



Éditorial

Les budgets globaux: fausse piste pour la réduction des coûts, dit l'économiste de la santé Willy Oggier. Page 2



Test de langue pour les médecins étrangers

Les nouvelles conditions d'admission des médecins manquent encore de règles contraignantes. Page 3



Revenir à l'humain

Le big data et l'internet des objets – quel avenir pour notre système de santé? Page 4

POLITIQUE + PATIENT

13^{ème} 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, Gabriela Troxler; forum | pr
Mise en page: Claudia Bernet, Berne
Impression: Stämpfli AG

Le secret du patient en danger

Touche pas à mes données

Le secret du patient se désagrège. Les médecins sont contraints de fournir un nombre croissant de données de santé de leurs patients à des autorités, ce qui nuit à la relation de confiance médecin-patient.

Le médecin est une personne de confiance à laquelle le patient confie des informations hautement sensibles sur lui-même et sa santé et le secret du patient un moyen central de protéger les intérêts de celui-ci. Un moyen que le médecin a le devoir de respecter et

de défendre. Cette obligation est la condition sine qua non d'une relation confiante entre médecin et patient. Or le secret du patient semble se désagréger, et ce sur plusieurs fronts à la fois.

Suite à la page 2



Qu'est-ce qui a ou n'a pas pertinence pour la circulation routière? Les médecins sont parfois contraints de lever pan par pan le secret du patient.

Photo: Keystone

Les pharmaciens comme prestataires de soins de base

Plus de compétences, quel qu'en soit le prix

Le Conseil fédéral et le Parlement ont renforcé le rôle que les pharmaciens ont à jouer dans le domaine des soins médicaux de base. Les lois fédérales remaniées sur les médicaments et les professions médicales leur assignent de nouvelles tâches. Ils pourront désormais remettre librement certains médicaments soumis à ordonnance, administrer des vaccins, traiter eux-mêmes des maladies courantes et accompagner thérapeutiquement des malades chroniques ainsi que d'autres groupes à risque.

Le corps médical suisse suit cet élargissement des compétences avec scepticisme, mais sans se fermer aux évolutions sociétales. Pragmatique, la récente assemblée des délégués de la FMH a reconnu que le monopole médical du diagnostic et de la thérapie n'avait plus valeur d'absolu, remplacé qu'il est par des formes de traitement interprofessionnelles. Que l'on ait besoin d'une coopération coordonnée entre médecins et pharmaciens, tous les délégués de la FMH en conviennent. Qu'il s'agisse des sorties d'hôpital, du service des urgences ou du dossier électronique du patient, ce besoin est évident.

Mais le Conseil fédéral continue d'avancer ses pions. Dans son rapport sur la place future des pharmaciens, il encourage les cantons à faire en sorte que «les pharmacies soient en nombre suffisant dans toutes les régions, à savoir également dans les zones rurales» et ouvre aussi aux pharmaciens la perspective de facturer leurs prestations via la caisse-maladie obligatoire. Ces idées se heurtent à une forte incompréhension du corps médical. Alors que d'innombrables cabinets de soins de base disparaissent chaque année des zones rurales et qu'une grande partie des assurés peinent sous la charge croissante de leurs primes maladie, l'État est prêt à voler au secours des pharmaciens et à étendre davantage encore le catalogue des prestations médicales.

Le médecin face à un dilemme

L'exemple de la circulation routière: La loi sur la circulation routière libère du secret professionnel les médecins ayant des indications selon lesquelles un patient n'est pas apte à conduire en toute sécurité parce qu'il souffre d'une maladie physique ou mentale.

Prenons le cas d'un patient tenu, parce qu'il a plus de 70 ans, de prouver régulièrement à l'autorité cantonale, certificat médical à l'appui, qu'il est apte à conduire. S'il est épileptique, il a le droit de conduire à condition de ne pas avoir eu de crise pendant trois ans. D'où dilemme pour le médecin. Est-il néanmoins obligé de signaler à l'autorité cantonale que le patient est épileptique ? Et, si oui, d'obtenir à cet effet le consentement du patient ?

Les caisses-maladie ont, elles aussi, un appétit grandissant de données de patients. Une fois communiqué à l'assureur le diagnostic de base légalement exigé, le médecin reçoit souvent de celui-ci d'autres formulaires contenant sur l'état de santé du patient des questions détaillées, que le médecin n'est pas légalement tenu de fournir. Beaucoup de médecins ne le savent pas et sont induits par ces formulaires à livrer plus d'informations que nécessaire.

Le problème des cyberattaques

L'exemple du dossier électronique du patient (DEP): Le DEP vise à améliorer la communication entre professionnels de la santé et à éviter les coûteux examens multiples. Les hôpitaux ont un délai à 2020 pour sa mise en place. Son utilisation est facultative pour les médecins indépendants et les patients. Le DEP contenant des données hautement privées, qu'aucun patient ne fournirait sans les savoir protégées, il existe cependant des craintes fondées quant à leur protection et à la possibilité de cyberattaques.

Les médecins indépendants travaillent avec la caisse des médecins et HIN SA à la sécurisation de l'échange électronique de données. Ils ont créé à cet effet la plateforme AD Swiss, ouverte à tous les professionnels de la santé, organisations et fournisseurs de prestations.

Le canton de Genève possède déjà un DEP. «Mon Dossier médical» a été créé en 2013, en collaboration avec la Poste. Il est facultatif et gratuit pour le patient, qui peut consulter son dossier sur son ordinateur et choisir lui-même le médecin ainsi que les documents auxquels celui-ci est autorisé à accéder. Le contrôle des données n'appartient donc plus au médecin mais au patient. Cela paraît séduisant sur le papier, à ceci près qu'un dossier qui n'est pas pleinement accessible à l'ensemble des professionnels de la santé impliqués ne remplit pas son but, qui est de simplifier la communication.

Également concernés: les médecins pénitentiaires

L'exemple de l'exécution des peines: Selon la nouvelle loi sur l'exécution des peines et des mesures du canton de Fribourg, le secret médical peut être levé sous certaines conditions. Le médecin d'une personne sous assistance de probation peut ainsi en être libéré dès lors qu'il est en possession d'informations pouvant avoir une influence sur l'appréciation de la dangerosité de cette personne. Mais la loi va encore plus loin: dans le cas de traitements ordonnés par la justice, le médecin doit, à la demande de l'autorité, renseigner celle-ci sur le suivi et l'évolution du traitement.

Le patient de verre

Mais disons-le aussi: beaucoup de patients sont d'une grande négligence quant à leurs données de santé. Diverses entreprises, caisses-maladie ou applis proposent des dossiers électroniques de santé où l'utilisateur peut entrer des données telles que groupe sanguin, allergies ou vaccinations, sans parler des applis mesurant le sommeil, évaluant l'alimentation ou comptant les pas effectués dans la journée. Autant d'informations qui, affirment les fournisseurs, ne seront pas utilisées à d'autres fins et stockées en toute sécurité, ce qu'il est pratiquement impossible de vérifier.

Si ces offres peuvent améliorer les compétences de santé des utilisateurs, elles peuvent aussi les conduire à se mettre à la merci d'assureurs-maladie ou de fournisseurs de prestations de santé habiles à tirer profit de leur naïveté. De ces informations pourrait par exemple dépendre en partie, un jour ou l'autre, la possibilité de conclure une assurance complémentaire ou la hauteur de leur prime d'assurance-maladie.

Mes données restent-elles protégées?

Le progrès médicotéchnique et la forte spécialisation de la médecine ont pour corollaire un échange de données toujours plus fréquent entre médecins, hôpitaux, pharmacies, etc. L'obligation d'informer qu'ont les médecins a pris au cours des dernières années une ampleur considérable. Les professionnels de la santé sont assujettis en la matière à la loi fédérale sur la protection des données, actuellement en cours de remaniement. Datant de près de 25 ans, qui ont vu un développement technique fulgurant, elle a indiscutablement besoin d'une révision totale. Espérons que la nouvelle loi saura tenir compte des spécificités du domaine de la santé. La relation de confiance entre médecin et patient doit continuer d'être protégée.

Budget global ou principe de contrat?

Une initiative de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national relative à la loi sur l'assurance-maladie vise à contraindre les fournisseurs de prestations et les assureurs à prévoir dans les conventions tarifaires des mesures de pilotage des coûts et des prestations pour lesquels le Conseil fédéral pourra en outre fixer des principes.

Dans la mesure où les augmentations injustifiées du nombre de prestations et des coûts de l'année de facturation par rapport à l'année précédente entraîneront pour les fournisseurs de prestations des obligations de remboursement ayant pour eux une incidence financière, cela ressemble fort à un budget global qui ne dit pas son nom et pose la question de la mise en œuvre concrète de cette disposition. Le couplage avec l'évolution annuelle des salaires et des prix, fréquent dans la pratique, n'est toutefois ni approprié ni promoteur de qualité. Le fait qu'une mauvaise conjoncture économique peut engendrer une demande accrue de prestations de santé est clairement documenté par la recherche en santé publique. Introduire dans ces conditions un budget global revient donc à provoquer une raréfaction des ressources certainement pas souhaitable en termes de fourniture de soins.

Qui plus est: Ne connaissant pas par avance le total des prestations qu'il fournira, le médecin traitant passerait d'une médecine de qualité à une médecine de quantité. Et, n'ayant connaissance qu'après coup de la valeur effective du point tarifaire qui en résultera, l'entrepreneur qui est en lui viserait à une croissance quantitative supérieure à la moyenne de ses collègues. Avec un tel système, le nombre de prestations constituerait, en effet, le seul moyen qu'il ait de s'assurer un chiffre d'affaires suffisant.

Ce n'est pas ainsi que l'on régule la concurrence.



Willy Oggier

Oggier (D^r ès sc. éc. HSG) a étudié et obtenu son doctorat d'économie publique à l'Université de St-Gall. Il est le propriétaire de la société Willy Oggier Gesundheits-ökonomische Beratungen AG et compte parmi les économistes de la santé les plus réputés de Suisse.

Test de langue pour les médecins étrangers

La réglementation actuelle de l'admission des médecins arrivera à échéance en juin 2019. Le Conseil fédéral a présenté récemment ses idées à ce sujet. Mais on y chercherait en vain des mesures énergiques telles que le pilotage par compétences linguistiques.



En l'état actuel des choses, la Confédération n'exige même pas des connaissances linguistiques du niveau de la maturité pour être autorisé à soigner des patients. Autant dire que les malentendus sont programmés.

Photo: iStockphoto

Le Conseil fédéral a fait savoir, voici quelques semaines, comment il comptait piloter à l'avenir l'admission des médecins. On se félicitera qu'il ait renoncé à restreindre le libre choix du médecin et que des différences de prix pour une même prestation lui paraissent inappropriées. Le modèle qu'il propose prévoit que la mobilité accrue des patients et les modèles de travail flexibles des médecins seront mieux pris en compte. La FMH juge ces mesures trop molles. Elle estime que la pratique actuelle a fait ses preuves. Aujourd'hui, les médecins souhaitant exercer en indépendants doivent avoir travaillé pendant au moins trois ans dans un centre de formation reconnu.

La qualité comme critère principal

Au Conseil fédéral s'offre l'occasion de miser systématiquement sur la qualité, a dit la FMH dans un communiqué officiel. L'admission doit dorénavant être régie par des critères de qualité simples, vérifiables et efficaces, tels que langue, formation et formation continue. Les connaissances linguistiques, en particulier, deviennent de plus en plus importantes. Aujourd'hui déjà, un médecin en exercice sur trois vient de l'étran-

ger et quatre titres de spécialiste sur dix sont décernés à des médecins ayant des diplômes étrangers et provenant, pour beaucoup d'entre eux, de pays où l'on ne parle aucune des langues nationales suisses. Or ce manque de compétences linguistiques met en danger la sécurité des patients.

Quand on comprend tare pour barre

Une patiente se plaignant de violentes douleurs abdominales se présente aux urgences. Le médecin de garde qui l'accueille la rassure et lui dit «je vais voir ça tout de suite». Mais son collègue étranger comprend «appendicite» et l'opère. Heureusement, il n'y a pas dans cette histoire un mot de vrai. Celui qui la raconte est Frank Ulrich Montgomery, le président de l'ordre des médecins allemand. L'Allemagne compte aujourd'hui plus de 40 000 médecins étrangers, dont beaucoup parlent à peine l'allemand, ce qui n'a pas échappé au corps médical allemand.

Allemagne: tests de langue uniformes pour les médecins immigrés

Il a sonné l'alarme et fait pression sur le politique. L'an

dernier, ayant compris le message, les Länder ont institué pour les médecins étrangers des tests de langue uniformes. Avant d'être autorisés à pratiquer, les médecins immigrés doivent maintenant passer des tests de langue sévèrement réglementés. Il ne suffit plus de se débrouiller en allemand. Les candidats sont soumis à des simulations d'entretien avec des patients ainsi qu'à des entretiens techniques avec des collègues notés avec sévérité. Les résultats sont alarmants: 40 à 50 pour cent des médecins ratent le test. Notre voisin a compris que les médecins doivent être capables de parler sans difficulté avec les patients comme avec leurs collègues.

Des exigences clairement définies pour les cantons

La Suisse en est loin. La loi sur les professions médicales révisée exige certes la maîtrise avérée d'une langue nationale, or le Conseil fédéral s'est contenté, il y a peu, de durcir les dispositions sur l'enregistrement. Les personnes concernées disposent maintenant d'un délai de deux ans pour apporter la preuve de leurs connaissances linguistiques. Un signal plus fort de la Confédération ne serait pas de trop. L'élaboration du nouveau modèle d'admission offre au Conseil fédéral une belle occasion de rattraper le temps perdu et d'imposer aux cantons des exigences clairement définies. Des projets de texte existent déjà: la FMH et l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue ISFM exigent au minimum la connaissance d'une langue nationale de niveau B2, soit environ l'équivalent du niveau de la maturité.

Évoquant la situation actuelle, Peter Wiedersheim, co-président de la Conférence des sociétés cantonales de médecine CCM, ne mâche pas ses mots: «Je ne comprends pas que le politique et les autorités ne cessent de critiquer la qualité du corps médical mais ne trouvent pas nécessaire de rendre les compétences linguistiques obligatoires. Les pays voisins, tous membres de l'UE, ont des règlements en la matière alors que nous attirons, nous, les médecins qui échouent au test de langue de ces pays!» Le Conseil fédéral se doit d'agir, lui qui fait de la sécurité des patients l'un des objectifs phares de son agenda Santé 2020.

Quatre critères de qualité

La Fédération des médecins FMH plaide pour des règles d'admission reposant sur quatre critères de qualité. Les médecins doivent

- avoir suivi 5500 heures de formation durant leurs études,
- avoir exercé pendant trois ans dans un centre de formation reconnu,
- attester de formations continues régulières,
- passer en Suisse un examen de langue.

Revenir à l'humain

Le système de santé de la Suisse rattrapé par l'internet des objets et le big data. Quelles nouveautés l'avenir nous réserve-t-il – et quel impact pour le patient?

L'homme parle avec la machine, et la machine le comprend. Révolutionnaire hier, aujourd'hui dépassé. Une nouvelle génération d'objets qui s'interconnectent et échangent entre eux – voilà né l'internet des objets.

Santé 4.0

Le système de santé entend bien ne pas être le dernier à en profiter. Non contents de surveiller ce qui se passe sur ma véranda et d'éteindre la lumière, des capteurs mesureront demain des données vitales telles que le pouls, la température corporelle et la respiration et alerteront d'eux-mêmes les secours si je fais une chute. Une appli pour personnes dépressives vérifie déjà combien de fois celles-ci parlent au téléphone avec d'autres personnes ou leur écrivent et combien de smartphones se trouvent à proximité. Utilisant des données GPS, elle contrôle leurs sorties, le nombre de fois où elles font du sport et leur intime d'appeler des amis. Sur le lieu du travail, les déplacements de la souris renseignent l'utilisateur sur son niveau de stress. Indicateurs avancés de burnout, ils prédisent aussi, dans les tests, la survenue d'un alzheimer.

Le coach numérique

Ces objets s'approprient de plus en plus le rôle du médecin. La réalité dépasse la fiction. Alexa, l'assistant personnel de shopping d'Amazon, explique sur demande comment fonctionne une réanimation cardio-pulmonaire. Siri, dont se servent des millions d'utilisateurs d'iPhone, fait dans l'empathie et leur conseille de parler de leurs soucis avec des amis. Anna et Lukas, deux chatbots d'une appli pour enfants et jeunes en surpoids, leur demande comment ils se sentent, ce qu'ils mangent et leur conseille de prendre de l'exercice. Invités à choisir entre leur médecin et Anna et Lukas, 96% des enfants ont dit, la première semaine, préférer parler avec leurs deux «chatfriends» interactifs. Les interventions comportementales sont le «comprimé numérique» d'aujourd'hui; les smartphones, que nous avons en permanence sur nous, se muent en pharmacie.

Big data ou big flop?

Les machines vont puiser leurs informations dans le big data, par milliers de billions de téraoctets de données. Un accès à Internet leur suffit. En 2016 ont été identifiés plus de 80 000 gènes. La même année, plus de 5000 revues médicales ont publié en ligne au-delà de 2000 articles par jour. Des montagnes de données

qu'une vie entière ne suffirait pas à saisir mais que les machines absorbent sans sourciller et n'en deviennent que plus intelligentes. Le problème est donc de savoir de quoi alimenter les innombrables bases de données et l'internet. Si l'on demande à une machine intelligente quelle est la plus belle des femmes, elle répond «la jolie blonde court-vêtue» parce qu'elle a appris sur Internet que c'est ce qui se rapproche le plus du concept de femme. À elles seules, les données n'indiquent pas aux machines ce qui est important. Un ordinateur ne fait pas la distinction entre corrélation et causalité. Pour une machine, l'obtention d'un prix Nobel et liée à la consommation de chocolat du pays du lauréat. Elles ne connaissent pas non plus l'anonymat. Elles ont accès à des données qui en font dire aussi long à une valeur sanguine qu'à une empreinte digitale. De là à imaginer des primes de caisse-maladie directement corrélées aux données de santé, il n'y a qu'un pas.

Autant de limites que de possibilités

Est-ce là ce que nous sacrifions sur l'autel de la médecine moderne? En tout cas pas aujourd'hui. Grands sont les obstacles qui se dressent sur le chemin du big data. Que l'on mesure les valeurs sanguines des diabétiques trois fois par jour ou minute par minute

(grâce à un capteur cutané), le traitement reste le même. Les techniques de mesure numérisées se heurtent à des médicaments d'action lente tels que l'insuline. C'est pourquoi le big data est relativement superflu pour la médecine, à quoi s'ajoute qu'il est dangereux. La qualité des données n'y est tout simplement pas. Les résultats sont insuffisamment transposables, trop souvent faussement positifs, la sécurité des données nulle et l'évidence trop rare. Les circonstances de vie étant ce qu'elles sont, il n'est toujours pas possible de standardiser le patient.

Que nous réserve l'avenir?

Sans doute que la réponse nous sera donnée par le temps. La société se doit d'aménager le progrès technique. Et les «dissidents», direz-vous? Certains actes médicaux seront-ils demain réservés à ceux qui acceptent le progrès? À ceux qui veulent bien être soignés par un robot et se passer de son analogue – le médecin? Nous serons obligés de peser le pour et le contre du progrès et de choisir entre ce qui est possible et ce que nous voulons. Nous risquons de perdre une chose pour laquelle il vaut la peine de se battre – le contact humain, la relation médecin-patient. Ne permettons jamais, quelle que soit l'euphorie qu'il suscite, que l'internet des objets devienne une fin en soi. Sa mise en œuvre doit se faire à pas comptés, là où il constitue la meilleure solution à un problème non résolu. Faute de quoi, le patient va se trouver de plus en plus marginalisé alors que c'est le centre qu'il devrait occuper.

Cet article repose en grande partie sur des exposés présentés lors des Trendtage de Gesundheit Luzern des 29 et 30 mars 2017. Plus d'infos à l'adresse



Les gros mangeurs de chocolat ont davantage de chances de remporter un prix Nobel. Une absurdité où seuls les ordinateurs voient un rapport de cause à effet.

Photo: iStockphoto