

MÉDECINE - ÉCONOMIE

LA NAISSANCE D'UN SYSTÈME ÉCO-MÉDICAL

Jean-Marie CLÉMENT
Juin 2020

Le cas exception de la pandémie Covid19 de 2020

I LA PART CROISSANTE DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE DANS LE PIB

- 1 En 70 ans le nombre de médecins a été multiplié par 4 dont les spécialistes par 8
2. Les CHU créés à la fin de 1958 ont été l'arc voutant de cette rénovation médicale
3. La corrélation entre les dépenses de santé et l'augmentation du PIB

II LES CRITÈRES ÉCONOMIQUES S'IMPOSENT SAUF EXCEPTION À L'ACTIVITÉ MÉDICALE

1. L'encadrement étatique de l'activité médicale
2. La soumission de l'activité médicale aux critères économiques
3. La naissance d'un système éco-médical

III LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE SOUS-TEND LE DÉVELOPPEMENT MÉDICAL

1. Le critère médical qualifie le développement économique
2. L'économie des moyens encourage les découvertes médicales
3. La diffusion du progrès médical facteur de paix ou la guerre par d'autres moyens

MÉDECINE - ÉCONOMIE

La naissance d'un système éco-médical

Ce pourrait être un parfait oxymore : médecine et économie.

La médecine est, sur tous les plans, tout au moins en apparence, en conflit permanent avec l'économie.

Pour beaucoup, l'économie est la science de la contrainte pour mieux répartir les ressources, par hypothèse, rares.

Or peut-on économiser sur ce qui est le but de la médecine, à savoir ses aspects préventifs, curatifs et même prédictifs ?

Depuis plus de 33 ans les français sont appelés à donner leur obole pour le téléthon - contraction de télévision et marathon - le moment annuel où apparaissent les aspects les plus spectaculaires des soins (recherche et thérapie) prodigués pour vaincre les maladies génétiques rares dénommées "orphelines" pour bien marquer qu'elles ne sont pas dans le champ habituel du développement des laboratoires pharmaceutiques.

Depuis plus de cinq siècles, l'économie, en tant qu'objet conceptuel, affirme sa prégnance pour juguler les tendances au gaspillage des ressources naturelles et humaines, par définition épuisables. Cela a donné naissance, au 18^{ème} siècle, à l'économie politique qui associe la meilleure façon de bien conduire - autrement dit de bien administrer la maison -. Le substantif "économique" vient du grec *oikos* (maison) et *nomie* (conduire) ; (en économie, art de bien conduire, de bien administrer une maison) ; il est apparu dans les dictionnaires français au 16^{ème} siècle (Morelli & Furetière).

La médecine, définie comme substantif vers 1135, dérive de *medicus* (médecine), du verbe latin *medere* (soigner, guérir). Or la médecine est née avec les premiers hommes qui recoururent naturellement aux pouvoirs surnaturels des sorciers et mages, et autres savants de l'époque, pour guérir, d'abord par la magie puis par les plantes, des maux dont ils souffraient. Le binôme médecin/économie s'affirme avec l'apparition d'une médecine thérapeutique efficace grâce à la chirurgie, puis à la vaccination et surtout à l'hygiène pré et post opératoire selon l'application des découvertes de Pasteur (asepsie) et quelques années plus tard de Lister (antisepsie).

L'association oxymorique médecine/économie devient alors, dès le 19^{ème} siècle inséparable pour être, courant 20^{ème} siècle, l'objet de toutes les attentions.

Peut-on concevoir une médecine sans économie ? Et peut-on imaginer une économie sans médecine ?

Au courant de l'hiver puis du printemps 2019-2020, la démonstration quasiment par l'absurde de l'intimité entre économie et médecine a fait vaciller l'économie avec, sur le plan mondial, une rétraction spectaculaire des valeurs produites que mesure le produit intérieur brut. L'arrêt des activités productives réduites à l'essentiel : production agricole, commerce alimentaire, service collectif de la propreté et du soutien à la personne et surtout soins médicaux, a généré des pertes économiques considérables. Pour beaucoup, la santé et surtout les soins hospitaliers ultimes justifient cette mise en confinement de toute la population ; cela ne pouvait durer.

Les gouvernants ont très vite compris leur erreur en injectant dans leur économie des capitaux considérables de monnaie aux conséquences funestes. On ne peut nier l'économie comme on ne peut se soustraire au devoir d'humanité ; un équilibre s'impose et c'est cela qu'on attend des gouvernants.

Cette symbiose entre médecine et économie exige un équilibre permanent, une adaptation constante au gré des modifications des contenus soit de la médecine, soit de l'économie. Qui peut le mieux permettre cette adaptation si ce n'est le marché ? Entre l'offre de soins et sa demande, la souplesse adaptatrice suppose un élément tiers constitutif essentiel qui ne peut être ni l'Etat aux multiples rigidités qui lui sont consubstantielles ni le ou les organismes de protection sociale trop aveugles aux circonstances locales ; ce ne peut être que le consommateur de soins puisque désormais on refuse d'accorder au patient le qualificatif d'usager.

Médecine et économie sont liées ; mais si la protection doit être sauvegardée au nom des intérêts de l'ensemble de la société, il me semble opportun d'apporter un élément liant, non rigide, c'est-à-dire non idéologique ou doctrinaire, qui doit concerner les consommateurs de soins en les impliquant au coût de leurs demandes. Pour ce faire, il existe tout une gamme d'intéressement des consommateurs de soins inversement proportionnelle à la gravité des affections dont ils sont atteints ; par exemple, si la sécurité sociale prend en charge les pathologies graves ou chroniques, rien n'interdit de penser que les soins ponctuels soient du ressort du consommateur lui-même ou d'une assurance privée ou d'une mutuelle dite de solidarité appelée complémentaire santé.

Ce dispositif est peu ou prou appliqué dans l'ensemble des économies développées ; mais le dialogue entre médecine et économie se réduit trop souvent à des discussions d'experts sans l'intéressement des consommateurs *intuitu personae*. Or la situation des économies développées demande un dialogue permanent entre producteur et consommateur pour une adaptation constante de différents paramètres constitutifs de cette économie qui forme un système dans le sens où il n'y a quasiment aucune possibilité d'y échapper, hormis quelques cas individuels de personnes très fortunées qui peuvent pallier, par leurs biens propres, les coûts exponentiels de la médecine contemporaine.

La part grandissante des soins dans le PIB impose *de facto* que l'activité médicale soit soumise, sauf exception, aux critères économiques car c'est du développement économique que dépend largement le progrès médical.

I. LA PART CROISSANTE DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE DANS LE PIB¹

1 En 70 ans le nombre de médecins a été multiplié par 4 dont les spécialistes par 8

En 2018 le PIB, c'est-à-dire la totalité des ressources produites en France, représentait environ 2.100 milliards d'euros ; de ceux-ci quelques 273 milliards représentaient la consommation des soins de santé. Ce chiffre est considérable surtout si l'on observe qu'il ne cesse de croître ! En 1950 la part des dépenses de santé s'élevait à 6 % du PIB. À cette époque les dépenses hospitalières en représentaient la moitié, soit environ 3 % ! En 2020, celles-ci totalisent le double...

Ces chiffres ne sauraient mentir. Depuis le début des années 1950 le recours aux médecins de ville s'est généralisé et les hospitalisations sont devenues courantes. En 1950, lorsqu'on disait qu'untel était hospitalisé, le pronostic vital ne faisait guère de doute au commun des mortels. La tuberculose était la grande faucheuse alors qu'en 2020 c'est le cancer et les maladies cardiovasculaires qui l'ont supplantée. La durée moyenne d'hospitalisation était de 30 jours alors qu'il n'est plus que de 4 à 5 jours en 2019. Ces données étayaient la profonde transformation des soins et, en conséquence, la réelle mutation de l'hôpital².

En 1950 il y avait quelque 40.000 médecins dont la plupart étaient généralistes ; les spécialistes, alors peu nombreux, étaient regroupés dans les grandes villes et outre leur cabinet libéral, ils professaient à la faculté de médecine et donnaient leurs soins en fin de matinée à l'hôpital, alors qu'en soirée la contre visite était de la responsabilité des internes.

En 2020 les médecins sont bien plus nombreux : plus de 200.000 inscrits à l'Ordre national des médecins dont 61.000 médecins libéraux ou omni praticiens et 56.000 spécialistes. Les médecins hospitaliers, presque tous à plein temps sont 65.000 contre quelques milliers en 1950, dénommés alors médecins résidents dans les plus grands hôpitaux.

¹ Jean-Marie CLEMENT, *Notions essentielles d'économie de la santé*, LEH Edition, 122 p - 2013

² Jean-Marie CLEMENT, *1900 – 2000, La mutation de l'hôpital*, préface du Pr. Jean BERNARD, LEH Edition, 2001

2. Les CHU créés à la fin de 1958 ont été l'arc-boutant de ces rénovations médicales

Les CHR et U ont été créés par ordonnance gaulliste du 30 décembre 1958 et furent une réforme majeure qui était en gésine depuis de nombreuses années, largement inspirée par le Professeur Robert Debré et mise en œuvre par son fils, nouveau premier ministre de la V^{ème} République, Michel Debré.

Au début de la V^{ème} République, un décret du 12 mai 1960 a de fait généralisé le conventionnement médical, jusqu'alors optionnel, selon les décisions départementales des syndicats de médecins. A compter de ce texte, le remboursement de la sécurité sociale à hauteur du ticket modérateur (selon les cas, 80 ou 100 % des honoraires demandés aux assurés) ont permis une couverture sociale maximum qui de plus pouvait être de 100 % des honoraires demandés par l'apport des complémentaires santé. Cette généralisation de la couverture des honoraires par la sécurité sociale a entraîné une augmentation considérable du recours au service des médecins³.

Le succès de cette mesure fut telle que les pouvoirs publics ont craint un déséquilibre des comptes des organismes d'assurance maladie. Or l'augmentation du salariat avec la généralisation du travail féminin a permis un accroissement proportionnel des recettes de l'assurance maladie. Le lien entre l'accroissement du pouvoir d'achat des ménages et le recours aux soins, avec le corolaire d'une meilleure couverture aux soins, devenait évident. Dès lors, l'augmentation du niveau de vie pouvait corrélérer une augmentation de la durée de vie⁴.

L'augmentation du nombre des médecins fut "libérée" par l'ouverture des études médicales aux classes nombreuses issues de l'immédiat après-guerre (années 1946 et suivantes).

L'accroissement de la population dû aux nombreuses naissances des années 1946-1952 et plus tard l'arrivée massive de la population européenne quittant l'Algérie suite à la déclaration d'indépendance (1961-1962) entraînèrent un boom économique plus connu sous le vocable des Trente glorieuses (1946-1975)⁵. A compter du milieu des années 1970, c'est une population originaire du Maghreb qui, par le biais du regroupement familial, a apporté une population ouvrière et de services.

³ Henri HATZELD, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Coll. Economie et humanisme, les Editions ouvrières, 1963, 311 p.

⁴ Collectif ENA, *Les systèmes de santé : soigner mieux, dépenser moins*, LGDJ, Paris 1987, 226 p.

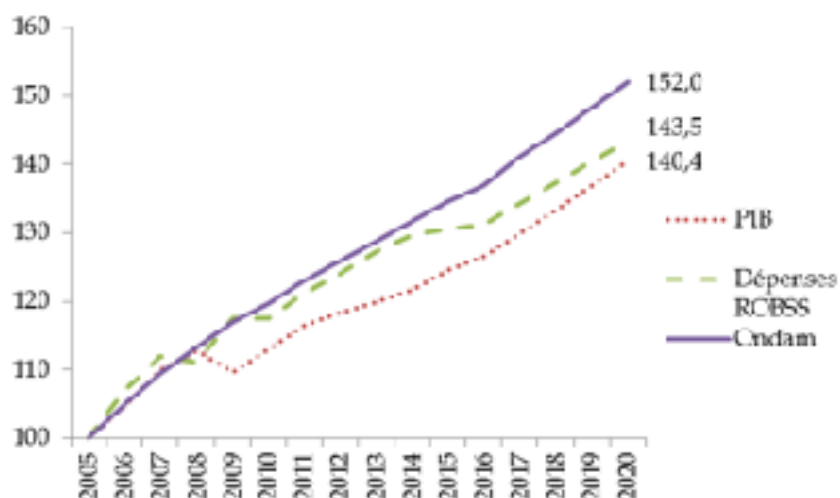
⁵ Jean FOURASTIÉ, *Les Trente glorieuses*, Fayard, 1979, 299 p.

3. La corrélation entre les dépenses de santé et l'augmentation du PIB

La courbe de l'accroissement de la consommation des biens de santé présente une homothétie significative avec l'augmentation du PIB. Cette croissance ne manque pas d'inquiéter les gouvernants, et ceux de la V^{ème} République furent constamment en alerte pour juguler la part trop exponentielle de la consommation médicale par rapport à l'évolution du PIB. Ce dernier n'augmenta pas aussi vite que les dépenses imputées aux caisses de sécurité sociale. Cela amena quelques réformes de l'assurance maladie imposées par ordonnances (1967, 1996) et la réforme du système hospitalier (lois des 31 décembre 1970, 21 juillet 1991, 21 juillet 2009, 26 janvier 2016 et 24 juillet 2019). Parallèlement, les pouvoirs publics s'efforcent de maîtriser les dépenses induites par le recours exponentiel à la médecine de ville (ordonnances du 24 avril 1996).

Pour contraindre les dépenses de santé, le Parlement vote tous les ans, depuis 1996, une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) qui doit fixer le montant d'un objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). Cette contrainte n'a guère été respectée malgré un taux d'ONDAM supérieur au taux du PIB. Le tableau ci-dessous illustre ce décalage entre PIB et ONDAM de 2005 à 2020.

Évolution de l'ONDAM, des dépenses des ROBSS⁶ et du PIB sur la période 2005-2020 (base 2005 = 100)



Source : Commission des affaires sociales, d'après la loi de financement de la sécurité sociale et l'INSEE

Comment éviter ce décalage entre le taux du PIB et celui de l'ONDAM ? La maîtrise de ce dernier tient en des mesures draconiennes affectant tant l'offre de soins (diminution des rémunérations des différents offreurs de soins) que la demande (action sur les remboursements). Un dernier paramètre concerne le volume des recettes de la sécurité sociale dont les comptes sont en baisse à cause du taux élevé du nombre de chômeurs (environ 9 %) qui place la France en tête des différents pays de l'Union Européenne.

⁶ ROBSS : Régimes obligatoires de base de la sécurité sociale

Ces différentes données confirment la place grandissante de l'activité médicale indiscutablement soumise aux critères économiques.

II LES CRITÈRES ÉCONOMIQUES S'IMPOSENT SAUF EXCEPTION À L'ACTIVITÉ MÉDICALE

1. L'encadrement étatique de l'activité médicale

Jusqu'au début des années 1980 les médecins pouvaient ignorer les critères économiques pour mesurer leur activité⁷. Certes les statistiques de la sécurité sociale affichaient le profil de chaque médecin libéral mais cela n'était guère avancé par les médecins conseils des caisses primaires d'assurance maladie que pour alerter des cas extrêmes de dispensation d'arrêts de travail, de prescription de médicaments voire de recours aux examens d'imagerie ou enfin d'examens de laboratoires.

On est bien loin des grands principes de la médecine libérale actés en 1928 lors de la création de la confédération des syndicats médicaux français (CFMS) parmi lesquels :

- liberté de prescription
- liberté d'installation
- liberté de fixation des honoraires.

Ces grands principes tombèrent peu à peu en déshérence : la liberté de prescription est devenue très encadrée selon la spécialité du praticien ; la liberté d'installation subsiste mais elle est régulièrement contestée, et la liberté de fixation des honoraires reste réservée aux quelque centaines de médecins ayant refusé le conventionnement imposé depuis 1960.

Malgré le refus réitéré des médecins tant en exercice libéral que des médecins hospitaliers de déférer aux ordres de la CNAMTS relayés par les caisses des professions indépendantes et celles de la mutualité sociale agricole, les impératifs de la maîtrise des coûts dictent les modalités des pratiques médicales.

L'encadrement des pratiques professionnelles médicales est consubstantiel à la création de la sécurité sociale en 1945 ; seulement il fut réellement imposé par le décret du 12 mai 1960 lequel a supprimé l'adhésion collective des médecins par le biais des syndicats de médecins pour une adhésion individuelle de ceux-ci ouvrant le droit au remboursement des honoraires aux malades sans la référence à un tarif dit d'autorité dont le montant modique était dissuasif pour l'assuré social.

⁷ Jean-Charles SOURNIA, *Ces malades qu'on fabrique : la médecine gaspillée*, Le Seuil, 1977, 255 p.

Pour les médecins hospitaliers, la création en 1982 du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) ouvrait la voie à un contingentement des activités mesurées à l'aune des critères économiques fixés par le ministre chargé de la santé. Postérieurement, les médecins hospitaliers furent soumis à différents contingentements, encourageant la diminution moyenne de séjour (DMS) en proportionnalisant le paiement de pathologies soignées à la réduction du temps passé à l'hôpital. Cela a pris la forme d'une dotation globale de financement (DGF) à la fin des années 1990, remplacée par la T2A (tarification à l'activité) en 2004.

2. La soumission de l'activité médicale aux critères économiques

Pour la médecine libérale, l'accord du bon usage des soins (ACBUS) est un engagement collectif pour l'optimisation des pratiques selon un accord conventionnel signé entre les syndicats médicaux et les organismes de sécurité sociale (LFSS pour 2000).

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé portée par la ministre chargée de la santé Agnès BUZYN, accentue l'obligation d'évaluation liée à la mesure de la pertinence des soins. L'évaluation des soins est apparue le 7 février 1990 avec la création d'une association (loi 1901) dénommée ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale) qui deviendra l'ANAES selon ordonnance du 24 avril 1996 (Agence nationale de l'accréditation de l'évaluation en santé). Cette agence fut chargée d'élaborer des références médicales opposables afin de guider les pratiques médicales. Ces "bonnes pratiques" deviendront juridiquement opposables avec leur publication par la Haute autorité de santé (HAS) créée par une loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

La numérisation de l'ensemble des données de santé recouvrant les données médicales a entraîné la création d'un système national des données de santé (SNDS) totalement intégré à la politique nationale de santé pilotée par les pouvoirs publics. Cela a suscité une controverse sur les notions d'anonymisation et de pseudonymisation de données de santé.

Pour beaucoup des instigateurs de la loi "Ma santé 2022", à savoir la loi du 24 juillet 2019, les algorithmes seraient le *nec plus ultra* de l'évolution de notre système de santé.

L'intégration de l'activité médicale aux critères économiques qualifie la notion de système, à savoir une organisation "bouclée" de l'ensemble des acteurs de santé. Cela est avancé pour justifier le productivisme médical.

3. La naissance d'un système éco-médical

La mise en place d'une nomenclature générale des actes professionnels pour codifier les différents actes médicaux remboursés par les caisses d'assurance maladie, issue des premières conventions médicales dans le courant des années 1950-1960, a été la première étape de la "mesure" des coûts médicaux. A compter de 2005, une nouvelle nomenclature médicale, la CCAM (Classification commune des actes médicaux) tient compte des nouvelles spécialités médicales et pondère mieux leur remboursement pas l'assurance maladie en revalorisant le temps passé en accompagnement relationnel.

Le raisonnement économique s'insinue d'abord discrètement, sinon subrepticement, dans l'activité médicale pour désormais être accepté, si ce n'est recherché, par l'ensemble des acteurs de santé. Les médecins sont intégrés dans des structures sanitaires et l'exemple récent de la création des projets territoriaux de santé parachevant l'instauration des communautés professionnelles territoriales de santé, confirme cette volonté d'intégration des questions médicales dans l'ensemble des problématiques de santé associant les questions de financement (assurance maladie) aux questions d'organisation de l'offre des soins (médecine libérale, établissements de santé, ordres professionnels).

La notion de "santé publique", devenue "santé" sans qualificatif de publique ou privée, marque éloquemment cette globalisation de l'ensemble des problèmes sanitaires publics et privés, exercice libéral ou hospitalier, exercice individuel ou regroupé. On assiste à la naissance d'une véritable "ingénierie sanitaire" pilotée par des fonctionnaires plus ou moins commandés par des personnalités politiques souvent issues de la haute fonction publique.

L'activité médicale soumise aux critères économiques est, en France, pilotée par l'État et ses pseudopodes : on peut parler alors de "santé étatisée"⁸. Les critères économiques déterminent les options gouvernementales qui sont alors co-construites avec les corps intermédiaires dont les puissants syndicats de médecins et les différents ordres professionnels dont l'Ordre des médecins est le plus ancien (1940). Les décisions gouvernementales sont approuvées par le Parlement lors du vote annuel de la loi de financement de la sécurité sociale et périodiquement par les lois spécifiques dont la proximité étonne toujours (Lois de 2009, 2016, 2019), si ce n'est pour rappeler la gestion pointilleuse de l'État central.

Le cas exceptionnel de la soumission économique aux nécessités médicales que l'on a pu vivre tout au long de l'année 2020, illustre un questionnement entre le choix de sauver des vies et le maintien d'un bon niveau de production. Certains ont pu parler de "l'impérialisme" médical à propos des recommandations du Conseil scientifique prodiguées au Président de la République que ce dernier s'est empressé de suivre.

⁸ Jean-Marie CLEMENT, *La santé étatisée*, LEH Edition 2012, 114 p.

Relevons cependant que l'économie, même très amoindrie avec un abaissement du PIB de plus de 10 %, a continué à fonctionner. Et lorsqu'il a fallu décider d'un nouveau confinement, celui-ci est resté partiel dans le temps (couvre-feu de 21 h à 6 h) et contenu dans l'espace (8 régions françaises furent concernées dans un premier temps, représentant environ 20 millions d'habitants). Cette décision de restreindre drastiquement l'économie fut par ailleurs très contestée et reste *in fine* discutable, y compris parmi les membres du corps médical les plus éminents. Pour sauver 32.000 à 35.000 vies dont de très nombreuses personnes en fin de vie, fallait-il mettre à l'arrêt des pans entiers de l'économie ? Mais pour sauver 32.000 à 35.000 vies, n'était-il pas opportun d'augmenter la jauge des lits hospitaliers dont ceux affectés à la réanimation qui furent les premiers à être supprimés dans les centres hospitaliers de sous-préfecture à compter des années 2000 ?

L'économie doit-elle fixer la capacité hospitalière ? Les médecins ont maintes fois vitupérer contre cette administration sanitaire qui ne comptait que par réduction des coûts au détriment d'une offre capable de répondre aux besoins saisonniers et aux épidémies de grippe ou autres virus.

Réduite à des équations, l'économie n'en est plus ; c'est devenu un quasi affairisme se cachant derrière un mot : l'hôpital entreprise.

III LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE SOUS-TEND LE DÉVELOPPEMENT MÉDICAL

1. Le critère médical qualifie le développement économique

Les grands pays de développement médical sont de grandes économies. Cela n'est pas lié forcément avec la superficie du pays où à sa démographie puisque des "petits" pays comme la Suisse et Israël sont des pays de très bonne médecine. Globalement, la puissance économique va de pair avec le développement médical. La qualité de la médecine est source d'économie puisque cela détermine la durée de vie et surtout l'espérance de vie en bonne santé ou en autonomie suffisante.

La prévention est un espace à découvrir tant il y a une indigence dans ce domaine malgré des pétitions de principe. Même une loi – celle du 26 janvier 2016⁹ affectant la prévention au premier rang des préoccupations des gouvernants en mettant en exergue pour la première fois dans un texte officiel la notion d'exposome, à savoir la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail - n'a eu guère beaucoup de succès.

⁹ Jean Marie CLEMENT, *La loi santé 2016 : analyse, commentaires, critiques*, LEH Edition 2016, p.72 et s.

Se voulant écologiste pour sa meilleure part, le législateur promeut l'analyse des risques pour la santé de la population prenant en compte l'ensemble de l'exposome, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs non génétiques qui peuvent influencer la santé humaine.

La loi Santé 2016 anime une volonté législative de la promotion de la santé tout au long de la vie en insistant avec raison sur la prévention dès l'enfance et l'adolescence. C'est dire que l'effort doit porter sur la médecine infanto-juvénile, la médecine scolaire et la médecine universitaire. La médecine au travail doit promouvoir une conduite contre les addictions en utilisant les modèles artistiques vantant la sobriété. Il y a là un gisement considérable pour améliorer la santé des jeunes gens.

La France s'est dotée, depuis la fameuse ordonnance du 30 décembre 1958, d'un réseau de CHU qui, de conserve avec l'INSERM créé par décret du 18 juillet 1964¹⁰, ont hissé la recherche médicale parmi la plus importante dans le monde. Il semble – hélas – que le fonctionnement très hiérarchisé et bureaucratique de cette institution sclérose son avenir scientifique trop à la remorque des publications américaines. Il est malheureusement significatif que les revues de langue anglaise sont plus réputées dans le domaine de la science. Il s'avère que la concentration très importante des universités, des instituts de recherche, des laboratoires de recherche, permet l'éclosion de découvertes. Cette sérendipité est un atout considérable pour la recherche fondamentale et la recherche développement. La force d'une nation tient plus aux arts dans le sens étymologique de techniques et sciences que dans la recherche d'une éventuelle hégémonie extérieure qui ne rencontre qu'ingratitude des peuples que l'on prétend aider.

2. L'économie des moyens encourage les découvertes médicales

Le développement économique ne peut être infini ; l'économie des moyens est évidente et, sans recourir aux théories développées par le club de Rome au début des années 1970, la multiplication des sources de pollution est certainement une des difficultés majeures des prochaines années. Le progrès médical doit, ce faisant, recourir à une parcimonie des moyens pour l'obtention des mêmes résultats.

L'utilisation de la chimie dans la pharmacopée est de plus contestée eu égard aux effets iatrogéniques entraînant des procès retentissants. L'apport de la génétique peut apporter, semble-t-il, une très grande efficacité. Seul le coût de ce "bricolage génétique" peut en restreindre l'usage. Cela n'est pas entièrement probant. Un deuxième frein à l'utilisation de la science biologique ou à la génétique tient au coût des thérapies. Cela va dans le sens des économies développées pour l'utilisation des thérapies très élaborées.

¹⁰ L'INSERM a pris la suite de l'Institut national d'hygiène, créé sous le régime de Vichy, 1940-1944

Le développement économique sous-tend le développement médical puisque seuls les moyens informatiques peuvent traiter de façon incommensurable les données avec, conséquemment, les apports des algorithmes dont la logique des quantas déploie une science des probabilités avec une puissance quasi infinie.

L'apport du développement économique ne manque pas d'interroger sur la logique polémologique des sociétés : la guerre sera-t-elle encore, dans l'avenir proche, d'une grande utilité pour résoudre les conflits entre les peuples ? L'utilisation de la science médicale devrait réduire le recours à la guerre ; c'est ce que l'on peut inférer de l'utilisation du progrès médical servie par les progrès économiques.

3. La diffusion du progrès médical facteur de paix ou la guerre par d'autres moyens

Un des dangers les plus imminents du développement médical tient d'une trop grande inégalité entre les peuples. Après avoir vaincu les grandes épidémies, les populations sont soumises, *a contrario*, à une surpopulation dont la gravité ne peut être éludée. Certes les modifications climatiques astreintes à des temps très longs ne peuvent être ignorées ; mais que faire, alors que la multiplication quasi exponentielle des humains peut être maîtrisée sans recourir à des moyens extrêmes de dépopulation comme les famines ou les guerres ? L'économie médicale nous enseigne l'utilisation à bon escient des moyens thérapeutiques. Certes, on ne peut concevoir un PIB généralisé aux dix milliards d'Hommes ; mais on peut négocier un nouveau PIB calculé sans empiler les chiffres de consommation. L'économie médicale a su, par exemple, économiser l'utilisation du sang humain malgré une consommation exponentielle due aux thérapeutiques modernes et aux populations concernées. Il en est de même pour l'utilisation des rayons X ou Gamma et l'on pourrait multiplier les exemples. L'économie est de principe parcimonieuse des moyens dont elle dispose. C'est un exemple à méditer : consommer moins mais mieux. Le développement économique ne peut prospérer qu'en utilisant beaucoup moins de ressources si l'on veut un meilleur niveau de vie pour l'ensemble de la planète. Ce n'est guère une vue de l'esprit, c'est une impérieuse nécessité.

Le développement économique devrait être de plus en plus tributaire du développement médical : maîtrise de l'exposome, meilleure utilisation des médicaments, prévention des addictions, amélioration des conditions de travail.

L'économie médicale, devenue l'économie de la santé, est sûrement un gisement prometteur d'une plus grande maîtrise des phénomènes naturels qui, sans possibilité d'être combattus, seront pour le mieux prévenus et parmi eux, le risque de surpopulation entraînant des conflits majeurs comme pour l'accès à l'eau par exemple.

La médecine est devenue économie et peut-être voit-on poindre l'économie en tant que médecine.

Une raison d'espérer tient dans le désir irrépressible que chaque humain porte en lui d'augmenter sa durée de vie en bonne santé ou, pour le moins, en, autonomie. Cela entraînera une augmentation considérable des dépenses réservées aux soins donc à la médecine. La part du PIB réservée aux soins est nettement plus élevée – quatre à cinq fois plus – que celle accordée aux dépenses militaires dans les pays de haut développement économique. Sans que les dépenses militaires soient supprimées, de plus en plus de populations accorderont un plus grand pourcentage à leurs dépenses de santé, se substituant aux dépenses de consommation de masse devenues superflues et même pernicieuses. Entre la médecine et le reste, tout est question d'économie.

Economie et médecine ne sont pas oxymoriques mais en totale symbiose.

*

* *

Fait le 5 juin 2020

Jean Marie CLEMENT