

La recherche est un antidote au rationnement

Autor(en): **Escher, Gérard**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Domaine public**

Band (Jahr): **36 (1999)**

Heft 1375

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1014564>

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.

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.

Novo Seven: le rationnement impossible

Le Novo Seven est une protéine anti-coagulante 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 500 000 et 1 000 000 de francs. Interdire l'utili-

sation 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-béné-

fices 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 titre « Vive la Révolution, vive la Constitution! ». cfp