Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: 36 (1999)
Heft: 1391

Artikel: Médecine ambulatoire : le temps des mesures est venu
Autor: Ghelfi, Fabrice
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1014713

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 02.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Médecine ambulatoire: le temps des mesures est venu

Par Fabrice Ghelfi, économiste

Des instruments de maîtrise des coûts de la santé ont été introduits. Mais c'est insuffisant. En particulier, en médecine ambulatoire.

Un dixième de notre richesse nationale est destiné à financer notre santé, que ce soit pour la maintenir, la restaurer, la préserver ou pour diagnostiquer des maladies. Parmi ces trente-six milliards de francs, l'assurance obligatoire des soins représente environ 15 milliards, surtout financés par les assureurs maladie à partir de primes individuelles. Cette partie des dépenses de santé repose sur une législation fédérale: la Loi sur l'assurance maladie (LAMal). Il est intéressant de relever que, dans l'esprit des assurés, la problématique de la hausse des coûts de la santé concerne d'abord la LAMal alors que cette loi porte sur moins de la moitié du total des dépenses de santé.

Réformes hospitalières

Ce problème de focalisation touche aussi les personnes qui analysent l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire: jusqu'il y a peu, le domaine hospitalier semblait l'unique fautif alors que les prestations ambulatoires ne prêtaient le flanc à quasiment aucune critique.

Pourtant, il faut se rappeler que ces deux groupes de soins reposent toujours sur une prescription médicale. Autrement dit, toute dépense de santé à charge de l'assurance obligatoire doit s'appuyer, à la source, sur l'ordre d'un médecin. Celui-ci, seul ou en équipe, évalue, définit, décide de la qualité et de la quantité des soins requis. Voilà pourquoi une politique de maîtrise des coûts ne peut aboutir à des résultats que si le corps médical y est impliqué.

Dans le domaine hospitalier, la législation autorise des mesures qui ont permis de limiter l'évolution des coûts, parfois dans la douleur. Les responsables d'hôpitaux ont donc agi sur les durées de séjour, l'intensité et les processus des soins; ils ont profité des progrès scientifiques pour développer les hospitalisations d'un jour, les interventions moins invasives. À l'origine de ces réformes, il a fallu aussi une incitation financière sous la forme d'une enveloppe budgétaire globale ou du paiement au forfait.

Par contre, les outils efficaces de maîtrise des coûts dans le domaine ambulatoire sont absents de notre législation, grâce aux pressions très efficaces des personnes concernées. Ce champ de l'activité sanitaire explique aujourd'hui l'essentiel de la hausse des coûts, il ne saurait dès lors rester plus longtemps préservé de toute contrainte.

Conscientes de cette lacune, nos autorités fédérales ont proposé d'étendre à ce secteur le principe des enveloppes budgétaires et de confier aux cantons la responsabilité d'en fixer les modalités. Une telle possibilité serait certes intéressante, mais elle pose un certain nombre de problèmes.

Quels outils pour la maîtrise des coûts ambulatoires?

Tout d'abord, elle exige le développement d'un important système d'information et de gestion pour définir la répartition interne des ressources, en respectant l'équité entre les multiples partenaires et en maintenant la qualité des soins. Puis, comme les médecins qui s'installent sont plus nombreux que ceux qui cessent leur activité, il faudrait introduire des mesures pour éviter que l'enveloppe provoque des attitudes protectionnistes, contradictoires avec la mise en place des réseaux de soins, des filières de patients et des collaborations entre les professionnels de la santé.

Ensuite, le fait d'introduire un cadre financier global rigide conduit, en cas de dépassement, à une diminution du prix unitaire des prestations; l'effet pervers de ce cas de figure pourrait être de pousser certains praticiens à développer à outrance leurs activités pour compenser une probable baisse de prix par une plus grande quantité de prestations. À terme, un tel réflexe aura un effet négatif sur la qualité des soins.

Enfin, si une forte proportion de patients choisit de s'orienter vers la médecine privée hors enveloppe, il n'est pas exclu qu'ils refusent de financer un système de soins qu'ils n'utilisent plus.

Cela dit, l'enveloppe budgétaire reste un bon outil de maîtrise des coûts, à la condition de décider de mesures d'accompagnement afin d'en limiter les effets pervers.

Récemment est apparu un second outil destiné à maîtriser les coûts de la santé dans le domaine ambulatoire. Il s'appuie sur deux principes: d'abord il faut plus agir sur l'offre que sur la demande et, ensuite, il faut accroître la pression sur le nombre de fournisseurs de soins plutôt que sur la gamme des prestations offertes.

Un vaste chantier

Dans ce cadre, la proposition – récemment acceptée par le Conseil national – vise, selon des critères prédéfinis, à séparer l'autorisation de pratiquer son art, du droit de facturer aux assureurs au titre de l'assurance de base. Les autorités devraient définir ces caractéristiques d'accréditation. Par exemple, on pourrait exiger que la pratique à la charge de l'assurance de base soit subordonnée à l'âge du praticien (limite à 65 ans), à ses compétences (qualité relationnelle, formation continue) ou à son engagement (obligation de faire des gardes, de se déplacer à domicile). Les praticiens ne remplissant pas ces critères pourraient poursuivre leur activité, mais à titre purement privé et dans la mesure où ils trouvent une clientèle. L'inconvénient majeur de cette proposition réside dans la détermination négociée de ces critères entre les associations concernées et les principaux payeurs.

Il est aujourd'hui devenu nécessaire d'introduire des instruments de maîtrise des coûts de la santé. Mais, avec le vieillissement de la population, le développement de nouvelles pathologies et les progrès technologiques, rien ne dit que les deux outils présentés ici pourront suffire. Parce qu'en parallèle d'autres questions se posent: pourquoi d'un médecin à l'autre constate-t-on des variations de pratiques? A-t-on besoin d'une telle densité de soins lourds? Faut-il développer les capacités de diagnostiquer des maladies non curables?

Vaste chantier, qui va s'ouvrir. ■