

Démographie médicale, numerus clausus et coûts de la santé

Le numerus clausus à l'entrée dans les Facultés de médecine de Zurich, Bâle, Berne et Fribourg vient d'être introduit au grand dam des associations d'étudiants qui y voient la fin du libre choix des études. Les négociations tarifaires entre médecins et assureurs semblent bloquées sur une proposition des assureurs correspondant à un revenu médical moyen de 210'000 francs par an, inférieur au revenu actuel moyen de 213'000 francs, et considéré comme « inacceptable » par les médecins (*L'Illustré* du 29 avril). Le lien entre ces deux éléments d'information est mis en évidence par G. Domenighetti dans un cahier de recherche récent du Département d'Econométrie et d'Economie Politique de l'Université de Lausanne*.

Ainsi les données de l'assurance maladie obligatoire nous apprennent-elles que les coûts « produits au cabinet » des 12'700 médecins établis en pratique privée en Suisse s'élevaient en 1996 à près de 3,5 milliards de francs, ce qui représente 272'000 francs par médecin. Ce « chiffre d'affaires » moyen du médecin correspond de manière plausible aux estimations de revenu citées plus haut. Au surplus, presque la même somme - soit 3 milliards de francs supplémentaires ou 242'000 francs par praticien - représentait le montant des médicaments, diagnostics et traitements additionnels prescrits par ces médecins auprès d'autres fournisseurs de soins. Au total, pour l'année 1996, chaque médecin en pratique privée avait contribué pour plus d'un demi million de francs aux coûts de la santé.

Face à ces chiffres, deux réalités peu rassurantes: tout d'abord l'observation que l'augmentation régulière du nombre de médecins ne conduit pas à un partage de revenu entre ceux-ci mais bien à une croissance des coûts. Une illustration en est fournie par la comparaison entre Cantons effectuée par Domenighetti: dans les Cantons à densité médicale forte (relativement au nombre d'habitants) on observe bien, comme on pourrait s'y attendre, une diminution du nombre de consultations par médecin mais aussi une augmentation du coût moyen des consultations: il y a multiplication des actes et/ou substitution d'actes plus coûteux pour des actes moins coûteux, un phénomène dit d'induction de la demande, bien documenté dans les systèmes de santé fondés sur la rémunération à l'acte. Au bout du compte, la dépense moyenne par assuré est plus élevée dans les cantons à forte densité médicale même si le « chiffre d'affaires » des médecins y est légèrement plus bas.

La certitude ensuite que la démographie médicale n'est pas favorable: le nombre de médecins en pratique privée a doublé de 1970 (5508) à 1992 (11'120) et il a encore augmenté de près de 2000 unités entre 1992 et 1997. Les prévisions les plus plausibles effectuées par le professeur P. Gilliland en 1991, confirmées par l'évolution observée depuis cette date, parlent d'une croissance du nombre de libres praticiens jusqu'à 18'000 unités.

En extrapolant à partir des chiffres ci-dessus, on obtient que les 2000 nouveaux médecins installés depuis 1992 ont contribué pour environ 1 milliard de francs à la hausse des coûts de la santé; une augmentation additionnelle de 5000 unités, sans changements des conditions de la pratique médicale ambulatoire, correspondrait à des dépenses supplémentaires de 2,5 milliards.

* Médecine ambulatoire: principal facteur de coût et d'inflation à la charge directe des assurés, Cahier 9801, février 1998, disponible gratuitement sur demande par fax au 692 3365

Ces montants sont substantiels; ils représentent une fraction non négligeable de la hausse des dépenses entre 1992 et 1997 et mettent en péril l'objectif de maîtrise des dépenses de santé.

Ces raisonnements chiffrés, irritants sans doute pour ceux qui travaillent au jour le jour dans un secteur exigeant comme celui de la santé, sont révélateurs. Ainsi mettent-ils clairement en relief le fait que l'effort de stabilisation des coûts ne peut pas contourner la médecine ambulatoire. Ici, seules des solutions imaginatives éviteront la nécessité de choix drastiques. C'est dans ce contexte qu'il faut considérer le numerus clausus en Faculté de médecine. Cette mesure n'est pas une panacée, notamment parce que ses effets sur la densité médicale arriveront de toute manière trop tard. Elle est cependant indispensable en l'absence d'un consensus sur une alternative crédible conduisant à enrayer la croissance du nombre de libres praticiens ou à modifier le lien entre densité médicale et dépenses de santé. Une telle modification demanderait une remise en question des principes de la rémunération à l'acte au coeur du phénomène d'induction de la demande. Parce que le numerus clausus en médecine est motivé par une argumentation sans équivalent dans les autres disciplines universitaires, son introduction ne remet cependant pas fondamentalement en cause la liberté de choix dans les études.

Jean-Pierre Danthine
Ecole des HEC
Université de Lausanne