A propos d'un symposium de l'ASSM et de la CNE

La médecine et les évaluations coût-bénéfice

Ökonomisierung der Medizin
Économicisation de la médecine
Symposium 2012

Medizin für alle?
Ethische Anforderungen an Kosten-/Nutzenbewertungen in der Medizin

La médecine pour tous ?
Exigences éthiques liées à l'évaluation des coûts et de l'utilité en médecine

Donnerstag, 5. Juli 2012
Kongresszentrum Hotel Ador, Laupenstrasse 15, Bern
Jeudi, 5 juillet 2012
Kongresszentrum Hotel Ador, Laupenstrasse 15, Berne

Partout, la pression est forte pour que les systèmes de santé se conforment à des critères de type coût-utilité ou coût-bénéfice. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et la Commission nationale d'éthique (CNE) ont tenu à Berne le 5 juillet 2012 un symposium sur ce thème. On y a beaucoup parlé de la notion discutée, mais largement employée malgré des critiques, de QALYs (quality adjusted life years).

Sans intention de résumer toute la réunion, quelques points qui m'ont interpellé. Dès l'introduction de Christian Kind, président de la Commission centrale d'éthique de l'ASSM, on a pu être surpris d'entendre que la manière de rémunérer les prestations médicales aujourd'hui ne servait pas prioritairement l'intérêt général. Il a souligné aussi qu'il fallait éviter de vouloir cataloguer les prestations de façon de plus en plus détaillée. C'est aussi l'avis de Brigitte Tag, professeur de droit à Zurich: la flexibilité qu'autorise (tout de même) la LAMal dans la définition des critères d'efficacité, pertinence et économicité (WZW – Wirksamkeit – Zweckmässigkeit – Wirtschaftlichkeit) «ne devrait pas être limitée par une normalisation excessive ou par des valeurs-seuils trop rigides». A son avis, le domaine thérapeutique légitime doit être plus large que la stricte médecine basée sur les preuves.

Deux exposés sur la question coût-utilité dans le quotidien médical ont retenu l'attention. Selon Pierre-Yves Dietrich, chef du Service d'oncologie des Hôpitaux universitaires de Genève, l'emploi des QALYs peut limiter les progrès et favorise (logiquement!) l'utilité des traitements au détriment de la solidarité et de l'égalité. La médecine personnalisée qui, en fonction des caractéristiques propres du malade, viendra demain devrait permettre d'améliorer l'efficacité: il a évoqué l'idée d'un «code barre diagnostique menant au code barre thérapeutique». Dans la pratique, il considère que l'institution du médecin-conseil d'assurance est devenue tout à fait archaïque, au vu des avancées scientifiques et de l'impossibilité d'être au courant de tout, même dans le cadre limité d'une spécialité; pour lui, c'est une urgence absolue (sic) de faire évoluer ce modèle. Au reste et en général, il plaide pour qu'on cherche des solutions plutôt que des coupables.

L'obstination thérapeutique déraisonnable, dont certains ont l'espoir qu'elle a disparu, a été évoquée à plusieurs reprises. Toutefois, P.-Y. Dietrich note que, pour un patient par an qu'il souhaite persuader d'accepter un traitement, il y a en a 50 ou plus qu'il cherche à convaincre de ne pas entreprendre une (nouvelle) tentative thérapeutique. D'où des réflexions sur les relations avec les patients, y compris sur la «futilité médicale» ou la finitude de nos existences. Et il a souligné cette réalité d'observation quotidienne que «Tout change quand on est/tombe malade».

Daniel Scheidegger, chef du Service d'anesthésie et médecine intensive interventionelle à Bâle, a relevé que les techniques de «scoring» sont utiles pour le «benchmarking» mais beaucoup moins pour le cas individuel d'un malade donné. Il a dit son malaise devant le fait que, en soins intensifs, on est contre son gré entraîné vers un certain acharnement: si la démarche qu'on a engagée n'a pas le résultat voulu, on est poussé à essayer une autre mesure, cas échéant «héroïque» ou hasardeuse, puis une autre. En réalité, une possible succession de non-réussites ne facilite pas la décision de s'arrêter, de renoncer à tenter quelque chose encore. Il regrette qu'il reste si difficile en milieu universitaire – malgré une certaine évolution des mentalités – de passer à la phase palliative et aux contributions substantielles qu'elle peut apporter à la qualité et la sérénité de la dernière phase de la vie, en particulier au plan relationnel.

Comme une option à discuter, il a évoqué l'idée (sans doute avec une certaine flexibilité) de fixer une limite à la durée du séjour en soins intensifs... En émaillant son propos de formules comme «Survival is not a criterion for clinical excellence» et (de Cynthia Cohen, médecin américaine) «Sometimes the only right that remains for the patient is the right to use medical technology». Il vaudrait mieux ne pas arriver à cette extrémité. Enfin, il a lancé un défi provocant en rapport avec l'aspect pécuniaire de la médecine: «Il faudrait que l'éthique nous explique pourquoi nous faisons ce qui nous fait gagner de l'argent et pourquoi nous ne faisons pas ce qui ne nous en fait pas gagner.»

A noter encore que Peter Suter, ancien président de l'ASSM, a présenté les travaux du Swiss Medical Board, précisant qu'il ne s'agissait pas d'introduire une doctrine de rationnement mais bien une éthique de prévention du gaspillage (des travaux récents font penser que jusqu'à 30% des ressources investies dans le système de santé sont gaspillées).

Jean Martin, membre
de la Commission nationale d'éthique
et de la rédaction

jean.martin[at]saez.ch