Le patient surveillé

Il serait temps de se remémorer l'idéal du bon médecin.
Page 2

En lutte contre la sur-médicalisation

Les médecins sont pour une médecine de la juste mesure.
Page 3

Système de santé étatique en crise

Le système de santé britannique en déliquescence.
Page 4

POLITIQUE+PATIENT

14ème année
Éditrice: Conférence des sociétés cantonales de médecine CCM
Politique + Patient est un supplément du Bulletin des médecins suisses
Responsables de la rédaction :
Marco Tackenberg, Markus Gubler, Simone Keller; forum | pr
Mise en page: Claudia Bernet, Berne
Impression: Stämpfli AG

La relation médecin-patient

Pour une meilleure réforme

Une réforme aux visées purement économiques ne saurait en aucun cas être à la mesure de la relation particulière existant entre le patient et le fournisseur de prestations. Mieux vaudrait conforter les médecins dans leur professionnalisme.

René Prêtre et son équipe de l'Hôpital universitaire de Lausanne se préparent en août 2016 à une opération du cœur chez un enfant de 2 ans. Pour être utile, une réforme du système de santé doit renforcer le professionnalisme médical. Photo: Keystone

Dans les médias fleurissent actuellement diverses propositions visant à améliorer le système de santé suisse. Un groupe d'experts mandaté par le Conseil fédéral propose par exemple une réforme économique comprenant notamment un budget global et imposant aux prestataires le principe du *Pay for Performance*. Ce qui permettrait de réaliser pour environ 20 % d'économies, colporte-t-on souvent sans que ce chiffre n'ait jamais été ni documenté ni expliqué. Quoi qu'il en soit réellement du potentiel d'économies, une chose est sûre: les mesures envisagées mettraient à mal la relation de confiance qui doit exister entre le médecin et son patient.

Chaque cas est complexe

Un patient qui va voir son médecin se trouve en état de crise par rapport à sa santé. Il attend de son médecin qu'il le conseille. Que la guérison dépende de la confiance qu'il a en lui correspond également à la conception que le médecin lui-même se fait de son métier. Pour aider au plein sens du terme une patiente,

Suite à la page 2

Une contradiction criante

Nombreux sont en ce moment les acteurs qui noircissent le système de santé suisse. Les milieux politiques entonnent un discours catastrophiste. Arguant d'une situation soi-disant désespérée, des groupes d'experts et des partis prônent des exigences donnant au politique un pouvoir de réglementation accru. Au lieu d'avoir en vue les besoins médicaux, un groupe d'experts propose par exemple au Conseil fédéral de plafonner les dépenses de santé et de soumettre tous les secteurs de prestations médicales à des objectifs contraignants. Ce groupe n'est pas le seul à agiter des idées de réforme. Le PDC veut instaurer par voie d'initiative un frein aux dépenses de santé. Le PS, de son côté, a collecté des signatures pour une initiative visant à limiter le poids financier des primes d'assurance-maladie.

Donnant l'impression que notre système de santé court droit à la faillite, le débat actuel est en contradiction criante avec l'état d'esprit général de la population. À preuve le dernier numéro du Moniteur de la santé, qui crédite le système de santé suisse d'une approbation massive. Près de huit personnes interrogées sur dix en ont une impression positive à très positive. Un taux d'approbation qui ne varie pas depuis des années. Autre bonne nouvelle: les factures de médecin et les dépenses de médicaments pèsent moins lourd dans le budget des ménages suisses que par le passé. 23 pour cent des répondants ont occasionnellement à constamment de la peine à supporter leurs dépenses personnelles de santé, soit 17 points de pourcentage de moins que l'année d'avant. Pour ce qui est du baromètre des soucis, 26 pour cent des répondants disent que la santé, les caisses-maladie et les primes leur posent problème. Ils étaient 64 pour cent en 2002. Ces chiffres montrent que notre système de santé ne se porte pas aussi mal que veulent nous le faire croire politiciens et experts.

un médecin doit la considérer dans sa globalité. Les mots guérir ou soulager n'ont pas pour tout le monde la même signification. Dépendant du parcours et des conditions de santé de chacun, leur sens peut se rapporter à une notion de la santé très différente d'une personne à l'autre. Chaque cas est unique et complexe et doit donc toujours être évalué individuellement. Cela se vérifie par exemple dans la médication, mais aussi dans la coopération avec le médecin, autrement dit dans la compliance.

La santé n'est pas un bien de consommation

Cette relation est fondamentalement différente de celle, d'essence purement économique, d'acheteur à vendeur. La santé n'est pas un bien de consommation. Une étude psychologique de l'Université de Bâle et de la Harvard Medical School montre même que la confiance en son médecin, en ses thérapeutes ou le personnel soignant a une influence favorable sur la satisfaction, le comportement de santé, la qualité de vie et la perception que le patient a lui-même des troubles dont il souffre. Une réforme purement économique ne sera jamais à la mesure de la relation spéciale entre le patient et le fournisseur de prestations. Au contraire: des mécanismes tels que le *Pay for Performance* ou les budgets globaux troubleraient cette relation de confiance. Des raisons financières pourraient par exemple empêcher le médecin de proposer à son patient le traitement qui serait le meilleur pour lui et le patient ne saurait jamais si le médecin agit vraiment dans l'intérêt de sa santé ou s'il n'a pas tout de même en tête des visées financières.

Pour profiter aux patients et, partant, à la société tout entière, une réforme doit surtout avoir pour but de professionnaliser le médecin et de conforter, outre la formation de base et continue propre à sa spécialité, les valeurs et les comportements qui caractérisent sa profession. Quelles sont les mesures que les spécialistes devraient prendre pour qu'une réforme profite aux patients et ne serve pas uniquement à des fins budgétaires? Politique+Patient a donné la parole à la sociologue Marianne Rychner.

De collègues à collègues, entre médecins

S'agissant de cette réforme – et non de celle qui est proposée – Rychner développerait surtout la culture professionnelle (en encourageant par exemple la supervision), la création de vaisseaux d'échanges institutionnalisés à l'image des groupes Balint (discussions entre médecins sous la conduite d'un psychothérapeute expérimenté) ainsi que d'autres formes de soutien entre collègues. «Des échanges réguliers développeraient la qualité dans les hôpitaux et amélioreraient la culture de l'erreur», affirme-t-elle. Encore faudrait-il que ces échanges soient institutionnalisés et rémunérés.

La professionnalisation des médecins pourrait également être renforcée par des contenus de formation complémentaires. Explication de Rychner: «Il serait souhaitable que l'offre de formation continue ne se cantonne pas aux dernières nouveautés technologiques et qu'elle s'étende également au cœur de métier du médecin.» Par exemple à la relation particulière entre médecin et patient ou aux décisions complexes auxquelles est constamment confrontée la profession. «Pour appréhender un cas dans ce qu'il a de particulier, le médecin doit considérer l'individu dans toutes ses dimensions», explique Rychner. «Ce que font d'ailleurs la plupart d'entre eux, mais ils doivent le faire plus consciemment, en se disant qu'il existe des situations dans lesquelles on risque de perdre de vue cet aspect et en sachant aussi comment éviter que cela ne se produise.»

Normes et contrôles de qualité

Le troisième point est celui des normes et des contrôles de qualité, qui devraient être davantage conçus en interne pour l'interne et plus spécifiques. «Parce que, dit Rychner, les instances externes ne possèdent ni le savoir spécifique qui serait nécessaire ni une expérience professionnelle dont la logique serait autre que bureaucratique.» Les évaluations externes, selon elle, seraient trop souvent sujettes à des distorsions. Il faut bien se dire que beaucoup de questions ne sont pas simples à résoudre et que nul n'est mieux placé pour évaluer un médecin qu'un autre médecin.

Pour ce qui est des mesures de réforme professionnelles, elle préconise de les combiner avec un système de financement restant à définir, mais dont le ressort ne serait pas uniquement incitatif. Car la profession médicale, dit-elle, a notamment pour principe une juste rémunération et non une recherche systématique du profit. La sociologue propose d'élaborer des modèles établissant un équilibre modéré entre les médecins, de façon à assurer aux prestataires de soins de base (médecins de famille aussi bien que spécialistes) une rémunération plus juste. Cela pourrait par exemple se faire en opérant sur les traitements lucratifs et particulièrement fréquents une sorte de prélèvement interne qui aplanirait les écarts de revenu entre médecins sans pour autant faire d'eux de simples salariés. Le produit de ces prélèvements servirait ensuite à financer les supervisions interprofessionnelles ainsi que la formation continue.

Marianne Rychner: «Un système de ce type aurait le mérite de corriger le regard réducteur qui domine le débat sur la politique de santé et fait passer les médecins pour des individus âpres au gain, uniquement préoccupés de leur compte en banque. Il permettrait en outre de combattre des exemples d'excès effectifs, évidemment contraires à l'éthique professionnelle.» Et il aurait aussi, par là même, pour effet de renforcer la relation de confiance entre médecin et patient, de conforter la guérison et de mettre un frein aux pérégrinations conduisant de médecin en médecin. Et cela par des voies autres que celles qui sont actuellement proposées mais des voies ayant, elles aussi, le souci des questions budgétaires.

Éditorial

Le patient surveillé

Il existe de Klaus Dörner, jadis chef de file de la Médecine critique, un livre intitulé «Le bon médecin» (2001). Le modèle de ce bon médecin remontait à l'époque où l'on avait encore un médecin de famille agissant à la manière d'une autorité holistique, ce qui faisait éclore entre le demandeur et le donneur d'aide un haut degré d'autonomie civilisée.

Au fur et à mesure que la médecine se spécialise et s'anonymise, cela change. La relation médecin-patient se juridifie. Or il est de la nature de la juridification d'optimiser les contrôles qui s'exercent sur la situation de santé à long terme de l'individu. De fil en aiguille s'impose comme norme l'idée que l'on vit pour ne pas tomber malade … Le but étant d'avoir tout à la fois la discipline préventive, l'efficacité médicale et la sécurité juridique, cela passe par un arsenal le plus large possible de données numériques sur les facteurs de risque.

Ainsi glissons-nous vers une forme de société dans laquelle les bases de données ne se limitent plus aux multiples aspects de la vie civile des citoyennes et des citoyens. Il s'agit aussi, dorénavant, de dresser un profil de pathogénicité le plus complet possible. À la démocratie de la surveillance, de plus en plus envahissante, s'ajoute une médecine de la surveillance qui va croissant. De l'aptitude au poste de travail à la tendance aux addictions est du coup envisagé tout un éventail de possibilités d'alerte, d'interventions et de sanctions contraignantes.

Face à de telles ambitions, le mot «autonomie du patient» ne peut que rappeler le newspeak, la novlangue, de George Orwell. Il serait temps d'en revenir à l'idéal du bon médecin ainsi qu'à l'accord entre vie autogérée et aide experte aussi respectueux de la vie privée que de la dignité de la personne souffrante qu'il implique. Une utopie pour naïfs ?

Peter Strasser
est professeur d'université à la retraite. Il enseigne la philosophie à l'Université Karl-Franzens de Graz. Tout dernièrement est paru son livre: «Spenglers Visionen. Hundert Jahre Untergang des Abendlandes».

Une médecine smart

En lutte contre la surmédicalisation

Le progrès médical modifie les besoins et fait naître des convoitises. Médecins et patients entendent en profiter. Le corps médical a lancé des initiatives visant à enrayer les actes inappropriés et la surmédicalisation.

Quand davantage de qualité de vie rime avec moins de médecine: le corps médical lance des initiatives contre la surmédicalisation. Photo: iStockphoto

Plus les possibilités de traitement sont nombreuses, plus il est difficile de faire des choix ou de savoir renoncer. C'est évident! Or le mieux est parfois l'ennemi du bien. En 2011, se sont élevées aux États-Unis des voix mettant en garde contre une surmédicalisation. À la suite de quoi les médecins ont lancé l'initiative «choosing wisely». Son but: encourager le dialogue entre médecins, patients et public, de façon à parvenir à des décisions judicieuses. Tel est également, en Suisse, l'objectif de l'initiative «smarter medicine». Pour certains traitements, moins de médecine peut signifier plus de qualité de vie, dit cette initiative.

L'association a publié en 2014 ses listes «Top-5», qui énumèrent chacune cinq traitements généralement inutiles dans leur spécialité. Le but est d'amener médecins et patients à en discuter et à se demander s'il ne vaudrait pas mieux renoncer à ces traitements, les risques qui leur sont associés étant potentiellement supérieurs aux bénéfices. Ceci avec, tout de même, un effet secondaire positif, qui est de réaliser des économies. Les listes, établies par les sociétés de discipline reconnues, ont pour base des données scientifiques éprouvées.

Vive l'intuition

Une médecine smart s'articule autour de ce que l'on appelle des «décisions judicieuses». Mais de quoi ces dernières sont-elles faites? La profusion d'études scientifiques et de théories concernant les mêmes problématiques est telle qu'il est difficile de s'y retrouver. D'où le conseil du psychologue Gerd Gigerenzer, professeur de recherche en éducation au Max-Planck-Institut. «Faites davantage confiance à votre intuition», dit-il. Si les données de la médecine fondée sur des faits sont certes indispensables, il faut aussi, pour prendre de bonnes décisions, écouter son intuition et son expérience. Gerd Gigerenzer a constaté que, poussé à justifier ses actes, le personnel médical avait tendance à décider envers et contre sa propre expérience et son intuition – et sans que cela profite forcément au patient. La crainte d'obéir à son intuition, dit-il, conduit souvent à une médecine défensive, consistant à préférer traiter trop que pas assez.

Même objectif, mais par des voies différentes

D'autres initiatives vont dans le même sens. Le Swiss Medical Board, par exemple, évalue le rapport coûts-efficacité des prestations médicales fournies dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins et formule sur cette base des recommandations thérapeutiques. L'initiative Médecine de qualité et évaluation par des pairs vise, elle, à la meilleure qualité possible des soins hospitaliers. La qualité est mesurée dans le cadre de discussions transcliniques entre pairs étudiant également les potentiels d'amélioration.

Il faut supprimer les mauvaises incitations financières

Une médecine de la juste mesure a pour condition première la suppression des mauvaises incitations financières, dit Markus Trutmann, secrétaire général de fmch. Il faut, selon lui, des systèmes tarifaires modernes et des forfaits ambulatoires. La médecine smart, sinon, ne parviendra pas à s'imposer. Tant que les médecins seront uniquement payés pour les prestations qu'ils fournissent, mais pas pour attendre ou «simplement» pour écouter, ils préféreront fournir des prestations, explique Annamaria Müller, cheffe de l'Office des hôpitaux du canton de Berne. Selon elle, il y a erreur de répartition entre responsabilité de financement et responsabilité de soins: «On est payé pour faire, et tant que ce sera comme ça, la tentation de surmédicaliser sera grande.»

Ces initiatives volontaires auront-elles un effet ample et durable? L'avenir le dira. Le système de santé suisse a toujours été une partie de Mistigri, a récemment dit en public Hanspeter Trütsch, anciennement correspondant de la RTS au Palais fédéral. Chacun se dit que «le premier qui bouge a d'ores et déjà perdu». L'autoréglementation a toujours tenu dans ce système une place importante, encore faut-il que chacun prenne sa part de responsabilité.

Cet article reprend en grande partie des exposés tenus dans le cadre des Trendtage Gesundheit Luzern des 28 février et 1er mars 2018. Voir pour plus d'informations www.trendtage-gesundheit.ch.

«smarter medicine»

L'initiative «smarter medicine» a été lancée en Suisse en 2014. L'association qui la porte est soutenue par des organisations professionnelles, dont la SSMIG et l'ASSM, ainsi que par des associations de défense des intérêts des patients et des consommateurs, dont la Fondation Organisation suisse des patients OSP, qui reprennent les thèmes de la campagne. Le but commun: sensibiliser le public au fait qu'en médecine et pour certains traitements, moins peut parfois signifier plus de qualité de vie pour les personnes concernées.

Échec de l'État

Système de santé étatique en crise

Manque de lits, personnel frustré, patients désespérés: pour ses 70 ans d'existence, le système de santé britannique (NHS) se trouve en déliquescence.

En janvier de cette année, les hôpitaux britanniques ont remis à plus tard 50 000 opérations non vitales agendées afin de libérer des lits pour des cas graves. Aux urgences ambulatoires, le temps d'attente peut atteindre douze heures. C'est dans des ambulances, sur des brancards et dans les couloirs que les malades attendent qu'on s'occupe d'eux. Une situation humiliante pour les patients et frustrante pour les médecins et le personnel soignant. Parmi les conséquences de cette gabegie: la fuite du personnel. Selon le Royal College of Nursing, l'organisation professionnelle des infirmières, 33 000 personnes ont quitté le service de santé public en 2017. 40 000 postes attendent toujours d'être repourvus.

Le manque de personnel s'accentue également au niveau des médecins. Selon une analyse réalisée par l'Imperial College London, le NHS devra trouver d'ici à 2020 12 000 médecins de famille (general practitioner). Ce qui s'annonce difficile, les candidatures de médecins et de soignants de l'espace européen ayant fortement baissé depuis le référendum du brexit. Et ce n'est pas tout: un médecin européen du NHS sur cinq s'apprêterait selon un sondage à quitter la Grande-Bretagne. De quoi aggraver encore la situation précaire dans laquelle se trouve celui-ci. Les milieux politiques minimisent toutefois le problème, qu'ils mettent sur le compte d'une épidémie de grippe d'une violence inouïe. Or, comme le montre une étude comparative de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le mal dont souffre le NHS est plus profond. Le NHS emploie moins de médecins et de soignants et met à disposition moins de lits que la plupart des autres systèmes de santé des pays industrialisés riches. Là où il marque par contre des points, c'est par son efficience. Leur santé revient beaucoup moins cher aux Britanniques qu'aux Suisses, aux Français ou aux Allemands.

Un financement à l'appréciation du politique

Alors que les dépenses de santé de la Suisse sont couvertes par l'assurance de base, les participations financières directes des ménages et l'État, le budget du NHS, lui, est financé par l'impôt. Faisant partie intégrante du budget de l'État, le financement du NHS dépend du politique, lequel lui a imposé ces dernières années des mesures d'économies et des réformes de grande envergure. Le NHS devant être décentralisé, les unités de soins régionales existantes (trusts), qui planifiaient et finançaient les prestations de santé, ont été remplacées par plusieurs centaines de Clinical Commissioning Groups (CCG) comprenant des hôpitaux, des médecins de famille et, également, des institutions privées.

Le grand changement: les patients, autrefois assignés à l'unité de soins de leur lieu de domicile, choisissent eux-mêmes, maintenant, leurs Clinical Commissioning Groups, qui, du coup, sont en concurrence les uns avec les autres. Les CCG ont en outre l'obligation de développer de nouveaux modèles de soins et de documenter les mesures auxquelles ils se réfèrent pour leur assurance-qualité. Liberté de choix pour les patients, concurrence entre les CCG et attente raccourcie étaient censées améliorer la qualité des soins. Or il n'en fut rien. Les développements les plus récents donnent raison à ceux qui critiquaient la réforme et mettaient en garde contre la sélection des risques et le sous-financement. Aujourd'hui, malades chroniques, personnes âgées, pauvres et sans soutien attendent des mois durant un rendez-vous. Les dépenses d'aide sociale et de soins les concernant ont été réduites, des antennes de soins et d'aide sociale ainsi que des foyers pour seniors fermés. Alors même que le gouvernement a récemment injecté 337 millions de livres dans le NHS, le service de santé, toujours en crise, continue de souffrir d'un manque chronique de financement et les responsables du NHS à réclamer davantage de milliards.

Un avertissement

Rares sont à première vue les points communs existant entre les systèmes de santé suisse et britannique. Pour douloureuse et radicale que soit l'expérience britannique, elle a valeur d'avertissement. Les budgets globaux, les freins fixes mis aux dépenses et les objectifs contraignants ne tiennent pas compte des besoins médicaux. Et, outre qu'ils nuisent à la relation de confiance entre médecin et patient, ils peuvent avoir, pour l'un comme pour l'autre, des conséquences drastiques, dont témoignent les événements récents que l'on a pu voir en Grande-Bretagne.

Les protestations contre l'état du système de santé britannique prennent de l'ampleur. Les manifestants exigent du gouvernement qu'il mette davantage d'argent dans le système de santé de l'État. Photo: Keystone