

L'habit ne fait pas le moine et tout changement n'est malheureusement pas un progrès ...

## Contrôle ou qualité?

Ariane Treu, Georges Gabris,  
Maurice Hurni, Nick Miller,  
Lito Panayotopoulos,  
Alain Porchet

Comité du Groupement des  
psychiatres-psychothérapeutes  
membres de la Société Vaudoise  
de Médecine GPPV

La logique purement économique et commerciale de la médecine qui se développe sous nos yeux fait du patient un consommateur dont on mesure l'indice de satisfaction pour des prestations standardisées, les moins chères possibles, pilotées par l'indice Anova, dispensées par un soignant «fournisseur de prestations» formé au rabais – car une formation qualifiée est trop chère – mais satisfaisant aux critères de certification «qualité». Le médecin modèle sera celui qui soigne sa statistique, qui se conforme à des procédures déterminées à l'avance selon des normes standardisées et qui adapte sa pratique clinique aux pressions des assureurs. Ce beau métier n'intéresserait-il plus les jeunes?

C'est une révolution copernicienne: le patient qui était au centre de la logique des soins devient un satellite; le sujet n'est plus l'homme mais l'argent. Cette vision peut paraître caricaturale et pourtant nous assistons à l'inflation de ces nouvelles procédures administratives censées contrôler les médecins et les patients: contrôles «qualité», contrôles des indications (p.ex. formulaires OPAS), contrôles des coûts (statistique Anova), contrôle de la formation continue, contrôle du parcours médical du patient et de sa consommation ...

Reliées entre elles, ces procédures institutionnalisent un fonctionnement et un système de pensée fondés sur la suspicion d'abus et le contrôle en lieu et place d'un système basé sur la responsabilité personnelle et la confiance réciproque. Il est bien évidemment nécessaire qu'existent des mécanismes de contrôle à la fois incitatifs et limitatifs qui mettent en jeu les initiatives individuelles, les contraintes collectives et les obligations morales.

Mais ériger le contrôle en système général de contraintes prescrites, auxquelles patients et médecins devraient se soumettre sous peine de sanctions, est une politique réductrice et dangereuse. Essayer de faire avaler la pilule en remplaçant la sanction des mauvais élèves par la récompense des élèves modèles, selon le dernier emballage marketing de la FMH favorable à l'idée de «rétribuer la qualité élevée des soins par des mesures incitatives» [1], n'est qu'un effet de communication car l'idéologie sous-jacente reste identique.

### Kontrolle oder Qualität?

Wir erleben momentan ein Überhandnehmen von neuen Verwaltungsabläufen, die die Kontrolle von Patienten und Ärzten «zu ihrem Vorteil» zum Ziel haben. Dieses Vorgehen erhebt das Misstrauen und die Kontrolle zum Prinzip. Kontrollverfahren sind unbestrittenerweise nötig, aber nur dann sinnvoll, wenn sie die Autonomie und die Verantwortung des Einzelnen berücksichtigen und dieser sich im Gesetz, dem er gehorcht, wiederfindet.

Die Autoren machen darauf aufmerksam, dass die vielfältigen «Reformen», die als Fortschritt bezeichnet werden, gravierende Konsequenzen haben: die Entmündigung von Arzt und Patient, ihre Unterwerfung unter klinische und ökonomische Prinzipien, die Untergrabung des Solidaritätsprinzips und der Gleichstellung vor Behandlungsmöglichkeiten sowie das Aufheben des Arztgeheimnisses aus rein kommerziellem Wunschdenken.

Dans cette idéologie les patients, surveillés et contrôlés «pour leur bien», seront rendus responsables de leur état de santé puisqu'il est bien connu que celui qui mange mal et ne bouge pas assez devient malade et en est pleinement coupable. Les «mauvais patients» seront punis par des primes d'assurance maladie plus élevées et les «bons risques» récompensés par des bonus. Quant aux médecins, on veut les persuader que ces procédures de surveillance et de contrôle omniprésentes sont dans leur intérêt car ils pourront ainsi prouver qu'ils font un travail de qualité, qu'ils continuent à se former sans cesse et à s'améliorer.

Prouver à qui? A ceux qui pensent que la formation médicale n'est plus qualifiante, qu'elle n'est plus une garantie des compétences permettant au médecin de soigner ses patients selon les règles de l'art avec une liberté professionnelle protégeant indirectement ses patients (choix des traitements et des établissements, secret strict à l'égard de la caisse maladie, absence

1 Herren DB, Stucki I. Publication de données sur la qualité et rétributions correspondantes: que pense la FMH? Bull Méd Suisses. 2009;90(3):63-4.

Correspondance:

Dr Ariane Treu  
Spécialiste en psychiatrie et  
psychothérapie FMH et spécialiste  
en psychiatrie et psychothérapie  
d'enfants et d'adolescents FMH  
Vice-présidente du Groupement  
des psychiatres psychothérapeutes  
membres de la Société vaudoise  
de médecine  
Rue Beau-Séjour 7  
CH-1003 Lausanne  
a.treu@bluewin.ch

de normes statistiques contraignantes)? A ceux qui pensent que la formation continue obligatoire ne permet pas l'amélioration constante de la qualité? A ceux qui pensent que la qualité des soins n'est pas liée à la responsabilité personnelle et à l'éthique de chaque médecin mais à des preuves transparentes de conformité à des procédures de contrôle? Que l'économicité d'actes médicaux complexes et personnalisés peut se mesurer avec l'indice Anova?

Il est bien évident que ces procédures de mesure n'ont aucune validité scientifique.

dants [5] et qui ont été récemment encore dénoncées comme contre-productives [6]?

La révision de l'OPAS, sous prétexte d'une obligation de signalement des psychothérapies à l'assurance maladie dès la 6<sup>e</sup> séance, n'a-t-elle pas entraîné de fait une soumission du psychiatre et du patient à la décision de l'assureur?

La médecine nous apprend à faire des liens entre des symptômes en apparence hétérogènes pour en comprendre l'étiologie et trouver le bon traitement. Il s'agit ici de symptômes dont la liste pourrait s'allonger (suppression de l'obligation

## N'a-t-on pas, sous prétexte d'économie, subi la réduction unilatérale du tarif de laboratoire dont la portée économique réelle est nulle voire négative?

Selon le Rapport national sur la santé 2008, la recherche montre de plus en plus clairement que l'état de santé d'un individu est autant déterminé par des facteurs individuels que par des influences extérieures comme la formation, la profession, le revenu, le statut social. «La politique de santé doit donc aussi contribuer à créer les conditions sociales nécessaires pour permettre à un maximum de personnes d'avoir accès aux ressources du système de santé en éliminant toutes les inégalités dans ce domaine.» [2]

En ce qui concerne les modèles de contrôle appelés «pay for performance», plusieurs études sérieuses montrent que, si ces systèmes sont faciles à appliquer et à vérifier, ils ne sont pas utiles pour la qualité du traitement. La médecine est une réalité complexe et l'on risque de se focaliser sur ce qui est mesuré au détriment de ce qui ne l'est pas, de sélectionner les patients, voire de manipuler les données [3]. La plupart de ces modèles mesurent la conformité des processus mesurés et non l'amélioration effective de la qualité [4].

Pourquoi alors, sous prétexte d'améliorer la qualité, investir dans des projets dépourvus de validité scientifique et de plus-value réelle pour les soins? Cette logique apparemment absurde ne nous rappelle-t-elle rien? N'est-elle pas déjà à l'œuvre? N'a-t-on pas, sous prétexte d'économie, subi la réduction unilatérale du tarif de laboratoire dont la portée économique réelle est nulle voire négative? Sous prétexte de contrôle de l'économicité des traitements, les médecins ne subissent-ils pas depuis des années les pressions menaçantes et les procédures de rétrocession d'honoraires de la part de santésuisse, manœuvres qui sont basées sur une méthode statistique erronée selon l'évaluation d'experts indépen-

de contracter, suppression du libre choix du médecin et du libre accès à ce dernier, révision de l'AI ...), qui pourraient sembler disparates mais qui poursuivent une même logique, très claire et déjà en marche visant à aboutir à un véritable changement structurel du système de santé: attaquer l'identité du médecin, supprimer son autonomie et celle de ses patients, le rendre dépendant économiquement et cliniquement en rendant sa situation précaire sur tous les plans, remettre en cause les principes de solidarité, d'universalité et d'égalité de l'accès aux soins pour les patients, contourner le respect du secret médical.

Le sociologue Durkheim avait déjà souligné que le contrôle social doit faire appel à l'autonomie de l'individu, à sa capacité à s'assumer lui-même, à se reconnaître dans la loi à laquelle il obéit. Mais cela n'est possible que si la contrainte sociale institue des rapports de solidarité et de réciprocité.

En cette période cruciale pour l'avenir de notre profession, nous voulons croire que la FMH met toute son énergie à défendre l'intangibilité de ces valeurs et à lutter de façon prioritaire et urgente contre les menaces qui, si elles se réalisent, vont détruire ce qui fait la qualité de notre système de santé, et qu'elle ne s'égaré pas dans les marigots où certains aimeraient l'entraîner.

D'autant plus que le peuple suisse a fait le 1<sup>er</sup> juin 2008 un choix clair et net en faveur de la liberté de choix du médecin, que 94% des citoyens estiment que tous les habitants de notre pays doivent pouvoir bénéficier des progrès de la médecine et que seuls 12% des Suisses donneraient la préférence à une politique de santé mettant nettement l'accent sur les coûts [7].

- 2 Meyer K. La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008. Chêne-Bourg: Edition Médecine & Hygiène; 2008.
- 3 Mason A, Street A. Publishing outcome data: is it an effective approach? J Eval Clin Pract. 2006;12(1):37-48.
- 4 Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
- 5 Romanens M., Ackermann F., Hofmeier B., Ramstein C. Krankenkassen, santésuisse und Wirtschaftlichkeitsverfahren, die keine sind ... Bull Méd Suisses. 2009;90(1/2): 49-52.
- 6 Blâme sévère à l'encontre de Santé-suisse. Tribune Médicale, 7.11.2008.
- 7 Santé publique en Suisse. Edition 2008. Bâle: Interpharma; 2008. p.36.