Droits acquis?

Depuis les élections de 2004, le Comité central a non seulement introduit une nouvelle distribution des dossiers mais a aussi muni la FMH de nouvelles structures qui dynamisent notre réflexion et accélèrent les processus de décision.

Bien qu'il soit encore trop tôt pour en évaluer les effets sur le long terme, les premiers résultats de ces innovations sont encourageants. La réforme des structures n'est cependant pas à son terme puisque de nouveaux modèles de direction pour le CC sont en cours d'examen et seront présentés à la Chambre médicale de décembre 2007.

Cette flexibilité face aux enjeux et aux développements de la politique de santé de ces dix prochaines années est indispensable. En effet, les réformes à venir ne pourront pas être imposées par la direction de la FMH mais devront être soutenues par la majorité du corps médical. Cela ne semble aujourd'hui pas assuré et les réformes allant vers de nouveaux positionnements du corps médical dans la politique sanitaire sont souvent difficiles à faire comprendre, en raison d'une politique des droits acquis qui nous oriente encore trop.

Le cœur de notre pratique médicale reste déterminé par la relation unique qui existe entre le médecin et ses patients. Au cœur de cette relation, nous avons à sauvegarder le traitement confidentiel des demandes qui nous sont faites, la liberté d'investigation diagnostique ainsi que le choix du traitement et des mesures de prévention. Ce noyau, autrefois si singulier, est aujourd'hui de plus en plus mis sous tension. Tensions exercées par les critères d'efficacité, d'économicité et d'efficience qui nous sont à juste titre demandés mais aussi par nos idéaux «classiques» concernant la manière de soigner. Par conséquent, cette tension n'est peut-être pas tant le résultat «d'agresseurs» qui en voudraient au corps médical que celui d'une complexification des interactions entre les acteurs du champ de la santé, d'une part, et les demandes d'une société de plus en plus exigeante et désécurisée, d'autre part. Dans ce contexte, nous avons tous un intérêt à défendre la singularité de cette relation dans un système qui assure un accès à des soins de qualité à un coût réaliste.

Les enjeux de ces prochaines années sont nombreux comme par exemple (et la liste n'est pas exhaustive!) la fin, en 2008, du moratoire qui limite l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux. Si dans le modèle actuel ce moratoire crée un engorgement de jeunes médecins au niveau des hôpitaux, il permet aussi – sujet encore tabou – une régulation de la densité médicale dans certaines villes et cantons. A ce sujet, le ministre de la Santé, Pascal Couchepin, viendra prochainement nous interpeller et entendre nos propositions. Il s'agira ici de prendre nos responsabilités politiques, ce qui évidemment exclut une réponse de type «statut quo».

La levée de l'obligation de contracter est un autre serpent de mer. Notre position, à ce jour, a toujours été un «non» fort et menaçant à toute levée de cette clause. Notre réponse est-elle aujourd'hui encore la meilleure? Nous devons absolument l'évaluer à la lumière des problèmes sanitaires actuels et de la future démographie médicale. Un élément de réponse à cette importante question pourrait résider, par exemple, dans une meilleure mise en réseau de nos activités.

Et que dire du système tarifaire TARMED? Il ne donne manifestement pas entière satisfaction et demande à être corrigé, adapté. Allons-nous attendre que d'autres acteurs du système de soins le fassent pour nous? La convention sur les prestations et les prix (CPP) et le SwissDRG sont ici aussi des débuts de réponse. Mais il semble peu réaliste d'appliquer les DRG à la clinique toujours singulière de l'ambulatoire.

Quelles positions enfin allons-nous défendre dans le domaine de la formation, source de la qualité de notre travail mais également de notre attractivité? Faut-il, par exemple, soutenir l'idée de médecins formés pendant six années pour répondre aux premières demandes de nos patients? Ou au contraire en trois ans? Ces questions méritent certainement des réponses nuancées, réfléchies.

Une chose paraît certaine, la politique des droits acquis n'est dans ces quelques exemples pas adaptée. Surtout, elle ne nous permettra pas de prendre une position clinique et politique responsable avec nos partenaires, à qui nous demandons également de sortir de représentations souvent figées. Il nous incombe ainsi d'innover et de proposer en partenariat de nouveaux modèles qui assurent à la population la diversité d'accès aux soins nécessaire à la qualité, la confidentialité de la relation médecin–patient mais aussi à l'attractivité tant scientifique qu'économique de l'exercice de cette magnifique profession.

Dr Jacques de Haller,
président de la FMH

Dr R. Raggenbass,
psychiatre-psychothérapeute FMH,
membre du Comité central de la FMH,
responsable du département Santé et Prévention