

### L'ennemi des médecins

Gianfranco Domenighetti est une personnalité connue du monde de la santé, en Suisse, ... bien connue, ... connue souvent comme «ennemi des médecins»!

Ennemi? Certes, certaines de ses publications ont pu souffrir de biais gênants; mais d'autres mettent le doigt sur des réalités dérangeantes ou occultées que nous aurions pourtant, comme médecins, tout intérêt à voir telles qu'elles sont.

En effet, en tant que professionnels rassemblés dans une FMH crédible, nous nous voulons partenaires reconnus des discussions en cours sur le système de santé; or, comment l'être avec un point de vue systématiquement unilatéral, coupé des réflexions en cours dans la société?

Dans cette idée, la publication dans notre bulletin d'un article de Gianfranco Domenighetti se veut le signe de notre volonté de nous impliquer fortement dans les débats actuels, et aussi de notre ouverture à des discussions larges et respectueuses, sans a priori; la nouvelle page du Comité central, «forum.cfmh@hin.ch», dans cette revue, résonnera sans doute dans les semaines à venir de commentaires vigoureux – on ne peut que s'en réjouir!

*Jacques de Haller, Président de la FMH*

# Grandeur et misère des systèmes universels de santé

## Scénario sur la transition du système sanitaire Suisse à l'heure de la globalisation<sup>a</sup>

*G. Domenighetti\**

### Avant-propos

Ce papier est un scénario sur une possible évolution future de notre système de santé. Bien que fondé sur les données aujourd'hui disponibles il s'agit, comme toute prédiction, d'une «fiction». C'est dans cet esprit qu'il doit être lu et perçu. Ce scénario est «linéaire» dans le sens que la prédiction se fonde sur une extrapolation des tendances actuelles soit du côté de la croissance prospectée de la demande soit du côté de son financement. Il ne tient donc pas compte, par exemple, de scénarios plus différenciés quant à l'«optimisme» ou au «scepticisme» vers l'innovation technologique comme proposé par Paccaud [1].

Tous les systèmes de santé des «pays riches» qui assurent, à un coût socialisé, un accès libre et «universel» aux prestations et aux services médico-sanitaires sont confrontés à deux problèmes majeurs:

- Comment maîtriser une demande de prestations croissante et potentiellement illimitée alors que les ressources sont, elles, limitées?
- Quelle est l'intensité et la nature de la relation entre les ressources engagées et les résultats sanitaires obtenus?

Depuis longtemps on s'interroge sur ces questions, mais aujourd'hui la nécessité d'y donner une réponse concrète et opérationnelle se pose avec urgence. En effet la globalisation de l'économie et l'ouverture internationale des marchés (qui génère une tendance à l'égalisation des prix des facteurs de production au niveau planétaire et à la délocalisation de la production et des services vers les pays à bas salaires et faible pression fiscale) induira dans les «pays riches» une précarisation accrue de l'emploi, une stagnation si non une baisse des revenus réels des ménages et des recettes fiscales pour les collectivités publiques.

Autrement dit, les ressources disponibles pour financer nos systèmes de santé ne seront simplement plus suffisantes pour satisfaire, à un coût socialisé, la croissance attendue de la demande.

Au-delà du vieillissement démographique (cause «naturelle») l'augmentation de la demande sera engendrée par:

- le modèle même de développement économique qui génère un surplus de morbidité suite à la précarisation, à l'insécurité, aux pressions psychologiques et au stress accrus dans le monde du travail;

\* Université de Lausanne (IEMS), de la Suisse Italienne (USI), Lugano et Service de la Santé Publique du Canton du Tessin.

a Cet article est une version, partiellement retravaillée, de la préface à la thèse de doctorat «Système de santé suisse: formation et maîtrise des coûts» de Madame Zofia-Swinarski Huber MBA, PhD qui paraîtra en février 2005 aux éditions Peter Lang à Berne.

Correspondance:  
Prof. Dr Gianfranco Domenighetti  
Dipartimento della Sanità  
e della Socialità (DSS)  
Sezione Sanitaria  
Via Orico 5  
CH-6500 Bellinzona

- le marketing des risques de santé et de la médicalisation de la vie promus directement et/ou indirectement par l'industrie, qui s'est aperçue que l'on peut faire beaucoup d'argent si l'on arrive à angoisser les bien-portants et à les convaincre qu'en réalité ils sont des malades ou bien à risque de le devenir.<sup>b</sup>

La transition vers le *full management* (ou contrôle total) de la demande et de l'offre en fonction des ressources disponibles sera particulièrement traumatisante pour les systèmes de santé qui, à un coût socialisé, ont jusqu'ici assuré à leur citoyens une liberté de choix et de consommation pratiquement illimitée. Ce sera en particulier le cas pour la Suisse.

### La transition du système suisse de santé

Deux tendances lourdes opposées, promues et soutenues par le modèle de développement économique qui domine la planète<sup>c</sup> seront à la base de la transition de notre système sanitaire du temps de «l'ivresse» à celui de «l'angoisse».

En effet les capacités de financement individuelles et collectives n'arriveront pas à suivre les coûts qui seront engendrés par la croissance attendue de la demande.

### Croissance exponentielle de la demande et des coûts

Trois dynamiques y contribuent:

*Augmentation de la morbidité suite à la croissance des inégalités sociales et des «nouveaux risques» liés au travail (stress et insécurité)*

La «guerre» économique dans laquelle sont engagés au niveau planétaire les entreprises dans le but d'acquérir de nouveaux marchés (ou pour y rester) a directement influencé les règles du management de ces organisations.

Plusieurs études ont mis en évidence les conséquences sanitaires de l'augmentation de la pression psychologique sur l'exécution des tâches, de l'insécurité et du stress [2, 3] dont les coûts sont externalisés vers l'assurance-maladie et les autres «amortisseurs» sociaux.

En Suisse environ 700 000 actifs dénonçaient en 1998 un niveau de stress au travail au-dessus de la moyenne, dont les coûts médicaux directs ont été estimés par le Secrétariat d'état à l'économie (SECO) à 1,5 milliards de francs suisse [3]. En 2002 environ 350 000 actifs souffraient des conséquences sanitaires engendrées par un niveau élevé de peur de perdre leur emploi [4]. Une étude genevoise récente a mis en évidence que

28% des consultations médicales d'actifs avaient un lien significatif avec les conditions de travail des patients [5].

Qui plus est, le trend temporel prévoit une augmentation hautement significative du stress et de l'insécurité au travail, comme le démontre une comparaison des résultats de l'étude du SECO de 1998 avec une précédente analyse de l'OFIAMT se rapportant à l'année 1984 [3]. Personne ne doute aujourd'hui que les travailleurs ne sont que des moyens pour réaliser un profit et ne représentent jamais des fins en eux-mêmes lorsqu'on doit opérer un choix entre un impératif économique et un impératif humain. Leur situation économique et sociale dépendra en effet des décisions stratégiques et de la santé économique de leur entreprise qui, à leur tour, dépendront de la conjoncture mondiale.

### La médicalisation de la vie

Trois facteurs majeurs sont à l'origine de cette dynamique qui risque, à terme, de transformer toute personne bien-portante en malade:

- a) Une révision à la baisse des paramètres qui définissent les seuils du «pathologique» pour toute une série de facteurs de risque diffus (notamment hypertension, hypercholestérolémie, diabète, etc.). De ce fait des millions de personnes supplémentaires seront éligibles pour une prise en charge médicalisée en faisant ainsi passer leur statut d'individus «subjectivement sains» à celui de personnes «objectivement malades».

Il est important de souligner que plus on baisse les seuils définissant le «pathologique», plus grand sera le nombre d'individus à traiter [NNT<sup>d</sup>] pour en observer un seul qui bénéficiera effectivement du traitement (p.ex. qui évitera un infarctus, grâce à la consommation journalière d'une statine). Il est important de souligner que la lutte contre des «facteurs de risque» (qui ne sont pas des maladies à proprement parler) implique une médicalisation «épidémique» de masse et ne permet pas d'identifier les individus qui en auront réellement tiré un bénéfice. On assume que ces bénéficiaires existent seulement sur la base des résultats «d'essai cliniques randomisées» qui montrent, par exemple, qu'après avoir traité pendant cinq ans 1000 personnes avec des statines on aura dans ce groupe quatre décès en moins par infarctus par rapport à 1000 personnes qui auront pris un «placebo».

Autrement dit 996 individus seront médicalisés inutilement et n'expérimenteront que les éventuels effets indésirables des traite-

b Ceci n'est pas nouveau: voir Romain J. Knock ou le triomphe de la médecine. Paris: Gallimard, 1924.

c Il s'agit du néo-libéralisme économique qui postule notamment la globalisation, le libre échange, la déréglementation et la privatisation (et, en tant que corollaires, la baisse de la pression fiscale et de la protection sociale).

d NNT = number needed to treat. Il s'agit du nombre de cas (individus) à traiter (sur la base d'une pratique médico-sanitaire donnée) pour avoir un sujet qui aura le bénéfice de santé espéré. Plus on baisse les seuils plus le NNT deviendra important (tendance à l'«infini»).

ments. La société devra toutefois payer aussi leur facture.

De là l'intérêt économique évident pour l'industrie de médicaliser les facteurs de risque car ils vont assurer une consommation médicamenteuse journalière de masse et de long terme qui ne prendra fin qu'au moment du décès du consommateur. Un chapitre particulier pourrait être ouvert sur les conflits d'intérêt qui lient l'industrie pharmaceutique aux chercheurs et aux universités [6] ainsi qu'aux membres des «conférences de consensus» qui déterminent les nouveaux seuils du «pathologique» dont profiteront précisément les industries pour élargir leurs marchés [7].

Ainsi, selon le nouveau «consensus» sur l'hypercholestérolémie [8, 9], le pourcentage d'individus éligibles en Grande-Bretagne pour la prise journalière d'une statine passera ainsi de 8 à 40% ce qui représente, pour le traitement d'un seul facteur de risque, une facture équivalente au 10% du budget du National Health Service [10]. Ce dernier vient d'ailleurs de décider de ne plus payer les statines en prévention primaire (à l'exception des diabétiques) jouant ainsi un important rôle précurseur parmi les pays industrialisés qui assurent un accès universel aux services de santé.

- b) La généralisation de tests diagnostiques et de dépistages dont l'efficacité est douteuse, controversée ou n'a pas pu être démontrée. Il est surprenant de constater l'enthousiasme populaire pour les «check-up» et les autres prestations et examens diagnostiques [11]. Aux Etats-Unis, par exemple, 50% des femmes ayant subi l'ablation du col de l'utérus suite à une hystérectomie radicale continue à faire le «pap-test», c'est-à-dire l'examen pour la recherche du cancer du col de l'utérus [12] et en Suisse la situation (selon les premiers résultats d'une évaluation en cours) ne semble pas être différente. Il n'est dès lors pas surprenant que 60% des Suisses soient disposés à se soumettre à un examen de détection précoce du cancer du pancréas, tumeur aujourd'hui quasiment incurable [13]. Une proportion considérable d'hommes suisses (de 50 à 70% suivant l'âge) se soumet à l'examen du PSA pour l'identification précoce du cancer de la prostate [14] bien qu'il n'y ait pas de preuve que ce test soit en mesure de réduire la mortalité concomitante. Probablement le marketing industriel et médiatique a-t-il fait en sorte que, dans le public, la capacité d'établir un diagnostic, surtout si

précoce, est désormais devenue synonyme de «guérison» [15]. Les «check-up», les dépistages et les examens diagnostiques de masse ont très souvent davantage la capacité de surestimer la prévalence des morbidités que la capacité de résoudre de vrais problèmes de santé. Par exemple, selon des études effectuées sur les dépouilles d'individus décédés par accident on a calculé à 100% la prévalence *in situ* du carcinome de la thyroïde chez les sujets de plus de 50 ans, à 39% la prévalence du cancer du sein *in situ* chez les femmes de 40 à 50 ans et respectivement de 46% celle du cancer de la prostate chez les hommes de 50 à 60 ans. Heureusement dans les mêmes tranches d'âge la prévalence «clinique» de ces cancers est de 0,1% pour la thyroïde et de 1% pour les deux autres tumeurs [16]. On peut facilement imaginer le coût en prestations médicales, en angoisse et désarroi, si un test était disponible pour la détection de tous les cancers *in situ*. Dans un futur proche la généralisation des diagnostics précoces, rendus possibles par les méthodes de l'ingénierie génétique, donnera à chacun l'opportunité d'être transformé juste après la naissance en une personne «malade».

- c) La troisième voie vers la surmédicalisation de la vie est représentée par l'augmentation des conditions et situations qui sont ou qui pourront être définies comme des maladies sous-diagnostiquées ou sous-traitées. Ce n'est pas un hasard si le *British Medical Journal* a déjà publié une «classification internationale des non-maladies» comptabilisant plus de 200 conditions réputées, à tort, comme étant des états morbides [17]. On citera en exemple la ménopause, l'ostéoporose, la phobie sociale, le colon spastique, le syndrome de fatigue chronique, la grossesse, la cellulite, etc., etc.

La construction sociale des morbidités a été quasiment substituée par la construction industrielle des maladies. Paradoxalement les services de santé dépensent des milliards pour lutter contre la maladie alors qu'en réalité ils sont plutôt en train de créer des millions de malades supplémentaires et de faire disparaître toute personne en bonne santé [18]. Selon le *British Medical Journal* ce processus est promu et soutenu par l'industrie qui a compris qu'on peut faire beaucoup d'argent si l'on arrive à convaincre les biens portants qu'en réalité ils sont des malades [19] ou à risque accru de le devenir. Il est enfin important de souligner que l'impact de l'«innovation» technologique sur les coûts n'est pas tellement impu-

table à l'augmentation des prix mais surtout à l'expansion (volume) de son utilisation [20].

#### *Le vieillissement démographique*

Celui-ci peut être considéré ici comme le seul facteur «naturel» d'accroissement de la demande, qui va influencer la croissance des coûts medico-sanitaires notamment pour les dépenses en soins continus et de proximité et pour les médicaments [21]. L'accroissement de la dépendance en général et des démences séniles en particulier exigera un soutien sanitaire, infirmier, social, important et coûteux (en Fr. de 1998, on a estimé à environ 3 milliards le coût global en Suisse de la démence de type Alzheimer [22]).

Il est évident que l'expansion inflationniste de la demande suite à ces dynamiques va engendrer des coûts supplémentaires significativement élevés par rapport à la dépense actuelle qui, pour la partie socialisée dans la cotisation de l'assurance maladie, est déjà perçue comme trop lourde voir «insupportable» par une majorité de la population [23].

#### **A la recherche d'un financement qui disparaît**

Compte tenu de la croissance attendue de la demande, il suffit de regarder quelques indicateurs macro-économiques et de suivre les tendances lourdes engendrées par le modèle de développement économique fondé sur la globalisation et le libre-échange pour comprendre que les ressources nécessaires au financement futur de toute la consommation qui sera comptabilisée par le système sanitaire suisse ne seront, tout simplement, pas disponibles.

Déjà le 6 décembre 1999 le *Financial Times*, dans un panorama ouvert sur le siècle à venir, prévoyait que dans un proche avenir, les inégalités économiques et la précarisation du travail, en d'autres termes les écarts de revenus entre le haut et le bas de l'échelle sociale, augmenteront dans les pays industrialisés. D'un point de vue sanitaire, cela signifie deux choses. D'une part, plus on sera pauvre et précarisé, moins bonne sera la santé; d'autre part, plus les salaires et les revenus stagneront ou diminueront, moins il y aura de ressources pour assurer un accès «universel» à tous les soins notamment car ces ressources sont en grande partie fiscales.

Déjà aujourd'hui, sauf exceptions, ce n'est plus le conseil d'administration ou la direction d'une entreprise qui fait office d'«employeur» mais plutôt l'économie internationale dans son ensemble dont les règles du jeu sont décidées par l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et le Fonds monétaire international (FMI).

Dans des marchés globalisés et toujours plus ouverts, les prix des facteurs de production (matières premières / machines, technologies / main d'œuvre) ont tendance à se niveler. Les résultats à moyen et à long terme pour les «pays riches» de cette dynamique inéluctable seront, parmi d'autres, une augmentation du chômage et de la précarisation du travail, une stagnation si non une diminution générale des salaires et des revenus.

Le rapprochement inéluctable du niveau des salaires bruts suisses (aujourd'hui les plus élevés par rapport à ceux des pays de l'UE) avec les standards «internationaux» suite à la globalisation sera probablement perçu par la population comme particulièrement «dur» et «angoissant», notamment aussi parce que les rémunérations suisses n'occupent que la septième place lorsqu'on tient compte du pouvoir d'achat [24].

Tous les Etats doivent leur survie à une mesure contraignante: l'impôt.

Or la globalisation et le libre échange font en sorte que les entrées fiscales perçues dans les «pays riches» sur les revenus des salariés auront tendance à la stagnation si-non à la diminution et celles perçues sur les profits des entreprises deviendront de plus en plus l'objet de négociations afin d'éviter ou de repousser (sans toutefois aucune garantie de durabilité) les délocalisations vers les pays à bas salaires et à faible pression fiscale.

Ce scénario implique quelques évidences pour la Suisse:

- la croissance du PIB ne semble pas, pour le moment au moins, promouvoir la création d'emploi et l'occupation;
- dans la dernière décennie le secteur industriel a perdu le 25% des places de travail [25];
- les administrations publiques, les régies et les ex-régies sont en train de supprimer des postes à tous les niveaux;
- une étude de l'Université de Saint-Gall prévoit, d'ici à 2009, la perte d'un tiers des emplois dans le secteur financier et bancaire [26];
- une enquête [25] auprès des entreprises suisses montre que dans les cinq prochaines années, les PME vont délocaliser leur production de 42% actuellement à 65% (les moyennes entreprises de 61 à 79%: les grandes de 85 à 90%);
- environ 15% de la population active suisse est au chômage, ou à la recherche d'un emploi ou bien souhaiterait augmenter son temps d'occupation [27];
- le nombre d'agences de placement a doublé depuis 1990 [28];

- le pouvoir d'achat net et le revenu disponible à court terme des Suisses a diminué depuis 1990 (à l'exception des ménages riches) [29];
- depuis 1996 la disparité entre les salaires bruts s'est accentuée [29] ce qui pose un problème au niveau de la redistribution de la richesse nationale;
- le nombre de personnes qui reçoivent des rentes d'invalidité pour causes psychiques a doublé depuis 1993;
- les personnes dépendant de l'aide sociale sont toujours plus nombreuses dans les grandes villes suisses [30].

Une telle dynamique va lourdement affecter la disponibilité en ressources des ménages et des collectivités publiques. Même le financement du volume actuel des prestations extrapolé sur le court-terme semble problématique car l'effet des prix (et des volumes) élevés des prestations et des services distribués sur le marché suisse de la santé (qui reflètent le haut niveau des salaires et des revenus des professionnels), conjoint à la faiblesse de notre système de réduction des primes par tête, n'est pas en mesure d'assurer une véritable péréquation sociale de la dépense à financer. Les perspectives de croissance de la demande ne semblent laisser aucun doute sur l'impossibilité future de la satisfaire sur une base équitable d'accès à tous les services qui seront proposés et, notamment, sur la base d'un financement socialisé.

### Que faire?

Le transfert vers l'impôt d'une partie de la charge aujourd'hui financée par les cotisations pourrait être en partie envisageable dans le court terme. Ceci ne va toutefois pas résoudre le problème posé par le scénario de croissance inflationniste de la demande cité plus haut et se heurtera à la crise des finances publiques. La concurrence entre les caisses d'assurance-maladie sur la base du cadre légal actuel est totalement inefficace. Par ailleurs, ce type de concurrence n'est pas en mesure d'influencer le niveau de la dépense globale qui nécessite d'être financée.

En réalité les seules mesures efficaces seront celles qui visent à gérer la demande et l'offre ainsi que la réduction d'un certain nombre de prestations dont le coût est aujourd'hui socialisé (en particulier la non-prise en charge des consommations «épidémiques», notamment pharmaceutiques, de prévention primaire des facteurs de risque selon l'exemple récent de la Grande-Bretagne, ainsi que les dépistages «futils», la physiothérapie «de confort», les médecines douces, etc.).

Toutefois la démocratie directe qui caractérise notre pays va probablement empêcher toute réforme parlementaire (ou initiative populaire) allant dans ce sens, dans la mesure où les nouvelles propositions seront perçues comme contraignantes ou comme des entraves à la liberté de choix ou encore comme des réductions de prestations et de services médico-sanitaires par rapport à la consommation actuelle.

Dès lors la solution ne pourra être que transitoirement autoritaire (décrets fédéraux urgents réitérés) ou bien machiavélique.

En effet, comme au Moyen-âge on assiégeait les châteaux pour en faire capituler les occupants par la faim et la soif, *mutatis mutandis* les Suisses capituleront-ils par «incapacité à payer» des cotisations d'assurance qu'on va encore laisser progresser<sup>e</sup> bien qu'elles soient déjà aujourd'hui perçues comme insupportables par la majorité des ménages [23].

Stagnation voire diminution des salaires réels, croissance des cotisations (dont un pourcentage toujours plus important restera impayé), croissance encore probable à court terme, mais non proportionnelle, des subventions publiques aux primes et le drapeau blanc de la reddition finira ainsi par flotter dans une proportion de plus en plus grande des ménages de notre pays.

Dès lors le salut résidera dans l'adhésion, sur base strictement «volontaire», à un bien plus économique *managed care*<sup>f</sup> en compétition avec d'autres réseaux qui entre-temps, grâce à la situation favorable, auront poussés comme des champignons.

«More market, less choice», les ressources disponibles ayant de plus en plus de peine à suivre le niveau des dépenses, seules les prestations et services dont le NNT sera égale ou approchant la valeur de 1<sup>g</sup> seront offerts aux assurés [31]. Le management pharmaceutique des «facteurs de risque» en prévention primaire, les «check-up» futiles et d'autres prestations «de confort» seront laissés à la décision et au portefeuille de l'individu.

Des multiples et variés «paquets» de prestations sous forme d'assurances complémentaires privées seront alors offerts en fonction des disponibilités à payer des individus et des ménages.

A la délocalisation des entreprises suivra la délocalisation des patients dans des établissements à l'étranger dont les assureurs seront propriétaires ou avec lesquels ils auront passé des contrats de prestations. Moyennant des rabais sur les cotisations on proposera aux patients des prestations chirurgicales électives, des soins spécialisés non-urgents et de réhabilitation.<sup>h</sup>

e L'effet conjoint de la réduction des lits (suite aux planifications hospitalières cantonales), de la neutralité des coûts prévue par le TARMED et du moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets pourrait transitoirement ralentir la croissance des coûts (et des cotisations).

f Un graphique en annexe au message du Conseil fédéral du 15 septembre sur le *managed care* montre que la dépense annuelle pour un adhérent à une HMO est d'environ 50 à 80% inférieure (en fonction de l'âge) par rapport à celle engendrée par un assuré LAMal «traditionnel».

g NNT = 1 signifie que pour chaque prestation donnée il y aura le bénéfice de santé espéré (voir aussi la note d).

h Cette voie est déjà suivie par quelques assureurs suisses et par le système de santé britannique. Elle est à l'étude dans d'autres pays européens et notamment en France et aux Pays-Bas.



Le supermarché de la santé à accès universel et à coûts socialisés que nous connaissons aujourd'hui sera ainsi entré dans l'histoire.

Il serait dès lors judicieux qu'un débat sur les scénarios futures de notre système de santé puisse au plutôt s'ouvrir sur la place publique afin de gérer le moins traumatiquement possible la transition qui nous attend.

### Remerciements

Pour la lecture critique de ce manuscrit je remercie vivement: Luca Crivelli (USI), Riccardo Crivelli (UNIGE), Ignazio Cassis (DSS, Bellinzona), Philippe Chastonay (IUMSP UNIGE), Massimo Filippini (USI et ETHZ), Pierre Yves Geoffard et Alberto Holly (IEMS UNIL), Pietro Veglio (World Bank, Washington), Thomas Vogel (Advimed) et Konrad Von Bremen (IEMS UNIL).

Toutefois l'entière responsabilité de la terminologie, du contenu et des conclusions reste totalement à l'auteur.

### Références

- Paccaud F. Evolution future des services de santé: analyses de quelques tendances plausibles. *Méd Hyg* 2000;2319:2117-30.
- Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, Ferrie JE. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ* 2004;328:555-60.
- Ramaciotti D, Perriard J. Les coûts du stress en Suisse. Berne: SECO; 2001.
- Analyse en cours sur les données du Swiss Health Survey 2002.
- Conne-Perréard E, Usel M. Lien entre conditions de travail et problèmes de santé motivant une consultation médicale dans le canton de Genève. *Méd Hyg* 2004;62:1112-6.
- Angell M. *The Truth About the Drug Companies*. New York: Random House; 2004.
- Bobbio M. *Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza: medici e industria*. Torino: Einaudi; 2004.
- Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-97.
- Grundy SM, Cleeman JI, Bairey Merz CN, Brewer HB, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program adult treatment panel III guidelines. *Circulation* 2004;110:227-39.
- Raithatha N, Smith RD. Paying for statins. *BMJ* 2004;328:400-2.
- Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ Jr, Welch HG. Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA* 2004;291:71-8.
- Sirovich BE, Welch HG. Cervical cancer screening among women without a cervix. *JAMA* 2004; 291:2990-3.
- Domenighetti G, Grilli R, Maggi J. Does provision of an evidence-based information change public willingness to accept screening tests? *Health Expect* 2000;3:145-50.
- Données non encore publiées d'après le Swiss Health Survey 2002 de l'OFS.
- Welch HG. *Should I Be Tested for Cancer?* Los Angeles: University of California Press; 2004.
- Black WC, Welch HG. Advances in diagnostic imaging and overestimations of disease prevalence and the benefits of therapy. *N Engl J Med* 1993;328:1237-43.
- Smith R. In search of «non-disease». *BMJ* 2002; 324:883-5.
- Galovart J. The last well person. *N Engl J Med* 1994;331:206.
- Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002;324:886-91.
- Thorpe KE, Florence CS, Joski P. Which medical conditions account for the rise in health care spending? *Health Aff (Millwood)* 2004;W4:437-45.
- Gilliand P. Vieillesse de la population et coût du domaine de la santé. *CAMS* 2000;6/7:10-2.
- Volz A, Monsch AU, Zahno A, Wettstein A, et al. Was kostete die Schweiz die Alzheimer-Krankheit 1998? Eine präliminäre Analyse. *Praxis* 2000; 89:803-12.
- Bolgiani I, Domenighetti G, Quaglia J. Satisfaction des Suisses à l'égard des soins de santé et des primes de l'assurance-maladie. *Sécurité sociale* 2003;219-222.
- Office fédérale de la statistique. *Le marché du travail en comparaison internationale*. Neuchâtel: OFS; 2004.
- Fleish E, Geginat J, Loser BO. *Verlagern oder nicht? Die Zukunft der produzierenden Industrie in der Schweiz*. München: Roland Berger; 2004.
- Bernet B. *Die Entwicklung des Arbeitsmarktes im Bereich Finanzdienstleistungen*. Zürich: Amosa; 2003.
- Enquête suisse sur la population active (ESPA): résultats commentés et tableaux 2003. Neuchâtel: OFS; 2004
- Marti M, Osterwald S. *L'emploi précaire en Suisse*. *La vie économique* 2004;2:43-6.
- ECOPLAN. *Répartition de la richesse en Suisse*. Thun, juin 2004.
- Kennzahlenvergleich Sozialhilfe in Schweizer Städten. *Berichtsjahr 2003*. Hamburg: con\_sens; 2003. [www.staedteinitiative.ch](http://www.staedteinitiative.ch).
- Satolli R. *Effetti dell'evoluzione della medicina sui sistemi sanitari. Rapporto non pubblicato all'indirizzo dell'Agenzia sanitaria della Regione Toscana*. Ottobre 2004.