

Les leçons du moratoire: saura-t-on les tirer?

Alain de Weck

Prof. méd. en retraite,
Université de Berne

«Le moratoire a été institué conformément au souhait des médecins, de faire en sorte que les assureurs maladie ne se voient pas obligés de rembourser les soins prodigués par de nouveaux prestataires de soins. Je rappelle que la restriction de l'accès au marché de la santé a été souhaitée par les médecins. Je rappelle cela parce qu'il y a un silence pudique qui règne quand on le mentionne face à certaines assemblées, notamment celles des médecins. J'ai découvert que l'un des secteurs qui était le plus sceptique à l'égard de la libre circulation des personnes, c'était celui des médecins. Quand j'ai approfondi le sujet, j'ai découvert qu'ils avaient peur de la concurrence étrangère et qu'ils demandaient instamment des mesures de limitation d'accès des médecins étrangers au marché suisse.»

Pascal Couchepin, Conseil des Etats, 18. 12. 2008 [1].

Une pomme de discorde longtemps entretenue entre médecins, parlementaires et conseillers fédéraux a été le problème du moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux.

Ce serpent de mer date de plus de 10 ans. En mars 2000 le parlement a adopté l'art. 55a de laLAMal, autorisant le Conseil Fédéral, dans le domaine ambulatoire, à faire dépendre de la preuve d'un besoin, pour une durée limitée à trois ans, l'admission de certains prestataires de soins à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Cette mesure a été effectivement mise en pratique par le Conseil Fédéral en juillet 2002. Elle a été prorogée par le parlement en octobre 2004 et une deuxième fois en juin 2008 jusqu'à fin 2009. Une nouvelle modification, limitée également à trois ans, est intervenue fin 2009.

Il est très intéressant, rétrospectivement, de lire les protocoles des séances du Conseil National et du Conseil des Etats et les interventions de parlementaires consacrées à ce sujet. C'est un peu cruel aussi car dans le cas des parlementaires, les envolées verbales et les dérapages restent fixés pour l'éternité (du Web). Pourquoi les rapports de la presse sont-ils toujours édulcorés et ne reprennent-ils pas verbatim les débats? Contrairement à ce qu'affirme Pascal Couchepin dix ans plus tard, ce n'est pas seulement la demande des médecins craignant une diminution de leurs revenus et la crainte d'un afflux de médecins étrangers mais ce sont surtout la notion d'une pléthore médicale et l'espoir de faire diminuer les coûts en y mettant un frein qui ont fait adopter cette mesure, malgré son caractère d'interférence étatique sans précédent dans la liberté du commerce et d'entreprise.

Correspondance:
Prof. Dr Alain de Weck
Beaumont 18
CH-1700 Fribourg
alain.dewc@bluewin.ch

En fait, tout le monde était persuadé à l'époque que la densité médicale était le principal facteur dans l'augmentation des coûts de la santé [2]. L'argument qui a porté le plus a été celui des caisses maladies: comme tout cabinet médical coûte 500 000 francs à la communauté (une approximation statistique simpliste et très discutable), le moyen le plus direct de freiner les coûts devrait être de limiter le nombre des médecins installés. En fait, une analyse plus approfondie ainsi qu'une étude récente de l'OCDE montrent bien que bien d'autres facteurs que la densité médicale

Figure 1

Densité médicale et coûts de médecins annuels en Francs par assuré. Statistique comparée des cantons suisses (OFSP, 2007).

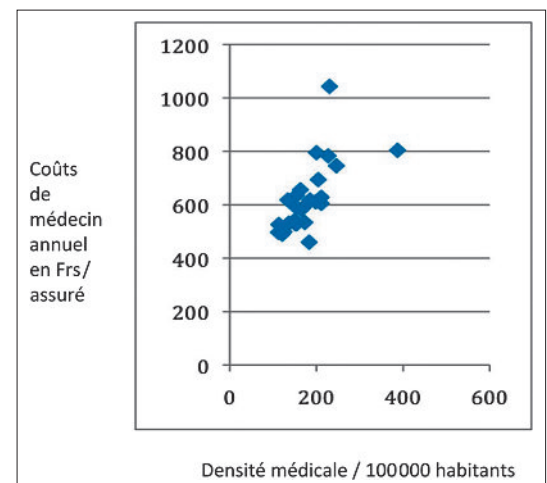
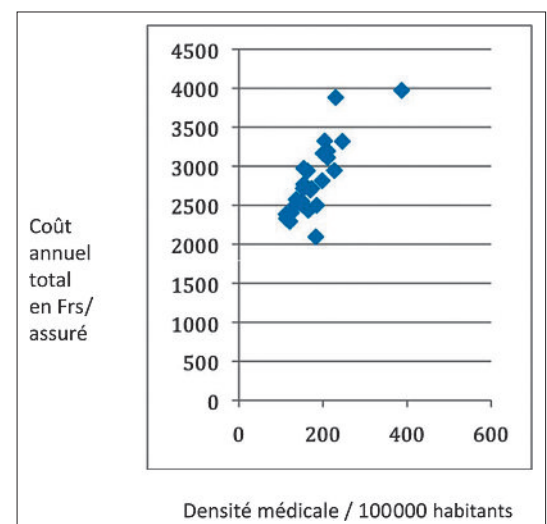


Figure 2

Densité médicale et coûts totaux en Francs par assuré. Statistique comparée des cantons suisses (OFSP, 2007).



jouent un rôle plus important dans l'augmentation des coûts.

Certes, si l'on compare en Suisse les coûts assez variables par assuré d'un canton à l'autre (fig. 1 et 2), on obtient une corrélation assez frappante entre la densité médicale et le coût moyen par assuré. Mais nombre de faits parlent contre une corrélation importante ou seule responsable. De 1995 à 2007, l'augmen-

à des spécialistes? Quelle que soit la cause, il semble clair que ce moratoire de sept ans nous aura coûté 1000–1500 généralistes.

Heureusement, le parlement a fini en 2009 par s'en apercevoir. Malheureusement, il a remplacé une bourde par une autre. Jusqu'ici, et bien que cela ait été parfois envisagé, le secteur hospitalier, en particulier le secteur ambulatoire des hôpitaux, avait été épargné

Nombre de faits parlent contre une corrélation importante de la densité médicale et l'augmentation des coûts de la santé

tation des coûts a été bien plus rapide et accentuée que l'augmentation modérée de la densité médicale [3]. En comparaison internationale, les études de l'OCDE [4] montrent qu'il n'y a en fait aucune corrélation entre la densité de généralistes et de spécialistes en les coûts de la santé calculés en fonction du PIB (fig. 3).

Pour en revenir aux effets du moratoire dix ans plus tard, l'honnêteté intellectuelle oblige à constater que celui-ci a été un échec quasi total. Non seulement, il n'a permis qu'à peine de diminuer l'augmentation annuelle continue des médecins praticiens installés (fig. 4) mais il n'a pas eu non plus d'influence notable sur l'augmentation annuelle des coûts. L'effet du moratoire sur le nombre total de médecins praticiens en activité a été très modeste. De 1996 à 2001, le nombre des médecins en pratique privée a augmenté de 12 711 à 14 178 (244 par an) et de 2002 à 2007 de 14 408 à 15 558 (230 par an)! La densité médicale par 100 000 habitants a passé de 177 en 1996 à 195 en 2001 et 205 en 2007 [3].

Par contre, le moratoire semble avoir eu un effet déplorable, dont personne ne parle, sur la répartition entre généralistes et spécialistes dans le corps médical suisse. Tout le monde se plaint du manque de généralistes et du mauvais sort qui leur est fait. En fait, le pourcentage de généralistes installés, qui était relativement stable avant l'instauration du moratoire a dramatiquement chuté depuis (fig. 4, fig. 5). Les généralistes comprenaient en 1996 4433 médecins sur 12 711 en pratique active (34,8%); ils ne représentent plus en 2007 que 3512 sur 15 588 (22,5%) Alors que la proportion de généralistes était restée relativement stable de 1996 (4433/12711: 34,8%) à 2001 (4875/14178: 34,3%), elle a chuté brutalement de 2002 à 2007 (22,5%) [3]. Les médecins généralistes sont donc clairement les principales victimes collatérales du moratoire décidé par le Conseil Fédéral en 2002. On pourrait s'imaginer que le principal effet du moratoire ait été de prolonger le temps de formation des jeunes médecins dans les hôpitaux et qu'ils y ont acquis une spécialité. Mais en fait, la diminution a été brutale en 2004/2005 et généralisée dans presque tous les cantons. S'agit-il d'une remise de cabinets de généralistes

par le moratoire. Mais en juin 2009, le parlement a décidé pour la première fois, d'étendre au secteur hospitalier le moratoire sur l'installation (c'est-à-dire l'engagement) de nouveaux médecins. Cette mesure a été décidée, essentiellement suite à la nécessité perçue de faire quelque chose contre l'augmentation jugée dis-

Figure 3

Rapport entre la densité médicale et les coûts de la santé en % du PIB (Etude OCDE 2008).

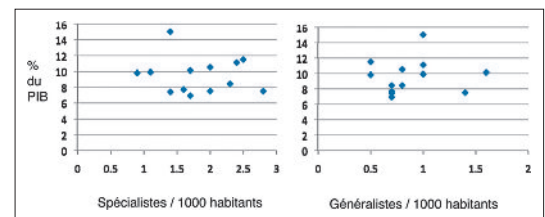


Figure 4

Nombre total de médecins et de généralistes installés en Suisse en cabinet 1995–2007.

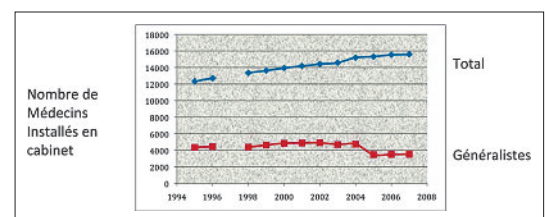
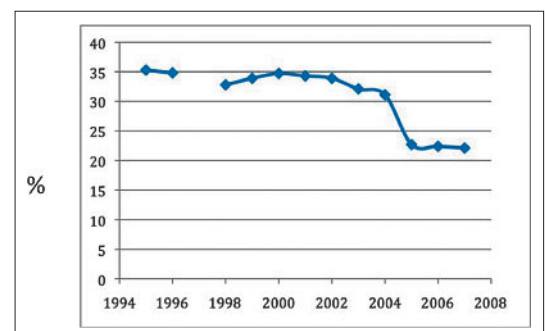


Figure 5

Pourcentage de généralistes installés en Suisse 1995–2007.



proportionnée des coûts hospitaliers ambulatoires. Comme nous allons le voir, il s'agit à nouveau d'une réaction émotionnelle d'apprentis sorciers. Si cette mesure est applicable, ce dont on peut douter, et si elle est vraiment appliquée, elle risquera assez rapidement d'avoir des conséquences catastrophiques sur la qualité du système.

Les médecins généralistes sont donc clairement les principales victimes collatérales du moratoire

Certes, on peut concevoir que certains hôpitaux ou cliniques privées aient développé un service ambulatoire pour mieux rentabiliser leurs installations. Mais dans la plupart des cas, les services ambulatoires sont bien plus qu'une concurrence aux spécialistes en cabinet. Ces services ambulatoires représentent pour la santé publique un appoint essentiel et offrent des prestations (par ex. chimiothérapie et radiothérapie du cancer, chirurgie ambulatoire, interventions ophtalmologiques, etc.) impraticables en médecine de cabinet. De tels services ne fonctionnent pas uniquement avec un chef de service et de jeunes assistants en formation. Ils nécessitent des spécialistes formés et engagés en permanence pour assurer des technologies de pointe, nécessaires au traitement optimal d'un nombre croissant de malades chroniques et âgés. Ce sont essen-

votations populaires en l'espace d'une année, où le peuple suisse a clairement rejeté les deux alternatives extrêmes qui lui étaient proposées (caisse unique ou système entièrement aux mains des assureurs), la perplexité et un certain découragement des protagonistes sont devenus visibles. La lecture de dix ans de protocoles de séances parlementaires renforce cette impression. On ne sait plus très bien que faire et pourtant tout le monde est conscient qu'il faut faire quelque chose. On ne peut laisser simplement sombrer comme le Titanic un navire dont l'infrastructure est excellente et dont l'équipage est compétent, simplement parce que les officiers de la passerelle se disputent sur le cours à suivre. Un léger espoir de renouveau règne au début 2010, du fait de la conscience plus aigüe de la nécessité d'un dialogue entre les divers protagonistes et du remplacement du capitaine. Mais déjà, de nouvelles initiatives politiques se dessinent à l'horizon, qui risquent bien de ne pas avoir meilleur sort que les précédentes, puisqu'aussi bien les enjeux que les acteurs et les méthodes de gouvernance sont restés les mêmes.

La meilleure recette sera bien peut-être celle évoquée récemment par un conseiller aux Etats avec un rire un peu jaune: enfermer tous les protagonistes (parlementaires, OFSP et DFI, cantons, assureurs et prestataires de soins) dans un chalet d'alpage (si possible en période hivernale; la chaleur des débats devrait suffire) et ne les en laisser sortir qu'avec une solution consensuelle à laquelle une majorité se sera finalement résignée. La technique, même si elle ne correspond pas aux formalités helvétiques, a souvent fait ses preuves.

Dans la plupart des cas, les services ambulatoires sont bien plus qu'une concurrence aux spécialistes en cabinet

tiellement ces spécialistes qui sont visés par la nouvelle extension du moratoire. Cette mesure de rationnement bureaucratique n'aura probablement guère d'effet sur les coûts mais elle pourrait avoir en quelques années un effet catastrophique sur l'innovation médicale et sur la santé de la population. Et dire que malgré les avertissements de quelques familiers de la question, il s'est trouvé 128 conseillers nationaux et 27 conseillers aux Etats pour approuver une mesure dont l'idiotie et l'inefficacité sont évidentes à quiconque a jamais travaillé dans un hôpital...

L'historique du moratoire démontre à l'envi à quel point il peut être dangereux de jouer aux apprentis sorciers dans un système aussi complexe. Après deux

Références

- 1 Conseil des Etats. Séance du 18.12.2008. LAMal Révision partielle. Liberté de contracter. www.parlament.ch
- 2 Gutzwiller F. Conseil National. 2000 LAMal. Révision partielle. www.parlament.ch
- 3 OFSP. Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2007. www.bag.admin.ch
- 4 OCDE Health Working Paper No 41. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries? 2008. www.ocde.org