

La ballade du système de santé malade – acte 2

François Gilliet

Une année plus tard – one year after: Le premier acte de cette ballade a été rédigé il y a une année. Après sa publication, j'ai reçu beaucoup de messages. La grande majorité pour me féliciter, très peu pour me critiquer, mais aucun pour m'accuser de mentir. L'OFSP n'a pas réagi et est occupé avec lui-même, et toutes les personnes directement concernées à qui j'avais envoyé une copie de mon texte (Suva et santésuisse) se sont abstenues de prendre position, ou m'ont simplement fait comprendre qu'il s'agissait des idées d'un vieux médecin, ce que je ne conteste nullement. J'avais l'intention d'en rester là, mais quelques incidents ainsi que plusieurs encouragements m'ont incité à écrire une suite, dans laquelle je peux compléter mon point de vue certes limité mais essentiel, car particulièrement proche du patient et de la médecine de tous les jours.

Deuxième acte

Beaucoup de choses se sont passées, mais il n'y a pas grand-chose de changé. On ne parle que d'économies. Cependant, il n'y a pas d'économies à signaler. La prise en charge médicale directe de la population dans la vie de tous les jours est devenue différente: pas meilleure, mais mieux contrôlée et plus bureaucratique.

Le patient dans le nouveau système de santé:

Les patients doivent attendre plus longtemps avant d'accéder à un médecin [1]. La relation médecin – patient est devenue moins personnelle. En dermatologie et en allergologie, il y a plus de patients dont le diagnostic est un diagnostic de probabilité et qui souffrent d'incertitude ou deviennent méfiants. On demande moins facilement des biopsies avec examen histologique pour diminuer les frais. En nous basant sur le résultat d'une thérapie d'épreuve pour confirmer un diagnostic clinique probable, nous exposons le patient à des risques inutiles et les coûts augmentent par la suite.

À présent, les services d'urgence s'occupent aussi de cas normaux, ce qui pour les patients (surtout le soir) représente une alternative commode mais pas forcément bonne. Les médecins, souvent jeunes, qui y travaillent sont dépassés et sont, plus qu'autrefois, incertains et hésitants par crainte d'être l'objet de contestations avec suites judiciaires. Sans bilan étendu d'examens

Résumé du premier acte

Au premier acte (Bull Méd Suisses. 2006; 87[17]:719-21), j'ai décrit comment l'obligation d'économiser dans notre système de santé – ainsi que la volonté de globaliser et rendre plus transparent – a profondément modifié la médecine. Une grande partie de la responsabilité de l'échec de l'ancien système est attribué aux médecins. Le conflit dont parle cette ballade réside avant tout dans le fait que le but d'économiser n'a pas été atteint, sans perdre de vue que l'Etat fait tout son possible pour diminuer l'influence des médecins. Cependant, là, un bilan clair n'est pas possible. L'étatisation grandissante de notre système de santé recourt à des mesures de plus en plus répressives et elle cache de moins en moins son visage. Elle est déjà largement entrée dans les faits.

sanguins, d'examens radiologiques ou d'imagerie médicale, il n'y a plus rien qui se passe, ce qui mène à une médecine plutôt chère, donc le contraire de ce qu'on voulait au départ. C'est la raison pour laquelle les cas qui ont été traités par le médecin de famille ne coûtent en moyenne que la moitié de ceux traités dans les services d'urgences [2]. La conclusion qu'on peut en tirer est que, dans certaines situations, encore de nos jours, des décisions autoritaires basées sur une longue expérience qui est celle du médecin praticien sont nécessaires et indispensables. Les services d'urgences des hôpitaux ne sont donc pas la solution.

Dans le cabinet médical privé de tous les jours, les choses ont également changé pour le patient. Des choses qui autrefois paraissaient évidentes ne peuvent plus être faites pour des raisons de manque de personnel ou de temps (TARMED signifie médecine en fonction du temps, mais bizarrement ce n'est pas le temps qui est le facteur adaptable, mais la médecine). On n'aide plus le patient, on ne s'occupe plus de lui, mais on lui remet des notices avec des recommandations, et on lui donne des adresses sur internet pour qu'il se débrouille tout seul. Ainsi, il y a des malentendus qui peuvent se produire et se répandre sans la possibilité ultérieure de les corriger. Les consultations de contrôle ne se font plus aussi souvent,

Correspondance:
Dr François Gilliet
Via Camminata 6
CH-6500 Bellinzona
Tél. 091 825 63 33
Fax 091 825 93 85

studio.gilliet@bluewin.ch

ou plus du tout, afin de ne pas mettre en péril la moyenne par cas. La médiocrité de la médecine suisse s'est ainsi fermement établie.

Le médecin dans le nouveau système de santé:

L'estime dont jouissait la profession de médecin a aussi changé. Malgré cela, l'assertion selon laquelle dans le futur «être médecin ne devrait pas (ou plus) dépendre d'une vocation ou d'une quête d'identité dans laquelle on cherche à se confirmer, mais être un simple rôle qu'on est appelé à jouer» (Medical Tribune, juin 2006) n'est guère plus qu'un slogan politique pour justifier un système qui ne fonctionne pas. Ne sont-ce pas les patients plutôt que les médecins qui recherchent cette image du médecin? Pour cette raison le discours du professeur Marco Mumenthaler (cérémonie des examens finals de médecine 2006 à Zurich) reste sans doute d'actualité particulière [3]. Notre système de santé a besoin de médecins convaincus de leur mission et pas de gens frustrés qui auraient tout aussi bien pu gagner leur vie en étant par exemple conducteur de taxi. Car aujourd'hui encore la profession de médecin ne devrait pas seulement être apprise et pratiquée, mais elle devrait être vécue et éprouvée. Quand il s'agit des coûts de la médecine, certains politiciens ne se gênent pas pour affirmer qu'en choisissant cette profession, les futurs médecins savaient à quoi ils avaient à s'attendre (pression psychologique, beaucoup d'heures de travail et, de nos jours, de plus en plus souvent aussi problèmes financiers), et qu'ils n'avaient donc qu'à être motivés (donc avoir la vocation). Pour avoir encore envie d'étudier la médecine dans de pareilles conditions, un étudiant doit être un doux rêveur. La profession médicale libérale appartient déjà depuis longtemps au passé. Le revenu du médecin est limité, censuré et réduit à celui d'un fonctionnaire [4], mais il doit continuer à supporter pleinement le risque financier d'un entrepreneur. Mais il n'y a pas que la profession du médecin qui a changé, les médecins eux-mêmes vont aussi changer. La sélection des générations à venir concernera des médecins moins animés par une pensée humaniste (humaine?), mais qui par la force des choses seront plus matérialistes et plus combatifs. En médecine aussi la polarisation va augmenter.

Le rôle de l'Etat dans le système de santé:

Le rôle de l'Etat devrait être (et rester) celui d'un garant qui permet à chacun de ses citoyens l'accès à la meilleure médecine disponible. Mais actuellement, plutôt que de se préoccuper de ce droit pour le patient, il ne pense qu'à son propre pouvoir. Dans le futur, la globalisation en médecine

va nous obliger à prendre des décisions difficiles et de grande envergure pour déterminer si un traitement est adéquat ou non et s'il est possible ou pas. L'idée politique (malheureusement) irréaliste d'être en mesure de traiter tout le monde de la même manière (optimale) doit faire place à une appréciation plus proche de la réalité qui est plus nuancée et constamment réévaluée. La conséquence est qu'il ne sera jamais possible que tout le monde bénéficie de la même qualité de médecine, car les conditions ne sont pas toujours les mêmes. Il est déjà prévu que dans le futur certaines décisions (p.ex. en gériatrie où les patients deviennent de plus en plus âgés) puissent être prises non plus par des médecins mais par des fonctionnaires spécialisés en matière de santé. Je ne pense pas que cela soit une bonne solution. Dans le cas concret, il n'y a quand même personne de qualifiée qui soit disponible, et il en résulte des décisions absurdes comme je l'ai déjà démontré dans le premier acte sous «histoires vraies» (zona). Et, de plus, le secret médical deviendrait complètement illusoire. Dans les problèmes à venir, c'est nous médecins qui devons essayer de garder le sceptre en main et ne pas céder la place à de jeunes techniciens (fonctionnaires), sans connaissances médicales et sans expérience, qui ne pourront jamais assumer l'entière responsabilité, et quant aux coûts supplémentaires, il est préférable de ne pas en parler. Un système de santé avec moins de médecins ne sera ni meilleur ni meilleur marché, et de plus la compétence dans le domaine médical n'est plus garantie. Finalement, plus personne n'est responsable du patient. Dans le futur, la prise en charge d'une personne malade doit rester individuelle, et ne doit pas être globalisée. Exiger des médecins de ne prendre que des décisions «fondées sur des preuves» (evidence based), n'est également pas un remède miracle à tous les problèmes, surtout si ces décisions sont en contradiction avec le bon sens: j'en veux pour exemple la recommandation de s'équiper d'un parachute lors d'un saut dans le vide; l'effet salutaire du parachute n'a jamais été prouvé statistiquement, mais on peut tout de même en préconiser l'usage avec bonne conscience (citation). Ou à l'inverse, peut-on sans autre recommander un nouveau médicament oncologique très cher qui statistiquement a démontré une efficacité supérieure de 13%, ce qui pour le patient cancéreux ne fera probablement pas une grande différence, mais rapportera des millions à l'industrie pharmaceutique en chargeant d'autant le budget de la santé. Dans cette sorte de dilemme, il subsistera toujours des zones grises où l'appréciation technique du problème ne suffit pas. Analyser les pro-

blèmes uniquement avec la mentalité TARMED est d'emblée vouée à l'échec.

De manière générale, il est souhaitable que nos réflexions continuent à se faire sur la base de modèles (paradigmes) et pas de statistiques (evidence based). C'est aussi de paradigmes, et pas de faits statistiquement prouvés, que la recherche reçoit ses impulsions les plus importantes. La médecine de pointe est indispensable pour quelques patients et pour permettre à la médecine de continuer à faire des progrès. Mais pour le commun des mortels, elle ne doit pas servir à prolonger indéfiniment la vie et elle ne pourra jamais nous délivrer de toutes nos craintes. Pour cela, nous avons besoin d'une bonne médecine de base.

Le seul critère pour la qualité d'un traitement est et restera le bénéfice que le patient en retire. Et ce dernier dépend à son tour directement d'un diagnostic précis.

Il n'y a pas de doute que nous devons économiser. Ce fait incontournable a mené à des dérives politiques qui ont fini par confondre la fin et les moyens, et qui jusqu'ici n'ont eu aucune retombée positive, bien au contraire.

La victime principale en est notre médecine qui devient moins bonne à cause de mesures d'économies mal placées.

Réflexions à propos du déplacement du pouvoir décisionnel dans notre système de santé

TARMED a été accepté démocratiquement par un corps médical crédule et induit en erreur. A présent, il est appliqué de manière dictatoriale à l'aide de moyens pas toujours au-dessus de tout soupçon. Le seul succès remporté par TARMED est le fait même d'avoir pu être introduit (Medical Tribune, juin 2006). L'Etat essaie de faire des économies aux dépens des médecins et prépare ainsi l'étatisation de la médecine. Ce qui est advenu des montants prélevés auprès des médecins est entouré d'un silence opaque: sont-ils rétrocédés aux patients ou sont-ils utilisés pour mieux

asseoir le pouvoir de santé suisse ou «s'évaporent-ils» tout simplement?

Une année après – one year after – de quelque manière qu'on le considère, nous nous sommes rapprochés encore un peu plus d'un système de santé régi par des fonctionnaires et le *dernier acte de l'étatisation sans la moindre économie* est à portée de main. Voici encore quelques exemples qui éclairent un peu mieux notre situation actuelle en matière de politique sanitaire:

- les syndicats, qui pourraient beaucoup aider, ne trouvent souvent pas le ton juste dans leurs rapports avec les médecins: leurs employés, du haut de leur situation sociale assurée, peuvent donner l'ordre à un médecin indépendant d'envoyer des rapports ou des copies de dossier gratuitement, sous prétexte que le patient n'a pas les moyens de payer. La question n'est pas de savoir s'il faut faire une facture ou non, mais aujourd'hui encore, il faut que ce soit au médecin que revienne cette décision, et – ceci est plus important encore – c'est à lui de décider si, en cas de non règlement, il veut en maintenir le paiement ou non. Il ne s'agit pas ici d'une question financière, mais il en va d'un combat pour le pouvoir. Les autorités cantonales que j'ai interpellées à ce sujet ont préféré ne pas répondre;
- de tout temps les médecins ont été l'objet de critiques de la part des autorités, mais c'est en grande partie leur faute si leur considération et leur influence ne cessent de diminuer: ils n'ont jamais su faire autre chose que bonne mine à mauvais jeu. L'influence des autorités (mais pas forcément l'estime qu'on leur porte), en revanche, n'a cessé d'augmenter. Des médecins qui seraient également des politiciens pur-sang, seraient indispensables et ils trouveraient un vaste champ d'action si d'aventure ils voulaient vraiment défendre la médecine. Le manque de médecins dans cette catégorie prouve que la plupart des médecins ont choisi la médecine pour la médecine et pas pour d'autres raisons, ce qui parle en leur faveur;
- la Suva semble avoir l'intention de cuire elle-même ses menus et même de les affiner. Le résultat est que ces dernières années on a pu constater une augmentation certainement voulue et dirigée de ses compétences, et ceci au détriment de celles des médecins. Elle nous fait parvenir des rapports luxueux, très complets et illustrés, d'examen pratiqués sur nos patients et décidés de son propre chef, qui avec le temps impartit par TARMED (conçu précisément par elle) ne pourraient plus être exécutés de cette manière comme nous le fai-

sions auparavant. On peut considérer cela comme de la concurrence déloyale. Du même coup, la Suva économise sur notre dos, sans rien dire et sous le prétexte fallacieux mais évident de devoir économiser, en ne nous demandant plus les expertises qui autrefois étaient si importantes, et dont elle semble à présent ne plus avoir besoin. Que leurs décisions «faites maison» ne soient pas toujours prises par des médecins ayant la spécialité FMH correspondante ne semble déranger personne et ne suscite pas de réaction. Aujourd'hui déjà, elle s'est créé une position si forte, qu'il en résulte une dynamique propre qui est intouchable. C'est là qu'elle mérite pleinement son attribut publicitaire de «plus qu'une assurance» (citation). Elle est le meilleur exemple d'une assurance-accident en route vers l'autonomie dictatoriale. Récemment, la Suva a, pour la première fois depuis longtemps, pu publier des chiffres noirs. Elle est à nouveau rentable – certainement une grande prouesse. Mais elle s'est abstenue de dire ce qu'il advient de cet argent. Sont-ce les payeurs de prime qui en profitent, les employeurs, les patients, ou est-il placé pour rapporter des intérêts?

Souvent nous critiquons les systèmes de santé des pays qui nous entourent avec, en sous-entendu, l'autosatisfaction qu'en Suisse nous faisons mieux. Ce n'est plus le cas maintenant. Pour plusieurs raisons le changement est simplement venu plus tard, mais d'autant plus brutalement et avec un TARMED totalement indigeste et qui demeure un livre scellé. Nous sommes en train de commettre exactement les mêmes fautes que nos voisins.

Réflexions financières et TARMED

A l'opposé de ce qui est le cas chez les médecins, notre système de santé ne publie pas ouvertement un décompte transparent des frais du système de contrôle engendrés par TARMED en tenant compte de tous les salaires des fonctionnaires qui y sont affectés. Sans une telle comptabilité, il est impossible de comparer frais et économies. La transparence exigée des médecins avec tant d'insistance fait ici complètement défaut.

La médecine helvétique se trouve au bord du précipice. L'Etat fait croire qu'il économise mais simultanément il étrangle les médecins qui, de par leur formation et l'exercice de leur fonction, sont les piliers du système sanitaire et devraient le rester. Le vide qui en résulte est censé être compensé par l'étatisation. Malgré les affirmations

contraires, cet exercice coûte très cher, mais le public n'en est pas informé. Vu que l'Etat a toujours le bras le plus long (et doit l'avoir), le transfert de pouvoir s'est fait sans grande difficulté. Mais le transfert de la compétence, lui, n'a pas eu lieu car il est impossible. Il en est de même pour la responsabilité que l'Etat ne pourra également jamais assumer complètement. Il est compréhensible de vouloir économiser en restreignant les examens de laboratoire, mais parfois, au début d'un examen de spécialiste, c'est en faisant un peu plus d'examens sanguins que le strict minimum que, par la suite, on peut éviter d'autres consultations et d'autres examens. Du point de vue économique, ceci est avantageux tant pour le patient que pour l'Etat. Voici encore un autre exemple émanant de la dermatologie: l'index dermatologique de qualité de vie (en anglais DLQI) est une nouveauté. C'est la première fois que la souffrance psychique du patient est prise en considération, dans l'indication au traitement du psoriasis avec ces nouveaux médicaments très chers que sont les «biologiques», et que, habituellement, on administre au long cours. Dans le psoriasis, il s'agit d'une maladie chronique de la peau avec une tendance à des altérations et des complications médicales internes, donc une maladie pouvant fortement hypothéquer toute une vie. Mais dans le futur, si le catalogue des indications s'élargit de plus en plus, il sera difficile de déterminer le droit au remboursement du patient, surtout si les facteurs influençant le DLQI sont d'ordre avant tout cosmétique. Pour en juger, il ne faudra pas que des compétences techniques, mais aussi et surtout l'expérience d'un médecin.

Conclusion

La santé publique doit-elle être planifiée par des fonctionnaires conseillers techniques en matière de santé ou par des médecins sachant «vibrer» avec le patient? [3] La question est encore sans réponse. Selon le Conseiller fédéral Couchepin un grand savant ne peut pas être un grand politicien s'il n'a pas le sens de ce qui est faisable [5], et il a certainement raison. Mais du même coup, sans faire exprès, il répond à la question de savoir s'il vaut mieux se fier à un fonctionnaire uniquement rationnel (evidence based) ou plutôt à un médecin également doué de compassion, et qui devine ce qui est souhaitable tout en étant faisable.

Finale

A la fin d'un opéra le héros se fait tuer ou il se suicide. Ici, personne n'est assassiné ou ne commet un suicide, mais un vieux médecin est

atteint dans sa «dignité» [6] par un appareil (para)étatique qui, faisant fi des conventions, ne considère pas sa valeur intrinsèque (3 FMH) tout en refusant de lui répondre depuis plus de deux années (ce qui est aussi une réponse). A vrai dire, des méthodes jusqu'ici très peu helvétiques.

Dans le décor de l'acte final de ce drame helvétique, on voit un vieux navire marchand, surchargé de gravier, qui flotte péniblement. Il arbore les couleurs de la société d'armement lacustre «Suvofstar SA.suisse» qui est une société confédérale issue d'une (con)fusion et qui s'est spécialisée dans le dragage et a obtenu une certaine renommée dans ce domaine. De gros cumulus assombrissent le ciel et les flots verdâtres écument avec fureur. A l'arrière-plan on devine des falaises qui se dressent menaçantes. Nous nous trouvons probablement sur le Lac des Quatre-Cantons en face de Fluelen en direction d'Attinghausen, et le navire dérive de plus en plus en direction des rochers. Au loin on entend une musique ponctuée de coups de timbale, comme les coups de tonnerre d'un orage qui se rapproche. Lentement le lourd rideau rouge descend. On se demande si Tell va-t-il sauter encore une fois? (sans TARMED!)

«Ich sah's mit Augen an, ihr könnt mir's glauben,
s'ist alles so geschehen, wie ich Euch sagte.»

(du drame «Wilhelm Tell» de Friedrich Schiller)

Références

- 1 Radio Suisse Romande. www.rsr.ch/les-infos/virus/.
- 2 Hugentobler W. Kostenvergleich ... Primary Care. 2006;6:586-9.
- 3 Mumenthaler M. Medizinstudium und Arztberuf. Bull Méd Suisses. 2007;88(1):18-21.
- 4 Hasler N. Revenus des médecins indépendants de Suisse en 2002 (réévaluation) et 2003 (nouveau). Recensement complet en juin 2006. Bull Méd Suisses. 2006;87(39):1677-86.
- 5 Widmer D. UEMO gegen Couchepin, Primary Care. 2006;6:566-9.
- 6 Dignité: selon le Petit Larousse: «respect que mérite quelqu'un ou quelque chose». Selon TARMED: terme basé sur la formation FMH de chaque médecin pour attribuer à son activité médicale les positions TARMED qu'il est autorisé à utiliser et qui sont déterminantes pour calculer sa moyenne par cas.

Pour la correction linguistique je remercie les personnes suivantes:

- deutsch: Prof. Emil Steinhäuser, Erlangen;
- français: Dr. André Bodmer, Nyon et Dr. Fabrice Vust, Neuchâtel;
- italiano: Dott. Saverio Prinz, Camorino, Sig.ra Graziella Ghisalberti-Berri, San Vittore.

Publication en italien dans TMT