Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: 32 (1995)
Heft: 1212

Artikel: L'exemple de l'Oregon : peut-on rationner les soins médicaux?
Autor: Escher, Gérard
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1015489

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: 15.07.2025

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

L'EXEMPLE DE L'OREGON

Peut-on rationner les soins médicaux?

«Le rationnement signifie à mes yeux que l'on fixe des priorités. Je suis un disciple de la procédure que l'Etat américain de l'Oregon a choisi. On ne peut laisser aller les choses jusqu'au moment où les médecins doivent procéder eux-mêmes au rationnement... On pourrait (par des enquêtes) vérifier si les Suisses préfèrent une chirurgie cardiaque de pointe ou plutôt la réhabilitation, la psychiatrie ou la physiothérapie.»[1]

NOTE

[1]H.H. Brunner, nouveau président de la FMH, Interview dans le *Tagesanzeiger* du 27 mars.

(ge) Pour la majorité de nos concitoyens, rationner les interventions médicales est certainement impensable. Un entretien avec des médecins ferait apparaître que parfois - ou même quotidiennement - on s'abstient de certaines analyses ou interventions, à la discrétion du médecin traitant. Les Américains appellent joliment ce rationnement implicite «bed-side rationing». Mais sera-ce suffisant? L'introduction dans la panoplie des soins officiels de certaines médecines alternatives, mais surtout l'apparition de nombreux tests et traitements provenant de la révolution moléculaire en biologie et de l'imagerie médicale coûteront cher, très cher. Le «bed-side rationing» sera-t-il encore suffisant? Le rationnement explicite, («rule-based rationing»), sanctionné par une décision politique, pourrait être proposé.

L'Etat de l'Oregon (5 mio d'habitants) est le premier à avoir adopté un rationnement explicite. Il pourrait servir d'exemple. Mais l'Orégon étant caractérisé par un système de santé très différent de la Suisse, je m'efforcerai ici surtout de décrire le processus politique de ce nouveau plan de santé. L'évaluation de son efficacité sur le terrain est très difficile car tous les pans du plan ne sont pas encore entrés en vigueur, et ceux qui sont appliqués le sont depuis une année seulement.

Années 80: le gouvernement Reagan taille dans les dépenses fédérales de santé (programme Medicaid pour les pauvres), en transférant des compétences (mais non des dollars) aux Etats. Beaucoup d'entre eux, dont l'Oregon, répondent en abaissant le revenu à partir duquel les personnes n'ont plus accès à Medicaid. Ainsi, dès 1986, seuls les habitants gagnant moins des deux tiers du revenu-seuil national de pauvreté seront admis au programme. Le nombre de citoyens sans assurance maladie s'en trouve augmenté, à 400'000 en 1989.

En 1988, devant un nouveau déficit budgétaire, le législatif décide de ne plus rembourser les transplantations d'organes, mais de dévier l'argent ainsi économisé dans des soins de santé prénataux. Un garçon de 7 ans, Coby Howard, ne reçut pas la transplantation de moelle qui lui aurait peut-être sauvé la vie, mourut et devint une victime célèbre du rationnement. On s'achemina vers l'argumentation suivante : si rationnement il devait y avoir, celui-ci ne pourrait être décidé au cas par cas. Une loi «bipartisane» fut alors promulguée; chacun serait désormais assuré, au prix de quelques efforts financiers supplémentaires (taxes sur les cigarettes, contribution accrue des employeurs). Mais surtout, on établirait une liste qui classerait tous les diagnostics ou traitements par rang de priorité, et le législateur établirait un seuil de remboursement au-delà duquel aucun traitement ne serait pris en charge.

La commission, où les médecins ne formaient pas la majorité, établit, à partir de 10'000 diagnostics (liste OMS) et de 10'000 traitements (liste American Medical Association), un classement contenant 1600 interventions médicales. L'évaluation mathématique était basée sur la «qualité de ●●●

Rationnement explicite des soins de santé des femmes

Diagnostic	Catégorie et description		Rang et prise en charge	
grossesse extra-utérine	1	traitement prévenant la mort; récupération complète	10	oui
fausse-couche avec complications	1	id	105	oui
syphilis	5	traitement augmentant espérance et qualité de vie	18	oui
contraception	6	contrôle des naissances	163	oui
IVG	6	id.	323	oui
incontinence	11	traitement unique améliorant la qualité de vie	433	oui
désordres menstruels	10	traitement revenant à l'état de santé précédent	448	oui
gestion de la ménopause	13	traitement chronique améliorant la qualité de vie	486	oui
dysfonction tubaire	15	traitement de la stérilité	696	non
anovulation (stérilité)	15	id	598	non
lacération du vagin	17	traitement faisant peu de différence en qualité de vie	672	non

AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE (3)

La traversée des Alpes et du Plateau

Le document de l'OFAT ne pouvait manquer d'évoquer la question des nouvelles lignes ferroviaires à travers les Alpes (NLFA). Traitées dans le chapitre «Analyse de la situation», les NLFA, comme Rail 2000 dans sa version originaire, sont en parfaite harmonie avec le concept fondateur de l'aménagement du territoire, la «décentralisation concentrée».

L'INVITÉ DE DP

Daniel Marco

architecte

«Les concepts sont comme des filets à papillons, ils servent à attraper la réalité, ensuite on les jette!», a écrit Umberto Eco. Or, comme nous l'avons vu dans deux articles précédents, les cinq concepts des «Grandes lignes pour le développement souhaité» sont largement battus en brèche par la réalité. Ils n'attrapent pas grand-chose.

Le premier d'entre eux, par exemple, qui postule le maintien d'un réseau de villes relativement égales entre elles, appelées à assurer des fonctions complémentaires et par extension des communications d'égale intensité entre elles, n'a jamais été aussi peu réaliste. La concentration des activités et des populations dans l'agglomération zurichoise et, dans une moindre mesure, dans les autres grandes villes du pays, est de plus en plus perceptible.

«Les Grandes lignes du développement souhaité» préconisent pour les villes suisses un développement endogène, qui ne fasse pas «tache d'huile». Un concept fort discutable, l'expérience genevoise de «construire la ville en ville» en a montré les limites, notamment en matière de densité, d'équipement, de trafic public et privé. Ce concept reflète d'ailleurs de moins en moins le développement dans les grandes agglomérations du pays. A Zurich, où la mise en service du S-Bahn provoque un fort développement urbain en étoile le long de branches partant du centre-ville, et à Genève, où la barrière verte, censée contenir l'extension vers la zone agricole, érigée par le plan directeur cantonal, se voit minée de toutes parts, sans qu'il existe de projet global pour maîtriser la tendance.

Aujourd'hui, alors que la crise fragilise les finances fédérales, les objectifs de Rail 2000 sont révisés à la baisse et il est question de ne réaliser qu'une seule NLFA. Alors, si les concepts des «Grandes lignes du développement souhaité» n'attrapent plus la réalité, cela signifie que ceux qui fondent Rail 2000 et les NLFA sont aussi obsolètes. Même s'ils ont été acceptés par le peuple, ces projets doivent être modifiés, le plus démocratiquement possible.

Il faut d'abord reconnaître l'existence et le développement en Suisse d'une hiérarchie entre les agglomérations urbaines et établir une hiérarchie entre les communications, notamment ferroviaires, qui les relient entre elles et aux principales villes d'Europe. Des hiérarchies qui existent depuis très longtemps sur le Vieux Continent et les Iles britanniques.

Si la Suisse veut entrer dans la Communauté européenne – l'intégration européenne est le deuxième concept du document de l'OFAT–, la réalisation d'une NLFA Nord-Sud pèse d'un poids certain dans la corbeille de mariage. En tenant compte des tendances décrites précédemment, cette première NLFA, et sans doute la seule, doit passer par Zurich et le Saint-Gothard (si la Suisse ne veut pas entrer dans la CE, alors il est proposé le percement d'un tunnel de base entre Bâle et Chiasso).

Le percement d'un nouveau tunnel du Lötschberg résulte d'un fédéralisme égalitaire sourcilleux et constitue un doublon onéreux en regard de l'argent disponible. Mais surtout, il occulte une question essentielle: l'amélioration des communications. A la place du Lötschberg, il serait sans doute souhaitable, toujours si l'adhésion de la Suisse à l'Europe reste un objectif prioritaire, de réaliser une nouvelle ligne ferroviaire à travers le Plateau suisse, une NLFP Est-Ouest. De cette manière, les relations entre les principales villes de Suisse et entre elles et Zurich (aujourd'hui Genève-Zurich 300 km/3 h., Genève-Paris 500 km/3 h. 20 min.) seront améliorées, comme le seront les communications en Europe entre les quatre points cardinaux. ■

RÉFÉRENCES

Organisation du territoire en Suisse. Grandes lignes pour le développement souhaité, OFAT (Office fédéral de l'aménagement du territoire).

●●●

vie après traitement», d'après l'algorithme qu'«une année à santé parfaite (100%) équivaut à 2 ans à 50%». La commission tint des séances publiques avec spécialistes, représentants des personnes âgées, handicapés, malades mentaux. A la publication de la première liste (en mai 1990) ce fut l'échec: la procédure très démocratique avait accouché d'un monstre, le classement des traitements était incompréhensible. La partie non-démissionnaire de la commission se remit au travail, épura la liste, en divisant les traitements en 17 catégories, en abandonnant largement la mathématisation de la qualité de la vie dont l'échec était programmé, également à cause du manque de connaissances quant aux effets des traitements; on établit ainsi un classement de 709 paires de diagnostics/traitements. Le législateur accepta cette liste qu'il ne pouvait pas modifier et arrêta le seuil de ce qui serait pris en charge à la ligne 587. La loi SB 27 entra en vigueur en mars 1994. Le volet financier de la loi n'est à l'heure actuelle pas encore mis en œuvre. ■

SOURCES

The Journal of Medicine and Philosophy dédie un volume entier (août 1994, Vol 19,4) au Oregon Health Plan. Voir aussi : Kirk P.E. (1993), The women's health care component of the Oregon Basic Health Care Plan, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168, 1870-1874. Klevit H.D. et al. (1991), Prioritization of Health Care Services, *Archives of Internal Medicine*, 151, 912-916. Kitzhaber J. A. (1994), *The Oregon Health Plan. Annals of Emergency Medicine*, 23:2, 330-333.