Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: 36 (1999)
Heft: 1375

Artikel: La recherche est un antidote au rationnement
Autor: Escher, Gérard
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1014564

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.07.2025

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

La recherche est un antidote au rationnement

Dans notre pays, on s'attend à la fois à ce que les médecins soient au «top niveau» et que les soins soient excellents, à la fois à ce que les moyens financiers soient adéquats. Le contrôle de ce dernier point étant devenu crucial, «rationalisation» et «rationnement» du système des soins ne cessent d'être évoqués.

SCHÉMATIQUEMENT, LE MONDE politique adore la rationalisation des soins et abhorre son rationnement, en particulier parce que ce dernier évoque immédiatement une discrimination entre personnes soignées et personnes privées de soins. La rationalisation s'en prend classiquement à la surdotation hospitalière – le canton de Berne possède plus de lits d'hôpitaux que la Suède tout entière. Ou encore l'étude récente de l'Institut Créa, volontairement provocatrice, qui propose de réduire l'excédent de lits hospitaliers vaudois (de l'ordre d'un tiers) par la fermeture pure et simple de toutes les cliniques privées; économie annuelle du canton, 140 à 240 millions.

Très schématiquement encore, le monde médical se méfie de cette rationalisation-là, qui, couplée à la diminution de la durée des séjours hospitaliers, engendre un surcroît de travail. Au point que, selon une enquête genevoise récente, le personnel soignant n'a plus le temps de se laver les mains, ce qui augmenterait par conséquent les maladies nosocomiales. Le rationnement par contre n'est plus un tabou chez les médecins (et les économistes de la santé); ainsi H.H. Brunner, le président de la FMH, considère que le moment est venu d'en parler explicitement, pour autant – et c'est une condition de taille – que ce soit le monde politique, et non le monde médical qui en définisse les critères.

Nove Seven: le rationnement impossible

Le Novo Seven est une protéine anticoagulante obtenue par génie génétique à partir de reins de bébés hamsters. Il peut sauver la vie de quelques rares patients (moins de dix par an en Suisse). Dans ces rares cas, le Novo Seven est le seul médicament à disposition; coût du traitement entre 500000 et 1000000 de francs. Interdire l'utilisation du Novo Seven au cas par cas, – comme dans le récent épisode bâlois – équivaut à condamner à mort un patient avec un nom et un visage; l'interdire sur une liste de rationnement, c'est discriminer une petite catégorie d'hémophiles. D'autres solutions doivent être clairement envisagées – faire pression sur la firme productrice pour baisser le prix, créer une «cassette nationale» pour ces soins très exceptionnels.

Le coût du traitement Novo Seven représente environ 0,2% des coûts totaux de la santé (estimés à 40 milliards de francs par an); il est donc supportable. Mais il représente plus de 5% des dépenses des hôpitaux universitaires en médicaments, estimés à 60 millions par an. C'est important. Le rationnement explicite pratiqué dans l'État de l'Orégon pour les patients sans assurance maladie privée avait d'ailleurs eu comme origine un événement similaire: un enfant de sept ans s'était vu refuser le paiement d'une coûteuse et rare intervention chirurgicale. Ces deux exemples ont connu une heureuse issue, le patient de Bâle n'a, en dernière minute, pas eu besoin du Novo Seven et une souscription publique a financé les soins du petit garçon.

Entre rationalisation et rationnement

Si le rationnement paraît si discriminatoire, comment se fait-il qu'il ne soit plus tabou dans la profession médicale? À mon avis, la frontière entre les deux pratiques n'est pas aussi claire. Les médecins doivent quotidiennement décider de ne pas entreprendre ou d'arrêter des traitements. Si, longtemps, la décision personnelle du médecin n'était dépendante que de critères médico-scientifiques, eux aussi dépendants de facteurs complexes (l'offre et l'information médicales, l'«École» à laquelle appartenait le médecin etc.), des critères de coûts-bénéfices du traitement complètent dès à présent le raisonnement médical. Et faute d'une évaluation systématique de l'efficacité et de l'efficience de chaque intervention ou traitement, la décision est souvent de l'ordre du rationnement implicite.

On comprend dès lors que parfois les médecins en viennent à réclamer un débat plus ouvert sur le rationnement. Ceci dit, la rationalisation, étendue à toute la pratique des soins, n'a de loin pas épuisé ses possibilités, si on la comprend dans le sens noble du terme: à savoir parvenir à une médecine qui soit fondée sur les preuves scientifiques et non sur l'offre du marché. Pour utiliser le jargon de la profession, on passerait de la *«market-based medicine»* à l'*«evidence-based medicine»*.

De la médecine basée sur les preuves

Des efforts considérables doivent être faits dans ce domaine. Il faut trouver des méthodes d'évaluation équitables pour les médecines «complémentaires» (souvent utilisées sous la pression du marché), rendre accessible au médecin traitant la pléthore de résultats cliniques et scientifiques, pouvoir anticiper les besoins du système de santé (par un Observatoire de la Santé), motiver les médecins pour l'*input* statistique (et les décharger en conséquence), finalement éduquer les citoyens à un usage critique des soins de la santé. *ge*

Post-scriptum

LE 29 JANVIER, le *Journal de l'Ouest* (lausannois) publie un texte d'un conseiller communal d'Écublens (VD) sous le tire «Vive la Révolution, vive la Constitution!». *cfp*