



# L'État dans le système de santé suisse : une analyse à la lumière de la théorie des choix publics

VICTORIA CURZON PRICE\*

L'État intervient massivement et partout dans l'offre et la demande des prestations de santé, et la Suisse n'y fait pas exception. Mais la Suisse, contrairement à beaucoup de pays européens, a préservé un système relativement décentralisé et partiellement privé, donnant l'impression qu'elle a échappé aux principales dérives de la médecine étatique et monopolisée de ses voisins. Nous essayerons de démontrer au contraire, à travers trois exemples, que le système de santé suisse souffre d'un manque de concurrence qui à terme le condamne à la médiocrité. Il s'agit de cas classiques de la « théorie des choix public » – théorie qui explique pourquoi l'intervention étatique tend à favoriser les petits groupes bien organisés, au détriment de la très grande majorité de la population. L'explication tient en une phrase : l'art du lobbying consiste en la concentration des bénéfices sur les petits groupes bien organisés, et la répartition des coûts sur le plus grand nombre. La pilule est donc facile à faire avaler à la population... C'est donc grâce à la théorie des choix publics que nous pouvons expliquer certains aspects de la politique suisse de la santé qui par ailleurs semblent irrationnels, voire dommageables à l'intérêt des patients et de la population en général.

## 1. La « clause du besoin »

Cette clause limite le nombre de nouveaux cabinets médicaux. Elle fut introduite en 2002, prétendument pour freiner les coûts galopants des consultations (l'explication curieuse étant qu'un médecin sous-employé devait surfacturer ses services « pour vivre »). Aujourd'hui ses effets pervers sont largement reconnus :

\* Victoria Curzon Price est professeur honoraire à l'Université de Genève et présidente du conseil d'administration de l'Institut Constant de Rebecque. Ce rapport se base sur une conférence donnée à l'Institut Constant de Rebecque le 29 septembre 2008 à Genève.

- a) création d'une pénurie artificielle de médecins (attentes se mesurant en semaines, voire en mois, pour avoir un rendez-vous chez le médecin de son choix) ;
- b) blocage de l'innovation dans la création de nouvelles structures (par exemple, les cabinets multidisciplinaires, où les médecins peuvent travailler à temps partiel, ou l'ouverture de cliniques « petits bobos » dans les centres commerciaux, où les patients peuvent être reçus rapidement et sans rendez-vous) ;
- c) consolidation des structures anciennes, situation de rente pour les médecins en place, découragement de la relève, départ des jeunes médecins à l'étranger... et la liste n'est pas close.

Cette mesure, en réalité, fut introduite en anticipation de la libre circulation des personnes (dont les médecins) après 2004, en vertu de l'entrée en vigueur des accords bilatéraux II négociés avec l'Union européenne, pour empêcher que des médecins communautaires ne s'installent en Suisse. C'était une mesure clairement protectionniste, prise dans l'intérêt des médecins en place à l'époque, et au détriment de l'ensemble des patients, présents et à venir, ainsi que de tous les jeunes médecins pas encore installés. C'est un cas classique de la concentration des bénéfices sur un tout petit nombre de personnes en place, et de la dispersion des coûts sur un nombre bien plus grand, et également sur les générations futures.

Solution : lever rapidement cette mesure malthusienne, malsaine et génératrice de diminution de qualité et de coûts supplémentaires importants pour la santé en Suisse.

## 2. Assurance médicale de base obligatoire

Cette mesure, introduite pour résoudre le problème des personnes non-assurées qui profitaient des prestations de santé sans contribuer aux frais, et par la même occasion, pour mutualiser encore plus le risque de maladie à travers toute la population, fut adoptée sans controverse aucune, tant elle semblait représenter un progrès évident.

En réalité, cette mesure fut surtout fortement appuyée par les médecins, qui y voyaient la solution à l'éternel problème du patient qui ne réglait pas sa note d'honoraires. Qu'on s'en souvienne : de tout temps, les médecins ont toujours fait payer les patients pauvres par les patients riches, en pratiquant une péréquation naturelle. Cela faisait partie du métier... Mais en rendant les caisses-maladie responsables du règlement de tous leurs honoraires, les médecins pouvaient espérer une augmentation de leur revenu en douce. La bonne affaire !

À peine dix ans plus tard, les effets pervers inattendus apparaissent. Les caisses-maladie :

a) ne se font plus réellement concurrence ; elles dictent leur loi aux médecins, aux assurés et aux malades (au lieu de courir après le client en développant des idées innovantes) ;

b) s'interposent de façon tout à fait surprenante entre le médecin et son patient ;

c) décident quels médicaments et traitements nouveaux ou controversés seront remboursés ;

d) décident des tarifs que les médecins peuvent pratiquer dans le moindre détail (il suffit de comparer une facture TARMED à la note d'honoraires d'autrefois !), rendant peu intéressants pour les médecins les gestes thérapeutiques qui prennent trop de temps par rapport à la « norme » dictée par TARMED ;

e) ont bureaucratisé une profession libérale noble, la rendant proche du fonctionnariat, peu attractive pour les meilleurs esprits à l'avenir. Personne, ni les médecins, ni leurs patients n'ont voulu d'une armée de médecins-fonctionnaires, ayant perdu l'envie du risque et de l'innovation, au service des assureurs ; ce dénouement non voulu, surprenant et inattendu est connu sous le nom de la loi des conséquences non intentionnelles de l'interventionnisme, et il fait partie des défaillances bien connues de l'action de l'État ;

f) promeuvent le protectionnisme local (elles ne permettent pas le « tourisme médical » intercantonal, encore moins européen) ;

g) et malgré l'obligation légale, il existe toujours un nombre grandissant de personnes qui décident de ne pas (ou ne peuvent) s'assurer. On n'a pas réussi à réduire le coût de l'assurance maladie en la socialisant, bien au contraire. Les personnes non assurées fournissent l'exemple parfait du passager clandestin doublé d'un aléa moral : les personnes non assurées se laissent porter par la société, tout comme le passager clandestin sur un bus, mais en plus, elles savent que même découvertes, elles ne courent aucun risque, puisqu'elles seront de toutes façons prises en charge par le système de santé. Une telle perception du risque ne fait que multiplier les cas de non assurance à mesure que le temps passe. Système britannique (personne ne paye, tout est « gratuit ») en perspective ?

Une estimation du coût total de l'assurance maladie obligatoire devrait prendre en considération tous ces éléments.

Le groupe des caisses-maladie s'en sort très bien. Rendre obligatoire l'assurance-maladie de base était, et est toujours, dans leur intérêt, car elles bénéficient d'une clientèle captive et se livrent une concurrence de pure forme chaque année, lorsque la population est invitée à « changer de caisse ». C'est à peine si le pouvoir politique arrive à limiter leur appétit pour l'accumulation de réserves souvent qualifiées « d'excessives », mais rendues nécessaires, il est vrai,

par le problème des mauvais payeurs. Les paramètres de la concurrence médicale sont si strictement délimités que les caisses n'ont aucun effort de créativité à faire. Les employés des caisses bénéficient d'une sécurité de l'emploi proche de celle des fonctionnaires.

Le groupe des médecins s'en sort moins bien. Une mesure qui paraissait tout bénéfique pour eux au départ s'avère très coûteuse à long terme : ils ont troqué leur indépendance et leur pouvoir de décision contre un peu de revenu supplémentaire (et encore...). Ils sont pour la plupart choqués du monstre de Frankenstein qu'ils ont créé, mais se sentent impuissants pour l'abattre. Certains, sans doute, s'accommodent du système car il les protège, eux aussi, de la concurrence. Et une imposante bureaucratie TARMED luttera pour garder le système intact.

Les patients, rationnellement ignorants, découvrent avec stupeur lorsqu'ils tombent malade les restrictions auxquelles ils ont droit. Pourquoi alors maintenir la fiction de « l'assurance de base » ?

La population en générale, pour la plupart honnête, est victime des passagers clandestins et de l'absence de concurrence entre les caisses-maladie, entre les systèmes de santé, et entre les médecins, le tout entretenu par le système de l'assurance de base obligatoire. Cette absence de concurrence n'a pas seulement un effet néfaste sur les coûts de la santé, mais aussi (et peut-être surtout) sur l'innovation.

La solution :

- a) Permettre une véritable concurrence entre les caisses existantes, en rendant l'assurance médicale de base volontaire, comme elle l'a été jusqu'au milieu des années 1990 ;
- b) Ouvrir le marché de l'assurance médicale suisse aux entreprises étrangères ;
- c) Permettre aux assureurs suisses et étrangers d'offrir aux assurés suisses le choix de prestations médicales à l'étranger moins chères (encourager le « tourisme médical »).

Ces mesures auraient un effet immédiat sur la montée soi-disant inexorable du coût des prestations et de l'assurance médicale en Suisse.

### 3. Les médicaments

Le débat concernant les importations parallèles de médicaments fait rage en Suisse. Il s'agit de savoir si on devrait laisser pénétrer en Suisse des médicaments brevetés, mais qui ont épuisé leur droit à la protection intellectuelle avec la première mise en vente dans un pays de l'Union européenne – principe généralement admis

dans le droit de la propriété intellectuelle, mais qui pose problème dans ce cas précis à cause du contrôle des prix imposé par les États voisins sur les médicaments. En Suisse, les médicaments brevetés se vendent bien plus cher. L'industrie pharmaceutique suisse se bat comme un lion pour préserver « son » petit îlot de cherté en Europe, au nom de la recherche future.

Et pourquoi pas ? L'industrie suisse est un leader mondial dans ce domaine, et si elle bénéficie d'un marché local de choix, où elle peut toujours être assurée d'un bon rendement, elle peut investir dans la prochaine étape. Les Suisses soutiennent volontiers l'existence de cette industrie de pointe, ils en sont fiers, leurs enfants bénéficient d'une filière complète d'emplois bien rémunérés, et ils bénéficient des impôts payés par l'ensemble de la branche, dont les profits reflètent la rente monopolistique due aux brevets. L'industrie pharmaceutique suisse n'a donc pas trahi le contrat implicite qui la lie à la population.

Le seul bémol qu'on pourrait ajouter à cette coïncidence harmonieuse des intérêts concerne les PME et les start-up. En effet, seul les très grandes entreprises peuvent se lancer dans l'aventure de faire approuver un nouveau médicament (pour un coût d'environ USD 500 millions), alors que les petites entreprises innovantes seront étouffées ou rachetées par les grandes. Les grandes entreprises pharmaceutiques sont donc protégées de la concurrence par la réglementation stricte qui entoure la mise sur le marché de nouveaux médicaments. Mais cette réglementation ne risque-t-elle pas de menacer l'avenir même de certaines grandes entreprises du secteur ? À quand le médicament qui coûte USD 1 milliard, voire plus ?

Il existe donc une réforme qui serait à l'avantage à la fois de l'industrie pharmaceutique suisse, des assurés et des patients – une situation « win-win » rare dans le domaine des politiques publiques. Il faudrait permettre aux patients très malades de décider pour eux-mêmes s'ils veulent prendre le risque de tester les médicaments nouveaux, avant qu'ils ne soient homologués pour la population en générale.

Nous savons que la réglementation très stricte actuelle est la conséquence de la tragédie de la Thalidomide, que personne ne voudrait revivre. En revanche, il semble absurde que de grands malades soient privés de médicaments expérimentaux, qui pourraient leur être proposés en dernier recours et en connaissance des risques encourus. Pourquoi ne pas donner à ces patients le droit de décider pour eux-mêmes s'ils veulent prendre ce type de médicament ? Pourquoi n'ont-ils pas le droit de prendre le risque s'ils le veulent ? Pourquoi cette décision est-elle du ressort d'une bureaucratie toute puissante ?

On ne peut plus objecter l'asymétrie de l'information – les malades s'informent sur Internet à tel point qu'ils en savent plus sur leur maladie que leurs propres médecins.

Si ce « principe de prise de risque » était admis, le temps passé à tester les nouveaux médicaments serait réduit, le coût de la mise sur le marché serait moindre, et l'industrie, les malades, et les assurés en bénéficieraient.

Pourquoi ne le fait-on pas ? Il n'est pas sûr que les très grandes entreprises pharmaceutiques voient d'un bon œil une mesure qui faciliterait aux concurrents plus petits l'accès au monde fermé du médicament breveté. En revanche, si la Suisse adoptait une telle mesure, son industrie pharmaceutique aurait une longueur d'avance sur ses concurrentes, et sa population bénéficierait d'une baisse des prix et une augmentation de la qualité des soins.

## Conclusion

Ces trois exemples montrent comment des groupes d'intérêt bien organisés arrivent à se mettre à l'abri de la concurrence grâce à une réglementation qui parfois peut paraître anodine, voire même utile au départ. Les effets pervers peuvent prendre beaucoup de temps à se développer, et les réformes peuvent tarder à venir, même lorsque les coûts d'une réglementation dépassée deviennent évidents. Tout le monde craint la concurrence, et pourtant elle est l'amie de l'excellence. C'est pourquoi, pour cause de manque de concurrence, le système suisse de la santé risque de sombrer dans la médiocrité. La population, les assurés, les patients, les médecins, les entreprises de la santé sont-ils conscients du danger qui les guète ?

## Impressum

Institut Constant de Rebecque  
19, boulevard de Grancy  
1006 Lausanne, Suisse  
Tél.: +41 (0)21 601 40 82  
Fax: +41 (0)21 601 40 81  
ic@institutconstant.ch

Toutes les publications de l'Institut Constant de Rebecque sont disponibles en ligne sur [www.institutconstant.ch](http://www.institutconstant.ch).

## Disclaimer

L'Institut Constant de Rebecque ne prend aucune position institutionnelle. Toutes les publications et communications de l'Institut contribuent à l'information et au débat. Elles reflètent les opinions de leurs auteurs et ne correspondent pas nécessairement à l'avis du Conseil d'administration, du Conseil académique ou du Comité exécutif de l'Institut.

Cette publication peut être citée avec indication de la source.  
Copyright 2008, Institut Constant de Rebecque.