

Bruno Kissling

Un nouveau ministre de la santé, un nouveau directeur de l'OFSP, une nouvelle association professionnelle – et tout ira pour le mieux?

L'avenir de la politique professionnelle: discussion autour d'une table ronde¹ lors du congrès du CMPR 2010 à Lucerne (les 24 et 25 mai 2010)

«Les négociations sont devenues plus agréables; pour les améliorations, attendons avant de nous prononcer», telle était la conclusion de Marc Müller, président de «Médecins de famille Suisse». Nous reproduisons ici quelques éléments de la discussion autour d'une table ronde modérée avec humour et concentration par Werner Bauer.

Avec une nouvelle culture du dialogue ...

Avec le nouveau Conseiller fédéral Didier Burkhalter, la culture de la recherche de solutions acceptables par la majorité et respectant chacune des parties (CE) a changé, dans un dialogue ouvert et constructif (CB) et sans anticiper les résultats (HH). En conséquence le corps médical, soutenu par l'initiative «Oui à la médecine de famille», est encouragé à s'ouvrir au dialogue et à contribuer activement à des propositions orientées vers des solutions (MM). Les délais légaux auxquels l'initiative est soumise accélèrent le processus de réforme (FH).

... vers la réforme de la santé par le *managed care* / les soins intégrés (?) ...

La FMH et l'association professionnelle «Médecins de famille Suisse» appuient fermement le modèle *managed care*. Comme le montre l'enquête récente de Claude Longchamp mandaté pour le «Moniteur de la santé gfs 2010», les réactions de la population à l'égard du *managed care* (MC)² sont pour le moins réservées. Pour diverses raisons certains secteurs du corps médical s'y opposent également. Entre autres ils craignent le remplacement d'une partie des médecins par le personnel soignant, alors que justement les soins intégrés réclament une forte présence de la médecine de famille (WB).

Dans les solutions menant à la réussite de la réforme de la santé, il ne doit pas s'agir d'une soumission de la santé à l'économie, mais d'un partenariat entre les deux domaines. Le modèle de MC deviendrait en quelque sorte l'«ouvrage de compagnon» du Conseiller fédéral Didier Burkhalter. Ce n'est pas simple, car la marge de manœuvre se rétrécit pour toutes les parties (AS). En ce qui concerne l'administration, l'effet en est absolument souhaitable pour les médecins de famille (MM). La coopération sous conservation des compétences centrales chez chacun des partenaires est tout à fait bienvenue: les assureurs assurent et les médecins s'occupent de la santé des patients (CB).

... et avec une articulation autour de médecins de famille ayant reçu une excellente formation ...

La formation postgraduée menant au titre de médecin de famille reçoit un soutien structurel et financier dans de nombreux cantons. Citons le canton de St-Gall et ses projets «assistanat au cabinet mé-



Marc Müller.



Werner Bauer.

dical» et «curriculum du médecin de famille», assumés par le gouvernement et les médecins de famille du canton [1] (HH). De nombreux autres cantons encore ainsi que la Suisse romande font un travail remarquable dans le domaine de la formation postgraduée; en outre, l'initiative exerce une pression supplémentaire dans ce sens (FH).

... il faut de nouvelles structures de cabinets médicaux

Pour que la médecine de famille développe une position forte au sein des soins intégrés, démultipliée par le projet de MC, il ne suffit pas que les médecins de famille soient forts, il faut encore que

- 1 Werner Bauer (WB), président de l'ISFM, modération; Christoph Bangerter (CB), CEO de la caisse maladie CPT, ancien médecin de famille; Christine Egerszegi (CE), PRD, conseillère aux Etats Argovie; Heidi Hanselmann (HH), PS, conseillère d'Etat St. Gall; François Héritier (FH), président de la SSMG et vice-président de «Médecins de famille Suisse»; Marc Müller (MM), président de «Médecins de famille Suisse» et du CMPR; Anna Sax (AS), économiste de la santé et membre de la rédaction du BMS.
- 2 <http://www.presseportal.ch/de/pm/100002276/100606008/interpharma>. Seuls 10% de la population sont assurés dans un modèle MC. 18% pourraient en outre envisager de choisir ce modèle.
- 3 Il va de soi qu'il y aura toujours des cabinets médicaux individuels et des cabinets de petit groupe fournissant un excellent travail.



Werner Bauer, Anne Sax, Christine Egerszegi, François Héritier, Heidi Hanselmann (d.g.à.d.).

les cabinets médicaux fassent l'objet d'un changement structurel. Pour renforcer l'attrait de la profession de médecin de famille, il faut aller à la rencontre des désirs des jeunes médecins. Ces derniers préfèrent généralement le travail en équipe avec possibilité de temps partiel, dans le but de pouvoir intégrer famille et travail, ainsi qu'un service d'urgence qui soit bien réglé et des investissements qui restent dans l'ordre du raisonnable. Et certains jeunes médecins préféreraient encore pratiquer en tant qu'employés (WB).

Aux frais de qui?

Pour réformer les structures existantes de cabinets médicaux, pour transformer les cabinets individuels ou à deux en grands cabinets médicaux de groupe³ au sein de régions ou de quartiers urbains, il faut des incitations financières. Mais il ne faut pas que les médecins de famille «plus âgés» – dont un grand nombre se situent à l'orée de la retraite – soient obligés d'investir leur rente vieillesse dans cette réforme (WB). Il est nécessaire de pouvoir disposer d'un financement de transition (MM). Les cantons peuvent s'investir activement dans la formation postgraduée, mais le manque de bases législatives ne les autorise pas à donner la préférence aux cabinets de groupe plutôt qu'aux cabinets médicaux individuels (HH). Sur le plan fédéral, il n'existe pas de possibilité de soutien, car la Confédération édicte le cadre légal en vigueur pour le système de santé sur tout le territoire suisse et ne peut exercer aucune influence sur sa mise en œuvre au niveau local et régional. Dans l'intérêt de leur positionnement au centre du système de santé, c'est finalement aux médecins de famille de définir la forme d'organisation et de prendre en charge l'adaptation des structures de cabinets médicaux (CE, CB). Il semble que la concurrence ne manque pas. Déjà maintenant, certaines organisations sentant les profits à venir rattachent des cabinets médicaux sans relâche pour les restructurer en cabinets collectifs et les exploiter en employant des médecins de famille (CE). Les médecins doivent définir s'ils veulent devenir des chefs d'entreprise ou des employés. Dans le premier cas, il faut qu'ils développent des aptitudes de gestionnaires. La forme que prennent les incitations financières dépend en fin de compte de la culture d'entreprise que l'on choisit (AS). Les jeunes médecins de famille ne voudront pas devenir tous à la fois des entrepreneurs dans un secteur aussi fortement réglementé que le système de santé. Les cabinets collectifs de médecins de famille organisés en sociétés anonymes ouvriraient la possibilité pour les deux formes de travail, entrepreneur et employé. Pour autant que le droit de la

Nous, médecins de famille, nous avons la ferme volonté de nous situer au cœur du système de santé et de contribuer activement à son organisation dans le sens de soins intégrés centrés sur le patient.

société anonyme ne fasse pas obstacle à cette idée, comme c'est le cas dans certains cantons (Franziska Zogg, Zoug). Les communes peuvent se révéler comme des partenaires de coalition intéressés au soutien de projets de cabinets collectifs – sous la pression de la menace de pénurie de médecins de famille – comme le montre l'exemple de la commune de Jegenstorf. Les centaines de millions de francs gaspillés chaque année dans la chasse aux clients à bon profil de risque peuvent aisément être consacrés à financer la réforme des cabinets médicaux (une voix du plénum, soutenue par CB).

Et à quel tarif?

Le travail et les investissements dans le cadre des soins intégrés pourraient être soutenus par des tarifs spéciaux pour médecins de famille, en évitant de faire augmenter les coûts d'ensemble. La redistribution financière aux médecins de famille devrait se faire aux dépens des secteurs secondaire et tertiaire de la médecine, en respectant le plafonnement fixé par la neutralité des coûts (CB).

Conclusion de l'auteur

Toutes les commissions impliquées ont la volonté de contribuer, dans un esprit de partenariat, à la réussite qualitative d'une réforme d'un système de santé qui en vaille la peine. Les intérêts des différents groupes ne sont pas les mêmes et les groupes eux-mêmes ne sont pas homogènes. Chaque partenaire ne peut exercer qu'une influence restreinte, limitée par des obstacles législatifs difficiles à surmonter. Il s'agit donc de rechercher la bonne plateforme de négociation et les partenaires adéquats pour chaque élément de cette réforme.

Nous, médecins de famille, nous avons la ferme volonté de nous situer au cœur du système de santé et de contribuer activement à son organisation dans le sens de soins intégrés centrés sur le patient. Il y aura certainement toujours assez d'entrepreneurs parmi les jeunes médecins pour conserver entre nos mains les structures de cabinets médicaux nécessaires à nos tâches sans qu'il ne soit nécessaire d'abandonner ce champ à des investisseurs poursuivant les intérêts les plus divers. L'initiative «Oui à la médecine de famille» représente un instrument important pour positionner la médecine de famille au centre du système de santé (FH).

Le chemin de la réforme est ardu et le temps presse. L'objectif est déjà en vue, mais à distance inconnue – et son image s'agite telle un mirage au dessus du désert. Le «groupe de voyageurs» va de l'avant. Actuellement nous nous respectons. Et de cette manière, le débat devient plus agréable et plus constructif.

Référence

- 1 Häuptle C, Meyenberger C, Greminger P. Das St.Galler Projekt: Vom Projekt zum Modell? SÄZ. 2010;91(24):949–53.

Correspondance:
Dr. med. Bruno Kissling
Redaktionsmitglied PrimaryCare
Elfenaueweg 6
3006 Bern
kissling@primary-care.ch