Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: 32 (1995)
Heft: 1239

Rubrik: Santé

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: 07.07.2025

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

Serons-nous obligés de rationner?

«Ce qui a raté dans le processus de mise en place de la LAMA, c'est d'avoir fait l'économie du débat de fond: parmi les actes médicaux utiles, lesquels pourrons-nous nous permettre de financer à l'avenir? Le progrès médical ne cesse d'amener de nouvelles prestations médicales utiles, à un moment où les ressources à disposition n'augmentent pas avec la même vitesse. C'était le cas en période de prospérité et ça l'est plus encore dans des années économiquement difficiles. C'est pourquoi il faut rationner les soins médicaux.» (H.H. Brunner, Président de la FMH Suisse).

REPÈRES

Interview de H.H. Brunner, Président de la FMH dans la *Weltwoche* du 16 nov. 1995. Notice sur les Etats Généraux vaudois de la santé, dans *J. de Genève* du 29 nov. 1995.

Selon la méthode employée, la quote-part du PIB dans les dépenses de santé s'élève à 8.5% (normes Eurostat) ou 11.2% («noyau dur», incluant les dépenses des ménages), dans *Le budget social de la Suisse*, Gilliand. P. et Rossini S., Ed. Réalités Sociales, 1994.

(ge) Ne doit-on pas rationaliser d'abord pour ne pas être obligé de rationner?

Comme la Suisse dispose, avec 12.8 lits par 1000 habitants, de la densité hospitalière la plus élevée du monde, (la densité moyenne en Europe s'élève à 8.4 lits), la suppression de lits apparaît comme une première cible toute trouvée. Or la fermeture d'hôpitaux s'est avérée impossible politiquement, de sorte que, d'après les Etats Généraux du canton de Vaud en tout cas, c'est le marché qui déterminera le niveau de rentabilité d'un établissement, en rapport à une «exigence de qualité admise par tous». Les hôpitaux moins efficaces devraient tirer les conclusions qu'imposent leurs mauvais résultats: fermer (ou changer). L'Etat ne prendra les décisions nécessaires que si la concertation échoue.

Des projections impressionnantes

Déjà des projections font état de rationnements imposants: en 2005, moins de 80% de la population pourrait «en tout temps» avoir recours à des soins médicaux, seuls 60% des patients pourraient faire appel «à toutes les prestations médicales» et 30% seulement seraient admis par «toutes» les caisses. Attention ici aux abus de langage: par ex. «en tout temps» exclut-il les personnes en HMO (qui ont choisi de se priver du libre choix d'un médecin généraliste), «toutes les prestation médicales» ne distingue-t-il pas simplement les patients bénéficiant d'assurances complémentaires, donc d'un surplus de confort, et le tiers des gens refusé par certaines caisses resterait-il sans assurance-maladie? Plutôt qu'une médecine à deux vitesses, ne s'agit-il pas pour le moment encore d'un confort différencié selon la fortune du patient?

La LAMA rationne déjà

Le type de rationnement explicite, qui existe d'ores et déjà (et que le président de la FMH récuse), le cas par cas, est dangereux. Ainsi, le troisième paquet d'application de la LAMA exclut la prise en charge à titre de médecine préventive, de l'échographie de la hanche des nouveaux-nés; les pédiatres se sont insurgés. Est-ce un cas évident de surconsommation médicale induite par les médecins? On en sera moins sûr le jour où le *Blick* aura nommément identifié le premier enfant boiteux, né dans une famille pauvre mais suisse, victime de la nouvelle loi... Le rationnement explicite prévu par la loi de l'Etat de l'Oregon (voir notre article dans *DP* 1212) était né d'ailleurs du cas dramatisé d'un petit garçon, mort faute d'avoir reçu une transplantion osseuse, alors que le parlement venait d'exclure ces procédures coûteuses de la prise en charge.

Garde-fous au rationnement

Les conditions de réussite d'un rationnement explicite, si l'on s'inspire de l'exemple orégonais, seraient:

- Consultation du peuple sur les priorités (sondages, forums publics, discussion avec associations ou lobbys – handicapés, vieux, usagers).
- Classement «objectif» des procédures médicales en vertu de leur efficacité par le corps médical et para-médical. Ce point avait particulièrement grincé dans la procédure américaine. La plupart des actes médicaux n'ont pas été évalués de manière rigoureuse. Ainsi de cas simples, comme la durée d'hospitalisation optimale après accouchement.
- Mise en place d'une commission souveraine pour établir le classement des prestations médicales, où aucun corps (médical, patients, assurances ...) ne serait majoritaire.
- Interdiction au Parlement de changer les priorités établies par la commission; il se bornerait à fixer la barre en deça de laquelle les prestations ne sont pas prises en charge. Dans l'exemple américain ne sont pas pris en charge aujourd'hui le traitement contre la stérilité, les tests pour adultes (point litigieux avec le développement prévisible de la médecine préventive/prédictive issue de la biologie moléculaire), et les «traitements sans espoir de retour à une qualité minimale», s'adressant donc aux malades en phase terminale (cancer, sida).

Alors que nous essayons de digérer les premiers effets de la nouvelle LAMA, la balle est à la fois dans le camp du corps médical, pour la mise en place de procédures de contrôle de qualité des soins, et dans celui des usagers, peu organisés jusqu'ici. ■