

Forum



Acceptez d'être filmé lors de votre prochaine consultation ...

Concernant l'article «Induction de l'offre de prestations médicales par la demande», *PrimaryCare* 2002;2:241-5.

Monsieur Domenighetti, J'apprécie vos enquêtes et leurs conclusions pertinentes.

Cette année, vous vous êtes introduit statistiquement dans la caverne secrète de la Pythie au stéthoscope, dans l'obscurité du confessionnal aseptisé, dans l'intimité sacrosainte de la consultation, au comptoir du *fast food* médical; et qu'avez-vous vu dans votre endoscope indiscret? (*Anus horribilis* et honni soit qui mal y pense) de l'argent. Que l'homo occidental du 21^e siècle est en mesure de demander ce dont il pense avoir besoin; que ce patient ne reçoit pas passivement la bequée doctorale ...

L'offre, la demande, la croissance ... bizarre ressemblance avec les ressorts mêmes de notre triomphante société de consommation (consolation?). Que 20% des coûts médicaux sont générés par cette demande «supplémentaire» du «client» (client/patient) ... Et si ces 20% étaient pertinents? Et si les 80% précédents, offerts, prescrits par le médecin étaient inappropriés? ... Passionnantes études comparatives en perspective! Supprimer 80% des coûts au lieu des 20% que vous avez stigmatisés!

Monsieur Domenighetti, chercheur (pas chère, au moins cette recherche!), cher contribuable (indispensable), cher assuré (chanceux je l'espère), cher patient (en bonne santé je vous le souhaite) vu la haute probabilité statistique que vous consultiez un jour: Venez voir dans nos cabinets ... Venez *vous* y voir!

Nous disposons d'un outil: l'enregistrement vidéo. La relation patient-médecin est une interaction complexe où interviennent les représentations et les attentes réciproques. Il s'agit de clarifier ensemble au cours de la consultation la part de l'inquiétude, de la souffrance, de la plainte, de la demande; il s'agit de considérer le contexte, le moment (crise?), le sens du processus.

Le professionnel répondra différemment selon les cas de figure, en tenant compte de la situation psychologique: Je «recadrerai» quelqu'un d'angoissé. Je

prescrirai de la physiothérapie «compassionnelle» à une personne âgée, sachant qu'elle restera dépendante d'autrui et qu'elle n'améliorera pas sa capacité de gain ... Je me fâcherai ou refuserai peut-être maladroitement certaine demande ... qui trouvera sa réponse plus ou moins adéquate dans un autre contexte (urgence anonyme parfois). Je serai fatigué ou pressé, et par conséquent lâche ou complaisant dans certaines situations. D'accord avec vous!

La «demande de fin de consultation», qui vous permet d'épingler la complaisance du médecin, peut traduire une difficulté à aborder certain problème, une anxiété, une gêne ou un problème dans la relation médecin-patient.

Les habiletés relationnelles trouvent trop rarement des occasions d'apprentissage dans le cours de la formation professionnelle. Il existe des *groupes vidéo*, j'y reviendrai. Combien de médecins ont-ils bien compris (statistiquement, épidémiologiquement, économiquement) que plus d'exams n'entraînaient pas automatiquement plus de sécurité, plus de santé? Par exemple un résultat erroné, «faux-positif», statistiquement prédictible, entraînera angoisse, escalade diagnostique (voir chirurgicale), avec conséquences graves elles aussi statistiquement prédictibles. Combien de médecins se donnent-ils les moyens de transmettre ces données (incertitude, choix, conséquences éventuelles) à leur patient? – «pas le temps ... Il ne comprendrait pas ... Cela sape la confiance dans le pouvoir médical de guérir ...» Il est bien plus simple d'ajouter à la prise de sang un test HIV sans discuter, un pseudo-test pour le cancer du côlon, d'envoyer le plaignant au scanner.

Oui la demande en matière de prestation de santé consommable (et jetable) est illimitée: «Tant que je souffrirai, que la mort m'angoissera, j'en redemanderai ...» «Tant que les inventeurs de produits bons, bonbons consolateurs, chouchouteurs, salvateurs, inventeront des nouveautés plus épatantes, plus innovantes (y compris le retour aux sources ancestrales), plus coûteuses, j'en désirerai ...» «J'exige de rester jeune et beau, c'est dans le catalogue de la clinique du coin et des prestations remboursées.»

Oui la demande est illimitée, mais elle se conforme à l'offre, et vous, experts, avez votre part de responsabilité, dans le lob-

bing qui influence les décisions politiques:

- les grandes orientations du cursus universitaire,
- les grandes orientations de la recherche,
- l'évolution du système de santé.

Tant que les innovations technologiques progressent plus vite que les recherches sur le développement de la santé de la communauté, nous assisterons à la croissance anarchique du *Grand Bazar* des soins, parallèlement à la péjoration de l'état de santé de la population et l'aggravation de l'inégalité sociale dans la répartition de la santé. (L'inégalité d'accès au *Grand Bazar* est moins grave: que les milliardaires aillent se faire cloner.)

Que faire? Je ne considère par comme mon devoir de jouer le rôle de chien de garde du gâteau des ressources. Comme «gate keeper» – concierge? Je veille à ce que le visiteur de l'Edifice (le système de soin) se rende au bon étage, ne se fourvoie pas à des adresses qui lui feront perdre temps, argent ou santé. Je ne suis pas de poids à lutter contre le matraquage publicitaire, dur ou *soft-new-age* («fumez, buvez, médiquez votre insomnie, votre fatigue, votre impuissance, opérez vos rides, vos rondeurs, vos douleurs»).

Cependant si «vous» nous accordez le temps, nous pouvons communiquer avec nos patients: Avoir le temps de se former, ne pas se trouver en nombre restreint par une «clause du besoin», être rémunéré pour le temps consacré plutôt que pour les «actes».

Exemple de formation: Dans le but d'améliorer la réponse que le médecin apporte à la problématique du patient, il existe la supervision de consultations enregistrées en vidéo (le patient accepte volontiers, le professionnel est plus réticent ...) Par exemple, dans une situation de «demande de fin de consultation» qui vous semble si inutilement coûteuse, nous pouvons apprendre à réagir en *favor* du patient (sans lui concéder de *favours*: «Ce que vous me demandez mérite du temps; revenez rapidement pour en parler». Pas de ricanements! Une attitude attentive diminue la surconsommation!

Il y aurait une étude intéressante à effectuer par ce moyen, et je vous invite à y participer, y compris en acceptant d'être filmé lors de votre prochaine consultation ... Je nous souhaite, Monsieur Domenighetti,

rigueur (vous en faites preuve), honnêteté (les médecins en sont capables), modestie (qualité démodée hélas), et ténacité, afin que nous puissions œuvrer pour: *plus de santé, équitablement.*

Hugues Burkhalter, médecin membre de l'AMI (Association de Médecins Indépendants, Internet: <http://www.med-ami.org>, qui organise depuis plusieurs années des colloques de formation continue, dont un groupe vidéo)

Réplique

Cher Monsieur Burkhalter,
Merci pour votre commentaire, que je partage. Deux seules remarques; la première, déjà mentionnée dans notre étude, est qu'une partie (malheureusement non-quantifiable) des demandes des patients était sûrement justifiée du point de vue sanitaire. La deuxième concerne les enregistrements vidéo; du moment que les acteurs sont au courant du fait d'être filmé, leur comportement va probablement se modifier par rapport à celui qu'il auraient eu lors d'une consultation «normale».

Et une dernière remarque. Malheureusement, les économistes sont foncièrement obligés de parler «d'argent». C'est leur «matière première». Une partie d'entre eux en tout cas se rend heureusement et parfaitement compte que dans le domaine de la santé, il y a d'autres valeurs, non-monétaires, qui sont bien plus importantes.

Bien à vous,
Gianfranco Domenighetti



Une pseudo-étude!

Concernant l'article «Induction de l'offre de prestations médicales par la demande», PrimaryCare 2002;2:241-5.

Chers Collègues,
Malgré un silence de plusieurs années après mon retrait de la politique professionnelle, je ne peux m'empêcher de réagir vivement à la publication de l'article du Prof. Domenighetti. Loin de moi l'idée de réfuter la discussion démocratique et honnête, mais comme les événements en France viennent de le montrer on ne peut débattre avec n'importe qui, il faut que certaines valeurs primordiales soient respectées. Or les publications malheureusement trop connues de ce Monsieur, ne sont que de la propagande ca-

chée sous un couvert pseudo-scientifique de Professeur de Faculté (de Sociologie on en connaît d'autres aussi peu crédibles, n'est ce pas M. Jean Ziegler, autre sociologue distingué! ou Mme Elisabeth Tessier, grande scientifique bien connue qui vient d'obtenir un doctorat en Sociologie). Il ne s'agit que de *pseudo-études* utilisées pour soutenir un credo politique dont il ne se cache pas: réduire le nombre de médecins et laisser tout le pouvoir du choix aux Caisses-Maladies. D'autres défendent politiquement cette idée dont nous savons qu'elle est injuste et qu'elle sera probablement totalement inefficace et c'est leur plein droit *mais* la soutenir par des documents pseudo-scientifiques relève d'une manipulation à laquelle PrimaryCare s'est fait prendre.

Comment en effet accorder la moindre crédibilité à ce piteux papier qui n'est rien de plus qu'un *petit sondage* sans aucune valeur scientifique ni statistique et qui devrait être envoyée au seul endroit qui lui convienne: la corbeille à papier. Reprenons: un questionnaire adressé à 1000 personnes, cette question «cachée» parmi d'autres que nous ne connaissons pas, but de l'étude indéfini, représentativité des interrogés non définie. Nous avons 26 cantons (cela fait moins de 50 questionnaires par canton!), plusieurs dizaines de grandes CM (cela fait probablement quelques patients par CM), un grand nombre de spécialistes (combien par spécialités? quelles spécialités?), aucune validation de la crédibilité des réponses (quand? combien de temps après la consultation, etc. ...); lorsqu'on sait ce que les patients retiennent d'une consultation selon des études autrement sérieuses, on est confondu de l'amateurisme de la démarche. J'arrête là, il y aurait encore beaucoup d'autres remarques.

La manipulation tient évidemment à ce que l'on se permette de tirer des conclusions de cette pseudo-étude mais c'en était évidemment le seul but: cela coûte X milliards aux caisses (l'appréciation de ces coûts est simplement renversante), il y a trop de médecins donc il faut réduire le nombre de médecins. Ridicule quand on sait que lorsque effectivement ces demandes existent (il serait stupide de le nier), ce qui manque le plus est le temps pour expliquer et discuter pourquoi tel examen ou telle consultation n'est pas indispensable. Réduire le nombre de médecins ne fera que réduire leur disponibilité et l'opportunité de refuser par la discussion ces demandes inadéquates. Il faut mieux former et soutenir les médecins pour ce type de démarches, c'est tout.

Pseudo-étude, conclusions biaisés et idéologiques, contre-productives, non, *on ne peut discuter avec l'importe qui!* M. Domenighetti *n'est pas crédible* et ne peut être un interlocuteur acceptable, mettons le hors jeu avec des arguments solides au lieu de lui donner des tribunes reprises sans la moindre critique ni commentaire par les médias friands de ce genre de données soi disant scientifiques (cf. le Temps du samedi 27. 4. 2002).

Paul Roth (ancien membre du bureau de l'AMG et ancien délégué à la Chambre Médicale)

Réponse

Cher Collègue,

La politique d'information choisie par PrimaryCare reflète la ligne politique de la Société Suisse de Médecine Générale, dont c'est l'organe officiel, et cette politique d'information se veut large, vous l'aurez constaté, comme la ligne politique de la SSMG est ouverte.

Ainsi, le temps où l'on n'enseignait pas la lecture pour préserver le pouvoir des clercs est heureusement révolu, et nous ne sommes pas d'avis qu'il soit des informations ou des modes de pensée qui doivent être cachés à nos lectrices et lecteurs.

Dans cette idée, nous avons créé une rubrique «Forum de politique de santé» dans laquelle nous publions des textes importants et informatifs, mais qui «ne reflètent pas obligatoirement l'avis de la rédaction», comme on dit – c'est exactement ce qu'il en est de l'étude du Professeur G. Domenighetti sur l'induction de l'offre par la demande; comme vous le soulignez, les conclusions qu'il tire des chiffres obtenus semblent biaisées – mais comme d'habitude entre gens cultivés et capables de réfléchir, c'est à chacun-e de s'en faire une idée.

Et pour reprendre un autre niveau de votre lettre, je me permets de vous rappeler, si nécessaire, que G. Domenighetti est publié par les meilleures revues, qui ont toutes un peer-review (BMJ, Lancet, NEJM).

Nous récusons donc énergiquement l'idée qu'on ne devrait pas discuter avec l'une des figures de proue de l'économie de la santé actuelle en Suisse, sous prétexte qu'on n'est pas d'accord avec elle; enfin, oser imaginer un parallèle avec la politique française de ces dernières semaines est d'un mauvais goût accompli.

Jacques de Haller, Président de la Société Suisse de Médecine Générale, membre de la rédaction de PrimaryCare