provocantes, voire même irritantes, car elles semblent donner une conclusion « externe » et tranchée à des problèmes qui restent l'objet de débats internes entre spécialistes.

Mais il faut en relativiser la portée et savoir qu'elles sont plus intéressantes par la discussion qu'elles provoquent que par les conclusions synthétiques auxquelles elles aboutissent [7].

Au plan pratique, trois remarques paraissent essentielles.

- Il n'y a pas lieu de voir dans les arguments économiques leurs seuls aspects restrictifs : un budget est l'expression chiffrée d'une politique [8]. Celle-ci ne peut éviter de traduire l'attitude du corps social représenté, vis-à-vis d'une certaine rareté de ressources qui a toujours existé. Celle-ci est simplement devenue plus apparente parce que les trente dernières années nous avaient habitués à un confort exceptionnel.

Certes, le médecin qui traite le malade ne peut que difficilement endosser la responsabilité d'adopter une attitude « civique » d'adhésion aux consignes de rationnement des techniques coûteuses, sous peine de perdre progressivement la confiance des malades. Ces derniers doivent pouvoir conserver l'idée que le médecin agit exclusivement dans leur intérêt, et non comme représentant des impératifs sociaux ou économiques du moment [9].

- Les choix budgétaires doivent bien être faits par quelqu'un. Autant que ce dernier soit le plus compétent possible, et le plus proche de ceux qui devront en assumer les conséquences [10].

En principe, un tel rôle peut être assumé par un médecin ayant des responsabilités de direction, que ce soit comme président de comité médical d'établissement ou même comme chef d'établissement, puisqu'il agit alors en position d'autorité

et de responsabilité. Les études coût-efficacité seront alors pour ces personnes un outil indispensable pour faire accepter leur position dans un débat confraternel dont les termes sont positifs, puisqu'ils permettent un progrès contrôlé et durable. Le schéma classique selon lequel chacun doit « faire son métier », l'intendance étant la responsabilité de l'administration, tandis que les prescriptions ressortissent à la souveraineté absolue du clinicien, est complètement dépassé par l'explosion des innovations [11]. L'arbitrage est devenu nécessaire, et le choix des priorités ne peut se faire qu'en fonction d'objectifs médicaux et de performances comparées. Or, parmi ces dernières, l'évaluation économique n'est sans doute pas la plus inaccessible, et il serait absurde que les médecins s'y soustraient. Si l'on veut que le rapport coût/efficacité des actes médicaux ait un sens, il est préférable que les termes en soient posés, du côté numérateur comme du côté dénominateur, par les mêmes personnes. C'est une affaire d'équipe, et plus une affaire de caste : l'évaluation économique est indissociable de l'évaluation médicale [12].

- Il en est de l'économie comme de l'épidémiologie : la vérité se situe dans les nuances. Dire qu'il existe trop de médecins ou de lits d'hôpitaux est sans doute exact au plan macro-économique, mais peut se révéler cruellement faux dans certains secteurs déshérités. L'économie sert aussi à étudier la répartition des ressources, et à mettre en évidence des inégalités inacceptables.

Il reste à étudier les liens ambigus existant entre l'économie, la gestion et la politique : pour rester synthétique et donc schématique, on doit éviter de transformer cette question en un vaste problème dialectique : c'est au public de juger, et pour cela, il faut communiquer, dire ce que l'on fait en toute transparence, accepter le doute et la contradiction, proposer des hypothèses et les valider : c'est en cela que l'économie peut mériter le nom de « science », et c'est pour cela qu'elle a sa place dans notre journal ■