A propos de la feuille de route de l'ASSM «Médecine et économie – quel avenir?»*

Médecine et économie: les patients, facteurs de coûts – les médecins, centres de coûts?

Si nous médecins nous engageons d'abord pour nos patients qui – à juste titre – attendent de nous un diagnostic juste et des soins adaptés, les obligations envers les payeurs de primes devraient rester au second plan et, dans l'idéal, n'intervenir que lorsqu'il s'agit de décider en fonction du coût entre plusieurs options médicalement équivalentes.

Nul ne contestera qu'une société doit aussi avoir les moyens de mettre le bien du patient au-dessus de tout, de telle sorte que les considérations économiques ne soient pas en contradiction avec une bonne prise en charge médicale, mais au contraire qu'elles en constituent le pilier central. Face à une hausse inévitable des coûts de la santé liée à un recours de plus en plus fréquent à des prestations hautement spécialisées, il devient obligatoire de déceler et de faire fructifier les potentiels d'efficacité de notre système de santé, si nous souhaitons conserver notre niveau élevé de prestations.

A cet égard, la feuille de route de l'ASSM «Médecine et économie – *quel avenir?*» se penche sur un sujet important. Ce document est clair sur un premier point réjouissant, l'économie n'est pas considérée comme une fin en soi mais comme un moyen «*d'atteindre avec efficacité les objectifs fixés tout en ménageant les ressources à disposition*». Les objectifs s'ils étaient appliqués ainsi ne devraient pas être remis en cause. Le refus d'économiser au détriment de la qualité et de l'équité devrait pouvoir faire l'objet d'un consensus.

Opposer les prestations aux coûts signifie également de décider jusqu'où peut aller la solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades.

Autre point fort de la feuille de route: le document développe les dangers consécutifs aux «*erreurs de pilotage dans les processus d'économicisation*» tels que la mise en péril de la qualité, la perte de confiance des patients ou la baisse de valeur du modèle de soins axé sur la relation médecin–patient, sans oublier le risque d'une augmentation accrue de la bureaucratie. Par ailleurs, il faut souligner une approche qui renonce à fixer des objectifs étroits mais préfère énoncer des recommandations pour jalonner le chemin à suivre vers davantage d'efficacité.

Parmi les nombreux aspects positifs de cette feuille de route se cachent cependant plusieurs points et diverses affirmations critiquables, qui ne tiennent pas compte des difficultés prévisibles ou déjà existantes, ou si elles le font, alors de manière plutôt vague voire contradictoire.

Ce qui déconcerte, par exemple, c'est qu'entre autres «*des charges financières supportables à long terme et justement corrélées aux bénéfices*» comptent parmi la liste des «*valeurs essentielles de la médecine*». Cet aspect, sans aucun doute important, n'appartient en aucun cas aux fondements de la médecine. D'autant plus qu'une telle formulation est extensible à volonté en politique et difficilement applicable dans la pratique. En effet, l'affirmation selon laquelle les charges financières doivent être supportables à long terme ne repose qu'en partie sur l'*incapacité* de payer les soins de santé. Très souvent, il s'agit aussi d'accepter le *mécontentement* déclenché par une augmentation des coûts, inévitable pour maintenir un niveau – quantitatif et qualitatif – élevé de prestations. Opposer les prestations aux coûts signifie également de décider jusqu'où peut aller la solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades. Cependant, si la solidarité inscrite dans l'assurance-maladie «doit être *préservée*», il sera inévitable que l'économie en tant que «*science de l'utilisation de ressources limitées*» pose la question de l'évaluation de ces ressources.

Ni les «possibilités de financement», ni les «bénéfices appropriés» ne sont des notions déterminées de manière objective.

Les «*bénéfices appropriés*» sont une notion tout aussi peu objective que les «*possibilités de financement*». La feuille de route signale que différents groupes de patients dont le traitement présente «une *faible rentabilité*» pourraient «être désavantagés» si la «maximisation d*u bénéfice collectif*» devait devenir une priorité absolue. Cela indique clairement que, dans certaines situations, les objectifs de la médecine et ceux de l'économie ne peuvent pas être autrement qu'en concurrence, car l'opposition entre augmentation accrue des coûts et baisse des prestations continuera d'exister même si les ressources sont mieux utilisées. Si on devait appliquer des déclarations telles que «amélioration de la qualité des soins» ou «*meilleure orientation vers le patient*», il faudrait dans le doute accorder la priorité à une médecine centrée sur la personne.

Si tel est le cas, le corps médical est tout à fait disposé à utiliser les potentiels d'efficacité comme le montre le projet «smarter medicine». Rien ne sert de monter l'économie contre la médecine, là n'est pas le sujet. En revanche, il importe que le bien-être des patients prime sur l'économie.

Dr Jürg Schlup, président de la FMH

* A la page 1598 de ce numéro du BMS.