

Priorités de santé publique

Les dangers d'une dérive utilitariste

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé institue une Conférence nationale de la santé chargée annuellement « de proposer les priorités de la politique de santé publique », en s'appuyant notamment sur le rapport du Haut Comité de la santé publique (HCSP). Lors de sa première réunion de septembre 1996, cette Conférence s'est largement contentée de reprendre à son compte les priorités fixées par le HCSP.

A priori, tous ceux qui déploraient l'absence d'une « véritable politique de santé publique » dans notre pays ne peuvent que se féliciter de ces évolutions récentes. Les expériences internationales d'exercice formalisé de fixation de priorités pour la politique de santé (Royaume-Uni¹, Norvège², état d'Oregon³, Banque mondiale⁴) incitent néanmoins à tempérer l'enthousiasme de l'économiste, accoutumé à juger du bien-fondé de l'allocation des ressources dans le système de santé en fonction de deux critères : *l'efficacité* (les membres de la collectivité retirent-ils le maximum de bien-être des ressources ainsi consommées ?), d'une part ; *l'équité* (la répartition entre les individus des coûts et des avantages des activités de soins peut-elle être considérée ou non comme juste par différents systèmes d'éthique collective ?), d'autre part.

De ce double point de vue, la fixation d'objectifs prioritaires pour le système de santé soulève trois questions.

Identifier les besoins de santé

La première concerne la *façon dont les besoins de santé de la population sont identifiés et mesurés*. S'agit-il de la mesure de la prévalence/incidence des principales pathologies, ou alternativement, comme avec le *concept de « mortalité évitable »*, privilégié par le HCSP, de la plus ou moins grande capacité du système de santé à faire bénéficier les patients d'une amélioration de leur état de santé. Cette dernière approche a le mérite d'un plus grand réalisme mais elle tend, de fait, à conditionner le besoin sanitaire à l'état donné des techniques et de l'expertise médicales ainsi qu'à la façon dont celles-ci le transforment en demande de consommation de biens et services médicaux. Or, la médiation médicale n'est pas toujours la mieux adaptée à l'expression des besoins. Un anthropologue dénonçait récemment, par exemple, dans les colonnes de la principale revue de santé publique australienne, l'« attraction fatale » que l'introduction de programmes de dialyse et de transplantation rénale dans les années quatre-vingt avait exercé parmi les

aborigènes de ce pays en incitant les nombreux insuffisants réseaux de cette population à migrer vers les zones urbaines afin d'avoir accès à ces technologies. Le résultat a été en définitive « d'isoler ces personnes de leurs réseaux religieux et sociaux de soutien qui étaient seuls en mesure de leur assurer une qualité de vie raisonnable dans leurs dernières années, ceci pour des améliorations marginales de la survie »⁵.

Comparer les besoins de santé

La deuxième interrogation concerne le choix d'une unité de mesure (d'un indicateur) permettant d'agréger et de comparer entre eux les besoins de personnes différentes souffrant de pathologies différentes. Selon les optiques, l'accent peut être mis sur : les années de vie perdues, les années de vie perdues « prématurément », les Qalys (années de vie ajustées par la qualité, chères à certains économistes⁶), ou le « coût social » de la maladie qui prend en compte à la fois les coûts des prises en charge médicales et les pertes de production liées à la morbidité et la mortalité⁴.

Quelles ressources pour quelles priorités ?

La troisième, et plus délicate, question concerne la façon dont vont être déduites de la mesure de ces indicateurs des priorités en termes d'allocation des ressources. Ou bien, on se propose de proportionner strictement les ressources accordées aux différentes pathologies à leur part respective dans l'indicateur de santé publique choisi (par exemple à leur part dans la mortalité globale ou évitable). Mais une telle règle de proportionnalité soulève d'énormes problèmes d'efficacité dès lors que les rendements de l'activité de soins ne sont jamais constants (on ne dépense pas la même chose pour gagner une année de vie supplémentaire pour tous les patients et en toutes circonstances, comme l'illustre le tableau ci-contre). Elle soulève aussi des problèmes

d'équité, car tout prouve que les préférences collectives en matière de priorités sanitaires ne reflètent pas forcément la fréquence des pathologies. Ce qu'attestent les enquêtes démontrant le souci des Français d'un effort important de lutte contre le sida, même en pleine connaissance de cause de la part plus importante des maladies cardio-vasculaires, des cancers ou des accidents de la route dans la mortalité⁷.

Ou bien, on se contente de définir des priorités « ordinales » (c'est-à-dire d'indiquer que tel problème de santé demande des efforts particuliers). Mais, comme le souligne l'économiste écossais Gavin Mooney, la démarche de santé publique risque alors de « sombrer dans la ritualisation politico-médiatique plutôt que de chercher sérieusement à maximiser la santé de la nation »⁸.

Dans les deux cas, on esquivé la difficulté majeure de l'allocation des ressources dans le système de santé : le fait que le progrès médical obéit désormais, pour l'essentiel, à une loi des rendements décroissants : plus on étend les indications, plus il faudra en général dépenser de ressources pour obtenir une même unité de résultat supplémentaire. Ainsi, le progrès majeur dans le traitement des cancers du sein des vingt dernières années, l'introduction de traitements hormonothé-

rapiques et polychimiothérapeutiques adjutants a permis des gains significatifs pour des coûts « raisonnables » (de l'ordre de 50 000 F par année de vie supplémentaire gagnée en comparaison des traitements classiques par chirurgie et radiothérapie) dans le groupe des patientes pour lesquelles la plus grande efficacité a été démontrée (patientes préménopausées avec ganglions envahis et récepteurs aux oestrogènes positifs lors du diagnostic). Mais, ces coûts marginaux sont multipliés par dix ou quinze dès qu'on étend ces thérapies adjuvantes à d'autres catégories de patientes⁹.

Qu'elle demeure ambiguë ou qu'elle s'affiche explicitement (comme dans le cas de la proposition de l'État d'Oregon de répartir les ressources en fonction de la hiérarchie des coûts par Qaly³), une certaine logique de santé publique peut conduire à identifier l'optimum social à l'égalisation du coût marginal de l'année de vie gagnée entre toutes les actions visant à améliorer la santé de la population. À la lecture du tableau, la tentation peut en effet être grande de vouloir redistribuer les moyens au détriment de la dialyse en centre ou de la greffe cardiaque et au profit de la prévention du tabagisme puisque celle-ci « rapporterait » beaucoup plus en terme de santé publique par franc investi. Une telle démarche

Coût par « année de vie gagnée ajustée sur la qualité » de différentes interventions (Coût actualisé par Qaly, en francs, 1990)

Grande Bretagne	
Prévention du tabagisme par le généraliste	2 500
Stimulation cardiaque pour bloc auriculo-ventriculaire	10 000
Prothèse de hanche	11 000
Pontage coronarien (angine sévère)	15 000
Greffe de rein	44 000
Dépistage mammographique cancer du sein (femme > 50)	51 000
Transplantation cardiaque	73 000
Pontage coronarien (angine modérée)	183 000
Dialyse en centre	200 000
États-Unis d'Amérique	
Dépistage néonatal phénylcétonurie	0
Traitement hypertension (hommes de 40 ans, TA diastolique > 105 mm Hg)	65 000
Traitement hypertension (hommes de 40 ans, TA diastolique = 95-105 mm Hg)	132 000
Traitements hormonaux de la ménopause (femmes non hystérectomisées)	186 000

équivalait à une *éthique utilitariste* qui consiste à « accorder un poids égal aux intérêts égaux de toutes les parties », « à additionner les avantages et les inconvénients » et « à choisir ce qui dégage l'équilibre global le plus positif »¹⁰, sans se préoccuper d'équité c'est-à-dire des écarts qui peuvent exister entre les plus démunis et le reste de la population. Concrètement, si pour un même budget de X francs, l'utilitariste a à choisir entre consacrer cette somme pour produire un gain d'espérance de vie de dix ans pour l'individu A, ou alternativement, des gains respectifs de quatre ans pour deux autres individus, B et C, il privilégiera A, et ceci même si l'espérance de vie initiale de A était supérieure à celle de B et C.

Entre efficience et équité égalitariste

Comme je l'ai montré ailleurs¹¹, la combinaison de l'éthique hippocratique avec des systèmes d'assurance maladie à financement collectif, permettant « hors marché » l'accès aux soins de toute la population, assure au contraire que la logique distributive de la pratique médicale demeure que les soins doivent être proportionnels à la maladie et non à la richesse. Cette combinaison garantit que c'est le *critère du besoin des personnes les plus défavorisées du point de vue de leur santé* qui tend à demeurer dominant dans les choix médicaux, les cas les plus graves et les plus critiques se voyant accorder une priorité. Ainsi, pour la répartition des organes aux fins de transplantation, on accorde, en France, la priorité aux receveurs dont la vie est la plus menacée à court terme, en pleine connaissance de cause que les ratios coût/efficacité de la greffe sont moins bons pour cette catégorie de patients. Le critère de l'urgence médicale renvoie en réalité à une *éthique collective profondément égalitariste*, qui selon le « principe de justice » proposé dans l'œuvre du philosophe John Rawls « juge d'une situation en fonction du niveau d'utilité de la personne la plus mal lotie dans cette situation » et accorde la priorité dans la dis-

tribution des biens rares à « ceux qui ont aujourd'hui le plus faible niveau de bien-être »¹².

Aux États-Unis, et là encore l'exemple des transplantations est révélateur, « les forces du marché exercent déjà des pressions sur les centres de greffe pour privilégier les patients en meilleure santé afin d'optimiser la survie et d'abaisser les coûts pour se positionner dans la concurrence entre contrats d'assurance et entre établissements de soins »¹³. Sauf à céder sans combat à la privatisation et au marché, tout système d'assurance maladie financé par la solidarité collective est condamné à vivre une tension permanente entre l'objectif d'efficience et le souci d'équité égalitariste qui fait sa grandeur morale et sa légitimité sociale. Il n'existe pas de « solutions techniques » à cette tension. C'est la discussion des compromis socialement acceptables entre ces deux logiques qui doit faire l'objet de débats. Pour avancer en ce sens, il est temps de tordre le cou à l'illusion objectiviste et utilitariste qui prétendrait déduire mécaniquement les priorités d'affectation de ressources de la mesure épidémiologique des besoins. ■

Pr Jean-Paul Moatti

Faculté des Sciences économiques,
Université de la Méditerranée,
Inserm U 379, Institut Paoli-Calmette,
Marseille.

Références bibliographiques

- 1 *Department: The health of the nation*. Londres : HMSO, 1992.
- 2 *T: Guidelines for priority setting in norwegian health care*. Oslo : Ministry of Health & Social affairs, 1987.
- 3 D. C. Hadorn. Setting health care priorities in Oregon. *JAMA* 1991, 265 : 2218-2225.
- 4 H. Barnum. Evaluating healthy days of life gained from health projects. *Soc Sci Med* 1987, 24 : 833-841.
- 5 J. Willis. Fatal attraction : do high-technology treatments for end-stage renal disease benefit Aboriginal patients in central Australia ? *Austr J Publ Hlth*, 1995, 19 : 603-609.
- 6 G. Loomes, L. Mc Kenzie. The use of Qaly's in health care decision making. *Soc Sci Med*, 1989, 28 : 299-308.
- 7 J.-P. Moatti, W. Dab, L. Abenhaim, S. Bastide. Perceptions individuelles et collectives des risques pour la santé en Île-de-France : leçons pour la prévention. In : A. D'Houtaud, M. Field, R. Gueguen (eds) : *Représentations de la santé*, Eds Inserm, 1989 : 379-390.
- 8 G. Mooney. *Key issues in health economics*. Wheatsheaf, Brighton, 1994.
- 9 B. E. Hillner *et al.* Assessing the cost-effectiveness of adjuvant therapies in early breast cancer using a decision analysis model. *Brst Canc Res*, 1993, 25 : 97-105.
- 10 R. M. Hare. *Moral thinking: its levels, methods and points*. Oxford : Clarendon Press, 1981.
- 11 J.-P. Moatti, A.-G. Le Corroller. Réflexions économes sur l'éthique médicale. *J Eco Méd*, 1996, 14 : 67-78.
- 12 J. Rawls. *Théorie de la justice* (traduction française). Paris : Seuil, 1987.
- 13 K. W. Washburn *et coll.* A regional experience with emergency liver transplantation. *Transplant*, 1996, 61 : 235-239.