

Une ère nouvelle pour la médecine

La contrainte budgétaire est devenue une donnée déterminante de notre système de santé. Ce n'est pas sans avoir des conséquences fondamentales sur les pratiques médicales.



© C. Gruner/Insitut Curie

Jusqu'à présent, pour expliquer les défaillances du système de santé français, trois arguments ont été avancés : l'absence de transparence de notre organisation de soins, la perversion des incitations à la consommation médicale, le gaspillage, voire l'insuffisante productivité.

La complexité du système est devenue telle qu'aucun expert n'est en mesure de suivre l'évolution de chacun des secteurs qui le compose. Personne n'a en réalité une vue globale de la situation, ce serait pourtant une nécessité absolue pour pouvoir prendre la mesure des politiques mises en œuvre et saisir les réactions qu'elles suscitent chez les professionnels concernés. Faute de vue de l'ensemble, on devient très vite prisonnier de l'information et du vocabulaire des groupes de pression en place.

Pendant longtemps, ce système complexe a fonctionné comme le marché commun agricole ; il offrait à tous ceux qui y travaillaient une garantie de prix sans plafonnement de la production. Le remboursement a posteriori et le paiement à l'unité désresponsabilisaient les professionnels et poussaient parfois les usagers à la dépense.

Or, et c'est là un troisième et dernier constat, il n'est pas sûr que « toujours plus soit toujours mieux » : la loi des rendements décroissants s'applique en médecine comme ailleurs. Il ne faut en aucun cas confondre qualité et quantité de soins !

Aujourd'hui, le système ne fonctionne plus à guichet ouvert, mais bel et bien à guichet fermé ; à l'hôpital, depuis l'adoption en 1983 de ce qu'on appelle le budget global ; en ville, depuis les accords signés entre médecins, assurance-maladie et pouvoirs publics sur la régulation médicalisée des dépenses de santé. Ces accords sont plus ou moins respectés. La contrainte peut s'alléger ou s'alourdir, mais son existence ne peut être niée dès lors que chacun reconnaît qu'il n'est plus possible de tout faire avec les meilleurs moyens pour tous les malades. Il y a des dépenses auxquelles on ne pourra désormais plus consentir. Tous les secteurs de la vie économique fonctionnent sur la base de contraintes budgétaires, et les

organisations de santé n'échappent pas à cette loi même si le discours officiel en nie l'existence. La voie spécifiquement française qu'on prétend avoir inventée en lui donnant le nom de régulation médicalisée est un discours stratégique et politique plus qu'une réalité. On veut en fait laisser croire qu'on peut atteindre l'efficacité technique avant de buter sur la contrainte économique et qu'il suffira d'éliminer les gaspillages pour redonner au système de santé la marge de liberté dont il a tant besoin. Il n'en est rien, et la nécessité d'avoir une démarche sélective se fait chaque jour un peu plus sentir. Elle va profondément modifier les pratiques médicales et amener les médecins à changer d'optique, de logique et même d'éthique.

Changer d'optique

Au lieu de s'intéresser aux résultats exclusivement cliniques obtenus ici et maintenant, le médecin de demain devra s'interroger sur ce qui se passe en dehors de son champ d'activité immédiat (son cabinet et son service) et sur le devenir à long terme de son patient. La transformation de la structure des pathologies et le passage d'affections aiguës à des maladies dégénératives exigent l'accompagnement des malades tout au long de leur trajectoire de vie. Du fait de la complexité des problèmes médico-sociaux que posent de telles situations, le médecin n'est plus à même de régler seul tous les problèmes de santé. Il doit être entouré par tous les personnels concernés, qu'ils appartiennent au secteur sanitaire ou au secteur social. La mise en place de réseaux est la réponse institutionnelle qui permet de résoudre ces problèmes.

Le changement de logique est tout aussi inévitable. Jusqu'à présent la quantité de soin prodigué au patient est le signe de l'intérêt que le médecin lui porte. Ne pas utiliser tous les moyens disponibles est perçu comme une volonté de non-assistance à personne en danger. Demain, la simple évocation d'un bénéfice potentiel cessera d'être possible, on passera de la volonté de « tout faire pour le malade » à celle de « ne rien faire dont l'efficacité n'ait été scientifiquement démontrée » ! ▶

La décision thérapeutique n'est plus aujourd'hui uniquement du ressort du soignant. Le « soigné »

est responsable dans l'histoire de sa maladie

L'intervention thérapeutique sera subordonnée à la preuve de l'efficacité des soins prodigués. Le patient reste au cœur de cette nouvelle problématique, mais on passe d'une médecine de convictions ou de croyances à une médecine de responsabilités supposant un exercice documenté de l'art médical.

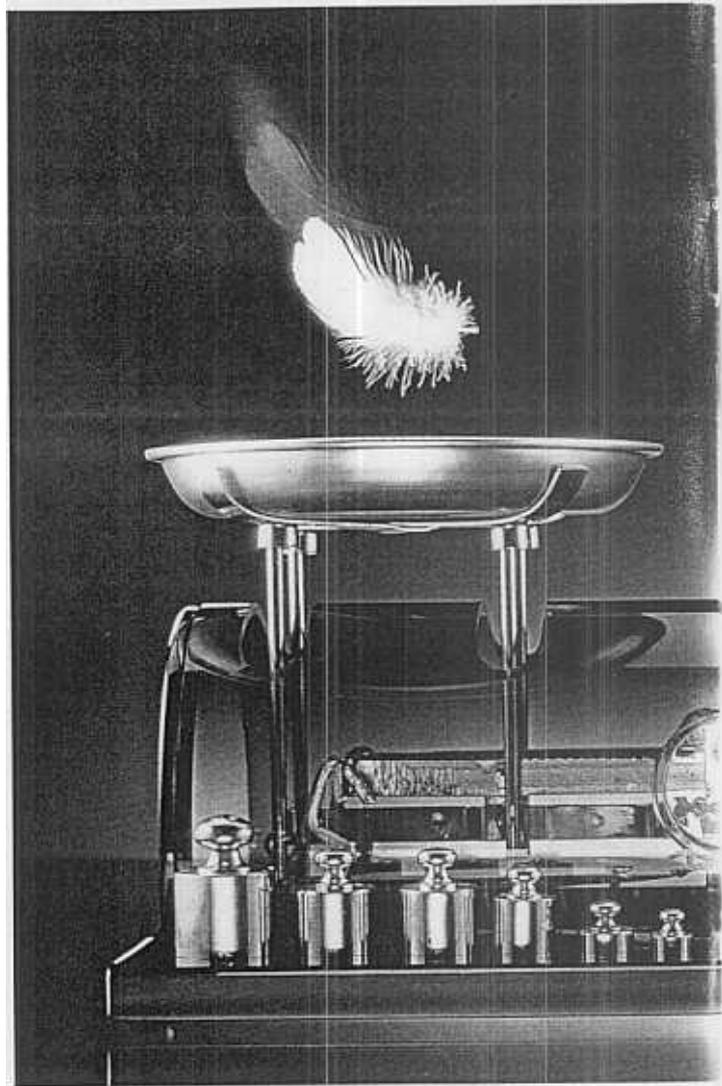
Changer d'éthique

La nécessité de mettre en œuvre une médecine fondée sur des faits scientifiquement établis aura désormais force de loi.

Il faudra alors se poser le problème de la qualité de la preuve scientifique qui est avancée pour légitimer la démarche thérapeutique. L'enseignement de la médecine devra intégrer cette nouvelle dimension, les étudiants devront apprendre à distinguer les bonnes preuves des mauvaises et à regarder d'un œil critique la littérature médicale.

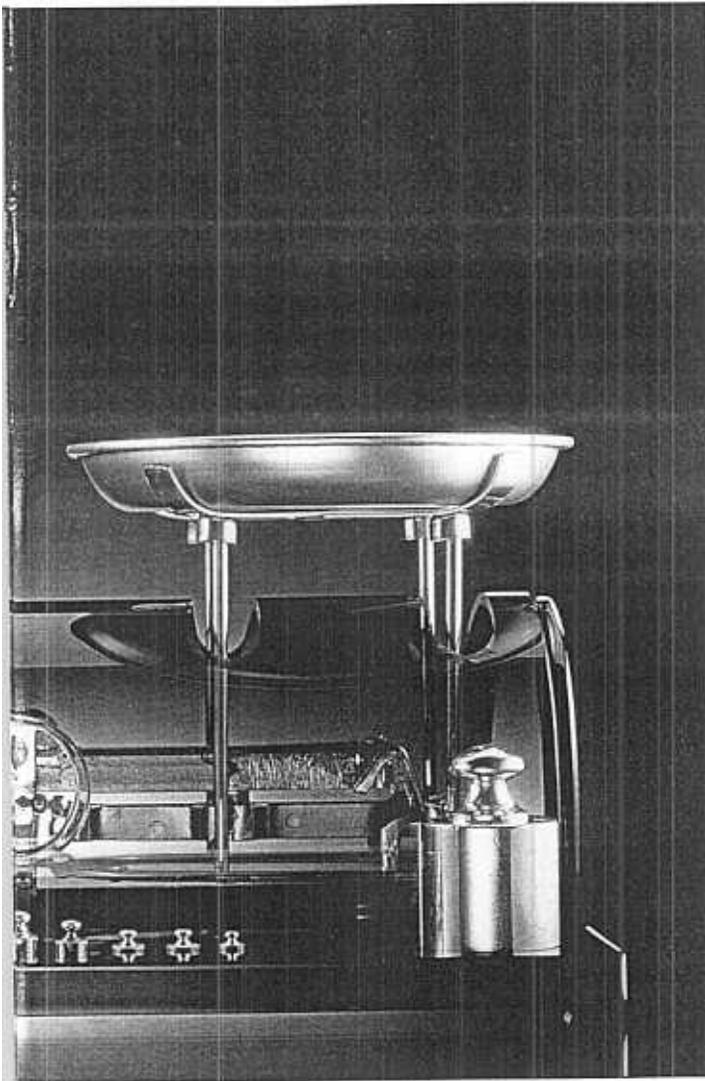
Aujourd'hui, le médecin s'efforce, dans le cadre du colloque singulier, ce face à face praticien-patient, de défendre exclusivement les intérêts de son malade. Il devra maintenant servir également ceux des populations vis-à-vis desquels il a des responsabilités. Aucune entreprise, fut-elle une entreprise de soins, ne peut dépenser plus que ce qu'elle ne gagne. Cela est vrai quelles que soient les modalités de fonctionnement du système de santé, que celui-ci soit libéral ou qu'il soit public, que les ressources de l'organisation découlent d'une dynamique de marché ou qu'elles soient octroyées par les pouvoirs publics sous forme de dotations budgétaires.

Il importe de changer de raisonnement, d'oublier la conception macro-économique des comptes des années 1970-1980 et même la conception micro-économique de l'efficacité qui lui a succédé dans les années 1980-1990. Désormais, les professionnels qui estiment avoir, dans le cadre de ressources limitées, des devoirs et des responsabilités vis-à-vis des groupes de malades doivent s'interroger à la fois sur les moyens mobilisés et sur les performances obtenues. On ne peut plus faire fi de ce que les économistes appellent le « coût d'opportunité », autrement dit



A l'heure des choix qu'imposent les contraintes budgétaires, l'avis du patient devient un critère de... poids.

de la valeur de ce que l'on n'a pas pu faire en faisant ce que l'on fait. Faire le maximum pour un malade, c'est priver les autres malades des moyens qui ont été mobilisés pour le soigner. Ces virtualités sacrifiées définissent le vrai coût du traitement. Pour juger de son opportunité, on est logiquement conduit à s'interroger sur les avantages obtenus en contrepartie. Le but n'est pas de rogner aveuglément sur les dépenses, ni de permettre à une bureaucratie sans âme et sans visage de faire des économies. Le but est de parvenir à sauver plus de vies dans le cadre du budget financier qui est alloué. Un coût élevé n'est en aucun cas synonyme de condamnation, de retrait ou de non-autorisation de prescription, mais il est impossible d'atteindre l'objectif poursuivi – la défense des intérêts d'une communauté de malades – sans avoir au préalable



différents protocoles de soins. Une réflexion collective au sein de sociétés savantes ou de sous-ensembles de professionnels organisés en réseaux permettra d'exploiter l'ensemble des données disponibles dans la littérature nationale et internationale pour dégager les bonnes conduites à suivre.

Rééquilibrer le colloque singulier

Dans le même temps, ils ne pourront plus croire, comme le pensait le Dr Louis Portes, premier président du Conseil national de l'ordre des médecins (1946-1950), que tout patient est et doit être pour le médecin considéré comme un enfant, un enfant à apprivoiser et non à tromper, un enfant à consoler et non à abuser, un enfant à soigner.

Cette vision paternaliste est en contradiction totale avec la théorie du consentement éclairé. Si, sur le plan technique, le malade ne sait pas et le médecin sait, sur le plan des jugements de valeur, l'asymétrie joue en sens inverse, le malade connaît sa hiérarchie de valeurs alors que le médecin l'ignore. L'enjeu de demain sera de remettre le patient au centre du colloque singulier en introduisant ses préférences dans les choix thérapeutiques. Compte tenu des contraintes budgétaires, des arbitrages seront inévitables et ne pourront pas être confiés exclusivement aux experts médicaux ou administratifs. Un choix en matière de santé n'est jamais dicté par des considérations purement scientifiques. Il s'explique par une certaine idée du bien, et il repose sur une hiérarchie de valeurs. Il convient que la population générale puisse participer à la définition de celle-ci. Cela implique que les représentants du patient-consommateur soient associés à la prise de décision en matière de santé à l'échelon régional et national. Dans une démocratie pluraliste ouverte, il est normal qu'il existe un débat sur les finalités. Encore faut-il que les principaux intéressés aient la possibilité d'y participer.

Pr Robert Launois
Université Paris-Nord (Bobigny)

étudié le rapport coût/efficacité des différentes stratégies thérapeutiques disponibles. La médecine va nécessairement s'orienter vers plus de sélectivité. Elle devra mettre en regard les moyens mobilisés et les résultats obtenus et faire des choix en conséquence. Pour que de tels choix aient une légitimité, ils devront s'appuyer à la fois sur une réflexion collégiale de la collectivité médicale et sur un colloque singulier rééquilibré. In fine, la parole devra être redonnée à la société civile, et des droits nouveaux devront être créés au profit du citoyen. Aucun médecin ne peut espérer maîtriser totalement l'ensemble des paramètres dont il doit avoir connaissance avant de prendre une décision thérapeutique. Cela veut dire que les praticiens devront s'informer et se former en permanence, mais aussi réfléchir collégalement sur l'efficacité respective des