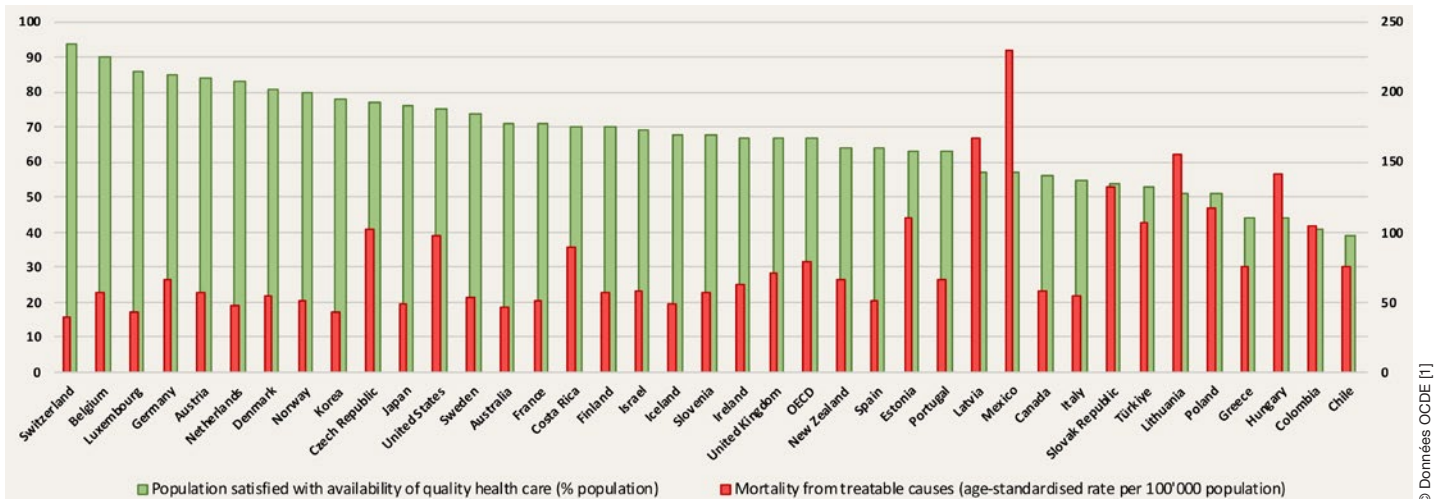


## Analyse de la semaine



Suisse: satisfaction la plus élevée avec accès à des soins de santé de haute qualité et taux de mortalité le plus bas pour les maladies pouvant être traitées.

## Implosion de la prise en charge plutôt qu'explosion des coûts

**Conséquences du catastrophisme** Les gros titres des journaux donnent constamment l'impression que le système de santé de notre pays présente de graves défauts. En réalité, il fait toujours partie des plus performants au monde. Or, mettre sans cesse en garde contre une rupture engendrée par les coûts fait de facto le lit d'un effondrement de la prise en charge médicale.



**Yvonne Gilli**  
Dre méd., présidente de la FMH

Celles et ceux qui s'en tiennent aux faits remarquent rapidement que le système de santé de notre pays est un modèle de réussite. Les chiffres publiés récemment par l'OCDE révèlent que 94% de la population est satisfaite de l'accessibilité aux soins et de la qualité de la prise en charge médicale – un taux qu'aucun autre pays de l'OCDE n'atteint. Cette perception subjective est étayée par des chiffres objectifs: sur les 45 pays passés en revue, la Suisse présente le taux de mortalité le plus faible pour les maladies pouvant être traitées [1].

### L'explosion des coûts n'aura pas lieu

Également en ce qui concerne les coûts, les faits laissent entrevoir des évolutions très positives. Non seulement la courbe de croissance des coûts de la santé s'aplanit depuis une quinzaine d'années dans presque tous les pays occidentaux et évolue donc de plus en plus lentement [2-4] mais en plus, le Centre de recherches conjoncturelles (KOF) de l'EPFZ a annoncé une autre bonne nouvelle en novembre: selon ses prévisions, la croissance des coûts de la santé mesurée au PIB ne se pour-

suivra pas en Suisse, les coûts resteront constants dans les années à venir [5]. En comparaison internationale, ils se situent dans la norme avec 11,3% du PIB. Légèrement plus bas qu'en Grande-Bretagne (11,3%), ils sont inférieurs à ceux de l'Autriche (11,4%), du Japon (11,5%), de la France (12,1%), de l'Allemagne (12,7%) et des États-Unis (16,6%) [1].

### Oiseaux de mauvaise augure

Pendant ce temps, les faits positifs ont du mal à sortir de l'ombre face au catastrophisme ambiant des médias. Ces dernières années, le Surveillant des prix a affirmé qu'il était «minuit moins deux» [6], un président de l'ASSM a vu le système de santé «au bord du grounding» [7], un économiste de la santé a appelé à une «révolution» [8], le directeur de l'OFSP et la directrice de santésuisse ont vu le «système de santé aller droit dans le mur» [9,10]. Même le conseiller fédéral compétent a mis en garde contre une «croissance effrénée des coûts» «jusqu'à la rupture» [11]. Toutes ces autorités prédisaient une surchauffe liée aux coûts – et personne ne craignait un engorgement de la

prise en charge médicale. Cette année, la hausse des primes a même fait irruption en pleine campagne électorale au travers de titres plutôt négatifs [12] – alors que les chiffres montrent un ralentissement de l'évolution des coûts.

### Avant une rupture liée aux coûts...

Ces oiseaux de mauvais augure pourraient simplement être ignorés, si cet alarmisme ne représentait pas un réel danger pour la prise en charge médicale. Car lorsque l'un des systèmes de santé les plus performants du monde est déclaré gravement malade, c'est la surmédicalisation politique qui prend le relais. En limitant leur regard à la seule perspective des coûts, ces visionnaires du pire mènent depuis des années une politique qui a déjà fortement affaibli les fondements de la prise en charge médicale. Guidés exclusivement par l'inquiétude d'une suraffluence de médecins et d'une surabondance de l'offre, ils ont opté pour des calculs serrés, des dispositions légales strictes et une pression accrue sur les coûts pour «plus d'efficacité». Ils se sont présentés comme les ardents défenseurs des payeurs de primes et ont adopté d'innombrables lois. Résultat: un surplus de réglementation qui n'a pas provoqué la maîtrise des coûts souhaitée, mais démultiplié les tâches administratives et généré une bureaucratie paralysante [13]. À l'inverse, ils ont totalement perdu de vue les véritables dangers que sont la pénurie de personnel qualifié et le manque de médicaments.

### ... la prise en charge risque l'étranglement

La pénurie de personnel qualifié se manifeste de manière de plus en plus vive dans les cabinets médicaux et les hôpitaux, et ses conséquences se déclinent en temps d'attente et fermeture de lits [14,15]. Le nombre de cabinets qui n'acceptent plus de nouveaux patients a plus que doublé depuis 2012, passant de 14% à 32% [16]. 25% des médecins de premier recours souhaitent cesser leur activité au cours des trois prochaines années. Parallèlement, 75% des plus de 60 ans ne trouvent personne pour remettre leur cabinet. Dans notre société vieillissante, un médecin de premier recours sur quatre quittera donc bientôt la profession tandis qu'un cabinet sur trois n'accepte déjà plus de nouveaux patients: où iront celles et ceux qui ne trouveront plus de médecin de famille?

### Moins de temps, plus de patients

La relève médicale ne pourra guère combler les lacunes. D'une part, l'époque est révolue où les médecins travaillaient du matin au soir pendant que leur épouse s'occupait de tout le

reste. Il y a dix ans, près de 80% des généralistes âgés déclaraient travailler plus de 45 heures par semaine – aujourd'hui, ils ne sont plus que 63% – contre seulement 40% parmi la jeune génération [16]. Dans les hôpitaux, les médecins protestent aussi de plus en plus contre les horaires de travail extrêmement longs et, dans le pire des cas, quittent la profession [17]. À cela s'ajoutent les tâches administratives, qui prennent toujours plus de temps dans les hôpitaux [14,18] mais constituent aussi un problème majeur pour 68% des médecins de premier recours. Il s'agit là du taux le plus élevé jamais enregistré depuis que les mesures existent – et d'une place en tête du palmarès international [16].

## La pénurie de médecins de famille est la conséquence de prévisions irréalistes et de l'aveuglement politique face à la pénurie.

### Pénurie et dépendance de l'étranger

Pour le même temps passé auprès des patients, il faut donc toujours plus de médecins. Malgré toutes les données, tous les rapports et tous les experts, la Confédération a calculé un nombre beaucoup trop faible de médecins à former dans l'espoir d'une «augmentation de l'efficacité» [19,20]. De ce fait, nous sommes aujourd'hui plus dépendants que jamais de nos collègues étrangers [21]. Au cours des dix dernières années, près d'un nouveau spécialiste sur deux venait de l'étranger [21,22], dont 30% seulement avec une spécialisation dans les disciplines de médecine de premier recours – soit dans une proportion nettement inférieure à celle des médecins formés en Suisse (46%) [22]. La pénurie de médecins de famille est donc une conséquence directe de notre dépendance de l'étranger, mais aussi des prévisions trop serrées des autorités concernant les besoins en formation et de l'aveuglement politique face à la pénurie. Celles et ceux qui proclament que c'est à l'État de réguler la formation postgraduée pour répondre à la pénurie de médecins de famille ne se rendent pas compte que cette pénurie est la résultante d'erreurs de calcul par l'État.

### Comparaisons et modèles inadaptes

Jusqu'à présent, ces problèmes ont toujours été relativisés par des comparaisons aberrantes: avec 4,4 médecins pour 1000 habitants, notre densité médicale est supérieure à la moyenne de l'OCDE. On pourrait donc croire qu'elle est plutôt trop élevée. Mais dans quel pays de l'OCDE aimeriez-vous vous faire soigner? Au

Chili, en Colombie, au Costa Rica ou au Mexique? C'est peu probable. Tous ces pays entrent pourtant en ligne de compte lorsqu'il s'agit de calculer la densité moyenne de l'OCDE. En Allemagne, en Autriche ou en Norvège? C'est plus probable. Ces pays ont aussi une densité de médecins plus élevée que la nôtre. De manière similaire, si on aspire à un certain standard pour le système de santé de notre pays, il serait préférable de comparer ce qui est comparable. On ne peut pas présenter d'autres pays comme étant des exemples à suivre, comme l'a fait le Conseil fédéral en s'appuyant sur l'Allemagne et la France dans son rapport d'experts, lorsque ces deux pays affichent des coûts plus élevés, une mortalité évitable plus importante et un niveau de satisfaction plus faible [1].

### Continuer ou écouter les faits?

La session d'hiver illustrera une fois de plus le trou abyssal qui existe entre politique et réalité. Une nouvelle motion propose de compléter les nombres maximaux de médecins (qui viennent juste d'être introduits) par un nouveau système d'admission dysfonctionnel basé sur l'assouplissement de l'obligation de contracter. Les raisons invoquées sont «l'explosion du volume des prestations et des coûts» et la protection contre une «offre excédentaire» [23]. Cela n'a rien d'étonnant si on considère que l'auteur de cette motion est membre du conseil d'administration de santé-suisse – et donc de la fédération qui, encore en 2018, mettait en garde contre un afflux coûteux de médecins, et notamment aussi en médecine de premier recours [24]. Déjà à l'époque, santé-suisse se faisait le chantre d'un assouplissement de l'obligation de contracter, seul en mesure d'empêcher «une surabondance massive de l'offre aux conséquences désastreuses pour les payeurs de primes». Ne serait-il pas temps d'écouter enfin les faits plutôt que ces prophéties destructrices? L'explosion des coûts n'aura pas lieu – mais l'implosion de l'offre est en marche [25]. Ne laissons pas les oiseaux de mauvais augure peindre le diable sur la muraille, répondons-leur avant de finir éreintés, noircis et éteints par la surrégulation de l'un des systèmes les plus performants du monde.



### Références

À consulter sous [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) ou via code QR