

Du Managed Care au «Care Managing»

**Nouvelles du Comité central de la Société Suisse de Médecine
Générale – mars 2003**



B. Kissling à Salzbourg
(photo: R. Glehr)

Chers collègues, chers lecteurs,

J'ai eu l'occasion, il y a peu, d'assister à Salzbourg à la réunion du Comité de la Société autrichienne de médecine générale (ÖGAM)¹, une société qui nous est proche et qui a développé à cette occasion sa stratégie pour l'avenir.

En ma qualité d'hôte étranger, mon rôle consistait surtout à introduire dans la discussion les solutions proposées chez nous par la SSMG – car si la médecine générale fonctionne dans les pays qui nous entourent au sein de systèmes de santé fort différents, elle fait face à des défis souvent très semblables; en outre, «plus que n'importe quelle autre profession médicale, la médecine générale est très directement confrontée à l'évolution de la société».² Nos deux pays connaissent aujourd'hui un niveau de développement très proche, pour la Médecine générale, si bien que nous avons beaucoup de choses à apprendre les uns des autres.

En me préparant avant de me rendre à la réunion de Salzbourg, j'ai essayé de passer en revue dans tous ses détails la situation qui prévaut actuellement en Suisse.

Les réflexions que je vous soumetts ci-dessous sont le résultat d'échanges permanents au sein de la SSMG et entre les différentes sociétés de médecine de premier recours au sein de la FMH. Elles sont également le fruit de discussions répétées avec des décideurs d'horizons très divers dans le système de santé et de nombreuses lectures d'articles de presse et de publications internationales.

En vous décrivant très succinctement l'exemple de l'Autriche, avec sa liberté de contracter, j'aimerais vous montrer que les différents sous-systèmes (patient-es, médecins, politicien-nes et assureurs) d'un système de santé complexe interagissent entre eux et réagissent face à des mesures régulatrices; des interventions linéaires rigides sur un tel système tendent à entraîner des réactions

tout aussi peu flexibles de la part de ses différentes composantes.

Enfin, si vous me le permettez, j'aimerais introduire dans le débat le principe de *la mesure* comme *facteur d'attraction* et appeler les politicien-nes, même si cela peut sembler paradoxal, à *oser une liberté mesurée*.

La médecine de premier recours dans les systèmes de type Managed Care: un effet de boomerang

La médecine de premier recours est à la base de tous les modèles de type Managed Care. Le praticien de premier recours, avec ses connaissances médico-techniques étendues, sa connaissance aussi des patients, et son accessibilité, s'y voit confier le rôle central de gatekeeper. Il serait logique qu'en retour, cette fonction de contrôle valorise la médecine de premier recours ...; or, comme on l'a vu aux Etats-Unis, c'est malheureusement souvent le contraire qui se produit. Dans les modèles d'assurance actuels, bâtis avant tout autour de critères économiques, le gatekeeper, prisonnier de sa double casquette de thérapeute et d'administrateur financier, est davantage perçu par les patient-es comme préposé à la fermeture des portes qu'à leur ouverture. Ce type de modèle conduit donc plus souvent les patient-es à rejeter la médecine de premier recours, pour des motifs essentiellement émotionnels.

Cette réaction paradoxale est sans doute involontaire, mais elle est parfaitement compréhensible et pourrait fort bien se répandre également en Suisse, car il manque aux modèles de Managed Care – de même d'ailleurs qu'à l'idée qui fait son chemin ces temps-ci, de la suppression de l'obligation de contracter – un aspect central touchant au concept même de la médecine de famille: *le libre choix du partenaire*.

La médecine de premier recours, c'est quand on ...

La médecine de premier recours³ constitue la première structure d'accès aux soins – qualitativement et quantitativement optimale – en cas de maladie, quelle que soit l'affection. C'est le chemin le plus court et un accès «à bas seuil», valable pour 90% des situations. On peut aussi dire qu'il s'agit du «détour le moins long» pour les 10% des patient-es qu'il

1 Cette réunion a eu lieu du 7 au 9.3.2003.

2 Reiner Brettenthaler, Président du Comité Permanent des Médecins Européens et président de la Chambre médicale de Salzbourg.

3 Une définition approfondie de la Médecine générale / Médecine de premier recours se trouve dans la *European Definition of General Practice / Family Medicine*. Elle est accessible sur Internet à l'adresse de la SSMG www.ssmg.ch. Une brochure contenant la version en langue allemande de la définition sera prochainement envoyée aux membres alémaniques de la SSMG. La traduction française est encore en cours et suivra dans les prochains mois.

faudra référer à un-e collègue spécialisé-e. Cela permet en règle générale un traitement rapide et adéquat au meilleur endroit et dans le meilleur délai. Cette voie doit par conséquent être vue comme une utilisation *mesurée* des moyens diagnostics et thérapeutiques presque infinis dont dispose la médecine d'aujourd'hui ... au meilleur prix possible.

Une telle médecine de premier recours bien comprise, basée sur la mesure, doit se construire autour des idées de la *libre créativité* et du *libre choix en matière de relation médecin-patient*. Elle place le facteur *émotionnel* au même niveau d'importance que le facteur *rationnel*. Ces éléments prennent une signification évidente dans le cas d'une personne soumise à un stress émotionnel totalement inhabituel, suite à une maladie grave: ce type de situation sera bien mieux géré par une prise en charge personnalisée, tenant compte du paramètre émotionnel, que par des décisions froidement objectives, basées pour l'essentiel sur des considérations économiques.

Chaque médecin travaille au sein d'un réseau de collègues de diverses spécialités, de professionnel-les de la santé non-médecins, et d'établissements hospitaliers. Ce réseau de relations est soumis aux mêmes lois que celles qui ont été discutées précédemment. Là aussi, le principe de liberté maximale favorise la qualité des relations avec les patientes et sert les objectifs d'un travail thérapeutique différencié en fonction de chaque cas.

Un système de santé visant à promouvoir une couverture de soins mesurée ferait bien de s'inspirer de ces observations. Il faudrait ainsi récompenser par des réductions de primes tous ceux et celles qui acceptent de passer par un médecin de premier recours pour accéder aux soins, ... un médecin qu'ils auront choisi librement, ... un médecin traitant évoluant au sein d'un réseau librement choisi.

Le Managed Care, c'est quand on ...

Les systèmes de Managed Care sont centrés sur l'idée du médecin de premier recours. Voilà qui est bien; mais malheureusement, ces systèmes recouvrent de considérations rationnelles et économiques des principes forcément empreints d'émotions. La médecine de premier recours se trouve donc réduite à une série de produits d'assurance hétéroclites, techniques, placés en situation de con-

currence plus ou moins sauvage; elle perd au cours de ce processus quelque chose d'essentiel, qui est difficile à préciser et qu'on pourrait appeler la confiance originelle ...

Cette attitude rationnelle avec son credo absolu en un «controlling» financier est probablement l'une des principales raisons expliquant que les modèles de type Managed Care ne parviennent pas à sortir du rôle marginal auxquels ils sont cantonnés, et qu'ils n'aient pas su déclencher de feu sacré ni chez les patient-es, ni chez les médecins – même s'ils ne manquent pourtant pas d'arguments si l'on en juge par leurs efforts de promotion de la qualité ou par la compétence certaine des médecins qui y travaillent. Même leurs dispendieux efforts publicitaires dans les medias et les avantages financiers accordés aux assuré-es, en termes notamment de réduction des primes, de suppression des franchises et des participations aux frais, n'y ont rien fait. Les modèles de type Managed Care sont finalement perçus par la population comme des systèmes d'assurance artificiels et froidement rationnels, presque menaçants. Pas étonnant donc qu'ils ne parviennent pas à gagner sa confiance, ... ce sentiment si subjectif, si émotionnel.

C'est sans doute pour cela que certains assureurs se sont déjà retirés de ces «affaires», en l'absence des succès (financiers) escomptés. En se retirant ainsi, les caisses ne font alors que renforcer chez les «client-es» potentiels de ces systèmes d'assurance l'impression, à tort ou à raison, que l'aspect financier prime sur les impératifs de qualité. Et les systèmes de type Managed Care se trouvent ainsi pris dans un véritable cercle vicieux émotionnel.

Du Managed Care au «Care Managing»

Un système aussi complexe que celui de la santé ne se laisse gérer qu'avec des *facteurs d'attraction*, et pas par des mesures linéaires contraignantes. Les facteurs d'attraction sont le plus petit dénominateur commun, permettant d'atteindre un objectif, auquel peuvent se rallier toutes les parties en présence (les «sous-systèmes») dans un système complexe.

La médecine de premier recours, prise au vrai sens du terme et dotée du facteur d'attraction de la *mesure*, pourrait devenir, dans un système que nous pourrions appeler «Care Managing», un excellent instrument

de régulation, capable de remettre notre système de santé sur les rails ...

Le «Care Managing» devrait rencontrer un vif succès, notamment au niveau des patient-es car ils/elles se trouveraient à nouveau placés au centre du système, comme le veulent les principes de la médecine de premier recours; et aussi parce qu'ils/elles se sentiraient compris-es au plan émotionnel, et encore parce que, grâce à une relation de partenariat basée sur le libre choix du médecin et sur une confiance réciproque, ils/elles pourraient prendre une part active aux décisions les concernant (shared decision making) – en bref, parce que les patient-es retrouveraient enfin une place centrale.

Le «Care Managing» pris comme un instrument de régulation aurait certainement bien des avantages aussi pour le système de santé dans son ensemble. Un tel modèle, basé sur des structures d'accueil ouvertes et bienveillantes pour chacun, tout en intégrant le facteur d'attraction de la *mesure*, provoquerait à coup sûr les changements de comportement nécessaires à tous les niveaux, contrairement aux mesures coercitives et aux stratégies d'exclusion basées sur des idées de compétition et concurrence. La responsabilisation (empowerment) des patient-es pourrait aussi être développée dans des délais adéquats; les médecins pourraient se consacrer sereinement à l'amélioration de la qualité de leurs prestations et former des réseaux en toute indépendance, sans devoir constamment craindre des mesures d'exclusion. C'est en fait là que réside un véritable potentiel d'économie pour notre système de santé.

Mais pour se lancer dans un modèle de régulation aussi différent et aussi complexe, il faudrait à nos politicien-nes un certain courage. Ils/elles devraient changer radicalement de mode de pensée, et se distancer de l'idée selon laquelle il suffit de prendre des (contre-)mesures linéaires – mesures qui voudraient, en se référant au sacro-saint principe des relations de cause à effet, tenter de bloquer l'évolution vertigineuse des coûts constatée au cours de ces dernières années.

Éléments nécessaires pour la promotion de la médecine de premier recours

En fait, le «Care Managing» existe: il s'agit ni plus ni moins de la médecine de famille que

nous connaissons. Elle fonctionne bien et atteint un excellent niveau de qualité. Il est cependant clair que si nous voulons nous montrer à la hauteur des exigences inhérentes à un fonctionnement empreint de *mesure*, il faudra poursuivre son développement dans plusieurs domaines.

Comment y arriver ?

D'une manière générale, il nous faudra entreprendre un intense travail de persuasion en faveur de la médecine de premier recours, travail émotionnel et médiatique, afin de rallier à notre cause certaines personnes qui ignorent encore totalement l'importance que revêt ce domaine de la médecine.

La médecine générale doit pouvoir s'enseigner et s'apprendre. Des structures de formation pré-graduée, post-graduée et continue doivent être mises en place sur la base de la *Définition européenne de la Médecine générale / Médecine de famille*. Dans un premier temps, il faut intégrer des médecins praticiens dans des corps enseignants actuellement plus ou moins exclusivement universitaires. A plus long terme, il sera absolument nécessaire d'institutionnaliser les structures d'enseignement de la médecine générale. L'assistance au cabinet médical durant la formation post-graduée, qui est déjà bien introduite et bénéficie d'une excellente réputation, a grand besoin d'une plus grande aide financière de la part des pouvoirs publics.

La promotion de la qualité doit pouvoir se dérouler dans un environnement libre de tensions, permettant ainsi aux collègues qui en ont besoin de bénéficier d'un soutien constructif.

La culture de la recherche en médecine générale a non seulement besoin d'un coup de pouce sur le plan conceptuel, mais aussi au plan financier.

La SSMG collabore à la mise en place d'une nouvelle culture du traitement des erreurs médicales par l'introduction d'un système anonyme d'annonce des incidents et des fautes, connu sous le nom de CIRS-medical.

Les relations entre les médecins de premier recours et les spécialistes doit être stimulée grâce à un environnement propice.

La SSMG est prête à collaborer à tout projet tendant à renforcer la collaboration active des patientes («patient empowerment»).

Il importe aujourd'hui aussi que les médias adoptent des attitudes éthiques à propos des prouesses ou des échecs de la médecine.

Les primes d'assurance-maladie doivent être réduites pour tous ceux et celles qui acceptent d'entrer dans le système de soins par l'intermédiaire d'un médecin de premier recours librement choisi.

Facteurs indépendants du système – L'Autriche et la liberté de contracter

Les dépenses de santé connaissent une augmentation constante, en tout cas dans les pays occidentaux. Manifestement, des forces indépendantes du système lui-même sont à l'œuvre. Permettez-moi donc de relever brièvement, et de laisser à votre propre jugement, quelques particularités structurelles du système de santé autrichien, tels que je les ai perçus en tant qu'observateur étranger.

Le gouvernement autrichien tente de corriger les effets de la pléthore médicale massive que connaît actuellement le pays en l'absence de *numerus clausus*. Il limite ainsi le nombre de médecins qui bénéficient d'un contrat avec les caisses-maladie. La conséquence en est maintenant le développement parallèle de deux systèmes.

Les médecins bénéficiant d'un contrat avec les caisses-maladie sont soumis à des conditions très strictes au niveau des consultations, notamment en termes de limitations de temps et de coût. Les médecins généralistes font ainsi énormément de consultations de très courte durée, souvent de l'ordre de 5 minutes. Ils/elles procèdent beaucoup par injections et perfusions, en matière de traitement de la douleur. Ils/elles sont complètement surchargés. Le tourisme médical est très répandu et est considéré comme un véritable problème. Les patient-es ne paient aucune participation et s'opposent avec véhémence à toutes les initiatives politiques tentant d'aller dans ce sens.

Les médecins sans contrat exercent quand même leur profession, mais souvent dans le secteur des médecines alternatives. Nombreux/-euses sont celles et ceux qui ne voudraient plus échanger cette liberté, avec la

quelle ils/elles vivent bien, contre un contrat avec une caisse-maladie. Il n'existe aucun contrôle des prix dans ce domaine. Les patient-es exigent de nombreuses prestations de la part de ces médecins non conventionnés et ils/elles supportent alors eux-mêmes une partie des frais⁴. Ce système de santé de l'ombre vit totalement en marge de la zone d'influence structurante des sociétés médicales.

Cela n'empêche pas le système de santé autrichien d'échapper lui aussi à tout maîtrise financière, malgré cette liberté de contracter. On est donc aujourd'hui à la recherche de nouveaux mécanismes de régulation.

Le courage d'une liberté mesurée – pour le bien des patientes et des patients

Quels objectifs poursuivent donc les décideurs de ce pays en mettant à mal presque jour après jour cette liberté de décision et de choix pourtant indispensable à la qualité de la prise en charge médicale?

Nos politicien-nes ne feraient-ils/elles pas mieux de consacrer leurs efforts à l'amélioration de la médecine de premier recours, dans l'idée précisément d'un «Care Managing»? Ne vaudrait-il pas mieux permettre à nos futurs collègues de médecine de premier recours de se montrer à la hauteur de leur tâche dès le premier jour d'activité au cabinet, plutôt que de les laisser se former sur le tas et acquérir les compétences nécessaires au cours de leur première année de pratique sur le terrain? ...

Ce serait à n'en pas douter pour le plus grand bien des patient-es. La SSMG est prête à collaborer dans cet esprit!

Avec mes salutations confraternelles et dans un esprit de «Care Managing»,

Bruno Kissling,
Secrétaire de la SSMG
(trad. R. Bielinski)

4 Le remboursement par une caisse-maladie de prestations fournies par un médecin librement choisi, et qui n'est donc pas sous contrat, porte au maximum sur les 80% du montant que la caisse-maladie paierait à un médecin affilié.