Zeitschrift: Domaine public

Herausgeber: Domaine public

Band: - (2017)

Heft: 2177

Artikel: Économie de la santé : faire plus avec moins : l'inutilité avérée ou l'inefficacité de certaines prestations coûtent cher aux assurances et aux patients

Autor: Raetzo : Marc-André

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1014377

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: 15.07.2025

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

Helsana. Collecter des primes d'assurances ou des redevances de radio-TV sont des activités administratives qui ont en effet des points communs.

Toutefois la différence dans le montant des offres faites par Billag et Serafe nous rend quelque peu perplexes. Billag touche aujourd'hui 54 millions par an alors que Serafe a été choisi avec une proposition à 17,6 millions. Nous pouvons faire trois hypothèses. Tout d'abord Billag est tellement mal géré que ses frais administratifs sont exorbitants. La seconde hypothèse est que Secon, qui est derrière Serafe, est extraordinairement performant et peut travailler avec un montant qui n'est que le tiers de celui que touche Billag. La dernière hypothèse est celle d'un *dumping* de Secon pour emporter le marché.

Nous ne trancherons pas, mais nous suggérons aux parlementaires et à l'administration fédérale de suivre de près la préparation du travail de Serafe en 2018 pour éviter les gros titres des journaux en 2019 sur la pagaille autour de la perception de la redevance.

La seconde catégorie de réflexions concerne le montant de cette redevance et son assiette. Elle se monte aujourd'hui à 451.10 francs par année et par ménage. Le passage à une taxation de tous les foyers fiscaux dès 2019, et non seulement à ceux qui consomment effectivement des programmes de radio et de TV, pour parler clair en éliminant ainsi les fraudeurs, devrait faire baisser ce montant à moins de 400 francs.

Mais c'est aussi l'occasion de réfléchir à nouveau aux exonérations et aux exemptions sociales qui accompagnent normalement tout projet de taxation. Il s'agit là de vrais sujets politiques quelque peu oubliés aujourd'hui en raison de cette initiative absurde sur la suppression de la redevance.

Economie de la santé: faire plus avec moins

L'inutilité avérée ou l'inefficacité de certaines prestations coûtent cher aux assurances et aux patients

Marc-André Raetzo - 10 septembre 2017 - URL: https://www.domainepublic.ch/articles/32106

Une fois de plus, l'automne amène l'annonce d'une augmentation des primes d'assurance-maladie pour l'année suivante (DP 2176).

Des exigences complémentaires se manifestent aussi. Les assurances-maladie demandent de pouvoir choisir les médecins dont elles remboursent les prestations. Les cantons souhaitent pouvoir limiter le nombre des médecins installés. Certes, en diminuant l'offre, on peut probablement réduire les coûts, mais on n'améliore certainement pas du même coup le rapport qualité-prix des prestations.

Nombre d'études publiées ont établi que 30% des prestations médicales sont très probablement inutiles. Il s'agit soit d'investigations et de traitements dont on peut se passer, soit d'un manque de coordination dans la prise en charge des malades complexes. En les évitant, les coûts du système de santé diminueraient de manière très importante.

Des prestations inutiles

La Société suisse de médecine interne générale a lancé son programme *«smarter medicine»* et propose cinq interventions à éviter pour cause d'inutilité manifeste. Malheureusement, cette situation n'est pas très fréquente.

Si l'on s'intéresse à la rencontre médecin-malade pendant laquelle tout se décide, la réalité s'avère plus complexe. Pour la plupart des

gens, en présence d'un symptôme, le médecin pose un diagnostic sûr à 100% et prescrit un traitement efficace à 100%. Or, cette double certitude ne correspond de loin pas à une vérité garantie.

Prenons l'exemple de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour un patient qui se plaint de céphalées. Lorsqu'un patient se présente avec des maux de tête unilatéraux et pulsatiles, symptômes caractéristiques d'une migraine, le médecin ne devrait en principe pas prescrire d'IRM.

Mais les études montrent que la probabilité d'une *«simple»* migraine n'atteint tout de même pas 100%. L'éventualité d'une autre affection reste significative. Il est en effet impossible d'exclure à 100% une tumeur cérébrale pour n'importe quel type de céphalées. Le médecin très prudent qui prescrit des IRM à tous ses patients aura forcément raison une fois ou l'autre. On ne peut donc pas dire que cet examen soit inutile à 100%.

Une étude publiée dans la *Revue médicale suisse* montre que pratiquement 80% des consultations de médecine interne générale comprennent un élément de décision dans un contexte de probabilité. Cela s'appelle le raisonnement clinique ou l'analyse décisionnelle. Parmi les plaintes exprimées par son patient, le médecin doit discerner les informations qui ont une valeur susceptible d'augmenter ou de diminuer la probabilité d'un diagnostic.

Il faut ensuite discuter avec le patient des probabilités repérées et des conséquences possibles pour prendre une décision.

De la même manière pour les traitements, on se trouve pratiquement toujours dans un contexte subjectif. Soit l'exemple des statines qui font la une des journaux depuis des mois. On trouve des études qui établissent le bénéfice des statines, avec une diminution des accidents cardio-vasculaires de 30% environ. Il n'en reste pas moins que la décision de prescrire ce traitement demeure totalement subjective et qu'on peut évaluer le nombre de personnes qui prendront le traitement *«pour rien»*.

Un homme de 50 ans en bonne santé, qui présente un risque de 10% d'avoir un problème cardiaque dans les 10 ans à venir, prendra dans 90% des cas un traitement inutile. Et s'il prend malgré tout le traitement, son risque ne va diminuer que de 30% – autant dire que dans près des deux tiers des cas le traitement s'avérera également inutile. Au total, sur 100 patients, seuls trois bénéficient effectivement du traitement tandis que 97 le prennent pour rien. Une fois de plus, on fait de la gestion des risques, en partageant la responsabilité de la décision avec le patient.

Analyse décisionnelle et tolérance à l'incertitude

La tolérance d'une certaine incertitude variera en fonction du profil des patients comme des médecins. Tout ce processus nécessite de plus des connaissances particulières, qui ne sont pas toujours enseignées à la faculté ou lors des stages en hôpital. Avant de discuter avec le patient, il devrait être obligatoire de bien connaître les éléments de la décision.

L'entraînement à cette science relativement nouvelle a fait l'objet depuis bientôt 25 ans des cercles de qualité du réseau Delta, dont l'auteur de cet article est membre fondateur et partenaire actif, qui a en outre publié un livre sur les stratégies en médecine ambulatoire et entretient un site Internet d'entraînement à la décision. Avec ceci, nous avons obtenu de 15 à 17% de réduction des coûts de l'assurance-maladie par rapport à un collectif comparable du point de vue de la morbidité (DP 2176) et ainsi permis une diminution des primes.

S'agissant de décision partagée, il faut prendre en compte le fait que la population n'est pas encore familiarisée avec ces notions d'incertitudes et de probabilité. Tout un travail d'information, aujourd'hui complètement inexistant, reste à faire.

Pour améliorer l'efficience du système de santé sans rationnement, il faut aussi

revoir la prise en charge des maladies chroniques. Nous avons déjà rappelé que 20% de la population consomme 80% des ressources et que leur prise en charge n'est probablement pas optimale. Nous reviendrons sur cet aspect de l'économie sanitaire dans un prochain article.

Appel à tous les acteurs politiques: tenez-vous en aux faits!

Un communiqué de presse de l'Association suisse des institutions de prévoyance sur Prévoyance vieillesse 2020

Asip - 09 septembre 2017 - URL: https://www.domainepublic.ch/articles/32102

L'Association suisse des institutions de prévoyance (Asip) appelle instamment tous les acteurs politiques à s'en tenir aux faits pendant la campagne de votation sur la réforme Prévoyance vieillesse 2020 et, compte tenu de la complexité de ce projet, à ne pas tomber dans des raccourcis simplistes, ambigus ou susceptibles d'être mal interprétés. Vous trouverez ci-après quelques exemples des déclarations fallacieuses les plus largement répandues et les faits fondamentaux qui ont été écartés.

Les opposants à la réforme prétendent que, si la réforme était acceptée, les générations les plus jeunes devraient en supporter la plus lourde charge financière. Ils comparent toutefois des périodes de cotisations inégales. Selon l'Asip, une telle comparaison est indéfendable. Quand on veut comparer le loyer de deux appartements, on ne compare pas le loyer mensuel de l'un au loyer trimestriel de l'autre. De plus, en réduisant de deux tiers la redistribution dans le deuxième pilier, contraire au système de la prévoyance, la réforme contribuera à stabiliser la prévoyance vieillesse et profitera particulièrement aux plus jeunes. Or, cela est souvent passé sous silence.

Les détracteurs du projet affirment quant à eux que les personnes appartenant à la *«génération de transition»* sont les véritables profiteurs de la réforme. Mais, en réalité, c'est précisément la génération de transition qui a financé, sans l'avoir voulu, pendant plusieurs années cette redistribution inéquitable des plus jeunes vers les plus âgés dans le deuxième pilier. Elle a, de ce fait, été contrainte de céder une partie des rendements réalisés sur son capital. La garantie des droits acquis est nécessaire si l'on veut atteindre le principal objectif de cette réforme, à savoir le maintien du niveau des rentes. Ce n'est pas en considérant une telle mesure comme un profit qu'on y arrivera.

Les opposants soutiennent par ailleurs que les retraités actuels compteraient parmi les perdants de la réforme. Or, ils ne paieront qu'à partir de 2021 la légère augmentation de la TVA (0,3%) prévue. Prétendre que cette mesure les pénalise ne se justifie pas, surtout que la TVA est supportée solidairement par tous les consommateurs. Du reste, cette répartition de la charge financière sera pratiquement imperceptible. La réforme garantit au contraire les rentes des retraités actuels.

L'Asip s'est fixée comme objectif d'améliorer la compréhension des questions de prévoyance et, parallèlement, de lutter contre la désinformation. Pour l'Asip, il est important que les électrices et les électeurs puissent se former une opinion équitable et fondée sur des arguments professionnels.