

Chère santé

par Anne DURRER,* Berne

La Suisse détient l'un des systèmes de santé les plus performants du monde, mais aussi des plus coûteux. Pourquoi ces dernières années ont-elles été marquées par des hausses successives des dépenses de la santé ? Comment juguler ce phénomène sans prendre le risque d'une médecine à deux vitesses ? Derrière la question des coûts se profile celle, plus fondamentale, des valeurs individuelles et communautaires soutenues par notre société.

« **L**a santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition pluraliste de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) confère à la santé une dimension personnelle, car l'individu, et non un tiers, en est l'interprète ; elle dépasse la simple approche mécaniste qui traiterait l'être humain comme un ensemble de pièces détachées réparables à souhait ; elle souligne la responsabilité de la société (dimension sociale) et de chacun et chacune (dimension individuelle et communautaire).

Cette vision entretient - dans nos pays industrialisés - l'utopie de la santé parfaite, accessible à tous, en toute mesure, véritable bien de consommation ; car la santé est aussi un marché avec une offre et une demande, parfois irréaliste.

La Suisse possède «le système de santé notoirement le plus compliqué des pays de l'OCDE»¹ de par l'interdépendance de tous les acteurs impliqués, l'éparpillement des compétences entre cantons et Confédération, la multitude des lois sanitaires et des planifications hospitalières, le manque de coordination entre les cantons, etc. Le pays a consacré en 1998 10,4 % de son produit

intérieur brut (PIB) aux dépenses de la santé, se classant ainsi en deuxième position des pays de l'OCDE, derrière les Etats-Unis (12,9 % du PIB) et devant l'Allemagne (9,3 %). Notre système de santé est certes parmi les plus coûteux, mais il est aussi parmi les plus performants.² Lors d'une enquête auprès de 1 000 citoyennes et citoyens suisses, 77 % ont déclaré être en bonne, voire très bonne santé.³

Un souci dominant

Cette perception est de plus en plus influencée par la situation socio-économique de la personne. La santé est une préoccupation existentielle des Suisses qui la citent régulièrement depuis plusieurs années parmi leurs trois soucis prédominants.⁴ Le système de santé représente aussi une branche économique florissante générant quelque 300 000 emplois en Suisse.⁵

Reste, qu'entre 1990 et 2000, les coûts de la santé ont augmenté annuellement de 4,8 % en moyenne, alors que le PIB enre-

*Anne Durrer est secrétaire de la Commission nationale Justice et Paix.

gistraient une croissance moyenne de 2,5 % par an ; et les dépenses annuelles par personne ont passé de 4020 francs à 6010 francs en moyenne.

Cette hausse des coûts de la santé est imputable à de très nombreux facteurs :

- la population suisse vieillit : l'âge représente un facteur de risque pour de nombreuses maladies dégénératives (cancers, démences) et la personne âgée est sou-

vent atteinte de multiples pathologies chroniques ; les dépenses sont globalement plus élevées lors des deux dernières années de vie ;

- la perception de la maladie évolue et de nouveaux problèmes - gagnant en visibilité - sont médicalisés (harcèlement psychologique au travail qui coûterait des millions, dépressions et troubles psychosomatiques toujours plus fréquents, etc.) ;

- les possibilités de traitement et surtout de diagnostic ne cessent de s'élargir ; il devient possible de détecter une prédisposition à une maladie qui ne se manifestera peut-être jamais et pour laquelle il n'existe pas toujours de traitement ou de méthode de prévention efficace ; ce décalage entre possibilités diagnostiques et possibilités thérapeutiques soulève des questions éthiques épineuses ; les personnes concernées auront de plus en plus besoin de conseils spécifiques ;

- savoir que l'on bénéficie d'une assurance, qui plus est d'une assurance qui représente une charge de plus en plus importante dans le budget des ménages, contribue à nous renforcer dans une attitude de consommation de prestations



Comment rationaliser le système ?

médicales malgré les freins que représentent franchise et participation aux frais ;

- tant le secteur des soins ambulatoires que le secteur hospitalier souffrent de surcapacités. Tout le monde s'accorde à dire que nous formons trop de médecins, mais de nombreux hôpitaux ne fonctionnent que grâce au personnel étranger et les médecins hospitaliers travaillent plus de 60 heures par semaine. On manque de spécialistes dans certains domaines ou certaines régions et également d'infirmières ;

- la nature et le nombre de prestations de santé sont déterminés par ceux qui les fournissent (les économistes parlent de «demande induite par l'offre»). Médecins et hôpitaux sont par ailleurs soumis à de nombreuses pressions (marketing agressif des firmes pharmaceutiques, exigences démesurées des patients souvent de mieux en mieux informés, concurrence entre institutions, tourisme médical) ;

- la valeur que nous attribuons à la santé n'est pas proportionnelle aux coûts engendrés. D'où un manque de cohérence entre les attentes du patient ou de la patiente potentielle que nous sommes et notre «frustration» de payeur de primes ;

- la santé est devenue un droit ; la société tolère de moins en moins les imperfections (sans parler des handicaps) et exige des êtres toujours plus performants.

Adoptée par le peuple en décembre 1994 et entrée en vigueur en 1996, la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) avait pour objectif d'assurer à chacun une prise en charge médicale de qualité, indépendamment de l'âge ou des moyens financiers. Objectif atteint : la loi a institutionnalisé la solidarité entre générations, entre hommes et femmes, entre malades et bien-portants. La proposition d'introduire des primes plus élevées pour les personnes de 50 ans et plus compromettrait cet acquis.

Le coût de la solidarité

La solidarité, la qualité et la grande facilité d'accès aux prestations génèrent une charge financière de plus en plus lourde, en particulier pour les familles. En comparaison européenne, la Suisse se caractérise par une participation faible de l'Etat aux coûts de la santé : les deux tiers des 43 milliards dépensés en l'an 2000 ont été à la charge des ménages/des patients par le biais des primes d'assurance, de la participation aux frais (10 % des dépenses ambulatoires), des franchises ou pour des prestations non couvertes par l'assurance maladie (frais dentaires, automédication, etc.).

Le système de prime d'assurance maladie par tête est peu social, la prime étant la même, quel que soit le revenu du ménage ; la réduction de prime, par le choix d'une franchise élevée, n'est pas adaptée aux revenus modestes. En mai 2003, le souverain sera appelé à se prononcer sur une initiative qui demande que la moitié des coûts de santé couverts par les primes (17 milliards en 1999) soit financée par la TVA et que les primes soient calculées sur la base du revenu fiscal et de la fortune.⁶

La LAMal introduisait pour la première fois la notion d'économicité ou de raisonnement en terme de coût-efficacité. Des prestations de santé efficaces, mais selon quels critères et pour qui ? La notion d'efficacité est très difficile à définir en clinique et à évaluer pour un patient donné. La réflexion sur les coûts de la santé ne devrait pas s'arrêter aux seuls aspects économiques. Quels sont les besoins et les attentes d'une société comme la nôtre ? Quels domaines prioritaires bénéficieront d'un financement public en conséquence : santé, formation, routes, recherche, politique familiale, défense ?

Un rationnement des soins, s'il s'avérait inévitable, doit impérativement faire l'objet d'une discussion publique. Il faudrait d'abord avoir épuisé toutes les possibilités de rationalisation du système :

- planification nationale de la médecine de pointe sous l'égide de la Confédération, un élément de la 2^e révision de la LAMal lancée il y a cinq ans et qui a été balayée par le Conseil national lors de la session d'hiver 2002 ;

- création en 2001 de l'Observatoire de la santé, qui fournira les données statistiques indispensables pour piloter le système ;

- développement de filières cliniques (schémas de prise en charge, médecine basée sur des données probantes), du Managed Care⁷ et de modèles d'assurance maladie novateurs.⁸ Le potentiel d'économie de ces formes d'assurance serait par ailleurs surestimé, selon certains experts ;

- planification supra-cantonale des capacités hospitalières ;

- élimination du gaspillage : une part non négligeable des médicaments prescrits n'est pas consommée ;

- le libre choix du médecin est-il un droit absolu ?

Pour rationaliser, il faut avoir déterminé les objectifs à atteindre, ce qui amène à établir des priorités pour la répartition des ressources. Ces priorités devraient faire l'objet d'une consultation, car elles nous

concernent directement : faut-il investir pour la médecine aiguë ou pour les soins à domicile et les soins palliatifs ? est-il juste de n'accorder qu'un pourcentage dérisoire des dépenses à la prévention ? de valoriser une médecine technique ? de mettre un frein à la solidarité entre générations ?

Responsabilité individuelle

J'ai mentionné la médicalisation de phénomènes naturels (vieillesse, ménopause, naissance, etc.), nos attentes parfois irréalistes et une confiance presque illimitée dans les possibilités techniques comme facteurs de coûts ; la responsabilité de chacune et chacun est donc engagée. Sommes-nous prêts à remettre en question notre mode de vie, concrètement - et à titre d'illustration - à perdre du poids ou à augmenter durablement notre activité physique plutôt que de recourir à un médicament ? Sommes-nous disposés à nous déplacer pour un traitement nécessitant des infrastructures qui ne seraient plus disponibles tout près de chez nous ? Est-il juste de tenter tout ce qui est techniquement possible ou devrions-nous renoncer volontairement à certains traitements ou examens ?

La réponse à une telle question ne peut qu'être le fruit d'une réflexion sur nos limites et notre finitude. Sur quelles valeurs pouvons-nous nous appuyer pour mener à bien une telle réflexion ?

A suivre la discussion politique, il apparaît clairement qu'il n'y a pas de panacée à l'augmentation des coûts de santé ; l'impact de chaque réforme est difficilement prévisible. Chacun (consommateurs, professionnels de la santé, institutions, régions et cantons) campe sur ses privilèges. Les adeptes de la libéralisation, en particulier des relations entre médecins et assureurs (suppression de l'obligation de contracter), s'affrontent aux partisans de la planification étatique ou aux chantres d'un

amaigrissement drastique du catalogue des prestations remboursées par l'assurance maladie, ouvrant grande la porte à une médecine à deux vitesses.

La discussion se limite actuellement au factuel, au financement de la santé. Malgré l'excellente qualité de la médecine en Suisse, le mal-être ne cesse de croître. Pourquoi la demande en soins est-elle si forte ? L'explication économique que l'offre stimule la demande paraît un peu simpliste. Le mode de fonctionnement de notre société ne serait-il pas aussi en cause ?

La médecine continuera à progresser ; personne n'est prêt à renoncer à notre système de santé. Nous n'échapperons donc pas à la question de savoir quelle part de notre revenu, individuel et collectif, nous sommes disposés à investir dans ce domaine. Un point fait l'unanimité : notre chère santé continuera à nous coûter cher.

A. D.

¹ Selon la direction du projet Politique nationale de la santé, www.santenationale.ch.

² OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*.

³ *Gesundheitsmonitor*, de l'institut de sondage GfS, août 2002.

⁴ *Sorgenbarometer* (baromètre des préoccupations) de l'institut de sondage GfS.

⁵ Soit 10 % du total des emplois en 1998, *Economic Briefing* n° 30, Credit Suisse, juillet 2002.

⁶ Initiative *La santé à un prix abordable*, www.gesundheit-sante.ch.

⁷ Système de gestion rigoureuse de la délivrance des soins médicaux pour réduire ou contenir leur coût.

⁸ Par exemple le HMO, (*Health Maintenance Organization*), sorte de cabinet médical de groupe qui bénéficie d'un budget global ; très populaires aux Etats-Unis, les HMO ont de la peine à s'imposer en Suisse, peut-être parce que le choix du médecin y est restreint.