



## Attention, coma hyperglycémique

Le système de santé suisse couvert de louanges.  
Page 2



## Suspicion diffuse

Les procédures EAE ont un impact négatif sur les patients et les médecins.  
Page 3



## Des exemples à suivre?

Par-delà les frontières: la limitation des dépenses ne mène pas au but.  
Page 4

# POLITIQUE + PATIENT

14<sup>ème</sup> année

Éditrice: Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG

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

Procédures EAE

## Un bon médecin

**Il est médecin de famille. Il a un certain âge. Il est au service de ses patients 24h/24h. Il les suit en EMS et fait des visites à domicile grâce auxquelles sont évitées de coûteuses hospitalisations. Résultat: happé par les rouages d'une procédure d'économicité, il se trouve condamné à verser plus d'un demi-million de francs aux caisses-maladie.**



Werner Kaiser: « Je suis un médecin de famille qui a cru pendant 35 ans faire un travail de qualité, utile et économiseur de coûts. »

Photo: Marco Zanoni

Comment, homme ou femme, devrait être à nos yeux un bon médecin de famille? Mais en existe-t-il encore de nos jours: elle ou il serait au service de ses patients sept jours sur sept et 24 heures sur 24. Elle ou il leur

serait fidèle depuis des décennies, et réciproquement, les suivrait encore en EMS et les accompagnerait en fin de vie.

Suite à la page 2

## Un tarif officiel ruineux

En octobre 2017, le Conseil fédéral intervenait dans TARMED. Début 2018 entraient en vigueur les modifications tarifaires de la Confédération visant à économiser 470 millions de francs sur les traitements ambulatoires. L'obsession de l'économie à tout prix qui imprègne le tarif officiel touche surtout de plein fouet les petites disciplines médicales. Un chirurgien infantile de Zurich témoigne: « L'excision d'un hémangiome, tumeur bénigne fréquente chez le nourrisson et le petit enfant, ne vaut plus que 200 francs, un montant ne suffisant de loin pas à couvrir le travail du chirurgien, une assistance non médicale, une technicienne en salle d'opération ainsi que les coûts d'infrastructure, le loyer et l'amortissement d'un cabinet. » Un exemple parmi tant d'autres. Or, dit encore ce chirurgien, la tendance ne fait aucun doute: « Les hôpitaux sous mandat de prestations sont condamnés à un financement croisé des prestations et les cabinets de chirurgie infantile, du coup, glissent dans le rouge. »

Non content d'affaiblir les soins ambulatoires, le tarif officiel mine la politique de primauté de l'ambulatoire sur le stationnaire menée actuellement. Que les médecins se le disent: seul un tarif élaboré en partenariat et calculé selon des principes économiques permettra de satisfaire aux exigences du politique. La bonne nouvelle: avec le concours d'experts, le corps médical a élaboré au cours des derniers mois une nouvelle structure tarifaire, qu'ils remettront conjointement au Conseil fédéral fin 2018.

Tel est Werner Kaiser, médecin de famille à Bienne. Cela fait 35 ans qu'il pratiquait en cabinet ce qu'il lui semblait être une bonne médecine, une médecine raisonnable et économe. « On est étonné de voir ce qui peut encore vous arriver à plus de 70 ans », dit-il. À y regarder de plus près, il est évident que ce généraliste a soigné un nombre impressionnant de personnes âgées, de personnes souffrant de plusieurs maladies à la fois et ayant besoin de soins constants et de contrôles réguliers.

En 2014 et 2015, Werner Kaiser est happé par les rouages d'une procédure d'économicité engagée par les caisses-maladie. En juin 2018, un tribunal arbitral du canton de Berne le condamne à rembourser 570 000 francs à 31 caisses-maladie qui lui reprochent un excès de soins ayant entraîné des coûts trop élevés.

### Les visites à domicile permettent d'éviter des hospitalisations

Politique+Patient a rencontré Werner Kaiser et examiné son dossier judiciaire. Bien qu'il soit scientifiquement prouvé qu'elles permettent de retarder ou d'éviter des hospitalisations et des hébergements en EMS chez les personnes âgées, ce sont précisément les visites à domicile et leur soi-disant non-economicité qui lui sont reprochées par le tribunal. Une procédure d'économicité consiste à comparer les coûts d'un cabinet médical avec les coûts moyens d'un groupe d'autres cabinets médicaux. Si l'écart par rapport au groupe de référence est grand, les tribunaux estiment qu'il y a surmédicalisation — à moins que le cabinet investigué soit en mesure de faire valoir des prestations pouvant justifier cet écart.

Politique+Patient a examiné les données de Werner Kaiser avec l'aide d'un expert<sup>1</sup> ayant une grande expérience des procédures d'économicité. Voici ce qu'il a déclaré à propos de celle-ci : « M. Kaiser suit un très grand nombre de patients à domicile. Aucun autre cabinet du canton de Berne n'a autant de patients externes que le sien, ce qu'une procédure se devrait de prendre en compte comme étant une particularité propre à ce cabinet-là. M. Kaiser est un bon exemple d'économicité. Il travaille beaucoup plus que d'autres médecins. Sa grande disponibilité permet d'éviter des hospitalisations inutiles et d'empêcher ainsi ce qui coûte vraiment cher. Les caisses-maladie et le tribunal n'ont eu d'yeux que pour les coûts qu'il a occasionnés, mais sans tenir compte de ceux qui, grâce à son travail, ont été évités. »

### Le langage révoltant du tribunal

Le nombre élevé de patients qui, soignés à domicile, ont occasionné des coûts plus élevés que d'autres patients du même âge a entraîné la perte de Werner

Kaiser. Ces patients ont généralement de la peine à se rendre au cabinet de leur médecin de famille, et la visite à domicile est pour eux une réelle nécessité. « Voir les patients à domicile prend énormément de temps. Surtout lorsque la mort est proche. J'ai alors de très nombreux entretiens avec les patients, mais aussi avec les proches et le personnel soignant », explique-t-il. Ce qui, dans la bouche du juge, donne lieu au commentaire révoltant que voici : Werner Kaiser « incite » ses patients à « sans cesse exiger de lui des prestations ». Un médecin qui fournit à ses patients des « prestations de confort » comme celles-là fait acte de non-economicité, estime-t-il.

### Mauvaises méthodes et applications défectueuses

Au lieu de faire examiner les dossiers des patients de Werner Kaiser par un médecin de famille qualifié, le tribunal s'est contenté d'une méthode statistique dont on sait aujourd'hui qu'elle présente de grossiers défauts. Ce qu'il faudrait en l'occurrence, c'est un examen au cas par cas, effectué par un médecin expert en la matière. Ce que Werner Kaiser verrait d'ailleurs d'un bon œil. Le problème majeur de la méthode statistique utilisée par le tribunal est, en effet, qu'elle ne tient pas compte des maladies dont souffrent les patients. En termes simplifiés, la méthode utilisée en la matière considère que « vieux » est égal à cher et « jeune » égal à avantageux. Si elle prend effectivement en considération l'âge moyen des patients, elle ignore en revanche ce dont ils souffrent. Au fond, les caisses-maladie l'ont reconnu et c'est la raison pour laquelle cette méthode a été revue et corrigée. Or celle qui a été utilisée pour le jugement de Werner Kaiser est celle dont il est reconnu qu'elle est beaucoup trop grossière et celle-là seule. Comme si l'on ne savait pas que la maladie est le facteur qui impacte le plus fortement les coûts. En plus d'être intrinsèquement mauvaise, la méthode statistique appliquée au cabinet de Werner Kaiser a été, par-dessus le marché, utilisée avec un manque de soin évident. L'examen du groupe de médecins biennois avec lesquels Werner Kaiser a été comparé fait apparaître au niveau des données des erreurs importantes : un médecin décédé début 2014, un autre pensionné depuis mi-2013 et un troisième qui n'exerce pas comme médecin de famille. Autant d'objections dont ne s'est toutefois pas ému le tribunal.

Le jugement rendu par le tribunal arbitral a mis ce médecin dans une situation de grande précarité. Son avocat tout comme l'expert mandaté lui ont conseillé d'en appeler au Tribunal fédéral.

<sup>1</sup> Nom connu de la rédaction.

## Attention, coma hyperglycémique

Quiconque a vu un hôpital du Caire, entendu parler d'un enfant soigné à Dakar, contracté une otite à Paris, été traité ambulatoirement à New York ou connaît le système de santé anglais sera forcé d'en convenir : notre santé et, a fortiori, nos maladies nous coûtent très cher, mais au moins on en a pour son argent.

Il faut critiquer nos médecins et notre personnel hospitalier. Comme vient de le faire une fois de plus le « Beobachter » en prenant pour cible les factures excessives (« ils demandent jusqu'à 4000 francs de l'heure pour des opérations »).

Mais, pour une fois, je n'arrive pas à me reconnaître dans ces critiques. Et ce pour une raison personnelle : Je ne me souviens pas avoir jamais eu motif à me plaindre de celles et ceux ayant charge de s'occuper de moi ou de me réparer. Or, plus on vieillit, plus souvent on est obligé d'aller au garage. Et maintenant attention : si vous ne voulez pas faire un coma hyperglycémique, cessez de lire car je ne vais pas lésiner sur les flatteries les plus doucereuses.

Les quelques fois où, m'étant fait opérer, je voguais un peu enténébré vers ma guérison, je fus frappé de ce que personne autour de moi n'était désagréable, de ce que les médecins expliquaient sans pontifier et de ce que soignantes et soignants avaient même le sourire le lendemain d'une nuit de veille.

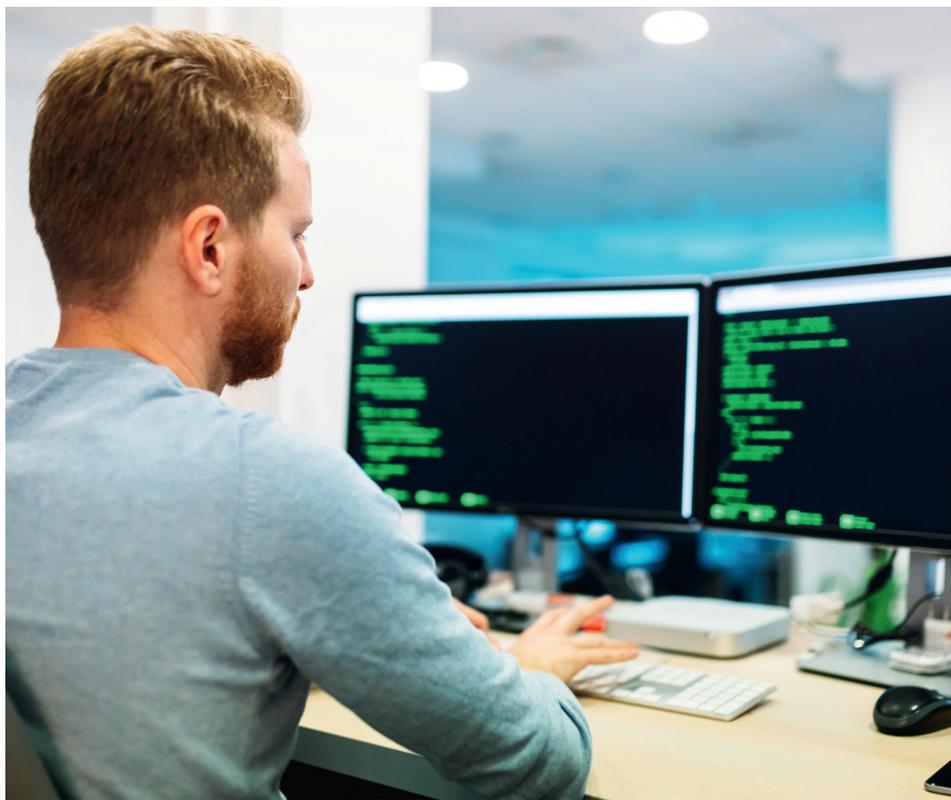
Tel que je l'ai vécu dans ma chair, notre système de santé m'est apparu comme une relation. D'où mes remerciements à celles et à ceux auxquels on ne pense jamais tant que l'on n'a pas besoin d'eux, ni ne loue quand on en a besoin, soit qu'on ne soit pas, alors, en état de le faire, soit qu'on oublie ou qu'il est trop tard.



Jean-Martin Büttner (1959) est reporter au « Tages-Anzeiger »

# Suspicion diffuse

**Pour sanctionner les cas de surmédicalisation, les caisses-maladie sont obligées de vérifier les factures des médecins. Elles le font à l'aide d'un algorithme qui traque les « singularités ». Les médecins s'élèvent contre ce procédé faisant planer sur eux une suspicion injustifiée.**



Pour repérer les cas de surmédicalisation, les grandes caisses-maladie font confiance à un algorithme et aux lois de la statistique. Or l'algorithme ignore quelques critères importants, et sur les médecins plane du coup une suspicion sans fondement.

Photo: iStockphoto

Les patients peuvent aider à maîtriser les coûts de la santé en vérifiant leurs factures de médecin avant de les payer ou de les envoyer à leur caisse-maladie. Personne, en effet, n'est mieux placé qu'eux pour savoir les soins qu'ils ont reçus. Cette façon apparemment simple de repérer les erreurs de facturation bute toutefois sur le fait que beaucoup de patients ont de la peine à s'y retrouver. Les positions sous lesquelles sont indiquées les prestations contiennent beaucoup de mots étrangers et un nombre tel d'abréviations que c'en est décourageant. Bien des patients préféreraient sans doute que ce contrôle soit effectué par un professionnel – par exemple un représentant de la caisse-maladie.

## Les algorithmes renseignent mal

Tel est déjà le cas. Santésuisse, association faîtière des assureurs-maladie suisses, est habilitée à vérifier les données des prestataires. Les grandes caisses ont de surcroît leurs propres vérificateurs. Pour dénicher

l'épingle dissimulée dans la botte de foin des factures de médecins et d'hôpitaux elles s'en remettent à un algorithme ainsi qu'aux lois de la statistique. Sont particulièrement surveillés, les médecins qui, sur une période d'une année, annoncent en moyenne 30 pour cent de prestations de plus que ceux du groupe de référence ou qui ont, pour certaines positions, des chiffres au-dessus de la moyenne. Si tel est le cas, l'algorithme conclut automatiquement à une surmédicalisation et, par conséquent, à un non-respect par le médecin des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité que doit remplir un traitement. Le problème, c'est qu'il existe de bonnes raisons à ce qu'un médecin engendre des coûts plus élevés que la moyenne.

## Ce qui fait grimper les factures

Les coûts étant tendanciellement plus élevés pour les personnes âgées et les femmes que pour les jeunes et les hommes, les caisses-maladie faisaient entrer jusqu'ici dans leurs calculs l'âge moyen ainsi que le

sexe des patients. Pour avoir une image réaliste de la structure de coûts d'un cabinet médical, elles prennent également en considération, depuis peu il est vrai, d'autres variables, et notamment le tableau clinique. Le traitement d'un rhumatisme peut en effet être assez différent d'un patient à l'autre en termes de mesures thérapeutiques et de médicaments. Chez les uns devront être employés les moyens les plus modernes alors que suffiront chez les autres les médicaments utilisés de tous temps.

Reste toutefois le problème central de la morbidité. Les factures d'un médecin dont beaucoup de patients sont gravement malades, chroniquement atteints ou polymorbides seront forcément plus élevées que la moyenne. La statistique des coûts d'un cabinet médical est en outre conditionnée par l'emplacement de celui-ci ainsi que par le nombre de patients qui, ayant une franchise élevée, paient les soins de leur poche. Jusqu'ici étaient particulièrement exposés à se faire remarquer par le volume de leurs coûts les médecins ayant peu de patients, mais des patients ayant besoin de traitements coûteux. Cela est souvent le cas de praticiens d'un certain âge, ayant suivi leurs patients des décennies durant et vieilli en même temps qu'eux. Intégrant un nombre plus grand de variables, la nouvelle convention passée entre Santésuisse et la FMH devrait améliorer quelque peu cet état de chose.

## Résultat : un rationnement qui ne dit pas son nom

Il est très difficile de se justifier pour un médecin pris dans le collimateur des contrôleurs. Même si les soupçons s'avèrent finalement infondés, les frais, la perte de travail et l'éventuelle atteinte à l'image seront à sa charge. Et, encore pire, le procédé des assureurs-maladie peut avoir des répercussions sur les traitements en ce sens qu'un médecin désireux de faire baisser ses coûts peut être tenté de prescrire un médicament moins cher, mais moins efficace, ou adresser directement à un spécialiste les cas difficiles. Tout cela ne profite ni aux patients ni aux payeurs de primes.

## Tout un secteur sous suspicion générale

L'organisation faîtière Santésuisse chiffre à environ 2200 le nombre de médecins suspectés pour fait statistique. La plupart d'entre eux n'ont rien à se reprocher: en 2016, seuls 98 médecins, soit 0,27 pour cent de tous ceux qui exercent en Suisse, ont été cités à comparaître devant un tribunal pénal.

Il est évident que les brebis galeuses qui facturent trop de prestations doivent être examinées et sanctionnées. La FMH elle-même exclut de ses rangs les fraudeurs qui enfreignent ouvertement son règlement. Tenir en état de suspicion généralisée une profession tout entière, en revanche, n'est d'aucune utilité pour personne. Au contraire: en désécurisant les jeunes médecins, les assureurs-maladie contribuent même au manque de médecins qui règne actuellement.

# Des exemples à suivre ?

**La Suisse est censée prendre exemple sur les budgets globaux d'autres pays. Un coup d'œil sur ceux-ci suffit pourtant à comprendre pourquoi la limitation des coûts ne donne pas les résultats espérés.**

Alors que les Suisses sont très satisfaits de leur système de santé, le fait que les coûts augmentent d'année en année pose problème. Tout le monde reconnaît qu'ils doivent être endigués. Un groupe d'experts mandaté par le Département fédéral de l'intérieur a proposé à cet effet une série de mesures et, notamment, pour ce qui est de l'augmentation des coûts, « des objectifs contraignants assortis de sanctions »; autant dire un budget global.

Les auteurs de l'expertise savent que leur proposition est tout sauf anodine. Prenons exemple, disent-ils pour la légitimer, sur les budgets globaux d'autres pays. La comparaison est de toute façon boiteuse et leur ardeur à trouver des pays ayant des systèmes similaires ne change rien au fait que les différences sont immenses.

## Unanimité et droit et – budget global

L'Allemagne a un budget global, mais un budget global qui n'est pas un plafonnement fixe, s'imposant à tous les secteurs de soins. Structuré par domaine de dépenses, le système allemand attribue à chacun de ces secteurs une somme d'argent égale à celle de l'année précédente, majorée du pourcentage de hausse de la

masse salariale de base. Apparemment simple, cette solution est mise en échec par la complexité des faits. Des facteurs tels que la démographie, l'évolution de la morbidité ou le progrès médical ont obligé ses auteurs à la doter de nombreux mécanismes de correction. Travaillant depuis près de quatre décennies dans le système de santé allemand, le juriste Rainer Hess explique que s'est développée depuis le plafonnement des dépenses une culture épouvantable: « Le médecin raisonne plus que jamais en termes économiques. Il arrive que des patients soient obligés de voir des médecins qui leur sont totalement inconnus. Pour ne rien dire du report de rendez-vous au trimestre suivant qu'engendre couramment ce genre de système. »

## Budget global en France: fraternité, égalité – sans liberté

La France connaît, elle aussi, un plafonnement des dépenses de santé. Le Parlement vote l'ONDAM (Objectif national des dépenses de l'assurance-maladie), après quoi le ministère de la santé répartit les enveloppes budgétaires sur les différents secteurs. Chaque acteur a sa limite, qui, toutefois, n'est pas contraignante. Les

dépassements sont monnaie courante, d'où, comme en Allemagne, la nécessité de mécanismes de correction. Mais à quel prix! Les personnels de santé sont sommés d'en faire davantage en moins de temps, ce dont se ressent la qualité. Souvent le temps leur manque pour donner des explications aux patients ou échanger en équipe. Lors d'un sondage effectué en 2013, plus de 60% des médecins ont dit être souvent ou toujours obligés de se dépêcher. Des structures sont supprimées pour fluidifier des affectations de personnel qui sont source de démotivation, d'absentéisme et de burnouts. Depuis quelques années, l'augmentation du budget est limitée à 2%, alors que même le gouvernement reconnaît que, sans limitation, la croissance du secteur de la santé serait de 4,5%.

## Santé à bas coût aux Pays-Bas ?

Aux Pays-Bas, troisième comparaison, le système est encore tout différent. Les dépenses de santé sont inscrites au budget de l'État et soumises à des niveaux fixés par le gouvernement. L'augmentation des coûts ralentit, mais seulement depuis que les prestataires qui ne respectent pas les limites encourent des restrictions pécuniaires. Il s'agit, en fait, d'un ralentissement ayant pour seule raison une réduction des prestations. Les prix n'ont pas bougé, et les marges des prestataires restent donc les mêmes. Seuls sont lésés les patients, qui se voient refuser des traitements pourtant médicalement nécessaires. Étant donné que les besoins de soins d'une population vieillissante ont tendance à augmenter, ce système n'a aucune chance de produire des résultats durables.

La raison de loin la plus importante des économies obtenues aux Pays-Bas sont les médicaments. Depuis 2005, les assureurs ne remboursent plus que le générique le moins cher d'un médicament. Le procédé est contestable. Les génériques peuvent en effet présenter des différences d'activité et le produit le moins cher n'est pas toujours le plus approprié.

## Des modèles qui n'en sont pas

Ce que montrent surtout les comparaisons avec l'étranger, c'est que les budgets globaux peuvent certes freiner l'augmentation des coûts, mais qu'ils posent en contrepartie des problèmes considérables. Les personnels du secteur de la santé, de même que les patientes et les patients, paient le prix fort pour ces économies. Les modèles allemand, français et néerlandais ne sont pas des exemples de ce que la Suisse devrait adopter mais de ce à quoi elle ferait mieux de ne pas toucher.



Une loi qui ne plaît certainement à personne : aux Pays-Bas, les assureurs ne remboursent que le générique le moins cher d'un médicament, et ce bien que les génériques puissent présenter des différences d'activité.

Photo: iStockphoto