

# Associer la profession médicale à la réforme des systèmes de santé

**Luc Michel**  
Professeur, service de chirurgie des cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne

Avec son plan de 1942, Lord William Beveridge reste le grand inspirateur des services nationaux de santé européens. Ces systèmes présentent deux grandes caractéristiques. Premièrement, ils constituent des systèmes universels rendant les soins de santé accessibles à tous les citoyens et sont fondés sur un attachement au principe de solidarité. Ils tendent à effacer (avec des fortunes diverses) les barrières financières selon schématiquement deux grands modèles d'assurance maladie: le modèle de financement public par l'impôt (on l'appelle «beveridgien») et le modèle d'assurances sociales (on l'appelle «bismarckien») dans lequel la contribution des assurés n'est pas ajustée sur le niveau de risque de chacun, mais en fonction de sa capacité contributive. Ces deux modèles doivent être distingués du modèle d'assurance maladie (surtout en vigueur aux USA) fondé sur l'assurance volontaire des individus et l'existence d'une offre pluraliste d'assurances commerciales jouant à plein le jeu concurrentiel du marché.

Deuxièmement, les systèmes européens sont essentiellement paternalistes (terme martyrisé à l'heure actuelle, ô combien!) dans la mesure où ils rencontrent les besoins définis plus par les professionnels de la santé qu'en réponse à une demande articulée des patients.

*Une rationalité économique ignorant la rationalité clinique aboutit à l'irrationalité. Et réciproquement*

A quelques variantes près, ces deux caractéristiques ont été au fil des cinq dernières décennies le socle de base des systèmes de santé du continent européen. Mais comme le gouvernement de Tony Blair, les divers gouvernements de notre continent aspirent à changer leur dynamique. En fait, ils veulent mettre fin à un système conçu dans les années 40, car celui-ci ne peut plus opérer de façon efficace dans le monde du XXI<sup>e</sup> siècle. D'où parfois, leur inavoué regard de Chimène pour le modèle américain d'assurances concurrentielles, dont la concrétisation minerait définitivement le rêve de Beveridge, à savoir la sécurité dans la liberté et la responsabilité des acteurs.

Chaque gouvernement essaye de réconcilier deux grands objectifs: réduire au minimum le budget du système des soins de santé tout en augmentant au maximum sa productivité. Le premier objectif rend compte du fait que le secteur des soins de santé est en com-

pétition pour l'attribution des ressources financières publiques — forcément finies — avec d'autres secteurs, l'éducation par exemple. Cette compétition est d'autant plus sévère que tout gouvernement garde dans sa ligne d'horizon les échéances électorales, et ne tient ni à recourir aux taxes supplémentaires ni à mécontenter la majorité... des bien-portants!

Le second objectif reflète l'inéluctable collision des évolutions démographiques (le vieillissement) avec les avancées technologiques, qui rend impérative l'augmentation de productivité du système de soins au niveau des services qu'il est censé délivrer à une population de plus en plus exigeante, et dont les attentes ne font que croître, au point de transformer la mort en une erreur médicale potentielle!

En 2001, on peut considérer que le premier objectif a été atteint: nos systèmes de santé ont été élargés à la limite du supportable dans bien des domaines, même si l'influence de certains lobbies restent scandaleusement prégnante. Pour ce qui concerne le deuxième objectif, il est incontestable que les réformes des gouvernements successifs ont conduit à améliorer la productivité en obtenant un maximum de services à partir de ressources sévèrement contrôlées; en d'autres termes, en augmentant l'efficacité des soins de santé. Toutefois, si l'efficacité d'un traitement est le rapport entre les moyens disponibles et les résultats atteints, elle n'est pas synonyme d'effectivité d'un traitement. L'effectivité est, en fait, l'obtention de l'objectif pratique d'amélioration de la santé et donc de sa qualité. Selon le point de vue du patient (remettant en cause le paternalisme médical mais aussi celui de la puissance publique), un traitement peut être plus effectif car plus coûteux et donc moins efficient. Un simple exemple: le long traitement hospitalier et infirmier d'ulcères artéritiques du pied est bien plus coûteux qu'une amputation rapide. Si l'efficacité économique peut être considérée comme l'obtention des bénéfices les plus élevés à partir de moyens limités, elle devient parfois — à une époque où la rationalité économique prend le dessus — l'obtention de bénéfices suboptimaux (en cas d'amputation) à partir de moyens de plus en plus restreints. Qui plus est, dans cet exemple de l'amputation, la réduction des coûts immédiats n'est souvent qu'un déplacement des coûts vers une autre rubrique des soins de santé: des frais d'hospitalisation vers la rééducation, vers la confection de prothèse, vers l'aide à domicile... si elle est financée! Une rationalité économique qui ignore la rationalité clinique — et réciproquement — aboutit à l'irrationalité dans les deux domaines. Le contrôle des dépenses

dans un secteur ne faisant souvent que les déplacer dans un autre.

Tout ceci pour dire que l'évolution larvée vers le «managed care made in USA» ou la philosophie de l'«internal market» chère à Margaret Thatcher a fait son temps. Car le prix payé pour le laisser-faire de la main invisible du marché dans le secteur des soins de santé a été d'abord la rigueur souvent désincarnée de la sphère de la gestion au nom de l'efficacité. Ensuite est apparu le ressentiment dans la sphère des professionnels de la santé craignant pour leur statut et leur autonomie. Enfin, le ressentiment a conduit tout naturellement ces professionnels à refuser d'assumer seuls la responsabilité de devoir rationner des ressources limitées, et pour ce faire, d'encore présenter des décisions économiques à propos de qui soigner et comment soigner comme étant des décisions cliniques.

*Sans l'engagement actif des professionnels de la santé, il est peu vraisemblable que les gouvernements puissent atteindre leurs buts*

La question de fond est donc: comment véritablement associer les professionnels de la santé au débat de société que constitue l'amélioration de l'efficacité et de l'effectivité des soins? La réponse devient de plus en plus difficile, car le point de rupture est atteint, le moral des troupes est au plus bas, le bateau où se sont embarquées nombre de vocations altruistes prend l'eau de toutes parts, et la génération montante hyperindividualiste des hommes et femmes en blanc est — qu'on le veuille ou non — plus attentive à ses droits qu'à ses devoirs. La crainte raisonnée, mâtinée d'appréhension irrationnelle, de la perte d'autonomie clinique et des modèles traditionnels de pratique hospitalière a conduit récemment au retour de flamme contre le «managed care» aux USA, à la méfiance argumentée de la British Medical Association contre les réformes du NHS, aux grèves médicales récentes au Canada et en Hollande, au récent malaise «médico-mut» de juillet 2001 en Belgique.

Dans un article du «New England Journal of Medicine» du 26 juillet 2001, Rudolf Klein, de la London School of Economics écrivait: *En soins de santé, sans l'engagement actif de la profession médicale, il est peu vraisemblable que les gouvernements puissent atteindre leurs buts...* Merci à cet économiste d'avoir rappelé cette vérité première: la responsabilité des acteurs, disait déjà Beveridge! ●