



Articles publiés
sous la direction de

PATRICE JICHLINSKI

Médecin-chef
Service d'urologie
CHUV, Lausanne

**CHRISTOPHE E.
ISELIN**

Médecin-chef
Service d'urologie
HUG, Genève

Vers une réforme « concertée » de l'incitatif financier dans le système de santé?

Prs **PATRICE JICHLINSKI** et **CHRISTOPHE E. ISELIN**

Le canton de Vaud se prépare à célébrer les 500 ans de la Réforme protestante. L'origine de la Réforme n'était pas simplement réduite à un débat théologique, mais à la volonté de modifier en profondeur la vie sociale et l'administration des villes et des cantons.

Imaginons la vie des gens au XVI^e siècle : un climat si rigoureux que les glaciers progressaient chaque hiver, au contraire de ce que nous observons aujourd'hui. Une vie difficile et rude marquée par en alternance des périodes de disettes lorsque les céréales venaient à manquer, des épidémies de peste avec leur cortège de malheurs, des conflits armés ruineux dans un pays (la Suisse de l'époque) d'un million d'habitants. La recherche de solutions visant à favoriser une meilleure gestion des villes et des campagnes était donc légitime.

Notre système de santé est un modèle du genre quant à la protection individuelle, mais son coût s'élève graduellement d'année en année. Une multitude de raisons sont régulièrement évoquées pour expliquer cette tendance. Citons non seulement les thèmes communs comme le vieillissement de la population, les maladies chroniques, la cherté des établissements de santé en permanente recherche de perfection, le coût des médicaments; mais également le flux des populations, les nouvelles thérapies, les systèmes de gestion informatisée, etc.

Si l'objectif de réduire l'escalade des primes d'assurances sous-entend le maintien à l'équilibre des coûts et des revenus, la légitimité des dépenses de santé ne passe plus par la simple production de biens et de services. De régulières remises en question de nos pratiques, si possible concertées entre les acteurs, sont nécessaires. Un exemple est celui des traitements oncologiques dispensés par les

chirurgiens et les oncologues, dont les coûts augmentent au fur et à mesure de l'élargissement de l'offre des prestations. Selon une récente estimation, les coûts liés aux cancers vont s'élever à 200 milliards de dollars par an aux Etats-Unis dès 2020. Pour tenter d'en-

raier cette spirale infernale, il faut modifier l'incitatif financier selon un expert américain.¹ Les coûts engendrés par le volume des prestations réalisées devraient céder la place aux coûts liés à la valeur des prestations. La définition de la valeur ajoutée d'un processus diagnostique ou thérapeutique passera par toute une série d'analyses dont les démar-

ches qualité mises en œuvre en Suisse comme ailleurs. Selon cet expert, les chirurgiens devraient promouvoir ce concept de valeur par opposition au volume.

La récente publication des résultats de l'étude ProtecT dans le *New England Journal of Medicine*² participe à la recherche de ce type de valeur dans le conseil thérapeutique. Dans le cancer localisé de la prostate, la mortalité à 10 ans spécifique au cancer reste faible quel que soit le choix de la prise en charge: surveillance active, chirurgie radicale ou radiothérapie, sans différence significative entre ces différentes modalités. Les résultats du suivi à plus long terme des participants à cette étude randomisée sont attendus avec intérêt, car pour le cancer localisé de la prostate, ce n'est qu'après 15 ans, voire au-delà, qu'il devient possible d'apprécier le devenir des patients qui ont été soumis à une approche d'emblée curative. Celle-ci réduit le risque de progression locale et métastatique, alors que dans le groupe resté en surveillance, certains patients auront perdu la chance de bénéficier d'un traitement à visée curative, si la décision d'intervenir n'a pas été prise suffisamment tôt.³ L'âge de l'individu au

**LES COÛTS
ENGENDRÉS PAR
LE VOLUME
DEVRAIENT
CÉDER LA PLACE
AUX COÛTS LIÉS
À LA VALEUR DES
PRESTATIONS**

Bibliographie

1

Litwin MS, Tan HJ. Cancer surgeons and health system innovation: Incentivizing change. *J Natl Cancer Inst* 2016;108:djv386

2

Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA, et al. 10-Year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer. *New Engl J Med* 2016;375:1415-24.

3

Godtman RA, Holmberg E, Khatami A, et al. Long-term results of active surveillance in the Göteborg randomized, population-based prostate cancer screening trial. *Eur Urol* 2016;70:760-6.

moment du diagnostic, son espérance de vie, les éléments pronostiques de l'histoire naturelle de la maladie, l'impact des différentes approches sur sa qualité de vie et en définitive son choix de vie doivent être mis en balance. L'urologue, en tant que conseiller thérapeutique, se trouve à un carrefour au sein duquel il doit guider son patient dans l'une ou l'autre des directions parfois opposées, en concertation avec l'avis des spécialistes concernés par la pathologie en question. Une telle démarche donne beaucoup plus de satisfaction à l'accomplissement de sa profession que la multiplication insuffisamment ciblée d'actes médicaux.

C'est dans cet esprit que nous vous proposons ce numéro concerté de la *Revue médicale suisse* entre les services d'urologie de Genève et Lausanne. Les divers articles traitent de sujets tels que la prise en charge des traumatismes de l'appareil urogénital, le bilan et le traitement des infections de l'appareil urogénital, les médicaments usuels en médecine de premier recours lors de cancer de la prostate, la pollakiurie non infectieuse chez la femme, la prise en charge de la rétention urinaire aiguë chez l'homme et la gestion des problèmes urogériatriques.

Nous vous souhaitons une bonne lecture!