

La concurrence malsaine – réflexions autour du patient

M. Herrmann

Depuis quelques années, un véritable tir groupé fait l'apologie de la concurrence (économique) entre médecins, soi-disant afin de «maîtriser le coût du système de santé». En réalité, l'objectif est de diminuer les dépenses à charge des entreprises pour taxer davantage les individus. Loin de souhaiter contenir les dépenses pour la santé, de nombreux acteurs économiques de ce pays sont au contraire extrêmement intéressés à en provoquer l'augmentation. Dont notamment la très puissante industrie pharmaceutique. Cette augmentation des dépenses grève évidemment les finances publiques, réduisant notablement les montants disponibles pour des investissements. Ceci est l'origine du programme de transfert des charges, concrétisé par la LAMAL. Cette dernière, sous prétexte de créer une plus grande égalité sociale par l'obligation d'assurance, a surtout introduit une nouvelle forme d'impôt (non désigné comme tel). Réservé aux seuls individus, sans prendre en considération leurs revenus, donc asocial: la «prime» sur la personne physique.

La promotion de la concurrence utilise habilement l'argument de la diminution des prix de consommation qui aurait été obtenue grâce à la pression exercée par la concurrence entre entreprises. La recette prétend également fonctionner dans le domaine de la santé.

Or, cette argumentation est fautive à plusieurs égards: tout d'abord, ce n'est pas la concurrence qui est à l'origine d'éventuelles baisses de prix, mais la réduction des coûts de production, ou éventuellement la baisse des marges des intermédiaires. Qui est bien souvent obtenue, soit dit en passant, par la détérioration des conditions de travail des employés et de producteurs indépendants (p.ex. agriculteurs).

Ensuite, souvent, la concurrence économique n'a non seulement *pas* engendré des baisses de prix, mais provoqué au contraire des hausses: ne nous rappelons que – par exemple dans le domaine des services publics – les hausses des services postaux ou l'expérience ahurissante des chemins de fer britanniques.¹

De plus, la santé n'est pas un produit de consommation, mais – en partie du moins – une condition à un fonctionnement convenable de l'économie. La concurrence dans ce domaine n'entraîne non seulement une augmentation des dépenses, mais également la diminution de la qualité de l'attention médicale. En effet, la pression en faveur d'économies réduit, forcément et malgré toutes les bonnes intentions, l'attention portée au contenu des prestations médicales, à une évaluation saine des besoins réels.

La concurrence entre médecins favorise largement la multiplication d'équipements et de prestations, augmentant les investissements à amortir. Au lieu de promouvoir une analyse circonstanciée des conditions et besoins du patient, elle provoque le cumul d'actes et gestes, notamment afin de permettre à un médecin donné de justifier la pertinence de ses choix face à d'éventuels prétendants concurrents. La spécialisation croissante induit dans ce contexte une accélération du mouvement par la découpe du patient en organes ou entités fonctionnelles, au lieu de promouvoir une intégration des éléments en vue de la perception d'une unité, de la personne dans sa globalité.

D'un point de vue de l'attention médicale, le patient profitera au contraire d'une mise en commun des connaissances et des investigations. Cette mise en réseau² n'est certes pas aisée compte tenu de l'individualisme cultivé à travers les études médicales et découlant d'un héritage historique. Néanmoins, la qualité de l'attention médicale se mesure notamment par une utilisation parcimonieuse des ressources, évitant le recours à des investigations et traitements inutiles, inappropriés, voire dangereux. Aucun médecin, aussi calé soit-il, ne peut aujourd'hui prétendre maîtriser la santé – ou la maladie – de ses patients. Ce qui est bien une des raisons des spécialisations de plus en plus pointues. S'il veut pouvoir apprécier la santé de ses patients de manière convenable, il est inévitable qu'il intègre ses divers collègues dans sa démarche. La mise en concurrence des médecins induit au contraire la constitution de cloisonnements (à visée d'autodéfense, économique entre autres), potentiellement préjudiciable au patient et en tout cas à la qualité de l'attention.

D'un point de vue économique, la coordination des actes diagnostiques et thérapeutiques permettra bien mieux de diminuer les dépenses par l'élimination de nombreuses répétitions et la réduction du risque de court-circuits.

Cas clinique

Un patient d'une soixantaine d'années consulte directement un chirurgien, sans passer par son médecin traitant qu'il connaît pourtant depuis environ vingt

Correspondance:
Dr Martin Herrmann
3, route de Loëx
Case postale 131
CH-1213 Onex

¹ Actuellement, selon des sources concordantes, les compagnies de chemin de fer britanniques pratiquent les prix les plus élevés d'Europe, pour un service aléatoire et dans des conditions d'insécurité permanente.

² A ne pas confondre avec les «réseaux de santé» institutionnalisés par quelques caisses maladie.

ans. Il se plaint d'une voussure inguinale droite, douloureuse à l'effort et à la marche. Il n'indique aucune autre affection et nie toute prise régulière de médicaments. Apparemment gêné par sa démarche, le patient ne souhaite pas que le chirurgien contacte le médecin traitant. Une cure de hernie inguinale est dès lors programmée et effectuée sous rachianesthésie, après examens préopératoires de routine. En post-opératoire, le patient se retrouve en rétention urinaire. La cathétérisation transurétrale échoue et provoque des saignements considérables s'exprimant par une baisse de la valeur d'hémoglobine de 0,3g/l. Une cystostomie au trocart est effectuée et sera laissée en place durant quelques semaines. Le patient développe un état fébrile, attribué à une infection des voies urinaires basses – conséquence des manipulations lors de la tentative de sondage par voie basse? Une antibiothérapie est instaurée, permettant la guérison de l'infection. Le patient est hospitalisé durant dix jours, puis rentre à domicile avec une cystostomie en place. Quelques semaines plus tard, il subit une résection endoscopique de prostate, intervention qui se déroule sans problème. La durée de l'interruption de travail est de deux mois et demi.

A posteriori, il se révèle que le patient avait subi environ trois mois avant la cure de hernie des examens sanguins complets pour un check-up, ainsi qu'un électrocardiogramme et une radiographie de thorax. A la même époque, une échographie de la prostate avait été programmée en raison de plaintes urinaires diffuses suggérant néanmoins une hypertrophie prostatique, mais le patient y avait finalement renoncé.

Ce cas clinique illustre parfaitement quelques écueils possibles d'une prise en charge «concurrentielle»: la répétition inutile d'examens dits «de routine», l'omission d'un examen susceptible de modifier l'attitude thérapeutique (échographie) «pour économiser», l'absence de communication entre soignants (médecin

traitant, chirurgien, urologue) susceptible de coordonner investigations et traitements, l'augmentation des coûts de traitements par des affections iatrogènes et de leurs risques (hémorragie, infection), l'échelonnement d'actes dans le temps provoquant la répétition d'actes (deux anesthésies en l'occurrence) et une inaptitude professionnelle prolongée.

L'interruption de l'activité professionnelle n'étant pas à charge de l'assurance maladie obligatoire, les coûts engendrés par celle-ci sont parfaitement négligés dans les statistiques sanitaires. La durée moyenne de l'interruption de l'activité professionnelle après cure de hernie a par exemple été divisée par quatre au cours des vingt dernières années. Or, aucune statistique traitant des coûts de la santé ne tient compte de ce facteur, pourtant économiquement non négligeable. Comme décrit dans la vignette, la concurrence (économique) entre médecins tend à allonger la durée ou à multiplier les interruptions de travail. Qui, bien que non comptabilisés sous «coûts de santé», induisent des frais considérables.³

En conclusion et n'en déplaise aux chantres de la concurrence, cette dernière n'aboutit à aucune diminution des dépenses pour la santé, mais bien à leur accroissement. En parallèle, elle diminue la qualité de l'attention médicale pour le patient jusqu'à induire des risques supplémentaires. La mise en concurrence économique des professionnels de la santé apparaît dans ce contexte comme un concept parfaitement saugrenu. Dans l'intérêt du patient, il y a lieu de revendiquer l'abandon de la notion de concurrence (et d'exclure le domaine de la santé de la compétence de la Commission fédérale de la Concurrence COMCO) d'une part, de refuser la possibilité de choisir un médecin sur la base exclusive de critères économiques (suppression de «l'obligation de contracter», notamment) d'autre part.

³ Frais très souvent à charge du patient, d'ailleurs.