

La maîtrise des dépenses de la santé: un problème d'offre ou de demande?

H. Duruz

La maîtrise des dépenses de santé est devenue une obsession pour les politiciens, un cheval de bataille pour les assureurs, une rengaine pour les médias et un cauchemar pour les médecins. Les coûts ne doivent-ils absolument pas dépasser la barre fatidique de 10% du PNB? Et pourquoi pas? Les Etats-Unis qui atteignent les 14%, sont-ils en faillite?

La question sous-jacente aux précédentes est la suivante: la médecine coûte, mais ne rapporte-t-elle pas?

La réponse est habituellement négative car la santé d'un individu n'est pas considérée comme un produit quantifiable, échangeable et exportable. Mais ce n'est pas voir l'ensemble du «produit santé»! C'est oublier la production industrielle des médicaments et des technologies de pointe; c'est occulter la complémentarité de la recherche médicale avec les autres sciences; c'est négliger au niveau des services, l'argent perçu par les prestataires de soins qui est réinjecté dans le circuit économique. D'autre part, grâce à une bonne médecine, l'homme recouvrant la santé peut produire. On pourrait, mathématiquement parlant, dire que parfois la production ne consiste pas à dépasser le zéro, mais à remettre à zéro, c'est-à-dire au niveau de santé nécessaire pour engendrer une production économiquement reconnue.

Ces questions fondamentales étant escamotées, se plaindre des coûts élevés de la santé est d'actualité. L'attribuer à une offre excessive est l'explication à la mode. Désigner les médecins comme responsables, voilà pour les obsédés et les donneurs de leçon sur le sujet, l'ébauche d'une solution!

Pourtant, le problème est plus complexe. Le réduire à un excès de l'offre est trop simple. Certes «l'offre crée la demande»; c'est indéniable. Mais il faut ajouter à cette affirmation «la demande exige l'offre». Alors, faut-il s'attaquer à l'offre ou à la demande pour maîtriser les dépenses de santé, ou mieux pour éviter le gaspillage?

On pourrait agir comme ces responsables d'établissements scolaires qui ont supprimé les «Pokémon» des enfants dans les cours de récréation parce que ce jeu engendrait violence et racket. Plus réalistes et plus pédagogiques, me semble-t-il, ont été les enseignants qui n'ont pas supprimé l'offre, mais qui ont établi des règles, apprenant aux enfants à gérer l'offre et à maîtriser la demande.

On peut réglementer l'offre. Mais de quelle offre s'agit-il?

Il s'agit essentiellement des conséquences des progrès de la science médicale et de la création des nouvelles technologies qui en découlent. Il serait évidemment malheureux de freiner la recherche, mais on peut quelque peu l'orienter vers la résolution de problèmes pratiques d'investigation et de traitement. Par exemple, le dosage pas très coûteux des D-dimères lors de suspicion d'une maladie thromboembolique épargne la plupart des scintigraphies et des angiographies pulmonaires pratiquées autrefois. Certaines techniques de traitement, en particulier la pratique de l'endoscopie, évitent des interventions qui nécessitaient, il y a quelques années, de longs séjours hospitaliers.

L'installation d'appareils d'imagerie médicale pourrait faire l'objet d'une clause du besoin. Mais, si la demande est en constante augmentation, en retardant la date d'un examen parce que la liste d'attente s'allonge à cause d'un manque de disponibilité des appareils, on risque de pénaliser les patients qui ont réellement besoin d'un examen rapidement. Par contre, un contrôle de qualité peut limiter une certaine profusion de l'offre en ce qui concerne les technologies de pointe. On pourrait aussi se demander si le prix des appareils n'est pas un peu excessif sous prétexte que leur usage est médical. Une économie pourrait certainement être réalisée dans ce domaine!

Le personnel médical, en particulier les médecins, représente l'offre excessive la plus visée par les théoriciens de la maîtrise des dépenses de santé. Faut-il donc limiter l'accès à l'école de médecine?

Il y a environ trente ans, un éminent politicien socialiste suisse recommandait à son parti de ne pas instaurer le *numerus clausus* mais, au contraire, de favoriser la pléthore médicale. C'est, disait-il, le seul moyen qui permettra à l'Etat d'avoir la main mise totale sur les problèmes de santé, en particulier sur les médecins. En effet, il prétendait que, lorsque les médecins seront trop nombreux, ils se disputeront tellement «le gâteau» qu'ils demanderont à l'Etat de régler leurs conflits. Mais, ce que ce politicien ne savait pas, c'est que les gouvernements actuels, même socialistes, sont libéraux dans leur gestion et ne s'embarassent plus d'un domaine aussi coûteux et problématique au niveau de l'éthique que celui de la santé. L'Etat a démissionné. Il établit bien quelques directives de base, mais laisse les partenaires de la santé régler le marché. C'est ainsi que des assureurs dictent aux médecins l'art de pratiquer la médecine. Le résultat est évidemment pire que l'étatisation!

Correspondance:
Dr Henri Duruz
La Tour SA
Avenue J.-D.-Maillard 3
CH-1217 Meyrin

L'idée d'un *numerus clausus* à l'entrée en faculté de médecine n'est pas faux! C'est en tout cas plus humain et plus logique que les propositions consistant à geler l'installation des nouveaux médecins post-gradués pendant trois ans ou de supprimer aux assureurs l'obligation de contracter, comme le prévoit la révision de la LAMal. Mais, il serait plus judicieux de mieux orienter les jeunes dans les filières médicales, sans décourager leurs aspirations. Un tronc commun pourrait être créé pour les futurs prestataires de soins: médecins, infirmiers, chercheurs, directeurs d'hôpitaux et autres professions médicales et paramédicales. Selon les capacités, les affinités, les comportements relationnels de ces étudiants, une orientation leur serait indiquée. La limitation du nombre de médecins deviendrait alors plus naturelle et plus humaine.

Mais, considérons surtout la demande: qui demande trop d'investigations et de traitements?

Certes, le médecin, mais pourquoi?

Le manque de conscience professionnelle des confrères qui soumettent leurs patients à des examens inutiles pour amortir les frais occasionnés par l'installation de leurs appareils médicaux, et le peu de scrupules des médecins qui posent des indications opératoires injustifiées ou trop élargies, n'expliquent qu'une petite partie des abus. Heureusement, les moutons noirs sont peu nombreux dans cette profession qui mérite encore le respect.

Une explication plus souvent rencontrée est la crainte du médecin de n'avoir pas été au bout des potentialités offertes par la science et de risquer ainsi des poursuites judiciaires. Face à la justice, le médecin n'a pas une obligation de résultat, mais une obligation de moyens, c'est-à-dire qu'il doit tout mettre en œuvre pour obtenir le diagnostic et appliquer le traitement adéquat. Cette obligation de moyens est un encouragement, pour ne pas dire une obligation à proposer des investigations nombreuses et coûteuses. On ne peut pas continuer de féliciter le médecin économe si l'évolution du patient est favorable et le poursuivre en justice si elle est défavorable!

Mais l'explication la plus fréquente réside dans la difficulté pour le médecin de convaincre le patient anxieux et mal informé par les médias que l'examen ou le traitement qu'il demande n'est pas justifié. Souvent, malgré le temps consacré au dialogue, le patient n'est pas persuadé et exige que le risque encouru par les symptômes qu'il présente avoisine zéro. Le médecin lassé, pressé et conscient que parfois une investigation négative «guérit» le malade, ou permet de mieux aborder ses problèmes psychologiques, cède à la demande. L'exigence est encore plus forte et devient presque menaçante lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille du patient. Soit il est tellement attaché à son parent malade qu'il ne peut se résoudre à l'accepter malade, voire mourant, soit il ressent une certaine culpabilité qu'il aimerait se faire pardonner en forçant le médecin à pousser les investigations et le traitement jusqu'aux confins des possibilités offertes. C'est en partie l'explication de ce que l'on appelle «l'acharnement thérapeutique en fin de vie» qui en-

gendre, au niveau de l'assurance, des coûts plus élevés pour les derniers mois de vie que la somme des dépenses réalisées jusqu'à cette période agonique.

Comme on peut le constater le patient, et non le médecin, est au centre de la demande. Y a-t-il des possibilités de modérer ou de freiner cette demande?

Souvent, le médecin ne peut pas s'imposer sans rompre la confiance que lui témoigne son patient. C'est donc le rôle d'un Etat fort, neutre et respecté, d'ériger les directives pour accéder à certains examens et traitements. Un comité scientifique d'enseignants et de praticiens, s'inspirant entre autre de la médecine factuelle ou «evidence based medicine», doit participer à l'élaboration de ces normes.

D'autre part, dans certains domaines précis, la responsabilité du patient pourrait être plus engagée. Quelques traitements adjuvants mériteraient des indications plus précises et un remboursement moins généreux, comme c'est déjà le cas pour obtenir certains médicaments.

Il en est de même pour les indemnités journalières. On pourrait concevoir qu'une petite partie du salaire ne soit pas compensée afin d'inciter le malade à ne pas prolonger les arrêts de travail.

Le patient pourrait également participer plus personnellement à la facture d'une consultation en urgence. En effet, soit l'urgence est justifiée et une petite participation du malade devient une reconnaissance pour l'engagement d'actes médicaux qui peut-être lui ont sauvé la vie, soit l'urgence n'est pas justifiée et le confort apporté par un déplacement du médecin à domicile ou par une consultation dans un délai convenant mieux au malade, justifie une participation aux frais de la consultation. Cette mesure ne s'appliquerait pas aux examens de laboratoire ou de radiologie.

Une éducation tendant à responsabiliser le patient face à l'offre est capable de maîtriser partiellement la demande. Mais si on veut la diminuer efficacement, il faut s'attaquer aux causes, au phénomène du besoin de demande. Quel est-il? Il est d'ordre physique, social et spirituel.

Il s'appelle tout d'abord environnement. La transgression des règles élémentaires de l'écologie génère de nombreuses maladies: intoxications, allergies, cancers, etc.

Il se nomme également conditions de travail: le stress, l'effort pour s'adapter continuellement à de nouvelles techniques, la nécessité de se déplacer constamment, la concurrence effrénée à l'extérieur et au sein de l'entreprise, le *mobbing*, le chômage, sont à l'origine de nombreuses maladies psychosomatiques. Ce mode de vie scinde la société en deux catégories: les élus capables de s'adapter et les laissés pour compte, avec les drames sociaux qui en découlent: marginalisation, délinquance, dépression, suicide.

Les comportements à risque: sédentarité, alcool, tabac, drogue, risques inconsidérés pris au niveau de la circulation routière ou dans la pratique de sports dangereux, apportent également leur lot de maladies et d'accidents.

Mais le phénomène profond à l'origine des causes évoquées précédemment, provient probablement de la perte des valeurs humanistes, du sens même de la vie et, par conséquent, de la mort. La famille vole en éclats, l'école n'éduque plus, la mondialisation et le pluriculturalisme estompent les points de repères habituels. L'homme dépourvu de formation humaniste et de structures sur lesquelles s'appuyer, s'angoisse devant autant de choix et se rend malade.

En conclusion, pour maîtriser les dépenses de santé, nous pouvons diminuer quelque peu l'offre mais nous devons réglementer la demande.

Nous avons surtout besoin d'un Etat fort, juste, éducateur, écologique et humain qui s'attaque aux racines du mal. Un Etat qui réfléchit avec les partenaires de la santé avant d'agir. Un Etat qui, lorsqu'il calcule, se souvient que «prévenir vaut mieux que guérir», et que la santé, à défaut d'être un produit économiquement reconnu, c'est de l'argent et bien davantage, de l'or.