

Rationnement implicite: qu'est-ce?

La Commission fédérale des principes, l'une des commissions consultatives du Conseil fédéral instituées par la LAMal, a produit récemment un document qui mérite qu'on s'y arrête quelques instants car il soulève des questions inattendues: il s'agit d'un texte sur le rationnement implicite, que nous avons le plaisir de publier en p. 1697-99 de ce Bulletin.

Rien dans la LAMal n'évoque clairement le concept de rationnement: ce que la loi déclare disponible, respectivement remboursable, l'est en principe pour tout le monde. Or rationner, c'est ne pas donner tout le disponible, en se fondant sur un processus de choix; on rationne en décidant ce qu'on va donner ou ce qu'on va refuser à qui, selon des critères définis ... ou pas.

Et c'est évidemment dans les situations comme celle de la LAMal, où rien d'explicite n'est clairement prévu, que se glisse l'implicite!

L'un des éléments qui a poussé la Commission des principes à travailler ce thème est la conclusion de l'importante étude RICH [1], qui a mesuré la qualité de l'environnement professionnel des équipes soignantes de huit hôpitaux de soins aigus en Suisse, qui y a noté également des éléments significatifs de la qualité des soins, et qui y a enfin relevé la fréquence des phénomènes de rationnement implicite.

Le rationnement implicite y est décrit comme des soins non-apportés à un-e patient-e par insuffisance de temps, de compétences ou de personnel, bien que ces soins soient exigés par les règles de bonne pratique – et ceci en l'absence de décision ou de consigne explicite à ce sujet.

L'analyse statistique des résultats de cette étude fort bien faite montre très clairement que les phénomènes de rationnement implicite sont beaucoup moins fréquents dans trois hôpitaux, que dans cinq autres. Or ce sont ces trois mêmes hôpitaux dans lesquels l'environnement de

travail est le meilleur, et dans lesquels également les complications survenues chez les patients sont les moins fréquentes.

Autrement dit, le rationnement implicite est évidemment lié aux limites des moyens matériels à disposition, mais il est aussi fonction, et c'est cela qui est passionnant, de facteurs «mous» comme la qualité de l'environnement professionnel et, apparemment, comme l'existence de conditions qui rendent l'équipe soignante disponible pour ses patients.

Forte de ce constat, la Commission des principes s'est attelée à la question et a produit le document que nous publions aujourd'hui.

Lisez-le! Il y souffle des bouffées d'air frais qui bousculent, mais qui sont – justement à cause de cela! – un bon exemple de ce que devrait être une «parole médicale» face aux questions de la société: sans concessions ni a priori; exigeante et positive à la fois; respectueuse et attentive aux droits et aux besoins de la personne.

Vous y verrez que les problèmes de la relation soignante, que nous savons bien ne pas être simples, se doublent en réalité de problèmes de pouvoir et de savoir qui ne sont pas plus faciles; et vous y verrez, comme nous l'évoquons ci-dessus, qu'on ne peut décidément pas jouer avec les budgets de santé et les pressions financières sans répercussions négatives – maintenant déjà! – sur les soins fournis.

Bonne lecture!

Jacques de Haller, président de la FMH

- 1 Schubert M, Schaffert-Witvliet B, Glass T, De Geest S. Effects of Rationing in Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes. Basel: Institute of Nursing Science, University of Basel 2004 (Unpublished report).