

uni3

UNIVERSITÉ DES SENIORS - GENÈVE

# SOLIDARITÉ MISE À L'ÉPREUVE

Commission santé  
Uniz Université des seniors - Genève



# SOLIDARITÉ MISE À L'ÉPREUVE

## Enquête sur la perception des coûts de la santé

Beat Bürgenmeier, Jocelyne Favet, Christiane Favre,  
Alice Lucke, Hans Stalder  
Commission santé d'Unig



# TABLE DES MATIÈRES

Résumé .....	7
<b>1. Introduction .....</b>	<b>10</b>
<b>2. Démarches et méthodes .....</b>	<b>14</b>
<b>3. Résultats .....</b>	<b>18</b>
3.1 Liens entre économie et santé .....	18
Questions générales : critères économiques en médecine (Q1-Q7) .....	18
Qui profiterait de la diminution des coûts ? (Q8) .....	25
Liens entre patients, médecins et assureurs (Q9-Q10) .....	28
Critères de décision pour une hospitalisation (Q11) .....	32
3.2 Mesures de réduction des coûts .....	36
Répartition des frais (Q12-Q14) .....	36
Mesures pour abaisser les coûts (Q15-Q17) .....	38
3.3 Etude d'un cas coût d'une pneumonie .....	53
Coûts d'une pneumonie à l'hôpital ou en EMS (Q18-Q21) .....	53
Choix d'un traitement curatif ou de confort (Q22) .....	60
3.4 Réduction des coûts et qualité de vie .....	62
Critères définissant la qualité de vie pour soi .....	66
Critères définissant la qualité de vie pour des résidents d'EMS .....	67
Critères définissant la qualité de vie pour des personnes démentes .....	68
Critères définissant la qualité de vie pour des handicapés physiques .....	69
Synthèse des résultats .....	70
<b>4. Conclusion .....</b>	<b>72</b>
Notes .....	76



## Résumé

### Motifs de l'étude

En 2013 la Commission santé d'Uni3 (Université des seniors de Genève) a publié une étude intitulée *Attentes de soins en fin de vie*, qui a suggéré que face à une pneumonie, maladie subite et grave, les résidents d'un EMS ne désiraient souvent que des soins de confort et rarement une hospitalisation. Cela contrastait avec l'avis de leurs proches, leurs infirmières et surtout des médecins. De plus, le jugement des médecins sur la qualité de vie de leurs patients ne correspondait guère à ce que les résidents ressentaient.

Ces résultats ont provoqué au sein de la Commission santé d'Uni3 une réflexion concernant les conséquences possibles sur les coûts du choix des résidents d'EMS si on suivait les désirs des résidents de ne pas se faire hospitaliser et de ne recourir qu'à des soins de confort, les coûts ne seraient-ils pas moindres ? Cette suggestion est d'autant plus pertinente que l'on sait que les coûts de la santé sont de plus en plus élevés avec l'avancement en âge et que la période qui précède le décès est particulièrement coûteuse.

### Description de l'étude

La Commission santé d'Uni3 a alors décidé de lancer une étude sur le rapport entre économie et santé concernant en particulier les personnes âgées. L'idée était de connaître l'avis des experts de l'économie de la santé et de ceux qui sont intimement impliqués dans ces dépenses. Ensuite il semblait intéressant de recueillir la perception d'une population de personnes âgées concernée de près par ces questions.

Un questionnaire a été établi, qui portait sur quatre thèmes : liens entre économie et santé ; mesures de réduction des coûts ; étude d'un cas : coût d'une pneumonie ; réduction des coûts et qualité de vie. Les personnes questionnées ont été priées de prendre position sur les critères de décision pour une hospitalisation et sur certaines mesures de réduction de coûts. Reprenant le cas d'une pneumonie chez des résidents, elles devaient estimer les coûts d'une hospitalisation en comparaison avec le traitement en EMS. Au vu du manque d'accord entre médecins et patients quand il s'agit de définir la qualité de vie, il a semblé utile de demander aux participants de donner leur interprétation personnelle de celle-ci.

Ce questionnaire a été envoyé à une centaine de personnes considérées comme experts (économistes de renom, politiciens membres de la Commission santé du Grand Conseil de Genève, directeurs financiers, membres de la Commission santé d'Uni3), ou impliquées dans la génération des coûts (médecins-gériatres, pharmaciens, infirmières et résidents d'un EMS). 69 (soit 68%) des personnes consultées ont répondu.

Les questions pour lesquelles il n'y avait pas de consensus ont été soumises à nouveau aux membres de la Commission santé d'Uni3, cette fois considérés comme des experts dans le sens d'une procédure Delphi. Ensuite, les mêmes questions ainsi que des questions d'intérêt général ont été posées lors d'une conférence d'Uni3 à 164 personnes, qui pouvaient répondre au moyen d'un boîtier de vote interactif et anonyme. 120 personnes (soit 73%) ont répondu.

### **Résultats**

Les liens entre économie et santé restent conflictuels. Il y a cependant un consensus sur le fait que les critères médicaux devraient toujours prévaloir sur la logique économique. Un grand pourcentage des personnes consultées pensent que les aspects économiques prennent une part trop importante dans le domaine de la santé. Si actuellement les personnes âgées ne se sentent pas défavorisées, il existe clairement la crainte qu'à l'avenir certaines prestations soient rationnées, ce qui mettrait à l'épreuve la solidarité entre jeunes et vieux. L'estimation des coûts pour une pneumonie est souvent très loin de la réalité, aussi bien à l'hôpital qu'en EMS, montrant que souvent les discussions politiques et publiques ne se basent pas sur des données factuelles. L'importance du coût du personnel dans le secteur de la santé est sous-estimée, aussi bien à l'hôpital que dans l'ambulatoire.

Les réponses aux propositions visant à diminuer les coûts sont également très variées. Une collaboration du public avec les médecins est souhaitée mais pas du public avec les caisses-maladie. Si l'âge en soi n'est pas un critère d'hospitalisation, la gravité de la maladie, la qualité de vie et l'environnement social le sont clairement. La délégation de tâches des médecins aux infirmières est admise seulement dans le cadre de l'EMS et pour l'ambulatoire, mais refusée à l'hôpital, où les hiérarchies semblent être adéquates ; par ailleurs celle des infirmières hospitalières aux aides n'est pas non plus désirée. Diminuer les salaires des médecins n'est pas jugé comme un bon moyen de diminuer les coûts. L'hébergement à l'EMS ou à l'hôpital pourrait être sujet de rationalisation, mais en aucun cas la qualité des repas.

L'analyse des réponses sur la qualité de vie est ardue. 384 différents termes ont été enregistrés parmi les 69 réponses lors de la première consultation. Des mots-clés ont dû être trouvés. Finalement « intégrité physique et psychique » et « autonomie-indépendance » ont été plébiscitées comme expressions de la qualité de vie pour soi-même, « soins-encadrement » et « respect-dignité » pour les résidents d'EMS, les personnes démentes et les handicapés, pour qui l'« adaptation au handicap » ferait aussi partie de la qualité de vie. Cette multitude de réponses variables tant sur le plan individuel que selon les différentes situations de vie exige une réflexion plus approfondie sur le terme « qualité de vie ». La Commission santé a décidé de s'y atteler dans le cadre d'un nouveau projet.

### **Conclusion**

Cette étude invite à réfléchir, sans préjugés, sur certaines allégations concernant le rapport entre économie et santé pour examiner si elles sont vraiment correctes ou seulement issues de programmes politiques, ou encore influencées par les lobbies puissants des assureurs et de l'industrie. Les personnes consultées craignent une emprise de plus en plus importante de l'économie dans le secteur de la santé. La solidarité intergénérationnelle risque d'être mise à l'épreuve. Une information correcte du public est d'autant plus importante.

## 1. Introduction

La Commission santé de l'Université des seniors de Genève (Uni3) s'occupe de problèmes de santé des personnes âgées et prend position sur des thèmes actuels les concernant. Dernièrement elle a publié les résultats d'une recherche qualitative, *Attentes de soins en fin de vie : accords et désaccords entre la personne âgée et son entourage familial et médical*<sup>1</sup>. Cette étude montre qu'il existe, au moment où survient un problème de santé aigu, des désaccords entre, d'une part, la personne âgée résidant dans un EMS et, d'autre part, ses proches, ses infirmières et son médecin.

Des raisons économiques n'ont guère été évoquées dans cette étude, dont une des conclusions principales suggère que la prise en compte de l'avis du patient et la mise en question du concept de « qualité de vie », souvent utilisé par le corps médical, pourraient abaisser le coût de la santé en général.

Par la suite, la Commission santé s'est demandé comment on peut mener une politique de réduction des coûts (dans le cas des personnes âgées) et a créé un sous-groupe de travail à cette fin en le chargeant de mener une vaste enquête auprès de différents milieux s'occupant de près ou de loin des questions liées à l'évolution du coût de la santé, ainsi que de personnes ayant manifesté de l'intérêt à mieux connaître le lien entre l'économie et la santé. Les avis sur les aspects économiques dans le domaine de la santé sont divergents et il manque un consensus sur les critères de décision. Pourtant, face au critère de « qualité de vie » fréquemment utilisé par les médecins pour décider d'une hospitalisation par exemple, les économistes proposent un modèle simple : le coût du traitement doit être évalué en fonction de l'amélioration de l'état de santé du patient. Or, ce critère d'application compare une quantité dans l'optique économique (coût du traitement) avec la qualité (résultat du traitement) dans l'optique médicale. Il risque donc de causer plus de problèmes qu'il n'en résout lorsqu'on l'applique dans des situations concrètes individuelles très variées.

Le lien entre l'économie et la santé est forcément étroit, puisque le secteur de la santé contribue d'une manière substantielle à la valeur ajoutée de l'économie suisse. Dans une perspective historique, la médecine d'ailleurs a été une grande inspiratrice pour la science économique. L'idée de représenter l'économie en termes de flux en circulation se trouve notamment dans les écrits de François Quesnay, médecin lui-même, qui comparait le fonctionnement de l'économie à un corps humain irrigué par le sang<sup>2</sup>. Elle a donné lieu à une des premières écoles de pensée en économie, qui a inspiré au vingtième siècle les économistes pour mesurer le produit intérieur brut (PIB), souvent interprété – probablement à tort comme nous le verrons lors de notre débat sur la « qualité de vie » – comme un indicateur du bien-être matériel.

Malgré cette similitude, qui permettait de transposer une analyse médicale dans le domaine économique par simple analogie, le lien entre ces deux domaines reste controversé, car les objectifs de la médecine divergent forcément de ceux de l'économie.

En économie, il n'y a pas de critères éthiques ressemblant à ceux de la médecine, où tout doit être entrepris pour soulager le malade. Pourtant, en théorie économique un tel critère existe : l'organisation de l'économie devrait viser la meilleure allocation des ressources possible, que seuls des marchés concurrentiels peuvent assurer. Dans la modélisation idéalisée, l'absence de profit signale un état concurrentiel parfait : tous les établissements de santé sont amenés au moindre coût. Une des conclusions immédiates pour le secteur de la santé est son ouverture vers plus de concurrence afin que son efficacité fonctionnelle augmente. Des réformes vont dans ce sens, notamment le recours systématique à la comptabilité analytique et à des indicateurs facilitant la comparaison entre différents services et institutions effectuant les mêmes tâches.

Or, le fonctionnement concret des marchés est imparfait, ce qui laisse une place non négligeable à une zone grise, délimitée par de nombreuses entraves à la concurrence, en particulier motivées par la recherche de profits, notamment dans l'industrie pharmaceutique ou encore dans celle des assurances. C'est cette recherche de profit qui entre peut-être le plus frontalement en opposition avec l'éthique médicale.

Il y a donc un certain paradoxe. Ou bien le secteur de la santé se soumet à la concurrence, ou bien il cherche à y échapper en limitant la concurrence pour préserver sa spécificité. Dans cette dernière éventualité, il risque un certain immobilisme que seul le progrès technique bouscule parfois violemment. Or, ce progrès se nourrit d'importants investissements dans la recherche et le développement et capte une part croissante des coûts de la santé, ce qui augmente parallèlement la pression pour réduire les coûts dans d'autres secteurs. Autrement dit, les décisions médicales sont de plus en plus exposées à des critères économiques qui suivent la logique d'une « analyse coût-avantage ». De prime abord, cette logique est pleine de bon sens : une décision n'est prise que si les coûts qu'elle engendre restent inférieurs aux avantages attendus, mais concrètement cela signifie que les maladies ne devraient pas être traitées à n'importe quel prix.

Cette logique économique est promue dans le secteur de la santé depuis un certain temps déjà. Elle soulève forcément des interrogations, parmi lesquelles la question suivante, qui est peut-être la plus pressante.

Comment peut-on concilier les critères médicaux avec les critères économiques ? L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) formule une réponse conciliante. Sa feuille de route *Médecine et économie – quel avenir ?* précise néanmoins « [...] que la réalité révèle bien des zones de conflits et de problèmes : perte de qualité suite à des gains d'efficacité mal gérés ; conflits d'intérêts entre les différents professionnels de la santé ; perte de valeur du modèle de soins basé sur la relation entre le médecin, respectivement soignant, et le patient ; perte de la motivation intrinsèque des « fournisseurs de prestations » ; déprofessionnalisation ; distorsion des priorités médicales ; perte de confiance des patients et prévalence de la bureaucratie »<sup>1</sup>.

Notre étude n'a pas l'ambition de traiter tous ces conflits. Son objectif se concentre sur la manière dont cette intrusion croissante de la logique économique dans le domaine médical est ressentie par ceux qui en subissent directement ou indirectement les conséquences en tant que professionnels de santé, patients, résidents d'EMS ou personnes âgées.

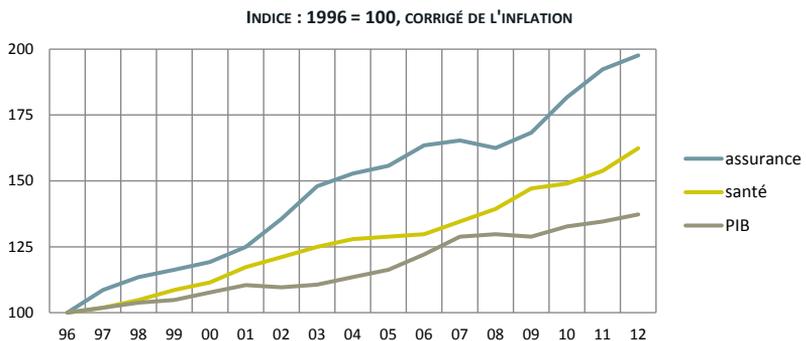
Or une étude de Steinmann et Telser aboutit à la conclusion que, « contrairement aux idées répandues, le vieillissement démographique ne joue pas un rôle décisif dans l'augmentation des coûts de la santé »<sup>2</sup>. Le problème de la maîtrise des coûts de la santé réside ailleurs.

Comme le montre la figure 1, l'évolution des coûts de la santé s'écarte de plus en plus de l'évolution du PIB, ce qui signifie que la part de la santé à la valeur ajoutée de notre économie ne fait qu'augmenter. Ce n'est certainement pas en soi une mauvaise nouvelle. La difficulté provient du fait que les coûts moyens de l'assurance obligatoire des soins s'écartent bien davantage et évoluent à un rythme soutenu au-dessus des autres indicateurs.

Ce sont donc les budgets des assurés qui sont de plus en plus sollicités pour financer les hausses de primes, ce qui pose des problèmes de redistribution entre assurés aisés et assurés à budget modeste. L'évolution des coûts de la santé met donc en danger le principe de solidarité propre aux assurances sociales et il est indéniable que l'exigence économique d'une efficacité accrue par plus de concurrence et de privatisation contient des germes de désolidarisation croissante.

Cette idée est présente en arrière fond de l'enquête que nous avons menée pour mieux connaître l'avis des personnes interrogées. Cette enquête n'a pas l'ambition d'être représentative. Elle a pour objectif, comme dans les travaux précédents, de proposer un récit narratif suffisamment illustratif pour mieux identifier la problématique du lien entre l'économie et la santé. Le chapitre 2 décrit l'enjeu, les objectifs, la démarche et la méthodologie de cette consultation,

tandis que le chapitre 3 rassemble les résultats de cette enquête. On y trouve les réponses données à des questions ayant trait au lien entre l'économie et la santé et à des mesures simples susceptibles de réduire les coûts. Cette étude concrétise ces mesures également à l'aide d'une étude de cas. Qu'en est-il des coûts en cas de pneumonie ? Enfin, la notion « qualité de vie », prise comme critère de décision, fait l'objet d'analyse, afin que le dialogue entre toutes les personnes concernées soit renforcé. Les questions concernant le lien entre l'économie et la santé ne doivent pas seulement être traitées par des experts, mais par tous et en toute transparence.



**Assurance :** coûts moyens de l'assurance obligatoire des soins (prime moyenne de l'assurance-maladie obligatoire estimée par l'Office fédéral de la santé publique (pour la franchise ordinaire y compris couverture accidents) pour les adultes à partir de 26 ans ; sans les modèles avec franchises à option, bonus ou choix limités des prestataires.

**Santé :** coûts de santé.

**PIB :** chiffres provisoires pour 2011 et 2012. D'après Interpharma<sup>1</sup>.

Fig.1. Evolution des indices du PIB, des coûts de la santé publique et des primes mensuelles moyennes

## 2. Démarche et méthodes

Nous avons suivi une démarche qui se sert d'une méthode inductive couramment appliquée en sciences sociales, sans cependant nous en tenir strictement aux règles statistiques usuelles. Notre but était de pouvoir réunir un certain nombre d'avis sur les liens entre l'économie et la santé, pour illustrer la difficulté de faire coexister des raisonnements imprégnés de critères médicaux d'une part, et d'une logique économique d'autre part. Cette démarche s'est déroulée en plusieurs étapes :

- Élaboration d'un questionnaire
- Enquête auprès de personnes représentatives et récolte des données
- Interprétation des résultats
- Analyse complémentaire par la méthode Delphi pour toutes les questions à résultats indécis
- Implication d'un public plus vaste par une conférence interactive d'Uni3
- Rédaction du rapport final

Cette démarche implique trois consultations interdépendantes :

- Consultation, par le biais d'un questionnaire, d'une centaine de personnes, concernées professionnellement par les questions du coût de la santé, notamment celui engendré par les personnes âgées. Par la suite, les résultats de cette consultation seront présentés sous l'étiquette « **Questionnaire** ».
- Consultation d'un groupe d'experts pour les réponses indécises (consultation selon la méthode Delphi<sup>1</sup>). Les résultats seront présentés sous l'étiquette « Delphi ».
- Consultation publique interactive lors d'une conférence d'Uni3 (seniors) de l'Université de Genève pour les questions les plus importantes. Les résultats seront présentés sous l'étiquette « Public ».

### Consultation par questionnaire

Cette première étape portait notamment sur les points suivants :

#### PERSONNES INTERROGÉES<sup>2</sup>

Nous avons veillé à ce que les personnes interrogées représentent les différentes catégories de professionnels de la santé, de l'économie et de la politique, auxquels s'ajoutent des membres de la Commission santé de l'Uni3 (CS) et des résidents d'un EMS (environ 10-20 personnes par catégorie) :

- médecins 13
- infirmières 15
- pharmaciens 17
- responsables administratifs 10
- économistes 10
- politiciens membres de la Commission santé du Grand conseil genevois 15<sup>1</sup>
- membres de la CS 11
- résidants EMS 10

Total = 101 personnes

Tous les médecins étaient des gériatres ; les infirmières et les résidants provenaient du même EMS (EMS Val Fleuri, Genève), qui avait participé à l'étude précédente (*Attentes de soins en fin de vie*). Les pharmaciens travaillaient tous dans des officines à l'exception de 2 pharmaciens d'hôpital. La majorité des personnes interrogées étaient professionnellement actives.

Les envois ont été faits par courrier postal accompagné d'une lettre d'explication et d'une enveloppe-réponse. Un rappel a été adressé 6 semaines plus tard sur la même base à ceux qui n'avaient pas répondu. 69 questionnaires ont été récoltés sur un total de 101 envois, soit un taux de 68% (médecins 38%, infirmières 100%, pharmaciens 52%, responsables administratifs 60%, économistes 80%, politiciens 33%, membres de la Commission santé 100%, résidants d'EMS 100%). Le nombre de réponses varie selon les questions, car certains questionnaires étaient incomplètement remplis.

#### QUESTIONNAIRE (voir annexe 1)

Il comprend, en grande partie, des questions ciblées auxquelles il faut répondre en fonction du choix proposé ; seule la dernière est d'ordre général, nécessitant une réponse personnelle.

Le questionnaire est composé de 3 groupes de questions :

- groupe A (questions 1 – 17) propose des questions générales liées aux coûts de santé chez les personnes âgées ;
- groupe B (questions 18-22) comporte des questions spécifiques liées au traitement d'une pneumonie ; cette pathologie a été choisie suite à notre précédente étude (*Attentes de soins en fin de vie*) ;
- groupe C contient une question générale « ouverte » concernant la « qualité de vie »
- le point D offre la possibilité de commentaires.

### TYPES DE QUESTIONS (Q)

- Q1-11 et 20-22 cinq possibilités de réponse, allant de « absolument pas d'accord » à « complètement d'accord » ;
- Q12-14 classement des réponses par ordre d'importance ;
- Q15-18 réponse « oui, non ou ne sait pas » ;
- Q19 évaluation du coût d'une pneumonie ;
- Q23 question ouverte sur la qualité de vie.

### ANALYSE DES RÉSULTATS

Pour les questions 1-11 et 20-22, les réponses ont été classées par catégorie de personnes interrogées, avec calcul de la médiane<sup>1</sup> et de l'écart-type<sup>2</sup>, la distribution des réponses et, entre parenthèses, l'indication du nombre de réponses reçues. Un tableau complet des résultats figure dans l'annexe 2.

Les questions 12-14, qui nécessitaient un classement, ont fourni passablement de réponses indécises ou d'abstentions. La formulation des directives pour ces questions n'a pas toujours été bien comprise. Seulement 40 réponses ont pu être analysées.

Quant aux questions 15-18, auxquelles il fallait répondre par « oui, non ou ne sait pas », elles ont également été classées par catégorie (annexe 2), avec mention du nombre de réponses.

La question 23 étant « ouverte », les réponses très variées ont fait l'objet d'une première analyse par expressions-clés (env. 64) puis d'un regroupement en 9 mots-clés.

### Consultation d'un groupe d'experts « Delphi »

Plusieurs questions étant restées « indécises », nous avons fait appel à une approche inspirée par la méthode Delphi. Cette approche cherche à dégager un consensus parmi les personnes identifiées comme étant des experts qui connaissent bien le secteur de la santé. Pour ce faire, nous leur avons demandé de reconsidérer certaines questions en tenant compte des résultats obtenus, en vue de confirmer ou d'infirmer leur premier avis. Nous avons ainsi pu obtenir des informations supplémentaires, qui nous ont permis de réduire considérablement les indécisions constatées dans les réponses au questionnaire. Pour des raisons pratiques, les « experts », au nombre de 13, sont des membres de la Commission santé.

## Consultation publique

Les personnes interrogées étant principalement des professionnels, nous avons décidé d'élargir la consultation à un public plus diversifié, mais concerné par la problématique du lien entre l'économie et la santé pour les seniors. Lors d'une conférence d'Uni 3 (Université de Genève), nous avons donc procédé à une troisième consultation. Les questions ont été choisies dans le questionnaire en fonction de leur intérêt ou parmi les réponses indéçises reçues jusque-là. Les auditeurs pouvaient voter anonymement au moyen d'un boîtier de vote interactif et les résultats ont été projetés et discutés immédiatement après chaque vote.

120 des 164 personnes présentes ont voté (73%) et la répartition des âges est présentée dans la figure 2.

Les réponses obtenues proviennent majoritairement de retraités, ce qui donne un éclairage particulier sur le lien entre l'économie et la santé : c'est le point de vue d'un public concerné personnellement par les problèmes de santé qui peuvent intervenir avec l'âge.

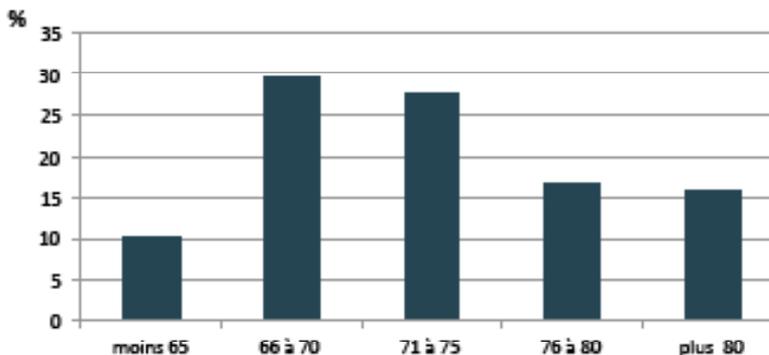


Fig. 2. Répartition des âges du public Uni3 ayant participé au sondage

## 3. Résultats

### 3.1 Liens entre économie et santé

Les questions 1 à 14 portent sur les coûts de la santé des personnes âgées. Les résultats détaillés sont présentés dans l'annexe 2.

#### Questions générales : critères économiques en médecine

##### Q1. Les coûts de la santé des personnes âgées menacent la solidarité intergénérationnelle.

Cette question est basée sur le fait que les coûts de la santé s'accroissent rapidement avec l'âge. L'Office fédéral de la statistique (OFS) a publié les statistiques sur les coûts du système de santé en 2012<sup>1</sup>. La figure 3 indique les coûts par âge et par sexe, en francs par habitant. Elle montre clairement que les coûts augmentent fortement en fonction de l'âge.

Si on souhaite que les primes de l'assurance de base n'augmentent pas trop en fonction de l'âge, il est nécessaire que les assurés jeunes paient également pour les aînés : c'est la solidarité sociale. Mais avec le vieillissement de la population, ce système peut être menacé. Cette question explore donc la perception que les personnes consultées ont de cette problématique.

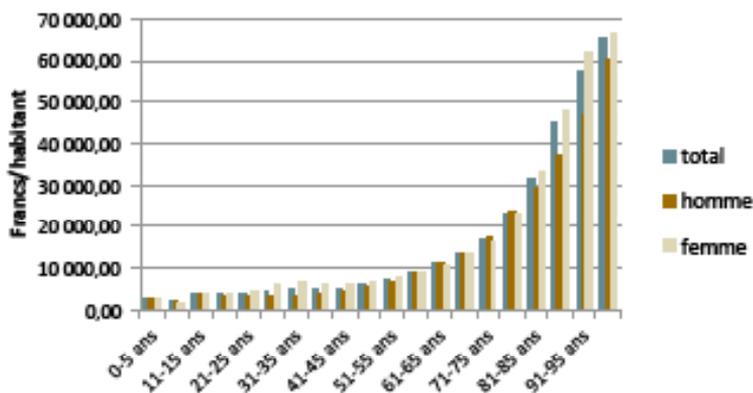


Fig. 3. Coûts du système de santé selon le sexe et la classe d'âge en Suisse en 2012 en francs/habitant. (Données de l'OFS)

Le résultat indique l'indécision, mais, en fait, les participants forment deux groupes équivalents, l'un « pour », l'autre « contre », quelle que soit l'orientation professionnelle. Cette indécision est difficile à interpréter, car le degré de solidarité entre générations dépend aussi d'autres facteurs, comme l'évolution des différentes formes de la vie en commun, l'infrastructure de la prise en charge des personnes âgées ou encore de la distribution des revenus et des fortunes. Cependant la consultation des experts (consultation Delphi) a permis de dégager une réponse affirmative (8/13), ce qui semble indiquer que les personnes bien informées sont plus conscientes de cette menace que les autres personnes interrogées.

Si on se fie aux avis exprimés par le public d'Uni3, cette réponse affirmative ne trouve pas de confirmation. Selon le tableau 1, ces avis sont plus proches des réponses fournies par le questionnaire et connaissent un taux d'indécis équivalent.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	38.2	61.5	42.37
PAS D'ACCORD	39.7	38.5	34.75
INDÉCIS/NE SAIT PAS	22.0	/	22.88

Tableau 1 : comparaison des résultats (%)

Il ressort qu'une part importante des personnes interrogées hésite à s'exprimer clairement. Néanmoins cette hésitation s'accompagne d'une importante part de personnes qui sont d'accord, ce qui suggère que l'augmentation des coûts de santé des personnes âgées met la solidarité intergénérationnelle à l'épreuve. Le vieillissement de la population en rapport avec l'évolution de l'espérance de vie renforce cette crainte, d'autant plus qu'un déséquilibre entre les coûts de santé des jeunes et des aînés risque de peser sur tout projet de réforme des assurances-maladie.

Notre étude fait donc ressortir la crainte diffuse que l'évolution du système de santé suisse hypothèque « le contrat entre générations », qui est implicite dans le principe d'une assurance sociale.

## Q2. Les personnes âgées subissent un rationnement de soins.

Une faible majorité de 54,4% (37/68) n'est pas d'accord avec cette affirmation (dont 14 /37 qui ne sont « absolument pas d'accord »). Il apparaît que certains professionnels ne sont vraiment pas d'accord (pharmaciens (7/11), économistes (6/7), les membres de la Commission santé (6/11) et les résidents d'EMS (8/10)), tandis que les autres sont plutôt indécis. La réponse des infirmières d'EMS est intéressante si 7 sont indécises, 6/15 sont d'accord. Est-ce à dire qu'elles constatent déjà des restrictions ou qu'il est prévu d'en faire ? Les résidents ne semblent pas en avoir souffert, puisqu'ils ne sont pas d'accord.

En consultation Delphi, 8 personnes sur 13 ne sont pas d'accord, soit 61,5% et le public suit avec une majorité de 66.67%.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	25.0	38.5	17.95
PAS D'ACCORD	54.4	61.5	66.67
INDÉCIS/NE SAIT PAS	20.6	/	14.53

Tableau 2 : comparaison des résultats (%)

Il se peut que le thème du rationnement, pourtant bien présent dans la médecine contemporaine à tous les échelons, soit largement tabou. Comme le principe d'assurance le suggère, chaque patient est couvert obligatoirement pour les soins de base, ce qui implique qu'il va de soi que les traitements sont dispensés sans restriction. Or, les assurances sont assorties à de nombreuses conditions qui, à un moment donné, rendent un rationnement nécessaire. Mais l'idée des soins illimités est tellement rassurante que tout débat sur la question est difficile à mener, surtout pour des personnes âgées !

Peut-être que le terme « rationnement » n'a pas été compris par tout le monde, car il fait penser à des périodes de guerre, où le rationnement a laissé de mauvais souvenirs. En relation avec les politiques de santé qui cherchent à contenir les coûts, il s'agit avant tout d'une notion bien connue des économistes : la « contrainte budgétaire », selon laquelle la demande pour des soins médicaux ne peut être indéfiniment satisfaite faute de moyens de financement, car un traitement sans limites n'est pas envisageable au niveau des budgets globaux.

**Q3. Les coûts ne doivent pas être pris en compte dans le choix du traitement, même chez les résidents en EMS.**

Cette affirmation est dans le prolongement de la précédente et contient d'abord un non-sens économique, car tout traitement coûte. Les coûts sont évidemment toujours pris en compte dans un traitement, même si cela n'est qu'implicite. Cette affirmation est donc soumise au vote dans un autre but : elle essaie de connaître la perception de l'EMS, souvent considéré comme une solution au rabais par rapport à une hospitalisation. Les enquêtes montrent clairement que les aînés sont réticents face à l'EMS, qu'ils perçoivent comme une solution de dernière instance, où les économies sont le plus facilement réalisables. Il n'est dès lors pas étonnant que 58% des personnes interrogées soient d'accord avec cette affirmation, car elles ne souhaitent pas que les EMS subissent une diminution de prestations.

Les réponses varient selon les groupes professionnels. 26/40 sont « complètement d'accord » les infirmières (12/15), les membres de la Commission santé (9/11) et les résidents (6/10) ; l'un d'eux a dit « On est bien soigné en EMS ». Les autres ont des avis divergents, en particulier les économistes et politiciens, qui sont peut-être plus conscients du fait que les coûts représentent partout un élément non négligeable du fonctionnement de tout le secteur de la santé et que les EMS ne sont pas seuls à y faire face. Si l'accroissement des coûts de la santé observé jusqu'à présent devait se poursuivre, il est à parier qu'il marquera davantage, dans un avenir assez proche, le débat public sur la place de l'économie dans les secteurs de la santé.

**Q4. Les coûts ne doivent pas être pris en compte dans le choix du lieu de traitement.**

« Le libre choix individuel » fait partie des principes fondamentaux d'une société libérale. Il est l'expression même de la liberté individuelle. Or, ce choix a toujours été relatif, notamment lorsque le malade ne peut plus décider lui-même. Mais ici, cette question suggère une autre approche : le choix du lieu de traitement serait soumis à la contrainte budgétaire qui, malgré le principe de solidarité propre à l'assurance-maladie, s'exerce très différemment selon les revenus et la fortune dont dispose le patient. Le développement des assurances privées montre à quel point le principe du libre choix du lieu de traitement connaît une application différenciée.

Les réponses à cette question font apparaître une perception étonnante de ce problème, où la majorité des personnes interrogées prennent peut-être « leur désir pour la réalité » 58% sont d'accord (23/40 « complètement d'accord »),

avec une forte proportion chez les infirmières (11/15), les pharmaciens (5/9) et la Commission santé (9/11). Seuls les responsables administratifs et les économistes montrent une certaine réserve, avec une valeur médiane qui se situe à cheval entre « pas d'accord » et « indécis ». Même si le nombre de représentants n'est statistiquement pas représentatif, le fait que ces deux catégories professionnelles réagissent de la même manière est révélateur et démontre que pour ces professions il est évident que les raisons économiques vont intervenir dans l'avenir.

#### **Q5. Ce n'est pas à l'économie de traiter les questions médicales.**

Cette affirmation signifie implicitement que la compétence des médecins et du personnel soignant serait la seule admise pour traiter les questions médicales. Elle exprime également une certaine irritation face au recours de plus en plus courant et souvent invasif à des techniques de gestion, bouleversant l'emploi du temps des médecins et du personnel soignant, qui perçoivent ces pratiques plutôt comme des obstacles bureaucratiques que comme un moyen d'exercer leur métier avec plus d'efficacité. Or, le recours à l'économie a justement comme objectif de servir cette efficacité. Son principe est simple : un traitement efficace n'implique ni gaspillage, ni prolongation de séjour. Son application, par contre, s'avère en pratique très compliquée, car de nouvelles procédures et des contrôles administratifs sont devenus courants, mêlant les arguments médicaux et économiques, comme c'était le cas pour l'élaboration des tarifs médicaux (Tarmed)<sup>1</sup>.

Pourtant, l'affirmation « ce n'est pas à l'économie de traiter les questions médicales » est pleine de bon sens et les économistes n'ont jamais affirmé le contraire. Elle devrait donc trouver une large approbation. Or, seuls 52,2% sont d'accord (18/36 « complètement d'accord ») les infirmières (9/11), les médecins (3/5) et les membres de la Commission santé (9/11). Seuls les économistes ne sont pas d'accord (6/8, les deux autres étant l'un indécis et l'autre d'accord). Les pharmaciens et les responsables administratifs sont indécis, peut-être parce qu'ils sont pleinement impliqués dans les réformes censées produire des économies dans tous les domaines du secteur de la santé.

Un résidant nous a dit « Cela dépend de l'orientation politique », ce qui élargit le débat que cette affirmation peut susciter. Il n'y a pas seulement divergence de vue entre les professionnels de la santé et les économistes, mais le débat devient triangulaire, où les politiciens occupent en quelque sorte la place de l'arbitre. Dans l'optique d'un « État citoyen », cela peut parfaitement se concevoir. Par contre, si le jeu d'influence typiquement politicien se met en place, la santé devient vite un terrain d'affrontement de lobbies économiques, et le risque que le traitement médical en souffre devient réel.

**Q6. L'économie est un des constituants incontournables pour l'analyse du secteur de la santé.**

Il s'agit plutôt d'un constat, car, en effet, le secteur de la santé contribue d'une manière substantielle à la valeur ajoutée de notre économie. Si on la prend au sens large, en y incluant notamment les industries de sous-traitance, pharmaceutiques et d'assurances, cette contribution est encore plus importante. Or, la perception subjective de ce constat se mesure dans un score semblable à l'affirmation précédente avec 55% « d'accord » (38/69), dont 17/38 « complètement d'accord ». Les réponses sont comparées dans le tableau 3.

	QUESTION 5			QUESTION 6		
	D	I	PD	D	I	PD
INFIRMIÈRES D'EMS	9	4	2	8	5	2
MÉDECIN	3	1	1	2	0	3
PHARMACIENS	4	3	2	4	3	2
RESPONSABLES ADMINISTRATIFS	3	1	2	5	0	1
ÉCONOMISTES	1	1	6	5	2	1
POLITICIENS	2	2	1	2	1	2
COMMISSION SANTÉ	9	2	0	6	4	1
RÉSIDENTS D'EMS	5	2	3	6	2	2

Tableau 3 : comparaison des réponses aux question 5 et 6)

Les infirmières et les pharmaciens ont donné le même score aux deux questions, seuls les économistes ne sont pas d'accord avec la question 5 et le sont, bien sûr, avec la question 6, ce qui est plutôt rassurant. D'un côté ils affirment ainsi l'importance des critères médicaux et de l'autre reconnaissent l'importance économique du secteur de la santé.

Cependant, ces réponses ne donnent aucune indication quant à l'importance relative ou souhaitée du secteur de la santé dans l'économie. C'est pour cette raison que nous avons consulté le public en libellant la question plus simplement « Les aspects économiques prennent une importance trop grande dans le secteur de la santé ». Il a répondu « d'accord » à 63.48%.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	55.1	/	63.48
PAS D'ACCORD	20.3	/	21.74
INDÉCIS/NE SAIT PAS	24.6	/	13.91

Tableau 4 : comparaison des résultats (%)

L'avis exprimé devient plus net et le sentiment que les aspects économiques sont devenus trop importants dans le secteur de la santé semble être communément partagé. Cependant, la formulation simplifiée de la question suggère davantage cette réponse que dans sa formulation initiale. Elle est également très générale et ne se prête pas à une interprétation fine. Malgré tout, les réponses reflètent un scepticisme croissant face à la place que l'économie a prise dans le secteur de la santé. Nous rencontrons le même scepticisme dans les réponses à la question suivante.

**Q7. Si vous pensez que les considérations économiques n'interviennent pas pour le moment, pensez-vous que cela va changer à l'avenir, vu les restrictions prévues ?**

La réponse quasiment unanime (avec 82,8% d'accord, soit 53/64 dont 22 sont « complètement d'accord ») confirme ce que suggéraient les résultats des questions précédentes : la crainte que les critères économiques ne deviennent de plus en plus déterminants dans le domaine de la santé, avec des restrictions à la clé. Cette perception de l'évolution future témoigne également d'une crainte souvent exprimée dans les médias, qui ont tendance à thématiser et à dramatiser « l'explosion des coûts » dans le domaine de la santé d'une manière partisane. Le constat est simple : les coûts de santé s'accroissent plus vite que le produit intérieur. Cela signifie que la part des dépenses de santé augmente

et, en termes relatifs, que cela entraîne une baisse d'autres dépenses. Si ce changement de la quote-part est l'expression de l'amélioration qualitative des soins et des innovations dans le domaine de la santé (ce qui est, de surcroît, librement consenti et compris comme l'expression d'une volonté collective), il est difficile de comparer cette évolution à « une explosion » dont il faudrait se méfier et qui ferait craindre une influence croissante de l'économie. Personne ne trouve à redire au fait que la part des dépenses alimentaires dans le budget d'un ménage a diminué significativement durant les dernières décennies. Si durant la même période la part des dépenses de santé a plus que doublé, cela pourrait s'interpréter dans le sens d'un changement marqué des préférences des ménages, qui, avec des revenus croissants, gèrent autrement leurs budgets<sup>1</sup>.

Il faut donc plutôt interpréter les réponses majoritairement positives données à cette question dans le sens que l'influence croissante de l'économie s'exprime par la mise en place d'une large palette de mesures visant à faire baisser les coûts de la santé. Qui en profite est la question clé que nous avons posée par la suite en faisant varier les différents points de vue.

### Qui profiterait de la diminution des coûts ?

#### **Q8a. La diminution des coûts de la santé est dans l'intérêt du patient.**

Cette affirmation apparaît souvent dans les débats politiques visant à réduire, si ce n'est qu'en termes relatifs, les coûts de la santé. Elle se heurte à la difficulté de clairement comprendre la part des dépenses de santé réellement à la charge du patient, qui est évidemment également citoyen, contribuable, preneur d'assurance et consommateur de soins médicaux dispensés en dehors des établissements de santé au sens strict. On ne peut pas se baser sur sa seule participation directe aux frais engagés.

Par conséquent, cette affirmation n'est pas forcément fondée sur une étude approfondie de la véritable répartition des coûts, mais doit se comprendre davantage comme un argument pour convaincre le public de soutenir les efforts visant à réduire les coûts de la santé. Or, cette argumentation rencontre, une fois de plus, un certain scepticisme, qui s'exprime par de nombreuses réponses indécisées. L'indécision domine avec 27 « d'accord » vs 22 « pas d'accord ». Elle se confirme en consultation Delphi, 7 vs 6 il n'y a pas de consensus. Par contre, le public donne une réponse plus nette avec seulement 23.68% « d'accord », ce qui signifie qu'il interprète « l'intérêt du patient » autrement que ceux qui répondent cette affirmation.

De toute façon, si on considère la question sous l'angle des frais à la charge du patient lors d'un traitement, il n'y aura pas beaucoup de différence en cas de diminution des coûts dans la mesure où il y a un maximum légal pour sa participation.

Enfin, ce qui ressort des commentaires, c'est la crainte de voir une répercussion sur la qualité des soins. Un résidant d'EMS l'a bien exprimé ; il répond « Non, parce qu'il sera mal soigné ». Il a peur que « diminution des coûts » rime avec « baisse de qualité ».

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	46.4	46.2	23.68
PAS D'ACCORD	39.1	53.8	60.53
INDÉCIS/NE SAIT PAS	14.5	/	14.91

Tableau 5 : comparaison des résultats (%)

#### **Q8b. La diminution des coûts de la santé est dans l'intérêt de l'établissement de santé (hôpital, EMS ou autre).**

Avec cette question, nous passons d'un niveau individuel à un niveau institutionnel, le plus souvent doté d'une comptabilité analytique capable de chiffrer le coût de toute prestation médicale fournie. Les personnes interrogées ne représentent pas toutes formellement des institutions. Comme leurs compétences professionnelles ne s'appliquent souvent qu'à leur champ d'activité, elles ne sont pas toujours en mesure de se situer à un niveau global. Le groupe d'experts comprend des membres qui ont des expériences professionnelles très différentes et on ne peut pas s'attendre à ce qu'ils en fassent abstraction. Une infirmière d'un EMS, par exemple, n'a pas forcément le même environnement de travail que celle d'un hôpital. Quant au public, il n'est pas assez informé sur le sujet pour pouvoir prendre position. Il faut donc d'emblée compter avec une certaine incompréhension de cette question.

En effet, avec 49,3% de personnes « d'accord » (dont 16/34 « complètement d'accord ») et 26,1% indécis (soit 18/69), la majorité n'est pas nette. En consultation Delphi il n'y a pas de consensus (7 vs 6). Le public est lui aussi hésitant sur cette question.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	49.3.	46.2	40.68
PAS D'ACCORD	24.6	53.8	39.83
INDÉCIS/NE SAIT PAS	26.1	/	19.49

Tableau 6 : comparaison des résultats (%)

Cette indécision s'explique peut-être aussi par la formulation de la question, qui n'a probablement pas suffisamment tenu compte du fait qu'il est pratiquement impossible de clairement distinguer les intérêts de l'hôpital, d'un EMS ou d'autres établissements, tellement l'appréciation dépend de chaque cas.

#### **Q8c. La diminution des coûts de santé est dans l'intérêt de l'assurance – maladie.**

Cette fois-ci, l'affirmation se base sur un regard extérieur des patients et des institutions de santé. Elle se réfère d'une manière implicite au financement et au fonctionnement de l'assurance-maladie, divisée d'une part en assurance obligatoire et privée, et d'autre part en fonction des montants de subventions, d'exonérations de primes, de franchises différenciées et de réserves faites sur la couverture des coûts de la santé selon le degré de risque des assurés. Malgré ces multiples facettes de l'assurance-maladie, la réponse est unanime et claire 69,6% sont d'accord (soit 48/69, dont 33 « complètement d'accord »), ce qui est un signe préoccupant pour les assurances soupçonnées d'être les bénéficiaires incontestés des mesures qui cherchent à comprimer les coûts dans le secteur de la santé. De là, il n'y a qu'un petit pas vers l'affirmation que ce sont les assurances (et leurs représentants parlementaires), qui sont les principaux promoteurs d'une économisation croissante de ce secteur.

#### **Q8d. La diminution des coûts de santé est dans l'intérêt du médecin.**

Avec cette affirmation, nous retournons au niveau individuel en nous référant au lien privilégié que le patient devrait entretenir avec son médecin. En interrogeant de nombreuses personnes, nous avons voulu également savoir si ce lien se distend à cause des mesures visant à abaisser les coûts de la santé. Si les médecins devaient profiter de ces mesures, ils s'exposeraient au reproche d'être complices des assurances-maladie. Or, 53,6% des personnes sondées ne sont pas d'accord (soit 37/69, dont 15 « absolument pas d'accord »). Seuls les responsables administratifs et les politiciens sont indécis. Probablement souhaiteraient-ils une meilleure adhésion des médecins aux mesures de réduction des coûts. Or, si la

diminution des coûts ne pouvait se faire qu'en diminuant les prestations, on assisterait à une franche opposition de la part des médecins, qui voudraient éviter que la qualité des soins ne soit mise en danger.

**Q8e. La diminution des coûts de santé est dans l'intérêt du contribuable.**

Comme tous les coûts de santé doivent être financés, le contribuable est souvent sollicité. Parfois, ce dernier ne s'en rend pas compte, surtout s'il ne s'identifie pas à l'État n'y voyant que l'aspect administratif. Or, le rôle de l'État-citoyen est omniprésent dans le fonctionnement du secteur de la santé, financé de multiples manières, souvent par des subventions et des flux financiers indirects. « L'État » n'est pas une entité, mais une organisation complexe qui ne tient pas seulement compte du fédéralisme, mais également de nombreuses formes juridiques mixtes entre l'économie privée et l'économie publique.

Nous constatons que les personnes interrogées sont bien conscientes de ces enjeux, car la majorité est d'accord avec l'affirmation que la diminution des coûts de santé est dans l'intérêt du contribuable (moyenne = 64,8% 44/69, dont 26 « complètement d'accord »).

En résumé, ce sont en premier lieu les assurances, ensuite les contribuables et enfin les établissements de soins médicaux et les patients qui profitent des mesures visant à faire baisser les coûts. Les médecins sont ceux qui apparemment en bénéficient le moins.

**Liens entre patients, médecins et assureurs**

**Q9. Dans la relation triangulaire médecins, patients, assurances, un lien renforcé peut-il contribuer à faire des économies ?**

Cette question suggère qu'une collaboration accrue dans le domaine de la santé est censée conduire à une diminution de coût. Cet avis est notamment exprimé par l'Académie suisse des Sciences médicales dans sa feuille de route intitulée « Médecine et Économie – Quel Avenir ? »<sup>1</sup>. Or, dans une relation triangulaire, il est difficile de connaître la contribution effective de chaque partenaire. Notre question cherche donc à comprendre la perception que les personnes interrogées ont du potentiel d'économie réalisable par un renforcement de la collaboration. Elle est répétée pour chaque lien possible, à savoir :

- entre médecins et patients (question 9a)
- entre médecins et assurances-maladie (question 9b)
- entre patients et assurances-maladie (question 9c)

**Q9a. Un lien renforcé entre médecins et patients peut-il contribuer à faire des économies ?**

La réponse est claire 77,9% sont d'accord (53/68, dont 30 sont « complètement d'accord »). Le public suit avec 88,33% « d'accord ».

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	77.9	/	88.33
PAS D'ACCORD	11.8	/	8.33
INDÉCIS/NE SAIT PAS	10.3	/	3.33

Tableau 7 : comparaison des résultats (%)

Ce consensus peut indiquer que ce lien reste fort et qu'il est au cœur même de toute politique de réduction des coûts de la santé. Au lieu d'affaiblir ce lien, notamment par un appel massif à des experts qui n'ont que des connaissances très éloignées du terrain, il serait judicieux de le renforcer en favorisant le dialogue direct entre médecins et patients. Des politiciens proches des assurances-maladie font fausse route en favorisant une expertise, qui aurait comme seule conséquence d'étendre le pouvoir de contrôle des milieux économiques dans le domaine de la santé. Certaines initiatives cherchant à affaiblir ce lien pourraient expliquer pourquoi, dans la question suivante, les avis sont beaucoup plus partagés.

**Q9b. Un lien renforcé entre médecins et assurances-maladie peut-il contribuer à faire des économies ?**

En effet, la contribution à la baisse des coûts d'un lien renforcé entre médecins et assurances-maladie rencontre du scepticisme. Il y a 32,4% d'indécis, soit 22/68, même si les infirmières et les résidents d'EMS sont plutôt d'accord (9/15 et 8/10). Par contre, le public est très partagé et affiche des opinions tranchées avec peu d'indécis.

Grâce à la méthode Delphi, la balance penche finalement en faveur d'une réponse affirmative (8/12) invitant les médecins et les assurances à renforcer leur collaboration afin de contribuer à faire baisser les coûts de la santé. Il se peut que les experts expriment ici tout simplement une idée forte du fonctionnement politique de la Suisse, très portée sur le consensus. Ils ne sont donc pas très enclins à y voir un bras de fer entre médecins et assurances.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	39.7	66.7	45.69
PAS D'ACCORD	27.9	33.3	40.52
INDÉCIS/NE SAIT PAS	32.4	/	13.79

Tableau 8 : comparaison des résultats (%)

### Q9c. Un lien renforcé entre patients et assurances-maladie peut-il contribuer à faire des économies ?

Enfin, pour le lien entre patients et assurances-maladie, c'est l'indécision qui domine. Le pourcentage d'indécis est presque égal à celui des opposants (respectivement 32,4% et 36,8%) et il y a une forte dispersion des résultats .

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	30.9	33.3	/
PAS D'ACCORD	36.8	66.7	/
INDÉCIS/NE SAIT PAS	32.4	/	/

Tableau 9 : comparaison des résultats (%)

Ici, la méthode Delphi dégage assez clairement une réponse négative (8/12). Probablement, le sentiment de dépendre unilatéralement des assurances-maladie est-il répandu chez les personnes âgées, car la vieillesse peut réduire des choix librement consentis.

En résumé, les 3 propositions de la question 9 concernant des liens renforcés entre partenaires sont comparées dans la figure 4. Un lien renforcé entre médecin et patient semble être le seul capable de contribuer à diminuer les coûts de la santé.

Plusieurs pharmaciens nous ont fait remarquer qu' « il ne faut pas oublier la relation entre le patient et le pharmacien, ainsi qu'entre le pharmacien et le médecin ». Il est vrai que les pharmaciens sont en relation avec les 3 autres partenaires et jouent un rôle d'intermédiaires et de conseils non négligeable, qui pourrait être mieux exploité dans l'avenir.

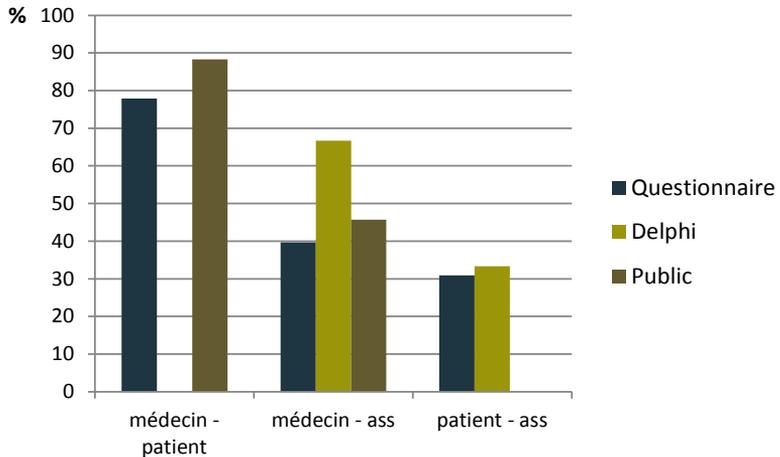


Fig. 4. Répartition des réponses « d'accord » en %

#### Q10. Les critères médicaux et non pas économiques doivent toujours être prioritaires.

Nous avons souvent entendu cette affirmation dans les débats publics quant au fonctionnement du secteur de la santé. Elle a une tonalité populiste. C'est pour cette raison que nous avons voulu connaître la perception des personnes interrogées. Tous les groupes professionnels sont d'accords avec une moyenne de 76,8% (soit 53/69, dont 33 « complètement d'accord »), soutenus par le public avec 82.61% de votants.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	76.8	/	82.61
PAS D'ACCORD	13.0	/	11.30
INDÉCIS/NE SAIT PAS	10.1	/	6.09

Tableau 10 : comparaison des résultats (%)

Ce large accord exprime le souci d'affirmer clairement la priorité des critères médicaux sur les critères économiques. Mentionnons cependant que des mesures de réduction de coûts de la santé peuvent être parfaitement respectueuses de cette priorité.

### Critères de décision pour une hospitalisation

#### Q11. Quels sont, selon vous, les critères de décision d'une hospitalisation pour une personne âgée ?

Il est généralement admis que le fonctionnement des hôpitaux engendre une part élevée des coûts de la santé. Les politiques de réduction de coûts se sont logiquement concentrées sur les réformes des hôpitaux. Les critères d'hospitalisation sont donc importants pour l'évaluation des coûts de la santé. Nous avons soumis plusieurs critères à l'appréciation des personnes interrogées :

- Âge (question 11a)
- État physique (question 11b)
- État psychique (question 11c)
- Qualité de vie (question 11d)
- Environnement social (question 11e)

#### Q11a. L'âge est-il un critère d'hospitalisation ?

La question portant sur l'importance de l'âge comme critère d'hospitalisation est sujette à discussion. On peut, en effet, l'envisager sous un angle positif. On peut penser qu'une personne âgée est fragile et qu'il ne faut pas prendre de risque, donc on l'hospitalise sans tarder. Mais à l'inverse, on peut se dire que pour une personne de cet âge, il vaut mieux se contenter de soins de confort pour éviter le stress de l'hospitalisation et des examens.

Le point de vue négatif est qu'il faut établir une limite d'âge pour certains soins (c'est déjà le cas pour certaines transplantations), ce qui équivaut à un rationnement de soins.

Les réponses au questionnaire sont réparties en deux groupes. Les infirmières d'EMS et les membres de la Commission santé sont assez « d'accord » avec respectivement 7/15 et 7/11. Ils ont l'expérience des désirs de résidents âgés, qui préfèrent parfois les soins de confort (voir l'étude *Attentes de soins en fin de vie*). Par contre, les autres groupes professionnels sont plutôt contre.

Les membres de la consultation Delphi ont clairement refusé que l'âge soit un critère d'hospitalisation (8/13) : la vieillesse en soi n'est pas une maladie !

Quant au public, qui répondait à la question présentée sous forme affirmative « L'âge est un critère de décision d'une hospitalisation pour une personne âgée », il est franchement contre avec 64.12% de votants.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	40.6	38.5	28.24
PAS D'ACCORD	46.4	61.5	64.12
INDÉCIS/NE SAIT PAS	13.0	/	7.63

Tableau 11 : comparaison des résultats (%)

Le public craint visiblement un rationnement de soins à cause de l'âge. Réaction qu'on retrouve chez les résidents d'EMS qui nous ont fait ces commentaires « Non dans tous les cas, car c'est une non-assistance à personne en danger ! » ; et « J'ai pris moi-même mes dispositions, quand à cause de l'âge je ne peux plus rien faire, je veux partir »

#### **Q11b. L'état physique est-il un critère d'hospitalisation ?**

L'état physique semble être un critère important pour la plupart des personnes interrogées (85,3%, soit 58/68, dont 36 « complètement d'accord »). Un résident a commenté « Il faut voir la gravité de son état ». Une hospitalisation est donc largement acceptée pour ce critère-là. L'économie qui pourrait être réalisée en y renonçant n'est apparemment pas un argument suffisant pour contrer cette décision.

#### **Q11c. L'état psychique est-il un critère d'hospitalisation ?**

L'état psychique est aussi un critère d'hospitalisation largement accepté : 80,6% des personnes interrogées sont d'accord (soit 54/67, dont 29 « complètement d'accord »). Les états physique et psychique suscitent la même réaction affirmative.

#### **Q11d. La qualité de vie est-elle un critère d'hospitalisation ?**

Comme le corps médical utilise souvent ce critère pour décider une hospitalisation, l'avis des personnes interrogées nous permet d'évaluer le degré

d'acceptabilité de ce critère dans un panel plus large. Il y a 23,5% d'indécis (16/68). Toutefois une majorité de 57,4% est d'accord (soit 39/68, dont 16 sont « complètement d'accord »).

Pour le public, nous avons simplifié la question en la présentant sous forme d'une affirmation « La qualité de vie est un critère de décision d'une hospitalisation pour une personne âgée ». 80.49% des votants sont d'accord et nous pensons que ce pourcentage élevé s'explique par le fait que les personnes sondées avec le questionnaire sont encore actives pour la plupart, tandis que le public est composé de seniors qui ont déjà l'expérience du changement de vie occasionné par la retraite et l'âge.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	57.4	/	80.49
PAS D'ACCORD	19.1	/	10.57
INDÉCIS/NE SAIT PAS	23.5	/	8.94

Tableau 12 : comparaison des résultats (%)

Mais qu'entend-on par « qualité de vie » dans ce cas ? Les réponses apportées à la question générale sur ce thème montrent la difficulté de définir ce paramètre (voir chapitre 3.4). De toute évidence, le terme « qualité de vie » dépend fortement du point de vue de chacun.

#### **Q11e. L'environnement social est-il un critère d'hospitalisation ?**

Personne ne conteste l'importance de l'environnement social comme critère d'hospitalisation, mais il est difficile de savoir ce que chacun entend par là. Pour les uns, c'est le milieu familial au sens strict, pour les autres, cet environnement inclut également le voisinage, les amis et plus généralement l'absence du sentiment de solitude. Il n'est dès lors pas étonnant que les avis soient très partagés : 44,1% d'accord (26/59, dont 11 sont « complètement d'accord »), 32,2% pas d'accord (19 dont 10 sont « absolument pas d'accord »).

Toutefois, la consultation des experts indique sans ambiguïté que l'environnement social joue un rôle dans la décision d'une hospitalisation pour une personne âgée (12/13 sont d'accord). Le public a suivi avec 71.77% des votants.

Cette réponse affirmative ne fait d'ailleurs que confirmer des résultats d'autres études qui étaient à l'origine des lois d'aide et de soins à domicile<sup>1</sup>.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	44.1	92.3	71.77
PAS D'ACCORD	32.2	7.7	21.77
INDÉCIS/NE SAIT PAS	23.7	/	6.45

Tableau 13 : comparaison des résultats (%)

Cette comparaison montre que les résultats sont fortement tributaires des expériences personnelles des différents groupes. Il faudra tenir compte de cette dimension sociale dans le cadre des liens entre santé et économie !

La figure 5 résume les différentes facettes de la question 11, qui cherche à déterminer l'importance des principaux critères qui peuvent être pris en compte pour décider d'une hospitalisation.

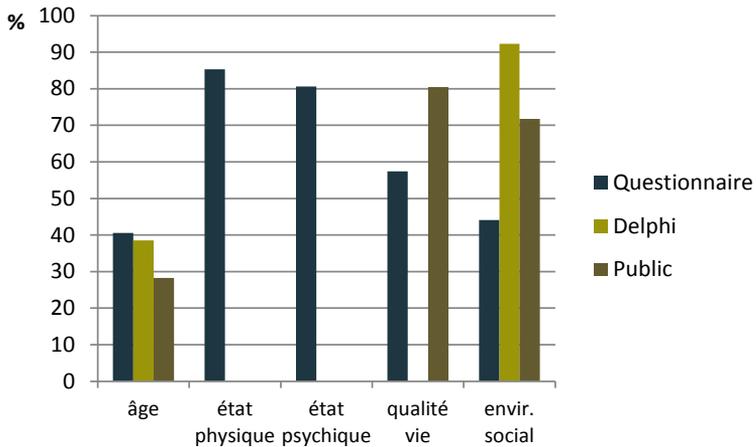


Fig. 5. Répartition des réponses « d'accord » en %

Clairement, l'état physique et l'état psychique sont les principaux critères pour la majorité des personnes interrogées. L'importance de l'environnement social et de la qualité de vie est soulignée par le public et les experts. Le critère de l'âge est nettement refusé.

### 3.2 Mesures de réduction des coûts

#### Répartition des frais

Les questions 12 à 14 portent sur les différentes dépenses incluses dans le coût d'une hospitalisation, d'un traitement en EMS ou en ambulatoire.

##### **Q12-14. Répartition des frais pris en compte dans le coût d'un traitement.**

Au lieu de classer sur une échelle allant de 1 à 5 comme précédemment, il s'agit, pour ces questions, de classer par ordre de priorité les différentes catégories de dépenses lors :

- d'une hospitalisation (question 12)
- d'un séjour en EMS (question 13)
- d'un traitement ambulatoire (question 14)

L'exercice est plus difficile, mais plus parlant pour tester la perception des personnes interrogées. C'est pour cette raison que nous ne les avons posées que dans le questionnaire, qui réserve plus de temps pour soigneusement choisir ses priorités.

Ces questions ont leur justification dans l'affirmation courante que seul le résultat compte et que tout doit être entrepris pour abaisser les coûts de la santé, quelle que soit leur répartition. Or, les mesures prises modifient le plus souvent la répartition des économies plutôt que celle des coûts. Les différents acteurs et services médicaux n'en profitent pas dans les mêmes proportions, ce qui ne les incite pas non plus à soutenir toutes ces mesures dans des proportions égales à la répartition. Autrement dit, les changements de la répartition des coûts ont des conséquences non négligeables sur la réussite des mesures visant à abaisser les coûts de la santé.

Les questions 12 à 14 avaient pour objectif de sonder la perception des personnes interrogées sur les domaines où elles pensent que les mesures de réduction de coût sont les plus efficaces. A cette fin, il faut évidemment savoir comment ces personnes répartissent les dépenses de santé par ordre d'importance.

Au lieu de présenter les réponses obtenues pour chaque question séparément, nous les avons résumées dans le tableau 14, pour simplifier la comparaison. Il en ressort clairement que les personnes interrogées sont pleinement conscientes que la structure des coûts varie selon les trois lieux de soins qui leur ont été proposés, car malgré une certaine similitude, les priorités ne sont pas les mêmes.

HOSPITALISATION	EMS	TRAITEMENT AMBULATOIRE
TRAITEMENT HORS MÉDICAMENTS	PENSION	MÉDICAMENTS
MÉDICAMENTS	SALAIRE PERSONNEL	SALAIRE PERSONNEL SOIGNANT
SALAIRE PERSONNEL	TRAITEMENT HORS MÉDICAMENTS	TRAITEMENT HORS MÉDICAMENTS
PENSION	MÉDICAMENTS	SALAIRES AUXILIAIRES
REVENU MÉDECINS	REVENU MÉDECINS	REVENU MÉDECINS
FRAIS ADMINISTRATIFS	FRAIS ADMINISTRATIFS	MATÉRIEL SOINS
IMMOBILIER	IMMOBILIER	FRAIS ADMINISTRATIFS

Tableau 14. Mesures de réduction de coût les plus efficaces  
classement des dépenses par ordre de priorité

Nous avons délibérément renoncé à comparer les résultats, forcément subjectifs, réunis dans le tableau 14 avec un classement basé sur les données existantes tirées de la comptabilité des institutions. Insistons, une fois de plus, sur le fait que seuls les avis exprimés nous intéressent, bien que subjectifs, car ce sont eux qui, à côté des faits, alimentent, souvent dans des proportions étonnantes, les débats politiques portant sur la nécessité d'une approche économique de la santé.

Les résultats obtenus semblent être tout à fait logiques et consistants. A l'hôpital et en EMS l'ordre des priorités est semblable. La priorité des dépenses va aux traitements et au salaire du personnel, même si la place qu'occupe le poste « pension » n'est pas la même lors d'une hospitalisation comparée à un traitement en EMS. Or, ce terme est ambigu, car s'il inclut bien les dépenses alimentaires, il contient également des salaires.

En EMS, la pension et le salaire du personnel représentent des coûts plus importants que les traitements et les médicaments.

C'est seulement en ambulatoire que le classement est différent, car les médicaments occupent la première place. Cette fois-ci les salaires et les traitements n'occupent que la deuxième place.

Par contre, le revenu des médecins, si souvent évoqué comme un argument à connotation populiste pour justifier des mesures de réduction de coûts dans le secteur de la santé, est perçu comme relativement peu important pour dégager des économies. De même, les frais administratifs, souvent qualifiés d'exorbitants, se retrouvent également à un rang de priorité inférieur dans les trois situations retenues.

Pour résumer, nous pouvons donc affirmer que dans les trois situations, c'est la masse salariale du personnel qui est clairement perçue comme la catégorie de dépenses la plus importante. Il n'est dès lors pas étonnant que, parmi les principales mesures en vue de réaliser une baisse de coûts dans le secteur de la santé, on trouve une réduction de la masse salariale.

### Mesures pour abaisser les coûts

Les questions 15 à 17 proposent trois options « d'accord », « pas d'accord », « ne sait pas ». Cette manière de répondre est plus facile que le classement en fonction de priorités présumées. Ces questions se prêtent donc également à une vaste enquête auprès d'un public élargi. Dans la mesure où le classement des différentes catégories de dépenses a été établi subjectivement, on s'intéresse plus spécifiquement aux mesures qui pourraient permettre d'abaisser les coûts d'un traitement :

- lors d'une hospitalisation (question 15)
- lors de soins en EMS (question 16)
- lors d'un traitement ambulatoire (question 17)

Dans ces trois cas, nous avons interrogé les personnes sur des mesures qui sont souvent évoquées dans les débats politiques. Elles concernent d'une part une délégation des tâches au sein de la hiérarchie existante dans les professions du secteur de la santé, notamment entre :

- médecins et infirmières
- infirmières et assistants en soins et santé communautaire ou aides-infirmières

et, d'autre part, des mesures touchant plus généralement au fonctionnement du secteur de la santé dans les trois situations retenues.

**Q15. Par quels moyens pourrait-on, selon vous, abaisser les coûts d'une hospitalisation ?**

Les charges hospitalières participent pour une part importante aux coûts de la santé, car elles s'accroissent plus rapidement que les autres frais. Par une mise en réseau, voire par des fusions et par une plus grande concurrence entre les différents hôpitaux, on cherche à mieux contrôler les coûts lors d'hospitalisation. Ces mesures ne sont pas sans danger, car elles conduisent également à la chasse aux risques les moins élevés. Dans les comparaisons, les hôpitaux universitaires ont régulièrement les coûts d'exploitation les plus élevés. Or, ce sont eux qui assurent la formation de la relève et la recherche de pointe et qui prennent en charge les maladies les plus complexes.

Nous avons voulu connaître la perception des personnes interrogées sur des mesures de réduction de coûts qui, en apparence, sont plus simples, dans l'espoir de pouvoir récolter des réponses claires et faciles à interpréter.

**Q15a. La délégation des actes médicaux aux infirmières permettrait d'abaisser les coûts lors d'une hospitalisation.**

Cette mesure mêle habilement un certain esprit corporatiste parfois présent chez les infirmières, avec un préjugé sur les salaires des médecins comme principale source de l'accroissement des coûts (ce que les réponses aux questions précédentes contredisent). Il en découle la revendication de déléguer des tâches d'un groupe professionnel à l'autre. Les arguments soutenant cette mesure nous semblent être dictés plus par une vision comptable (forcément la masse salariale est répartie inégalement entre les deux groupes), que par le souci d'un partage efficace des responsabilités. Nous n'avons pas été tellement surpris que cet argument connaisse un certain soutien, toutefois franchement démenti lorsque le public au sens large intervient. Seules les personnes interrogées par questionnaire sont largement d'accord (59.1%), mais la répartition des réponses est intéressante : les médecins et la Commission santé sont opposés à cette proposition. Les experts Delphi sont à peine d'accord (7 / 6). Enfin le public refuse nettement cette délégation à 66.12%. Le tableau 15 résume ces résultats.

Ces résultats sont donc très contrastés. Ils permettent d'affirmer que c'est seulement parmi les professionnels qu'on trouve une petite majorité en faveur de cette délégation des tâches, tandis que le grand public y est hostile, ce qui peut être interprété comme un vote de confiance dans la répartition des compétences telle qu'elle s'est décantée des expériences professionnelles du passé. Cependant, d'autres interprétations sont tout à fait envisageables.

Le refus du public peut également signifier que la confiance dans la compétence des infirmières serait limitée ou que les médecins seraient considérés comme irremplaçables. En milieu hospitalier, les tâches sont strictement attribuées et le personnel change souvent. Le médecin, avec ses connaissances et son expérience, est la personne censée assumer la responsabilité de la prise en charge du patient tout au long de son hospitalisation. Il finit par être une référence obligée. Toute délégation de tâche ne ferait donc que l'affaiblir. Dans ce sens, les réponses contrastées obtenues à cette question ne feraient que confirmer les résultats à la question 5 (« Ce n'est pas à l'économie de traiter des questions médicales »).

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	59.1	53.8	24.79
PAS D'ACCORD	36.4	46.2	66.12
INDÉCIS/NE SAIT PAS	4.5	/	8.26

Tableau 15 : comparaison des résultats (%)

#### **Q15b. Le remplacement du personnel infirmier par des assistants en soins et santé communautaire ou aides en soins et accompagnement permettrait d'abaisser les coûts lors d'une hospitalisation.**

Cette fois-ci, la délégation n'oppose plus aussi catégoriquement le corps médical au corps soignant. La proposition ne concerne qu'une meilleure répartition de tâches au sein du même corps, structuré par une certification de compétences variées, qui se reflète également dans les barèmes salariaux. Au fond, cette délégation exprime l'idée qu'une certaine « surqualification » ou « une course aux diplômes » contribue à accroître les coûts de la santé sans que cela se justifie du point de vue de la qualité des soins. Certains observateurs du fonctionnement hospitalier constatent, parfois avec agacement, l'accroissement du nombre de séances d'administration, d'information, de coordination et de formation continue pour déplorer les heures perdues, où le personnel soignant ne se trouve pas au lit du malade, tout en étant de plus en plus surchargé. De ce point de vue, une meilleure répartition de tâches et une attribution ciblée en fonction des compétences acquises plus par la pratique et moins par des diplômes, serait un moyen simple pour faire baisser les coûts.

Or, ce moyen est partout refusé. Les personnes interrogées par questionnaire y sont hostiles à 53.8% (les infirmières s’y opposent à 12/14). Les experts Delphi le refusent également (9/12), et le public s’y oppose fermement à 81.45%. Le tableau 16 résume, à titre de comparaison, les différents résultats.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	30.8	25.0	12.10
PAS D'ACCORD	53.8	75.0	81.45
INDÉCIS/NE SAIT PAS	15.4	/	5.65

Tableau 16 : comparaison des résultats (%)

Comment pouvons-nous interpréter ce refus unanime ? Il se peut qu’il reflète une très grande confiance dans la compétence des infirmières et une certaine méfiance envers la qualification professionnelle des assistants, dont la formation ne serait pas suffisante pour assumer ces actes de soins. Il indique probablement que toute délégation de tâches au sein du personnel soignant est davantage perçue comme une diminution de la qualité de soins plutôt que comme une baisse de coût qui en vaudrait la chandelle.

Ensuite, nous avons sélectionné certaines mesures qui reviennent régulièrement dans le débat politique portant sur la maîtrise des coûts de la santé en milieu hospitalier

- durée du séjour à l’hôpital (question 15c)
- prix de l’hébergement (question 15d)
- repas (question 15e)

#### **Q15c. La diminution de la durée du séjour à l’hôpital permettrait d’abaisser les coûts lors d’une hospitalisation.**

Le progrès médical a permis de réduire la durée du séjour à l’hôpital. Cette tendance se poursuivra sans doute à l’avenir. Il n’est dès lors pas étonnant que cette mesure soit acceptée à 71.2%. Toutefois, une personne a mis une condition « S’il n’y a pas de ré-hospitalisation après ! ».

Il faut noter que le nouveau système de facturation des hôpitaux incite certes à limiter la durée du séjour, mais n'a pas réussi à infléchir l'évolution des coûts de la santé, dont une part importante incombe aux hôpitaux.

On peut toujours argumenter que la contribution des hôpitaux à l'accroissement des coûts de la santé aurait été encore plus importante si l'on n'avait pas réussi à limiter la durée du séjour, mais cela est difficile à prouver, d'autant plus que l'évolution du progrès médical ne pourra la réduire indéfiniment. Si l'on respecte le principe que les raisons médicales doivent toujours avoir la priorité sur les raisons économiques, les réponses largement positives pourraient dès lors plutôt signifier que les personnes interrogées pensent que certains séjours ne se justifient pas pour des raisons médicales. Ils seraient inutilement prolongés pour des raisons administratives qui pourraient parfaitement être limitées ou par manque de place dans les centres de réhabilitation ou de placement.

#### **Q15d. La rationalisation du prix de l'hébergement permettrait d'abaisser les coûts lors d'une hospitalisation.**

De nombreux témoignages critiquent le prix d'hébergement dans les hôpitaux, qui dépasse, et de loin dans certains cas, celui qui est pratiqué dans l'hôtellerie de luxe. Face à ce constat, les directions d'hôpitaux rappellent régulièrement les caractéristiques propres à l'hébergement hospitalier – complexité, interactions nombreuses entre raisons médicales et confort d'hébergement, maintien de capacités pour des situations extrêmes, notamment en cas de catastrophes – sans vraiment convaincre ceux qui les critiquent. Il est évidemment difficile de chiffrer « objectivement » la contribution de cet aspect à la réduction des coûts hospitaliers, ou plus généralement à ceux du secteur de la santé dans son ensemble.

En posant cette question, nous nous sommes intéressés à la perception des personnes interrogées sur ce potentiel d'économies. Elles plébiscitent cette mesure à 70.8%. Ce pourcentage élevé signale un vrai problème dans la gestion des hôpitaux. Apparemment, les personnes interrogées souhaitent des réductions de prix d'hébergement et ne craignent pas une baisse de qualité. Elles ne semblent pas être convaincues par les responsables de gestion des hôpitaux qui justifient le niveau de prix d'hébergement élevé justement par l'argument de qualité.

La gestion moderne des hôpitaux se base sur la comptabilité analytique, parfaitement capable d'identifier les coûts spécifiques à chaque activité hospitalière. Le problème se situe plutôt dans une attribution tantôt subjective, tantôt stratégique des frais fixes. Il est probable que les hôpitaux continuent à pratiquer un « subventionnement croisé » à l'interne en imputant certains frais médicaux à l'hébergement sans que cette pratique soit rendue transparente

pour le public. En définitive, les réponses largement positives à la question 15d ne permettent donc pas de savoir si la diminution du prix d'hébergement n'aurait pas des conséquences négatives sur la qualité des soins médicaux.

**Q15e. Des économies sur la distribution, la quantité et la qualité des repas permettraient d'abaisser les coûts lors d'une hospitalisation.**

Cette question ne fait que prolonger la précédente tout en étant plus ciblée. Un peu par analogie avec le dicton que « l'amour passe par l'estomac », on est tenté d'affirmer que « la guérison passe par les repas ». Ils sont devenus un tel enjeu qu'ils servent actuellement d'argument publicitaire pour les hôpitaux privés. Nous n'avons donc pas été surpris d'apprendre qu'une majorité importante refuse que les économies souhaitées se réalisent dans ce domaine. 84.6% des personnes interrogées s'y opposent, ce qui est le refus le plus fort pour toutes les questions posées.

Les remarques « Les plaintes sont déjà nombreuses à la gériatrie sur la qualité des repas », ou encore « Il y a beaucoup de choses qui sont jetées » ; « Surtout pas pour les personnes âgées ! » font penser que ce refus net est l'expression de l'exaspération des intéressés quand on note une baisse de qualité pour des raisons économiques.

**Q16. Par quels moyens pourrait-on abaisser les coûts lors de soins en EMS ?**

La question 16 reprend certains points traités précédemment, mais elle concerne cette fois-ci l'EMS, qui évidemment se distingue nettement des hôpitaux tant sur le plan des objectifs que sur celui du fonctionnement. Cependant, il y a certaines similitudes, les deux étant des institutions du même secteur en étroite interaction. Nous ne nous sommes donc pas attendus à de grandes différences dans les réponses.

**Q16a. Le remplacement du personnel infirmier par des assistants en soins et santé communautaire ou aides en soins et accompagnement permettrait d'abaisser les coûts lors de soins en EMS.**

En EMS, le refus est moins net qu'à l'hôpital. Les réponses obtenues des personnes interrogées par questionnaire sont partagées, avec 55.4% de « non » et 33.8 % de « oui ». Apparemment, un transfert de responsabilité à l'intérieur du personnel soignant ayant des compétences certifiées, à différents niveaux, paraît être plus supportable en EMS qu'à l'hôpital, ce qui semble correspondre au partage de tâches qui se concentrent prioritairement sur les soins, l'encadrement, la mise en valeur du respect et de la dignité (voir figure 14, chapitre 3.4).

Mais il vaut la peine d'examiner de plus près cette apparente adhésion au transfert de compétence pour des raisons d'économie. En effet, nous constatons un refus parfois net dans certaines catégories de personnes interrogées, chez les infirmières (12/15), la Commission santé (7/11) et les résidents d'EMS (4/7).

Le refus des infirmières est peut-être le reflet de leur intérêt professionnel. Elles seraient dès lors réticentes à la délégation de compétence par conscience professionnelle. Il se peut également que les infirmières soient des personnes de référence indispensables au bon fonctionnement de l'EMS et, dans ce cas, toute délégation de tâches l'affaiblirait.

Le refus d'une majorité des membres de la Commission santé est également délicat à interpréter, car cette commission réunit de nombreux professionnels de santé ayant des points de vue différents quant à leur rôle et leur place dans la hiérarchie. Si une majorité moins nette pour le refus se dégage, il est peut-être tout simplement le reflet de la composition des membres présents au moment du vote.

Enfin, les refus constatés chez les résidents témoignent de la grande estime et de l'attachement qu'ils portent généralement à leurs infirmières. Toutefois, dans certains cas, ils peuvent accepter ce transfert de responsabilité « Si ça ne tombe pas sur la qualité » et « Oui selon les cas ». Ils craignent surtout une baisse de qualité des soins. Nous retrouvons donc ici un leitmotiv propre au lien entre économie et santé. La baisse des coûts est régulièrement associée à une baisse de qualité des soins. Une approche quantitative par les coûts ne tiendrait pas assez compte des aspects qualitatifs des soins.

Lorsque l'on se réfère aux résultats obtenus auprès d'un large public, cette crainte se trouve confirmée par une majorité de 53.45% de refus pour une telle mesure. Cependant une minorité de 37.93% s'est exprimée en sa faveur.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	33.8	/	37.93
PAS D'ACCORD	55.4	/	53.45
INDÉCIS/NE SAIT PAS	10.8	/	8.62

Tableau 17 : comparaison des résultats (%)

Comme la comparaison des résultats présentée dans le tableau 17 le montre, le public ne fait que confirmer les résultats obtenus par questionnaire. Le refus de cette mesure connaît donc une large assise, jouant ainsi un rôle d'avertissement pour les politiciens qui, dans le débat sur la baisse des coûts de la santé, favorisent cette mesure. Apparemment, ils ne peuvent pas compter sur beaucoup de compréhension, à moins qu'ils ne réussissent à prouver, au-delà d'une simple affirmation, que « baisse de coût » rime avec « plus de qualité ». Le recours à la science économique leur fournit un argument si la baisse de coût conduit à une plus grande efficacité dans l'organisation des soins.

#### **Q16b. L'entrée retardée dans un EMS par le développement des soins à domicile permettrait d'abaisser les coûts.**

Cette mesure est plébiscitée et ne fait que refléter le souhait, maintes fois constaté dans de nombreuses études, de rester à domicile aussi longtemps que possible<sup>1</sup>. L'entrée dans un EMS est considérée le plus souvent comme une solution de dernier recours. Il n'est dès lors pas étonnant que la réponse soit unanime, quelles que soient les personnes interrogées oui à 86.2% pour le questionnaire et 88.43% pour le public.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	86.2	/	88.43
PAS D'ACCORD	7.7	/	8.26
INDÉCIS/NE SAIT PAS	6.2	/	3.31

Tableau 18 : comparaison des résultats (%)

Les statistiques montrent qu'on entre de plus en plus tard en EMS. Cependant, la situation actuelle des soins à domicile ne permet pas d'expliquer totalement cet état de fait. Il y a manifestement une volonté des aînés de conserver une certaine indépendance (voir fig. 13, chapitre 3.4) et ces résultats indiquent qu'ils aimeraient que les soins à domicile se développent encore davantage pour leur permettre de réaliser cet objectif, car la réalité est tout autre. Selon une étude de l'Office fédéral des statistiques<sup>2</sup>, le taux de décès de personnes de 75 ans et plus n'est que de 15 % à domicile, tandis qu'en EMS il est de 51 % et à l'hôpital de 34 %.

**Q16c. La délégation des actes médicaux aux infirmières permettrait d'abaisser les coûts lors de soins en EMS.**

Contrairement aux résultats obtenus pour cette mesure en milieu hospitalier, la délégation des actes médicaux en EMS trouve une confortable majorité de 65.2%, malgré le fait que 31.8% ne sont pas d'accord. Dans les EMS, le médecin n'est souvent pas sur place et les infirmières doivent faire une première appréciation de l'état du malade. Ce sont elles qui décident d'appeler le médecin.

Deux commentaires de résidents d'un EMS vont dans ce sens « A Jolimont, c'est déjà le cas, mais pas pour une baisse de coût ! » et un résident nous disait « Les infirmières font beaucoup ». Par contre un autre résident nous a dit « Une jeune infirmière ne sait pas changer une sonde ». Ce dernier commentaire exprime la crainte que le manque d'expérience d'une infirmière ne représente pour un résident un risque plus élevé, même si l'encadrement du patient par le personnel soignant est exemplaire. Ce dernier point est rarement perceptible pour les intéressés. La fragilité croissante qui s'installe chez les personnes âgées les rend forcément plus vulnérables et la perception des soins qu'elles reçoivent est parfois troublée par l'angoisse.

Si les avis divergent à un tel point, il est parfaitement compréhensible que les résidents interrogés soient si partagés (3/7 sont d'accord avec cette mesure tandis que 3/7 s'y opposent !). Nous retrouvons donc à nouveau le problème maintes fois rencontré concernant la causalité entre « baisse des coûts » et « qualité des soins ».

**Q16d. La rationalisation des frais de l'hébergement permettrait d'abaisser les coûts lors de soins en EMS.**

Cette question reprend le même thème que celui qui a été soulevé pour une hospitalisation (voir question 15d). Toutefois, la notion de « durée de séjour » n'entre pas en considération ici, dans la mesure où l'EMS est aussi le lieu de vie des patients. 53% des personnes interrogées par questionnaire sont d'accord, mais seul un résident d'EMS sur 7 est de cet avis. Les autres sont partagés entre « pas d'accord » et « ne sait pas ». Or cette mesure est acceptée par la majorité des personnes questionnées, à 70,8%, et par 5 résidents sur 7 dans le cas d'une hospitalisation ! Le confort et l'équipement des chambres ont une grande importance en EMS, ce qui explique que cette mesure soit acceptée avec plus de réticence par les résidents d'un EMS qu'à hôpital.

**Q16e. Des économies sur la distribution, la quantité et la qualité des repas permettraient d'abaisser les coûts lors de soins en EMS.**

En EMS, l'heure du repas est très importante sur le plan social ; c'est souvent un moment privilégié pour que des contacts entre résidents puissent s'établir. Il n'est donc pas du tout surprenant que les réponses obtenues soient largement négatives, à 84,8%, toutes classes confondues. Comme la quantité et la qualité des repas sont parmi les rares plaisirs en EMS, cette mesure est extrêmement impopulaire. Beaucoup de résidents sont gourmands et se réjouissent de ces moments agréables. Nous avons déjà rencontré cette forte impopularité à un taux tout à fait comparable pour des séjours hospitaliers (voir question 15e). Pour beaucoup de personnes qui, durant leur vie, ont dû régulièrement préparer leurs repas elles-mêmes, les repas servis évoquent souvent ceux qui ont été pris dans des restaurants lors d'événements liés à des fêtes. Cette association, probablement pas toujours consciente, explique pour nous ce refus massif (peu importe si ce sont des résidents d'EMS ou des patients d'un hôpital qui sont interrogés).

Par la suite, nous explorons, sous le point 17 ci-dessous, différentes mesures de réduction des coûts dans un troisième contexte, fourni par le seul traitement ambulatoire, ne nécessitant ni hospitalisation ni séjour en EMS. Forcément les thèmes ne peuvent plus être tous les mêmes et ils portent davantage sur les consultations médicales, mais la question de délégation de compétence se pose tout à fait et permet une comparaison utile de cette mesure entre le milieu hospitalier, les EMS et les cabinets médicaux.

**Q17. Par quels moyens pourrait-on abaisser les coûts d'un traitement ambulatoire ?**

Un bon suivi médical peut contribuer à lui seul à baisser les coûts de la santé, car il peut avoir un caractère préventif, évitant ou retardant une hospitalisation ou une entrée en EMS.

Dans cette optique, la question suivante semble aller dans le sens inverse, mais elle reprend une affirmation souvent évoquée dans le débat sur le coût de la santé : certaines personnes, notamment parmi les plus angoissées, consultent un médecin, voire plusieurs d'une manière exagérée. Ce phénomène est connu des économistes sous le terme d'« aléa moral » (« moral hazard » en anglais), qui désigne un comportement de « maximisation de l'intérêt individuel sans prise en compte des conséquences défavorables de la décision sur l'utilité collective ». Les primes d'assurance-maladie se trouvent ainsi majorées et supportées par tous les assurés. Autrement dit, les coûts des consultations trop fréquentes de

médecins par certains patients sont payés par d'autres. Il n'y a donc, au niveau individuel, aucune incitation à contribuer à la maîtrise des coûts de la santé.

**Q17a. La diminution du nombre des consultations médicales permettrait d'abaisser les coûts en ambulatoire.**

C'est certainement la raison principale pour laquelle tant de personnes interrogées approuvent cette mesure (oui à 70.3%). Seuls les médecins sont réticents (3/5 contre). Est-ce que ce vote reflète le même sentiment que celui qui est exprimé par les infirmières ayant répondu à la question 16a ? Il se peut également que les médecins redoutent un affaiblissement de la prévention, qui finit par augmenter les coûts de la santé à long terme. Enfin, il n'est pas facile de savoir dans quelle mesure on peut diminuer le nombre de visites sans altérer la prise en charge et le diagnostic.

Quoi qu'il en soit, l'approbation massive de cette mesure réjouit certainement tous ceux qui cherchent à mieux contrôler le nombre des consultations médicales, notamment par l'introduction d'un passeport santé ou d'un dossier médical informatisé et accessible en réseau par tous les professionnels de santé. Cependant, s'il est certes facile d'interpréter cette approbation dans ce sens, les questions de la mise en œuvre de cette mesure soulèvent de nombreux problèmes liés à la sauvegarde du secret médical et à la préservation de la sphère privée des patients.

**Q17b. La diminution de la durée des consultations médicales permettrait d'abaisser les coûts en ambulatoire.**

Cette question suit la logique d'une approche qui cherche à diminuer la fréquence et la durée des consultations médicales pour faire baisser les coûts de la santé. Insistons sur le fait que ce sont des indicateurs quantitatifs exprimés en nombres et en minutes et qui sont impropres à mesurer la qualité de la prise en charge médicale. Nous sommes donc à nouveau confrontés à l'épineux problème posé par une approche économique trop influencée par des méthodes quantitatives. C'est probablement la raison principale pour laquelle cette mesure est refusée à 60%. Si la majorité accepte de diminuer le nombre de consultations (voir question 17a), elle est par contre nettement en défaveur d'une diminution de la durée des consultations. Un des participants au sondage a remarqué « C'est déjà très bref ! ». Le patient a besoin de pouvoir s'expliquer, d'être ausculté correctement et informé. Le médecin, quant à lui, doit pouvoir analyser le cas avant de prendre une décision. L'un comme l'autre a besoin de temps, car souvent il s'agit également d'établir la confiance ou tout simplement de rassurer.

Pour mieux comparer les mesures concernant la délégation de compétence, nous avons repris ce thème également dans le cadre des traitements ambulatoires. Les deux questions suivantes cherchent à connaître la perception des personnes interrogées par rapport à des compétences élargies pour les infirmières d'une part (question 17c), et pour le personnel auxiliaire de soins (question 17d). D'emblée nous constatons une certaine similitude dans les réponses pour la délégation des tâches en EMS et en traitement ambulatoire.

**Q17c. La délégation de certains actes médicaux aux infirmières permettrait d'abaisser les coûts en ambulatoire.**

Les réponses des personnes interrogées par questionnaire sont positives à 66.2%, seuls les membres de la Commission santé sont plus réticents. Comme ils sont plus spécifiquement des professionnels de santé, ils ont peut-être une appréciation plus nuancée des difficultés que l'application de cette mesure peut présenter concrètement. Or, dans la mesure où, dans les cabinets médicaux et les centres ambulatoires de soins, les infirmières travaillent en étroite collaboration avec les médecins, la délégation de certains actes médicaux est étroitement supervisée par le corps médical, présent en permanence, ce qui n'est pas le cas en EMS.

**Q17d. La délégation de certaines tâches des infirmières au personnel auxiliaire de soins permettrait d'abaisser les coûts en ambulatoire.**

Pour ce type de délégation, les avis récoltés par questionnaires sont partagés entre les professions, avec 47% de oui en moyenne. Ce résultat indécis nous a incités à avoir recours à la méthode Delphi. Or, cette consultation n'a pas permis de dégager un avis plus tranché. En effet, les experts Delphi sont aussi partagés (7 vs 6 sont « d'accord »). Peut-être jugent-ils la formation du personnel auxiliaire de soins insuffisante pour remplacer en toute circonstance les infirmières, ou comme un résidant l'a dit « Ce n'est pas pareil si on délègue ».

**Q17e. La diminution des revenus des médecins permettrait d'abaisser les coûts en ambulatoire.**

Cette question reprend l'affirmation populiste qui est souvent entendue lors des débats publics discutant les coûts de santé. Elle se réfère à des revenus prétendument trop élevés des médecins soupçonnés d'être une cause parmi d'autres de l'accroissement des coûts de la santé. Elle apparaissait déjà sous une autre forme dans la liste des dépenses d'un traitement (voir tableau 14). La diminution du nombre de visites (voir question 17a) a déjà conduit, à l'heure actuelle, à une diminution de revenu pour les médecins.

Or tous les professionnels en contact avec le domaine médical sont majoritairement contre (53.0% de non en moyenne). Ce résultat confirme donc le classement des dépenses par ordre de priorité résumé dans le tableau 14, où les salaires des médecins figurent au cinquième rang.

Seuls les économistes sont favorables à cette suggestion (4 pour, 2 contre, 2 indécis), car ils raisonnent souvent en termes très généraux et en termes de marché du travail, où ils souhaitent que les salaires – en tant que prix du travail – soient déterminés de façon aussi flexible que possible. Afin de promouvoir l'efficacité, ils préconisent la concurrence, qu'ils souhaitent encourager partout. Or, les salaires de médecins sont la plupart du temps tarifés et fixés contractuellement par les assurances. De ce fait, ils souffrent de manque de flexibilité et ont tendance à se fixer à des niveaux supposés plus élevés que les salaires qui seraient fixés sur un marché parfaitement concurrentiel. L'avis positif est donc plus le reflet d'un parti pris théorique qui correspond peu à la pratique actuelle des salaires.

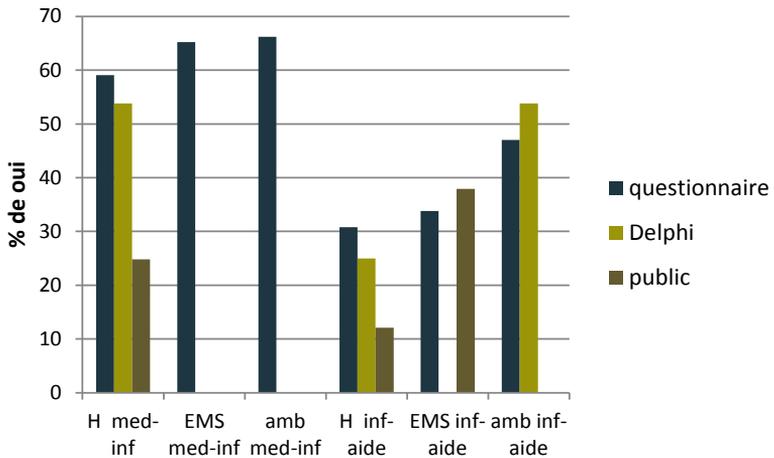
Les politiciens expriment également un avis peu tranché (2 pour, 2 contre, 1 indécis). On pourrait penser que ceux qui sont pour reprennent à leur compte une argumentation à connotation populiste plus qu'ils ne se réfèrent à la théorie économique.

### **Quels enseignements pouvons-nous tirer des réponses aux questions 15, 16 et 17 ?**

En essayant de dégager des tendances convergentes pour la promotion de mesures censées abaisser les coûts de la santé, nous pouvons tirer les conclusions ci-dessous.

Plusieurs propositions visent à déléguer certains actes médicaux, d'une part du médecin aux infirmières, d'autre part des infirmières au personnel auxiliaire de soins. La figure 6 compare les différentes réponses.

Il ressort de ces résultats que l'on ne peut déléguer des actes médicaux à un personnel moins coûteux que si l'on a confiance dans la qualité de sa formation. Dans la mesure où les infirmières sont titulaires de diplômes exigeants, on peut supposer qu'elles sont capables de reprendre certains actes médicaux. Par contre, lorsqu'il s'agit de remplacer les infirmières par un personnel de soins auxiliaire, la méfiance s'installe plus facilement, sauf en ambulatoire, où la collaboration entre médecins et personnel soignant est souvent étroite, ce qui facilite la supervision. Nous pensons que c'est une des raisons principales qui fait accepter cette mesure par les experts Delphi en cas de traitement ambulatoire seulement. Par contre, les mêmes experts la rejettent à 75% en cas d'hospitalisation.



H med-inf : délégation des médecins aux infirmières à l'hôpital  
 EMS med-inf : délégation des médecins aux infirmières en EMS  
 amb med-inf : délégation des médecins aux infirmières en ambulatoire  
 H inf-aide : délégation des infirmières aux aides en soins (personnel auxiliaire de soins) à l'hôpital  
 EMS inf-aide : délégation des infirmières aux aides en soins en EMS ;  
 amb inf-aide : délégation des infirmières aux aides en soins en ambulatoire

Fig. 6. Avis sur la délégation d'actes médicaux (% de oui)

La délégation de compétences pour faire baisser les coûts de santé des personnes hospitalisées continue donc à alimenter la controverse. Il semble qu'elle soit acceptable lorsque les conditions médicales le permettent, mais pas pour des raisons économiques. Cette interprétation est suggérée par les résultats obtenus selon la méthode Delphi : la délégation entre médecin et infirmières n'est acceptée que du bout des lèvres. Par contre, la délégation entre personnel infirmier et assistants en soins et santé communautaire ou aides en soins et accompagnement est franchement refusée en cas d'hospitalisation et juste acceptée en ambulatoire. Ces réponses témoignent peut-être également de l'estime généralement portée à la profession d'infirmière diplômée.

Enfin, en ce qui concerne les autres mesures, elles sont comparées entre hospitalisation et séjour en EMS dans la figure 7, tandis que la figure 8 les résume pour le traitement ambulatoire. Une rationalisation est souhaitée pour les frais d'hébergement en milieu hospitalier, mais soulève des craintes en EMS, où l'hébergement est quotidien, qu'on soit malade ou non. Selon ce résumé, la comparaison indique clairement que seule la réduction du nombre de consultations semble acceptable pour les personnes interrogées.

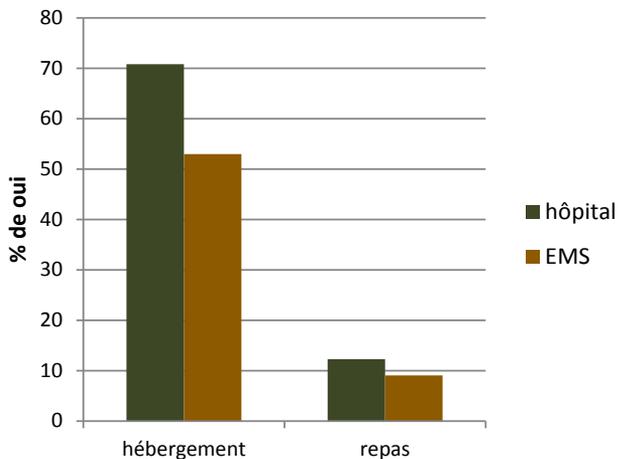


Fig. 7. Mesures d'économies lors d'hospitalisation ou en EMS (% de oui)

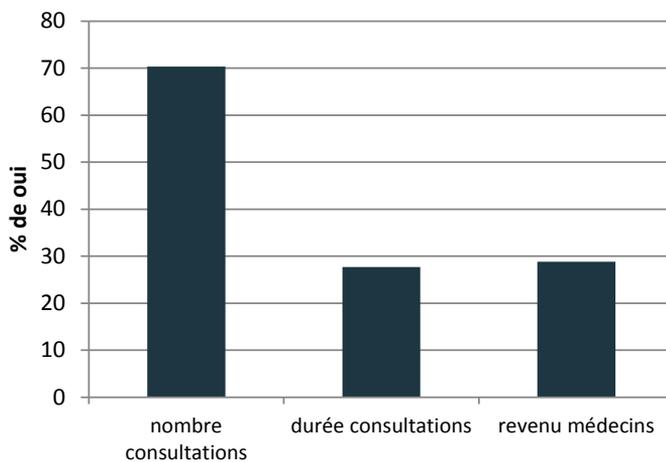


Fig. 8. Que peut-on diminuer en ambulatoire ? (% de oui)

### 3.3 Etude d'un cas coût d'une pneumonie

Après avoir sondé les avis des personnes interrogées sur quelques mesures simples de réduction de coûts, nous nous sommes demandé si nous pouvions encore explorer le potentiel d'économies par une étude : ciblée le choix judicieux du lieu de traitement en cas de pneumonie. Ce scénario a été retenu dans la mesure où il s'agit d'une maladie relativement fréquente chez des personnes âgées et parce qu'il avait déjà été utilisé dans notre étude *Attentes de soins en fin de vie*, qui a suggéré les questions suivantes.

#### Coût d'une pneumonie à l'hôpital ou en EMS

**Q18. Supposons un résidant d'EMS souffrant d'une pneumonie aiguë, pour qui on doit décider ou non d'une hospitalisation : est-ce que pour vous cette décision sera motivée en partie par des raisons économiques ?**

Cette question ne fait que reprendre plus concrètement celle que nous avons posée au début de notre questionnaire, où nous avons demandé aux personnes interrogées ce qu'elles pensent de l'affirmation selon laquelle « ce n'est pas à l'économie de traiter les questions médicales » (point 5 du questionnaire).

Cette fois-ci, la réponse est unanime les raisons économiques ne doivent pas intervenir dans une décision d'hospitalisation. C'est non à 79,7% pour le questionnaire et 73,55% pour le public. Un résidant a commenté cette question d'une manière lapidaire en disant « Si on est malade, on est malade ». Le tableau 19 permet de comparer ces résultats avec ceux obtenus au point 5 du questionnaire. En se référant non pas à une affirmation générale, mais au cas concret d'une pneumonie, le refus de l'ingérence des raisons économiques dans les décisions médicales devient beaucoup plus net.

	QUESTIONNAIRE (Q18)	DELPHI (Q18)	PUBLIC (Q5)
D'ACCORD	10.9	16.53	52.17
PAS D'ACCORD	79.7	73.55	24.64
INDÉCIS/NE SAIT PAS	9.4	9.92	23.19

Tableau 19 : comparaison des résultats obtenus avec ceux de la question 5 (%)

**Q19. A combien revient le traitement d'une pneumonie ?**

- en EMS
- à l'hôpital

Avec cette question, nous voulions voir si les personnes interrogées (essentiellement des professionnels de la santé ou de l'économie pour le questionnaire) avaient une idée des frais engagés pour le traitement de cette maladie chez une personne âgée. Beaucoup n'ont pas su que répondre. Seulement 35 personnes sur 69 questionnaires reçus (50.7%) ont fait des propositions, dont la moyenne, la valeur médiane et l'écart-type (dispersion des résultats) sont présentés dans le tableau 20.

	À L'HÔPITAL	EN EMS
MOYENNE	8'439,40	3'181,82
MÉDIANE	6'000	1'500
ECART-TYPE	6'474,42	3'934,66

Tableau 20 : estimation moyenne du coût pour traiter une pneumonie en CHF

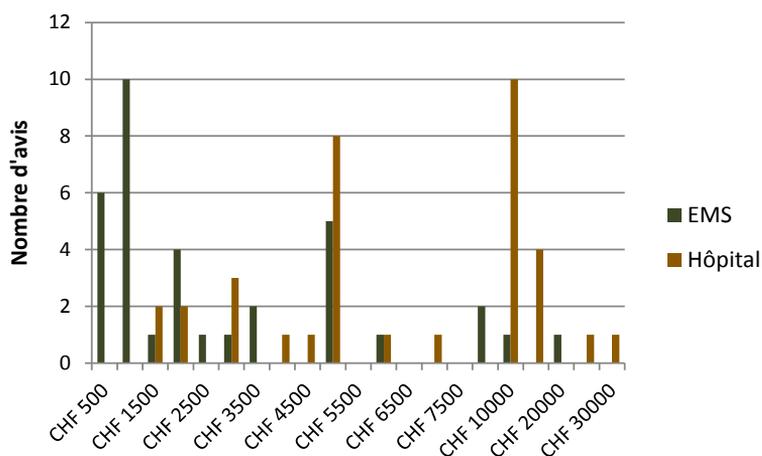


Fig. 9. Estimations du coût pour traiter une pneumonie (nombre d'avis par sommes indiquées)

La valeur médiane est une indication plus fiable que la moyenne et peut être prise pour comparer ces estimations au coût réel ; cependant l'écart-type est très grand, ce qui signifie qu'il y a une très grande dispersion des sommes proposées et donc une grande incertitude. C'est ce qu'illustre la figure 9, qui montre la fréquence et la répartition des réponses.

Pour l'hôpital, il y a deux pics l'un à CHF 5'000 et l'autre à CHF 10'000. Les estimations vont de CHF 1'500 à CHF 30'000, avec une médiane à CHF 6'000.

En EMS, la situation est différente dans la mesure où le résidant reste « chez lui ». Là les estimations vont de CHF 500 à CHF 20'000. Un premier pic est à CHF 1'000, un deuxième à CHF 5'000, la médiane est à CHF 1'500.

Le public a répondu à des questions ciblées où différents coûts étaient proposés

- A combien revient le traitement d'une pneumonie en EMS ?  
CHF 0-500/500-1000/1000-2000/>2000.
- À combien revient le traitement d'une pneumonie à l'hôpital ?  
CHF 500-1000/1000-2000/2000-5000/>5000.

EMS			HÔPITAL		
	QUESTIONNAIRE	PUBLIC		QUESTIONNAIRE	PUBLIC
0 - 500	17.1	12.93	500 - 1000	0	00.89
500 - 1000	28.6	32.76	1000 - 2000	11.4	11.61
1000 - 2000	14.3	25.00	2000 - 5000	37.1	48.21
>2000	40.0	29.31	>5000	51.4	39.29

Tableau 21 : comparaison des réponses obtenues pour le questionnaire et pour le public (%)

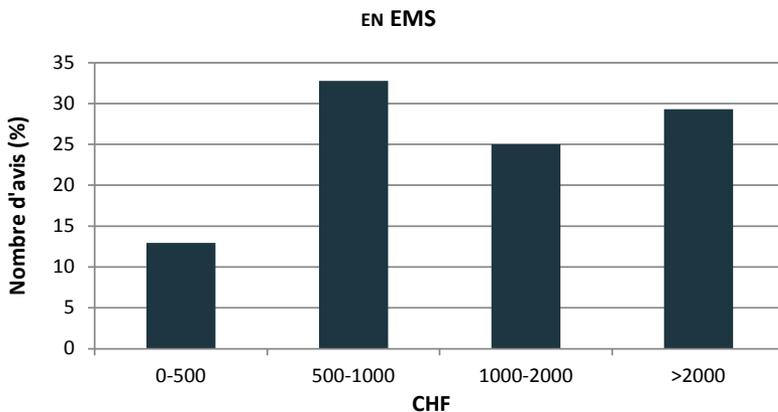


Figure 10 estimations du public pour le traitement en EMS

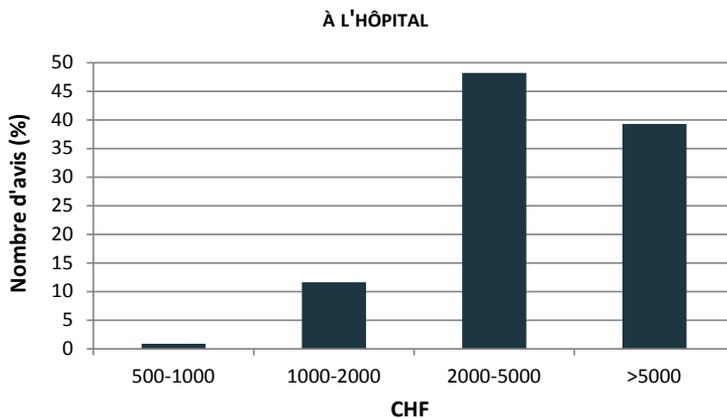


Figure 11 estimations du public pour le traitement à l'hôpital

Dans l'ensemble il n'y a que peu de gens qui ont une idée précise du coût pour traiter une pneumonie.

### *Situation à l'hôpital*

Comme la plupart des personnes interrogées vivent à Genève, nous nous basons sur les tarifs des HUG (il y a de fortes variations de tarifs selon les hôpitaux).

Il faut noter que la somme facturée ne correspond pas au coût réel, puisque 55% des coûts sont assumés par l'État. De plus, il est difficile de donner une valeur unique, car différents paramètres entrent en ligne de compte. Mais pour une pneumonie sans complications graves (sans séjour prolongé ou soins intensifs) on peut prévoir une facture entre CHF 2'830,30 et CHF 4'800,60. Donc les coûts peuvent être estimés à au moins CHF 6'290 sans ambulance et CHF 7'690 avec ambulance (pour une estimation moyenne de 2x CHF 700, les frais d'ambulance pouvant varier de CHF 550 à CHF 864). De plus il faut encore y ajouter au moins une consultation médicale avant l'hospitalisation et une après. Notons également que les frais de pension en EMS continuent à être facturés pendant l'hospitalisation.

La majorité des personnes qui ont répondu sont au-dessous de cette valeur minimale. Celles qui ont cité des valeurs très élevées ont peut-être eu l'exemple de cas avec complications, fréquents pour des personnes très âgées.

### *Situation en EMS*

Selon une estimation faite par un médecin responsable d'EMS, la facture s'élève entre **CHF 1'260,80** et **CHF 1'727,65** avec seulement deux visites médicales pour la durée du traitement, ce qui est un minimum. On peut donc prévoir une augmentation si l'état du patient nécessite davantage de visites du médecin. Cette valeur ne correspond cependant pas aux coûts, car les soins infirmiers et le matériel de soins ne sont pas facturés.

14.3% seulement pour le questionnaire et 25% pour le public sont dans la bonne fourchette.

Il semble donc que la majorité des personnes sondées, et probablement de la population dans son ensemble, n'a pas une idée précise ni des coûts ni des frais facturés pour un tel traitement. Ce qui amène à la conclusion que les bases pour prendre position sur les questions économiques de santé des personnes âgées sont bien fragiles.

Notons enfin que la formulation de la question « A combien revient le traitement d'une pneumonie ? » était involontairement ambiguë, car elle ne précisait pas si cela concernait les coûts ou la facture.

**Q20. La décision relative au traitement d'une pneumonie chez un résident doit se faire sans arrière-pensée des coûts.**

Cette question peut se comprendre comme une question de contrôle, car elle pose un peu différemment la problématique soulevée aux points 5 et 18 du questionnaire. La réponse est également unanime, 68,7% sont d'accord (46/67), dont 33 « complètement d'accord ». Tous les groupes affichent une médiane de 4 à 5, soit « d'accord » ou « complètement d'accord ». Nous constatons donc une forte cohérence dans les réponses. Peu importe comment la question est posée, les personnes interrogées refusent nettement que les raisons économique deviennent un critère de décision dans le domaine médical.

**Q21. Est-ce qu'en cas de pneumonie une hospitalisation comparée au traitement dans l'EMS coûte plus cher ?**

Nous cherchons à savoir si les personnes interrogées ont une idée de « qui paie quoi » pour le traitement d'une pneumonie et avons, à cette fin, proposé les groupes suivants :

- le patient (question 21a)
- l'assurance (question 21b)
- l'État (le contribuable), (question 21c)

**Q21a. Est-ce qu'en cas de pneumonie, une hospitalisation comparée au traitement dans l'EMS coûte plus cher pour le patient ?**

Cette question présuppose une certaine connaissance des coûts. Or, l'objectif de cette question n'était pas de tester les connaissances factuelles des personnes interrogées, mais de connaître leur perception tout à fait subjective des coûts engendrés par le traitement d'une pneumonie soit à l'hôpital, soit en EMS. C'est l'indécision qui l'emporte avec 16.9% d'indécis et une répartition à peu près égale entre « d'accord » (43,1%, dont 18/26 voix « complètement d'accord ») et « pas d'accord » (40%, dont la moitié « absolument pas d'accord »). Ce fort pourcentage d'indécis montre que les personnes interrogées ne connaissent pas la réponse et sont plutôt déstabilisées par cette question, ce qui peut inciter certains à argumenter avec des chiffres délibérément erronés dans le débat public sur les moyens à mettre en œuvre pour réduire les coûts. Il y aurait apparemment peu de risque pour que le public s'en rende compte !

En regardant les résultats de plus près, on constate que des médecins, pharmaciens, responsables administratifs et économistes répondent d'une manière négative ; par contre, les infirmières, les politiciens et les membres

de la Commission santé sont plutôt d'accord. Apparemment leurs expériences professionnelles sont fort différentes. Les experts Delphi sont aussi partagés, avec seulement 53.8% de « non ». Cette situation se répète également pour le public qui, lui aussi, est très divisé, avec une majorité d'indécis.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	40.0	46.2	35.90
PAS D'ACCORD	43.1	53.8	23.08
INDÉCIS/NE SAIT PAS	16.9	/	41.03

Tableau 22 : comparaison des résultats (%)

La comparaison des résultats résumée dans le tableau 22 confirme la difficulté à évaluer le coût réel d'une pneumonie et d'en déduire les frais payés par le patient.

**Q21b. Est-ce qu'en cas de pneumonie, une hospitalisation comparée au traitement dans l'EMS coûte plus cher pour l'assurance-maladie ?**

Tout le monde est d'accord (76,9%), (dont 27/50 « complètement d'accord »). Le public suit, avec quand même 24.07% d'indécis.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	76.9	/	66.67
PAS D'ACCORD	10.8	/	9.26
INDÉCIS/NE SAIT PAS	12.3	/	24.07

Tableau 23 : comparaison des résultats (%)

Même si ces personnes ne savent pas à combien s'élèvent les factures pour une pneumonie, elles supposent que c'est forcément plus cher à l'hôpital et que ce sont les assurances qui payent.

**Q21c. Est-ce qu'en cas de pneumonie, une hospitalisation comparée au traitement dans l'EMS coûte plus cher pour l'État (le contribuable) ?**

C'est la même réaction 64,6% sont d'accord (dont 24/42 « complètement d'accord ») contre 15,4% qui disent non (dont 7/10 « absolument pas d'accord »). Le public suit avec des pourcentages similaires.

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	64.6	/	64.29
PAS D'ACCORD	15.4	/	8.04
INDÉCIS/NE SAIT PAS	20.2	/	27.68

Tableau 24 : comparaison des résultats (%)

Le calcul des frais pour le scénario d'une pneumonie nécessitant 13 jours maximum de traitement démontre clairement que l'hôpital est toujours plus cher pour tous les acteurs que les soins en EMS (voir annexe 3).

L'État prend à sa charge 55% des coûts réels lors d'une hospitalisation, mais il n'intervient pas pour les soins en EMS, du moins pas directement, car il soutient les EMS (contribution qui n'est pas prise en compte dans ces calculs).

Enfin, pour l'assuré et l'assurance, les sommes déboursées varient beaucoup selon la franchise choisie (selon la loi entre CHF 300 ou CHF 2'500) et si les quotes-parts ont déjà été utilisées ou non pour cette année civile (maximum CHF 700). Par exemple, les patients qui doivent s'acquitter d'une franchise élevée peuvent se voir facturer CHF 3'395 en cas d'hospitalisation pour une facture globale de CHF 6'200, tandis qu'avec une franchise et une quote-part déjà utilisées, ils ne déboursent que CHF 195.

### Choix d'un traitement curatif ou de confort

**Q22. Traitement souhaitable pour un résidant d'EMS atteint de pneumonie.**

Les questions suivantes demandent de faire un choix entre un traitement de confort et un traitement curatif (elles ont été dictées par les résultats obtenus auprès de résidents et de leurs soignants et responsables pour l'étude *Attentes de soins en fin de vie*. Elles font toutes intervenir des jugements de valeur subjectifs et sont forcément tributaires de trajets de vie très variés et personnels.

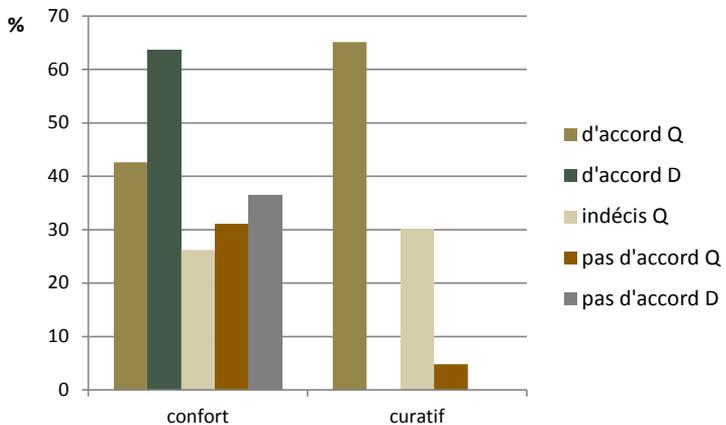
Elles font implicitement référence à la notion de « qualité de vie » que chaque résidant d'EMS doit définir pour lui-même (voir chapitre 3.4).

**Q22a. A votre avis, un résidant d'un EMS atteint de pneumonie aimerait un traitement de confort ?**

C'est l'indécision qui prime dans tous les groupes 31.1% « pas d'accord », 42.6% « d'accord », 26.2% indécis. Notons que les infirmières sont d'accord à 78,6% (dont 7/11 « complètement d'accord ») ainsi que la Commission santé à 54,5% (dont la moitié est « complètement d'accord »). Les résidants, quant à eux, sont indécis. Même si les experts sont un peu plus en faveur d'un traitement de confort (63.6%), l'indécision n'est pas levée, car elle reste difficile à trancher, du fait que les réponses peuvent varier énormément d'un résidant à l'autre. Comme l'incertitude du moment précis de leur mort est la même pour tous, l'indécision est forcément la meilleure réponse.

**Q22b. A votre avis, un résidant d'un EMS atteint de pneumonie aimerait un traitement curatif ?**

65.1% sont d'accord (dont 21/41 « complètement d'accord »), 30,2% sont indécis et 4,8% ne sont absolument pas d'accord.



Légende Q = questionnaires ; D = Delphi

Fig. 12. Comparaison des choix entre traitement de confort et traitement curatif (les résultats sont exprimés en % pour l'ensemble des personnes interrogées)

Le public a dû répondre à la question suivante « Un résidant d'un EMS atteint de pneumonie préfère un traitement de confort à un traitement curatif ».

	QUESTIONNAIRE	DELPHI	PUBLIC
D'ACCORD	42.6	63.6	51.30
PAS D'ACCORD	31.1	36.4	26.96
INDÉCIS/NE SAIT PAS	26.2	/	21.74

Tableau 25 : comparaison des résultats (%)

Une légère majorité a choisi le traitement de confort dans tous les groupes interrogés. Mais il y a une contradiction quand les réponses à la question 22b donnent 65.1% de personnes favorables à un traitement curatif !

L'étude *Attentes de soins en fin de vie* a mis en évidence la divergence des réactions des résidants d'une part, et des soignants et proches d'autre part. Les résidants ont souvent exprimé le désir qu'on les laisse tranquilles chez eux (en EMS) plutôt que de devoir subir le stress d'une hospitalisation avec tout ce que cela comporte de déplacement, dépaysement, examens, soins et ils ne veulent le plus souvent qu'un traitement de confort, tandis que les proches et les soignants voudraient hospitaliser.

Les infirmières impliquées dans l'étude *Attentes en fin de vie* connaissent cela, d'autant plus que notre étude a été faite dans leur EMS.

Nous avons eu quelques remarques de différentes personnes « Les deux ! (confort et curatif) » ; « Pas d'avis, c'est selon les personnes » ; « Cela dépend de l'âge et de l'état général » ; « En fonction des directives anticipées, les deux hypothèses sont valables ».

C'est ici que les directives anticipées prennent tout leur sens, en laissant à chacun le droit de décider ce qu'il souhaite quand il sera dans une telle situation.

### 3.4 Réduction des coûts et qualité de vie

La notion « qualité de vie » apparaît souvent comme critère dans les décisions médicales. Notre étude *Attentes en fin de vie* a montré que les médecins se font une opinion sur la « qualité de vie » de leurs patients que ces derniers ne partagent

pas forcément. Cette divergence montre à quel point cette notion est délicate. Elle devrait inciter le corps médical et le personnel soignant à pratiquer une médecine à l'écoute du patient. Son avis devrait primer sur toute autre considération. Il s'agit avant tout du respect de la liberté individuelle.

Cet avis peut avoir des conséquences directes sur les coûts. Non seulement il peut déterminer la décision entre un traitement curatif et un traitement de confort, où il est difficile d'établir une règle simple concernant les conséquences sur l'évolution des coûts, mais il peut également influencer le choix entre l'hospitalisation ou le traitement en EMS.

D'un point de vue économique, la question de la « qualité de vie » a trouvé une réponse au niveau global. La « qualité de vie » est mesurée en termes de revenu national par tête. Comme les revenus des uns sont les coûts des autres, le lien entre économie et « qualité de vie » est vite établi un accroissement de la « qualité de vie » pour une personne est, en moyenne, mesuré par le taux de croissance économique par tête<sup>1</sup>.

Cette apparente simplicité conceptuelle de la mesure statistique de la « qualité de vie » jouit d'une grande acceptabilité et sert aujourd'hui couramment de base statistique dans les comparaisons internationales. Elle a suscité la critique dès l'adoption par l'ONU de la « comptabilité nationale », qui a permis de mesurer statistiquement la croissance économique, dorénavant synonyme de « qualité de vie »<sup>2</sup>. Les problèmes méthodologiques propres à toute analyse statistique quantitative, cette critique mise à part, se sont très vite nourris d'adages populaires, parmi lesquels figure notamment celui qui affirme que « l'argent ne fait pas le bonheur ». Il n'y a qu'un petit pas vers l'affirmation que la « qualité de vie » ne peut être l'affaire de l'économie et un petit pas supplémentaire pour affirmer que les critères médicaux ne doivent pas être supplantés par des arguments économiques.

Tous ces raccourcis commodes, mais un peu trop simples, n'arrivent pas à venir à bout de la difficulté de clairement définir la « qualité de vie » comme critère pour des décisions médicales ayant directement ou indirectement des conséquences sur l'évolution des coûts de la santé.

Une fois admis que la critique de la définition économique de « qualité de vie » est trop sommaire, il faut se demander quelles sont les alternatives. Affirmer que la « qualité de vie » ne dépend pas seulement du succès matériel, mais également de dimensions affectives, émotionnelles et spirituelles ne fait qu'enfoncer des portes ouvertes et n'en fait pas un critère de décisions affectant les coûts de la santé. Il suffit, pour s'en convaincre, de se demander quelle définition de la « qualité de vie » pourrait émerger si les économistes s'occupaient également de ces dimensions !

L'avantage d'une définition économique simple de la « qualité de vie » est sans doute sa clarté, malgré la critique portée à son caractère réducteur, mais le grand problème est de passer du niveau global de cette définition économique à un niveau individuel.

Une des conséquences immédiates de ce constat est que la définition de la « qualité de vie » est une notion parfaitement subjective, variant d'un individu à l'autre. Dans ce sens, la question « Comment définissez-vous une bonne « qualité de vie » vise avant tout à rendre plus explicite l'énorme variété d'avis, difficile à réduire à un seul critère de décision. En posant cette question, nous nous sommes, une fois de plus, intéressés à la perception subjective des personnes interrogées sur leur définition de la « qualité de vie ». Il s'agissait ici d'une question ouverte.

Non seulement nous avons demandé aux personnes interrogées de répondre de leur point de vue personnel, mais nous leur avons également demandé de faire l'effort de se mettre à la place d'un-e :

- patient/résidant,
- personne atteinte de démence,
- handicapé physique.

Il a fallu un sens aigu de l'arbitrage pour interpréter au plus juste les 385 expressions, remarques ou déclarations contenues dans les 69 questionnaires reçus, afin de les classer en un nombre restreint de catégories. Dans une première phase, nous les avons rassemblées sous 64 expressions-clés, puis réunies pour obtenir finalement 9 mots-clés pour les 4 situations évoquées. Le tableau 26 résume le résultat de ce travail de synthèse.

MOTS-CLÉS	EXPRESSIONS
1. Intégrité physique et psychique	Intégrité physique et psychique ; activités physiques et mentales ; santé physique et psychique ; continuer à penser ; maintien des capacités résiduelles ; possibilité de développement personnel
2. Absence de souffrance	Absence de souffrances ; sans angoisse de vieillir ou mourir ; pas de stress ; ne pas s'en rendre compte en cas de démence

MOTS-CLÉS	EXPRESSIONS
3. Autonomie, indépendance y compris économique	Autonomie, indépendance ; autonomie économique ; liberté (en institution) ; préserver l'autonomie même si cela comporte des risques ; travail intéressant ; bonne assurance ; sécurité matérielle
4. Empathie, respect et dignité	Respect de la dignité ; être entouré d'empathie et d'amour ; respect des habitudes de vie ; respect des besoins fondamentaux ; activités physiques et mentales ; prise en compte des directives anticipées ; contact détendu avec le personnel (EMS) ; libre choix sur le plan médical ; être écouté comme malade ; désamorcer les conflits ; être rassuré ; information objective sur mon état ; relation avec le patient par paroles, toucher ou regard ; respect des convictions ; respect des directives anticipées
5. Relations et vie sociale, y compris art et culture	Relation avec les proches ; vie sociale active ; contacts familiaux et sociaux ; équilibre harmonieux (relations sociales et vie privée) ; intérêts culturels et artistiques ; vie familiale harmonieuse ; recevoir des visites
6. Soins, encadrement, animation	Prise en charge personnalisée et de qualité ; bon encadrement ; soins spécialisés de qualité ; en institution : confort, nourriture, activités ; animation, sorties, groupes achats (en institution) ; accès aux soins ; literie et sanitaires propres ; traitement pour les angoisses ; contribution de bénévoles
7. Lieu de vie adapté (sécurisé)	Environnement (ou habitat) agréable, avec verdure ; lieu de vie sécurisé ; maintien à domicile avec encadrement ; sécurité
8. Plaisir de vivre	Bien-être ; plaisir de vivre ; vivre le moment présent ; force vitale suffisante pour trouver du plaisir et bonheur ; soigner son apparence
9. Handicap et adaptation	Environnement adapté sans barrières architecturales ; moyens matériels nécessaires en cas de handicap ; traitement médical offert par le service public ; valoriser les projets de vie pour les handicapés ; accès aux transports ; développer les capacités encore intactes ; intégration des handicapés dans la société comme pour une personne valide ; limiter la dépendance à un tiers

Tableau 27 : Liste des expressions rassemblées par mots clé

Le tableau 27 en fin de chapitre donne le nombre d'avis par mots-clés et catégories de personnes.

Le public n'a été consulté que sur 5 mots-clés (correspondant respectivement aux 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mots-clés du tableau 26) en répondant à la question « Comment définissez-vous une bonne qualité de vie pour vous-même/un résident d'EMS/une personne atteinte de démence ». Il ne devait sélectionner qu'une seule réponse.

### Critères définissant la qualité de vie pour soi

La majorité des personnes interrogées ont désigné l'intégrité physique et psychique (33x), puis l'autonomie et l'indépendance (32x) comme valeurs essentielles pour une bonne qualité de vie. L'autonomie économique n'a été citée que 13 fois, mais peut-être est-elle incluse dans le terme indépendance, qui signifie « ne dépendre de personne » et donc pouvoir subvenir à ses besoins matériels. Ces réponses dénotent l'inquiétude de se voir un jour diminué physiquement ou mentalement (Fig. 13).

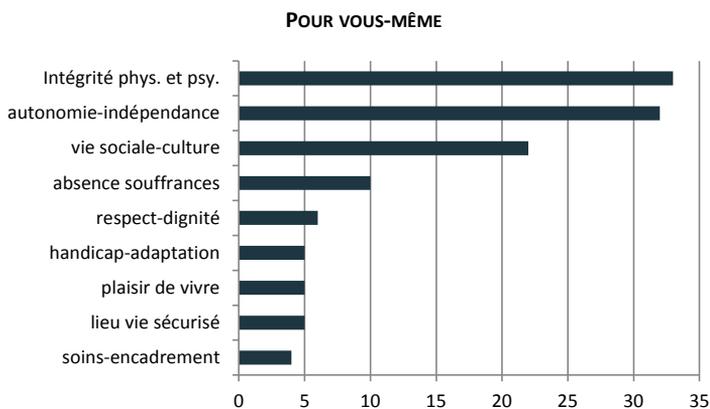


Fig. 13 : nombre d'avis par mots-clés

La vie sociale, les contacts et relations sont également jugés importants avec 17 mentions aux relations sociales et familiales.

Les autres critères sont beaucoup moins évoqués. L'absence de souffrances n'est

mentionnée que 10 fois. Peut-être a-t-on du mal à imaginer qu'on va souffrir ! Le public a sélectionné « autonomie et indépendance y compris économique » (39.64%) et « intégrité physique et psychique » (33.3%). Les relations sociales ont reçu 18.02% des voix. Ces résultats correspondent aux réponses des questionnaires ci-dessus.

### Critères définissant la qualité de vie pour les résidents d'EMS

Pour des personnes résidant en EMS, il n'est plus question d'indépendance. Ici, ce sont les soins-encadrement et respect-dignité qui dominent. L'intégrité physique et psychique ne sont plus les facteurs dominants, probablement parce que le fait d'être dans un EMS suppose la perte au moins partielle de l'intégrité (Fig. 14).

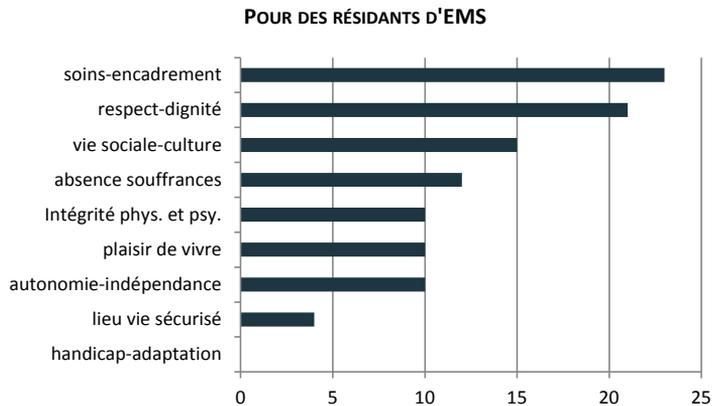


Fig. 14 : nombre d'avis par mots-clés

Pour « soins-encadrement », les demandes sont nombreuses comme « prise en charge personnalisée et de qualité » 8x ; « en institution confort, nourriture, activités » 5x ; « animation, sorties, groupes achats (en institution) » 4x. Le respect, la dignité et l'empathie sont détaillés, avec des expressions telles que « respect des habitudes de vie » 6x ; « respect de la dignité » 4x. Il y a aussi la préoccupation d'avoir un libre choix et d'être écouté comme malade.

Les relations et la vie sociale comptent encore beaucoup, on espère pour un résident qu'il puisse voir ses proches et recevoir des visites (15x). Par contre la vie culturelle n'est pas mentionnée.

L'absence de souffrance est mentionnée 9x. L'intégrité physique et psychique apparaît 5x, et la santé psychique et physique (4x).

On parle de bien-être (8x) mais aussi de plaisir de vivre, alors que ce dernier critère n'est quasiment pas mentionné pour les autres groupes.

L'autonomie et la liberté sont mentionnées 10x. Il n'est pas question d'autonomie financière.

Le public a sélectionné « Empathie, respect et dignité » (33.03%) et « Soins, encadrement, animation » (24.77%), suivi par « Intégrité physique et psychique » (15.60%) et « Autonomie, indépendance y compris économique » (14.68%). Ces résultats concordent avec les avis des questionnaires.

### Critères définissant la qualité de vie pour des personnes démentes

Pour elles, ce sont les soins et encadrement qui sont plébiscités. Viennent ensuite empathie, respect et dignité (Fig. 15).

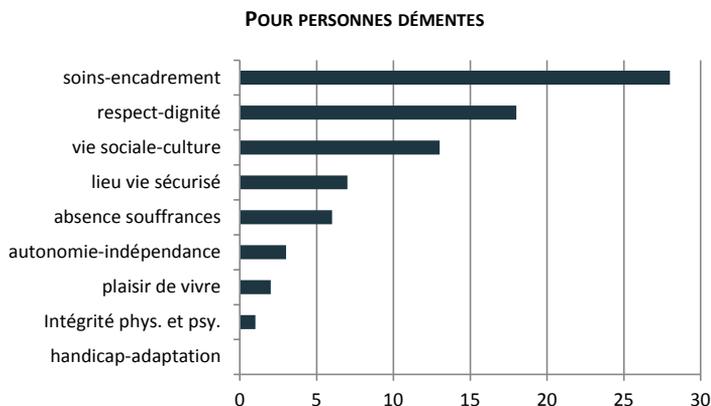


Fig. 15 : nombre d'avis par mots-clés

Dans la rubrique « soins, encadrement, animation », sont soulignés « soins spécialisés de qualité » (7x) ; « prise en charge personnalisée et de qualité » (5x)

et « bon encadrement » (5x). Le « respect de la dignité » est souhaité 8x. Les relations avec les proches, contacts familiaux et sociaux sont cités 10x. Cela correspond à la démarche d'institutions spécialisées qui cherchent à stimuler les patients et les maintenir aussi longtemps que possible en lien avec l'entourage. Un lieu de vie sécurisé paraît plus important (5x) qu'un lieu agréable (2x). L'absence de souffrances n'est citée que 6x et le plaisir de vivre pas du tout. Le public a sélectionné « Empathie, respect et dignité » (66.96%) suivi par « Soins, encadrement, animation » (28.70%). Bien qu'inversés, ce sont les mêmes mots-clés prioritaires que dans les questionnaires.

### Critères définissant la qualité de vie pour des handicapés physiques

Le mot-clé « empathie, respect et dignité » apparaît 19 fois et « handicap-adaptation », qui comprend un environnement adapté, les moyens matériels mis à disposition ainsi que le traitement médical provenant du service public, est cité 13 fois (Fig. 16).

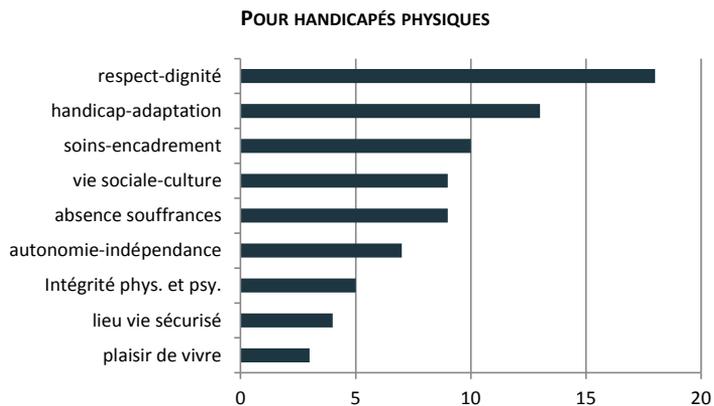


Fig. 16 : nombre d'avis par mots-clés

Pour les soins on trouve en particulier « bon encadrement » (5x) ; la vie sociale comprend essentiellement les contacts avec la famille et la société (8x) contre une seule citation pour des intérêts culturels et artistiques.

L'absence de souffrance enregistre le même score (8x). L'autonomie et l'indépendance ne sont citées que 3x.

Le public n'a pas été consulté sur la question relative aux handicapés physiques.

### Synthèse des résultats

On voit très nettement les priorités selon l'état des personnes considérées. Le tableau 27 résume les réponses par mots-clés et catégorie de personnes (uniquement pour les questionnaires).

MOTS-CLÉS	VOUS-MÊME	RÉSIDENT	PERSONNE DÉMENTE	HANDICAPÉ PHYSIQUE
INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE	33	10	1	5
ABSENCE DE SOUFFRANCES	10	12	6	9
AUTONOMIE, INDÉPENDANCE Y COMPRIS ÉCONOMIQUE	32	10	3	7
EMPATHIE, RESPECT ET DIGNITÉ	6	21	18	18
RELATIONS ET VIE SOCIALE, Y COMPRIS ART ET CULTURE	22	15	13	9
SOINS, ENCADREMENT, ANIMATION	4	23	28	10
LIEU DE VIE ADAPTÉ (SÉCURISÉ)	5	4	7	4
PLAISIR DE VIVRE	5	10	2	3
HANDICAP ET ADAPTATION	5	0	0	13

Tableau 27 : Nombre de réponse par mots-clés et catégories de personnes (questionnaires)

En résumé, les critères pour définir la « qualité de vie » varient beaucoup avec les situations, les personnes et peut-être aussi leurs professions. Il est intéressant de constater que les critères économiques sont peu évoqués.

Il y a aussi, dans ces réponses, une description de la manière dont les personnes interrogées voudraient être traitées au cas où elles feraient, un jour partie de ces groupes dépendants.

Comme on peut le constater, la définition économique de « qualité de vie » est trop globale pour trouver un écho au niveau individuel. Ce que l'on entend par « qualité de vie » dépend dans ce cas de critères subjectifs. Cela condamne toute tentative de promouvoir la notion de « qualité de vie » comme critère pour les décisions médicales. Dès lors, vouloir juger de son impact sur l'évolution des coûts devient tout aussi illusoire. Tout ce que la diversité d'opinions sur la « qualité de vie » met en évidence est le profond respect face à des choix individuels librement consentis, condamnant ainsi toute forme de tutelle exercée par des appréciations trop variables émanant des médecins, du personnel soignant, des assistants sociaux et autres professionnels qui s'occupent des personnes âgées.

## 4. Conclusion

Notre enquête montre que le lien entre l'économie et la santé est difficile à cerner. Il reste conflictuel malgré de nombreux points de convergence. Une tendance se dégage néanmoins : les personnes interrogées restent sceptiques face à la logique économique et favorisent les critères médicaux. Le débat entre qualité de soins et réduction de coûts reste donc vif : il ne fait que s'inscrire dans un long récit qui a marqué toute l'histoire de l'humanité, souvent tentée de confondre quantité avec qualité. Les réponses obtenues indiquent souvent un manque de connaissance et de transparence. Pour pouvoir mener ce débat en toute sérénité et concilier les différents intérêts (pas seulement économiques) qui s'affrontent dans le secteur de la santé, il faudrait donner aux professionnels comme au public une information beaucoup plus complète. Le scepticisme que nous croyons déceler dans un certain nombre de réponses provient peut-être de l'usage très varié du mot « économie ». Tantôt il désigne la gestion et les exigences administratives en constante augmentation, tantôt il se réfère à des activités lucratives des secteurs économiques intimement liées à celles de la santé, comme l'industrie pharmaceutique et les assurances. Or, ni le renforcement de la bureaucratie, ni l'avancement des lobbies économiques ne sont évidemment des garants pour la qualité des soins. Ils ne font que nourrir la crainte que le recours au raisonnement économique ne favorise une médecine qui s'éloigne des grands principes non seulement de la médecine elle-même, mais également de ceux de la vie en commun comme l'entraide, la solidarité et l'empathie.

Notre enquête semble révéler une forme de résignation. Surtout dans le cas de certaines réponses, qui hésitent entre une franche opposition à toute forme d'intrusion du raisonnement économique dans le secteur de la santé et une crainte que cette opposition ne soit vaine et vienne de toute façon trop tard (voir chapitre 3.1, notamment réponses aux questions 4 à 6). Les approches économiques de la santé ne seraient qu'une facette parmi d'autres de la référence omniprésente à l'économie, qui est devenue si courante partout. L'économie de la santé ne serait dès lors qu'un cas particulier d'une tendance plus vaste, celle de l'expansion sans limite de l'univers économique.

Cette expansion entraînerait une banalisation de la vie en commun, car tout deviendrait achetable. La santé serait une marchandise qui a son prix et le soulagement de la souffrance une simple affaire de calcul économique. Heureusement, une telle conclusion dépasse la réalité. La médecine fait partie des domaines qui ont leurs spécificités propres. Certains aspects peuvent parfaitement être analysés en termes économiques. D'autres y échappent complètement. Comme le montre Michael J. Sandel d'une manière convaincante, il y

a des limites morales à la logique marchande<sup>1</sup>. Les marchés, proposés par les économistes comme de véritables outils d'efficacité, ne sont moralement pas neutres. Un prix fixé par un marché concurrentiel n'est pas d'emblée « juste ». La question « jusqu'où voulons nous soumettre la médecine à la loi des marchés » touche finalement aux règles que nous aimerions adopter quant à la vie en commun et quant aux valeurs que nous cherchons à promouvoir.

Parmi ces valeurs, le degré de solidarité se trouve notamment au centre du débat. Et il se décline au pluriel. Il s'agit non seulement de la solidarité entre bien portants et malades, entre jeunes et vieux, mais également de la solidarité à l'intérieur de la même génération, notamment en ce qui concerne la capacité de chacun à suivre l'évolution des primes d'assurances sans que cela entraîne une désolidarisation néfaste pour la cohésion sociale. Déjà à l'heure actuelle de nombreux assurés sont exonérés partiellement ou complètement du paiement de ces primes. Cette pratique d'exonération croissante, d'ailleurs fort variable d'une région à l'autre, peut servir d'indicateur du degré de solidarité souhaitée, mais elle n'est, en aucun cas, apte à promouvoir la conscience collective des vrais enjeux posés par l'évolution des coûts du secteur de la santé dans son ensemble.

Une société dominée par l'économie est devenue si courante que beaucoup de personnes interrogées semblent s'en accommoder, d'autant plus que le vieillissement réclamant de plus en plus d'attention et de soins particuliers fragilise une partie croissante de notre population. Les personnes âgées ont souvent connu des contraintes économiques plus fortes au début de leur vie que les jeunes d'aujourd'hui. Elles craignent aussi que les acquis sur le plan médical et social puissent, à tout moment, être remis en question. La promotion du raisonnement économique dans le domaine de la santé ne serait pour elles que prétexte à mettre en cause le progrès social tout court. Ce sentiment n'est peut-être pas si répandu, mais il se nourrit du constat que l'économie ne semble s'intéresser aux aînés que lorsqu'ils rapportent. Les aînés sont devenus la cible de toute forme de marketing et leur stigmatisation en tant que facteur de tension d'un contrat social implicite entre générations renforce l'impression qu'ils ne font que coûter sans rapporter grand chose à la société (réduite pour l'occasion à l'économie elle-même). C'est comme si l'économie ne s'intéressait à eux que pour leur fonction d'acheteurs de services de santé, dont les plus lucratifs connaissent une attention particulière, alors que les autres devraient subir le sort de coupes budgétaires. La réduction de coûts promue au nom de l'efficacité économique ne concernerait finalement que les secteurs qui ne sont pas très bénéficiaires.

A nouveau une telle conclusion induit en erreur. Nos questions se référant concrètement à des mesures de réduction de coûts (voir chapitre 3.2) ont trouvé des réponses très nuancées, souvent en accord avec nos propositions. Dans l'ensemble, les mesures de réduction de coûts sont bien acceptées, les désaccords portent plutôt sur certaines modalités et sur leur mise en œuvre. Il y a donc un certain paradoxe. Si le chapitre 3.1, concernant les questions portant sur le lien entre l'économie et la santé en général, a une tonalité sceptique, le chapitre 3.2, concernant les mesures concrètes de réduction de coûts est par contre marqué par une certaine compréhension. Cette apparente contradiction s'explique, à notre avis, aisément : aussi longtemps que la crainte qu'une réduction des coûts peut signifier une baisse de qualité de traitement, la critique d'une approche économique est présente dans bon nombre de réponses. Cette crainte est diffuse et générale, mais elle ne signifie pas pour autant que les personnes interrogées ne sont pas conscientes que la maîtrise des coûts mérite une attention particulière. Questionnées sur des mesures concrètes, notamment sur la délégation des tâches, elles expriment des avis nuancés que nous considérons comme sensés.

Afin d'explorer un potentiel d'économie important dans le secteur de la santé, nous avons également posé des questions sur le lieu de traitement dans le cas d'une pneumonie (voir chapitre 3.3). Cette étude de cas nous a montré que les avis personnels sur les coûts sont parfois très éloignés de la réalité, même si cette dernière n'est pas très facile à reconstituer, tellement les traitements d'une pneumonie peuvent varier, notamment selon le degré de comorbidité impliquée. Le débat sur la rationalisation des soins est donc marqué par une certaine émotivité, où parfois l'expérience personnelle ou les rumeurs peuvent l'emporter sur un jugement raisonné. C'est déjà le cas quand on répond à certaines questions, mais quand il s'agit de sa propre santé, les priorités sont bouleversées. Dans le choix du lieu de traitement, les critères médicaux l'emportent très nettement, malgré le fait que la plupart des personnes interrogées sont conscientes que les EMS fonctionnent en moyenne à des coûts bien inférieurs à ceux des hôpitaux. Si certains résidents choisissent de rester en EMS pour se faire soigner, ce n'est pas par souci d'économie, mais par volonté personnelle, reflétant des positions philosophiques sur la fin de vie (voir *Attentes de soins en fin de vie*).

Ces positions sont omniprésentes dans les résultats à la question sur la « qualité de vie », qui sert à la fois de critère médical en cas d'hospitalisation et de mesures thérapeutiques (voir chapitre 3.4). Cette question est donc centrale lorsqu'il s'agit de donner un contenu opérationnel à la logique économique, qui définit l'accroissement de l'efficacité par une diminution de coûts et une augmentation du résultat des traitements médicaux. Les coûts s'expriment en francs et sont donc mesurables quantitativement. Mais les résultats ne s'expriment que rarement de manière quantitative et impliquent une appréciation qualitative. Comment dès lors comparer « des pommes avec des poires » ? La suggestion des économistes de traduire, aussi souvent que possible, le succès d'un traitement médical en termes quantitatifs n'est pas sans danger, car une mesure quantitative de la qualité finit par changer les objectifs de la médecine elle-même. Elle ne sert finalement qu'à nourrir la crainte que le recours au raisonnement économique dans le domaine de la santé nuise aux bons soins, diminuant ainsi leur qualité. La diversité des réponses à la question sur la définition de la « qualité de vie » en témoigne. Les indicateurs quantitatifs de performance comme le nombre de malades guéris, le classement des établissements de soins et autres manquent le plus souvent leur cible<sup>1</sup>. A l'évidence, la médecine ne peut pas être soumise à la logique des marchés concurrentiels sans trahir sa mission fondamentale.

## Notes

### Page 10

1. Stalder Hans, Bonvallat Françoise, Degrange Colette et al.  
Commission santé : Uni3 Université des seniors –  
Genève, atelier d'impression de l'Université de Genève – 2013 ;  
[www.unige.ch/uni3/Commission/Publications.html](http://www.unige.ch/uni3/Commission/Publications.html)
2. Quesnay François (1759). « Tableau économique suivi de Extrait des  
œconomies royales de M. de Sully »  
(source : [fr.wikisource.org/wiki/Tableau\\_%C3%A9conomique](http://fr.wikisource.org/wiki/Tableau_%C3%A9conomique)).

### Page 12

1. Bulletin des médecins suisse, 2014 ; 95 : 1598
2. Quatre thèses à propos de l'étude d'Avenir Suisse : « Les coûts de la santé  
dans une société vieillissante » Zurich, éditions Neue Zürcher Zeitung, 2005

### Page 13

1. [www.interpharma.ch/fr/faits-et-statistiques/2921-les-primas-augmentent-plus-que-les-couts-de-sante](http://www.interpharma.ch/fr/faits-et-statistiques/2921-les-primas-augmentent-plus-que-les-couts-de-sante)

### Page 14

1. Pour une description succincte de cette méthode :  
[www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/methode-delphi](http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/methode-delphi).
2. Toutes les désignations de personnes mentionnées dans le présent  
document valent par analogie pour les deux sexes.

### Page 15

1. Nous les désignerons sous le terme « politiciens » pour les distinguer de  
la Commission santé d'Uni3.

### Page 16

1. En statistique, la médiane d'un ensemble de valeurs est une valeur « m »  
qui permet de couper l'ensemble des valeurs en deux parties égales. Elle  
est préférable à la moyenne qui tient surtout compte des valeurs les  
mieux représentées
2. En statistique, l'écart-type est une mesure de dispersion des données :  
on obtient un faible écart-type quand tous les résultats sont groupés ;  
un grand écart-type grand quand ils sont dispersés.

### Page 18

1. [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/05/blank/key/05.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/05/blank/key/05.html)

Page 22

1. [www.tarmedsuisse.ch/fr.html](http://www.tarmedsuisse.ch/fr.html)

Page 25

1. [www.memopage.com/bourse/documents/CONSOogc.pdf](http://www.memopage.com/bourse/documents/CONSOogc.pdf)

Page 28

1. Bulletin des médecins suisses, 2014 ; 95 : 43

Page 34

1. [www.guidesocial.ch/fr/fiche/842/](http://www.guidesocial.ch/fr/fiche/842/)

Page 45

1. [www.rts.ch/info/regions/geneve/4413733-geneve-veut-retarder-l-entree-des-personnes-agees-en-ems.html](http://www.rts.ch/info/regions/geneve/4413733-geneve-veut-retarder-l-entree-des-personnes-agees-en-ems.html)
2. [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/01.Document.125066.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/01.Document.125066.pdf)

Page 63

1. Le rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social, paru en 2008, Professeurs J.E. Stiglitz, A. Sen, J.-P. Fitoussi, discute en détail des questions classiques relatives au produit intérieur brut, du terme « qualité de vie », du développement durable et environnement.  
(voir : [www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport\\_francais.pdf](http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_francais.pdf))
2. La comptabilité nationale mesure la performance d'une économie. Elle enregistre la somme de toutes les valeurs ajoutées créées dans un pays durant une année (voir : [www.comptanat.fr](http://www.comptanat.fr))

Page 73

1. Sandel Michael J. (2013), « What Money can't buy, the moral limits of markets », London, New York, Penguin

Page 75

1. Un exemple de ces efforts d'exprimer la qualité des soins par un indicateur quantitatif est le « quality-adjusted life year » (QALY), qui mesure le nombre d'années de vie additionnelles rendues possibles grâce à l'intervention médicale. ([www.eufic.org/article/fr/artid/Mesurer-fardeau-maladies-concept-QALY-DALY/](http://www.eufic.org/article/fr/artid/Mesurer-fardeau-maladies-concept-QALY-DALY/))

Annexes : <http://www.unige.ch/uni3/Commission/Publications.html>

## **Remerciements**

Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont pris le temps de participer à cette enquête ; ainsi que Mme M. Kretschmer, qui a contribué à classer toutes les expressions recueillies pour établir les mots-clés de la question sur la « qualité de vie », Mme E. Kolatte, pour ses remarques et conseils lors de la rédaction et Mme U. Carretero, qui a recruté les infirmières et organisé les entretiens avec les résidents de l'EMS de Val Fleuri.

## **IMPRESSUM**

### **Edition**

Université du 3<sup>e</sup> âge de Genève

### **Réalisation**

Loujaïn Almoman

### **Illustration**

Wolfgang Kolatte

### **Impression**

Atelier d'impression  
de l'Université de Genève

2016



**Uniz Université des seniors - Genève**  
Rue De-Candolle 2  
1205 Genève