

# Point fort santé : l'art de guérir, entre marché et high-tech

Autor(en): **Rychner, Marianne / Schipper, Ori / Duda, Regine**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Horizons : le magazine suisse de la recherche scientifique**

Band (Jahr): **22 (2010)**

Heft 87

PDF erstellt am: **16.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-971118>

## **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.



# L'art de guérir, entre marché et high-tech

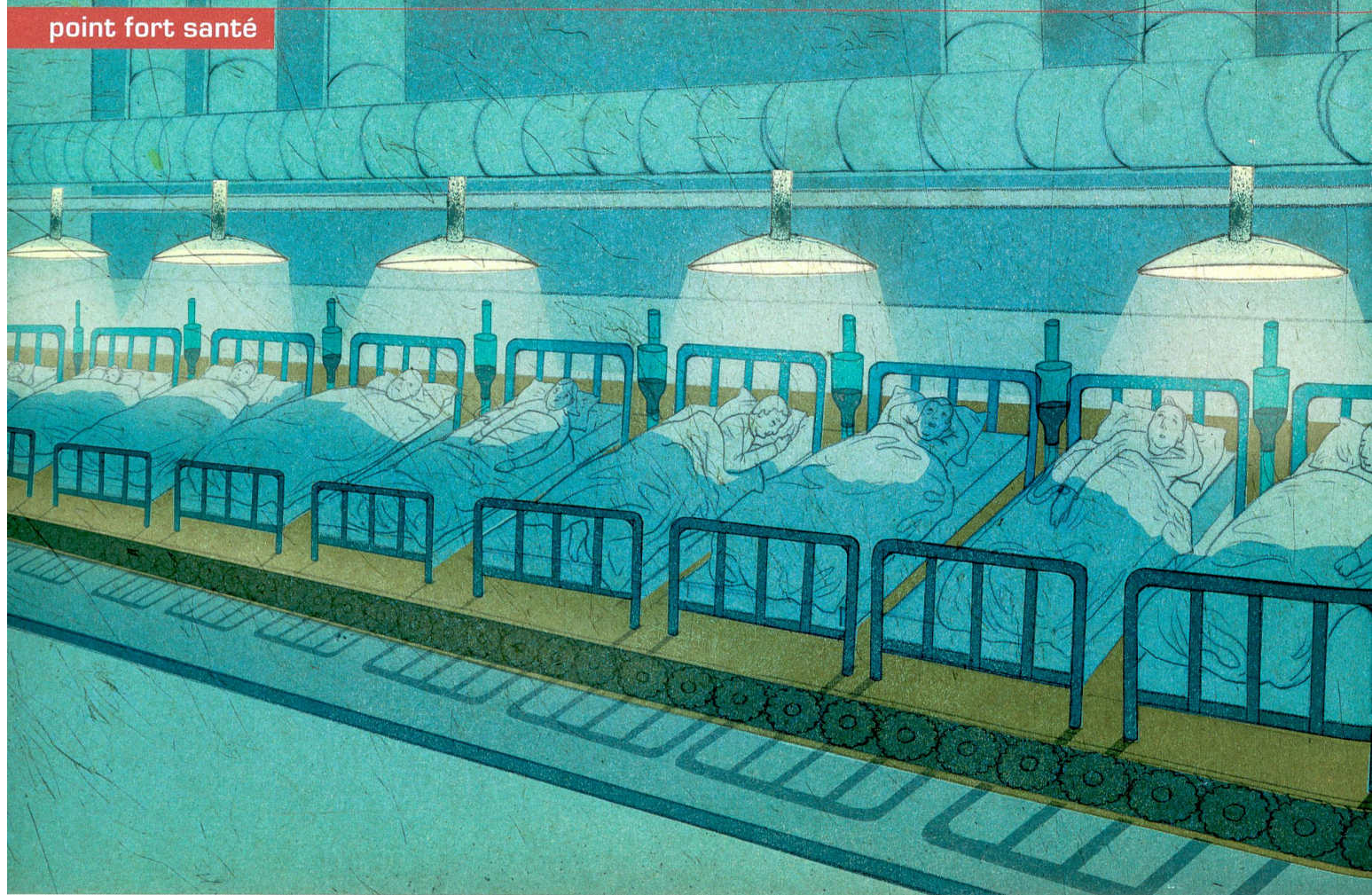
**C**e que les médecins mènent à bien parfois du miracle. Médicaments, scalpels, appareils de radiographie et entretiens menés avec tact leur permettent régulièrement de soulager les souffrances et d'arracher des malades à la mort. Mais notre société tend de plus en plus à considérer ces miracles comme allant de soi. Nos attentes à l'égard de la médecine vont grandissant au vu des progrès spectaculaires réalisés dans la lutte contre les maux qui nous frappent.

Au lieu d'aspirer à la vie éternelle, nous ferions peut-être mieux d'accepter

la mort comme la dernière étape de l'existence. Cette modestie nous aiderait dans les décisions difficiles que nous allons devoir prendre, compte tenu de l'explosion des coûts de la santé: à combien estimons-nous la valeur de notre vie?

Dans ce point fort, nous abordons les questions éthiques que pose le rationnement des prestations médicales. Nous nous penchons sur l'impact de la logique économique sur la relation médecin-patient. Et nous avons demandé à un médecin dans quelle mesure les progrès technologiques modifiaient son champ d'activités. [ort](#)





## Des poêles et des hommes

En politique de la santé, le débat est de plus en plus dominé par des modèles économiques. Or ceux-ci menacent de saper la confiance profondément ancrée dans notre culture et qui est si nécessaire au bon fonctionnement de la relation médecin-patient.

PAR MARIANNE RYCHNER

**E**n politique de la santé, le débat est dominé par deux mots-clés : « managed care » et « DRG » (Diagnosis Related Groups). Deux concepts censés permettre de réaliser des économies tout en maintenant la qualité des prestations, voire en améliorant ces dernières.

Dans le modèle du « managed care », les patients sont obligés d'avoir recours à un réseau défini de praticiens, à moins de s'acquitter d'une franchise plus élevée. On

restreint ainsi le libre choix du médecin, l'objectif étant d'empêcher les patients de réclamer des prestations inutiles ou de consulter un spécialiste sans lui avoir été adressé. Généralistes, cabinets communautaires et HMO (Health Maintenance Organizations) ont ainsi une fonction de contrôleur d'accès avec « responsabilité budgétaire ». Des incitations financières sont censées les encourager à ne pas effectuer de traitements inutiles.

Quant aux DRG qui seront bientôt introduits dans le secteur hospitalier, ils

s'inscrivent dans la même logique : les caisses-maladie et les pouvoirs publics ne dédommagent plus les hôpitaux pour les coûts effectifs occasionnés par chaque cas, mais sur la base d'un forfait, en fonction de catégories de diagnostic précises. Là aussi, une incitation financière est prévue, afin de garder les patients le moins longtemps possible et de contrôler les coûts.

Ces deux modèles économiques ne tiennent compte que de manière limitée de la complexité de la pratique médicale, comme l'a montré une reconstruction empirico-qualitative détaillée de l'interaction entre patient et médecin en cabinet médical. D'un point de vue médico-social, si l'on se fonde sur la théorie de la professionnalisation développée par le sociologue Ulrich Oevermann, la question décisive qui se pose est la suivante : quels sont les problèmes – de façon idéaltypique – qui se posent dans le cabinet médical ? Ici, le patient n'est pas un consommateur : contrairement à l'*homo œconomicus*, c'est la souffrance qui le conduit dans un cabinet. L'enjeu, pour lui,



n'est pas de satisfaire une envie personnelle et d'obtenir un bien de consommation, la « santé ». Mais de s'en remettre à un médecin en qui il a confiance, pour que ce dernier intervienne de manière plus ou moins importante dans son intégrité physique et psychique, en prenant parfois des risques importants, afin de soulager sa souffrance.

### L'être humain dans son entier

L'objectif n'est donc pas une santé absolue, mais de savoir s'il est possible d'atteindre un certain niveau de santé, en fonction de l'histoire individuelle du patient avec ses lésions plus ou moins importantes et de son potentiel spécifique d'autogénération. Or pour tenir compte des spécificités propres à un cas particulier, il est indispensable que généralistes et spécialistes envisagent le patient comme un être humain entier, pris dans sa complexité, et ne se contentent pas d'exécuter un traitement en fonction d'un schéma prédéfini. Il y aura des différences au niveau de la médication, mais aussi de la manière dont le patient contribuera à son propre rétablissement.

Ici, certains processus psychothérapeutiques implicites entrent en jeu. La confiance dans le médecin renforce le processus de guérison et en cas d'intervention lourde, elle est même indispensable. Or cette confiance est uniquement rendue possible par la certitude, profondément ancrée dans notre culture, que le médecin agit pour le bien du patient. Ce n'est qu'ainsi que celui-ci peut partir du principe que le praticien n'a pas choisi un traitement pour des motifs intéressés ni – pire encore – dans le but de lui nuire. Cela ne signifie pas que les médecins soient obligés de se sacrifier et de tirer le diable par la queue. Des honoraires appropriés et une considération sociale élevée sont censés empêcher les médecins de se laisser guider, pour des motifs économiques, par la recherche du profit.

On objecte souvent qu'il s'agit là d'une idéalisation naïve, d'une argumentation idéologique, d'un prétexte brandi par les médecins pour justifier l'importance de leur revenu et leur exercice tyrannique du pouvoir. Pour étayer cette critique, on cite des incidents scandaleux qui sont le fait d'arrogants « dieux en blouse blanche » s'enrichissant sur le dos de leur patient.

De tels cas existent, c'est vrai. Mais ceux-ci ne remettent pas en question l'adéquation du modèle de la théorie de la professionnalisation: si l'on dénonce l'abus de confiance, c'est précisément par référence aux exigences éthiques associées à l'image du médecin. Or cette représentation est ancrée dans notre culture et, apparemment, nous estimons qu'elle a sa validité. Elle a aussi pour fonction de rendre possible le lien de confiance entre patient et médecin, une relation nécessaire au traitement. A l'inverse, dans le modèle économique, la maximalisation des gains n'est pas considérée comme un abus, mais comme la normalité.

### Les risques du modèle économique

Si le modèle économique supprime les exigences éthiques liées à la position du médecin, il pourrait favoriser l'émergence de ce qu'il dénonce. Les patients se mettront à considérer le médecin comme un vendeur qui cherche avant tout à maximiser son propre bénéfice, et qu'il s'agit de tester et de comparer avec d'autres, éventuellement meilleurs et moins chers. Or ceci entraîne des coûts, en termes de temps et d'argent. Ce que le « managed care » s'efforce d'endiguer à coups d'incitations a précisément sa source dans cette pensée économique.

Il reste à espérer qu'à côté – et peut-être en dépit – des modèles économiques, un certain quotidien médical continuera à subsister et, avec lui, l'image du médecin œuvrant pour le bien du patient. Car à l'avenir aussi ce ne sont pas des consommateurs, mais des patients désemparés, en souffrance, parfois aussi hypocondriaques, pédants, crédules et méfiants, qui consulteront des médecins qui, espérons-le, utiliseront leur formation scientifique pour appréhender ces êtres concrets dans toute leur complexité.

Sinon, il se produira ce que l'écrivain Jeremias Gotthelf mettait en 1844 déjà dans la bouche du médecin de campagne frustré d'Anne-Bäbi Jowäger: « Je suis de toute façon habitué à ce qu'on tourne en mal tout ce que je fais ici. Ce sont justement ces interprétations malveillantes qui nous font perdre tout intérêt véritable pour nos semblables, et il ne faut plus s'étonner que nous en venions à ne pas considérer les hommes autrement que les chaudronniers considèrent les vieilles poêles qu'on leur donne à réparer. » ■

Marianne Rychner est sociologue et enseigne à la Haute école d'économie de Lucerne. Sa thèse de doctorat est consacrée aux limites de la logique de marché dans le domaine médical.





# Pression des coûts et sens de l'équité

Avec le vieillissement de la population et les exigences croissantes auxquelles la médecine doit répondre, le système de santé voit ses moyens fondre à vue d'œil. A quelles prestations peut-on renoncer ?

PAR ORI SCHIPPER

Les indicateurs sont au rouge. L'enjeu: rien moins que l'avenir de notre système de santé. Si l'on en croit les estimations préoccupantes d'Hélène Jaccard Ruedin de l'Observatoire suisse de la santé, par exemple, deux millions de retraités vivront en Suisse dans vingt ans, c'est-à-dire presque le double d'aujourd'hui. Des résultats que la chercheuse a présentés dans le cadre d'un congrès organisé par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), intitulé «La médecine pour qui?». Pour ses travaux, elle s'est basée sur l'évolution démographique et l'espérance de vie moyenne.

Plus ils vieillissent, plus les gens vont chez le médecin. Dans le même temps, les jeunes praticiens en formation sont de moins en moins nombreux à vouloir ouvrir un cabinet de généraliste. Entre la demande croissante et la baisse de l'offre, estime la chercheuse, c'est un énorme fossé qui est en train de se creuser, au point qu'en 2030, dix millions de consultations risquent de faire défaut. Dans le domaine des soins, les besoins vont aussi connaître une augmentation allant de 25 à 40 pour cent.

Mais Hélène Jaccard Ruedin reste optimiste. Pour répondre aux exigences croissantes de la population, elle juge qu'il faudra renforcer la capacité de cette dernière à se gérer et adapter la prise en charge des malades. On pourrait, par exemple, s'inspirer du modèle des pays scandinaves où un personnel infirmier spécialement formé décharge les cabinets médicaux. «Nous avons tout juste commencé à chercher de nouvelles voies pour la prise en charge des malades chro-

niques, rappelle-t-elle. Nous en trouverons certainement.»

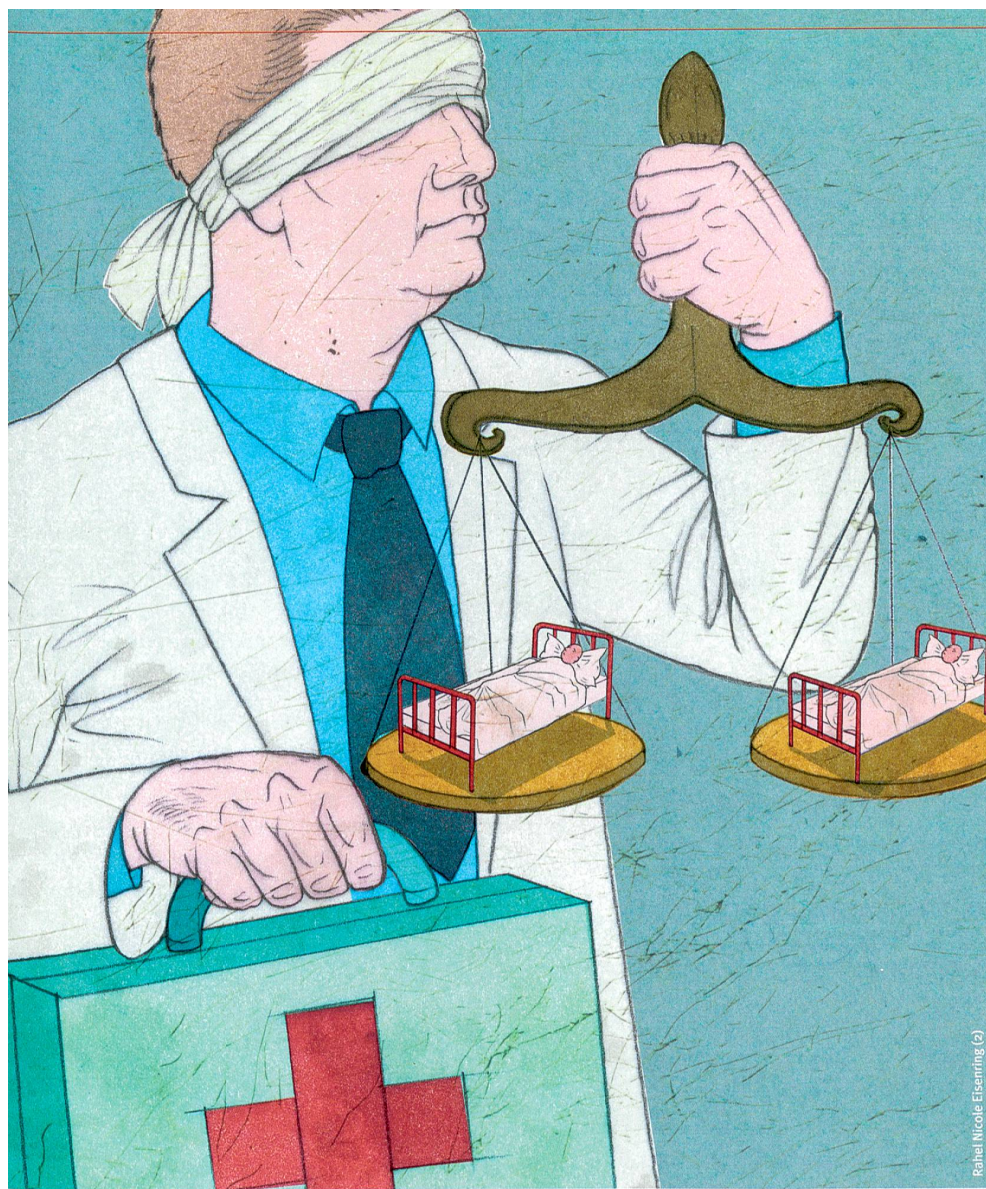
L'économie de la santé qui se préoccupe notamment de la hausse des coûts est elle aussi en quête de nouvelles voies. L'augmentation des besoins et des exigences vis-à-vis de la médecine ont fait que le secteur de la santé s'est hissé au rang de deuxième secteur économique à l'échelle mondiale. En Suisse, le système de santé coûte 55 milliards de francs par an. Ce sont les ménages qui couvrent la majeure partie de ces dépenses sous forme d'impôts, de paiements directs ainsi que de primes d'assurance-maladie qui augmentent chaque automne.

## Reconnaître les limites

Mais les moyens fondent à vue d'œil. Le politique est déjà contraint d'envisager de restreindre les prestations et de réfléchir à des questions de répartition. Comme le montre le rapport «Rationnement au sein du système de santé suisse» rédigé par un groupe de travail de l'ASSM, la question n'est plus de savoir comment nous pouvons éviter ou contourner le rationnement – c'est-à-dire la limitation de l'accès à des prestations médicales utiles – mais de reconnaître les limites du système et de les fixer aussi équitablement que possible.

Pour Georg Marckmann, professeur à l'Institut d'éthique et d'histoire de la médecine à l'Université de Mannheim (Allemagne), il n'est pas question de laisser le libre marché régler le problème. Car comme il l'a montré lors du congrès de l'ASSM, dans le secteur de la santé, celui-ci ne fonctionne pas: un patient en urgence qui a besoin d'aide n'a ni l'occasion ni le loisir de comparer les prestations pour faire son choix. Selon le cher-





Rahel Nicole Eisenring (3)

cheur, certains motifs éthiques plaident cependant pour un rationnement aussi équitable que possible. Il propose de commencer par là où cela fait le moins mal.

Avec ses partenaires de recherche, il a ainsi mis au point des «lignes directrices sensibles aux coûts». Ces dernières fixent explicitement qui sont les patients qui profiteraient seulement de façon minimale des traitements coûteux et les raisons pour lesquelles ces derniers devraient se reporter sur des options moins coûteuses. En tant que prescriptions contraignantes, ces lignes directrices peuvent aider le médecin à prendre des décisions difficiles.

Lorsque le praticien tente de concilier la pression des coûts et son sens de la justice, il se retrouve sur une sorte d'ilot

## Le rationnement touche aux droits fondamentaux.

moral. «Alors que nous sommes prêts à accepter des différences de salaires de facteur cinquante et plus, les différences en matière de qualité des traitements et

des soins nous inquiètent beaucoup plus. Elles ne seraient tout simplement pas acceptées dans de telles proportions», argue Samia Hurst, pro-

fesseuse boursière du FNS à l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Genève. Raison pour laquelle, la discussion sur la médecine à deux vitesses devient émotionnelle dès que se profile le moindre signe d'inégalité.

Car en fin de compte, le rationnement des prestations médicales touche aux droits fondamentaux d'un être humain. La Constitution fédérale garantit non seulement le droit à la vie, mais aussi l'égalité

de traitement en interdisant la discrimination du fait de l'origine, de l'âge, du sexe, de la religion ou de convictions. La marge d'appréciation des médecins est toutefois considérable lorsqu'ils doivent, par exemple, décider de poursuivre ou non le traitement d'un patient gravement malade. «Il n'existe pas d'unanimité sur la notion d'inutilité médicale», relève Stella Reiter-Theil, professeure d'éthique médicale et de la santé à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle.

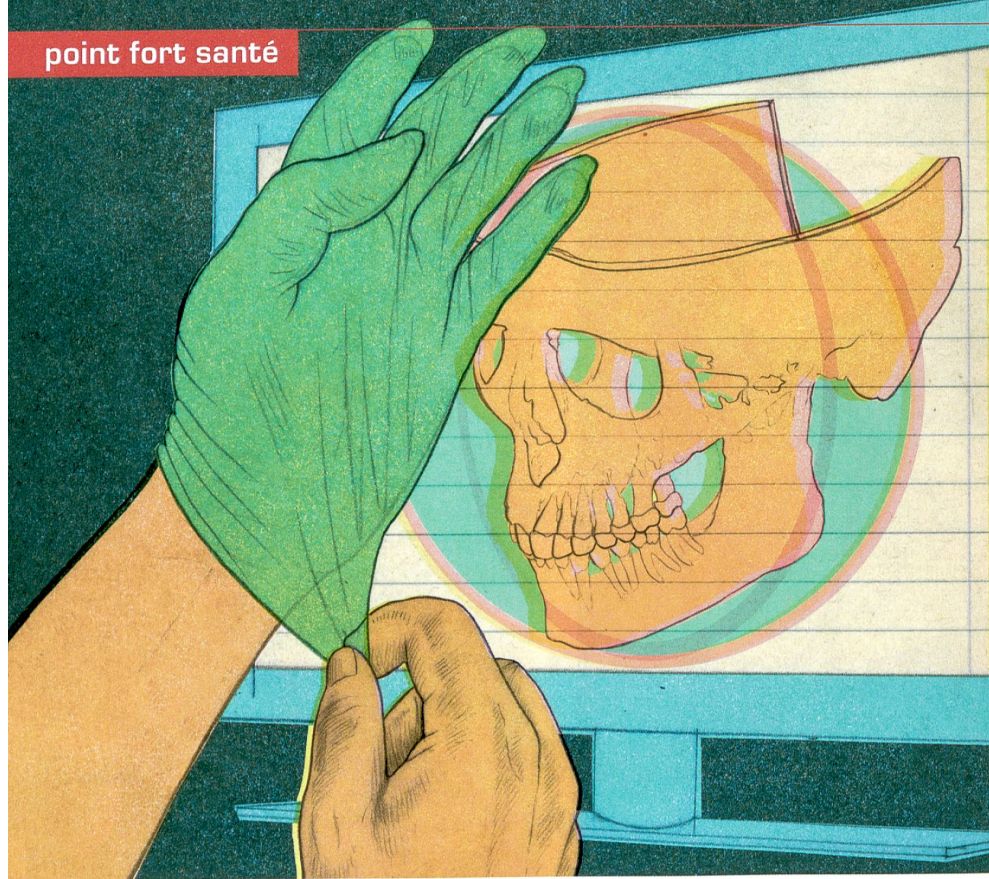
### Eviter les inégalités

Avec son équipe et ses collègues des soins intensifs, des urgences gériatriques et de chirurgie viscérale, cette chercheuse a mis au point un «instrument éthico-clinique», la directive METAP (modular ethical treatment allocation process). Celle-ci entend aider médecins et soignants à clarifier certaines questions éthiques de façon systématique et fiable, afin d'éviter des inégalités de traitement injustifiées. «Cela permet de prendre des décisions éthiques difficiles de façon moins subjective», explique l'éthicienne.

Comme aide au quotidien, on y trouve par exemple des check-lists servant de base à une décision d'interruption de traitement. Des schémas sur la façon dont les médecins peuvent échanger leurs impressions lorsqu'ils discutent d'un cas ont également été résumés dans un dépliant qui tient dans la poche d'une blouse de soignant. Par ailleurs, dans toutes les cliniques qui ont introduit METAP, un groupe de pilotage est chargé de compiler l'épais manuel avec les fondements empiriques et juridiques des décisions thérapeutiques.

Au-delà des décisions sur les cas individuels, METAP pourrait permettre de mettre en évidence certaines lacunes structurelles et certains problèmes fondamentaux. Mais l'impact de l'introduction à grande échelle de cet instrument sur l'évolution des coûts de la santé doit encore être étudié. «Nous ignorons si des patients sont trop ou trop peu traités en Suisse et, le cas échéant, de qui il s'agit», admet Stella Reiter-Theil. ■





Rahel Nicole Eisenring

## « Une complexité qu'il faut savoir gérer »

La médecine est de plus en plus technologique et place le médecin face à de nouveaux défis. Mais la relation au patient reste le cœur de sa mission, affirme le chirurgien Hans-Florian Zeilhofer.

PAR REGINE DUDA

Derek Li Wan Po



**La médecine n'est plus concevable sans technologie de pointe. Cette dernière a-t-elle changé votre activité de médecin ?**

Elle lui a imprimé d'énormes changements. La microchirurgie, par exemple, nous permet de travailler de façon beaucoup plus fine. Nous avons fait de gros progrès en neurochirurgie et en chirurgie vasculaire. Nous disposons aujourd'hui de toute une série de procédés d'imagerie, comme l'IRM, le scanner et l'échographie, qui nous permettent de visualiser la morphologie du

corps et ses fonctions. Les simulations 3D nous aident à planifier des opérations et à les conduire. Mais nous traitons toujours les mêmes affections. Ce que nous devons faire ressembler donc à ce que nous faisons autrefois. C'est la manière qui a fondamentalement changé.

**Les simulations et les procédés d'imagerie ne risquent-ils pas de faire croire à une précision qui n'existe pas en fait ?**

Autrefois, l'imagerie n'était pas très précise, parfois elle ne livrait même que des artefacts qu'il fallait pouvoir interpréter. Aujourd'hui, les procédés sont toujours plus précis. Nous pouvons aussi fusionner des ensembles de données issus de différents procédés. Avant, je devais consulter ces informations les unes après les autres à l'écran et ensuite les as-

sembler spatialement dans ma tête. Aujourd'hui, je peux tout réunir en un seul ensemble et l'information qu'on me fournit est plus riche, beaucoup plus précise et plus parlante que ce que j'aurais réussi à établir moi-même. Les opérations que nous planifions sur la base de ces données au centième de millimètre près me placent face à un problème, en tant que chirurgien : concrétiser de ma main cette planification de haute précision. Nous avons développé à cet effet de nouveaux instruments intelligents comme la navigation 3D en temps réel.

**Les nouvelles technologies remplacent-elles les méthodes traditionnelles d'examen, comme la palpation et l'observation du patient ?**

Le dialogue avec le patient est tout aussi important, si ce n'est davantage. Le patient ne s'en remet pas à la technologie, mais au médecin qui s'en sert. Cette dernière ne remplace pas la relation médecin-patient. Elle influence en revanche fortement ce que nous faisons avant, pendant et après l'opération. Dans un hôpital, les processus se complexifient. Le grand défi, aujourd'hui, c'est de gérer cette complexité.

**Les procédés d'imagerie sont très coûteux. Est-ce que vous êtes poussé à y recourir même lorsque ce n'est pas nécessaire ?**

Comme médecin, j'agis toujours dans un champ de tensions entre économicité et humanité. Un patient qui vient me voir pour une chirurgie de la bouche, de la mâchoire ou du visage ne veut pas seulement être réparé, mais recouvrer sa qualité de vie. Si certaines innovations comme les procédés d'imagerie se sont imposées en dépit de leur prix, c'est parce qu'elles ont amélioré le diagnostic et le traitement. Il est essentiel que le patient reste au centre de nos actes. ■

Hans-Florian Zeilhofer dirige le Département de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital universitaire de Bâle. Dans le cadre du Pôle de recherche national «CO-ME», il développe de nouvelles techniques pour des opérations complexes de la tête.