

ACADÉMIE DE MÉDECINE
Séance Solennelle
Mardi 14 décembre 1999

Allocution du Président Yvon GATTAZ

L'ÉCONOMIE et la MÉDECINE

Votre Président, le Professeur Charles PILET, pour qui j'ai, depuis longtemps, la plus haute estime, a largement surestimé mes compétences lorsqu'il m'a demandé de traiter devant vous de "L'Économie et la médecine", pensant, sans doute, que mes expériences de chef d'une entreprise, créée *ex nihilo*, puis de Président du CNPF (aujourd'hui MEDEF), me permettaient d'appréhender ce vaste problème d'une économie bien particulière.

Plutôt que de parler de "l'économie de la santé", j'aurais été sans doute plus à l'aise en traitant de "la santé de l'économie".

À la vérité, les 90 branches professionnelles du MEDEF, si elles sont largement différenciées par leurs produits et leurs marchés, ont des caractéristiques économiques de l'économie dite de marché : fabriquer le meilleur produit ou service au meilleur prix et dans les meilleurs délais, suivant la règle des trois unités "Prix-délai-qualité" dont les facteurs changent de rang dans une permutation circulaire incoercible et peu prévisible.

Aujourd'hui par exemple, les prix industriels sont de plus en plus bas, de façon parfois inquiétante pour les producteurs, la qualité générale s'est améliorée de manière considérable, en partie grâce aux nouvelles normes ISO 9000 très répandues. La priorité semble donc donnée à ce jour aux délais, c'est-à-dire au service fourni au client. Tout le monde connaît les contraintes du "juste à temps", initié dans l'industrie automobile et largement utilisé dans l'aéronautique, l'électronique, les composants et beaucoup d'autres secteurs.

Mais mon inquiétude devint immense lorsque je découvris, en lisant articles et livres, souvent écrits par les membres éminents de votre Académie, sur l'économie de la santé, que cette économie n'était pas celle d'Adam Smith, de Walras, de Ricardo, ni même celle de Jean-Baptiste Say

ou de Bastiat, pour citer deux Français souvent oubliés parmi les grands théoriciens de cette discipline.

Ma contribution sera donc modeste, et ne vous apportera pas la pierre philosophale que d'innombrables chercheurs plus compétents que moi ne semblent pas avoir encore trouvée.

Quel regard peut jeter un chef d'entreprise industrielle, stupidement obnubilé par l'équilibre permanent du compte d'exploitation, sur cet imposant marché de la santé qui présente deux aspects bien différenciés ?

- L'aspect strictement économique, tel que l'a analysé le Professeur Felstein (avec la préface du Professeur Dominique Jolly), considère les soins médicaux comme le produit final de l'industrie des soins. Cette industrie des soins médicaux aurait les mêmes facteurs de développement que les autres industries.
- La deuxième définition économique est de considérer la santé, non plus comme un produit final, mais comme un facteur parmi tous ceux qui contribuent à une production que l'on pourrait appeler la "bonne santé".

Vous ne vous étonnerez pas, chers confrères, que l'entrepreneur que je suis s'intéresse particulièrement à la médecine dite libérale, car le médecin qui "s'installe à son compte", suivant l'expression consacrée, est lui aussi un entrepreneur, qui doit gérer quotidiennement son compte de résultats avec le risque permanent de faire faillite.

Créer sa propre entreprise sans l'aide de l'État est la définition même du vrai libéralisme économique, même si je reconnais que le service vendu est de caractère particulier.

Cette obsession de l'équilibre financier agace un peu nos interlocuteurs. Mais, a contrario, nous sommes surpris que le CNRS, dont j'ai été administrateur moi-même quelques années, tout comme l'OMS, ne s'occupent que des dépenses et de la répartition de celles-ci, sans entrer dans la mesquinerie de la création de ces richesses. On définit même parfois le degré d'inventivité d'un pays par ses simples dépenses totales de recherche, ce qui fait hurler l'un de mes amis scientifiques, qui affirme que des crédits plus faibles et mieux utilisés pourraient donner des résultats très supérieurs.

Le succès actuel de sociétés de consultants en organisation médicale prouve que cette démarche est efficace.

En préparant cette causerie, j'ai lu un rapport de l'OMS, de décembre 1994, affirmant (je cite) : "l'économie est une science dont un des aspects est l'art de distribuer des ressources limitées au sein d'un pays parmi les membres d'un groupe de personnes, en vue d'améliorer leur bien-être" (fin de citation). Définition tronquée d'une discipline complexe qui est plutôt un empilement de théories parfois contradictoires, même si le but final affiché par l'OMS est éminemment estimable.

La santé est-elle un marché titrait M. Alain Cordier, pour un dossier fort bien documenté.

Un ingénieur peut-il éviter, même si il y a peu de goût, de donner quelques chiffres significatifs qui posent, en quelque sorte, la cadre de ce marché ?

La consommation médicale totale a été, en 1997, de 728 milliards de francs, soit plus de 12.000 francs par habitant, avec un taux d'évolution de 1,7 %, alors que celui-ci était de 2,8 % en 1996 et de 4,5 % en 1995, ce qui prouve une modération dans cette évolution, à l'exception des cures thermales et de la consommation de médicaments.

La consommation de soins et de biens médicaux, qui représente 98 % de cette consommation totale, se répartit elle-même en :

- . 48 % de soins hospitaliers
- . 27 % de soins ambulatoires
- . 18 % de médicaments.

Malgré la relative modération dont nous venons de parler, la croissance de cette consommation médicale reste supérieure à celle du PIB dont elle représentait 9,7 % en 1997.

Économiquement, on le voit, la santé n'est pas un marché comme les autres. Il est caractérisé par une demande quasi illimitée, et une offre forcément limitée.

À ce sujet, associer la santé et l'économie peut être considéré comme choquant, la santé devant avoir une priorité totale qui surpasse largement les problèmes contingents de l'équilibre économique. Mais dissocier ces deux thèmes serait pire. Nous allons donc rechercher les facteurs d'influence et d'équilibre.

Le Professeur Gueniot, qui a été un brillant Président de votre Compagnie, a longtemps travaillé sur "l'économie médicale", en particulier avec mon éminent confrère, Henri Guitton, mathématicien et économiste, sur ce vaste problème des dépenses de santé. Le Professeur Gueniot a

remarquablement expliqué que l'économie de la santé a l'exceptionnelle caractéristique d'être une économie non marchande, à part le secteur du médicament. Encore celui-ci fonctionne-t-il dans des conditions bien particulières. Quant à la demande elle-même, le Professeur Gueniot l'a classée en impérative, justifiée, banale, abusive, inefficace, périmée, et enfin marginale, véritable programme qui ne supprime pas la difficulté de chiffrer la diminution de cette demande et d'estimer les facteurs de risque. Il pose enfin l'immense problème de la solvabilité de cette demande pour les pays pauvres, où elle est confortée sur le plan politique par la théorie du "droit à la santé".

La limitation de l'offre quantitative résulte essentiellement des politiques de maîtrise des dépenses mises en œuvre par les financiers. Quant à l'offre qualitative, elle progresse rapidement par l'innovation et la recherche. Signalons ici les innombrables tentatives de régulation dont la plupart ont été des échecs, quel que soit le système de santé concerné.

M. Guy Abitbol, dans son article « Médecine et marché » de la revue "Commentaire" du printemps dernier, posait le problème en dualité : soit un "rationnement sans concurrence", suivant le système NHS (National Health System) de la Grande-Bretagne, soit la "concurrence avec rationnement", suivant le système HMO (Health Maintenance Organization) des États-Unis.

Parfois, on se pose ingénument la question : quelle est la dépense de santé optimale pour un pays comme la France ? Les réponses, si elles sont scientifiques, sociologiques ou politiques, présentent une dispersion inquiétante.

Mais, au moins notre système de santé français est-il efficace ? Eh bien, malgré les attaques, la réponse est certainement positive, même si la dépense est forte, puisque nous nous situons au troisième rang mondial, derrière les USA et l'Allemagne.

Si on prend un grand indicateur de santé comme l'espérance de vie, on constate que la France est au second rang mondial pour la longévité des femmes en 1998, derrière le Japon. Elle serait en voie de passer au premier rang, statistique qui confirme le rôle prééminent des femmes dans notre pays, comme nous avons tenté de le démontrer avec cinq de mes confrères, lors de la séance solennelle de notre Académie, le 25 mai dernier, sous le titre général : "Les femmes et le XXI^e siècle".

Je profite de cette occasion pour rappeler l'excellent lien effectué entre nos deux Académies par le Chancelier Edouard BONNEFOUS et par notre correspondant, le Professeur VACHERON.

Si la longévité de nos mâles est moins performante, c'est dû, paraît-il, au tabac, à l'alcool et aux conduites dangereuses.

Oui, la santé est bien un secteur-clé de l'économie française, puisqu'elle a contribué, en 1993, à hauteur de 6,2 % à l'activité de production du pays. Ce montant de valeur ajoutée était supérieur de 50 % à celui de la branche "énergie", et de 100 % à celui de la branche "agriculture, sylviculture et pêche". A cette date, 1.600.000 personnes étaient employées dans le champ de la santé, chiffre auquel il faudrait ajouter celles qui sont employées dans le système d'assurance maladie public et privé.

L'industrie pharmaceutique

On ne peut traiter de l'économie de la santé sans étudier l'industrie pharmaceutique, si bien représentée ici par mon ami Pierre JOLY, industrie dans laquelle la France est le premier producteur européen, avec 88.000 employés en 1997, chiffre qui augmente régulièrement de 1.000 par an. La France est le troisième exportateur mondial de médicaments, affectant à sa recherche 2,4 milliards d'euros en 1997, soit 14% de son chiffre d'affaires. Et nous connaissons quelques laboratoires performants qui font mieux encore.

Nous savons tous ici que le coût moyen de développement d'une molécule internationalisable atteint 1,5 à 2 milliards de francs. Il faut reconnaître que les principaux progrès thérapeutiques, depuis la guerre, sont le fait du médicament et des techniques de diagnostic. Les innovations dans le médicament ont vidé les sanatoriums, éradiqué des fléaux sanitaires ou sociaux ancestraux, limité les rejets de greffes, prévenu nombre de maladies, notamment infantiles ou chroniques.

Malgré ces performances, nos meilleures entreprises m'ont toujours affirmé avoir des rentabilités faibles par rapport à celles des autres pays, sans doute à cause d'un sévère contrôle des prix qui ne s'est jamais libéré.

Équilibre entre santé et économie

C'est incontestablement la conjugaison du progrès scientifique et de l'économie de marché qui a permis un développement sans précédent dans l'histoire des sociétés humaines.

Pendant des siècles, toutes les sociétés ont vécu dans des conditions de précarité que l'on considérerait aujourd'hui comme insupportables.

L'accès à toutes les protections de la société moderne fait désormais partie des avantages acquis réputés irréversibles, mais aujourd'hui encore, sur les 6 milliards d'habitants que compte la planète, il n'y en a guère plus d'un milliard qui ont accès au standard de vie des pays industriels développés.

Vous savez que je n'aime pas parler des avantages acquis, car l'IAA, qui est le sigle de l'industrie agro-alimentaire, mais aussi et surtout l'Irréversibilité des Avantages Acquis, a été un facteur d'immobilisme, de lignification de l'économie, qui devrait être synonyme de création, de nouveautés, de changements. On dit que les Français qui affichent toujours un goût prononcé pour les réformes ont, en fait, une peur incoercible du changement.

Si l'environnement général et l'efficacité des thérapeutiques modernes ont permis les résultats positifs que nous venons d'évoquer, c'est également parce que l'élévation du niveau de vie a permis de créer des systèmes d'assurance maladie obligatoire donnant à l'ensemble de la population la possibilité de recourir aux techniques de soins les plus modernes.

Il ne suffit pas en effet qu'il y ait de bonnes thérapeutiques disponibles, il faut encore que chacun puisse les solliciter en cas de nécessité. La maladie, quels que soient les efforts de prévention, étant ressentie par chacun de nous comme une menace permanente, chacun revendique la couverture maladie la meilleure possible car cela lui donne un sentiment de sécurité qui est un élément de confort moral devenu indispensable.

La mutualisation du risque maladie à travers les systèmes d'assurance collective obligatoire traduit le besoin de solidarité que ressentent les hommes face à une menace potentielle qui frappe toujours au hasard et souvent sans préavis.

Au total, c'est donc bien l'association de la médecine moderne et de la prise en charge collective des soins de santé qui a permis d'obtenir une amélioration sans précédent de l'état sanitaire de la population des pays développés.

Même si les acquis sont considérables, ils ne sont jamais définitifs. En effet, même si on vit de plus en plus vieux et en bonne santé, on finit quand même par mourir vieux et malade. La maladie et la mort sont toujours ressenties par les hommes comme par les philosophes comme des échecs.

En d'autres termes, la prévention utile et les soins efficaces conduisent à maîtriser un grand nombre de pathologies, ce qui n'évite pas qu'un peu plus tard, surgissent des pathologies moins bien maîtrisées, difficiles à soigner, comme toutes celles qui sont liées à la sénescence, et plus particulièrement les atteintes du système nerveux. C'est alors que se produit le télescopage entre la réalité économique et le besoin social.

Beveridge, qui est reconnu comme l'un des principaux promoteurs des systèmes d'assurance maladie modernes, avait considéré durant la Seconde Guerre Mondiale que lorsque la paix serait revenue, il faudrait instituer une couverture maladie pour toute la population de Grande-Bretagne, car il pensait qu'avec un tel système, tous les patients atteints par les premiers symptômes d'une maladie pourraient, sans obstacle financier, consulter immédiatement leur médecin traitant. Il serait d'autant plus facile de traiter la maladie que la détection des symptômes serait plus précoce. On devait ainsi mécaniquement aboutir à ce que toutes les affections pathologiques soient endiguées dès leur apparition avec la perspective de supprimer les contaminations et de parvenir enfin à l'éradication de toutes les maladies. Après ce succès final et définitif, on aurait pu supprimer l'assurance maladie. On sait ce qu'il en advint.

Tous les pays développés, quelles que soient les modalités de fonctionnement de leurs différents systèmes d'assurance maladie, sont aujourd'hui confrontés à des problèmes d'équilibre financier. Cela s'explique facilement par le vieillissement de la population qui s'accompagne inévitablement d'un accroissement du coût des soins. Ce vieillissement général menace par ailleurs, comme on le sait, l'équilibre de nos régimes de retraite. C'est le succès et l'efficacité des régimes de protection sociale qui rend paradoxalement leur gestion plus difficile.

Faut-il conclure pour autant que l'économie et la santé représentent deux mondes inconciliables? Certainement pas.

En effet, l'amélioration de l'état sanitaire de la population a contribué d'une façon considérable à l'efficacité du fonctionnement des entreprises et l'on n'imagine pas aujourd'hui une entreprise qui puisse fonctionner convenablement avec l'absentéisme lié à la maladie qui sévissait dans les entreprises du XIXe siècle.

Les marxistes avaient d'ailleurs bien compris cette évolution. En 1945, de nombreux membres du Parti Communiste et de la CGT étaient opposés à la sécurité sociale, car ils considéraient qu'elle allait inévitablement contribuer à l'amélioration du sort des individus et en conséquence diminuer leur volonté révolutionnaire. Pour peu convaincante qu'elle soit dans ses finalités, l'analyse était exacte, mais la CGT défend aujourd'hui avec acharnement et réalisme les acquis sociaux et ne parle plus de révolution.

Mais les difficultés actuelles sont réelles. Si la croissance forte des sociétés à économie de marché a permis de financer pendant de nombreuses années une croissance encore plus forte des dépenses collectives d'assurance maladie, ce phénomène ne peut perdurer indéfiniment, puisqu'il conduit mécaniquement à affecter à moyen terme la totalité des richesses nationales au financement de la seule assurance maladie.

Aujourd'hui, nous l'avons vu, l'assurance maladie coûte au total entre 9 % à 10 % du Produit Intérieur Brut en France. C'est bien plus qu'en Grande-Bretagne et nettement moins qu'aux États-Unis.

On a fait des choix politiques qui consistaient à augmenter progressivement la part des richesses nationales affectées au financement de l'assurance maladie, et cela répondait à la demande de la population. Mais il a fallu par ailleurs couvrir l'augmentation du coût des retraites, du coût de l'assurance chômage, du coût de l'éducation et de l'ensemble des dépenses collectives, dont le total, y compris celles qui sont relatives au fonctionnement de l'État, atteint aujourd'hui, vous le savez, 55 % du PIB de notre pays, record quasiment mondial.

C'est à ce niveau que se pose la mise en œuvre des décisions qui touchent aux choix politiques relatifs à l'organisation de la société, aux choix économiques concernant l'efficacité de notre pays dans un contexte concurrentiel mondial, aux choix sociaux qui préservent la cohésion sociale de la population.

Tous les pays se préoccupent donc de mettre en place, avec plus ou moins de pertinence, des systèmes de régulation capables d'endiguer la montée des dépenses.

Jusqu'à présent, la France n'a guère mieux réussi que d'autres pays et le "trou de la Sécu", expression familière tellement courante qu'elle sera bientôt siglée TDLS, ce trou est devenu une rengaine qui n'en devient pas moins de plus en plus insupportable.

La question posée est simple, trop simple : comment conjuguer performance économique et cohésion sociale ? Les réponses sont en revanche

particulièrement complexes et passent par la gestion d'une multitude de paramètres.

L'assurance maladie, comme les autres systèmes de protection sociale, n'est en effet point neutre au regard de l'économie puisqu'elle s'inscrit dans un large système de redistribution qui conduit à verser chaque année plus de 2.000 milliards de francs de prestations sociales alors que la masse salariale totale des 14,5 millions de salariés du secteur privé marchand est également de l'ordre de 2.000 milliards de francs.

Cette assurance maladie solvabilise des millions de demandes individuelles qui sont satisfaites par les fournisseurs de soins que sont les hôpitaux, les industries du médicament, les centres de cures, les professionnels libéraux, les médecins, les infirmières, les kinésithérapeutes, etc... qui contribuent aussi à l'augmentation de notre PIB.

La difficulté, c'est que si l'assurance maladie permet de faire émerger des centaines de milliers d'emplois (800.000 emplois pour les seuls hôpitaux publics), les activités sanitaires ne se développent que grâce au financement prélevé sur la matière imposable produite par les entreprises du secteur privé marchand soumises, elles, à une forte concurrence.

Il faut donc savoir jusqu'à quel niveau on peut prélever une partie des richesses produites par les entreprises sans les contraindre :

- soit à augmenter leur prix de vente au risque de leur faire perdre leurs clients,
- soit à limiter les rémunérations de leurs salariés au risque de les inciter à travailler moins efficacement ou à chercher un emploi dans d'autres secteurs,
- soit à diminuer la rémunération du capital investi au risque de décourager l'investissement.

Ces brèves réflexions ne permettent pas d'émettre un avis définitif et incontestable sur la validité des choix à opérer car il s'agit au total d'une question réellement politique : jusqu'à quel niveau la société peut-elle exiger de ses membres actifs qu'ils contribuent au financement des systèmes collectifs d'assurance obligatoire sans risquer de casser la dynamique du système : davantage de richesses produites, davantage d'emplois, davantage de revenus individuels, davantage de redistribution sociale ? Ces paramètres sont liés. Qu'on le veuille ou non, il s'agit bien d'agrégats économiques.

Cette question peut être formulée autrement : quelle charge collective peut assumer la société moderne pour entretenir l'état de santé de ses

membres sans sombrer pour autant dans l'excès thérapeutique qui aboutirait à des ruptures économiques et sociales ?

D'une façon ou d'une autre, nous aurons à l'avenir un cahier des charges dont le respect conditionnera la prise en charge collective des soins par la société. Au-delà, on assistera à un développement considérable des activités médicales complémentaires et parallèles qui répondront aux besoins psychosomatiques d'une partie croissante de la population.

Les médecins demeureront les mieux placés des intervenants sociaux pour apporter le supplément de bien-être exigé et assumé financièrement par chacun. Cette tendance confortera le développement de l'économie de marché qui demeure la poule aux œufs d'or productrice de tous nos généreux systèmes aussi imparfaits soient-ils.

Chers confrères, je terminerai par deux remarques.

La première, c'est cette recherche difficile d'un équilibre permanent entre des éléments parfois opposés :

- équilibre entre dépenses et recettes
- équilibre entre dépenses de santé et productivité du monde de la santé
- équilibre entre logique économique et logique médicale
- équilibre entre responsabilité individuelle et responsabilité collective.

Mais l'économie tout entière, c'est l'équilibre. C'est pourquoi nous affirmons parfois que l'entreprise est une bicyclette car, comme elle, elle doit son équilibre au mouvement, et j'ajoute même, pardonnez cette boutade, elle doit aussi sa solidité aux cadres.

Ma seconde remarque est sur l'abus du mot "solidarité" qui est pourtant d'une noblesse exceptionnelle. Mais on a connu déjà des dérives avec les termes insoupçonnables de liberté, de justice ou de bonheur, prétextes parfois à quelques turpitudes. Au risque de choquer, nous utilisons plutôt le mot "intérêt" bien compris.

Pour les jeunes par exemple, nous poussons les entreprises à investir « par intérêt » dans l'information, la formation et l'insertion des jeunes, intérêt pour les jeunes eux-mêmes, mais aussi pour l'investisseur, car un investissement, qu'il soit pour la santé ou la formation, est une dépense qui coûte avant de rapporter. C'est la courbe en J qui descend avant de

remonter, avec une branche remontante plus grande par bonheur que la branche descendante.

Dans cette formule, l'intérêt c'est l'espoir. Et votre métier, chers confrères de cette prestigieuse Académie de Médecine, c'est bien de rendre l'espoir à nos concitoyens, en contredisant cette fausse maxime attribuée à tort à Guillaume d'Orange :

« Il est indispensable d'espérer pour entreprendre », et j'ajouterai même de « persévérer pour réussir ».