

COMITE NATIONAL D'ETHIQUE MEDICALE

LE PROGRES MEDICAL : COUT ET ETHIQUE

TROISIEME CONFERENCE ANNUELLE
Tunis, le 22 Avril 1998

SOMMAIRE

Allocution du Pr HAMZA B. ..	5
Discours de Monsieur le Ministre de la Santé Publique ..	5
GHACHEM A.	
Progrès technologique et coût de la santé	7
PROGRES TECHNIQUES : MEDECINE DE SURVIE	
BEN MAIZ H.	
L'hémodialyse: médecine de survie	19
AYED M.	
Coût et éthique des soins de substitution d'organes	27
THAMEUR H.	
Transplantation cardiaque en Tunisie. Problèmes éthiques et économiques. A propos de 10 cas	31
BE]AOUI M.	
Grefe de moelle osseuse.....	35
MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE	
BEN SALAH N.	
La formation des médecins: pierre angulaire de la maîtrise du Coût de la santé et de la rationalisation du recours aux techniques médicales de pointe	39
BELKAHIA Ch.	
Ethique et assurance-qualité en médecine	43
HAMZA B.	
Evaluation des prestations de santé	49
AOUIJ-MRAD A.	
Conférence : « Santé, éthique et argent »	53
Annexe : Programme de la journée	69

SEANCE D'OUVERTURE

- ALLOCUTION DU Pr HAMZA B. (voir texte arabe) 5**
- DISCOURS DE Mr LE MINISTRE DE SANTE PUBLIQUE (voir texte arabe) 9**

PROGRES TECHNOLOGIQUE ET COUT DE LA SANTE

Professeur Abdelaziz GHACHEM

Professeur en Médecine Légale

Président de la Section Technique du Comité National d'Ethique Médicale

*• La santé n'a pas de prix
mais elle a un coût qui ne cesse d'augmenter ... '*

LE CONSTAT ET LA PROBLEMATIQUE

La médecine moderne est caractérisée par son extension, par son évolution technologique et par la spécialisation. Les conséquences de ses progrès sont médicales, démographiques, sociales, économiques et éthiques.

1. LES PROGRES DE LA MEDECINE ET DE LA TECHNOLOGIE

Le champ d'action de la médecine s'est étendu. Son objectif est de prévenir les maladies: **médecine préventive**, de les guérir : **médecine curative**, et de dépister les porteurs de maladies héréditaires: **médecine génique** ou **prédictive**. Après la maladie, la **médecine rééducative** s'efforce de rétablir les fonctions du malade.

- **La technologie médicale.** Sans aucun doute, la technologie médicale a fait en quelques années des progrès considérables grâce notamment aux progrès réalisés dans les autres domaines de la science (la physique, la chimie, ...). Elle fournit des moyens de diagnostic et de thérapeutique de grande efficacité, mais pose des problèmes économiques et moraux.
- **La spécialisation médicale.** La somme des connaissances et des techniques médicales actuelles, dépasse largement la capacité moyenne d'un homme. La médecine a dû se diviser en spécialités parfois à l'extrême. Ces spécialités correspondent soit à un appareil (cardiologie, pneumologie, neurologie, gynécologie, rhumatologie, endocrinologie, ... soit à une technique ou à un groupe de techniques de diagnostic ou de traitement (biologie, imagerie médicale, radiothérapie, réanimation, anesthésiologie, physiothérapie, ...) soit à une période de la vie : pédiatrie, gériatrie, obstétrique.

La spécialisation faite d'une habilité technique et d'une instrumentation particulières donne au médecin plus d'efficacité et au malade plus de sécurité.

2. LES CONSEQUENCES DES PROGRES MEDICAUX

Dans, Grandeur et tentations de la médecine ",]. BERNARDO) fait remarquer que la médecine a étendu son domaine et sa technologie s'est développée beaucoup plus dans les dernières décennies que pendant les siècles précédents. Au cours des 30 premières années du XXème siècle, elle s'est peu modifiée. De 1930 à 1960, au contraire, on constate un grand bouleversement. Depuis, la transformation est allée en s'accéléralant. Les conséquences de cette évolution portent sur la pratique médicale, sur la hiérarchie des maladies, sur la démographie, sur l'économie et sur la bioéthique.

- **La pratique médicale :** Avant, le **sens clinique** était fait de la recherche des seuls signes cliniques. Aujourd'hui, il a une acceptation plus large. Le savoir, l'expérience, le bon sens, jouent toujours un rôle capital. L'interrogatoire et l'examen clinique restent les pièces maîtresses du diagnostic, mais aux renseignements fournis par le ' colloque singulier, s'ajoutent les investigations complémentaires. Leur choix et leur interprétation demandent une grande rigueur; ce travail ne peut jamais être réalisé par une machine électronique

aussi sophistiquée soit-elle car elle n'aura jamais ce qu'on peut encore appeler le ' sens clinique ". L'attrait parfois excessif manifesté par les médecins pour les techniques nouvelles de diagnostic a plusieurs raisons: la formation clinique, le besoin de compenser l'insuffisance ou la subjectivité de l'examen clinique par la rigueur des images et des chiffres, le désir de pratiquer une médecine scientifique, de paraître informé des dernières découvertes, le besoin de se mettre à l'abri des reproches et des poursuites judiciaires mais aussi et surtout des demandes des malades qui sont souvent avides de techniques nouvelles et qui croient que, par la ' radio " le scanner, on peut tout voir et ils poussent souvent le médecin à la consommation.

- **La hiérarchie des pathologies:** La médecine remporte des victoires totales sur certaines maladies d'origine exogènes en premier lieu les maladies infectieuses mais les maladies virales progressent.

La médecine guérit ou diminue la gravité des maladies d'origine endogène. Elles ont paru augmenter du fait d'un meilleur diagnostic et de l'augmentation de la durée moyenne de la vie. Plus nombreux sont ceux qui parviennent à l'âge qui fut de tous temps celui des maladies chroniques, dégénératives, rhumatismales, cancéreuses et cardio-vasculaires, plus nombreux sont ceux qui en sont atteints.

La médecine doit faire malheureusement face à l'augmentation de fréquence des maladies dites" de civilisation : accidents de la voie publique, accidents du travail, accidents domestiques, intoxications, tabagismes, pollution, ...

Sans aucun doute, la médecine moderne a fait reculer les limites de la vie. Les soins intensifs administrés à des nouveau-nés porteurs d'anomalies graves du cerveau, à des personnes âgées dont les organes sont frappés de

délabrements, à des accidentés dans des comas prolongés permettent souvent la survie.

Des transplantations de cœur, de poumon, de foie, de rein ... à des personnes en " sursis de mort" permettent de leur redonner la vie.

- **La démographie :** En un siècle, la durée moyenne de la vie a presque doublée. En France en 1930, l'espérance moyenne de vie était de 50 ans. Actuellement elle est de 73 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes. En Tunisie en 1956, l'espérance moyenne de vie était de 47 ans, actuellement elle est de 73,3 ans pour les femmes et de 69,5 ans pour les hommes. L'espérance moyenne de vie devrait encore augmenter. Les jeunes sont plus nombreux, car la mortalité infantile a beaucoup diminué. Mais parmi les survivants, il y a plus d'infirmes et d'individus porteurs de tares génétiques qui étaient autrefois condamnés à disparaître. Les personnes âgées sont également plus nombreuses. Le vieillissement de la population est manifeste dans tous les pays. Non seulement les hommes vivent plus vieux, mais ils atteignent souvent la vieillesse en bonne santé.

- **Les incidences sociales et économiques:** Les progrès de la technologie et de la spécialisation, l'amélioration des équipements et des infrastructures hospitalières, l'augmentation de la démographie médicale, l'accroissement de la consommation médicale, le vieillissement de la population sont à l'origine de l'augmentation des dépenses de santé. **On soigne davantage et plus longtemps.** En France, la consommation médicale atteint 600 milliards de francs, dépassant de 60% celle d'un citoyen britannique et de 25 % celle d'un allemand. Cette consommation médicale a été multipliée par dix en vingt ans.

Le déficit du régime général de la sécurité sociale qui couvre 98 % des français, a atteint en 1993 et en 1994 plus de 50 milliards mettant en danger le système français de protection sociale.

En Tunisie, les dépenses totales de santé ont évolué entre 1980 et 1995 de 7,72 fois. C'est dans ce contexte que le Ministre de la Santé Publique a saisi le Comité National d'Ethique Médicale et lui a demandé de se prononcer sur la problématique ayant trait aux progrès technologiques et au coût de la santé compte tenu des moyens dont on peut disposer pour la santé.

Pour ce faire, le C.N.E.M. a chargé sa Section Technique de recueillir l'avis de responsables des services des médecines de pointe et dont les activités nécessitent des moyens humains et matériels très importants.

A sa réunion du 24 février 1998, la Section Technique a invité les Professeur Mouldi AMAMOU (soins intensifs), Hédi BEN MAIZ (hémodialyse), Mohsen AYED (greffe rénale), Habib THAMEUR (greffe cardiaque) qui n'ont pas manqué d'exposer leurs points de vue.

Dans le but de faciliter la discussion au sein du CNEM, il a paru utile à la Section Technique de présenter dans

le présent document, des **données** relatives à la situation sanitaire de la Tunisie, aux dépenses de santé et aux régimes d'assurance-maladie ainsi que des réflexions sur notre politique nationale de santé.

BREF APERCU SUR LA SITUATION SANITAIRE DE LA TUNISIE

1. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION TUNISIENNE (2)

1.1. INDICATEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

En 1997, la population tunisienne est estimée à 9 243 000 personnes. Elle dépassera le cap de 10 millions en 2003. La population masculine est de 50,7 % en 1994 : le rapport de masculinité est de 102,1 hommes pour 100 femmes (102,7 pour le milieu urbain et 101,2 pour le milieu rural).

- Au recensement de 1994, 34,8 % de la population était âgée de moins de 15 ans et 8,3 % de plus de 60 ans. Ce phénomène de vieillissement est en train de s'accroître et ne manquera pas d'exercer des pressions sur la demande de soins et sur les dépenses de santé.
- L'âge moyen est passé de 23,2 ans en 1966 à 26,7 ans en 1994 enregistrant ainsi une augmentation de 3,5 ans. L'âge médian (constitue l'âge tels que 50 % de la population en âge supérieur à cette limite et 50 % inférieur à cet âge) a augmenté de 5,6 ans de 1966 à 1994, faisant passer l'âge médian de 16,8 ans à 22,4 ans. Cette tendance s'explique par l'évolution de la structure par âge de la population qui sous l'effet de la baisse de la fécondité a entraîné la réduction du nombre des jeunes parmi la population et sous l'effet de la baisse de la mortalité qui a conduit à l'élévation de l'espérance de vie.
- Le nombre des naissances annuelles est en baisse régulière. En 1986, ce nombre était de 234 933 naissances, en 1994, il n'a été que de 200 200 naissances. Ainsi le taux de natalité est passé de 32,3 pour mille en 1984 à 22,7 pour mille en 1994. Le taux d'accroissement naturel est passé de 2,58 en 1984 à 1,84 en 1993. La taille moyenne du ménage est de 5,15 personnes en 1994.
 - La répartition géographique de la population montre une concentration de la population sur le littoral qui représente plus de 60 % de la population.
 - Le pourcentage de la population analphabète qui était de 84,7 % en 1956 a chuté à 33 % en 1994.
 - La population en activité professionnelle est de 2 320 610 personnes: 1 785 730 hommes (77 %) et 534 880 femmes (23 %). La structure de la population active par secteur d'activité montre que le secteur des services occupe 26,3 % de la population active, 21,9 % sont dans l'agriculture, 19,9 % dans les industries manufacturières, 1,6 % dans les mines et 13,4 % dans les BTP.

1.2. INDICATEURS DE SANTE

a. L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance est en moyenne de 71,4 ans en 1995 (73,3 ans pour les femmes et 69,5 ans pour les hommes).

b. La mortalité

- Le taux de mortalité générale qui était de 21 pour mille en 1956 a régressé à 15 pour mille en 1966 et à 5,7 pour mille en 1994. La baisse de la mortalité a concerné les divers types de mortalité: infantile, juvénile, maternelle, ...
- La mortalité infantile qui était de 175 pour mille en 1956 a régressé à 30,6 pour mille en 1995. Mais la mortalité néonatale reste importante. Elle est d'environ 22,3 pour mille soit 70 % de la mortalité infantile.
- La mortalité maternelle: une enquête nationale réalisée en 1993-1994 a montré que le taux est d'environ 68,9 décès pour 100 000 naissances. Mais des disparités entre les régions côtières et l'intérieur du pays ont été constatées: le milieu rural présente une surmortalité maternelle par rapport au milieu urbain. Les causes de décès sont par ordre d'importance, les hémorragies (31,4 %) l'HTA et ses complications (19,3 %), les maladies cardio-vasculaires (11,4 %), les infections (01,4 %) et toutes les autres pathologies (26,5 %).
- La mortalité hospitalière. Les données d'une enquête dans un service de médecine générale d'un hôpital régional ont révélé qu'en 1995, 50 % des décès sont dûs à des maladies cardio-vasculaires, 12 % à des infections bactériennes et parasitaires, 7 % à des maladies respiratoires, 4 % à des maladies endocriniennes et métaboliques, 3 % à des maladies neurologiques.

c. La morbidité

Si plusieurs fléaux, naguère endémiques ont pu être éradiqués, actuellement la Tunisie connaît une transition épidémiologique avec une recrudescence des pathologies prévalentes dans les pays développés, les maladies de- civilisation '.

- L'hypertension artérielle est la pathologie la plus fréquente des maladies cardio-vasculaires. Sa prévalence est de 20 à 30 % pour les sujets âgés de 20 à 60 ans. La prévalence des accidents vasculaires cérébraux est de 54 pour 100 000 habitants à Tunis.
- Le diabète: 10 % des plus de 30 ans sont diabétiques et 50 à 60 % des diabétiques sont hypertendus.
- Le cancer constitue la deuxième cause de mortalité.

D'après **le registre de l'Institut Salah Azaiez**, 4000 nouveaux cas en moyenne sont annuellement diagnostiqués dont 400 chez l'enfant. La première place est occupée par le cancer du sein (14,1 %) suivie de

celui de la peau (11,7 %), de l'utérus (8,9 %) du cavum (8,1 %), du larynx (7,3 %),..

- L'insuffisance rénale chronique constitue un problème de santé publique. L'incidence de l'insuffisance rénale terminale est évaluée à 1000 nouveaux cas par million d'habitants et par an. Actuellement la Tunisie compte environ 2800 insuffisants rénaux.

Le traitement de substitution des insuffisants rénaux a été décentralisé. En plus des hôpitaux universitaires qui disposent d'Unités d'hémodialyse dans les services de néphrologie, des Unités ont été créées dans les hôpitaux régionaux de Jendouba, Gabès, Gafsa, Médenine,...

Les Unités d'hémodialyse du Secteur public prennent en charge les malades bénéficiaires de l'Assistance médicale Gratuite (les indigents) laissant au secteur privé le traitement des assurés sociaux qui sont pris en charge par les Caisses de Sécurité Sociale.

Le secteur public garde ainsi son rôle de moralisateur des coûts des prestations dans un domaine qui est actuellement assez **rémunérateur** et très convoité par les **opérateurs privés**.

Pour la seule année 1996, la CNSS a dépensé pour 2336 insuffisants rénaux chroniques dans des centres d'hémodialyse du secteur privé: 23,290 millions de dinars.

- L'insuffisance respiratoire chronique constitue également un problème de santé publique. Elle occupe la première place dans l'activité des services de pneumologie. Le taux de prévalence des patients oxygène-dépendants est d'environ 30 pour 100 000 habitants: 2000 à 2 500 cas dont 10 % évoluent vers l'insuffisance respiratoire aiguë.
- Les problèmes urinaires: la pathologie prostatique est la première cause de consultation et d'hospitalisation. La lithiase rénale est la deuxième cause d'hospitalisation avec la cancérologie urologique qui augmente et la stérilité masculine et l'impuissance sexuelle qui constituent une nouvelle demande de soins.
- Les maladies hématologiques: les anémies ferriprives sont les principales causes de consultations. Les hémopathies malignes, les anémies, les maladies héréditaires, les maladies d'hémostases et les aplasies médullaires sont par ordre décroissant les principales causes d'hospitalisation.
- Les pathologies digestives, rhumatologiques, dermatologiques, neurologiques et psychiatriques occupent une place de plus en plus importante dans les consultations externes et l'hospitalisation des hôpitaux universitaires.
- L'accidentologie : les accidents domestiques, les accidents du travail et les accidents de la circulation constituent des fléaux responsables d'une mortalité et d'une morbidité importantes.

Si les accidents domestiques ne sont pas recensés, les accidents du travail et les accidents de la circulation font l'objet de statistiques précises.

- Les accidents du travail: les accidents déclarés en 1995 à la CNSS ont atteint le nombre de 42 082. Ils ont entraîné 217 décès et 32 194 blessés. En 1996, le nombre d'accidents déclarés a été de 40 377 avec 219 décès et 30 749 blessés.
- Les accidents de la voie publique: en 1995, 10 113 accidents ont été enregistrés. Les accidents ont provoqué 1 318 décès et 13 089 blessés.

En 1996, les sinistres payés nets de recours par les Sociétés d'Assurance ont été de 85,705261 millions de dinars.

Sans aucun doute, la pathologie traumatologique occupe la première place dans les activités des services de chirurgie viscérale, d'orthopédie-traumatologique, de neuro-chirurgie, de chirurgie maxillo-faciale et de soins intensifs.

Pour les services de soins intensifs, il importe d'ajouter les intoxications accidentelles ou volontaires qui sont de plus en plus fréquentes et nécessitent la mise en place de moyens de prévention.

2- EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EN TUNISIE (3)

- En 1980, les dépenses totales de santé ont été de 139 millions de dinars. En 1990, elles ont été de 573 millions de dinars et en 1996, elles ont atteint 1165,2 millions de dinars. La progression annuelle moyenne a été de 12,9 % de 1990 à 1996.
- En 1990, la part des dépenses de santé dans le P.I.B. était de 5,3 %; elle a atteint 6,1 % en 1996.

2.1. EVOLUTION DES DEPENSES DE L'ETAT

En 1980, le budget de l'Etat réservait 71 millions de dinars à la Santé Publique et représentait 51 % des dépenses totales de santé. En 1996, ce budget a atteint 355,3 millions de dinars et ne représentait que 30,5 % des dépenses totales de santé. La progression annuelle moyenne est de 9,2 %.

2.2. EVOLUTION DES DEPENSES DES CAISSES DE SECURITE SOCIALE

En 1980, les dépenses des caisses étaient de 15 millions de dinars; en 1987, elles étaient de 48,607 millions de dinars et en 1996, elles ont atteint 172,742 millions de dinars et représentent 15,1 % des dépenses totales de santé.

2.3. EVOLUTION DES DEPENSES DES MENAGES

En 1980, les dépenses des ménages étaient estimées à 52 millions de dinars et ne représentaient que 37,5 % des dépenses totales. En 1996, les dépenses des ménages sont estimées à 625,6 millions de dinars et représentent 53,7 % des dépenses totales de santé.

3. L'EVOLUTION DES INFRASTRUCTURES

Le dispositif national des soins s'est considérablement développé au cours des derniers plans de développement économique et social par la construction de nouveaux bâtiments et le renforcement des équipements de pointe.

3.1. SECTEUR PUBLIC

Au cours du VII^{ème} plan (1987-1991), 123 millions de dinars ont été investis dans le secteur public et au cours du VIII^{ème} plan (1992-1996) une enveloppe de 256,2 millions de dinars à prix constant a été réservée aux investissements dans le même secteur.

A la fin de l'année 1997 le patrimoine en infrastructure publique de santé se compose :

- au premier niveau, 1876 centres de soins de santé de base, 1200 points de rassemblement, 103 hôpitaux de circonscriptions et 12 maternités autonomes qui ont pour mission de fournir des soins ambulatoires et des prestations hospitalières de base. Les maternités totalisent 86 lits et Les hôpitaux de circonscription, 2606 lits.
- Au deuxième niveau, 29 hôpitaux régionaux situés aux chef-lieux de gouvernorat, qui fournissent des soins et des prestations hospitalières spécialisées et totalisent 5550 lits.
- Au troisième niveau, 10 hôpitaux universitaires et 15 instituts spécialisés qui sont des Etablissements Publics de Santé (EPS) implantés dans les quatre grandes villes, sièges des quatre facultés de médecine (Tunis, Sousse, Monastir, Sfax) ont une triple mission: **soins, enseignement et recherche.**

Le nombre de services au niveau de ces hôpitaux universitaires est de 177 avec 40 spécialités et totalisent 7752 lits.

A ces infrastructures relevant du Ministère de la Santé Publique, s'ajoutent :

- Les 3 hôpitaux militaires qui relèvent du Ministère de la Défense Nationale, totalisant 800 lits ainsi que les infirmeries au niveau de la plupart des corps et des régions offrant des soins ambulatoires par un personnel médical et paramédical militaire de carrière ou civil appelé dans le cadre du service national.
- L'hôpital des FSI qui relève du Ministère de l'Intérieur avec une capacité de 70 lits et les 65

infirmiers-dispensaires situées au niveau des casernes. Ils prennent en charge le personnel des forces de sécurité intérieure et leurs ayants-droit.

3.2. LE SECTEUR PRIVE

Au cours du VIIIème plan, les investissements du secteur privé ont largement dépassé les prévisions. Elles ont atteint les 114,348 millions de dinars, alors que les prévisions étaient de 30 millions de dinars.

A la fin de l'année 1995, l'infrastructure du secteur privé comprenait :

- 49 cliniques avec une capacité de 1 874 lits ;
- 2 774 cabinets médicaux (0469 généralistes et 1 305 spécialistes) ;
- 774 cabinets dentaires;
- 1 262 officines;
- 420 cabinets paramédicaux;
- 141 laboratoires de biologie;
- 456 grossistes répartiteurs;
- 50 centres d'hémodialyse. Au début de l'année 1998, 80 centres d'hémodialyse environ fonctionnent ;
- 20 services de transferts sanitaires.

Pour ce secteur, les structures se trouvent concentrées principalement dans les zones urbaines et particulièrement la partie côtière du pays.

Actuellement le district de Tunis et la région de Sfax représentent 76,5 % des lits privés; le reste est réparti essentiellement entre Nabeul, Sousse, Bizerte, Gabès et Médenine.

- Au cours de la décennie 1987-1997, 16 unités privées de **fabrication de médicaments** sont venues renforcer les trois usines pharmaceutiques du secteur public.

Actuellement, la production locale couvre à 42 % les besoins nationaux.

4. RAPPEL DES REGIMES D'ASSURANCE-MALADIE

L'assurance-maladie est caractérisée par la coexistence de régimes multiples et hétérogènes tant au niveau des cotisations que des prestations de prise en charge.

Schématiquement, on distingue :

4.1. LES REGIMES BASES SUR L'OCTROI DIRECT DES SOINS

(avec ou sans paiement d'un ticket modérateur) :

a. Dans les structures relevant du Ministère de la Santé Publique,

- *Assistance Médicale Gratuite (AMG),* 'En 1996, 890 000 cartes dont 130 000 du type I donnant droit à la gratuité totale de toutes les prestations de soins et 760 000 du type II donnant droit à la gratuité avec une contribution modeste.
- *Affiliés de la CNSS et les carnets de soins de la CNRPS,* 'En 1996, 1 460 975 assurés sociaux bénéficient de ce régime: prise en charge dans les services de la santé publique avec la même contribution que les AMG type II et la % des frais des examens complémentaires et des actes chirurgicaux.
- *Autres régimes légaux,* 'Les personnels de la Santé Publique, de l'Armée, des forces de Sécurité Intérieure, de la Douane, les handicapés ". bénéficient de la gratuité des soins dans les formations relevant du Ministère de la Santé Publique.

b. Dans les autres institutions publiques

- Dans les structures relevant du Ministère de la Défense nationale: hôpitaux militaires;
- Dans les structures relevant du Ministère de l'Intérieur: hôpital des F.S.I. ;
- Dans les structures relevant du Ministère des Affaires Sociales: les polycliniques de la CNSS ;
- Dans les services médicaux de certaines entreprises publiques: STEG, SONEDE, SNCFT, ".

4.2. LES REGIMES BASES SUR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS

- Régime de la CNRPS pour les longues maladies et les interventions chirurgicales ;
- Régime de la CREGT pour ses affiliés ;
- Régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- Régime volontaires des Mutuelles et des Assurances-groupes.

4.3. LA PRISE EN CHARGE CONVENTIONNELLE

Par les caisses de sécurité sociale de certains actes spécifiques coûteux pratiqués dans le secteur public et le secteur privé : hémodialyse, lithotripsie, cures thermales, certains actes cardio-vasculaires et la greffe rénale, le scanner, l'IRM.

En 1996, les dépenses des Caisses de Sécurité Sociale ont été de :

- 80,765 millions de dinars versés aux structures publiques;
- 91,977 millions de dinars représentant l'action directe des caisses: polycliniques, remboursement des soins des accidentés du travail, des soins à l'étranger, des séances d'hémodialyse dans le centre du secteur privé, des

appareillages, des cures thermales, ",

La multiplicité des régimes de sécurité sociale et les différents modes de couverture des soins des assurés sociaux sont le résultat d'une insatisfaction des besoins des assurés à laquelle on a essayé de répondre par la juxtaposition des régimes parallèles, y compris la gestion par la CNSS de 6 polycliniques et la création de consultations de soins curatifs dans les entreprises.

La coexistence de ces régimes parallèles et non complémentaires constitue une source certaine de gaspillage des ressources.

QUELQUES REFLEXIONS SUR LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Sans aucun doute les objectifs de notre politique nationale de santé visent à :

- améliorer et renforcer notre système de couverture sociale;
- donner à chacun la meilleure chance de préserver et de promouvoir sa santé.

Ces objectifs doivent s'exprimer dans trois priorités:

1. Améliorer la santé: l'objectif de la politique de santé est d'identifier au moins les besoins de santé des populations, de développer et d'organiser au mieux les moyens de prévention comme de soins pour y répondre.
2. Réduire les inégalités et prêter une attention particulière aux **plus fragiles** tout en consolidant **l'universalité de la sécurité sociale.**
3. **Œuvrer pour un équilibre financier de la sécurité sociale**, condition de pérennité, à la fois par un **financement plus assuré et plus équitable** et par une **maîtrise des dépenses au service de l'impératif de meilleure utilisation des ressources.**

Condition de cohésion sociale, élément essentiel de la garantie des droits fondamentaux, outil majeur de solidarité, la protection sociale concerne tous les citoyens. C'est à eux qu'il appartient, en définitif, de définir les priorités de la protection sociale et le volume global de moyens que la collectivité entend y consacrer. Cette exigence de démocratie doit se retrouver sur le terrain dans la construction des priorités concrètes de l'action dans le domaine de la santé. Elle se traduit aussi dans le domaine de la sécurité sociale. Elle suppose une plus grande transparence sur le fonctionnement de notre système de protection sociale.

Pour ce faire, il importe de mettre en pratique :

1. Une politique de santé au service des populations

Une politique de la santé publique renforcée: quatre objectifs :

- Renforcer la prévention et la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes;
- Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers;
- Diminuer l'incidence des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ;
- Réduire les inégalités de santé inter et intrarégionales.

S'agissant de l'impératif de prévention, il importe de :

1,1, Développer la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes

La promotion de la santé en milieu scolaire et dans les centres de formation professionnelle doit être renforcée en développant d'une part, l'éducation sanitaire qui relève de l'enseignement et de l'encadrement et, d'autre part, les services de santé scolaire et de santé au travail qui relèvent de la médecine scolaire et de la médecine du travail en particulier en favorisant leur **formation médicale continue,**

Les services de médecine scolaire devront organiser, en lien avec les chefs d'établissement, l'éducation à la santé dès le primaire,

1.2, Renforcer les actions de santé publique suivantes

- Lutter contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes;
- Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles;
- Renforcer la lutte contre la toxicomanie et la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues;
- Lutter efficacement contre le dopage en matière sportive;
- Développer une politique active de soins palliatifs en faisant de la lutte contre la douleur une priorité de santé publique;
- Prévenir, reconnaître et traiter en tant que tels les accidents du travail et les maladies professionnelles, Une politique forte s'avère nécessaire dans ce domaine avec un dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles et des accidents du travail. Il importe de renforcer le rôle et les moyens de la médecine du travail notamment hospitalière,
- Renforcer la prévention des accidents de la circulation et les moyens de transports médicalisés des accidentés,

1,3, Donner une nouvelle impulsion à la veille et à la sécurité sanitaire

Après la réforme de l'organisation sanitaire et la création de l'Institut National de la Santé, la puissance politique doit tenir compte de l'évolution de notre système de santé et s'organiser afin de conduire une politique active de prévention du risque,

Le renforcement de la veille et de la sécurité sanitaire passe par le développement de la mission de l'Institut National de Santé Publique qui doit devenir un Institut de veille épidémiologique, qui aura en charge l'observation et la surveillance permanentes de l'état de santé de la population et un côté d'information et d'alerte des pouvoirs publics à partir des données épidémiologiques recueillies. Cette mission répond à la nécessité de remédier à la dispersion de l'information sur les maladies qui nuit à l'efficacité de la politique de santé publique dans notre pays,

L'efficacité de la sécurité sanitaire -au-delà des responsabilités fondamentales que l'Etat doit assumer –repose aussi sur la participation de tous, en particulier des professionnels de santé aussi bien du secteur public que du secteur privé, Les pouvoirs publics doivent s'employer à ce que cette participation soit une composante importante des actions de formation, des projets d'établissement et de la politique d'évaluation et de recherche, L'évaluation des pratiques professionnelles, la diffusion des recommandations doivent s'inscrire dans cette perspective,

2. Un système de soins plus efficace et tourne vers les besoins de santé

- Dégager les priorités des systèmes de soins à partir des besoins de santé,
- Consolider le rôle de l'hôpital par une recomposition progressive du tissu hospitalier et une amélioration de son organisation interne,
- Impliquer les professionnels dans la régulation de la médecine privée: respect de la nomenclature des actes médicaux et d'une tarification tenant compte du niveau de vie des citoyens,
- Accorder une attention soutenue à la **formation des professionnels de la santé,**

A cet effet, une réflexion doit être engagée sur la réforme des études médicales, tenant compte du changement profond du contexte scientifique et culturel de la médecine et de la santé, Cette indispensable rénovation des études médicales passe obligatoirement par la réduction notable du nombre des étudiants et doit permettre de prendre en compte les besoins non satisfaits en matière de prévention, de santé publique et s'attacher à promouvoir le rôle des médecins généralistes, Elle doit encourager l'orientation des étudiants dans les spécialités pour lesquelles se fait jour encore la pénurie comme l'anesthésie, la néphrologie, la chirurgie viscérale, la psychiatrie "" Compte tenu de l'urgence de la situation, des mesures en vue

d'améliorer les conditions d'exercice de ces spécialités dans les établissements participant au service public hospitalier doivent être prises,

- Une politique du médicament qui favorise l'innovation et évite les surconsommations,

3. Une politique de sécurité sociale axée sur l'approfondissement des solidarités

REFERENCES

1- J. BERNARD, " Grandeur et tentations de la médecine, Buchat/Chastel, édit. 1997, Paris,

2- Source: Ministère de la Santé publique (Document du IXème Plan),

3- Source: Ministère du Développement Economique,

L'HEMODIALYSE : MEDECINE DE SURVIE

Professeur Hédi BEN MAIZ

Chef de Service de Néphrologie et de Médecine Interne - Hôpital Charles Nicolle - Tunis

1. INTRODUCTION

Le destin des patients atteints d'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) a radicalement changé ces trente dernières années grâce à deux procédés thérapeutiques aujourd'hui largement appliqués: l'épuration extra-rénale, surtout par hémodialyse, et la transplantation rénale. En effet, pour la première fois dans l'histoire de la médecine, la perte d'un organe vital n'est pas nécessairement suivie de la mort de l'individu, puisqu'un appareil, le rein artificiel, ou un autre rein prélevé sur un être humain peuvent en substituer la fonction. Ainsi, l'hémodialyse chronique (HDC) est une médecine de survie.

Le traitement de la suppléance de l'IRC, né aux USA, s'est répandu à travers tous les pays à des degrés divers et dépendant surtout des conditions socio-économiques de chacun d'entre eux.

En Tunisie, l'hémodialyse chronique a démarré, en 1968 à l'hôpital Charles Nicolle, sous l'égide du Professeur H. BEN AYED. Depuis le nombre de malades pris en charge en hémodialyse ne cesse d'augmenter surtout depuis 1976, date d'ouverture du premier centre privé d'Hémodialyse et suite à la décision en 1977, de la prise en charge, par les Caisses de Sécurité Sociale, à titre dérogatoire, des frais de dialyse dans les centres privés. L'épuration extra-rénale constitue dans la plupart des cas un traitement provisoire dans l'attente d'une greffe. La première transplantation faite chez un malade hémodialysé en Tunisie a été réalisée en France en 1971. Le 4 juin 1986, la première greffe rénale est réalisée en Tunisie à l'hôpital Charles Nicolle des compétences à 100% tunisiennes.

II. INDICATION DE L'HEMODIALYSE

Dans l'absolu, tout patient atteint d'une insuffisance rénale terminale, est à dialyser. Cependant, le pronostic vital des malades atteints d'IRCT reste sévère. Des facteurs de gravité ont été individualisés. L'âge des patients lors de leur prise en charge en dialyse est le principal facteur de risque de décès et de morbidité. La survie des patients doit être comparée à celle des sujets de même âge. Le diabète par la fréquence de ses complications cardio-vasculaires est un facteur de risque. Les complications cardio-vasculaires très fréquentes chez les

insuffisants rénaux chroniques expliquent la sévérité du pronostic. Ils sont responsables de 40 % des décès de ces patients.

En tenant compte de l'ensemble des données concernant le pronostic hors de l'épuration extra-rénale, des classifications des patients en fonction des facteurs de gravité présents ont été proposés.

La plus simple est celle proposée dans les recommandations anglaises :

- Patients à risque usuel: tous les non diabétiques de moins de 55 ans,
- Patients à risque moyen: les non diabétiques de 55 à 64 ans, les diabétiques de 15 à 54 ans,
- Patients à risque élevé: les non diabétiques de plus de 65 ans, les diabétiques de plus de 55 ans,

La médiane de survie pour chacun de ces groupes après la première année est respectivement de 14,2 ; 7,4 et 3,5 ans, Toutefois, cette classification ne tient pas compte des pathologies associées sévères, Chez l'adulte, la décision de débiter la dialyse est prise sur des critères cliniques et ou biologiques,

1- Les critères cliniques, 'ils sont constitués par les manifestations du syndrome d'IRCT : altération de l'état général, anorexie, nausées, prurit, tendance hémorragique, trouble du sommeil et de la vigilance, jambes sans repos, hypertension non contrôlable par un traitement médicamenteux, péricardite, amaigrissement,

2- Critères biologiques,

- Créatinine sérique supérieure ou égale à 800 $\mu\text{mol/l}$ chez la femme et à 1 000 $\mu\text{mol/l}$ chez l'Homme,
- Hyperkaliémie supérieure à 5 mmol/l .

Il est à noter que, chez la plupart de nos patients, la dialyse est débutée en urgence devant des manifestations cliniques et biologiques mettant en jeu le pronostic vital. L'abord vasculaire est constitué par un cathéter fémoral ou jugulaire, Pour l'année 1997, les séances d'hémodialyse en urgence, ont nécessité la pose de 4228 cathéters.

M. Contre-indication

Le débat sur d'éventuelles contre-indications à l'épuration extra-rénale touche particulièrement les sujets âgés, mais peut concerner aussi de rares situations de la petite enfance, et de l'âge adulte. Il est indispensable de garder à l'esprit que la survie en dialyse doit conserver une dignité. Cependant, il est très difficile d'apprécier la qualité de vie,

• ***Le choix essentiel est celui de la mise en dialyse***

L'existence d'une pathologie grave, d'un âge avancé et de situations médicales de co morbidité vont de pair avec un pronostic moins favorable, Cinq groupes de maladies graves responsables d'une altération grave de l'état général non liée à l'IRC sont à retenir: carcinose disséminée, maladie hémorragique réfractaire, pathologie pulmonaire au stade terminal, accident vasculaire cérébral invalidant ou encéphalopathie, démence évoluée non expliquée par l'IRC ou par une autre cause réversible.

Il faut se méfier de l'état général du malade lorsque se pose la question de la prise en charge en dialyse. Il faut cerner les défaillances viscérales qui peuvent être la conséquence de l'IRC très évoluée et qui sont capables de régresser de façon spectaculaire. C'est le cas de l'insuffisance cardiaque.

Dans tous les cas, les désirs et les choix des patients doivent être entendus, ainsi que l'avis de l'entourage. Mais si débat et réflexion doivent être larges, en définitive, le médecin néphrologue responsable du malade, devrait pour certains, être seul avec le malade à prendre la décision, ou pour d'autres, s'appuyer sur des directives établies par les différents partenaires concernés avec l'aide de spécialistes de l'éthique. En dehors de certains cas de pathologies très évoluées avec cachexie majeure ou de certaines situations démentielles, il est difficile de retenir des situations de véritables contre-indications et de refuser le bénéfice d'un traitement de dialyse.

• ***L'arrêt de la dialyse peut parfois se poser***

Il faut un respect de la liberté du patient; l'arrêt de la dialyse doit se faire à sa demande. Les causes les plus fréquentes des demandes d'arrêt de dialyse sont des cancers, une dénutrition, une mauvaise qualité de vie, des problèmes cardio-vasculaires, des problèmes neurologiques.

Des néphrologues et des spécialistes de l'éthique ont recommandé que les décisions de débiter ou d'interrompre la dialyse soient prises au cas par cas, car chaque malade évalue de façon différente les bénéfices et les inconvénients. L'arrêt de la dialyse, ne doit pas être considérée comme un geste d'euthanasie, Il doit être géré comme une fin de vie par l'équipe de néphrologie à laquelle le patient est souvent très attaché,

Une procédure de décision de refus de mise en dialyse ou d'arrêt de dialyse a été établie en 1997 par the Renal Association Royal College of Physicians de Londres, Elle se résume ainsi :

1- Le néphrologue consultant doit prendre avis du "

- Médecin de famille
- Plus proche parent
- Personnel soignant

2- Le néphrologue consultant doit être habitué à la problématique de refus de mise en dialyse ou d'arrêt de dialyse par des entretiens fréquents avec:

- Ses collègues;
- Le personnel soignant, en particulier avec les seniors, ;
- Les assistantes sociales,

3- Le néphrologue consultant

- Doit être l'expert de la situation;
- Ne doit pas se décharger sur un tiers,

4- Le néphrologue consultant doit informer clairement le patient de sa décision, Cette décision, avec ses justifications, doit être consignée dans le dossier du patient.

5- Les bases sur lesquelles le néphrologue consultant doit se fonder seront :

- L'état du patient (lucidité, inconscience, incompréhension) ;
- L'avis de la famille, sans pour autant en être lié ;
- Dans le doute, essai thérapeutique.

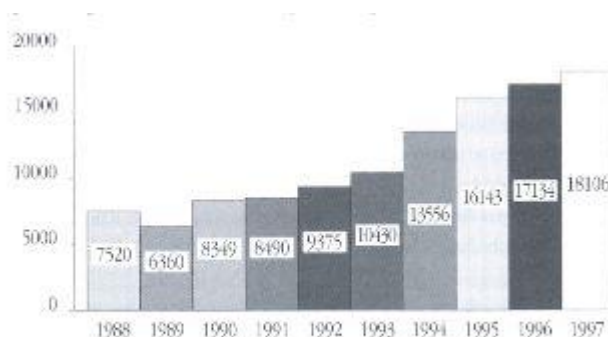
6- Aucun patient ne doit être abandonné dès que la décision de refus de mise en dialyse ou d'arrêt de dialyse a été prise.

7- Chaque centre de dialyse doit enregistrer le nombre de :

- Patients proposés et refusés ;
- Patients dialysés chez lesquels la dialyse a été arrêtée pour les confronter au taux de mortalité globale du centre.

IV. LA POPULATION D'HEMODIALYSES ET SON EVOLUTION

La prise en charge du traitement de la suppléance de l'IRCT en Tunisie a connu un développement exponentiel, comme l'indique l'histogramme des nouveaux dialysés (histogramme n° 1)



Histogramme n° 1. Evolution du nombre des nouveaux dialysés de 1988 à 1997.

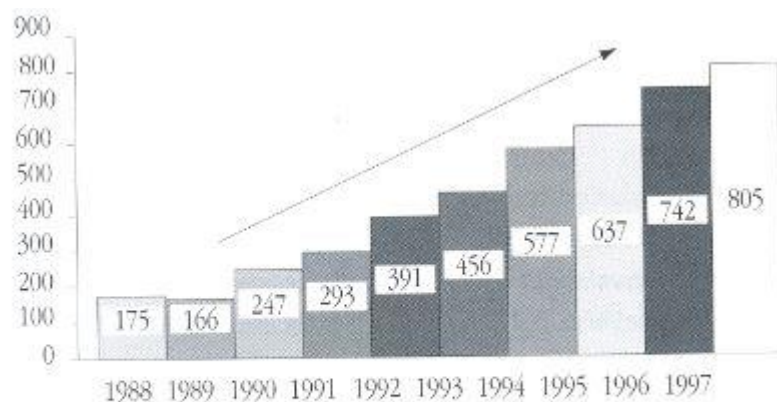
Au 31/12/1997, la Tunisie comptait 84 centres d'hémodialyse : 10 unités publiques, 6 unités relevant de la CNSS et 68 centres privés.

Il est à noter que le secteur privé possède 81,1% du parc des machines d'Hémodialyse et traite 73% des malades. Ce secteur privé lucratif ne prend en charge que 35% des patients en Italie et 27,2% en France.

Le nombre de malades traités a atteint en 1997 le chiffre de 3146, soit une prévalence de 340 dialysés par million d'habitants. Pour le Brésil, cette prévalence n'est que 179 en 1996.

L'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux dialysés pmp, est de 87. Pour la Grande Bretagne, la recommandation est d'atteindre le chiffre de 80 pour l'an 2000. L'âge moyen de nos dialysés est de 48,7 ans. 67,7% des patients ont moins de 60 ans, donc potentiellement greffable. 12,78% des dialysés n'ont aucune couverture sociale.

Cette croissance exponentielle de la population hémodialysée à travers la Tunisie, se trouve confirmée par l'évolution du nombre de séances d'hémodialyse réalisées dans notre service qui, de 7520 en 1988 est passé à 18106 en 1997 (histogramme n° 2)



Histogramme n° 2. Evolution du nombre de séances HCN - M8.

En dix ans le nombre de séances est multiplié par 2,40.

A ce propos, il y a lieu de mentionner l'encombrement des unités publiques, notamment à l'Hôpital Charles Nicolle à Tunis et à l'Hôpital Hédi Chaker à Sfax. Ceci a retenti négativement sur la qualité de la prise en charge des malades qui arrivent souvent en urgence dans un état grave ; c'est au niveau de ces structures que l'acte de dialyse apparaît comme un geste de sauvetage, plus que de survie.

Tableau n° 1. Séances d'hémodialyse faites chez l'adulte en 1977

Hôpital	Nbre	Séances/S/M (%)*		
		1	2	3
HCN - Tunis	18106	31	49	20
HHC - Sfax	8145	20	50	30
HFB - Monastir	5494	0	38	62
Total	31745	17	45,7	37,3

*Nombre de séances d'hémodialyse faites par semaine à chaque malade en pourcentage.

En effet, comme l'indique le tableau n° 1, seuls 20% des patients dialysés à l'hôpital Charles Nicolle et 30% dialysés à Sfax reçoivent la dose adéquate de dialyse soit trois séances par semaine.

Les principales causes de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) sont les néphropathies glomérulaires chroniques, l'hypertension artérielle et le diabète qui risque de devenir la première étiologie. Ainsi, toutes les données relatives à l'épuration extra-rénale, indiquent que la Tunisie se rapproche des pays développés.

Malheureusement, la greffe rénale n'a pas suivi le même développement, ce qui constitue un facteur supplémentaire d'augmentation du nombre total des patients qui survivent grâce à la dialyse.

V. LE COUT DE LA DIALYSE ET SON EVOLUTION

Bien que ne concernant qu'un nombre limité de patients le traitement de l'IRC a un impact économique croissant. Son budget représente 2% de celui de la dépense nationale de Santé en France, plus que 1% aux USA, et 1% en Angleterre. En Tunisie, il est de 3,5%.

En plus du coût direct de la dialyse, il y a lieu de considérer le coût indirect constitué par les déplacements au centre de dialyse, les médicaments pris en dehors du centre et les pertes de journées de travail.

Le traitement de suppléance de l'IRCT étant à vie, le coût en est supporté par la communauté nationale dans la plupart des pays.

Il serait bon également d'attirer l'attention sur le fait que si les pays développés produisent tout ce qui est nécessaire à la dialyse, les pays en voie de développement eux sont importateurs.

Les projections des dépenses de l'hémodialyse basées sur la progression moyenne de 350 nouveaux patients par an sont indiquées dans le tableau n° 2.

Tableau n° 2. Projections du nombre de dialysés et du coût de la dialyse

Année	Nbre de malades	Enveloppe (MD)
1er Janvier 97	2850	37,5
1er Janvier 98	3200	42,2
1er Janvier 99	3550	46,9
1er Janvier 2000	3900	51,5
1er Janvier 2001	4250	56,1
1er Janvier 2002	4600	60,7

Ainsi, le coût de l'hémodialyse qui ne cesse de croître pèse lourd sur les finances publiques et les budgets des caisses de sécurité sociale qui connaîtront dans un proche avenir des difficultés certaines si des mesures appropriées ne sont prises à temps pour réduire le nombre de patients pris en hémodialyse.

VI. MESURES POUR REDUIRE LE NOMBRE DES DIALYSES

Ces mesures s'appuient en plus de l'augmentation du nombre de transplantations rénales et l'amélioration des mesures thérapeutiques permettant d'accroître la survie des greffons et des personnes, essentiellement, sur la lutte contre l'insuffisance rénale chronique. Cette lutte contre l'IRC ne peut être menée à bien, que si des moyens appropriés sont disponibles, appuyés sur une volonté politique inébranlable et consciente de la rentabilité à court, moyen et long terme des actions à entreprendre. Elle nécessite des moyens humains et matériels, ainsi qu'un budget d'équipement et surtout de fonctionnement. Elle s'appuie sur les éléments suivants :

- 1- Sensibilisation de l'opinion publique sur les maladies rénales, les moyens de les dépister, et surtout de les prévenir. Ceci peut être fait par le biais des journaux, de la radio, de la télévision et des affiches.
- 2- Organisation de campagne d'information et de dépistage en milieu scolaire et universitaire ainsi qu'en milieu de travail, en particulier au niveau des entreprises publiques, para-publiques et privées. Ces campagnes se feront en collaboration avec la médecine scolaire et la médecine du travail appuyés par des brochures et des affiches.
- 3- Recyclage du personnel médical et para-médical ciblé sur la pathologie rénale par l'organisation de séminaires et d'enseignement post-universitaire sur tout le territoire de la République.
- 4- Organisation des consultations spécialisées en néphrologie et en urologie au niveau des hôpitaux régionaux, avec pour l'urologie la programmation de séances opératoires. Ces consultations peuvent être mensuelles, faites par les médecins hospitalo-universitaires de Tunis, Sousse, Monastir et Sfax.
- 5- Enquête sur le terrain pour les maladies rénales héréditaires et les autres maladies pouvant retentir sur le rein.

- 6- Encouragement de la recherche sur la pathologie rénale avec comme premier maillon, le démarrage d'une étude épidémiologique ayant pour support, les dossiers des malades hospitalisés dans les services de néphrologie de Tunisie.
- 7- Consolidation des services de néphrologie et d'urologie existants en personnel médical et para-médical ainsi qu'en moyen d'exploration et de traitement.
- 8- Création de nouveaux services de néphrologie et d'urologie, ce qui contribuera à la prise en charge rapide des malades à la formation des jeunes médecins en pathologie rénale.

VII. Conclusion

L'IRCT pose un problème de Santé publique à travers ses répercussions médicales et socio-économiques. Le traitement de suppléance qui grève lourdement le budget national n'est que la partie visible de l'iceberg. Sa partie cachée est constituée par la prévention, le dépistage et le traitement des maladies rénales afin d'éviter la survenue de l'IRe. La rentabilité sur le plan médical et socio-économique de s'attaquer à cette partie n'est plus à démontrer. C'est pourquoi elle devrait être institutionnalisée. La greffe rénale, partie noble du traitement de l'IRCT, doit être développée et dotée de tous les moyens nécessaires à son succès dont la disponibilité des moyens humains et matériels de la motivation du personnel médical et para-médical contribuant à cette greffe.

Enfin, il serait souhaitable de créer un Institut des maladies de reins et de l'appareil urinaire qui permettrait de développer la recherche en matière de prévention, unique moyen pour se maintenir dans le cadre des contraintes économiques sans en altérer la qualité des soins.

COUT ET ETHIQUE DES SOINS DE SUBSTITUTION D'ORGANES

Professeur Mohsen AYED

Directeur Général du Centre National pour la Promotion de la Transplantation d'Organes (C.N.P.T.O.)

Chef de Service d'Urologie Hôpital Charles Nicolle.

Le Docteur BEN MAIZ vient de nous parler de la dialyse, de son coût et des difficultés des malades, ceci démontre une fois de plus que le problème de la transplantation se pose avec acuité à plus d'un titre. Bien sûr, les problèmes changent en fonction des éléments du corps humain à transplanter.

Ces problèmes ne sont pas nouveaux en Tunisie, puisque la 1ère greffe de cornée a eu lieu en 1948 réalisée par Dr Hédi RAIES. Depuis, d'autres types de greffe ont vu le jour dans notre pays.

C'est bien de dire que ces méthodes de soin de substitution se font couramment en Tunisie mais à quel rythme? Combien de greffes a-t-on réalisé?

Sans rentrer dans les détails techniques, on peut dire que pour la transplantation de cornée, de coeur et de rein, les résultats sont bons, tout à fait comparables à celles de la littérature. Pour les autres organes, l'expérience est encore trop récente pour porter un jugement. Peut-on alors dire que le problème de la greffe en Tunisie est résolu? Certes non!

Bien sûr les équipes existent et l'on peut même parler d'une émulations saine et productive entre les différentes équipes. Bien sûr les équipements existent même si du goût des médecins, ces équipements sont toujours insuffisants. Mais l'on connaît l'insatiété du corps médical, d'ailleurs bénéfique pour le progrès de la médecine.

Mais deux points négatifs persistent :

- 1- L'insuffisance du budget de fonctionnement, sachant que l'activité de greffe est budgétivore et ceci malgré l'effort colossal du Ministère des Affaires Sociales, du Ministère de la Défense Nationale et tout particulièrement celui du Ministère de la Santé Publique.
- 2- La disponibilité des organes, je devrais parler plutôt de l'indisponibilité des organes.

Pourtant, il existe en Tunisie des lois qui réglementent le prélèvement en tenant compte des éléments de l'éthique médicale.

Pour **le donneur vivant** : le consentement express et éclairé devant le juge de première instance est exigé.

La protection absolue du mineur est une réalité.

La réaction à tout moment et sans formalités est possible.

Concernant le prélèvement sur **personnes décédées** :

- La loi exige l'absence d'opposition du sujet lui-même de son vivant.
- On doit également vérifier l'absence d'opposition de la famille une fois celle-ci informée du décès.

Comme on vient de le voir il s'agit d'une loi avant-gardiste qui prend en compte les droits du citoyen tout en permettant le développement de la greffe. Mais malgré cela, sur les 270 reins greffés, seulement soixante ont été prélevés sur des cadavres, ce qui est peu. La proportion rein de cadavre / rein vivant est de ce fait inversée par rapport aux pays développés. Et pourtant les listes de malades en attente de greffe de rein sont longues. Dr BEN MAIZ vient de nous en faire l'éloquente démonstration (3280 malades dialysés), avec une arrivée annuelle de plus de 400 nouveaux malades. **Pour la cornée** Là aussi il y a disproportion entre le nombre de malades en attente de greffe et celui des malades greffés.

Notre meilleur score a été réalisé en 1997 avec 150 greffes pour 1000 malades inscrits avec une arrivée annuelle de 300 nouveaux cas par an.

Devant cette demande accrue et le coût de la dialyse sans cesse croissant le Ministère de la Santé Publique a mis sur pied une nouvelle institution pour favoriser la greffe: c'est le Centre Nationale pour la Promotion de la Transplantation d'Organes (C.N.P.TO.).

Il s'agit d'un établissement public à caractère administratif créé en vertu de la loi 95-49 du 12 juin 1995. Il est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique.

Comme son nom l'indique :

- Il doit promouvoir le don d'organes, par l'information et la sensibilisation.
- Tenir un **Registre National** pour les malades en attente de greffe.
- Procéder à l'attribution des greffons.
- Veiller à la sécurité des prélèvements.
- Participer à la formation du personnel médical et para-médical.
- Assurer la coordination entre les différentes équipes.

Un effort particulier a été consenti par les autorités de tutelle, puisque outre le budget du centre, un fond spécial de près d'un million de dinars a été réservé:

1- pour faciliter tout ce qui est **prélèvement;**

- 2- pour compléter les besoins minimes des équipes de greffes;
- 3- pour financer un programme national de prévention de l'insuffisance rénale.

(D n'y a aucune antinomie entre la greffe et l'éthique, bien au contraire).

Sur le plan légal nous avons vu que notre loi est conforme aux données de l'éthique médicale concernant le donneur vivant puisqu'il y a une protection absolue du mineur. Que le consentement éclairé du majeur et exprimé devant un juge, peut être retiré par l'intéressé à n'importe quel moment.

Qu'on ne peut pas prélever d'organes vitaux et qu'il ne doit pas y avoir d'altération d'une fonction importante.

Concernant le donneur cadavre, la possibilité d'opposition préalable au décès est facilitée au maximum.

Registre d'opposition disponible depuis 1991 :

- dans les tribunaux de première instance de proximité;
- dans les bureaux d'admission des hôpitaux;

Signalons à ce propos, qu'en France ces registres ne seront fonctionnels qu'en 1999.

La famille, une fois informée du décès, a toute latitude d'exprimer son opposition au prélèvement.

Il faut signaler à ce propos, que de plus en plus de voix s'élèvent pour soutenir, qu'en dehors des cas des mineurs, la famille ne devrait pas avoir le droit de s'opposer; car si le sujet n'a pas exprimé son opposition de son vivant, cela signifie qu'il consent à être donneur.

Le problème de la carte de donneur est sérieusement à l'étude. L'établissement d'une telle carte ôtera le droit de refus à la famille.

De toute façon, il faut que chacun de nous sache que le prélèvement devient une nécessité:

- Sur le plan humain, en raison du nombre de malades qui attendent dans la souffrance et de ceux qui meurent dans l'attente d'un cœur ou d'un foie.
- C'est aussi une nécessité économique.

Le coût de la prise en charge de l'hémodialyse est en augmentation dangereuse pour l'équilibre des dépenses de santé dans notre pays.

Le coût de la prise en charge des malades rendus importants par la maladie est de plus en plus élevée.

On pense aux:

- Non voyants;
- Cardiaques grabataires;
- Insuffisants hépatiques

et les malades de ces deux dernières catégories n'ont d'autre alternative à la mort que la greffe.

Il faut bien sûr tenir compte du nécessaire équilibre entre les moyens modestes de notre pays et le souci constant de faire bénéficier nos citoyens des techniques de soins les plus adaptées et dans ce cadre la Tunisie gagne à développer l'activité de greffe. Mais celle-ci est étroitement liée au développement de la culture du don d'organes. C'est un travail qui nécessite du souffle mais au CNPTO nous nous sommes attelés à cette exaltante tâche dès /es premiers jours et nous sommes convaincus que nous verrons bientôt /e citoyen tunisien adhérer à ce projet civilisationnel.

LA TRANSPLANTATION CARDIAQUE EN TUNISIE

PROBLEMES ETHIQUES ET ECONOMIQUES

A PROPOS DE 10 CAS

Professeur Habib THAMEUR

Chef de Service de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire

Hôpital Militaire d'Instruction - Montfleury - 1008 TUNIS

La transplantation cardiaque a depuis sa naissance posé des problèmes d'éthique et ces problèmes sont d'actualité jusqu'à nos jours. Les travaux expérimentaux de Normand SHUMWAY, aux Etats-Unis, ont permis de développer toutes les bases techniques de la transplantation cardiaque et de Christian BARNARD, en 1967, en Afrique du Sud, a réalisé la première transplantation cardiaque. En 1967, Christian BARNARD a fait la première transplantation cardiaque et cette première a posé des problèmes d'éthique. Cette première transplantation, réalisée en Afrique du Sud, du temps de l'apartheid, était possible dans ce pays à cause de sa politique. Par contre, l'ampleur des questions d'éthique a laissé les travaux de Normand SHUMWAY à l'état expérimental alors qu'à la même époque, le Professeur Christian BARNARD est passé de l'expérimentation animale à l'étape clinique.

Sur le plan historique, la transplantation cardiaque s'est développée grâce aux progrès de la technologie qui a permis de développer des techniques de circulation extra-corporelle performantes et grâce aussi au procédé de protection myocardique. La transplantation a survécu et est devenue de politique courante grâce à l'immunosuppression et l'introduction de la Cyclosporine.

La Cyclosporine a permis le développement des transplantations d'organes, tels que le cœur et d'autres organes. Actuellement dans le monde, il y a, à peu près, 3 000 transplantations cardiaques par an. Les indications de la transplantation cardiaque posent, elles aussi, des problèmes d'éthique. Nous voyons donc que la problématique de l'éthique médicale se pose ou existe à tous les niveaux de la transplantation cardiaque. Les indications posent le problème du choix à faire sachant que les meilleures indications se trouvent chez les malades qui ont une espérance de vie inférieure à 12 mois. Ce sont des malades qu'il faut opérer ni trop tôt ni trop tard. La sélection de ces malades peut poser, elle aussi, des problèmes d'éthique. Comment faire pour choisir le meilleur malade à laisser sur liste ? Comment faire pour choisir le meilleur malade au meilleur moment ? Et, c'est en tenant compte de l'éthique médicale que tout ceci est possible. Les indications habituelles sont les cardiomyopathies non obstructives, les cardiopathies ischémiques et les cardiopathies valvulaires. Les contre-indications de la transplantation cardiaque peuvent, elles aussi, poser des problèmes d'éthique puisque ces contre-indications peuvent évoluer selon les médecins, selon les malades, selon les pays et dans le temps.

Il existe des contre-indications absolues et qui sont acceptées par tous, mais il existe aussi des contre-indications relatives qui laissent la porte ouverte aux discussions, et c'est à ce moment là que les problèmes d'éthique peuvent se poser.

En Tunisie, la législation tunisienne a permis le développement de la transplantation cardiaque, puisque la loi 91/22 du 25 mars 1991 a permis le don d'organes tout en respectant l'éthique médicale et tout en respectant aussi les droits de l'homme, les droits du malade et les droits des parents.

Ainsi donc, grâce à la législation tunisienne et à son application, le programme de transplantation cardiaque a pu se développer et le contexte général de son développement a permis de sélectionner les patients, de former des équipes et de pratiquer la première transplantation cardiaque en janvier 1993. Entre janvier 1993 et juin 1998, 60 patients (52 hommes et 8 femmes) ont été mis sur liste d'attente d'une transplantation cardiaque. Leur âge moyen est de 34 ans. La cardiopathie la plus fréquente est représentée par la cardiomyopathie dilatée: 49 cas et les cardiopathies ischémiques : 7 cas.

L'étude des 60 patients mis sur la liste d'attente, montre que la mortalité sur liste d'attente est de 26 cas, 2 malades ont été retirés de la liste, 23 sont actuellement en attente et 10 malades ont été transplantés. Les 10 receveurs ont un âge moyen de 31 ans et avaient une cardiomyopathie dilatée dans 9 cas et 1 cas avait une cardiopathie ischémique.

Les explorations échocardiographiques et hémodynamiques ont été réalisées chez tous les malades et ont permis d'établir un bilan pré-opératoire complet. Les donneurs sont tous de sexe masculin et ont un âge situé entre 20 et 30 ans. Les donneurs sont tous décédés d'un traumatisme crânien. L'appariement donneur - receveur a tenu compte de la compatibilité dans les groupes sanguins A, B, 0 ; et aussi du poids et de l'existence ou non d'anticorps cytotoxiques.

La décision de donner un cœur à un receveur donné peut poser des problèmes d'éthique et c'est pour cette raison que les malades sur liste d'attente sont gérés de façon presque automatique grâce à l'utilisation de l'informatique. La première transplantation a été faite le 15 janvier 1993 et a été suivie de 9 autres. Les suites opératoires ont été marquées par 3 décès post-opératoires par défaillance aiguë du greffon. Les survivants, qui sont au nombre de 7, ont eu des suites simples dans 5 cas et 2 patients ont présenté des complications post-opératoires rapidement régressives. Le traitement immuno-suppresseur utilisé est le traitement actuellement le plus répandu et est basé sur l'association Cyclosporine, Azathioprine et Prednisone. Les suites lointaines de ces 6 malades ayant survécu à l'opération, avec un recul de 28 mois en moyenne et des extrêmes allant de 8 à 50 mois sont émaillées de certaines des complications lointaines une infection à cytomégalovirus, 1 cas de pneumopathie à staphylocoque

auréus 4 cas, d'hypertension artérielle. Un malade est mort au treizième mois post-opératoire après sa transplantation d'une dysfonction sinusale ; il a présenté un oedème cardiogénique après stimulation par pacemaker, D.D.D.

Les 6 survivants ont actuellement un recul moyen de 28 mois et vont tous bien. Ils ont une vie normale et sont suivis régulièrement. Les données échocardiographiques et coronarographiques montrent que leur greffon cardiaque se porte bien. Ces malades ont tous repris une activité normale. Il convient de dire donc que le don d'organes = don de vie et que les problèmes éthiques de la greffe cardiaque se résument en quatre points :

- la gestion de la liste d'attente ;
- l'application de la loi, en tenant compte des droits de l'homme, des droits des malades et des familles;
- la greffe doit être possible pour tous, sans distinction de race, de région, de religion, ceci peut poser des problèmes d'éthique;
- l'aspect économique dans la greffe cardiaque. Cet aspect économique peut poser des problèmes d'éthique parce qu'il y a peut être des choix économiques à faire une transplantation cardiaque ou donner des médicaments à des malades des dispensaires à l'intérieur du pays.

Le prix d'une transplantation cardiaque pour la première année varie entre 35 000 et 70 000 dinars en fonction des complications et des rejets qui surviennent au décours de cette première année. Le seul moyen de faire évoluer la transplantation cardiaque en Tunisie, c'est de poursuivre le programme de transplantation, en améliorant la motivation des Cardiologues et des Réanimateurs, en améliorant la gestion des prélèvements multi-organes et en faisant des actions en faveur de la sensibilisation des dons d'organes. Il est bien évident que tout cela n'est possible que si l'équipe médicale est respectée dans son sens le plus large et dans son sens le plus noble

GREFFE DE MOELLE OSSEUSE

Professeur Ag. Mohamed BEJAOU
Centre National de Greffe de Moelle Osseuse

INTRODUCTION

Depuis la description par I- DAUSSET du système HLA, des tentatives de greffe de moelle (GMO) ont été réalisées, d'abord dans des modèles animaux, puis, à partir de 1957, chez des patients atteints d'hémopathies malignes, en général dans des situations désespérées.

La meilleure connaissance du système HLA ainsi que son importance en transplantation d'organes ont permis, en 1968, de réaliser les premières greffes de moelle HLA identique en situation intrafamiliale, chez des enfants atteints de déficit immunitaire primitif. L'amélioration de la réanimation hématologique, les progrès réalisés en infectiologie et une meilleure maîtrise des problèmes inhérents au rejet et à la réaction du greffon contre l'hôte ont permis de diminuer la mortalité liée à la greffe et d'élargir de plus en plus les indications de la GMO.

BUTS DE LA GMO

La GMO permet de :

- _ remplacer une ou plusieurs lignées cellulaires d'origine médullaire quantitativement ou qualitativement déficientes (aplasie médullaire, ostéopétrose, b-thalassémie ...) ;
- _ apporter, par le biais des cellules hématopoïétiques greffées, un certain degré d'activité enzymatique (maladies métaboliques) ;
- _ réaliser une chimiothérapie ou une irradiation massive visant à détruire des cellules malignes résiduelles.

REALISATION DE LA GMO

La GMO reste la seule technique exigeant le don d'un organe par un donneur nécessairement vivant et issu de la fratrie dans la majorité des cas.

Ne peuvent bénéficier d'une GMO que les patients chez lesquels il n'y a pas d'autre alternative thérapeutique valable et dont la maladie primitive fait courir un risque à court, moyen ou long terme. La moelle est prélevée par ponctions multiples de l'os iliaque sous anesthésie générale. Elle est ensuite injectée par voie veineuse et les cellules souches hématopoïétiques vont migrer spontanément dans le tissu ostéo-médullaire du receveur.

INDICATIONS ET RESULTATS (tableau n° 1)

L'intérêt de la GMO est actuellement bien établi dans un grand nombre d'affections non malignes: déficits immunitaires primitifs, aplasie médullaire (héréditaire ou acquise), α -thalassémie majeure, certaines maladies métaboliques, les résultats de la GMO dépassent largement ceux des traitements conventionnels. Les indications sont plus nuancées dans les affections malignes car des chimiothérapies classiques permettent parfois d'obtenir de meilleurs résultats. Enfin, la GMO reste purement expérimentale dans certaines affections, dysimmunitaires : lupus érythémateux, arthrite rhumatoïde, sclérodermie, sclérose multiple, myasthénie .. ,

COÛT DIRECTS

Les coûts directs occasionnés par une GMO en situation HLA géno-identique sont évalués de 80 000 dinars. Ils s'élèvent de 100 à 110 000 dinars en cas de complications graves. Une convention a été signée par les ministères de la santé et des affaires sociales pour prendre en charge les patients bénéficiant du régime de sécurité sociale. Les autres patients seront pris en charge par le ministère de la santé publique.

CONCLUSION

La GMO a transformé le pronostic d'affections mortelles. Les progrès récents ont permis d'améliorer sensiblement les résultats et d'espérer la possibilité de greffe HLA incompatible. Il s'agit d'une thérapeutique onéreuse ; cependant, son coût doit être comparé à celui des thérapeutiques conventionnelles s'étalant sur de longues périodes de médication importante.

Tableau 1. Indications et résultats de la greffe de moelle osseuse géno-identique chez l'enfant

I- AFFECTIONS NON MALIGNES

1- Déficiences de l'immunité spécifique

- *Déficiences immunitaires mixtes et graves* :90 %
 - alymphocytose
 - déficit en ADA
 - absence de précurseurs T
- *Autres déficiences mixtes* : " 80 %
 - défaut d'expression HLA
 - déficit en PNP
 - réticulose d'OMENN

• *Syndrome de WISKOTT-ALDRICH* :80 %

2- *Maladies des cellules phagocytaires* : 80 %

- Granulomatose septique chronique
- Déficit en protéines d'Adhésion
- *Maladie de Chediak-Higashi*
- *Lymphohistiocytose familiale*

3- *Maladies de la lignée érythrocytaire* :70-90%

- *Thalassémie majeure*
- *Drépanocytose*
- *Maladie de Blakfan-Diamond*

4- *Aplasie médullaire*:

- *Maladie de Fanconi*
- *Dyskératose congénitale*
- *Aplasies acquises sévères*

5- *Maladies métaboliques*

a- *ostéopétrose maligne* :65%

b- *mucopolysaccharidoses* :72 %

c- *Autres' _ maladie de Gaucher - Leucodystrophie métachromatique*

II- AFFECTIONS MALIGNES

1- *Leucémie aiguë lymphoblastique* : "50%

2- *Leucémie aiguë myéloblastique* :50%

3- *Leucémie myéloïde chronique* :10 %

4- *Myélodysplasies*

4- *Myélomes*

5- *Lymphomes*

6- *Histiocytose maligne*

7- *Tumeurs solides.*

La formation des médecins :

Pierre angulaire de la maîtrise Du cout de la sante et de la rationalisation du recours aux techniques médicales de pointe

Professeur Nabil BEN SALAH
Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie.

La thèse tendant à expliquer l'évolution exponentielle du coût de la santé par le recours de plus en plus croissant aux progrès des technologies biomédicales et médicales est sous tendue par, au moins, deux idées qui nous paraissent contradictoires tant par leur effet que par la réflexion éthique qu'elles imposent. Eliminons en premier lieu l'idée qui peut prêcher l'utilisation des techniques de pointe pour un nombre très limité de malades, sélectionnés selon des critères très variés en fonction du budget imparti. Cette idée n'est à notre sens acceptable :

- ni à l'échelle individuelle par le médecin dont le rôle est de perpétuer la règle déontologique et légale de la « **confiance qui rejoint une conscience** » et qui est à la base du contrat de soins;
- ni à l'échelle collective par une société qui a opté pour le respect des droits de l'Homme rejetant toute notion de discrimination entre des individus de races, d'ethnies, de catégories sociales, de tranches d'âges ou d'états de santé différents.

La deuxième idée, celle qui nous semble éthiquement acceptable et économiquement justifiée, est celle qui prêche une meilleure rentabilisation des moyens disponibles et qui s'appuie essentiellement sur une rationalisation du recours aux technologies médicales de pointe, sur la base des données scientifiques régulièrement actualisées. Ceci nous amène à évoquer la question de la formation du médecin. Formation qui doit à notre sens, dès les études médicales de base tenir compte de deux aspects:

- d'une part, la notion d'évolutivité de plus en plus rapide des connaissances et des techniques médicales ou tout simplement du progrès médical;
- d'autre part, de l'ordonnateur des « dépenses » de santé qui se cache dans le médecin.

LE MEDECIN FACE AU PROGRES MEDICAL

Le médecin a, certes, non seulement, le devoir d'intégration de plus en plus de connaissances et de techniques médicales qui lui parviennent par tous les moyens de communications (enseignement de base, livres, revues, média,

internet, ...) mais aussi l'obligation de leur analyse critique tenant compte d'un contexte social, d'un mode de vie, d'une rentabilité à court, moyen et long terme.

La masse de connaissances médicales actuellement disponibles impose au médecin pour parvenir à cet objectif de confronter sa propre expérience à celles d'autres confrères dans le cadre de colloques réguliers de formation continue. Pour atteindre ces objectifs la formation de base devrait comporter en plus des données purement médicales une formation en matière d'économie médicale et de gestion des moyens disponibles avec des séances de discussion de cas réels et de confrontation d'expériences de pays de différents niveaux de développement concernant la prise en charge d'une même maladie. La formation continue des professionnels de la santé viendra par la suite continuer et renouveler les échanges d'expériences entre confrères d'origine, de mode d'exercice et de spécialités différents. Les retombées iront du profit individuel et professionnel jusqu'à l'intérêt de santé publique.

Pour concrétiser ces objectifs, la formation médicale continue par exemple, doit viser :

- l'entretien, l'actualisation et l'amélioration des connaissances et des comportements;
- l'adhésion des praticiens à tout objectif particulier du système de santé (prévention, épidémiologie, éducation sanitaire, économie de santé, ...);
- le développement de nouvelles filières de soins et de recherche;
- la formation du praticien à l'exercice de ses responsabilités individuelles et collectives.

En Tunisie, la formation médicale continue est, par ailleurs et depuis la publication du nouveau code de déontologie (1993), devenue un devoir déontologique pour le médecin. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie a pour cela réuni, en fin novembre 1997, autour de ce thème les différents intervenants dans cette formation en formulant dans ses recommandations la nécessité d'en réorganiser tant les méthodes que l'accessibilité et le financement en attirant l'attention sur le rôle du Conseil National de Formation Médicale Continue qui aurait été créé par arrêté de Monsieur le Ministre de la Santé Publique le 3 décembre 1981 et qui aurait un rôle de coordination des différentes actions à l'échelle nationale.

LE MEDECIN ORDONNATEUR DE DEPENSES FACE AU CONCEPT D'ECONOMIE DE SANTE

Le médecin doit savoir abandonner dans ce cadre sa casquette, **d'Homme de science-** pour porter celle de , **l'Homme social"** vivant dans un contexte socio-économique précis dans lequel il doit s'ingénier à faire profiter

tous les malades, **des soins diligents, consciencieux et, réserves faites des circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science**" avec le coût le plus raisonnable pour faire profiter à ux mieux tous les citoyens de son pays du '**bien être physique, mental et social**, qui définit selon l'OMS le concept de « santé ».

Il s'agit d'une tâche qui lui fait assumer une responsabilité tellement lourde vis-à-vis de ses concitoyens qu'il ne peut, à lui seul, en porter la charge. Ceci passe, en effet, par le choix d'un système de santé ou même d'une politique de santé qui ne peut se concevoir que dans le cadre d'un choix de société qui se prononcera clairement sur les priorités en matière de soins de santé.

Pour conclure ces quelques réflexions, nous pensons que la réduction du coût des soins, en particulier par les techniques de pointe, tant à l'échelle individuelle que collective passe par une meilleure **formation qualitative** du médecin Tunisien aussi bien au niveau de l'enseignement de base que tout au long de son exercice professionnel, et ce sans perdre de vue les normes internationales admises au plan de la **formation quantitative** de ces ordonnateurs de dépense qui, en excès et pour survivre, pourraient aller à l'encontre du concept « **d'économie de santé** ».

Exemple : Accélération de "élimination d'un toxique de l'organisme (Phénobarbital).

- Elimination par la technique d'épuration extra rénale association hémodialyse et hémoperfusion sur colonne de charbon activé:

Coût de la séance de 4 H = 87 D + 100 D = 187 D

Nombre moyen de séances nécessaires: 2

Coût d'hospitalisation en réanimation: 60 D/j x 2

Coût global: (187 d x 2) + (60 d x 2) = 494 D .

- Elimination par la méthode de l'accélération de l'élimination rénale (diurèse osmotique alcaline) qui peut être prolongée selon les cas de 24 à 72 H permettant l'élimination d'une quantité analogue du toxique par voie urinaire.

Coût de la méthode inclus dans le coût de l'hospitalisation qui peut se prolonger jusqu'à 4 ou 5 j en réanimation :

soit un coût global allant de 240 à 300 D.

Exemple : Demande d'analyses toxicologiques.

- Demande formulée sous forme de :

recherche de toxiquescoût = B 200 = 32 D

- Demande formulée après analyse clinique de la situation et suspicion d'une intoxication précise coût = B 50 = 8 D

Ethique et assurance - qualité en médecine

Professeur Chelbi BELKAHIA

Directeur du Centre National de Pharmacovigilance

Doyen de la Faculté de Médecine de Tunis

1. INTRODUCTION

Contrairement à ce qui est annoncé dans le programme, mon intervention ne va pas se limiter aux R.M.O. (Références Médicales Opposables). Celles-ci ne sont que le résultat d'une logique qui tend, depuis quelques années, à **rationaliser** le raisonnement et à déduire des critères et des attitudes dont l'application aboutira à un **meilleur usage** des examens complémentaires et une meilleure **thérapeutique**.

Ainsi, on a vu apparaître des réunions de consensus, des recommandations et des protocoles thérapeutiques, des Bonnes Pratiques Cliniques (B.P.c.) lors des expérimentations chez l'Homme et les R.M.O.

Pour tous ces cas, il s'agit d'une même logique et d'un même concept qui est un système de **maîtrise médicalisée** qui vise à modifier les **comportements** dans le sens de la **qualité**. Cette rationalisation et cette recherche de qualité vont dans le sens d'une meilleure éthique et d'un faible coût.

2. REUNIONS DE CONSENSUS

Il s'agit de réunions des spécialistes réunis au niveau régional, national ou international autour d'un thème : définition des critères de diagnostic d'une maladie, élaboration d'une stratégie thérapeutique, codification d'un traitement médicamenteux ... Cela aboutit à un consensus sur ce thème.

3. PROTOCOLES THERAPEUTIQUES ET RECOMMANDATIONS

Ils existent depuis longtemps et dans tous les pays. A titre d'exemple, en Tunisie en 1995, une commission nationale a regroupé autour des directions concernées du Ministère de la Santé, tous les représentants des médecins praticiens (Syndicats, Sociétés savantes, ...) des facultés de Médecine, et des Comités médicaux des hôpitaux ..

Ainsi, une soixantaine de spécialistes ont individualisé 16 maladies fréquentes en Tunisie, et défini les critères de diagnostic. Ils ont ensuite codifié les traitements en fonction du terrain sous forme de **recommandations et de fiches thérapeutiques**.

Celles-ci sont le résultat d'une **adéquation** entre les objectifs scientifiques et sanitaires, d'un côté et les possibilités et les moyens mis à la disposition des médecins, de l'autre.

A titre d'exemple: consulter le n° 1 du consensus sur l'antibiothérapie et l'annexe 1.

4. LES BONNES PRATIQUES cliniques (B.P.C.)*

//s'agit de la mise en place de normes internationales établies au niveau de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et de l'I.C.H. (International Committee of Harmonisation). Elles tiennent compte de 2 directives, l'une **éthique** et découlant de l'application de la déclaration d'Helsinki et l'autre **d'harmonisation** de normes applicables lors des essais chez l'Homme.

5. Les R.M.O.

Les R.M.O. sont actuellement applicables en France depuis 1993 et représentent une convention entre les Caisses de sécurité Sociale et les Professionnels de la Santé.

R. : **référence** = règle et/ou bonne pratique.

M. : médicale

O. : **opposable:** définit ce qui ne doit pas être fait.

L'objectif de ce système de maîtrise médicalisée vise à modifier les comportements dans le sens de la qualité. Les parties signataires doivent adhérer et privilégier ces règles du jour grâce à une large diffusion et par des grandes campagnes d'information. Ces R.M.O. sont sujettes à un réexamen et un ajustement en fonction de l'expérience et de l'évolution de la médecine.

L'application des R.M.O. par les médecins en France est soumise à un **contrôle** de Comités Paritaires, locaux et nationaux (médecin- caisses de sécurité sociale). Il existe également des **sanctions** en fonction de la gravité et de l'importance numérique. Celles-ci ne sont actuellement que pécuniaires et relativement modestes en cas de non respect des règles. (Voir annexes 2 et 3).

CONCLUSION

Pour tous ces systèmes visant à **modifier les comportements** dans le sens de la **qualité**, la démarche actuelle est une démarche de recherche d'adhésion par persuasion voire discussion grâce au dialogue et au consensus. Il faut que les médecins y adhèrent pour que les critères de qualité soient des critères médicaux et scientifiques issus de leur réflexion même si elles tiennent compte des possibilités pécuniaires et des moyens mis à leur disposition. Ceci est la meilleure façon d'éviter qu'à l'avenir, la gestion de la santé ne soit une gestion comptable ...

REFERENCE

- Voir numéro spécial de la Tunisie Médicale Sur les B.P.c. _ Juillet 1998.

ANNEXE 1

ANTIBIOTHERAPIE - RECOMMANDATIONS

- S'assurer ou avoir une forte présomption de l'existence d'une infection bactérienne avant toute antibiothérapie curative.
- Proscrire l'antibiothérapie dite de couverture. L'antibioprophylaxie en est différente, elle vise à prévenir la survenue d'une pathologie bactérienne précise (ex. : prophylaxie en chirurgie).
- Choisir le moins toxique et le moins cher entre deux antibiotiques à efficacité et à tolérance égales.
- Privilégier la voie orale autant que possible.
- Veiller au respect de la posologie et de la durée du traitement afin d'assurer une activité antibiotique efficace.
- Prescrire un seul antibiotique en pathologie infectieuse courante. En cas de nécessité, n'associer que deux antibiotiques à activités synergiques ou au moins additives.
- Eviter les antibiotiques néphrotoxiques et adapter les doses journalières des antibiotiques à élimination rénale chez les sujets âgés.
- Privilégier chez la femme enceinte, les antibiotiques bien tolérés tels que les bêta-lactamines et les macrolides.
- Tenir compte des contre-indications des antibiotiques et de leurs interactions médicamenteuses afin d'éviter les complications.
- Eviter l'usage abusif des antibiotiques afin de ne pas favoriser l'apparition des résistances.
- Surveiller de près l'évolution clinique et rester vigilant quant à la survenue d'éventuels effets indésirables.

ANNEXE 2

1- LES CRITERES D'OPPOSABILITE

Ces critères sont au nombre de trois:

- a- L'observation de la pratique habituelle du praticien concerné sur une période d'une durée de 2 mois pour l'ensemble des références; le service médical devra fournir au Comité Médical Paritaire Local les dates de point de départ et de fin de la période d'observation d'un médecin, le nombre de dossiers examinés par référence, ainsi que les raisons de son choix (utilisation des données dont dispose le service médical, enquête aléatoire ...).
- b- La constatation d'un nombre minimum de cas de non respect d'une ou plusieurs références médicales. Ce nombre minimum varie en fonction de l'indice de gravité médicale et/ou d'inutilité médicale de la référence concernée:

- l'indice de gravité médicale 1,5 : correspond à des prescriptions à risque iatrogène pour lesquelles le nombre de cas de non respect ne saurait excéder deux;
- l'indice de gravité médicale 1 : correspond à des actes ou des prescriptions dont l'indication médicale n'est pas observée et pour lesquels le nombre de cas de non respect ne saurait excéder huit ;
- l'indice de gravité médicale 0,5 : correspond à des actes inutiles (bilan ou surveillance excessifs) et pour lesquels le nombre de cas de non respect ne saurait excéder douze.

c- L'importance numérique des anomalies décelées par référence au cours de la période d'observation définie au présent article :

- indice d'importance numérique 0,5 : les anomalies sont rares, c'est-à-dire inférieures ou égales au double des nombres correspondant aux 3 indices de gravité définis au (b) ;
- indice d'importance numérique 1 : les anomalies sont nombreuses, c'est-à-dire supérieures au double et inférieures ou égales au triple des nombres correspondant aux 3 indices de gravité définis au (b) ;
- indice d'importance numérique 1,5 : les anomalies sont très fréquentes, c'est-à-dire supérieures au triple des nombres correspondant aux 3 indices de gravité définis au (b)

2- L'EXAMEN PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE LOCAL ET LE PRONONCE EVENTUEL DE SANCTIONS

Au vu des critères d'opposabilité définis ci-dessus le Comité Médical Paritaire Local est saisi, et le praticien concerné en est simultanément informé.

Le Comité Médical Paritaire Local instruit le dossier, vérifie notamment le respect de la durée d'observation définie ci-dessus, apprécie la pratique habituelle du praticien concerné et constate ou non l'existence et le coût de l'anomalie, ainsi que sa gravité appréciée médicalement.

En cas de non respect d'une ou de plusieurs références, il estime le montant de la retenue.

L'unité de calcul de la retenue mise à la charge du praticien, correspond à un mois du montant de la participation des caisses au financement de ses cotisations sociales s'il exerce dans le secteur à honoraires opposables ou à un montant équivalent s'il exerce dans le secteur à honoraires non opposables.

Conformément à l'article 14 - paragraphe 5 - de la Convention, la retenue financière calculée par le Comité Médical Paritaire Local selon les barèmes figurant à l'article 1er du présent avenant tient compte de l'indice de

gravité ou d'inutilité médicale, de l'importance numérique des cas de non respect de la référence et de son incidence financière. Un coefficient d'incidence financière a été affecté à chaque référence en fonction du coût estimé des actes, prescriptions et traitements correspondants:

Indice 1 : actes, prescriptions et traitements peu onéreux;

Indice 1,25 : actes, prescriptions et traitements onéreux;

Indice 1,5 : actes, prescriptions et traitements très onéreux.

La retenue financière est calculée par application de la formule suivante:

1 mois de cotisations sociales x indice de gravité médicale x indice d'importance numérique x indice d'incidence financière.

Exemple:

Non respect très fréquent (indice 1,5) d'une référence médicale de gravité 1 (non observation de l'indication médicale) à incidence financière peu onéreuse (indice 1) = 1 mois x 1,5 x 1 x 1 = soit 1 mois et demi,

Le Comité Médical Paritaire Local peut, lors d'un premier constat de non respect, proposer le sursis de toute retenue financière ainsi calculée et inférieure à un mois, Pour un praticien ayant bénéficié d'une mesure de sursis, le non respect d'une ou plusieurs références médicales afférentes au ou aux thèmes concernés par cette précédente mesure entraîne en sus de la nouvelle sanction l'application de la retenue ayant donné lieu à sursis,

Dans le cadre du présent avenant et jusqu'à la fin de l'année 1995, la retenue financière ne pourra excéder un trimestre de cotisations par période d'observation toutes R,M,O, confondues,

ANNEXE 3

1993 - I

PRESCRIPTION DES ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS

(A.J.N.S.)^(*)

^(*) A, LN, S : aspirine non incluse)

Il n'y a pas lieu et il peut être dangereux, d'associer deux A, LN, S, par voie générale,

1993 - II

PRESCRIPTION DES ANTIBIOTIQUES EN PRATIQUE COURANTE

Ces références s'appliquent aux infections des sphères ORL et respiratoires rencontrées en pratique quotidienne chez l'enfant ou l'adulte sans facteur de risque (') ni terrain particulier ('I, à l'exclusion des otites, sinusites, épiglottites, bronchiolites du nourrisson, dans leurs formes aiguës.

Elles concernent :

- les infections aiguës saisonnières présumées virales, que sont les rhinites, rhinopharyngites, bronchites aiguës, trachéites et laryngites, lorsqu'elles sont justiciables d'une antibiothérapie,
- les angines non récidivantes.
- les pneumopathies aiguës chez l'adulte sain.

- 1, Il n'y a pas lieu d'utiliser une association ami no-pénicilline-inhibiteur des bêtalactarnases.
- 2, Il n'y a pas lieu d'utiliser les fluoroquinolones systémiques,
- 3, Il n'y a pas lieu d'utiliser les céphalosporines de deuxième et troisième génération,
- 4, Il n'y a pas lieu d'associer à l'antibiothérapie générale, des corticoïdes, en dehors des laryngites striduleuses de l'enfant.
- 5, Il n'y a pas lieu d'associer à l'antibiothérapie générale, des AINS sauf composante inflammatoire et/ou algique importante.

1993 - ID

PRESCRIPTION DES HYPNOTIQUES ET ANXIOLYTIQUES

La prescription des hypnotiques et des anxiolytiques doit reposer sur une analyse soignée de la situation clinique, en cherchant à séparer ce qui relève des difficultés transitoires et des réactions à une pathologie somatique, et de la pathologie psychiatrique confirmée. Elle doit être régulièrement réévaluée et tenir compte des indications de l'AMM, de la fiche de transparence et de l'arrêté du 7 octobre 1991. Elle ne doit pas être arrêtée brutalement après un traitement datant de plusieurs semaines.

Dans le cadre de cette prescription:

1. Il n'y a pas lieu d'associer deux benzodiazépines pour un traitement anxiolytique.
2. Il n'y a pas lieu d'associer, deux hypnotiques.
3. Il n'y a pas lieu de prescrire des anxiolytiques et/ou des hypnotiques sans tenir compte des durées de prescription maximales réglementaires (incluant la période de sevrage et avec réévaluation régulière) :

- 12 semaines pour les tranquillisants;
 - 4 semaines pour les hypnotiques (2 semaines pour le Triazolam)
4. Il n'y a pas lieu d'initier une prescription d'anxiolytique ou d'hypnotique, sans respecter les posologies officielles recommandées, et sans débiter par la posologie la plus faible.
 5. Il n'y a pas lieu de reconduire systématiquement et sans réévaluation une prescription d'anxiolytique ou d'hypnotique.

* Facteurs de risque:

- dans la rhinopharyngite de l'enfant: otites dans les antécédents, particulièrement lorsqu'elles ont commencé tôt dans la vie de l'enfant, otite séreuse préexistante à la rhinopharyngite;
- dans les pneumopathies communautaires, c'est-à-dire acquises en dehors du milieu hospitalier, présence d'au moins 2 parmi les facteurs de risques suivants: âge supérieur à 65 ans;

co-morbidité associée, telle que diabète sucré mal équilibré, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, BPCO, insuffisance cardiaque congestive, hospitalisation antérieure dans l'année, vie en institution, alcoolisme, drépanocytose ...

- immunodépression, comme une corticothérapie prolongée par voie générale dans les 6 derniers mois de chimiothérapie anticancéreuse dans les 6 derniers mois, splénectomie ... étiologie à tout risque: post-grippale, déglutition, facteurs d'inhalation pneumopathie Sur obstruction.

EVALUATION DES PRESTATIONS DE SANTE

Professeur Béchir HAMZA

Président du Comité National d'Ethique Médicale

L'évaluation des prestations de santé est celle qui pourrait conduire à changer les attitudes, les comportements ou les décisions sur les plans institutionnels ou individuels.

Il s'agit d'un problème assez complexe où les enjeux sont socio-professionnels, culturels, économiques, envisageant les différentes approches, les difficultés rencontrées dans le souci d'une nouvelle approche des pratiques médicales. Celles-ci doivent tenir compte des différents concepts, de la transparence des données, des statistiques, des choix à court terme et à long terme.

L'évaluation médicale soulève des points de vue différents et des réticences de la part des différents partenaires de la santé, les médecins qui légitiment leurs décisions par l'application d'investigations ou de traitements selon les données récentes de la recherche en médecine, l'économiste qui résonne en fonction des ressources limitées et du surcroît du besoin dû aux innovations technologiques et thérapeutiques et de l'exigence de la société pour une répartition équitable et efficiente des ressources mises à la disposition de la santé.

Malgré ces points de vue différents, et face aux différents enjeux, l'évaluation est une nécessité appropriée à l'aide à la décision diagnostique ou thérapeutique.

En raison de l'hétérogénéité médicale, des variations de pratique, de l'évolution des techniques, la tâche n'est pas aisée. Elle se heurte à des considérations éthiques individuelles et collectives parce qu'il n'est pas toujours facile de déterminer ce qui est approprié et ce qui ne l'est pas face aux considérations du chercheur, de l'économiste des responsables politiques qui prennent en considération, en dehors, de l'efficacité d'une technologie, son rapport coût-avantages et la sécurité de la communauté. Aussi, en aval de toute pratique médicale, qu'elle soit diagnostique, thérapeutique ou qui fait intervenir différents niveaux dans le développement d'une technologie médicale, l'évaluation doit être fondée sur la preuve scientifique, l'expérimentation et sa critique objective.

On ne peut nier que le concept évaluation est le plus souvent méconnu dans notre pratique hospitalière ou privée, témoin le gaspillage des moyens, les décisions contradictoires laissées à l'initiative des praticiens quelque soit leur niveau de formation et témoin aussi l'absence de formation médicale continue aux méthodes les plus efficaces, les plus expérimentés et qui prennent en considération l'amélioration de la qualité des soins son évolution avec le progrès technique, l'amélioration de l'équilibre du service rendu, l'actualisation des connaissances fondées sur les arguments scientifiques prouvés.

Quelles sont les raisons qui justifient l'évaluation?

Elles sont: médicales, éthiques, économiques, sociales et juridiques **Ethiques** parce que le médecin doit faire des choix devant le développement important de la technologie.

Economiques en raison des ressources affectées à la santé, **sociales et juridiques** tant la santé s'insère non seulement dans le processus de l'accès aux soins, dans la protection collective des populations contre les risques, mais aussi dans la recherche de la qualité. Ces considérations scientifiques, économiques, sociales et juridiques illustrent les difficultés auxquelles le domaine de la santé et son évaluation sont confrontés, en l'absence d'une définition sans ambiguïté du droit à la santé, des limites inhérentes aux actions individuelles ou collectives.

Il ne faut pas perdre de vue, qu'en raison des implications individuelles et du caractère intimiste de la relation médecin-malade, l'évaluation se heurte à une certaine subjectivité: les critères ne peuvent être que la confiance et la satisfaction du patient. Il est difficile, certes de donner une définition univoque à ces notions. Il s'agit avant tout, d'un état d'esprit pour donner de la valeur aux différents éléments qui constituent les actions de soins.

Il s'agit d'un véritable état d'esprit pour faire évoluer le comportement dans le sens bénéfique. Cet état d'esprit, ne peut être acquis que par l'information, l'autocritique, l'analyse de ses propres résultats en toute objectivité et au besoin par la confrontation avec l'analyse d'autres et si nécessaire, l'arbitrage entre des éléments parfois contradictoires et dans le souci d'un consensus sur des pratiques diagnostiques. Il importe de ne pas considérer cette démarche comme un obstacle, à la liberté de prescription, elle consacre au contraire la valeur morale et crédible de l'acte médical, la qualité des soins, l'économie dans l'application des soins, ce qui est d'ailleurs conforme aux prescriptions de notre code de déontologie. S'agissant d'une politique de santé publique, l'évaluation devient nécessairement un outil pour mettre en place un système de protection sociale avec des recommandations et des références. C'est cette démarche qui va valoriser la politique de prestation de soins ou de prévention. L'évaluation passe alors du concept déontologique aux objectifs fondamentaux d'un programme de santé publique.

Mesdames, Messieurs,

Nous venons d'écouter des rapports sur le progrès technique, qui ont permis la survie: les soins intensifs, l'hémodialyse, la transplantation du cœur, du foie et les greffes de moelle osseuse. La médecine TUNISIENNE s'en orgueille. C'est le témoin du respect du progrès technique en faveur du malade et sa survie. C'est aussi un droit aux prestations de santé et pas à n'importe quelle prestation. Ce sont certes des soins coûteux qui pèsent sur une augmentation croissante des dépenses, alors que la progression des ressources consacrées à la santé ne peut

être illimité. Cependant, nous ne pouvons pas tourner le dos à la recherche, au progrès médical. En le faisant, on résoudrait, peut-être le problème des choix de santé, mais en le faisant aussi, l'amélioration des conditions d'existence ne serait pas à la disposition de tous.

Néanmoins, il est nécessaire de faire l'évaluation de nos pratiques pour libérer ces ressources nouvelles et développer de nouvelles structures, mettre à leur disposition des moyens adéquats à des pratiques médicales de haut niveau. L'on pourra alors évaluer les stratégies, l'efficacité d'une technologie, ses implications éthiques, économiques, les déviations dans les indications et les prescriptions. Cependant, élaborer de bonnes stratégies thérapeutiques devrait aller de pair avec une bonne stratégie de prévention dans les domaines de la santé qui lui sont accessibles ou qui pourraient l'être dans le futur.

Certes, nous assistons aujourd'hui à une révolution thérapeutique ou diagnostique, qui pourrait, comme beaucoup de techniques, entrer un jour dans la médecine du passé et laisser la place à une autre médecine, grâce à une meilleure connaissance de la transmission des maladies et leur prévention.

Aussi, est-il à espérer que la médecine du futur, sera pour une large part :

- 1- une médecine préventive par: un nouvel essor des vaccinations par génie génétique contre des maladies parasitaires, bactériologiques et virales et autres;
- 2- une médecine préventive pour la protection contre les dangers de l'environnement, les périls les déviations alimentaires ,, " ;
- 3- une médecine, de prédiction, de prévision des maladies avec certes ses avantages, mais ses inconvénients éthiques et qui fera du médecin non seulement un thérapeute mais aussi un praticien orienté vers la prévention la prévision, conséquences de la recherche appliquée au vivant.

Pour terminer, je dirai que le médecin ne peut évaluer efficacement ses prescriptions, que, si face à l'évolution de la médecine, il n'est pas assujéti à une formation continue plutôt pratique que théorique ou académique pour mieux connaître les limites de ses prescriptions médicamenteuses et les limites des indications des techniques d'investigations parfois inutiles, et agressives. C'est alors que l'on parlera de l'éthique et de la déontologie dans les prescriptions médicales.

SANTE, ETHIQUE ET ARGENT

Amel AOUI]-MRAD

Maître de conférence agrégé à la Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis

, Que vois-je ?

De l'or? Du précieux or, jaune et étincelant?

*En voici assez pour rendre blanc le noir, pur l'impur,
juste l'injuste, noble le vil, jeune le vieux, vaillant le lâche;*

(..) ce jaune esclave

*fait et défait les religions; il bénit les maudits,
rend adorable la lèpre blanche; donne aux voleurs,
avec titre, appui et assentiment,
une place au banc des sénateurs; c'est lui
qui remarie la plus flétrie des veuves:
quand à l'hôpital et ses plaies ulcéreuses
elle donnerait la nausée, il est le baume et le parfum
qui en refait un jour d'avril. Allons, argile damnée,
catin du genre humain ... '*

William Shakespeare: Timon d'Athènes.

1. Rien ne semble a priori lier trois termes aussi différents et, de surcroît, porteurs d'un poids moral et politique, contenus dans le sujet de notre communication. La santé apparaît à la fois comme, un enjeu personnel et collectif" (1), physiquement et politiquement vital, l'éthique, comme une parente à la fois proche et éloignée de la morale et l'argent renvoie, invariablement, à des connotations prosaïques et vénales.
2. Ce thème révèle, d'abord, l'imbroglio des relations existant ou pouvant exister entre les trois termes; il se révèle être, ensuite, un cadre parfait d'étude de l'évolution et de la situation actuelle de l'éthique médicale porteuse de nombre d'interrogations, issues des progrès technoscientifiques récents; enfin, il est le révélateur des problèmes de raréfaction des ressources, confrontés à une augmentation continue de la demande de soins, permise par divers facteurs, ainsi que nous le verrons plus bas.
3. Mais, de prime abord, la définition de ces trois termes pose, trois défis. Elle s'avère indispensable pour appréhender leur portée individuelle et, surtout, leurs relations respectives.

3.1. *Le terme de santé* est peut-être celui dont la circonscription s'avère la plus complexe, à cause de la multitude de situations qu'il recouvre. Si nous nous intéressons, d'une part, à la seule santé, nous nous devons de la définir à la fois in abstracto et in concreto. Pour le premier cas, nous nous référerons à l'exhaustive et impossible définition de l'O.M.S. (Z) Pour le second cas, nous tenterons, sans empiéter sur le corps même de notre exposé, de dégager une définition fonctionnelle (et nationale) de la santé, telle qu'elle peut être entendue ici, soit de dire que la santé est celle des individus, considérés dans leur spécificité, qu'elle soit à préserver ou à rétablir. Et c'est à ce point donné de notre étude qu'il faut, d'autre part, nous intéresser, à la définition de ce qui constitue l'image sociale et collective de la santé, c'est-à-dire la santé publique. Ainsi, d'une manière simple -et neutre- nous définirons cette dernière comme, l'ensemble des actions collectives menées par les autorités publiques et sanitaires dans le but d'assurer les conditions favorables à la santé de la population" (3) Et déjà, cette définition nous fait réaliser, du fait du cadre public de leur concrétisation, l'inévitable responsabilité de l'Etat face à la santé de ses citoyens et la transversalité de la santé en tant que phénomène de société (4) Ainsi, de ce second point de vue, la santé est, tout à la fois, celle d'une population dans son ensemble -par opposition à la santé individuelle décrite plus haut- et un système homogène, composé de structures sanitaires publiques et privées et reliée à un système de sécurité sociale.

3.2. *Quant au terme "éthique"* (5), il est différent de celui de « morale », puisque se situant davantage au niveau des comportements quotidiens et des décisions effectives à prendre par le professionnel, et notamment le médecin, confronté à de multiples situations quotidiennes (6) L'éthique peut se définir, succinctement, comme étant "l'art de diriger une conduite" (7) Mais l'utilisation de ce terme, qui occupe aujourd'hui une position prééminente comme si elle (l'éthique) avait été découverte il y a peu" (8) appelle à certaines précisions. D'une part, l'éthique est dualiste, en ce sens où elle ne renvoie pas simplement à des comportements individuels, mais à tout un référentiel collectif, amalgame de préceptes religieux, de valeurs culturelles et de vécu collectif C'est d'ailleurs cette éthique collective qui influence, limite et guide, pour partie, les comportements des professionnels. D'autre part, l'éthique, en matière de santé, est multiforme ; nous la retrouvons aussi bien en matière d'octroi de soins médicaux (9) de recherche pharmaceutique, biologique, génétique, technoscientifique (10), qu'en matière de gestion hospitalière (11) Inutile de préciser, face à une telle profusion d'expressions, qu'en matière de santé, l'éthique prend la forme d'enjeux, c'est-à-dire qu'à travers elle ce sont des conflits de valeurs qui sont exprimés et hiérarchisés. Elle se lie ainsi à l'économie et aux finances et devient, sans qu'on s'en rende réellement compte, "dimension de la vie et de l'organisation sociale", (12) Sa liaison avec l'argent apparaît.

3.3. *L'argent*, enfin, n'est certes pas le terme le plus aisé à définir dans cette trilogie. Il représente, dans le cadre de notre étude, d'abord, le moyen de financement individuel des prestations sanitaires ou des

préparations pharmaceutiques par les particuliers, renvoyant aux différences sociales et à leurs conséquences sur l'accès aux soins; il représente, ensuite, le financement par les pouvoirs publics eux-mêmes du système et des prestations de santé (14) Tout comme l'argent peut représenter, enfin, le coût engendré ou inhérent aux nouvelles techniques de soins. L'argent, à notre époque de libéralisme triomphant et de raréfaction des ressources publiques, est devenu, réellement, une valeur en hausse, une valeur tout court. Il est entré en collision, ce qui n'est pas tout-à-fait nouveau, avec la santé et, ce qui l'est davantage, avec l'éthique elle-même. Ce qui nous amène, à présent, à envisager les termes de notre communication non plus sous l'angle individuel, mais sous l'angle relationnel. Pour pouvoir correctement **situer l'interaction santé-éthique-argent**, il nous faut partir du point focal de cette relation à trois, soit la santé, et, plus précisément, la place de la santé au sein des sociétés modernes, particulièrement en Tunisie. Pourquoi cette interrogation, a priori quelque peu éloignée de notre thème d'étude? Car, de cette situation, découleront les grands choix éthiques à respecter avec leur part insoupçonnée mais inéluctable de sousbassements économiques et financiers. Or, en Tunisie, comme dans beaucoup d'autres pays, la santé se révèle être un « enjeu de société" OSI, une véritable" affaire d'Etat" (6) Depuis son élévation, par le Préambule de la Constitution du 1er juin 1959 au rang de droit (17), impliquant, pour les pouvoirs publics l'obligation d'organiser des services de soins et de prévention, il nous semble qu'elle a acquis, à n'en pas douter, le statut de droit de l'Homme (18). Le droit à la santé, contrepartie inégale, car plus lourde, du devoir de santé, également dénommé obligation à la santé, pesant sur chaque citoyen (19), reçut diverses consécration textuelles, aux plans interne et international. Pour les premières, nous citerons la loi 91-63 du 29 juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire (20), qui affirme, dès son article 1er, que" toute personne a droit à la protection de sa santé dans les meilleures conditions possibles". Pour les secondes, il suffit de relever la ratification, par la Tunisie, de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948, garantissant le droit à la vie (article 3) et de la Constitution de l'O.M.S. dont le Préambule consacre explicitement le droit à la santé (21); de plus, la Tunisie a adhéré au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui reconnaît" le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre" (22) De cet ensemble de dispositions, il ressort que cette" conquête des temps modernes" (13) que constitue le droit à la santé, emporte, pour l'Etat, l'obligation d'organiser les services publics susceptibles de procurer aux individus le meilleur état sanitaire possible (droit aux prestations sanitaires) (*Hi*, ainsi que celle de prendre des mesures relatives à la prévention et au traitement des maladies (1;)

3.4. De fait, il est clair que beaucoup de moyens furent mobilisés, depuis 1956, pour donner forme concrète à ce droit à la santé. De multiples actions, structurelles et fonctionnelles, furent entreprises pour le garantir

(26) Il est certain qu'une telle démarche reflète une éthique collective de promotion de l'Homme et de ses droits qui a grandement influé sur la manière de concevoir le fonctionnement quotidien des structures sanitaires publiques (17) L'éthique individuelle des personnels de santé, particulièrement du personnel soignant, déjà imprégné des préceptes hippocratiques, ne pouvait que faire sienne ces considérations.

Or, et dès le départ, « l'effectivité du droit à la santé ne suppose pas seulement des conditions techniques : elle comporte également une condition économique, la capacité des individus de financer les traitements qui leur sont offerts" (28) A ce niveau, l'on remarque que l'Etat tunisien, en bon Etat providence, a beaucoup investi, depuis les années 60, dans ce financement, au niveau de la prévention, du diagnostic, des soins, de la recherche ou de la pharmacie. Mais, actuellement (2')¹, dans un contexte marqué à la fois par les idéologies néo-libérales -aboutissant à la promotion du secteur privé et à l'essor de l'individualisme-, par la raréfaction des ressources, par l'évolution à la hausse des coûts des soins et de la santé, en même temps que par l'augmentation des consommations médicales, ce comportement a un peu changé.

L'on en arrive alors à se poser la question suivante: la préservation d'un niveau acceptable, ou éventuellement satisfaisant, de santé de la population (donc la concrétisation du droit à la santé, infra), peut-il se faire dans le respect de certains principes éthiques, ou, au contraire, les considérations financières guidant la marche du secteur de la santé sont-elles devenues telles que l'on en arrive inéluctablement à l'émergence d'une nouvelle éthique en la matière, fondée sur des choix, des critères, des exclusions, tous trois certes douloureux mais indispensables) D'autre part, ce sujet nous permettra de nous interroger sur les capacités et les limites du droit à encadrer n'importe quel secteur de la vie sociale, donc sur le pouvoir de la norme juridique vis-à-vis des comportements humains. Nous allons vite nous rendre compte que ce rôle est très limité et que les actions les plus efficaces, s'il en est, se situent en-dehors des normes juridiques.

6. Nous étudierons notre sujet en séparant justement le niveau collectif du niveau individuel en matière d'éthique, ce qui nous permettra de situer, dans les deux cas respectifs, d'une part, la santé, d'autre part, les problèmes de financement et d'argent. Nous nous apercevrons que la santé occupe, dans l'éthique collective, une position qu'atteignent, et de manière de plus en plus marquée, les préoccupations de coût (1), mais que ces mêmes préoccupations demeurent, pour ce qui concerne l'éthique individuelle, encore secondaires (II).

PREMIERE PARTIE :

LA SANTE DANS L'ETHIQUE COLLECTIVE :

LES NECESSAIRES CONSIDERATIONS DE COUT

7. Il faut dépasser, d'emblée, les a priori concernant les rapports de l'argent et de la santé, d'une part, et entre l'argent et l'éthique, d'autre part. Les cloisons ne sont pas étanches entre elles, les données sont loin d'être statiques, les interactions sont bel et bien effectives. De nombreuses causes objectives expliquent cette situation, ancienne, de profonde imbrication, aux manifestations multiples (1) ; elle fut gérable jusqu'à un cer-

tain point de l'évolution du système de santé et d'augmentation de la demande, confrontées à une diminution des ressources. Passé un seuil, elle amena les pouvoirs publics à réagir de différentes manières (2)

A. DES CAUSES DIVERSES, DES MANIFESTATIONS MULTIPLES

8. Le lien santé et argent et les problèmes éthiques sous-jacents. L'éminent Professeur Jean BERNARD décrit ainsi les rapports des finances publiques et de la médecine. -La médecine du passé était inefficace, mais peu coûteuse. Elle n'intervenait pratiquement pas dans les finances de l'Etat (...). En peu d'années, la médecine, la bonne médecine, celle qui guérit, est devenue très chère, (3()) La question financière apparaît alors. Les problèmes de médecine, auxquels il faudrait rajouter ceux de la recherche, de la fabrication de médicaments, de l'expérimentation, sont devenus des problèmes d'économie de la santé; la santé elle-même a commencé à être considérée comme un marché, au sens économique du terme.

9. Comme tout marché, celui de la santé est régulé par deux éléments clés. l'offre, d'un côté, la demande, de l'autre. Cela semble simple et fondé sur la spontanéité et l'autorégulation. Cela ne l'est pas, en fait, à cause du particularisme du marché de la santé (J1), ainsi que Kenneth ARROW le démontrait. le secteur sanitaire est certes un secteur de production, mais il est spécifique par rapport aux autres secteurs de production à cause de l'impossibilité structurelle d'une régulation harmonieuse des soins par le marché (J2). Si l'on commence par la demande de soins, l'on s'aperçoit que le double fait démographique et épidémiologique, sensible en Tunisie (JJ)-qui commence, par là, à se rapprocher de la configuration des pays européens- rajouté à l'élévation du niveau de vie, aux modifications comportementales de la population, ainsi qu'à l'amélioration des systèmes de couverture sociale (J41), ont débouché sur son accroissement. Le " besoin de santé, (35), en devenant solvable, suscita un, extraordinaire développement de l'offre, ()6)

10. Deux types d'offres de soins existent. La première dénommée " offre d'anticipation. ou offre quantitative de soins a crû en considération de la demande de soins. Par son fait, le nombre d'hôpitaux est passé en Tunisie de 144 en 1989 à 160 en 1996, celui des lits de 15407 à 15970 en 1996, la démographie médicale de 1,4

médecins pour la 000 habitants à la fin des années 1950 à 6,7 médecins pour la 000 en 1995.

Le second type d'offres de soins est l'offre "créatrice" concrétisée par les progrès scientifiques et techniques: greffes d'organes, découvertes de nouveaux médicaments ou de nouvelles techniques de diagnostic et de soins, plus sûres, plus performantes, mais aussi -évidemment- plus onéreuses, progrès dans la connaissance du sang et du génome humain (37) médecine prédictive, médecine d'urgence, ou encore procréation médicalement assistée, en constituent les exemples les plus connus et les parlants. Or, en-dehors du fait que ces progrès imposent aux décideurs des choix éthiques fondamentaux, mettant en jeu les notions de civilisation et d'humanité- (38) ils ont un coût très élevé, et de là proviennent les problèmes éthiques relatifs à cette relation argent-santé.

11. La première considération éthique tient au lien inversement proportionnel existant entre qualité des soins et équité: en effet, rechercher une qualité maximale des soins (ou d'autres prestations ou produits de santé) réduit automatiquement, les possibilités de réaliser l'équité ou la santé pour tous. (39). C'est d'ailleurs ainsi qu'aux Etats-Unis, certaines techniques de soins particulièrement onéreuses sont réservées aux malades pouvant en supporter le coût. Ainsi, se met en place un système de santé à deux vitesses, aggravé par le développement du secteur privé de santé, qui vient transformer le droit à la santé en une sorte d'illusion et replace la maladie au rang d'injustice.

12. La seconde considération éthique est relative à l'application du principe de l'égalité en matière

de santé. Elle est la transposition du principe, encore vivace, de la générosité publique. Car- l'intérêt général, en matière de santé, a une portée éthique, (40) A partir de là, la transgression des critères économiques devient inévitable et même souhaitable et le refus de l'idée de solvabilité et de rentabilité, tout-à-fait normal (41) Le corps humain est réputé, au moins dans le cadre du droit français, duquel s'inspire directement le droit tunisien, • hors commerce ", ce qui entraîne toute une série de conséquences, telle la gratuité des dons d'organes (42) ou encore la non-brevetabilité de la découverte des séquences du génome humain (4)

Or, si on cherche à assurer ce principe de manière plus ou moins correcte, il est certain que cela, d'abord, comportera un coût, ensuite, occulte de douloureux problèmes -tel celui du trafic d'organes- enfin, comporte le risque de créer un marché échappant à tout contrôle. Si les Etats ont longtemps oeuvré en ce sens, la raréfaction des ressources, conjuguée à la hausse exponentielle de la demande de soins, a certainement porté atteinte à cela. De plus, l'autre risque potentiel qui existe ici, et qui s'est sans doute, à quelques reprises, réalisé, est celui de la non transparence des rapports entre les différents acteurs du marché, particulièrement dans le mouvant marché de la recherche pharmaceutique (44).

13. Mais il faut savoir qu'à côté de ce lien entre la santé et l'argent, en existe un autre, encore moins connu,

entre **l'éthique et l'économie et même plus crûment, entre l'éthique et l'argent**. En effet, non seulement un grand nombre de questions relevant de l'éthique médicale traitent implicitement du problème des limites dans l'allocation des ressources, mais il nous est révélé que les choix éthiques eux-mêmes se trouvent au coeur de l'analyse économique (45). Derrière tous les problèmes de choix financiers, il existe des problèmes d'éthique (46). Mais cet aspect de notre question doit plutôt être étudié- a contrario-, c'est-à-dire, sous l'angle des solutions de rationalisation des dépenses auxquelles il a abouti.

B. DES SOLUTIONS FRAGMENTAIRES ET EVOLUTIVES

14. Nous nous trouvons face à un problème d'allocations de ressources publiques à des nécessités d'intérêt général, puisque liées à la santé des citoyens, que cette [bonne] santé soit le fait de soins et d'un plateau technique performants, de méthodes de diagnostic sophistiquées, d'une utilisation des technosciences à bon escient ou encore d'une recherche -médicale, pharmaceutique, biologique- avancée. Dans ce domaine, et face à la généralité et à l'importance du problème, il est aisé d'imaginer que les solutions proposées pour agir sur la rationalisation des dépenses, la limitation de la demande, la bonne utilisation des ressources existantes, ne peuvent provenir que des pouvoirs publics. L'Etat, en cette période de turbulences idéologiques et économiques, marque une pause et reconsidère son rôle face à la société. Il se repositionne et, en ce qui concerne la santé, met en place toute une série de mesures, implicites ou explicites, originales ou éculées, générales ou particulières (4) \ ravivées par l'essor de la bioéthique. Si l'on veut situer la Tunisie avec quelque précision dans cet arsenal de propositions rationalisantes, nous constaterons qu'elle se situe plutôt au niveau des solutions implicites et générales.

15. Implicitement déjà, le fait de se démarquer en faveur d'une philosophie utilitariste, dans laquelle la protection de l'individu pâtit toujours face à l'intérêt supérieur, ou, au contraire, en faveur d'une philosophie libéraliste, dans laquelle les droits individuels passent avant le bien commun de la société ou, enfin, en faveur de la thèse de la justice sociale dans laquelle il existe des libertés fondamentales égales pour tous, à côté d'inégalités qui doivent être aménagées, permet un Etat de mettre en place les grandes lignes de ses politiques publiques, Se greffant sur cela, et découlant directement du fait que la santé constitue, ainsi que nous l'avons montré, un choix de société, surgissent des choix, politiques et financiers, à effectuer clairement - mais peut-être pas définitivement- et qui concernent, notamment, l'attribution de soins aux personnes âgées, les campagnes de prévention ou de dépistage, la médecine d'urgence, la consécration et le développement des technologies de pointe .. , Et c'est ce dernier point qui, justement, à la fois ravive et réactualise les problèmes de rationalisation des ressources allouées à la santé, du fait de leur caractère particulièrement onéreux: des choix éthiques fondamentaux sont imposés, « où sont en jeu les notions de civilisation et d'humanité, ('8) Il appelle à la mise en place de solutions beaucoup plus adaptées.

16. La première de ces solutions se rapporte aux techniques de **régulation de l'offre de soins par les pouvoirs publics**. "Entamée depuis le début des années 1980 dans un grand nombre de pays de l'O.C.D.E" elle a permis un ralentissement dans l'augmentation des dépenses de santé socialisées" (49) Elle a pris notamment, en France, la dénomination célèbre sous forme du sigle R.M.O., ou "références médicalement opposables" », L'on parle en Tunisie, au moins sous forme de souhait, de réguler l'offre de soins. Encore faudrait-il s'entendre sur des critères d'octroi de soins -ou de médicaments onéreux ou d'organe non renouvelable", - et c'est là que nous arrivons à la seconde des solutions proposées. Il s'agit de consacrer des **critères d'aide à la décision**. S'inscrivant dans une logique de coût, elle propose d'établir une hiérarchisation au sein même de la demande de santé. L'aide à la décision peut se concrétiser, notamment, par l'approche dite " **prix de la vie humaine** » dans laquelle " on mesure économiquement un bénéfice sanitaire en ramenant la valeur d'un individu à la perte de production pour la collectivité associée à un décès prématuré, (;0) Par application, il devient évident qu'une moindre valeur est accordée aux personnes âgées et non productives, ce qui constitue " un choix éthique très contestable, (;0. Dans le même ordre d'idées, ont été proposés les indicateurs de résultats homogènes (;2), qui font ressortir les écarts entre les coûts effectivement consentis par le système de santé pour obtenir un même gain d'une année de vie ajustée par la qualité. Cette idée de "qualité de la vie" est d'apparition récente dans les théories d'économie de la santé.

Elle est née de l'impossibilité d'appliquer une logique parfaitement technocratique dans les critères d'accès à certaines techniques ou d'éligibilité à certaines politiques (53)

17. Le problème clé devient donc le suivant, en cette période de raréfaction des ressources: il existe une nécessité éthique de fixer des seuils à la poursuite d'actions médicales et ce, dans le but d'éviter ce à quoi la , dérive" des systèmes de santé a permis, soit la **multiplication d'interventions disproportionnées par rapport aux améliorations réelles de santé qu'elles permettent**. C'est la technique dite du bilan, ou de l'évaluation, qui constitue elle-même, d'après les auteurs, une éthique de choix. Il s'agit de toujours dégager une rationalité selon des buts et selon des valeurs (\4) En cela, il faudrait réussir le défi à la fois de ne succomber ni aux chants des avancées technologiques, aux avantages insuffisamment prouvés, ni à ceux de la seule logique économique, c'est-à-dire de pure rentabilité financière (;5) Bien qu'il soit vrai que cette dernière méthode ait pour champ d'application privilégié les rapports individuels médecin-malade (56) il demeure cependant certain que certains des choix globaux de la société soient fondés sur elle.

18. Ce que l'on constate, de nos jours, et relativement à ces choix, est la conséquence de la préoccupation

généralisée des Etats d'entrer dans une dynamique de profit: il faut obtenir plus de prestations et de bien être par unité monétaire dépensée (57) Cela a abouti, d'une part, à **parfois faire prévaloir les critères de rentabilité en matière de santé**. Au niveau européen, cela nous a donné, par exemple, la Résolution du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe sur " Le dépistage instrument de médecine préventive ", qui considère clairement ce dépistage des maladies chroniques uniquement comme moyen d'abaisser le coût de celles-ci. Et cette circulaire date d'il y a plus de vingt ans, ce qui nous montre l'ancienneté du débat (\8)

1

Dans le même ordre d'idées, se posent les problèmes de la rémunération éventuelle du don du sang, celui de la distinction de plus en plus relative entre recherche de base et recherche appliquée, ou encore celui des manipulations du génome humain. Cela a abouti, d'autre part, à encourager, d'une manière claire, le développement d'un secteur privé de soins médicaux (cliniques privées) et de fabrication de médicaments depuis le tournant libéral du début des années 90, Le raisonnement de base est simple: il est nécessaire que le secteur public relativise ses actions, qu'il se désengage, faute de moyens suffisants pour continuer à satisfaire la hausse de plus en plus qualitative des produits de santé (59) Malheureusement, les réflexes et les stratégies d'actions sont totalement différents entre le secteur public et le secteur privé, ainsi que nous allons les découvrir en matière d'éthique individuelle.

DEUXIEME PARTIE :

LA SANTE FACE A L'ETHIQUE INDIVIDUELLE :

DIFFICULTE OU PREVALENCE DES CHOIX FINANCIERS

19. Nous touchons ici à ce qu'il existe de fondamental dans toute éthique professionnelle, soit les convictions intimes de tout professionnel, convictions intimes de tout professionnel, convictions, parfois raisonnées, parfois inexplicables, mais toujours sollicitées dans les situations concrètes qu'il vit. Les questionnements éthiques, dans le domaine de la santé, ne datent sûrement pas d'aujourd'hui, Car la santé est vie, mouvement, intégrité physique, donc autant d'éléments de préciosité. L'éthique individuelle est donc, sans besoin de nulle autre précision, fondamentale, en matière de santé, particulièrement. L'argent, désiré ou repoussé, vient en modifier, ou en fausser, selon le cas, les rapports (1), amenant le professionnel à effectuer des choix désormais nécessaires ou, parfois même excessifs (2).

A .DES RAPPORTS RENOUVELES

20. Z. BANKOWSKI écrit à propos de l'éthique qu'elle, joue le rôle d'un pont entre la politique et les valeurs humaines" (60) Issue de convictions intimes et bien évidemment marquée par l'environnement composite duquel le professionnel de santé est issu, elle sera marquée, pour ce dernier, par le sens donné à la vie, à la

souffrance, à la mort. Elle est un moyen, de résoudre les antagonismes entre le bien individuel et le bien collectif » (61)

Ces problèmes éthiques sont aiguës par un autre fait saillant en matière médicale: c'est l'atypisme du marché de la santé. Nous faisons par là référence à l'asymétrie d'information entre le médecin et le malade (62) : -l'individu lui-même demeure le meilleur juge du bien-être que lui procure son état de santé, mais il n'est pas vraiment à même d'apprécier les processus, en l'occurrence les stratégies diagnostiques, thérapeutiques ou préventives, susceptibles de contribuer positivement à sa santé, (63) De ce fait, le médecin se comportera comme, l'agent moral" du malade, jouissant d'une sorte de délégation de souveraineté, qui blanchit, a priori, toutes les initiatives qu'il prendrait à son égard. Sans en arriver déjà aux dérives que ces pleins pouvoirs risquent d'entraîner, nous insisterons d'abord sur les garde-fous censés les empêcher d'avoir lieu.

21. L'essentiel de ces limites se trouve dans les préceptes du serment d'Hippocrate, que chaque futur médecin lit après avoir soutenu sa thèse et donc, avant de commencer à exercer son art. Ces préceptes, ensemble de principes de dévouement, d'abnégation et de recherche de perfection dans l'exercice de l'art, sont largement repris dans le code de déontologie médicale, récemment refondu (MI). Nous y trouvons ainsi, clairement affirmé, la nécessité de prodiguer des soins répondant aux dernières inventions de la médecine, ou encore celui de demander, en toutes occasions, des honoraires justifiés (65). Bien qu'il existe des codes de déontologie, consacrant les règles morales indispensables à chaque profession de santé (66) il apparaît que l'éthique hippocratique de défense inconditionnelle de l'individu souffrant ne saurait se détacher de l'éthique économique d'utilisation optimale des ressources de la collectivité. Quotidiennement, le médecin est amené à effectuer des choix.

22. Ces choix touchent, pour grande partie, il est vrai, le pilier essentiel de tout système de santé, soit le médecin hospitalier. Ce dernier présente la particularité, parfois douloureuse, d'être le maître de son art et, en cela, seul juge des choix à opérer mais d'être, d'autre part, un fonctionnaire de l'Etat, dont la moindre de ses dépenses ordonnancées, est imputée sur le budget de l'établissement, parfois même sur le budget de l'Etat (6C) Quel médecin hospitalier n'a pas vécu la situation décrite par le professeur Jean BERNARD, dans laquelle un économiste consciencieux croit indispensable de venir préciser le prix du traitement ayant réussi à guérir un malade (68)? Ou encore, ce qui est beaucoup plus angoissant, car préjudicant de l'avenir d'un malade, s'est vu refuser d'effectuer une intervention -ou d'utiliser une technique de pointe, par définition onéreuse- du fait des moyens financiers limités du budget de l'hôpital) Car il est ici un élément fondamental à introduire: c'est le fait qu'aujourd'hui, au sein du système de santé dans son ensemble, le médecin, fondamentalement homme, et de surcroît, doté du pouvoir de guérir, tient le rôle d'un homo economicus » : implicitement, c'est lui qui décide de certains des choix à effectuer (6<>

23. Mais toutes ces données sont particulièrement exacerbées dans le secteur privé. Déjà, il existe un risque virtuel à l'immixtion du privé dans un domaine aussi délicat que celui de la santé, du corps humain et de ses composantes. Certes, des normes législatives sont posées à l'avance pour éviter les excès, certes, les pro-fits ne devraient être ni excessifs, ni ostentatoires, mais, souvent, tout cela semble demeurer à l'état de vœux de pureté, la réalité étant tout autre. Deux domaines peuvent illustrer cela. Le premier, quotidien et, somme toute, banal, concerne le praticien de ville (70), se rapporte à ce que les économistes de la santé appellent "l'induction de la demande par l'offre" (71) Du fait de l'asymétrie d'information existant entre lui et le demandeur (de prestation ou de bien), il sera tenté de prescrire (ou d'offrir) non dans l'intérêt du patient, mais dans son propre intérêt (72). Le second exemple est tiré d'un domaine extrêmement sensible, et d'une grande actualité: celui de la médecine et des techniques de pointe. Les dérives -ou risques de dérives- du projet "génomique humain" (1990-2005) en est un exemple criant: la brevetabilité des gènes humains, liée à des considérations de rentabilisation de la recherche, la création de nouveaux marchés dans de nouveaux produits, entraînant une "génitisation de la médecine, discrimination génétique?", en sont autant d'illustrations, amenant l'UNESCO à réagir en adoptant la déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'Homme, le 11 novembre dernier (74) L'acharnement thérapeutique peut être un second exemple des dérives auquel peut conduire une exacerbation de l'argent et une insuffisante conviction éthique, appliquées au domaine de la santé. Il n'est pas sans raison que des courants prônant l'euthanasie se fassent de plus en plus entendre, notamment aux Etats-Unis, où les abus en ce domaine ne sont pas rares. Ainsi, s'avérant à la fois l'indispensable guérisseur, par son art ou par ses produits, l'Homme de la santé, omettant trop souvent, car nul ne l'avait habitué à en tenir compte, les considérations de coût et de finances, est rappelé à l'ordre de diverses manières depuis quelques années (75)

B. DES COMPORTEMENTS MODIFIES

24. Sans entrer en contradiction avec les principes sacro-saints d'exercice de la médecine, c'est-à-dire en essayant de ne pas porter atteinte (mais est-ce réalisable 1) aux droits et intérêts du malade, les pouvoirs publics, dans de nombreux Etats, dont la Tunisie, tentent, depuis un certain nombre d'années, de sensibiliser les praticiens au phénomène de raréfaction des ressources et de cherté des matériels et techniques médicaux de pointe. Ainsi, les pays européens se préoccupent non seulement de limiter les dépenses dans une optique budgétaire à court terme, mais aussi d'accroître l'efficacité des services de santé" (76) Car le médecin, vivant sa situation au jour le jour, ne peut réellement se rendre compte de la dérive financière des coûts de l'offre de la santé. Deux raisons viennent expliquer cela, claires et logiques: la première tient au fait que ce ne sont pas ses préoccupations: les siennes sont la guérison, le maintien en vie, la réussite d'une transplantation, la réanimation ou encore la procréation médicalement assistée. La seconde, et qui est immédiatement liée à

celle-ci, est son attrait, et parfois même son engouement, pour tout ce qui est nouvelles technologies de santé.

25. L' Office for Technology Assessment, du Congrès des Etats-Unis -, donne la définition suivante de la "nouvelle technologie de santé" : ce sont, les techniques, les produits pharmaceutiques, les équipements et les procédures utilisées par des professionnels de santé pour fournir des prestations médicales aux individus, ainsi que les systèmes utilisés pour la prestation de soins' (7'). Or, ces nouvelles technologies sont non seulement, et bien évidemment, onéreuses, mais de plus, leur utilisation se fait souvent sans réelle réflexion d'ensemble et, surtout, sans référence au concept, lui aussi fort récent, de "qualité de la vie" En effet, il ne suffit pas qu'une technique soit neuve pour chercher à tout prix, à l'acquérir ou l'utiliser, il faudrait au- paravant et nécessairement, l'évaluer et en évaluer l'utilisation.

26. Si l'on marque un bref retour en arrière, force est de constater que c'est, l'introduction permanente de nouvelles technologies, tout comme la production de nouveaux médicaments aboutissent à accroître les coûts des systèmes de soins, (78) Là apparaît l'insuffisance des points de repères classiques, tirés notamment du serment d'Hippocrate, pour le médecin d'aujourd'hui. Face à la toute puissance des technologies, le recours partiel à la pensée économique (79) s'avère un outil indispensable d'aide à la décision médicale. Il faut, conseillent les experts de l'O.M.S. éviter de juger selon le perfectionnement ou la nouveauté, mais se référer uniquement aux besoins. Cette réflexion amène donc directement celle de l'évaluation des technologies de santé et à considérer leurs avantages comparés. Cette **évaluation**, impartialement effectuée, deviendrait elle-même une forme d'éthique puisque c'est par son moyen que seront respectées égalité et équité en matière de santé SOI.

27. A côté de cette indispensable évaluation, et pour la compléter, d'autres moyens de rationalisation de l'offre de soins sont proposés. Nous avons d'abord, en amont, l'adéquate **formation des médecins en éthique**. Nous avons ensuite leur **responsabilisation** économique, en même temps que les patients, système appliqué en France, dans le secteur libéral, depuis 1993, avec les' références médicales opposables, (81) Nous avons, enfin, la réflexion actuellement entamée en Tunisie, mais qui rencontre -à juste titre-l'hostilité des praticiens, concernant la **hiérarchisation des pathologies**. Les deux problèmes cruciaux à surmonter ici étant relatifs aux critères des choix et aux auteurs des choix. S'insèrent, dans le premier ordre de questionnements, des questions relatives aux types de pathologies dont le traitement doit être privilégié: les plus graves, celles qui coûtent le plus cher à la collectivité, celles qui touchent la plus grande part de la population? Relativement au second type de préoccupations, faut-il laisser le choix aux seuls, experts " aux décideurs économiques ou aux politiques (82) ? Il nous semble que ce doit être ici aux médecins de dégager

une ligne de conduite, la plus conforme à leurs convictions possible et fondée sur les grands axes financiers dégagés par les pouvoirs publics.

Et, de fait, il nous semble que c'est peut-être cette dernière ligne de conduite qu'ont choisi, implicitement, de suivre, nos médecins hospitaliers. En effet, face à l'onérosité de certains soins, face à l'aléatoire des résultats de certaines techniques de soins, ils refusent certes de dégager des critères généralisés de soins (âge \in E], situation économique-sociale ...), mais utilisent néanmoins le critère du ' passif pathologique, du malade à greffer ou de l'accidenté à réanimer. Mais, là encore, ce ne sont que des critères relatifs d'aide à la décision : l'idée de vie et de qualité de vie sont fortement relativisées par le corps médical utilisant quotidiennement, dans leurs spécialités, les techniques de pointe.

Mieux encore, pour certaines spécialités, telles la chirurgie cardio-vasculaire, posant le problème désormais incontournable de la greffe cardiaque, la référence au critère de l'âge est absolument impossible, à cause justement du fait que la plupart des malades soient déjà âgés. Ce recours au critère de l'âge n'est possible que dans les greffes d'organes où plusieurs receveurs, d'âges variés, sont dans l'attente de recevoir l'organe (par exemple, pour ce qui concerne les greffes de la cornée).

28. Au total, et comme nous avons dégagé deux niveaux d'étude pour les manifestations des rapports entre l'éthique, la santé et l'argent, il ressort de ce que nous avons développé qu'il va falloir réagir, pour éviter des dérives encore plus accentuées, également à deux niveaux. Le premier est celui des pouvoirs publics qui, à ce point donné de l'évolution du secteur de la santé, de la demande, de l'offre et des dépenses qui leur sont afférentes, doit avoir une stratégie claire et s'y conformer au niveau de ses choix ultérieurs. C'est à ce niveau que doivent être éclaircies les relations entre les secteurs privés et publics de santé afin d'éviter que le premier ne soit caricaturalement limité dans le lucre (et cela ne peut se réaliser que par un contrôle strict et une moralisation) et le second vers la prodigation des soins suraigus, au coût excessivement élevé.

Sans aller jusqu'à prôner l'instauration, déplaisante et rejetée des critères généralisés de soins, il demeure certain qu'il faille instaurer une évaluation objective des nouveaux médicaments (84) et des technologies de santé, basée sur un programme réaliste d'utilisation et de financement des techniques de pointe, par l'instauration de cycles de formation et de recyclage des praticiens, aussi bien en éthique qu'en économie de la santé.

Au niveau des comportements individuels, et en gardant toujours présent à l'esprit le fait que les médecins soient liés par l'article 32 du Code de déontologie médicale (soigner en tenant compte des derniers progrès scientifiques), il est certain -et les médecins en sont conscients tout autant que les pouvoirs publics- qu'il ya de multiples actions à mener, parfois simples, parfois nécessitant quelques changements de comportements anciens, à mener pour réduire les gaspillages. En effet, les ressources supplémentaires dégagées à

partir de là pourront servir à financer un surplus de malades, et donc mieux respecter le principe d'égalité en matière de santé. Ce qui constitue, au total, une consécration du droit de la santé lui-même mais qui, ainsi que nous l'avons pressenti, ne saurait tant être régi par un rigide arsenal juridique mais, bien plus, par une évolution souple, lente et profonde des comportements individuels.

REFERENCES

- 1- **P. BOITTE** : Ethique, justice et santé (Allocation des ressources en soins dans une population vieillissante), Paris, FIDES, Coll.' Catalyses', 1995, p. 11.
- 2- Qui est, d'une manière résumée, la suivante: ' La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmités ...• (O.M.S., 1946),
- 3- **1. LUSSIER** : Protection de la santé publique, éthique et droit: pour une définition des concepts. Revue ,Ruptures' 1995-1, p.19.
- 4- Que nous étudions plus bas.
- 5- Etymologiquement, du mot grec' ethos " qui signifie. moeurs '.
- 6- L'éthique se révèle non dans des déclarations d'intention mais dans des situations concrètes où des choix complexes sont à faire entre des valeurs contradictoires; rapport du Directeur général de l'O.M.S. pour l'année 1995 sur le thème' Ethique et santé, et qualité des soins de santé " p. 2.
- 7- Petit Robert, p. 704
- 8- **1. LUSSIER**, op. cit. p. 22. Alors que dans sa forme traditionnelle, l'éthique remonte au préceptes du serment d'Hippocrate (voir infra, deuxième partie).
- 9- Egalité et équité des malades, disponibilité du médecin et utilisation de son savoir-faire et des dernières découvertes de la technique médicale ...
- 10-Voir, notamment, **B. HAMZA** : La bioéthique: recherche et applications, paru aux actes de la première conférence annuelle du Comité national d'éthique médicale, portant sur' La formation en bioéthique., Tunis, 1996, p.41.

II- Nous trouvons cette idée exprimée notamment dans l'ouvrage de P. BOITTE, op. cit., p. S.

12- Ibidem.

13- La plupart des ouvrages et des articles d'économie de la santé traitent du thème de l'argent en rapport avec la santé, mais sans le définir. Pour un questionnement plus approfondi relatif à cette délimitation, nous renverrons notamment à l'ouvrage de **L. SEVE**: Pour une critique de la raison bioéthique, Paris, O. Jacob, 1994,

p. 283 et s. : ' Les questions d'argent '.

- 14-** Ainsi, en Tunisie, et pour l'année 1991, la part de l'Etat dans les dépenses de santé s'élevait-elle à 269,1 MD, celle des trois caisses (la caisse de Retraite de l'électricité, du gaz et des transports, CREGT, venant d'être fusionnée, le 1er avril 1998, avec la CNRPS), à 86,2 MD et celle des ménages à 311,0 MD
- 15-** Rapport du Directeur général de l'O.M.S. précité, p.3-
- 16 - P.JOLY :** Santé et économie: l'inévitable collision, paru dans les actes du colloque, Médicament, économie et société ',]. Libey Eurotext (collection" Congrès et colloques ,) 1993, p. 8.
- 17-** Il faut relever que, dans le projet initial de Constitution, il devait y avoir un article 19 ainsi rédigé: « L'instruction, la protection de la santé et le travail constituent des droits appartenant à chaque citoyen et des obligations de l'Etat qui oeuvre pour leur réalisation '. Cet article avait soulevé maintes discussions, notamment à propos de cette obligation pesant sur l'Etat et qu'il n'aurait peut-être pas toujours pu mener à bien. Nous ne le retrouvons plus dans la version finale de la Constitution dans laquelle seul le Préambule évoque, le droit des citoyens au travail, à la santé et à l'instruction' (Voir les débats de l'Assemblée Nationale Constituante, numéro 3, pages 77,78,79). De plus, il faut relever que l'article 34 nouveau de la Constitution réserve à la loi le soin de déterminer' les principes fondamentaux (...) de la santé publique (...)". Au plan international, nous pouvons relever la consécration du même droit dans le Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946 repris par celui de la Constitution du 3 juin 1958
- 18-** Voir notamment à ce propos,].M. AUBY: Droits de l'Homme et droit de la santé, Mélanges Charlier, 1981, p.673.
- 19-** L'individu est obligé, sous menace de sanctions, de prévenir des atteintes à la santé (vaccinations), de subir des contrôles, parfois même de subir un traitement (aliénés, alcooliques dangereux, toxicomanes ...), J.M. AUBY: Droit de la santé, Paris, PUF, 19, p. 24.
- 20-**]ORT 6 août 1991, p. 1390 Cette loi a abrogé la loi 69-2 du 20 janvier 1969, portant sur le même objet. Il faut relever que cette loi garantit également, à travers les principes de fonctionnement des structures sanitaires publiques qu'elle instaure, l'égalité des soins à toutes les personnes malades, ainsi que le respect des -droits fondamentaux de la personne humaine, (voir notamment ses articles 5, 34, 35).
- 21-**, La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale -.
- 22-** Article 12 du Pacte. C'est la loi 68-30 du 29 novembre 1968 qui a autorisé cette adhésion.
- 23-** JM AUBY, Droit de la santé, op.cit. p. 24.
- 24-** Voir C. BYK : La santé peut-elle être un droit) Publié dans les actes du colloque, Médicament, économie et

société" précité, p. 105.

25- Obligation considérée par Monsieur Dali]azi, alors ministre de la Santé Publique, comme évidente. Nous lisons, en effet, dans les travaux préparatoires de la loi 91-63 du 29 juillet 1991, ' ... Comment protéger la santé des individus, si ce n'est par la prévention et les soins) (...) » mais il prend quand même soin de rappeler, plus loin, le caractère relatif du droit à la santé que possèdent les citoyens. Voir les débats de la Chambre des députés de la journée du 22 juillet 1991, p. 2155.

26- Nous pouvons donner les exemples de la carte sanitaire en matière de création des structures sanitaires publiques, de l'option pour les soins de santé de base, de la mise en place de l'assistance médicale gratuite, de l'introduction des techniques de médecine de pointe, du subventionnement des achats de médicaments par la Caisse générale de compensation ...

27- Et le décret 81-1634 du 30 novembre 1981, portant règlement général intérieur des hôpitaux, instituts et centres spécialisés relevant du ministère de la Santé publique OORT 4 décembre 1981, p. 2831) est très clair sur ce point, puisque ses dispositions prévoient l'obligation de fonctionnement continu et d'égal traitement des malades (articles 3 et 75), tandis que la loi 91-63 rappelle le principe de gratuité pour les indigents (article 35) et celui de l'égalité d'admission (article 34).

28- JMAUBY, op. cit. p. 24

29- Plus précisément depuis le tournant des années 90.

30- J. BERNARD : Médecin dans le siècle. Paris, Laffont, 1994, p. 256-257.

31- Par exemple, en matière de greffes d'organes ou de don du sang, la demande dépasse toujours, et de loin, l'offre.

32- K. ARROW : Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review 1963, n° 53, p. 941. Ses idées sont reprises et développées par]p. MOAm dans son article" Ethique médicale, économie de la santé: les choix implicites » paru aux actes du troisième congrès international d'éthique médicale, Paris, 1991, p. 147. Pour le cas tunisien, l'on pourra lire l'article de H. ZAIEM : La santé en Tunisie : situation et perspectives du point de vue de l'économiste, paru dans l'ouvrage collectif" Lectures stratégiques', Tunis, ITES 1995, p. 133 et s.

33- Recul de l'âge moyen de décès, progrès épidémiologiques considérables, qui se rajoutent à l'explosion démographique des années 60-70 et qui aboutissent, en toute logique et depuis un petit nombre d'années, à un début de vieillissement de la population.

34- Qu'il s'agisse des caisses nationales de sécurité sociale ou des mutuelles ou des assurances-groupes privées.

35- P.JOLY : Santé et économie: l'inévitable collision. Op. cit., p. 6.

36- Ibidem

- 37-** Sur la question de sa brevetabilité, réf. 73 et 74.
- 38-** Rapport du Directeur général de l'OMS, précité, réf, 2.
- 39-** Ibidem, p. 4.
- 40- Jp. SAUTIER :** Ethique et économie de la santé.
- 41- Ibidem**
- 42-** Gratuité qui ne doit pas dissimuler le coût de l'opération. Nous lisons ainsi à l'article 6 de la loi 91-22 du 25 mars 1991 relative aux prélèvements et à la greffe d'organes humains OORT 29 mars 1991 p. 467) : « Il est interdit de procéder aux prélèvements (...) moyennant une contrepartie pécuniaire (...) -, Il existe donc, ainsi que le relève le Professeur David, lors de la table ronde sur ' L'éthique et l'argent » organisée par le Comité Consultatif National d'éthique français en 1991, une ' logique du bénévolat '.
- 43-** Le Comité consultatif d'éthique français a déjà rendu un avis sur la non commercialisation du génome humain et ce, contrairement à la pratique américaine.
- 44-** Sur laquelle nous ne reviendrons pas à propos de la distinction recherche de base/recherche appliquée, fort relativisée depuis quelque temps. Notons, dans le même ordre d'idées, que l'ouverture des frontières inter-européennes a relancé le problème de la commercialisation des produits liés à la santé. A terme, ne risque-t-on pas également de voir le Centre national de transfusion sanguine perdre son monopole?
- 45- JP. MOATTI :** Ethique médicale, économie de la santé: les choix implicites, op. cit.
- 46-** Table ronde du C.C.N.E., 1991, précitée. Dans le même sens, **L. SEVE** écrit .- Nulle réflexion sur les problèmes éthiques ne peut éviter les problèmes d'argent (..). Quand la recherche biologique travaille sur contrats avec de puissants partenaires civils et militaires, quand les firmes pharmaceutiques sont contrôlées par les géants de la chimie, eux-mêmes connectés avec des groupes bancaires, quand le commerce des tissus humains, la fécondation in vitro ou les tests génétiques sont pris en main par des sociétés cotées en Bourse, tout change dans l'ordre de grandeur, voire dans la nature des dommages éthiques à redouter, et donc aussi des solutions à concevoir '. -Pour une critique ... ',op. cit. p. 317.
- 47-** C'est-à-dire appliquées à l'ensemble des secteurs pour le premier cas ou uniquement à celui de la santé.
- 48-** Rapport du Directeur Général de l'O.M.S. sur: -Ethique et santé, et qualité des soins de santé » précité, p.3.
- 49- P. BOITTE :** Ethique, justice et santé, op. cit. p. 67.
- 50- JP. MOATTI,** op. cit. p. 148.
- 51-** Ibidem.
- 52-** Par exemple, le QALY, ou -quality-adjusted-life-year ".
- 53-** Dont, pour les plus importantes, les transplantations d'organes, le diagnostic anténatal, les soins palliatifs

terminaux, les protocoles en réanimation, les politiques de dépistage, les politiques de prévention visant à modifier les comportements individuels ... , citées par J.P. MOATTI, op. cit., p. 149

54- Pour une critique de la raison bioéthique, op. cit. p. 313 et s.

55- Que cette dernière s'exprime positivement, par la recherche de gains, ou négativement, par la réduction des coûts.

56- Étudiés infra, en II.

57- S. GROMB : Le droit de l'expérimentation sur l'Homme (la logique de marché), Paris, LITEC 1992, p. 93.

58- II s'agit de la circulaire 74/30 datée du 22 septembre 1994.

59- La Tunisie a ainsi connu un très fort accroissement, ces dix dernières années, du nombre de ses cliniques privées et de ses centres de dialyse rénale, également privés. Ce mouvement a été vivement encouragé par les pouvoirs publics qui ont modifié tout l'arsenal juridique s'y rapportant.

60- Z. BANKOWSKI : Ethique, valeurs humaines et politiques de santé. Revue' Forum mondial de la Santé ", 1996 (volume *m*, p. 151.

61- Ibid, p. 153.

62- Soit, en termes économiques, entre le producteur et le consommateur. Voir JP. MOAm : Ethique médicale ... , op. cit. p. 147.

63- Ibidem.

64- Par le décret 93-1155 du 17 mai 1993, portant code de déontologie médicale (JORT 29 mai-1er juin 1993 p.764).

65- Articles 14, 32, 33.

66- Voir la loi 73-55 du 3 août 1973, organisant la profession de pharmacien (JORT 10 août 1973, p. 1254) et notamment ses articles 13 et s. et 30 et s.

67- Pour le cas des structures sanitaires publiques constituant des établissements publics administratifs, soit les hôpitaux régionaux et les hôpitaux de circonscription. Voir la loi 91-63 du 29 juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire, op. cit., en ses articles.

68- Cité in- Médecin dans le siècle ", op. cit., p. 255

69- Dans son article, La bioéthique: recherche et application ", op. cit. réf. 10, le Professeur Béchir HAMZA donne l'exemple de choix quotidiens, à la fois éthiques, puisque se rapportant à un comportement, et économiques, puisque touchant aux finances publiques qu'il a eu, à de nombreuses reprises, à effectuer. Nous relevons notamment cette phrase, à propos d'un adolescent rendu nain par une colite inflammatoire évolutive : 'J'avais un choix à faire: celui qui consiste à faire profiter cet adolescent des rouages de la machine de soins sophistiqués, dispensés à l'étranger avec ses conséquences financières lourdes pour la

communauté, et celui qui consiste à veiller à son intégrité, sans acharnement, en lui administrant des soins à la portée de nos moyens ». Il apparaît clairement, à travers cela, combien sont imbriqués la santé, l'éthique et l'argent.

70- Que celui-ci soit médecin, pharmacien d'officine, pharmacien biologiste .. ,

71- JP. MOATTI, op. cit., p. 148.

72- Par exemple pour maximiser les revenus de son activité.

73- F. HENTATI : Pays en développement et problèmes éthiques du génome humain. Inédit.

74- Voir, l'article portant le même intitulé, de **N. LENOIR**, paru au Rapport public 1998 du Conseil d'Etat p. 339 (Paris, la Documentation Française, 1998).

75- Que ce rappel à l'ordre vise à une rationalisation de l'utilisation des ressources et techniques allouées, ou à une moralisation des gains.

76- P. BOITTE : Ethique, justice et santé, op. cit. p. 67.

77- Voir, à propos de ce nouveau concept de ' nouvelle technologie de santé ', l'article de C. TIIAYER : Les problèmes actuels du financement des systèmes de santé: quelles approches pour optimiser des moyens limités? Journal International de Bioéthique, 1996, n° 2, p. 84.

78- P. BOITTE : op. cit. p. 69.

79- Car il ne faut pas non plus se laisser enfermer dans l'excès inverse, c'est-à-dire dans la pensée purement économique, toute tournée vers la productivité. Voir Rapport de l'O.M.S. sur " Ethique et santé dans un monde en mutation ", op. cit. p. 157 et s.

80- Comme nous l'avons déjà signalé dans notre première partie, la recherche d'améliorations technologiques freine l'accès massif aux soins et donc porte atteinte au principe d'égalité entre les malades. S'instaurent alors, de manière choquante, deux médecines parallèles.

81- Ces références ne deviennent opposables, c'est-à-dire susceptible d'entraîner, en cas de non respect, des sanctions, que lorsqu'elles ont fait l'objet d'un accord entre Caisses et Syndicats de médecins.

82- Voir **R. SAUTIER** : Bio-éthique, bio-médecine et facteurs économiques, in- Bulletin et mémoires de l'Académie Royale de Belgique ". Journée de bio-éthique, Novembre 1993, p. 74.

83- L'âge est uniquement considéré comme un facteur d'aggravation ou de relativisation dans certaines pathologies ou traumatismes violents,

84- Souvent très onéreux et à l'efficacité parfois insuffisamment éprouvée