



Commentaire

Less is more ! dit de *smarter medicine* le conseiller national et vice-président de la FMH Michel Matter
Page 2



Être humain contre machine

L'intelligence artificielle et le big data gagnent du terrain dans le domaine médical. Page 3



De dangereux intrus

Jusqu'à quel point la médecine peut-elle tolérer les financements externes d'investisseurs sans rapport aucun avec elle? Page 4

POLITIQUE + PATIENT

16^{ème} année

Éditeur : Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG

Politique + Patient est un supplément du Bulletin des médecins suisses

Responsables de la rédaction :

Marco Tackenberg, Markus Gubler, Nicole Weber; forum | pr

Mise en page : Claudia Bernet, Berne

Impression : Stämpfli AG

L'initiative sur les soins infirmiers

Beaucoup d'approbation et un grand « mais »

Plus de diplômés, meilleures rémunérations, nouvelles compétences : l'Association des infirmiers et infirmières veut valoriser la profession. Préconisée par l'initiative, la facturation directe de certaines prestations aux caisses-maladie est sévèrement critiquée.



Les soins exigent un personnel nombreux, qu'ils mettent à rude épreuve. Depuis des années, la Suisse ne parvient plus à former elle-même le nombre d'infirmières et d'infirmiers dont elle a besoin.

Photo : Keystone

La pression sur le personnel infirmier s'accroît. Les maladies chroniques et la polymorbidité augmentant, les besoins de prestations de soins augmentent eux aussi. Beaucoup d'infirmiers et d'infirmières souffrent d'un stress aigu ; frustrés, ils sont environ 2400 par an à abandonner leur métier, qu'ils ne pratiquent pas plus de 15 ans en moyenne.

Le système actuel est à bout de souffle

Difficulté supplémentaire : la Suisse parvient à moins de la moitié des diplômés en soins infirmiers dont elle a besoin. L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) met en garde contre l'imminence d'une

Suite à la page 2

Libre choix du médecin

Toujours aussi populaire

Le libre choix du médecin s'est trouvé à plusieurs reprises dans le collimateur du Parlement et du Conseil fédéral. Des politiciens ont tenté maintes fois de l'abolir, et ce à des fins différentes. Par exemple pour promouvoir des modèles de soins intégrés ou pour empêcher le recours répété et onéreux à des spécialistes. La réglementation de l'État était censée mettre fin aux mauvaises incitations et imposer les modèles de soins préconisés par les politiciens, lesquels minimisaient à chaque fois les inconvénients en résultant pour les patients, pourtant considérables, puisqu'ils auraient perdu toute possibilité de choix.

Le Parlement et le Conseil fédéral en ont été pour leurs frais dans les urnes: en juin 2012, les citoyens ont refusé à 76 % de non l'initiative « managed care ».

Comme le confirme le dernier Moniteur de la santé de l'Institut de sondage GfS, l'opinion de la population n'a guère changé au cours des dernières années. La grande majorité des patients souhaite le maintien du libre choix du médecin. Un maintien qu'elle met bien au-dessus des considérations de coût. En 2019, seules 27 % des personnes interrogées se disaient prêtes à accepter une limitation du libre choix pour abaisser les coûts de la santé, c'est-à-dire une baisse de 10 bons points de pourcentage par rapport à 2018.

Il existe pourtant des alternatives aux réglementations de l'État. Les patients sont de plus en plus nombreux à renoncer d'eux-mêmes et en connaissance de cause au libre choix du médecin et à adhérer à des modèles d'assurance par lesquels ils s'engagent à s'adresser d'abord à leur médecin de famille, à un médecin de Telmed, voire à un pharmacien. Ceci pour bénéficier, en contrepartie, de primes moins chères. Ce système a fait ses preuves.

« pénurie aiguë de personnel infirmier ». D'ici à 2030 devront vraisemblablement être recrutés 65 000 nouveaux infirmiers et infirmières; voici déjà passablement de temps, que les hôpitaux, Spitex et les foyers sont obligés de recruter leur personnel spécialisé à l'étranger. Ce système est à bout de souffle. De guerre lasse, l'ASI a donc finalement emprunté la filière politique et trouvé en la personne du conseiller national UDC Rudolf Joder un allié. L'initiative parlementaire qu'elle a lancée a toutefois rencontré des résistances politiques et échoué sur le refus du Conseil national d'entrer en matière. Ne se laissant pas décourager pour autant, l'ASI a lancé ensuite l'initiative populaire « Pour un renforcement des soins infirmiers » – cette fois avec succès: plus de 120 000 signatures recueillies en huit petits mois.

Une copie de la campagne des médecins de famille

Cette manœuvre politico-tactique s'inspirait du succès de la campagne menée pour le même motif par les médecins de famille, qui avait séduit en mai 2014 près de 90 pour cent des votants. L'ASI espérait un résultat du même ordre. Elle aussi exigeait de la classe politique une amélioration de la profession, avec des salaires plus élevés en cours de formation, une meilleure rémunération des prestations infirmières et la possibilité pour le personnel infirmier de facturer directement aux assureurs-maladie certaines de ses prestations.

Le Conseil fédéral

L'initiative s'est avérée être un moyen de pression efficace. Le Parlement, le Conseil fédéral, les cantons, les hôpitaux, les foyers, les assureurs-maladie et même le corps médical s'intéressent aux revendications des initiants. Si le renforcement des soins fait l'unanimité, quelques exigences, par contre, sont contestées, à commencer par la facturation directe des prestations de soins aux assureurs-maladie. Ces derniers mettent en garde contre une augmentation quantitative des soins qui aurait immanquablement pour corollaire des coûts supplémentaires et des primes plus chères. Et le Conseil fédéral de craindre du coup pour son objectif, qui est de mettre un frein aux dépenses de santé. D'où rejet de l'initiative et refus d'entrer en matière sur des mesures contraignantes, dont, par exemple, l'obligation pour les cantons d'aider financièrement le futur personnel infirmier.

Un Conseil national favorable aux demandes du personnel infirmier

Si le Conseil national rejette, lui aussi, l'initiative, il se prononce en revanche pour le contre-projet indirect élaboré par sa Commission, lequel reprend à son compte des points centraux de l'initiative populaire. L'offensive de formation qu'il propose vise à mettre fin

à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers et à élargir les compétences de ce personnel, qui serait autorisé à facturer directement aux caisses certaines de ses prestations. Sont en outre prévues, sur une durée de huit ans, des aides financières devant permettre d'augmenter le nombre de diplômés.

Les craintes du corps médical

Face à la pénurie de personnel qualifié dont souffre le domaine de la santé, les médecins sont, eux aussi, favorables à la valorisation de la profession infirmière, mais se demandent si les mesures préconisées par l'ASI, qu'ils estiment trop fortement axées sur la mise en valeur des diplômes en soins infirmiers, sont réellement efficaces. Ils craignent notamment que les soignants hautement qualifiés désertent le chevet du malade au profit de fonctions managériales qu'ils exerceraient même en dehors des hôpitaux ou des foyers.

Actuellement, les compétences et les responsabilités sont réglées selon un modèle voyant les infirmiers travailler sous la supervision des médecins. L'initiative demande un assouplissement de ce modèle. Si les soignants diplômés venaient à être considérés comme des prestataires autonomes seraient à craindre entre médecins et personnel infirmier des conflits de compétences et des rapports de responsabilité confus dont pâtiraient à la fois la qualité des traitements ainsi que la sécurité des patients. Toujours selon les médecins, le texte de l'initiative passe sous silence un point central: celui de la responsabilité civile. Si les soignants sont habilités à traiter des patients sous leur propre responsabilité, il faut, disent-ils, que leur responsabilité puisse être engagée en cas de faute professionnelle.

Une méthode inappropriée

L'initiative populaire s'attire aussi les critiques des institutions dans lesquelles infirmières et infirmiers sont particulièrement nombreux. S'il est vrai que les associations des hôpitaux, Spitex et les foyers approuvent fondamentalement les objectifs de l'ASI, ils n'en jugent pas moins la méthode inappropriée et s'opposent à ce que les soins deviennent un objet constitutionnel. Leur position rejoint en la matière celle des cantons, à savoir que les professions ne doivent pas faire l'objet dans la constitution d'un traitement spécial.

C'est maintenant au Conseil des États de délibérer de l'initiative populaire de la profession infirmière. Si ses initiants parviennent à lui arracher d'autres concessions, celle-ci pourrait bien être retirée. Mais on resterait néanmoins sur l'impression d'une occasion manquée, venant de ce que le monde politique n'ait pas eu à cœur d'améliorer de sa propre initiative les conditions cadres des infirmiers, tout comme celles des médecins de famille. Il n'y a que la menace de l'initiative populaire pour le faire bouger. Ce n'est pas là une politique de la santé réfléchie.

« Less is more » ou comment rendre la médecine durable

Aujourd'hui en Suisse, plus de 30% de la population renonce à un acte médical pour des raisons économiques. D'un autre côté, les primes augmentent plus vite que les salaires. Tout cela pointe du doigt un phénomène inquiétant: la pression financière exercée par les coûts de la santé sur les ménages atteint les limites du supportable. Et il devient urgent d'agir, y compris du côté des médecins.

Mais que faire? Parmi les nombreuses pistes qui visent à préserver la haute qualité des soins sans porter préjudice au malade, l'initiative « *smarter medicine* » est la plus aboutie. Elle consiste à viser une médecine plus économe en traitements et examens, parce que plus intelligente. Faire moins pour soigner mieux, telle est la base de cette approche à la fois moins coûteuse et au bénéfice du patient.

L'objectif de l'initiative est d'éradiquer les quelque 20% d'actes médicaux dont on est sûr qu'ils sont superflus. Il fut un temps où les mêmes analyses sanguines, par exemple, étaient pratiquées chez tous les patients. C'est fini. Toutes les demandes d'examen et tous les actes doivent désormais s'inscrire dans une médecine personnalisée et donc adaptée à chaque situation.

La *smarter medicine* est une méthode qui s'imposera par la volonté, tout d'abord des médecins et autres prestataires de soins, car elle répond à une exigence de professionnalisme, puis des patients, pour leur propre bien, afin de maintenir un haut niveau de qualité de médecine dans notre pays.

En collaboration avec la SMSR



Le Dr Michel Matter
Vice-président de la FMH,
Président de l'Association des
médecins du Canton de Genève,
Conseiller national



Boeing 737 max. Faire naïvement confiance à la technologie dans des domaines où les coûts sous forte tension est particulièrement dangereux. En médecine tout comme dans le trafic aérien, cela met directement en danger des vies humaines. Photo : Keystone

Intelligence artificielle et cabinet médical

Être humain versus machine

L'intelligence artificielle et le big data font aujourd'hui partie intégrante de la médecine. Qu'il s'agisse de diagnostiquer ou de traiter, le progrès technique est là qui soutient le médecin. Le pire danger de la montée du numérique vient de la naïveté humaine.

Il y a longtemps que l'intelligence artificielle (IA) a fait son entrée dans les cabinets médicaux. Elle est là de l'examen au traitement sans même que la patiente ou le patient ne s'en rende compte. C'est le cas pour l'analyse médicale des images radiologiques ou des échantillons de laboratoire. L'ordinateur identifiera tout aussi fiablement un tissu mammaire dense, signalant une possibilité de cancer du sein, que des nodules pulmonaires suspects de cancer. Ayant examiné ces images, le médecin procédera en cas de doute à des investigations supplémentaires. S'agissant de ces actes de routine, la machine peut faire mieux que l'homme. Un médecin qui compare lui-même des images peut par exemple être influencé par sa forme du jour, alors que les diagnostics posés par l'IA sont fiablement exacts et d'autant plus précis que les données disponibles sont nombreuses.

L'IA est également précieuse lorsque les données sont particulièrement rares, p. ex. pour dépister des maladies rarissimes, qu'un médecin ne rencontre peut-être qu'une seule fois de toute sa carrière et dont les symptômes sont donc difficiles à interpréter à première vue. Alors que l'ordinateur dispose, lui, d'une expérience nourrie par des données du monde entier. Son développement n'en est encore qu'à ses débuts, mais en 2019 a été présenté un programme capable de comparer la photo d'une personne avec des données génétiques de celle-ci et de reconnaître ainsi des maladies génétiques avec une fiabilité étonnante, rien qu'en se basant sur des photos.

L'être humain est irremplaçable

Bien que très présente dans les cabinets médicaux, l'IA complète l'être humain mais ne le remplace pas. Guidés par des processus standardisés, les ordinateurs signalent des états de fait suspects, mais ce sont les médecins qui en évaluent l'utilité, qui les interprètent et décident avec les patients de la suite à donner. Ne serait-ce que psychologiquement, l'intelligence humaine est un facteur déterminant du succès d'un traitement. Nombreuses sont les études qui attribuent à l'entretien médecin-patient un effet positif sur la guérison. Vient ensuite les questions juridiques. Qui porterait la responsabilité de l'échec d'un traitement laissé à l'appréciation d'un algorithme ? Son développeur ? Le médecin qui n'aurait pas remarqué l'erreur ? La société qui fait une confiance aveugle à l'innovation technique ? À moins qu'il n'y ait plus de responsable du tout.

Mais c'est surtout l'être humain qui, l'IA étant loin d'être infaillible, est indissociable du cabinet médical. Ainsi s'est-on aperçu que beaucoup d'algorithmes ne peuvent pas toujours être transposés d'une région à l'autre. Sur les images du visage ou de la peau, en particulier, il suffit de différences minimales pour perturber les algorithmes. D'où l'obligation de tester et surveiller en profondeur toute nouvelle application. Les évaluations automatisées donnent souvent des résultats faussement positifs, qui, non triés par un médecin, peuvent donner lieu à des inquiétudes sans fondement ou à de coûteux examens complémentaires.

Rester vigilant

Les développeurs ne sont d'ailleurs pas les derniers à mettre en garde contre un usage irréfléchi de l'IA. C'est notamment le cas du professeur Walter Karlen. Titulaire à l'EPFZ d'une chaire pour les « Systèmes de santé mobiles », il œuvre lui-même à la numérisation du système de santé. Ses groupes de recherche travaillent sur l'apprentissage automatique appliqué à l'analyse d'images de plaies ou sur la prédiction de la pneumonie numériquement assistée chez l'enfant. À la demande de P+P, il nous a dit, tout en en reconnaissant le potentiel, ce qu'il considère comme le danger majeur de l'IA : « La naïveté des gens qui pensent que seule la technologie peut résoudre nos problèmes de santé. »

Il établit un parallèle avec les accidents dont ont été victimes l'an dernier des avions de Boeing. Le trafic aérien et la médecine ont tous deux pour enjeu des vies humaines et, dans l'un comme dans l'autre, la numérisation progresse à grands pas. Une numérisation dangereuse dès lors que l'on en fait un mauvais usage pour réaliser des économies. Et c'est exactement ce qui semble avoir été le cas des logiciels défectueux équipant les nouveaux appareils de Boeing. Et c'est, dit-il, ce qui pourrait arriver dans le domaine de la santé si les autorités ne sont pas vigilantes. Car, tout comme dans le trafic aérien, on en est à s'en remettre aveuglément à la responsabilité des fabricants et à l'auto-déclaration. La façon dont on développe aujourd'hui les logiciels « n'est pas forcément compatible avec des applications comportant de nombreux risques ». Ce qui, dans un domaine où les prix sont sous forte tension, peut devenir dangereux et finir par conduire à ce qu'on bloque également les nombreuses innovations parfaitement judicieuses de l'IA.

De dangereux intrus

Il est des circonstances dans lesquelles des principes économiques peuvent être contraires à l'éthique médicale. Et cela devient particulièrement problématique lorsque des investisseurs sans lien aucun avec elle placent de l'argent dans la santé en espérant des profits rapides.

Cet article est né en collaboration avec le Swiss Dental Journal de la SSO.



Les grosses structures anonymes aux mains d'investisseurs n'ayant aucune expérience de la branche génèrent des frais d'organisation – et mettent en danger l'étroite relation qui doit exister entre le médecin et son patient.

Photo: Keystone

Toujours plus nombreux sont depuis quelques années les investisseurs qui, bien que n'ayant aucun lien avec lui, investissent dans le secteur de la santé et rachètent des cliniques et des consortiums hospitaliers ainsi que, de plus en plus, des cabinets médicaux et dentaires. Une stratégie qui, en période de faiblesse persistante des taux, peut s'avérer payante. La médecine est un domaine stable et très rentable. Une personne qui souffre va voir un médecin sans se poser de questions sur les cycles conjoncturels. Étant extrêmement fragmenté, ce secteur offre de bonnes perspectives de croissance. Tout récemment encore, on ne comptait guère de fusions importantes. La plupart des médecins de famille étaient propriétaires de leur cabinet.

Du rendement au détriment de la sécurité des patients

Tout cela ne pouvait échapper aux investisseurs, qui sont souvent des sociétés anonymes aux activités internationales ou, de plus en plus souvent, des sociétés de capital-investissement, dont on sait qu'elles ont en général des objectifs de rendement très élevés. Leur but : réorganiser les entreprises qu'elles rachètent pour en augmenter la valeur et les revendre avec profit au bout de cinq ou six ans. Que la sécurité des patients puisse en souffrir est évident.

Les investisseurs, eux, vantent les avantages qu'en retirent les patients. Des avantages effectivement incontestables – tout au moins à première vue : les centres et les chaînes ont, il est vrai, des heures d'ouverture plus longues et plus souples et sont souvent ouverts le week-end. Et ils prétendent également pouvoir fournir leurs prestations à meilleur compte, ce qui est faux.

Les inconvénients pour les patients et les employés

Les traitements soi-disant plus avantageux ont souvent pour contrepartie des augmentations de volume sans raison d'être et une surexploitation illicite et incontestablement néfaste pour le patient des possibilités offertes par le système tarifaire. Les centres et les chaînes sont certainement efficaces, ils font des locaux et des appareils un usage plus rationnel, ils amortissent plus vite leurs investissements et se fournissent à des conditions plus avantageuses. Il n'est pas dit, en revanche, que ses avantages profitent toujours aux patients. Et l'on aurait tort de sous-estimer les dépenses de coordination de ces grosses structures. Ce dont souffre le contact personnel avec le patient et, du même coup, le développement d'un rapport de confiance solide, formant la base même de la relation médecin-patient.

Les investisseurs estiment que les salariés doivent, eux aussi, être gagnants : qui dit chaîne dit fini le risque et l'apport financier que représente la création d'un cabinet. Le revers de la médaille est que les conditions que l'employeur impose contractuellement à ses salariés quant au chiffre d'affaires à réaliser sont souvent d'une rigidité qui met ceux-ci sous pression vis-à-vis de leurs patients. Le CED, organisation faïtière des médecins-dentistes européens, évoquait en 2018 des violations de l'éthique relevées dans des entreprises appartenant à des chaînes de soins dentaires européennes. En Espagne et en France ont été signalés des cas où il était interdit aux dentistes salariés de prendre leurs pauses légales. Mais il existe aussi en Suisse des investisseurs, appartenant ou non à la branche, qui rachètent par intérêt économique des quantités de cabinets auxquels ils appliquent ensuite des mesures d'économie impliquant des baisses de qualité dont ils sont pleinement conscients.

L'économisation de la médecine pose-t-elle problème ?

Où se situe la limite entre une nécessaire économisation et la trahison du principe voulant que le médecin soit responsable du bien-être du patient ? Selon l'éthicien de la médecine allemand Giovanni Maio, l'économicité est pour le système de santé une nécessité profitant également au payeur de primes et d'impôts. Si l'économisation de la médecine pose problème, c'est à partir du moment où sa logique, qui ne devrait s'appliquer qu'aux structures, s'applique au contenu même de la médecine. Car la logique de l'économie pourrait contredire l'éthique professionnelle du médecin, si l'on refusait par exemple de soigner des patients au motif de faire des économies. Empêcher un transfert inapproprié du raisonnement économique à la médecine est une tâche que seul le médecin est à même d'assumer. Le but doit être de revenir à un système de santé plus conforme aux besoins des patients – et de rester fidèle au principe d'éthique voulant que l'être humain soit au centre de ce système.

Un nouveau serment pour les jeunes médecins

Les médecins sont conscients du problème et essaient de corriger le tir. Initié par l'Institut « Dialog Ethik » et soutenu par plusieurs associations de dentistes, est né un nouveau « serment suisse ». Il s'agit d'une version moderne de l'antique serment d'Hippocrate. Voici, entre autres, ce que jurent aujourd'hui les médecins : « Je n'utilise pas les patientes et les patients pour servir ma carrière ni d'autres fins [...] » et : « Je veille à mon intégrité professionnelle et je n'accepte aucune prestation financière ni d'autres avantages, en particulier pour la recommandation et le transfert de patients ; je ne conclus aucun contrat m'astreignant à des quantités définies de prestations ou à l'omission de prestations. » Durant l'été 2018, 40 médecins de l'Hôpital cantonal de Fribourg ont été les premiers à prêter le nouveau serment.