

# Santé et argent: du cœur ou des chiffres?

## Les invitées

**Valérie Junod**

Professeure de droit; UNIGE

**Carole-Anne Baud**

Doctrinaire

La question la plus brûlante en santé publique n'est pas celle de la médecine personnalisée. Ni celle du Big Data en médecine. Pas davantage celle des robots médicaux intelligents. La question la plus brûlante reste l'antique enjeu de la répartition des richesses et donc indirectement du financement des soins.

Et même si presque chacun s'accorde sur le caractère urgent et inéluctable de la question, pas grand monde semble vouloir l'empoigner. Et c'est là une réaction naturelle. Qui a envie de diminuer l'intensité et la qualité des soins de sa grand-mère en EMS? Qui a envie de refuser des

traitements de dernière chance à son père atteint d'un cancer en phase terminale? Qui serait prêt à laisser mourir son enfant atteint d'une maladie rare parce que le seul médicament coûte des centaines de milliers de francs pour un bénéfice ténu? Et même qui se dirait prêt à payer de sa poche la visite chez le médecin traitant pour une grippe, alors que des primes si élevées ont été payées scrupuleusement au fil des mois.

La réponse saute aux yeux. Pas grand monde - voire personne. Et c'est pour quoi, tout en sachant que la question ne peut être entièrement balayée sous le tapis, elle reste tapie dans le débat politique. Bien courageux serait le politicien qui oserait s'en saisir pour dire tout haut ce que personne ne veut même penser tout bas: il faut faire des choix et ces choix doivent être éclairés, pas seulement par les sentiments, mais aussi par les chiffres.

Alors que proposer pour sortir de l'impasse qui voit la part des

primes et des budgets de la santé grimper proportionnellement d'année en année?

Etonnamment, une première piste semble se dégager dans l'ombre de la loi et de la jurisprudence du Tribunal fédéral. L'ordonnance sur l'assurance-maladie a admis le remboursement exceptionnel des médicaments qui ne sont pas pris en charge d'office (n'étant pas sur la Liste des spécialités) à la condition qu'un bénéfice élevé soit démontré pour un patient atteint d'une maladie grave. Pour appliquer l'ordonnance, les caisses ont depuis peu mis en place un système de plus en plus standardisé. Les études cliniques sont passées au crible, puis sont ensuite pondérées en tenant compte de critères supplémentaires comme la rareté de la maladie et la situation personnelle du patient concerné. On pourrait penser cette procédure rare. Il n'en est rien. Des milliers de demandes sont

traitées chaque année par les assureurs maladie et le phénomène prend de l'ampleur. Le système est cependant loin d'être parfait, puisque chaque assureur est libre de s'y conformer, que ses décisions ne sont pas rendues publiques et que les patients n'ont guère de moyens de se faire entendre en cas de décision négative. Enfin, seul le bénéfice d'un traitement est évalué formellement, sans tenir compte du prix jugé adéquat vu le bénéfice retenu, ce dernier point étant laissé à l'appréciation de chaque assureur!

De ce mécanisme encore récent, deux conclusions se dégagent. D'abord qu'il est possible de décider dans un contexte éthique et social tendu en se fondant sur des chiffres. Ensuite, que des mesures de rationnement des soins existent déjà en Suisse. Réticences naturelles ou pas, cessons de nous voiler la face.

