



# LA RÉGULATION DE LA DEMANDE

DIDIER SICARD \*

Réguler une demande de soins concourant à la santé « qui n'a pas de prix » apparaît toujours étrange ; comme si une rationalité de comportement face à l'angoisse existentielle pouvait être obtenue par un discours de maîtrise.

Certes le comportement de l'autre est souvent jugé anarchique et incohérent. Mais personne ne supporte ce jugement quand il est dirigé sur soi. Les autres « abusent », le « moi », seul, est raisonnable. C'est cet écart naturel qui justifie le discours normatif, car il s'adresse toujours aux autres. Et le politique est tenté par la tenue d'un discours économique fondé sur une régulation vue en fait comme une limitation de la demande.

Or, plusieurs facteurs s'opposent d'emblée à cette régulation :

1. le transfert des ressources médicales destinées à la prise en charge de la *maladie* sur la prise en charge de la *santé* ;
2. l'innovation technologique qui a pour objectif de s'inscrire au cœur de l'intime comme une prothèse devenue indispensable ;
3. le marché de la santé qui est probablement un des seuls à ne pas avoir d'inquiétude sur un changement de comportement des usagers/consommateurs ;
4. *l'encouragement à la demande par la médecine elle-même.*

## LE TRANSFERT DE LA MALADIE SUR LA SANTÉ

« Mieux vaut prévenir que guérir », « on ne sait jamais » inscrivent au cœur de l'existence que rester en bonne santé ne peut se faire sans l'utilisation maximale des ressources de santé. Peu à peu, les maladies spectaculaires disparaissent, en effet, au profit de leurs manifestations

\* Professeur de médecine interne à l'Université René Descartes.



cachées, seulement révélées par la biologie moléculaire ou l'imagerie. Certes, il existe encore des maladies à impact dramatique comme le sida avec son cortège de signes proches de la lèpre du Moyen Âge, mais cette visibilité n'aura duré qu'un temps, celui de l'avant trithérapie. Le sida est redevenu une maladie quasi inapparente.

La menace est donc permanente. On ne peut rester en bonne santé si l'on pas été « checké, fibroscopé, coloscopé, mammographié, échographié, scannérisé, IRMélisé ». La question n'est pas, bien sûr, la non légitimité de ces examens qui n'aurait pas de sens, elle est celle de leur utilisation désordonnée, incohérente, non régulable, car autant on peut maîtriser l'accès d'un malade à tel ou tel médicament, autant contrôler une demande d'investigation pour s'assurer que tout va bien paraît assez difficile. Le médecin n'est pas un devin et derrière toute personne peut toujours se profiler la menace occulte d'une maladie en train de surgir. La régulation d'une réassurance permanente inscrite au cœur de l'existence humaine est ainsi utopique.

### *INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES*

Traquer la maladie peut être limité par les désagrément de cette traque. S'il faut être anesthésié pour une coloscopie, ne pas être allergique à l'iode pour un scanner, la demande d'examens se limite naturellement, mais l'innovation contourne cet obstacle. L'imagerie reconstructrice grâce à quelques clichés enregistrés sans inconfort permet par exemple, en l'absence de la personne, de rechercher, à partir de cette virtualité d'image de synthèse, des anomalies parfois très embarrassantes à interpréter. Entre l'anomalie et la normale, le pas est ainsi vite franchi.

L'autre innovation se fonde sur des « kits ». La simplification des procédures diagnostiques à partir de quelques puces permet d'enregistrer en quelques instants des paramètres qui autrefois auraient pris plusieurs jours. Ici encore l'écart entre la signification réelle d'une différence par rapport à la normale et son caractère pathologique peut être considérable. Ainsi, peu à peu se profile l'image d'une technologie complexe, présentée de façon simpliste qui apparaît toujours comme une nouvelle prothèse vitale.

### *LE MARCHÉ DE LA MÉDICALISATION*

La médicalisation des comportements est sans limite. La vie génitale, sexuelle, la nutrition, le maintien du poids et donc la régulation de l'appétit, du sommeil, des douleurs liées à l'effort, sportif ou non, constituent autant d'occasions de recourir à la médecine. La médecine ne s'y trompe pas, il est plus facile et rentable de produire un médica-



ment pour la vie entière sans effet secondaire, devenu comme une seconde nature ; plutôt que de trouver un médicament destiné à un cancer ou une maladie rare, une maladie infectieuse chez les personnes insolubles ; il faut ainsi beaucoup mieux combler un vide existentiel d'une humanité en quête de sens que vouloir recourir à une thérapeutique réellement efficace.

### *L'ENCOURAGEMENT À LA DEMANDE PAR LA MÉDECINE*

Il est difficile pour un médecin de signifier à un malade ou à une personne qui se pense malade que le recours à sa science est inutile, que les examens qu'il souhaite ne sont pas nécessaires, que la « recherche par précaution » d'une anomalie quelconque est sans fondement. En supposant même que son éthique personnelle le convainc de l'inanité de certaines investigations ou traitement, il ne sera pas quitte de l'attribution dans le futur à sa rigueur excessive de tous les maux de la terre : « mieux vaut prévenir... ».

Plus ou moins consciemment la médecine intègre ce paradigme de la prudence pour aller au-delà et faire de cette situation un encouragement à la consommation. Il n'y aura jamais ainsi assez de sérologie VIH avant l'ouverture d'un panaris, de radiographies pulmonaires ou d'électrocardiogrammes avant le moindre acte anesthésique, de scanner de débrouillage avant l'examen clinique, de « bilans » aussi exhaustifs qu'inutiles, avant que l'on ne commence à écouter le malade. Il n'y aura jamais assez de dosages répétés trimestriels du cholestérol pour que celui-ci reste dans les limites que permet la thérapeutique. Il n'y aura jamais assez de *pet-scan* pour s'assurer que la tumeur est bien en rémission.

La prévention passe désormais par la mise en scène de preuves opposables à une réclamation ultérieure éventuelle. La médecine de *soin* devient une médecine de *garantie* qui doit se fonder sur d'autres arguments que ceux de l'expérience personnelle invoquée par le médecin.

Quand l'avantage matériel de l'Institution (paiement à l'acte) se confond avec le principe de prudence, tous les verrous de sécurité sautent. « je veux savoir » ou « vous voulez savoir » « pour me protéger » ou « vous protéger ». Les machines de soin doivent être rentabilisées, il faut donc augmenter la productivité. La technique en tirera toujours avantage et peu à peu le confort d'une pensée en paix avec sa conscience s'installe au détriment du sens d'une solidarité économique.

Ainsi, les obstacles matériels s'accumulent pour empêcher toute régulation de la demande. Une offre matérielle qui s'accroît, un discours de prévention qui inonde l'opinion, et la médecine qui s'introduit au cœur de l'existence humaine, suscitent une demande croissante.



Face à celle-ci quels freins peut-on opposer ?

- Le discours économique de faillite. La demande n'est plus honorable par les remboursements,
- la limitation des pathologies remboursables limitées à ce que l'on appelle un panier de soins,
- l'instauration d'un système de contrôle et d'une évaluation très rigoureuse.

Mais tous ces facteurs ont révélé depuis longtemps leur limite. Il y a toujours un examen inutile qui aura montré, malgré son inutilité son caractère, pour une fois, de sauvetage. Ne pas rembourser les pathologies jugées bénignes expose au risque d'un enchaînement de circonstances. Si la pathologie avait été prise en charge... il n'y aurait pas eu dégénérescence, etc.

Le vrai échafaudage d'une cohérence à partir d'une faillite donne soudain une priorité au discours économique qui va nécessairement privilégier le rapport coût/bénéfice, ou le rapport coût/efficacité, laissant aux marges toutes les situations individuelles toujours difficilement régulables. À peine a-t-on, par exemple, décidé de lancer une campagne de dépistage du cancer du sein par une mammographie tous les 2 ans entre 50 et 75 ans, que des protestations de tous bords s'élèvent :

- l'augmentation de fréquence des tumeurs chez les femmes jeunes entre 35 et 50 ans, obligera les femmes à assumer financièrement leur dépistage, (puisque tout dépistage en dehors de cette tranche d'âge 50-75 ans ne sera pas remboursé),
- ce qui alourdit considérablement le dépistage puisque cela signifie que chaque femme aura entre 35 et 75 ans vingt mammographies...
- les radiologues libéraux équipés d'appareil numérique n'acceptent pas que les recommandations d'un dépistage systématique se fondent sur des normes considérées comme désuètes, non-numériques, ces techniques les excluant, de fait, du dépistage,
- la confusion persistante entre mammographie de dépistage de type santé publique et mammographie de dépistage à partir d'une anomalie clinique ou d'un terrain génétique de prédisposition, suscite des incompréhensions, des redondances d'examens. Les informations qui remontent étant, comme c'est le plus souvent le cas dans notre pays, inexistantes en dehors de quelques protocoles de recherche, ne permettent pas d'établir une évaluation rigoureuse qui serait à la source d'un élargissement ou d'une remise en question d'un tel dépistage.

Ainsi une offre non-chiffrée crée une demande à partir d'une insatisfaction qui laisse nécessairement sur le bas-côté un certain nombre de situations individuelles.

La seule solution serait la définition d'un budget annuel adapté à l'évaluation épidémiologique, établissant bien qu'il ne s'agit pas d'une



procédure diagnostique mais d'un dépistage. Chaque résultat d'examen serait informatisé selon une procédure, la plus simple possible, avec des résultats annuels publiés, avec une estimation du rapport coût/bénéfice dans son évolution.

Cette stratégie apparemment simple se heurtera pourtant toujours à une demande excédentaire individualisée ou paradoxalement fuyante (par comportement de crainte), qui se terminera toujours par le reproche d'une médecine « à deux vitesses », une population qui n'a droit qu'au dépistage systématique et une population qui gardera la possibilité de décider quand elle le souhaite tel ou tel dépistage.

Cette réflexion révèle trois éléments :

- la frilosité des acteurs de santé publique et des décideurs qui craignent toujours le reproche de ne pas en faire assez,
- la confusion entre dépistage et diagnostic,
- l'incapacité d'affronter en terme d'économie financière, en termes « d'espèces débouchantes » les problèmes de santé.

Cette régulation impossible qui se fonde sur un manque évident de volonté politique et une indiscipline mixte des prescripteurs et des usagers, se retrouve encouragée par la part considérable qu'occupent dans le budget de la Nation les activités de santé et l'emploi des professionnels. Qu'un système tourne à vide, et n'ait aucune finalité de productivité ou de rentabilité, finit par n'avoir aucune importance s'il permet à un secteur économique de vivre, à des emplois de se prolonger, surtout s'il s'agit d'emplois publics.

Le recours aux ambulances, aux véhicules sanitaires légers (VSL) par exemple, est totalement absurde. Il suffit qu'un malade justifie une prise en charge à 100 % par exemple pour que le moindre déplacement campagne-ville soit effectué en ambulance ou VSL. La pratique est encouragée par les établissements hospitaliers eux-mêmes qui considèrent qu'un retour au domicile ne peut se faire qu'avec un véhicule adapté aux circonstances, même si le besoin réel est nul. Si l'on restreint (sur quels critères ?) l'emploi des ambulances, à juste titre, le corps des ambulanciers se rebiffe, se met en grève, crie au scandale ; le chômage d'une telle profession se profile, le parc ambulancier ne se renouvelle plus, les usines d'assemblage d'ambulances font faillite...

Réduire une offre en fonction des critères rigoureux n'a pas grande importance en fait pour le malade ; mais cette réduction suscite immédiatement une levée de boucliers de tel ou tel corps social, habitué à des revenus réguliers abondés par l'assurance maladie.

Le discours est toujours le même. Masqué par des proclamations sur la protection menacée des malades, l'expression renouvelée de la mise en péril des plus vulnérables, la « régression sociale », la mise en cause de la solidarité médicale, ce discours est infiniment plus efficace quand il



s'agit de la santé que quand il s'agit de tel ou tel complexe industriel qui fabrique des chapeaux, des machines à laver, ou des ustensiles de cuisine. Il suffit de quelques mots, toujours les mêmes, sécurité, précaution pour que la raison ou plutôt le discernement s'esquivent. Ainsi, l'acte anesthésique est devenu le passage obligé d'un certain nombre d'examen de dépistage, comme la coloscopie par exemple à juste titre, d'ailleurs. Mais l'accumulation d'actes anesthésiques, liée à l'augmentation d'actes diagnostiques, a fini par créer une demande d'anesthésistes, de consultations d'anesthésie, source d'examen spécifiques, absolument considérables sans que le bénéfice réel n'en ait été mesuré. Entre l'acte anesthésique lui-même le plus souvent totalement justifié, et les précautions préalables, il y a un fossé que personne ne comble. L'acte anesthésiste a créé sa routine économique au nom d'une sécurité que l'accident de Jean-Pierre Chevènement n'a fait que raviver, même si ce type d'accident est, *a priori*, totalement imprévisible.

Peu à peu s'est ainsi forgé un réseau d'obligations, qui, chacune, fonctionne pour elle-même, sans souci de leur environnement ni de la hiérarchie des besoins, sans évaluation surtout du bénéfice réel apporté. L'exemple peut-être le plus spectaculaire est apporté par les mesures de précautions sécuritaires prises pour la prévention, la transmission de la maladie de Creutzfeldt Jacob. Qu'un endoscope de 15 000 € soit soudain mis à la ferraille dans la crainte d'une suspicion d'un hypothétique risque ne pose aucun problème. Les médias, s'ils étaient alertés, seraient trop heureux de pouvoir dénoncer un tel laxisme si l'endoscope n'était pas détruit. L'accumulation de dispositifs à usage unique ne fait qu'encourager cette dérive économique sans fin, au plus grand profit des producteurs de tels dispositifs.

La sécurité débordera toujours, le rapport offre/demande, et c'est ce qui fait la spécificité des dépenses de santé irréductiblement confrontées à leur augmentation.

Enfin la notion de progrès médical vient rendre absurde toute mesure d'encadrement trop stricte. Quand une nouvelle technique apparaît sur le marché, et que son intérêt n'est pas mis en doute, elle s'impose ou plutôt impose sa nécessité sans pourtant invalider les techniques précédentes. Ainsi, par exemple, une fièvre qui se prolonge peut justifier actuellement le recours à plusieurs PCR (Polymerase Chain Reaction) qui chacune coûte 150 €, simplement pour mettre en évidence un virus qui ne justifiera aucun traitement ; mais la satisfaction de savoir identifier le virus en cause l'emportera sur tel ou tel raisonnement économique.

Peu à peu s'est forgée la notion de droit à..., droit à un scanner, à une IRM, à une PCR, à un somnifère, à des compléments nutritionnels, à une assistance médicale à la procréation.



Cette dernière activité illustre bien l'ambiguïté entre une offre croissante liée à l'amélioration des techniques de plus en plus diversifiées, et une demande exponentielle qui considère la stérilité comme une situation transitoire justifiant toutes les tentatives de résolution, quel qu'en soit le coût ! Certes, quelques critères d'âge ou de vie commune demeurent, mais c'est justement dans les derniers mois, les dernières semaines de ces limites que les couples se précipitent au nom d'un droit à l'enfant.

Que conclure ?

La santé et l'argent ne supportent pas leur exigence mutuelle.

La santé se revêtant du vêtement de la maladie exprime ses exigences sans concession ni nuance, au moins dans notre pays. Tout a un prix sauf la santé. Cette pensée réductrice, figée sur la période de l'après-guerre d'une médecine peu efficace, peu coûteuse, tétanise tout l'échiquier politique de l'extrême droite à l'extrême gauche.

Les ressources financières de l'assurance maladie ne s'interrogent pas sur l'allocation des ressources, mais limitent leurs réflexions à la recherche ou à l'augmentation de nouvelles niches fiscales ou à l'acceptation résignée d'une augmentation sans fin des dépenses.

La médecine creuse sans cesse l'abîme. Une technologie sans cesse améliorée, de plus en plus coûteuse, des thérapeutiques de plus en plus sophistiquées et performantes viennent inscrire leur exigence au nom d'un humanisme quelquefois bien opportuniste.

Cette résignation face à un discours pervers ne fait que perpétuer une irresponsabilité collective. Le courage serait une budgétisation annuelle, transparente, fondée sur une évaluation critique où la santé publique serait en situation de décision et non d'observation sur un strapontin. Mais cessons de rêver...

