



« SANTÉ – INNOVATION – CROISSANCE », QUELLE VALEUR ACCORDER À LA SANTÉ ?

A l'occasion d'un grand débat contradictoire, le LIR a présenté en mai 2009, les résultats d'une réflexion collective engagée à partir des travaux de deux économistes de renom – Gérard de Pouvourville et Philippe Aghion – sur la valeur de la santé et de l'innovation thérapeutique.

Les interventions d'économistes, chercheurs, médecins et représentants de patients ont permis d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion, et de répondre à l'objectif que s'était fixé le LIR en tant que think tank : proposer à la communauté des décideurs et des institutionnels de nouvelles approches sur la place à accorder à la santé dans nos politiques publiques.

Ci-dessous le point de vue du Professeur Emmanuel Vigneron :

Professeur d'Aménagement Sanitaire à l'Université de Montpellier (UM1 et UM 3) et Haut Conseiller de la Santé Publique de France

A un moment où la recherche et les universités françaises se posent bien des questions, il est réconfortant et même roboratif de discuter des travaux des équipes conduites par Philippe Aghion et Gérard de Pouvourville. Pourquoi ? Parce que ces études par leurs qualités intrinsèques autant que par leurs résultats ouvrent magnifiquement à des débats sociaux, politiques et éthiques d'une grande importance. Il faut bien voir ici que ce sont les qualités mêmes de ces travaux qui permettent de soutenir cette discussion. Nous sommes là dans ce que la recherche universitaire fait de mieux. Donner des éléments au débat public, mettre les faits au cœur du débat... Il faut, et ce n'est pas non plus un passage obligé ou un clause attendue, vraiment féliciter le LIR de créer les conditions d'un tel débat par le soutien apporté à une recherche pouvant sembler un peu éloignée de la chimie organique ou de la biologie cellulaire.

La première série de travaux conduits par Philippe Aghion, Peter Howitt et Fabrice Murin est un modèle de recherche scientifique : une idée, des hypothèses, un état de la question, la construction d'un modèle, sa mise à l'épreuve des faits, la volonté non pas de trouver (ce qui n'a pas de sens) mais de chercher, de repousser toujours davantage les limites des explications précédentes.

La deuxième série de travaux menés par Gérard de Pouvourville et Mathieu Joyau consiste en une brillante revue de littérature et en une synthèse très éclairante qui mériterait d'être très largement lue.

La première est pleine de formulations mathématiques, la seconde ne contient aucun de ces signes cabalistiques qui souvent déroutent l'homme d'action, l'industriel, le politique, le citoyen. Et pourtant ces deux études se rejoignent pour deux raisons. D'abord parce que par des voies un peu différentes elles tranchent une question en apportant un faisceau convergent de preuves qui ne sont pas réfutées : celles des relations entre dépenses de santé, état de santé et croissance économique. Ensuite parce que sur ces bases elles lancent un débat important autour de la question de l'arbitrage collectif entre les différents types de dépenses auxquelles la collectivité doit procéder et me semble-t-il aussi autour de cette autre question du ciblage des dépenses. Ici ou là. Où convient-il d'agir ?



Le premier point de questionnement sera celui de la limite des investissements en santé. Le travail d'Aghion, Howitt et Murkin a ceci de supérieur aux précédents qu'il montre que la relation entre progrès de l'espérance de vie et progrès de la croissance économique est non seulement déterminé par le rythme du progrès de la longévité mais aussi par son niveau initial. Ce qui est à mon avis la conséquence de la forme logistique de la courbe de croissance de l'Eo. Dès lors se pose la question des limites à un investissement continu dans le domaine des soins. S'appuyant sur des travaux antérieurs (Vigneron, 2002) on suggérera que dans la mesure où le progrès s'accomplit par paliers, la fin d'une courbe logistique est le début d'une suivante et que l'apparente augmentation des rendements décroissants doit être une incitation à poursuivre l'effort.

Le modèle proposé suggère qu'il n'y a pas de limites temporelles aux effets de l'augmentation de l'espérance de vie sur la croissance. Dès lors les effets malthusiens de cette augmentation ne tarderont pas à survenir. Pour les éviter, il faut poser clairement la question de la fixation d'une limite à la durée de la vie humaine. L'inconvénient du modèle proposé, si on le pousse dans ses retranchements, est que celle-ci relève d'un arbitrage économique. Ceci n'est évidemment pas acceptable. C'est une question de philosophie morale et politique, d'éthique comme on dit aujourd'hui. D'autres pays que le notre se sont engagés dans cette voie de manière résolue mais sur une base trop économiste et pas assez philosophique. L'intérêt des études que nous discutons ici est de montrer que le débat peut aussi être posé en termes de qualité des années vécues et que dans ce cadre le lien avec les dépenses de médicaments et le rythme de l'innovation thérapeutique est tout à fait clair.

Le deuxième point sera de marquer un regret. Dans leurs études, nos collègues soulignent que les travaux sur les inégalités sociales de santé suggèrent que les relations entre croissance et santé ne trouvent leur plein effet que lorsque les inégalités entre individus ou groupes sont elles-mêmes réduites. Ce n'est pas neuf puisque ce n'est pas à la SNCF mais à Aristote qu'il faut attribuer cette formule que le progrès ne vaut que s'il est partagé par tous. On suggérera ici que leurs études mériteraient à s'enrichir de l'intégration de cette variable et qu'il y aurait utilité à conduire des études empiriques comparatives sur des pays comme la France et les Etats Unis par exemple où l'on connaît bien les inégalités sociales ou territoriales de santé et leur évolution sur la longue durée. Ceci serait d'autant plus intéressant que si cela est vrai, cela justifierait que l'effort non pas tant d'innovation mais de diffusion de l'innovation doive avoir pour objectif le rattrapage des territoires « en retard », y compris à l'échelle d'un pays développé. Ceci serait une validation empirique de ce que l'industrie du médicament ressent fortement et que l'on retrouve au sein du L.I.R. qui fait de l'optimisation du système de soins et de la participation du patient l'un de trois axes de sa plateforme.

Le troisième point enfin sera de discuter le cadre même du modèle. Is Health Growth-Enhancing ? Après tout, est-ce le but ? Ou plus exactement est-ce le seul but ? La santé a-t-elle uniquement pour objet de favoriser la croissance économique, c'est à dire de fournir des bras au capital et des individus ayant intérêt à agir et à épargner ? On conçoit bien que dans la période de crise où nous vivons on ait tendance à réduire ainsi le problème. Mais on ne saurait réduire l'objet du progrès sanitaire à la question de la production ou même de l'innovation. Les études que proposent nos collègues mériteraient d'être enrichies par la mise à l'épreuve d'autres liens, entre augmentation de l'espérance de vie et croissance du bien-être, de l'intelligence, de la cohésion sociale. Dans la mesure où ces études ont clairement validé le lien entre dépenses de médicaments, rythme des innovations thérapeutiques, effort de R&D en pharmacie et augmentation de la longévité, ce serait là une démonstration du concours que peut apporter l'industrie pharmaceutique au bonheur qu'il y a de vivre.