PrimaryCare 2001;1:161–164

Où va la gestion de la santé publique?

Groupe de presse de l'ANMO, Drs. J.-F. Boudry, J.-P. Studer, G. Villard

Résumé: Face à la dérive de la gestion de la santé publique, les médecins de famille disent haut et fort que les mots de solidarité, mutualité, respect d'autrui, écoute de l'autre, reconnaissance du travail de l'autre, doivent garder leur plein sens dans la médecine pratique du troisième millénaire; qu'ils veulent que la relation entre deux êtres humains (le malade et le médecin) reste la base de l'activité médicale et soit valorisée avant la technique; et qu'ils refusent que le patient et ses maux soient traités comme de simples marchandises à valeur ajoutable ou soustrayable comme au bazar ou à la bourse.

Zusammenfassung: In Anbetracht abdriftender Praktiken im öffentlichen Gesundheitswesen fordern die Hausärzte laut und deutlich, dass Worte wie «Solidarität», «Gegenseitigkeit», «Achtung vor dem Nächsten», «dem anderen zuhören», «Anerkennung der Arbeit des anderen» in der praktischen Medizin des 3. Jahrtausends ihren vollen Sinn behalten müssen; dass die Beziehung zwischen zwei Menschen (dem Kranken und dem Arzt) die Grundlage des ärztlichen Handelns bleiben und vor die Technik eingestuft werden muss. Sie weigern sich, den Patienten und seine Leiden wie blosse Waren zu behandeln – mit Wertschwankungen wie auf dem Bazar oder an der Börse.

Une foule de propositions et de projets envahissent le quotidien du médecin. Aucune piste dans cette jungle, aucune idée directrice, aucun concept de base qui permettraient de comprendre les intentions de ceux qui sont chargés de la gestion de la santé publique, en particulier le Département fédéral de l'Intérieur. Celui-ci se comporte comme s'il devait faire face à l'incendie sans y être préparé et s'il se tournait tous azimuth pour trouver le moyen de l'éteindre … En tous les cas, il est clair que le premier souci de toutes ces propositions n'est pas le maintien de la qualité de la médecine; tous ces projets n'ont qu'un but: réduire les coûts … comme de nombreuses entreprises l'ont fait ces dernières années avec les conséquences que l'on sait sur la population … Dans cette cacophonie de voix discordantes, les généralistes neuchâtelois souhaitent rappeler ce qui sous-tend leur activité, redire l'éthique professionnelle à laquelle ils se réfèrent.

L'image du médecin aux poches remplies de billets de banque est encore vivace dans une partie de la population et des médias … Mais, dans le canton de Neuchâtel en tout cas, on ne devient pas médecin de famille pour être riche: dans notre canton, on sait depuis plus de quinze ans, grâce à différentes études statistiques répétées année après année, que le tarif médical cantonal ne permet aux généralistes de réaliser qu'un revenu qui représente 50 à 60% de la moyenne suisse; et une récente enquête interne a montré que le médecin de famille ne gagne, à l'heure, pas plus qu'un assistant social. On devient généraliste parce qu'on est sensible à la personalité du patient, à ses besoins, à ses difficultés personnelles, familiales ou sociales; parce qu'ensuite on veut lui offrir un lieu où dire sa souffrance, à l'heure où la société est en mutation rapide; dans l'intimité de leur cabinet, les médecins de famille se veulent toujours être une terre d'accueil, une oreille ouverte au besoin des malades, une disponibilité en faveur de celui qui vient lui faire confiance en le consultant. Enfin c'est pour le prendre en charge globalement, pour réaliser avec lui une synthèse des différentes approches diagnostiques et thérapeutiques (spécialistes, laboratoires, hôpitaux), une pondération des problèmes rencontrés, une instruction sur la gestion de sa santé (p.ex. dans les maladies chroniques). Au moment de recevoir un patient ils ne se demandent pas d'abord quel profit ils vont pouvoir en tirer … Bien que les banques et leurs conseillers fiduciaires les y poussent, les médecins de famille ne pratiquent pas leur métier en économistes, ils n'ont pas les yeux rivés sur la rentabilité de leur travail ou de leurs investissements (en temps ou en argent); c'est encore et toujours le patient qui a la priorité dans les préoccupations du médecin praticien.

Dans l'optique de ce mandat donné par le patient (et implicitement par la société) au médecin de famille, il importe quand même que son travail soit mieux reconnu. Or, que vivons-nous cet été?

Dr Jean-François Boudry
Grand-Rue 4
Case postale
CH-2001 Neuchâtel

Le nouveau tarif médical Tarmed

Il y a une dizaine d'années, lorsque le Conseil Fédéral a chargé les différentes instances s'occupant des tarifs médicaux (médecins, assureurs, OFAS) d'établir un nouveau tarif pour l'assurance maladie, les médecins généralistes se sont réjouis de ce projet. Au début la FMH s'en est occupée quasi seule. Historiquement les tarifs médicaux avaient été fixés canton par canton sur la base de négociations entre les sociétés de médecine et les fédérations cantonales des assureurs maladie, sans que ces conventions aient été dirigées par un concept de base; elles ont été bien souvent le fruit de négociations de bazar. Le nouveau tarif prévu, qui s'appelait encore GRAT, se basait sur les idées suivantes:

- Dans chaque position tarifaire, distinguer la part du coût réel de la prestation (critères techniques) et celle du travail intellectuel du médecin pour son acquisition ou son interprétation (critère médical propre).
- Il devait s'appliquer à l'ensemble des médecins, toutes spécialités confondues.
- Il devait être appliqué dans la Suisse entière.
- Le GRAT devait enfin être un instrument de comparaison, de saisie objective de la réalité de la pratique médicale en Suisse, répondant ainsi aux demandes de la population, des assureurs et de l'Etat et permettant de mettre en lumière puis de combler les inégalités criantes entre les différentes régions du pays et les différentes spécialités.

Il y a longtemps que les généralistes ont relevé que les prestations techniques étaient surévaluées, alors que les prestations intellectuelles étaient considérées comme mineures, au vu des tarifs qui leur étaient attribués. Ils se sont donc réjouis de cette nouvelle conception tarifaire, en espérant qu'elle donnerait enfin au travail du médecin la place prédominante qu'elle doit avoir par rapport aux actes techniques.

Au fil des années, de négociations en négociations, de réaction des assureurs en réaction du gouvernement et en réclamations des médecins interventionnels, le GRAT est devenu le Tarmed, en même temps que nous l'avons vu s'éloigner de ses objectifs initiaux et ainsi se vider de sa substance:

- Nous en sommes au calcul de la valeur du point canton par canton; une manière de restaurer les inégalités régionales.
- Les prestations techniques sont petit à petit mieux évaluées, on entend aujourd'hui des voix qui ne refuseraient pas l'idée d'attribuer aux actes techniques et aux actes intellectuels une valeur différente du point tarif … nouveau retour à une situation d'inégalité bien connue jusqu'ici.
- Le Conseil fédéral et les assureurs maladie tiennent à la neutralité des coûts; mais quelle neutralité? Celle des dépenses des caisses-maladie dans les frais médicaux ambulatoires? Si oui, comment ces dépenses pourraient-elles rester constantes, alors que le Conseil fédéral introduit dans la LAMAL nombre de prestations qui n'y figuraient pas jusqu'ici? (prise en charge des personnes âgées dans les homes; médecine alternative, etc.) Plutôt que la neutralité des dépenses des caisses-maladie, ne devrait-on pas trouver un instrument qui permette d'apprécier l'ensemble des dépenses qui dépendent de la prescription médicale: prestations tarifaires, médicaments, incapacité de travail, examens prescrits à l'extérieur du cabinet médical, hospitalisation? Si la neutralité des coûts n'est que celle des dépenses des caisses-maladie, il serait enfantin de la garantir en recourant beaucoup plus fréquemment aux hospitalisations, en évitant de contrôler les patients jusqu'à reprise du travail, en faisant pratiquer plus d'examens à l'extérieur, en faisant appel plus systématiquement aux spécialistes ou en refusant la prise en charge de patients «lourds». Mais c'est alors sur la collectivité que seraient transférés les frais de santé économisés en faveur des caisses-maladie!

Faisons un bref retour en arrière; dans la première moitié du siècle, alors que les caisses-maladie n'existaient pas, les honoraires des médecins étaient calculés par eux-même, qui tenaient alors souvent compte du niveau social de leurs patients: on faisait peu payer les pauvres, et on honorait les riches d'une note plus substantielle … Après la dernière

guerre, le développement de l'assurance maladie, souhaitée par tous, devait garantir des soins équivalents à l'ensemble de la population, aux riches comme aux pauvres; quand on en avait la possibilité, on payait soi-même son médecin ou son pharmacien, afin de ne pas «profiter de l'assurance»; celle-ci devait permettre à ceux qui n'en avaient pas les moyens de se payer les soins dont ils avaient besoin; c'est l'idée de mutualité qui alors prévalait, et que nous rencontrons encore chez certains de nos patients âgés. Les difficultés économiques des caisses-maladie ont débuté lorsque la Confédération a fermé le robinet des subventions. Dès lors, et la LAMAL a précipité le mouvement, les caisses-maladie sont devenues de moins en moins des mutuelles et de plus en plus des entreprises économiques comme d'autres, avec conseil d'administration, publicité, démarchage de clients, fusions, rentabilité, solidité des réserves. La mutualité a foutu le camp … en même temps qu'on a déresponsabilisé de plus en plus les assurés qui paient des primes de plus en plus lourdes: il faut bien rentrer dans ses fonds …

On comprend dès lors pourquoi les médecins de famille qui s'étaient réjouis de l'esprit du nouveau tarif sont aujourd'hui déçus et inquiets de l'évolution qu'il a prise.

Dans de nombreux pays européens et américains, les organes responsables de la santé publique ont reconnu que le seul frein valable et efficace à l'augmentation des dépenses générales de santé était le recours au médecin de famille, imposé ou non. Celui-ci, connaissant son patient, sa famille, son contexte social et professionnel, est à même de l'informer, de le rassurer, de lui prescrire les examens spécialisés dont il a vraiment besoin. On considère dans ces pays que, pour stabiliser les dépenses de santé, il est impératif d'avoir une forte proportion de médecins de premier recours bien formés et valorisés par une structure tarifaire adéquate; pour l'ANMO l'introduction de réseaux de santé serait une solution allant dans ce sens et intéressante à développer.

Le Conseil Fédéral est-il conscient de cette réalité?

Nous craignons que le Tarmed actuel aille exactement en sens contraire, en décourageant les jeunes médecins de se préparer à la médecine pratique et en dévalorisant le travail de ceux qui la font!

La clause du besoin

Que dire ici de la décision du gouvernement d'interdire pour trois ans l'installation de nouveaux cabinets médicaux? Quelle incurie de former à grand frais des professionnels puis de leur interdire l'exercice de leur profession! On veut tempérer la mesure en parlant de «clause du besoin» … Mais on se garde de la définir, en chargeant d'autres (les cantons) de l'appliquer … Nouvelle porte ouverte aux inégalités, aux concurrences, aux arbitraires (les cantons se baseront-ils sur les résultats financiers des caisses-maladie pour permettre ou interdire l'ouverture de nouveaux cabinets?) A nouveau, où se trouve l'idée de la gestion à long terme de la santé publique?

L'obligation de contracter

Pour le généraliste, la liberté du choix du médecin n'est pas un luxe de plus offert aux assurés, mais bien la condition fondamentale de son travail qui repose sur sa relation avec le malade. Un médecin, avec son caractère, ses goûts, son style personnel, ne peut convenir à tout le monde. Pour accomplir valablement son travail, il faut que s'établisse entre le patient et lui une relation de confiance, qui souvent évolue au fil des années vers une relation d'amitié.

Dans le domaine du traitement des problèmes psychologiques et des malaises existentiels, cette condition de choix du médecin est absolument impérative et évidente; or, le médecin praticien consacre une part importante de son temps (jusqu'à un tiers) à ce type de pathologie. Autoriser les caisses-maladie à ne pas contracter avec tel ou tel médecin équivaut, pour ses assurés, à la fin du libre choix du thérapeute. On nous dit que l'on veut ainsi éviter de devoir rembourser les honoraires d'un médecin qui ne pratiquerait pas économiquement. Mais qui en sera juge et sur la base de quels critères? Nous l'avons dit, les caisses-maladie ne se préoccupent que du caractère économique des frais de santé; si ce sont elles qui doivent être habilitées à définir avec quels médecins elles veulent travailler, elles n'agréeront à l'évidence que ceux qui leur feront faire le moins de dépenses … Solution absurde, dans l'optique d'une appréciation globale des dépenses de santé. Et que dire de l'inefficacité des statistiques des

caisses-maladie? Dans le canton de Neuchâtel, les caisses nous ont dit il y a quelques années que les dépenses de physiothérapie étaient excessives, avant de reconnaître (à voix basse) que leurs statistiques étaient erronées … Et l'une d'elles désirant créer son propre réseau avait établi elle-même sa liste des médecins habilités à travailler pour ses assurés; dans cette liste figuraient des médecins qui avaient cessé de pratiquer et même qui étaient décédés …

Les conseils par téléphone

Encore une proposition pour diminuer le recours au médecin, pour trier les demandes des patients et les conseiller et les orienter soit vers l'hôpital, ou le médecin, ou l'infirmière à domicile … Or les médecins de famille se sont toujours organisés pour assurer la garde et répondre en tout temps aux urgences; c'est même une obligation dans le canton de Neuchâtel. Qui donc est mieux placé pour répondre aux questions des patients que le praticien qui les connaît, qui est informé des problèmes en cours chez ses confrères, qui passe toutes ses journées à écouter, trier, analyser les demandes des malades? Combien d'erreur commettra une centrale qui ne connaît pas les appelants, combien d'hospitalisations urgentes elle proposera inutilement aux patients anxieux ou fonctionnels que le médecin praticien connaît déjà ou sait reconnaître? Combien de fois, craignant de prendre le risque de se tromper, elle conseillera des soins ou des examens inutiles ou le recours aux policliniques des hôpitaux en entraînant des frais supplémentaires, alors que le praticien gère tous les jours et mesure quotidiennement ces risques? Diminution des coûts, disiez-vous?

La retraite obligatoire à 65 ans

Voici, évidemment, un moyen de faire de la place aux jeunes … et de réduire la densité médicale si ceux-ci ne peuvent pas s'installer! Pourtant, comme nous l'avons dit plus haut, il est capital de garder à la médecine pratique son statut de profession libérale, non pas pour maintenir des privilèges mais pour lui permettre de s'exercer valablement dans l'intérêt premier du patient. Le corollaire à cette liberté est qu'il faut laisser au médecin le droit de choisir le moment de sa retraite. Des médecins trop âgés commettraient-ils des erreurs ou ne seraient-ils plus suffisamment performants? Aux organes de la société médicale (qui existent déjà) d'en avertir ces confrères et de leur conseiller l'arrêt de leur activité. Enfin il n'est pas inutile de rappeler que les médecins de plus de 50 ans aujourd'hui n'ont jamais bénéficié d'un deuxième pilier pendant les 5–10 ans de leur formation hospitalière: la LPP n'est obligatoire que depuis 1985! Leur retraite, ils doivent la construire seuls …

Apropos

Anbieterdominanz

Worin besteht die Leistung von ÄrztInnen? Der 1883 geborene Berner Arzt und Psychiater Jakob Kläsi sah sich noch als «ein Wissenschafter, ein Krieger, ein Erbarmer, ein Erzieher, ein Priester und ein Künstler». Ein bisschen weniger pathetisch und paternalistisch erklärte Franz Nager, ehemaliger Chefarzt am Kantonsspital Luzern, noch 1996, der ärztliche Beruf sei charakterisiert durch «Wissenschaft, Handwerk, Geschäft, Liebestätigkeit und Kunst». In der Gesundheitsökonomie dagegen ist die Rede von «Anbieterdominanz der Leistungserbringer», die «zugunsten der Kunden und ihrer Vertreter korrigiert» werden soll.

Quelle: WoZ 22.2.01 / SK