



# 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

**L**es 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 trouvons 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 (2)

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, professeure 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 compulser 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. ■