AVS : COSA perdue

Autor(en): **Gavillet, André**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Domaine public**

Band (Jahr): **43 (2006)**

Heft 1703

PDF erstellt am: **23.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-1009144

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Rationnement implicite des soins en Suisse

L'analyse de la fréquence des traitements semble indiquer le poids excessif du pouvoir discrétionnaire du médecin, même si l'absence d'accord sur les bonnes pratiques laisse une part d'incertitude.

Chez les hommes de moins de 60 ans, le taux de remplacement du genou est de douze cas pour dix mille dans le canton de Soleure et de trois pour dix mille dans celui du Tessin. Par ailleurs, pour les hommes âgés de 70 à 80 ans, le taux national de remplacement du genou est de 45 cas sur 10 000 pour les citoyens suisses, et de 20 sur 10 000 pour les étrangers. Ces variations sont-elles dues à des décisions de rationnement? Ou bien reflètent-elles des comportements de consommation de soins différents? Dans le premier exemple pourtant, l'offre médicale (mesurée en densité hospitalière) est près de deux fois plus élevée au Tessin. Par ailleurs, la Suisse a un taux global qui ressemble à celui de pays qui pratiquent un rationnement explicite de cette opération, comme la Finlande par exemple.

Ces chiffres alertent la Commission fédérale des principes de l'assurance maladie. Selon elle, le rationnement est un processus de choix, fondé sur des priorités. Le processus de rationnement dépend autant de la demande et de l'offre que de l'allocation des ressources. Ce processus est implicite lorsque les priorités sont laissées au pouvoir discrétionnaire d'un médecin ou d'un autre soignant. Le rationnement implicite ne peut être identifié que s'il existe un consensus sur des normes de bonne pratique telles qu'on devrait les appliquer hors de toute situation de rationnement. La variabilité des fréquences d'une opération chirurgicale peut tout aussi bien suggérer un rationnement (c'est notre hypothèse) qu'une absence de consensus sur les bonnes pratiques.

Groupes à risque

Les difficultés d'accès aux soins sont une autre mesure indirecte du rationnement implicite. Une vaste enquête a été réalisée auprès des organisations de patients, des médecins de premiers recours, des chefs de service et des directeurs d'hôpitaux. Conclusion partagée: pour les maladies somatiques il n'y a pas d'indication de rationnement en Suisse. Par contre, des difficultés d'accès aux soins semblent exister pour la médecine de réhabilitation et pour les personnes en home. Enfin, les soins psychiatriques font exception à ce tableau optimiste: tant les médecins de ville que d'hôpital font état de difficultés d'accès aux soins, soit pour faire admettre des patients à l'hôpital, soit pour obtenir une psychothérapie, soit encore pour arranger une prise en charge thérapeutique une fois que le patient a quitté l'hôpital.

Une attention particulière doit donc être portée pour l'accès aux soins des groupes à risque comme les personnes atteintes d'une maladie mentale, les personnes âgées notamment. De plus, un effort de transparence et de surveillance de la qualité des soins et de la sécurité des patients doit être entrepris. L'enquête RICH (*Rationing of Nursing Care in Switzerland*) a montré, sur la base d'un échantillon restreint d'hôpitaux, une corrélation entre conditions de travail, erreurs et accidents médicaux. Cependant dans une première comparaison internationale, le taux de *burnout* du personnel soignant correspond à la moitié de ce qui est rapporté pour des pays comme le Canada et les USA. Tout espoir n'est donc pas perdu. *ge*

Brigitte Santos-Eggimann, *Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system?* OFSP. www.bag.admin.ch/themen/-krankenver-sicherung-/00305/index.html?lang=fr.

AVS

COSA perdue

COSA avait le mérite de poser le problème du financement de la politique sociale. Problème devant lequel recule la classe politique, qui sait que la diminution des prestations a ses limites, et qui n'ose pas aborder la recherche de ressources nouvelles.

COSA offrait la perspective d'une rémission très provisoire pour l'AVS. Refus net. Ne reste plus qu'à prendre à bras-le-corps le problème.

L'urgence, c'est l'assurance invalidité. Plus d'un milliard annuel de déficit. La proposition du Conseil fédéral est devant le parlement. Augmentation de la TVA de 0,8 point. Mais personne n'ose assumer. Nous ne cesserons pas de le répéter: jusqu'à quand le scandale de cette gestion politique irresponsable?

Et maintenant, on parle d'affecter à l'AI les sept milliards, part de la Confédération sur l'or de la BNS. Mais ils ont été, durant la campagne COSA, promis à l'AVS. Et de surcroît, ils soulagent la dette de l'AI, mais pas son budget de fonctionnement. Nouveau tour de valse-hésitation en perspective. *ag*