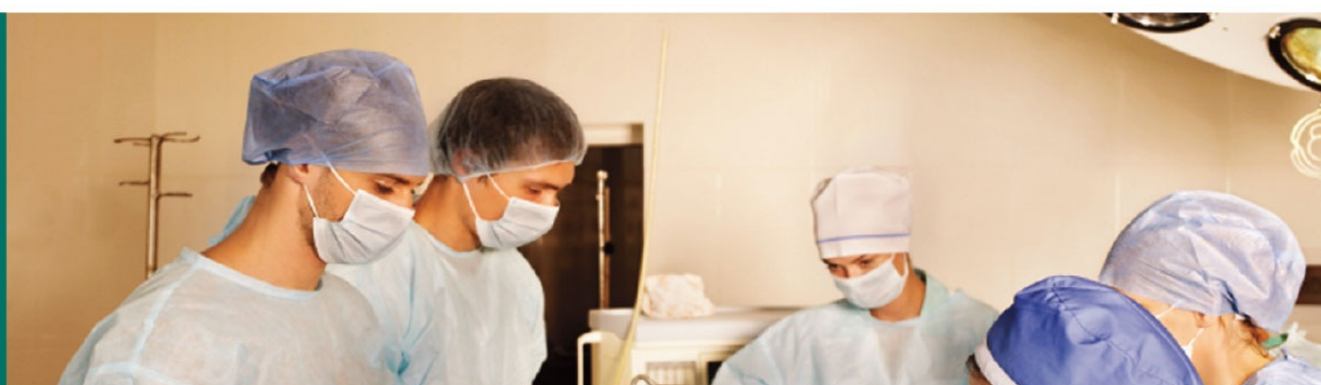


Michel Geoffroy

# Contrainte économique et médecine

Quelle justice pour quels soins ?

*desclée  
de  
brouwer*



  
COLLÈGE DES  
BERNARDINS

Humanités

# Contrainte économique et médecine

## **Du même auteur**

*La patience et l'inquiétude. Pour fonder une éthique du soin,*  
Orléans, Romillat, 2004.

*Un bon médecin. Pour une éthique des soins,* Paris, La Table  
Ronde, 2007.

*Question d'amour. De l'amour dans la relation soignante* (dir.,  
avec Éric Fiat), Paris, Parole et Silence/Lethielleux, 2009.

*Pratique médicale et philosophie. De l'expérience au partage,*  
Paris, Seli Arslan, 2011.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

cultures étaient d'environ 3 euros. La différence représentait *grosso modo* le prix d'un traitement prophylactique du paludisme pour les membres de la famille (femmes enceintes, petits enfants) en ayant le plus besoin. Là encore, le développement de l'autonomie – celle-ci prenant en l'espèce son sens le plus strictement économique – s'avéra supérieur et à la seule aide médicale, forcément moins pérenne.

Il ne faut certainement pas se satisfaire des initiatives privées d'ampleur limitée pour promouvoir de telles solutions (non uniquement médicales) aux problèmes de santé qui se posent dans les pays du Sud. Sans doute une coopération interétatique ou mieux une coopération décentralisée est-elle nécessaire. Mais celle-ci peut et doit utiliser des sommes provenant aussi des contraintes économiques dans les pays du Nord et de leurs résultats par diminution du gaspillage.

Aussi est-il utile d'étudier maintenant comment ces contraintes économiques peuvent s'exercer, notamment en décrivant les systèmes de santé et de couverture du risque maladie.

## **Les différents systèmes de couverture sociale de la maladie<sup>1</sup>**

La contrainte économique prend le plus souvent la forme d'une tentative de réduction des déficits avec des méthodes différenciées selon les systèmes de couverture sociale auxquels elles s'appliquent. Il est donc nécessaire de faire un bref rappel de la nature et de l'origine de ces systèmes.

Deux systèmes d'assurance maladie font référence et sont devenus canoniques. Ils peuvent être comparés et opposés tant du point de vue de leur philosophie et de leur origine que leur objectif, leur financement, leur mode de gestion, leur

organisation et de la manière dont chacun s'affirme comme un système de redistribution. Le premier est né en Allemagne à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, lors de la naissance et du développement de l'industrie lourde : il s'agit du système « bismarckien ». Le second est apparu au Royaume-Uni à la fin de la Seconde Guerre mondiale, consécutivement au rapport Beveridge de 1942. Le premier, après l'Allemagne, s'est appliqué à la France, à la Belgique, aux Pays-Bas, à l'Autriche. Le second s'est diffusé à partir de la Grande Bretagne (où il a été à l'origine du NHS), à la Scandinavie, au Portugal, à l'Espagne, à l'Italie.

La philosophie du système bismarckien est clairement assurantielle; elle revêt au départ un caractère franchement corporatiste et assure une redistribution horizontale (des bien portants vers les malades). Celle du système beveridgien repose sur l'assistance et la solidarité; elle constitue une redistribution verticale (des riches envers les pauvres). Le modèle allemand impose une gestion par des caisses autonomes, et repose sur des cotisations salariales et patronales: elle a pour cible les salariés. Le modèle britannique est sous la dépendance de l'État, est financé par le budget et la fiscalité de la nation et s'applique à la population tout entière.

Le choix des médicaments utilisables est commun à l'un et l'autre système, si leur financement n'est pas le même. Dans les deux cas, le ministère de la Santé établit une liste de traitements jugés susceptibles d'être financés par la collectivité.

La France emprunte à l'un et l'autre système : bismarckienne en ce qui concerne la prise en charge de la médecine de ville, elle se situe résolument dans le camp des pays offrant un service national de soins en ce qui concerne la médecine hospitalière. La conséquence en sera la nécessité d'une régulation complexe agissant différemment selon l'histoire et la nature du mode de

prise en charge financière des soins.

## **Possibles mécanismes de maîtrise des dépenses de santé<sup>2</sup>**

Il apparaît que deux mécanismes, complémentaires dans le cas français, peuvent et doivent être utilisés pour contenir l'explosion des dépenses de santé et tenter d'optimiser le résultat des importantes ressources qui leur sont attribuées. Le premier met en œuvre l'action possible sur le volume du panier de biens et de services disponibles. Le second est de nature plus administrative et tend à rendre plus performante l'offre de soins et plus efficaces les outils de cette offre.

La notion de « panier de services » remboursable est plus compréhensible dans les pays de tradition bismarckienne. Un exemple en est fourni en France par la liste des médicaments pris en charge par l'assurance maladie. Une généralisation peut être opérée, portant sur l'ensemble des biens et services. Concernant les médicaments, le raisonnement porte sur le classement entre diverses catégories définies par la Haute Autorité de santé (issue de la loi de 2004) selon le service médical rendu (SMR). Huit mille spécialités sont ainsi répertoriées en trois groupes : 1. SMR majeur ou important ; 2. SMR modéré ou faible ; 3. SMR insuffisant. Les médicaments appartenant au troisième groupe sont retirés de la liste des prestations remboursables ; ceux du deuxième groupe voient leur taux de remboursement varier mais rester inférieur à celui des médicaments du premier groupe, lesquels sont pris en charge à taux maximal (et éventuellement à 100 % en cas de maladie de gravité suffisante, justifiant cette prise en charge). Un mécanisme correcteur permet d'atténuer l'effet de l'insuffisance des ressources des malades les plus impécunieux : en France, la

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.



Si l'expertise doit éclairer le décideur sur la nécessité et la manière d'agir, et sur les options envisageables, elle ne peut se substituer à la décision politique. Celle-ci ne peut pas être seulement fondée sur la science. Elle doit aussi tenir compte de la perception du problème, et des actions envisagées, d'abord par ceux qui sont directement touchés (cela contribue à définir la sévérité de ces problèmes), mais aussi plus largement par les différents groupes qui composent le corps social, compte tenu des rapports de force qui existent entre ces groupes. Ces éléments prennent d'autant plus de poids que les connaissances disponibles sont fragiles ou sujettes à controverses.

Le recours indispensable à l'expertise ne doit donc pas faire méconnaître la responsabilité des décideurs pour hiérarchiser les informations disponibles et pour rendre des arbitrages qui reflètent les valeurs de la société qui les a mandatés.

Ce sont ces valeurs que nous allons maintenant devoir identifier avant d'en faire une archéologie.

## **La politique de santé publique : une application de la théorie de la justice**

L'équité est la première de ces valeurs. On sait, depuis Aristote, qu'elle ne consiste pas, s'agissant de notre problématique, à une égalité dans la répartition des biens et des services mais à une attribution différenciée selon des critères variables mais dont le plus fréquent est celui des besoins ; c'est là le fondement de l'assurance, telle qu'elle a été décrite précédemment. Le ciment qui fait tenir entre eux les atomes sociaux qui ont adopté l'équité comme règle de base est donc logiquement la *solidarité* qui fait que ceux qui ont le plus de besoins objectifs ont le pas sur ceux qui en ont moins. Nous avons vu que ce raisonnement a

pu induire deux systèmes différents – bismarckien et beveridgien – dans les dispositifs d'assurance maladie. Encore ces systèmes ne tiennent-ils pas compte, tant que l'économie est susceptible de les alimenter, d'une situation de pénurie, les moyens qui leur sont attribués n'ayant cessé d'augmenter. Pour aller plus avant dans la description des mécanismes qui mettent en scène l'idée de justice dans la distribution des soins, il faut les intégrer dans une théorie, elle-même reposant sur des fondements que nous décrirons plus tard.

Un bon exemple de l'application d'une théorie de la justice (fondée en l'espèce sur la fiction d'un contrat social) nous est fourni par l'attribution des greffons d'origine humaine alors que le déficit d'organes disponibles à la greffe est endémique.

Il n'était pas évident de concevoir un système de distribution des greffons qui paraisse équitable à la quasi-totalité de la population concernée par la question (les malades candidats receveurs et leurs familles, les soignants indicateurs ou praticiens de la greffe). Après quelques hésitations, le choix de la méthode de sélection des bénéficiaires receveurs de greffon semble toutefois faire consensus. La philosophie sous-jacente en est si transparente que l'on pourrait penser que le choix de la méthode de sélection a été fait l'ouvrage de John Rawls, *La théorie de la justice*, à la main. En effet, deux impératifs apparemment contradictoires doivent pouvoir être conciliés : 1. il importe de sauver les plus malades ; 2. l'efficacité de la greffe est malgré tout globalement moins bonne chez les patients les plus atteints.

Le système de choix a été pensé comme si était adoptée la stratégie du maximin – laquelle consiste à classer les options en fonction de leurs résultats possibles et à adopter l'option dont les résultats sont supérieurs aux résultats de toute autre option. Il comporte également une justification *a priori* (c'est-à-dire

indépendante des données de l'expérience) : les personnes concernées étant réputées avoir l'usage d'un raisonnement rationnel et faire montre d'un désintéressement personnel, elles ne peuvent savoir si les choix concrets leur seront ou non favorables ; un fictif voile d'ignorance garantit l'objectivité de leur jugement.

Du coup, l'équité (*fairness*) du système de choix est garantie par le respect de deux principes.

Le premier, principe d'égalité, stipule que « chaque personne a un droit égal... ». Rawls dit : « [...] à un ensemble pleinement adéquat de libertés et droits de base égaux pour tous », mais l'on peut aisément transformer par « [...] de chances de recevoir un greffon », qui soit compatible avec les mêmes chances pour les autres. Le second, principe de différence, affirme que « les inégalités [...] doivent être organisées de façon ce que, à la fois : a. l'on puisse raisonnablement attendre à ce qu'elles soient [tour à tour] à l'avantage de chacun, b. qu'elles soient attachées à des positions et à des fonctions ouvertes à tous ».

Un autre exemple de régulation par les principes de la théorie de la justice peut être fourni par la question de la vaccination lors de la pandémie grippale de 2009. La décision fut prise, durant le printemps précédant le pic automno-hivernal de morbidité, d'acquérir une quantité de vaccins suffisante pour prémunir chaque citoyen qui le souhaiterait... La décision tenait compte des conseils des experts en tout genre : à la fois des arguments éthiques de l'avis 106 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) qui prônait le respect du principe d'égalité, des arguments techniques du Haut Comité de santé publique (HCSP) dont les travaux révélaient l'intérêt de santé publique d'une vaccination aussi large que possible et de l'opinion des

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

deuxième question du scribe – « Et qui donc est mon prochain ? » – illustre combien la voie de l’amour en vue de la vie éternelle dépasse le cadre abstrait d’un débat théorique et concerne bien plutôt le domaine de l’exigence existentielle. D’ailleurs, le succès « pratique » de la parabole au cours des siècles tient sans doute en partie au fait qu’elle est la seule des paraboles de Jésus à être conclue par une invitation explicite à suivre l’exemple proposé : « Va, et toi aussi, fais de même. »

La parabole est indissociable du dialogue dans lequel elle s’insère, ce qui veut dire qu’elle nous entraîne au fondement de la démarche éthique : vers quel absolu puis-je engager ma liberté ? Ou même, quel absolu précède-t-il ma liberté, justifiant mon engagement ? Ce qui veut dire aussi qu’elle est à lire dans une perspective sotériologique : elle concerne le salut.

Le récit lui-même nous transporte sur la descente de Jérusalem à Jéricho – mille mètres de dénivelé sur une distance d’environ vingt-cinq kilomètres – et fait graviter quelques personnages autour d’un homme dont on ignore tout.

Des bandits tombent sur lui, le dépouillent, le chargent de coups, le laissent à moitié mort et s’en vont.

Un prêtre et un lévite, sans doute par peur de contracter une impureté rituelle en touchant ce qu’ils voient déjà comme un cadavre, s’éloignent.

En contraste, un Samaritain s’approche, panse les plaies de cet homme avec l’huile qui calme la douleur et le vin qui désinfecte, le confie à ses frais à l’hôtelier, promet de revenir : bref il prend soin de lui.

Un point de basculement du récit qui correspond à l’entrée en scène du Samaritain peut être noté : s’approchant, il voit l’homme à demi mort et il est pris de pitié. Littéralement, dans l’original grec, « il est remué jusqu’aux entrailles ». Cette expression n’est dite dans le reste de la Bible que de Dieu et du

Christ. Pourquoi le Samaritain adopte-t-il une attitude différente de celle du prêtre et du lévite ? Parce qu'il s'est laissé remuer aux entrailles, autrement dit parce qu'il est entré dans le mouvement de la miséricorde divine, il participe de l'amour fidèle du Dieu de l'Alliance, qui, dans sa compassion – ses « entrailles de miséricorde » chante Zacharie dans le Benedictus au début de l'Évangile de Luc (1,78) – a visité son peuple. C'est bien par compassion que le Samaritain se penche sur l'homme blessé et en prend soin. Seulement cette compassion a un modèle, celui de l'amour divin.

Dans cette parabole, le Christ confirme le caractère théocentrique de l'éthique biblique tel qu'il ressort par exemple de l'introduction au Décalogue : « Je suis le Seigneur ton Dieu qui t'ai fait sortir du pays d'Égypte » (Ex 20,2), ou encore du refrain du code de sainteté dans le Lévitique : « Je suis le Seigneur votre Dieu. » L'amour véritable du prochain est une imitation de l'amour de Dieu, une réponse à l'amour de Dieu qui s'étend à tout homme. À ce propos, les commentateurs de la parabole soulignent volontiers l'ouverture universelle donnée par Jésus à la notion de prochain : là où le Lévitique, à propos de l'amour du prochain, parle uniquement des fils du peuple d'Israël (Lv 19,18), ou s'arrête à l'étranger résidant en Israël (Lv 19,34), Jésus met en scène un homme – *anthropos* – dont il n'est précisé ni la race, ni la religion, ni le rang social. Le choix même du Samaritain accentue cette dimension universelle : en présentant comme modèle un Samaritain, c'est-à-dire un homme considéré par les Juifs comme bâtard de race et de religion, Jésus montre que tout homme peut entrer dans le mouvement de la compassion divine pour tous.

Avec ce dernier point apparaît un second élément essentiel du message de la parabole : l'éthique biblique est relationnelle : « En me chargeant d'autrui je me lie à lui comme il se lie à

moi. » Le Samaritain ne s'est pas posé la question de savoir si l'homme au bord du chemin était son prochain, il est devenu le prochain de cet homme par son action.

Cette rapide lecture interprétative de la parabole peut être conclue par les expressions finales du commentaire livré par le père Roland Meynet s.j., exégète contemporain. D'une part, « il n'y a qu'un moyen pour obtenir en héritage la vie, c'est de la donner ». D'autre part, « aimer son prochain, c'est l'aider à vivre, lui donner les moyens de vivre », comme le dit saint Jean dans sa première épître : « Si quelqu'un, jouissant des biens de ce monde, voit son frère dans la nécessité et lui ferme ses entrailles, comment l'amour de Dieu demeurerait-il en lui ? » (1 Jn 3,17). Plus encore, « aimer son prochain comme soi-même, c'est le traiter comme la chair de sa chair, c'est le considérer comme son propre fils, le faisant hériter de ses propres biens... C'est à cette seule condition que l'on pourra à son tour être traité par Dieu comme un fils, devenir son héritier, hériter la vie éternelle ».

### ***Une portée éthique ?***

La recherche de la portée de la parabole pour notre thème pourrait commencer par un embarras. En effet, la tradition patristique a longtemps proposé un commentaire christologique de la parabole sans grande attention, semblerait-il à sa dimension éthique. Origène († 253) rapporte ainsi l'interprétation d'un ancien qui écrivait :

L'homme qui descendait était Adam ; Jérusalem, le paradis ; Jéricho, le monde ; les bandits, les forces ennemies ; le prêtre, la loi ; le lévite, les prophètes ; le Samaritain, le Christ. Les blessures représentent la désobéissance ; la monture, le corps du Christ ; le *pandochium*, c'est-à-dire l'auberge qui accueille tous

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.



réservé à la morale et un autre domaine au politique. Ce dernier doit se pétrir de morale, se fonder sur l'*agapè* mais aussi accepter ce qui a été dit plus haut : qu'il n'y a pas d'amour (catégorie morale) sans justice (catégorie politique).

La morale évangélique est, d'une certaine manière, une morale de l'excellence, qu'il faut essayer de mettre en évidence en toutes circonstances sans oublier toutefois qu'elle doit s'appliquer à tous ceux qui peuvent en bénéficier.

C'est dire qu'il faut bien accepter de faire naître, au besoin au forceps, une morale globalement *kantienne* d'une situation où une morale *utilitariste* paraîtrait plus pertinente.

Les médecins militaires, ou bien ceux qui interviennent en sécurité civile à la suite d'une catastrophe, ou bien encore ceux qui prennent en charge des populations déplacées dans des camps de fortune, sont bien obligés, au nom de la dignité humaine et de la charité chrétienne, d'adopter une pratique quelque peu utilitariste : maximiser le nombre de personnes qu'ils pourront sauver. Au nom de cette ambition, parce qu'ils sont dans une situation précise en nombre insuffisant et avec des moyens insuffisants, ils trieront les blessés, les malades, les réfugiés dénutris et, toutes les douleurs étant prises en charge, ils donneront leurs soins et leur énergie en priorité à ceux des malades ou des blessés qu'ils espèrent pouvoir sauver, quitte à remettre à plus tard la préoccupation de ceux qui sont les plus gravement atteints et dont la survie est problématique.

L'introduction de ce travail le laissait présager : la morale du Bon Samaritain, si elle nous dit que faire, n'évacue pas pour autant la tragédie du choix.

C'est pourquoi la théorie de la justice de John Rawls, qui était critiquée tantôt en ce qu'elle reposait sur la fiction d'un contrat, doit être de nouveau méditée. D'abord, le contrat dont il s'agit n'est pas avant tout un contrat de soin, éminemment

contestable, mais plutôt un contrat implicite sur la manière dont les choix doivent être opérés, sur la façon dont la justice permet l'exercice de la charité. Il s'agit en quelque sorte de rendre moins tragique la tragédie du choix. Celui-ci étant fait, il n'est pas impossible que se noue entre soignant et soigné l'alliance qui a été dite si nécessaire. Il ne saurait être question pour la justice (à vocation universelle) de remplacer la charité (à vocation personnelle). Il est malgré tout obligatoire de réaliser que, toutes compénétrées que soient les deux notions, il existe un temps où la justice (qui est l'attribut principal de l'équité) est, au nom de la charité même, plus urgente que la charité, même si cette dernière est tout à la fois l'inspiratrice de la première et, par conséquent, la plus importante.

---

1. Ce paragraphe reprend quasiment *in extenso* la contribution du père Brice de Malherbe, directeur de recherches au Collège des Bernardins.

# Les solutions des soignants

Ce que les politiques ont du mal à mettre en place, ce que les philosophes s'essoufflent à conceptualiser, ce que les théologiens s'évertuent à défendre, la nécessaire coextensivité de la justice et de la charité, les soignants – parce qu'ils ont à répondre immédiatement à des situations concrètes – ont à la penser sinon à la mettre en œuvre intuitivement.

Ceux d'entre eux qui ont développé plus précisément le sens de leur responsabilité face à la cité et face aux générations futures ont bien compris que la limitation des moyens affectés au soin était inévitable en période de difficultés économiques et peut-être moralement souhaitable à toute époque, si l'on veut que les ressources publiques soient équitablement réparties.

Cette double contrainte (la justice s'exerçant avec le fondement et sous le regard de la charité ainsi que la contrainte de la justice par les lois économiques) peut conduire à des situations aporétiques. Néanmoins, profitant de la vertu qu'Aristote déjà attribuait aux médecins, la prudence (*phronésis*), ils sont les plus aptes à cerner les problèmes et si possible à imaginer des solutions ou des embryons de solution. C'est le cas dans de nombreux domaines de l'activité médicale, partout où les meilleurs soins possibles sont requis et notamment en néonatalogie, en réanimation, en gériatrie et en soins palliatifs qui seront étudiés ici à titre d'exemples.

## **La médecine néonatale<sup>1</sup>**

La médecine néonatale est l'exemple emblématique d'une spécialité largement déterminée par une autre agissant en amont

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

terme d'un délai moyen de treize jours. Faut-il que tout ait été tenté, quels que soient leur pathologie et leur âge, y compris s'il s'agit d'un arrêt cardio-circulatoire ? Les techniques disponibles soulèvent des questions éthiques difficiles et toujours singulières, portant sur le respect de la personne, l'objet de la médecine, la proportionnalité du niveau de traitement et de son coût. Les réflexions, informations et décisions devraient être préparées en amont par les médecins s'occupant de ces patients et partagées avec l'équipe de réanimation. Cette attitude permettrait d'éviter de faire reposer la décision dans un contexte d'urgence sur un / des médecins ne connaissant souvent pas le patient et inconnus de lui, entraînant des faux espoirs et une souffrance psychologique du patient et de sa famille. Elle implique une bonne compréhension de ce qu'est la réanimation, de ses limites et de ses contraintes, ainsi que de ses coûts.

Parmi les dizaines de milliers d'articles concernant la prise en charge de patients en réanimation publiés dans les vingt dernières années, seules dix-neuf études ont porté sur le rapport coût / bénéfice de la réanimation en tant que telle. Elles évaluent les bénéfices attendus d'une intervention par rapport à son coût total, le résultat étant exprimé en années de vie gagnées et portent essentiellement sur le traitement des états septiques graves et sur l'utilisation de la ventilation mécanique. Quatre études portant sur le traitement du sepsis ou infection grave, ont évalué le rapport coût / bénéfice de la protéine C activée, médicament innovant mis sur le marché au tout début de la décennie 2000. Le coût de ce traitement par années de vie gagnées varie entre 12 570 et 33 100 dollars ; le coût par année de vie à qualité de vie ajustée, évaluée par l'échelle QALY, fluctue de 20 000 à 48 800 dollars, somme inférieure au seuil de rentabilité d'une intervention communément accepté... (50 000

dollars). En cette matière, l'application des recommandations internationales ou de bonnes pratiques entraîne une indiscutable diminution des dépenses. La mise en œuvre de protocoles groupés et complexes (dits *bundles*) de prise en charge du sepsis pendant une période de trois ans, à la suite d'une période de formation de trois mois, a permis des réductions significatives de la mortalité en réanimation et à l'hôpital. Elle a également permis une diminution de la durée de séjour en réanimation et à l'hôpital comparée à celles d'une période historique de l'année précédente. Bien que cela n'ait pas été un des objectifs secondaires de l'étude, il est probable que le coût global de l'hospitalisation a dû diminuer proportionnellement à la réduction de la durée de séjour.

Concernant la réduction des coûts de fonctionnement, trois grands niveaux d'action sont possibles : la rationalisation de la prescription des examens complémentaires, la révision des habitudes thérapeutiques et la diminution des événements indésirables.

À titre d'exemple, la simple mise en œuvre d'un protocole de rationalisation de prescription des examens biologiques simples et des radiographies pulmonaires au lit du malade, a permis de diminuer les dépenses du service de réanimation du CHU de Brest de 300 000 euros en un an et de réduire le coût de ces examens par patient de 114 à 56 euros par jour, soit une diminution de 51 %.

La révision d'habitudes thérapeutiques a fait la preuve de son efficacité sur le plan de la qualité des soins et permet des économies substantielles. On peut citer à titre d'exemple une politique d'indication de transfusion sanguine qui s'est accompagnée dans le même service d'une diminution de la mortalité et des quantités transfusées, et donc de leur coût,

conduisant à la révision du taux d'hémoglobine tolérable en toute sécurité.

La lutte contre l'infection nosocomiale peut être utilisée comme exemple contre les événements indésirables. Le coût moyen d'une infection nosocomiale apparue en réanimation était de 32 700 euros alors que celui d'une infection contractée à l'hôpital n'était que de 17 400 euros et celui d'une infection extrahospitalière était de 12 600 euros en 2005. Les taux d'infections nosocomiales ont considérablement diminué en réanimation dans les dix dernières années grâce à de multiples facteurs, dont la mise en œuvre systématique de protocoles d'hygiène et de contrôle de l'infection, et la standardisation des procédures de soins.

Les limites de la réanimation – entre acharnement thérapeutique ou obstination déraisonnable et laisser-aller systématique – constituent un élément majeur de réflexion dans le cadre de notre problématique. Le développement des connaissances physiopathologiques, des procédures diagnostiques, de traitements médicamenteux et de techniques de suppléance vitale efficaces a transformé le pronostic de patients dans les vingt dernières années. Il est bien du devoir du médecin réanimateur d'utiliser judicieusement et sans restriction initiale ces moyens techniques pour sauver des vies au terme d'un acharnement qui trouve sa légitimité dans ces résultats. Le concept de *réanimation d'attente* a conduit à admettre de nombreux patients en mettant en œuvre toutes les possibilités médico-techniques et en réévaluant leur pronostic au terme de quelques jours. À titre d'exemple, il a été montré que la prise de décision de limitation ou d'arrêt de traitement ne doit pas avoir lieu avant le sixième jour chez des patients atteints d'hémopathies ou de tumeurs solides malignes. Le concept de

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.



# Table

## **Avertissement**

## **Introduction**

### **I. Les contraintes économiques**

Rappel de quelques données économiques

La maîtrise des coûts est moralement souhaitable

Les différents systèmes de couverture sociale de la maladie

Possibles mécanismes de maîtrise des dépenses de santé

### **II. Les choix de santé publique**

Évolution du concept de soin

Les bornes du choix : hommes statistiques et hommes réels

Les bornes du choix : l'expertise

La politique de santé publique : une application de la théorie de la justice

Un exemple de l'étranger : le cas du Québec ; un regard juridique

### **III. Les fondements**

Le Bon Samaritain : sens et postérité d'une parabole  
Les limites de la parabole

#### **IV. Les solutions des soignants**

La médecine néonatale

La réanimation

La gériatrie

Les soins palliatifs

#### **Conclusions**



Composition et mise en pages réalisées par  
Compo 66 – Perpignan  
475/2012

Achévé d'imprimer sur les presses de l'imprimerie  
en avril 2012

N° d'imprimeur : XXXXX

Dépôt légal : mai 2012

*Imprimé en France*