

## SANTÉ, ÉTHIQUE ET FINANCE(MENT) : QUELQUES INTERROGATIONS

LUCIEN SÈVE \*

S'interroge-t-on assez sur le rapprochement — naguère inusité, désormais obligé — entre ces deux mots connotatifs d'ordres de valeurs si éloignés l'un de l'autre : santé et financement ? Prend-on bien la mesure des problèmes posés par la symbiose de plus en plus intime entre ces deux approches à certains égards divergentes de la vie sociale et de l'existence humaine ? Si l'apport d'un philosophe peut avoir quelque utilité parmi des contributions savantes consacrées au financement de la santé, c'est sans doute celle d'explicitier à cet égard une inquiétude qui paraît s'éveiller en chacun.

Ecartons d'emblée une modalité ancestrale de cette inquiétude qui ne peut en tout cas échapper aujourd'hui à l'imputation décisive d'archaïsme : celle qui prend source dans des cultures éthico-religieuses où l'Argent est métaphysiquement identifié au Mal. Une inquiétude ainsi motivée est évidemment sans remède assignable dans l'ordre économique. A l'aphorisme populaire : « la santé n'a pas de prix », il a été si souvent répondu, et de façon si peu contestable : « mais elle a un coût » que tout échange supplémentaire d'arguments serait superflu.

L'inquiétude qu'on prend ici au sérieux est d'une autre teneur. Elle admet sans détour que l'économie de la santé est une réalité massive et incontournable du monde contemporain. Mais tenir pour acquise la conjonction du sanitaire et de l'économique ne saurait équivaloir à la supposer *a priori* exempte de toute contradiction essentielle. Et s'il se trouve qu'elle ne le soit pas en effet, apporter des solutions légitimement qualifiables d'optimales aux problèmes rencontrés n'exigera-t-il pas de dépasser leur cadre économique actuel ? Entre la démesure de sa mise en cause métaphysique et la mesure peut-être trop étroite de sa simple mise en forme technique, il y a donc placé pour une mise en examen philosophique des incongruences éventuelles entre logiques financières et logiques sanitaires, susceptible de déboucher sur d'utiles indications stratégiques.

Une telle mise en examen n'a aujourd'hui rien de gratuit. Car il faut bien en convenir : la question même du financement de la santé se pose

\* *Philosophe, membre du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.*

désormais dans un contexte où la quiétude n'est plus raisonnable. On a souvent dit que depuis Hiroshima la science a définitivement perdu son innocence. Toutes choses inégales d'ailleurs, ne peut-on en dire autant des relations entre santé et argent après un drame mondial comme celui de la contamination des transfusés ? Laissons ici de côté la querelle sur les carences comparées des gestions publiques et privées en cette terrible affaire — les premières étant d'ailleurs passablement pénétrées aujourd'hui par certains critères des secondes. Ce qui importe est le constat répétitif que rationalité financière et efficacité sanitaire peuvent se trouver en discordance plus ou moins radicale. C'est pourquoi leur relation en appelle à un troisième terme que l'économie de la santé paraît trop peu souvent prendre en compte : l'*éthicité* des choix opérés, seule garante de leur optimisation au plein sens anthropologique et civilisationnel du mot <sup>1</sup>.

#### *L'éthique aussi a un coût*

Dès lors que la santé — recherche biomédicale, politiques de santé publique, activités hospitalières, système de protection sociale... — mobilise des ressources économiques de très grande taille, les logiques du financement, et en particulier l'impératif d'optimisation des effets, pèsent de façon déterminante sur les choix de gestion. Du point de vue qui nous occupe, la question essentielle est alors de savoir ce que l'on décide de ranger ou non parmi les effets que le financement doit prendre en charge, et selon quelle pondération.

Or il importe de relever ici une donnée capitale : au même titre que les autres dimensions de la santé, *son éthique a un coût*. Curieusement, alors que la science économique a longtemps reproché à un certain humanisme médical, non sans raison, de vouloir ignorer le coût de la santé, elle semble elle-même avoir longtemps méconnu — et méconnaître trop souvent encore aujourd'hui — que ce coût doit inclure celui de l'éthique, sous peine de graves altérations de ce qui constitue l'activité même à financer.

La transfusion sanguine est un bon exemple de ces altérations possibles. Il est hors de doute que la gratuité du don bénévole est une condition certes insuffisante mais nécessaire d'une collecte de plasma sanguin soignée de diminuer les risques sanitaires, car elle augmente considérablement les chances d'obtenir des prélèvements conformes à des normes de qualité. Mais il est aussi certain que le recours à des donneurs non rétribués entraîne paradoxalement un supplément de coût, car cette règle éthique est un obstacle à l'utilisation planifiée et donc économique des

<sup>1</sup> Les idées ici présentées sont plus largement développées dans mon livre Pour une critique de la raison bioéthique, Odile Jacob, 1994, notamment dans le dernier chapitre « Les questions d'argent ».

onéreux équipements de plasmaphérèse. Comme on sait, le souci d'économie en la matière — que ce soit dans des systèmes à but lucratif comme aux Etats-Unis, avec la collecte de plasma rétribué dans des milieux où sont fréquents les comportements à risque, ou dans un système en principe non lucratif comme en France, avec la désastreuse collecte dans les prisons — a été l'une des causes majeures de la contamination de dizaines de milliers de transfusés par le virus du sida.

Cet exemple a valeur générale. La recherche, parfaitement légitime dans son ordre, d'une optimisation quantitative des effets du financement risque en permanence d'avoir pour envers une détérioration qualitative des résultats obtenus, et bien au-delà de leur sphère apparente. Ainsi, même dans un pays comme le nôtre où la non-vénalité du corps humain constitue depuis des décennies un acquis public, il est courant que soient rémunérés les volontaires sains se prêtant à l'expérimentation thérapeutique, pour les mêmes raisons d'efficacité gestionnaire qu'en matière de transfusion sanguine. Or cette dérogation manifeste à l'éthique est loin d'être de minime conséquence comme on le croit souvent. Car la rémunération ne fait que traduire en termes financiers une philosophie de l'expérimentation où le volontaire n'est nullement le partenaire du promoteur de l'essai mais son mercenaire. En d'autres termes, elle est cohérente avec le projet d'une recherche *sur* l'homme pris comme objet et non point *avec* l'homme convié comme sujet.

397

Or la différence aussi bien biomédicale qu'éthique entre les deux visées peut être énorme. Ainsi, grâce à de longs efforts, l'association internationale des familles en proie à cette terrible maladie génétique qu'est la chorée de Huntington a-t-elle réussi à faire entendre par les chercheurs le point de vue des malades sur leur problème, c'est-à-dire précisément à convertir une expérimentation managériale sur l'homme en une expérimentation partenariale avec l'homme, où la complexité d'une coopération se substitue aux facilités d'une rémunération dispensant d'écouter la demande : toute la démarche scientifique et sanitaire a été par là conduite à se transformer très heureusement en profondeur<sup>2</sup>. On voit bien ici à quel point une approche économique trop étroite du financement de la santé risque de censurer sans même s'en apercevoir des aspects essentiels des problèmes et donc d'obérer leur solution.

On croit souvent prévenir ces effets de censure en soulignant l'importance des « aspects extra-économiques » de la santé. Cette formule bien intentionnée risque pourtant d'aller à l'encontre du but poursuivi. Ne faut-il pas au contraire mettre en relief le fait que justement aucune des

2. Cf. sur ce point Given Terrenoire, « Dépistage présymptomatique de la chorée de Huntington et respect de la personne », dans *Biomédecine et devenir de la personne*, ouvrage collectif sous la direction de Simone Novaès, Ed. du Seuil, 1991.

dimensions éthico-anthropologiques de la santé ne peut ni ne doit être considérée comme « extra-économique » et par là reléguée dans ces « externalités » dont un financement rigoureux n'aurait point à se préoccuper ? Si l'on commence par admettre de placer l'éthique hors de l'économie, faut-il ensuite s'étonner que les décisions d'une telle économie puissent nous placer en dehors de l'éthique ?

Dans un article souvent donné pour fondateur de l'économie de la santé, Kenneth Arrow soulignait les spécificités fondamentales d'un tel domaine par rapport à la plupart des autres secteurs économiques : « Les mécanismes habituels par lesquels le marché assure la qualité des produits, écrivait-il, n'opèrent que très faiblement dans le système de santé. C'est pour cette raison que la doctrine éthique des médecins revêt une importance si cruciale. Le contrôle ordinairement exercé par des consommateurs informés est remplacé par l'internalisation des valeurs par les professionnels. »<sup>3</sup> Ne faudrait-il pas pousser plus loin encore la réflexion dans ce sens ? En vérité, n'est-ce pas toute une approche économique de la santé qui doit être appelée à la réflexion sur ce découpage « spontané » de son objet où est tout simplement omise la réalité éthique du sujet — en sorte que le risque n'est alors pas mince de financer des activités réparatrices de la machinerie humaine plus que la santé des hommes au plein sens de l'expression ?

398

Un nouvel exemple pourra aider à mesurer la portée d'une telle distinction. Dans une étude sur l'évaluation économique du dépistage des anomalies chromosomiques comme la trisomie 21, les auteurs mettent en question le « point de vue étroitement productiviste » dans l'optique duquel il irait de soi que le but social à rechercher est l'interruption de grossesse des fœtus atteints. En admettant sans examen « que la vie d'un enfant trisomique ne présente aucune valeur positive pour lui-même, ses proches et la société en général », on se dispense de prendre en compte les préférences individuelles et collectives en la matière « alors qu'une telle prise en compte est censée être le fondement de l'analyse économique »<sup>4</sup>. Cette remarque va loin. Elle fait apparaître l'étendue et parfois la gravité des postulats implicites d'une démarche où la santé est, si l'on peut dire, envisagée « à l'économie », c'est-à-dire sans prendre assez la peine de s'interroger sur les implications éthico-anthropologiques des choix envisagés.

<sup>3</sup> Kenneth Arrow, « *Uncertainty and the welfare economics of medical care* », *American Economic Review*, 1963, 53, pp. 941-73. Voir à ce sujet Jean-Paul Moatti, « *Ethique médicale, économie de la santé : les choix implicites* », dans *Réalités industrielles (Annales des Mines)*, juillet-août 1991, pp. 74-80.

<sup>4</sup> Jean-Paul Moatti, Valérie Séror, Catherine Le Galès, « *L'évaluation du dépistage prénatal des anomalies chromosomiques : l'économie au secours de l'éthique ?* », dans *Prévenir* n° 22, 1<sup>er</sup> semestre 1992, p. 141.

A cet égard, l'axiome indiscutable du « coût de la santé » peut devenir foncièrement contestable s'il enveloppe le postulat selon lequel tout choix économique en matière de santé est réductible à une balance entre débours et bénéfices. Car avec un tel postulat on écarte sans bien le voir le fait que certaines options peuvent être éthiquement prohibitives — tel l'écoulement de stocks de dérivés sanguins contaminés. Une question philosophique incontournable est ici posée : le financement de la santé peut-il reposer sur une approche purement *utilitariste* de maximisation des gains et de minimisation des pertes, où l'acceptabilité d'une solution est rabattue sur un simple calcul de rentabilité ? Est-il permis de méconnaître à ce point la dimension *déontologique* de l'éthique, en vertu de laquelle, du moins dans une société civilisée, certaines façons de faire sont radicalement inacceptables, c'est-à-dire, si l'on veut parler en termes de coûts, que leur coût civilisationnel indirect est sans commun rapport avec leur coût économique direct ? Dans la mesure où l'économie de la santé donne parfois l'impression de ne pas le comprendre, faut-il attribuer à la seule survivance de mentalités archaïques certaines méfiances tenaces dont elle reste aujourd'hui l'objet ?

*Du financement comme moyen de la santé à la santé comme moyen de la finance*

399

Ce qui précède peut en somme se résumer dans une interrogation : quelle sorte de fin est cette santé dont le financement apparaît comme le moyen ? Mais en posant cette importante question, on admet sans la questionner une prémisse bien plus importante encore : celle selon laquelle le financement ne ressortirait qu'à l'ordre neutre des moyens. Or ce présupposé aux allures d'évidence, alors qu'il dérobe à nos yeux l'essentiel du problème, est massivement contredit par l'observation de la réalité.

Commençons par une banalité : les activités sociales de santé ne sont pas déterminées par les besoins pris en eux-mêmes mais par la conjonction entre la demande qui les exprime et l'offre de financement qui leur répond ou non. Et cette réponse est elle-même largement régie par des critères d'utilité comparée dans l'usage des fonds — taux de rentabilité évalué par le capital privé, priorité socio-économique appréciée par les pouvoirs publics. En bien des cas, logiques sanitaires et financières parviennent plus ou moins à s'accorder, ce qui entretient l'illusion selon laquelle le financement serait un simple moyen s'ajustant à une fin prédéterminée, quand le rapport réel est souvent inverse. Ainsi, comme le rappelle un spécialiste, l'impressionnante diminution de la mortalité infantile en France — passée de 12,6 pour mille naissances en 1970 à 3,6 en 1990 — doit beaucoup aux préoccupations budgétaires des gouvernants

dans les années soixante. En 1968, le président Pompidou commande un rapport sur le coût financier de la prise en charge des enfants handicapés. Le rapport révèle que ce coût est considérable, atteignant près de 2 % du revenu national. D'où les programmes de périnatalité des VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> Plans, auxquels sont grandement redevables les progrès majeurs enregistrés en ce domaine <sup>5</sup>.

Mais les cas de discordance entre les deux logiques ne sont ni moins nombreux, ni parfois moins impressionnants dans leurs effets négatifs. La question cruciale de la prévention nous en offre bien des exemples. Comme on sait, les recherches et campagnes à visée préventive motivent fort peu le financement privé, faute de rentabilité des opérations, voire de solvabilité des marchés concernés. Le financement public lui-même est trop souvent enclin à bouder, sous le poids incessant de la conjoncture politique, les objectifs à long terme d'une prévention efficace. Ainsi la prévention des maladies sexuellement transmissibles est-elle en France très dommageablement négligée. De ce fait, nombre de jeunes femmes ont les trompes bouchées. Infertiles, elles viennent alors grossir la demande de procréations médicalement assistées, ce qui fait prospérer, au-delà de l'hôpital public, tout un réseau de cliniques privées à but lucratif. La France se trouve donc être à la fois lanterne rouge pour la prévention des MST et ruban bleu pour le recours aux PMA. Dans ce qui ressemble fort à une absurdité sanitaire apparaît un exemple-type de contradiction profonde entre logiques de financement et logiques de traitement.

De tels exemples sont légion. L'un des plus dramatiques aujourd'hui n'est-il pas la très forte tendance, constatée non sans quelque impuissance en des circonstances solennelles, au désengagement financier des firmes privées, voire des Etats, face à une question aussi vitale que la prévention du sida dans le monde ? Or pendant que, faute de moyens financiers à la taille des périls, des drames sanitaires sans nom se jouent en Afrique ou ailleurs, et même en certains milieux sociaux dans les pays les plus développés, l'argent ne manque pas pour des entreprises aussi douteuses que la maternité après la ménopause, il afflue pour la mise au point de tests génétiques aux finalités préoccupantes, il abonde pour des campagnes médiatiques de multinationales visant à imposer aux systèmes de protection sociale le remboursement de médicaments chers dont l'étendue des indications bien documentées fait question.

De tels errements mettent à mal la croyance tenace selon laquelle les financements d'actions de santé s'adapteraient — certes suivant leurs lois propres — en tant que moyens au service de fins dans la détermination

<sup>5</sup> Cf. André Bouë, *La Médecine du fœtus*, Odile Jacob, 1994, pp. 28 et 147. Selon un récent rapport sur l'état de la santé en France, le taux de mortalité infantile y serait remonté à 6,5 pour mille en 1994.

desquelles ils ne prendraient aucune part. En réalité, le financement n'a pas seulement ses lois mais ses choix. Dans l'ensemble des objectifs sanitaires souhaitables du point de vue des patients et des soignants, il découpe le sous-ensemble des objectifs motivants du point de vue des investisseurs publics ou privés, non sans l'élargir en certains cas à des buts peu utiles et parfois très discutables. Il en vient par là à jouer un rôle crucial dans la définition de la fin elle-même, en fonction de critères qui à la limite n'ont pas grand-chose à voir avec la santé, comme l'incidence boursière attendue d'une décision en ce domaine.

En ce sens, n'est-il pas bien insuffisant de dire que la santé a un coût si l'on n'ajoute pas qu'elle a en même temps un rendement, lequel, par une inversion de vaste portée, tend à se poser en finalité effective ? Certes, la théorie libérale de la « main invisible » du marché ne manque pas d'adeptes optimistes pour assurer que dans l'ensemble cette finalité s'accorde elle-même avec celle de la santé. Mais l'observation prolongée qu'on en peut faire à partir d'une instance comme le Comité consultatif national d'éthique conduit à un constat très différent : la discordance devient sans cesse plus fréquente et plus alarmante, dans la mesure où le service de la santé ne peut être aligné sans graves dommages sur un modèle marchand inconciliable avec son statut non négociable de fin en soi.

401

### *La santé sous l'empire des affaires*

A qui serait tenté de juger excessives les considérations précédentes, on aimerait faire observer que ce que nous avons vu jusqu'ici est sans doute peu de choses encore en regard de ce que nous promettent les mutations en cours. Prenons-en pour exemple, suivant la formule d'un chroniqueur mesuré, l'actuelle « ruée vers l'or des gènes »<sup>6</sup>. Alors que l'exploration du génome humain était menée jusqu'ici pour l'essentiel par des centres de recherche publics, « les géants de la pharmacie se lancent dans l'aventure du décryptage de l'ADN » avec des ressources gigantesques. Leur but : « organiser un marché porteur sur des bases commerciales » à travers une « bataille de grands propriétaires ». Du même coup, le résultat sanitaire perd son rôle pilote au profit du résultat financier. C'est peu de dire que la visée en est profondément altérée.

Ainsi des firmes se disposent-elles à mettre sur le marché des tests de dépistage pour de graves maladies génétiques face auxquelles n'existe actuellement — et n'existera sans doute durant des années — nulle réponse thérapeutique, voire nulle prévention raisonnable<sup>7</sup>. Où est alors

<sup>6</sup> La formule, ainsi que les citations suivantes, sont de Jean-Luc Nathias, « Dans la ruée vers l'or des gènes, les chercheurs et les marchands », Le Figaro, 10 octobre 1994.

le bénéfique sanitaire ? Peu importe apparemment, dès lors qu'est accessible un bénéfice industriel et financier, moyennant l'activation médiatique sans complexe d'une demande solvable irréfléchie. De même annonce-t-on qu'en matière de sida « les home tests arrivent » : chacun pourrait désormais, en achetant un kit et en adressant un échantillon de son sang à un laboratoire privé, apprendre par un simple coup de téléphone s'il est séropositif — et cela sans accompagnement médical, sans soutien psychologique en cas de mauvaise nouvelle. Combien d'effets traumatisants, pouvant aller jusqu'au suicide, une telle pratique serait-elle susceptible d'induire ?<sup>8</sup> Il ne semble pas que cette préoccupation adventice affecte les calculs de rentabilité. En vérité, ne vivons-nous pas les prodromes d'une inversion sauvage où sous nombre de rapports la santé pourrait se voir convertie en moyen pour la finance ?

Les résultats déjà visibles de cette inversion commençante ne laissent pas d'impressionner. Faisons un compte rapide en ce qui concerne d'abord la recherche biomédicale. D'une part, étant rarement le moins rentable, le moins éthique cesse d'y être l'exception. De l'autre, « l'accroissement phénoménal des rendements économiques » obtenus dans le domaine des biotechnologies exerce une telle attraction sur les fonds et les chercheurs qu'il provoque « un épuisement de la ressource proprement scientifique »<sup>9</sup>. Palliant en certains secteurs la pénurie de crédits publics, l'appel télévisuel à la générosité civique fait interférer dans les choix de recherche des critères émotionnels fort discutables et parfois nourrit des gestions douteuses. Simultanément, l'énorme pression des intérêts tend à convertir la connaissance en bien de capital privé. Avec la prise de brevets s'étend la pratique du secret, en cohabitation paradoxale avec la mise en scène médiatique : une altération sans précédent s'amorce dans le statut du savoir et le régime de sa libre communication. La biologie moléculaire tout entière devient aujourd'hui un champ de manœuvres pour la logique des affaires.

402

7 C'est par exemple le cas pour les formes familiales du cancer du sein, dont une équipe de chercheurs américains annonçait en septembre 1994, de façon très médiatique, avoir identifié un gène de susceptibilité. En l'état actuel des choses, on n'a rien d'autre à proposer aux jeunes femmes concernées qu'une mastectomie bilatérale totale... La firme Myriad Genetics, directement impliquée dans la découverte annoncée, n'en attend pas moins des demandes de brevets qu'elle a déjà déposées de fortes plus-values boursières. Cf. sur ce point le rapport du Comité national d'éthique sur La transmission de l'information scientifique relative à la recherche biologique et médicale — Questions éthiques, décembre 1994, pp. 46-47, et l'avis sur le même sujet de juillet 1995.

8 Cf. Philippe Coste, « Sida : les home tests arrivent », dans *Journal international de médecine*, n° 334, 14 décembre 1994.

9 Ces formules sont de Dominique Foray, « L'économie aux commandes », dans « Science, pouvoir et argent », *Autrement (Série Sciences en société)* n° 7, janvier 1993, pp. 64-65.

La loi du plus profitable n'est-elle pas en voie de miner en profondeur ce qu'on appelle depuis quelques siècles la science ? L'essor de la biomédecine se fait de plus en plus impétueux, rendant crédibles des progrès thérapeutiques vertigineux. Mais en même temps il échappe de plus en plus à la maîtrise raisonnable, semant le doute sur la sorte de civilisation qu'il nous prépare. La succession torrentielle des faits accomplis supprime la réflexion éthique et le contrôle civique d'amont : *time is money*. Tout semble se passer comme si se mettait à prévaloir sur les finalités humaines de la recherche biomédicale une loi d'accumulation sans fin(s) de la finance.

N'arrive-t-on pas à des conclusions analogues si l'on observe l'inflexion naissante des politiques et des pratiques sanitaires elles-mêmes ? Sans pouvoir ici faire plus qu'effleurer cet immense sujet, soulignons-en les extravagants contrastes. Jamais les prouesses de la médecine, les possibilités de soin, l'espérance de vie n'avaient atteint de tels niveaux pour la majorité de la population dans les pays les plus développés, et de loin. Mais jamais non plus n'avaient été aussi criantes les inégalités devant la santé et devant la mort entre les milieux sociaux et les peuples de la planète. On sait remplacer le cœur, mais le paludisme, le choléra, la fièvre jaune tuent de plus belle à travers le monde. L'hôpital ne fait plus peur, mais ici et là on commence à y rationner l'accès au traitement. L'éthique biomédicale s'institutionnalise à l'échelle nationale et internationale, mais elle semble impuissante à endiguer le flot montant des pires trafics. Les systèmes de protection sociale courent après leurs déficits, mais jamais n'avaient été aussi prospères les multinationales de la pharmacie, les réseaux de cliniques et laboratoires privés. A l'heure où la santé est perçue comme l'un des droits de l'homme les plus fondamentaux, le corps humain va-t-il devenir le plus rentable des marchés ?

403

Chacun sent bien que, sous l'énorme pression des actuelles logiques dominantes de financement, tout le système sanitaire est en passe de se voir remodelé dans ce sens. Aux États-Unis, où des dizaines de millions de personnes sont sans couverture sociale, la mise en échec des volontés réformatrices du président Clinton en dit long sur le poids de ces logiques. Soucieuses d'obtenir soins et médicaments aux meilleurs coûts pour le compte des entreprises en charge sanitaire de leurs salariés, des sociétés de gestion de santé s'allient aux géants de la pharmacie et aux grossistes de la distribution pour mettre en place de véritables filières de prescription, avec le but affiché de gérer au moins cher l'ensemble des dépenses de santé<sup>10</sup>. Les cris d'alarme ont beau se multiplier contre les effets d'une telle

10 Cf. Sylvie Vaisman, « Santé : la révolution US bientôt en France ? », dans *Journal international de médecine*, n° 329, 19 octobre 1994.

pratique — menace sur la qualité des soins, érosion du libre-arbitre des médecins, écrasement du droit à la santé des citoyens — la « révolution américaine » fait des émules dans le monde, comme en témoigne un récent Livre blanc français. Ira-t-on vers moins de santé authentiquement publique et de mutualisme solidaire, pendant que s'étendraient les gestions lucratives, l'assurantisme inégalitaire, l'automédication convertissant en masse les patients conseillés par le médecin de leur choix en clients mal informés par des spots publicitaires passe-partout ? Cinquante ans après la création de la Sécurité sociale, le progrès aura-t-il pour le plus grand nombre les couleurs sombres de l'inégalité marchande ?

Voilà qui achève d'étayer, me semble-t-il, le questionnement dont j'étais parti. Oui, s'interroge-t-on assez sur le rapprochement entre ces deux mots connotatifs d'ordres de valeurs si éloignés l'un de l'autre : santé et finance(ment) ? A ne considérer d'abord le second terme que comme un pur moyen, on est conduit à constater qu'il ne prend pas volontiers en compte les coûts multiples de l'éthique, ce qui justifie déjà bien des inquiétudes. Poussant plus loin l'analyse critique, on mesure combien il pèse dans la détermination même des fins, par quoi s'enclenchent trop de logiques perverses. Suivant sa pente en s'emballant, une telle interversion de la fin et du moyen s'attaque aujourd'hui au remodelage en profondeur de tout le système laborieusement édifié autour des valeurs de responsabilité publique, de solidarité sociale, de dignité de la personne pour lui substituer, au nom de l'efficacité, de l'équité et de la liberté, des régulations marchandes et financières où à la limite menacent de s'évanouir des différences qualitatives de la santé avec un produit et du corps humain avec une marchandise. C'est un problème de civilisation qui est par là posé : quelle humanité voulons-nous être ?

404

#### *Efficacité, équité, liberté : des concepts à clarifier*

Une interrogation de caractère plus global résulte ainsi de toutes celles qui précèdent : entre les valeurs-clefs qui définissent l'approche humaniste des questions de santé comme la tradition démocratique en matière de protection sociale — éthicité, égalité, solidarité — et les maîtres mots dont se réclament les politiques de financement aujourd'hui à l'œuvre — efficacité, équité, liberté —, faudrait-il se résigner à l'aiguïsement d'un conflit ? Le choix ne serait-il plus désormais qu'entre combats d'arrière-garde pour des principes surannés et fuite en avant vers des gestions inquiétantes ? L'enjeu d'un tel dilemme incite à clarifier davantage les concepts en cause.

Commençons par l'efficacité, au nom de laquelle tant de questions sont actuellement tranchées dans une hâte suspecte. Ne suffit-il pas de la

confronter à son contraire pour la tenir au-dessus de tout soupçon ? Qui voudrait d'une économie de la santé inefficace ? Dira-t-on qu'elle sert trop souvent de pseudonyme à la seule rentabilité des capitaux privés ? On répondra que nul ne peut sérieusement proposer de renoncer à leur apport, lequel ne peut aller sans rémunération. On fera surtout observer que l'obligation d'être efficace n'est facultative pour aucun mode de financement : n'ayant point pour mission de gagner de l'argent, l'hôpital public n'en a pas moins pour devoir de ne pas en perdre. Tout gâchis de ressources est moralement condamnable. Ainsi l'efficacité peut-elle se présenter dans son ordre comme l'un des commandements de l'éthicité.

Cette apologie désormais classique de l'agir efficace est certainement probante face aux formes traditionnelles de l'insouciance économique dans le champ de la santé — celle du gestionnaire prodigue, du prescripteur laxiste, du patient gaspilleur. Aussi bien n'est-ce pas de ce côté qu'elle offre prise à l'interrogation, mais sur le versant opposé : la rigueur dont on veut faire un principe réorganisateur en économie de la santé n'est-elle pas trop souvent habitée elle-même par une insouciance à plus large échelle, génératrice de gâchis pires encore que ceux qu'elle veut combattre ? Loin d'être unique, l'exemple des préventions est ici fondamental. Combien coûte à la collectivité en dépenses de PMA la négligence en matière de prévention des MST ? Combien va coûter en charges publiques et par-dessus tout en vies humaines l'insuffisance de financement pour la prévention internationale du sida ? Ce qui est en cause dans ces exemples génériques n'est pas le concept d'efficacité mais au contraire sa si fréquente réduction à une rentabilité étroitement définie des fonds avancés, sans que soient pris en compte les vastes coûts cachés — directs et indirects, chiffrables et non chiffrables — de politiques marquées en profondeur par la myopie sociale des décisions et le court-termisme de la finance.

L'éthicité n'est nullement en conflit avec l'efficacité mais bien avec ses versions rabougries par une logique économique-financière aujourd'hui hégémonique qui tend partout à privatiser les gains en socialisant les pertes — y compris ces pertes incalculables qui doivent s'estimer en termes qualitatifs de civilisation, telle la marchandisation du corps humain. L'éthique n'est-elle pas solidaire d'un concept résolument élargi d'efficacité où chaque action de santé doit être évaluée dans l'ensemble de ses effets sur tout homme et sur tout l'homme ? La promotion d'un tel concept régulateur est à elle seule tout un programme : celui d'une nouvelle mixité à inventer des financements publics et privés où prédominent en tout état de cause des critères de responsabilité sociale, où prévalent autant que de besoin des logiques non marchandes et où puissent se déployer des coopérations nationales et internationales non prédatrices pour la déter-

mination des fins et le partage des coûts. Ouvrir le débat sur un tel programme, sur les problèmes théoriques et les voies pratiques de sa mise en œuvre n'est-il pas en somme la tâche majeure pour qui réfléchit aux relations d'ensemble entre santé et finance(ment) <sup>11</sup> ?

Présentée d'ordinaire comme un principe plus efficace que l'égalité, l'équité est, conjointement avec l'efficacité, selon les termes d'un rapport au premier Ministre sur *La France de l'an 2000*, « le nouveau maître mot, comme égalité l'a été pour le modèle d'après-guerre » <sup>12</sup>. Expressément opposé à « l'inspiration égalitaire », qui est censée avoir régi les politiques publiques du dernier demi-siècle, le principe d'équité a pour corollaire — et en plus d'un cas, semble-t-il, pour visée — de faire admettre l'existence d'inégalités légitimes, voire de sacrifices profitables. On touche ici à une question cardinale du financement de la santé. Faut-il par exemple tenir pour équitable une politique qui tendra à résorber le déficit de la Sécurité sociale en augmentant la charge supportée par les salariés et les retraités, voire les chômeurs, tout en instaurant de nouveaux dégrèvements en faveur du patronat et en continuant d'exonérer de toute contribution les revenus financiers ? Il ne manque pas de raisonnements pour nous persuader qu'une telle orientation, économiquement efficace pour tous, serait du même coup socialement équitable pour chacun.

406

Puisque de tels raisonnements se réclament à l'occasion d'Aristote, il sera permis à un philosophe de faire observer qu'il s'agit là d'une manifeste subornation des analyses proposées par l'auteur de *l'Éthique à Nicomaque*. L'idée — qu'on rencontre par exemple chez Rawls <sup>13</sup> — selon laquelle des inégalités socio-économiques actuelles pourraient être jugées compatibles avec la justice si l'on peut les créditer d'avantages potentiels pour chacun est complètement étrangère à la notion aristotélicienne d'équité. Pour Aristote, l'équité n'est rien d'autre que ce qui accomplit scrupuleusement la justice dans les cas singuliers. « Aussi ce qui est équitable est-il juste, écrit-il, supérieur même en général au juste, non pas au juste en soi mais au juste qui en raison de sa généralité comporte de l'erreur. La nature propre de l'équité consiste à corriger la loi, dans la mesure où celle-ci se montre insuffisante en raison de son caractère général. » <sup>14</sup> Ainsi le juste principe général d'égal accès aux soins appelle-t-il un équitable supplément particulier d'effort social en faveur de tous ceux à qui cet accès demeure malaisé. En ce sens précis, l'équité justifie

<sup>11</sup> *Je m'y suis essayé dans* Pour une critique de la raison bioéthique, notamment pp. 345-55.

<sup>12</sup> Alain Minc, *La France de l'an 2000*, Odile Jacob, 1994. Cf. son article « Égalité ou équité ? », *Le Monde*, 3 janvier 1995.

<sup>13</sup> John Rawls, *Théorie de la justice*, Ed. du Seuil, 1987, p. 41.

<sup>14</sup> Aristote, *Éthique à Nicomaque*, Livre cinquième, chapitre X, 6. Cf. Ed. bilingue Garnier, 1940, p. 245.

non point du tout l'inégalité mais la disparité des moyens à mettre en œuvre pour faire reculer l'inégalité. Invoquer l'équité pour faire accepter l'inégalité est donc convertir le concept aristotélicien d'équité en son contraire.

Cette sophistication de l'équité est sans doute bien autre chose qu'un contresens philosophique. En faisant de l'aspiration à plus d'égalité un repoussoir sous l'appellation d'égalitarisme, n'essaie-t-elle pas de plaider pour des politiques auxquelles est dû un flot montant et fort impopulaire d'inégalitarisme ? Entre peuples de la planète, la disparité des conditions sanitaires est aujourd'hui hallucinante. En France, au cours des dernières décennies, la différence d'espérance de vie entre un manoeuvre et un cadre supérieur n'a pas décréu mais augmenté<sup>15</sup>. Et tandis que se multiplient les pressions publiques contre la croissance des dépenses de santé, le secteur pharmacie s'affirme comme le plus lucratif parmi toutes les activités des groupes industriels privés de la chimie<sup>16</sup>. La philosophie selon laquelle l'inégalité présente serait équitable dès lors qu'elle promettrait à tous des avantages futurs fait penser au théorème fameux d'Helmut Schmidt : les profits d'aujourd'hui sont les investissements de demain et les emplois d'après-demain. Les profits ont été réalisés, mais les emplois n'ont pas été au rendez-vous. Le droit égal de tous les individus et les peuples à la santé n'est-il qu'une vieille lune égalitariste ou au contraire l'urgente visée d'une civilisation équitable au sens aristotélicien du terme ?

407

Ni l'efficacité ni l'équité loyalement pensées et pratiquées ne sont contradictoires avec l'éthicité et l'égalité. Les problèmes qu'on ne peut éviter de se poser en la matière concernant cette efficacité inefficace à grande échelle qui assure la rentabilité directe des fonds avancés tout en multipliant indirectement les gâchis sociaux et humains, cette équité inéquitable qui dissimule sous le voile d'un optimisme libéral sa parenté profonde avec l'injustice. On peut sans doute faire des remarques de même sens à propos des rapports entre liberté et solidarité. Mais le sujet est si vaste qu'il appellerait à lui seul un autre article. Aussi me limiterai-je pour conclure à une question.

<sup>15</sup> Cf. Jean de Kervasdoué, « La cohésion sociale, facteur-clé de l'égalité devant la santé », *Le Monde*, 2 juillet 1992. Cette différence d'espérance de vie était de neuf ans en 1980, « chiffre considérable, commente l'auteur, puisque trois fois supérieur à l'augmentation moyenne de ces trente dernières années ».

<sup>16</sup> Ainsi le secteur pharmacie, qui ne représentait au début des années quatre-vingt-dix que 12,7 % des activités du groupe britannique Imperial Chemical Industries, entrainait pour 52 % dans ses bénéfices. Chez Rhône-Poulenc les chiffres étaient respectivement de 20 % et 40 %, chez Bayer de 21 % et 51 %, chez Ciba-Geigy de 37 % et 59 % (cf. André Dessot, « ICI soigne sa pharmacie », *Le Monde*, 19 mai 1992). Au début de son mandat, en février 1993, le président Clinton soulignait que « les profits des compagnies (pharmaceutiques) sont quatre fois plus élevés que ceux des plus grandes compagnies et industries américaines » (*L'Humanité*, 20 février 1993).

L'état de malade est de ceux qui mettent le plus rudement notre liberté à l'épreuve de la contradiction. Celle ou celui qu'on nomme un patient se trouve placé par sa souffrance inexperte dans la dépendance de qui sait diagnostiquer et soigner — dépendance structurelle que peut certes résorber d'un côté le développement de la culture sanitaire publique mais que reproduit sans cesse de l'autre la complexification des connaissances et des pratiques biomédicales. Pourtant le souffrant demeure et doit demeurer une personne dont la liberté est à la fois facteur essentiel de soin — le patient n'est-il pas le premier agent de son propre traitement ? — et ultime instance des décisions à prendre — d'où l'importance de la problématique du consentement libre et éclairé. Le monde de la santé est ainsi le lieu d'une tension constante, lourde de périls éthiques, entre dépendance susceptible de dégénérer en asservissement à un pouvoir médical incontrôlé — voire en cette instrumentalisation barbare à laquelle le code de Nuremberg n'a hélas pas mis fin — et autonomie que peut seule assurer une institutionnalisation adéquate de l'exercice médical et de toutes les activités de santé.

408

Mais les principes traditionnels en la matière — liberté de choix pour le malade, de prescription pour le médecin... —, s'ils gardent leur valeur de référence, sont à mettre en œuvre dans les conditions d'une révolution sanitaire où le poids des contraintes sociales perd sa commune mesure avec l'autonomie de la personne. Face aux impératifs proliférants des systèmes technologiques comme à l'inflation des coûts financiers, à l'ampleur des dimensions publiques qu'acquière les questions de santé et à l'encadrement politico-administratif qui en résulte, l'autonomie de l'individu isolé tend à être de plus en plus fictive. C'est bien pourquoi les formes collectives d'exercice de la liberté se sont — non sans mal — développées du même pas que la révolution biomédicale : gestion à composante syndicale de la Sécurité sociale, rôle complémentaire majeur du mutualisme, intervention croissante d'associations de malades, floraison d'initiatives de solidarité, essor d'une bioéthique publique grâce auquel les valeurs humanistes peuvent être intériorisées non point comme l'envisageait Kenneth Arrow par les seuls professionnels mais par l'ensemble des citoyens. Si dans un pays comme le nôtre la puissante montée de contraintes de tous ordres n'a pas dans l'ensemble entraîné jusqu'ici une véritable déshumanisation de la santé, n'est-ce pas à cette construction sociale de la liberté qu'on le doit en fin de compte ?

Or le fait nouveau est que le critère du profit inhérent aux financements privés dont le rôle va croissant dans les activités de santé, et de façon plus large une culture de rentabilité dont les œillères affectent bien souvent les gestions publiques elles-mêmes, ont commencé à déstabiliser ce précieux et fragile équilibre. D'un côté se renforcent à vue d'œil les rapports

d'argent et les raisons d'Etat, les logiques du fait accompli et les irresponsabilités sans coupable, par quoi les évolutions et parfois les drames sanitaires prennent l'allure d'un processus fatal. De l'autre, les formes collectives de maîtrise civique sont soumises à une intense érosion. De plus en plus cotisants, les salariés sont de moins en moins gérants effectifs de la Sécurité sociale. L'assurance privée tente puissamment de supplanter la solidarité mutualiste. Poussée par l'industrie pharmaceutique, l'automédication oppose à la communauté des malades la solitude du client. Le consentement s'achète, les organes se vendent. L'esprit des affaires corrode du dedans la morale de la recherche et de l'information biomédicales, fait dériver l'initiative d'entr'aide en charity-business, s'enhardit même à stipendier l'éthique<sup>17</sup>. Les libertés fondamentales de la personne face à l'épreuve de la maladie ont-elles pour vocation de se fondre dans la liberté du commerce ?

Cette essentielle interrogation intéresse à vrai dire toutes les activités de service ayant l'homme pour objet — activités éducatives, culturelles, sportives... Mais aucune ne concerne autant que le service de la santé l'homme physique et psychique tout entier, et avec lui le monde même de l'homme. Tirer au clair la sorte de liberté qu'on souhaite y voir fructifier n'est donc pas une mince question. Que chacun interroge en lui le patient actuel ou potentiel pour y réfléchir. Se satisfera-t-il d'une évolution où le monde des souffrants tendrait à s'atomiser en une collection d'individus juridiquement détenteurs d'une liberté de choix sans pouvoir effectif tandis que les valeurs d'humanité seraient remises à un ordre des choses aussi porteur par lui-même de finalités civilisées que le cours de la Bourse ? Comme croyait pouvoir le dire un avocat lors du procès français du sang contaminé : « Il ne faut pas faire entrer les marchands dans le temple d'Hippocrate, sinon cette tragédie ne sera que la première d'une longue série. »<sup>18</sup>

*17 Sait-on que les comités consultatifs de protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale (CCPPRB) institués en France par la loi Huriet de 1988 sont rémunérés au dossier par les promoteurs de recherches ? Certes, nous sommes loin encore de ces comités d'éthique ad hoc dont les membres sont rétribués aux USA par les entreprises intéressées. N'y a-t-il pas déjà là cependant matière à s'interroger sur la stricte indépendance du jugement éthique ?*

*18 Il s'agit de Maître Cambier. Cf. « La logique industrielle », Le Monde, 9 juin 1993.*