

Le managed care sacrifie la salutogenèse au profit de la iatrogenèse



Alors que le référendum contre le projet de loi sur le managed care est lancé, j'ai envie non seulement de souligner les défauts du projet de loi à refuser mais surtout de proposer quelques pistes en partie dissidentes, voire subversives peut-être même polémiques.

Le premier défaut de cette loi que je relève sans originalité est le fait qu'on y envisage que le côté financier des soins, même si on y parle de contrôle de qualité dont on ne nous dit rien et qui, soit dit en passant, coûtera un maximum et sera probablement effectué par des spécialistes qui n'exercent pas ou plus la médecine. Autrement dit, vu leur participation budgétaire, les praticiens payeront des contrôleurs incontrôlés pour qu'ils les sanctionnent selon des critères pas du tout précisés mais qui seront bien évidemment non seulement économiques, mais économiques à court terme (en tout cas au début!).

Le deuxième point est la participation budgétaire déjà évoquée ci-dessus: mon expérience de cabinet de groupe m'a démontré que cette notion était en grande partie définie par les plus commerçants des médecins auxquels celui qui utilise par exemple plus la relation doit se soumettre et casquer pour une infrastructure, voire du personnel qu'il sous-utilise. De plus, vu que le réseau offre une palette de soins plus large (c'est comme cela qu'on le vend au public ou qu'il est possible de légitimer un budget élevé!), il est prévisible que la demande va suivre cette offre. Que penser alors de l'hypothétique économie potentielle? Autrement dit, la participation budgétaire force les médecins du réseau à pratiquer d'une manière de plus en plus uniforme, dont découle de facto et insidieusement une perte de choix de traitement pour les patients. On pourrait espérer que les caisses compensent les pressions internes du réseau en gratifiant les médecins moins rentables pour le réseau justement parce que ces médecins sont moins chers. Mais, jusqu'ici, on a plutôt assisté à une chasse aux sorcières où santésuisse a aussi fait des procès aux médecins qui facturent trop de temps même quand ils encaissent des honoraires en dessous de la moyenne ou en tout cas en dessous de la moyenne des médecins utilisant plus largement la technique avec un potentiel de iatrogenèse non négligeable mais jamais mesurée. On argumente qu'il n'est pas éthique (et toc!) de ne pas (assez) utiliser des moyens scientifiquement éprouvés... ce qui sous-entend que l'approche relationnelle n'est pas «efficace-économique-adéquate» ... ou, pire, pas du ressort des médecins de réseau comme semble vouloir penser mon homonyme le Dr Philippe Schaller du réseau delta dans une interview publiée dans PrimaryCare. En prenant de telles affirmations comme parole d'évangile, l'essence même de notre travail de généraliste passe tout simplement à la trappe, nous devons nous contenter d'être des gestionnaires d'enveloppes budgétaires en déléguant le côté relationnel aux paramédicaux et la technique aux spé-

cialistes. Quoi qu'il en soit, on peut être certain que le managed care ne pourra et ne voudra jamais sanctionner les soins superflus tant que les médecins n'apprennent pas à ne pas prescrire (de manière éthique et surtout thérapeutique), ce qui est bien plus difficile que de prescrire!

Le troisième point, peut-être le plus important, c'est que nous voulons à tout prix argumenter avec un discours avant tout économique et surtout déterministe alors que l'on sait bien que la médecine ambulatoire générale doit avant tout gérer de l'incertitude dont on ne parle pas assez, notamment avec le prétexte que c'est trop complexe. Or je prétends que l'acceptation de l'incertitude n'a souvent rien à voir avec la complexité dont on parle mais bien plus simplement avec la vie (qui est une autre complexité) qui ne fait pas forcément évoluer chaque dérangement vers une maladie, mais qui, bien plus souvent, procède avec le temps d'une guérison sans que l'on ait vraiment besoin d'expliquer, mais seulement d'attendre (peut-être de comprendre dans le sens de prendre avec) tout en soulageant. Et les gens savent attendre dès qu'on leur donne un diagnostic qui légitime la souffrance à défaut de l'expliquer vraiment. Il suffirait ici, par exemple, de légitimer:

- le diagnostic de trouble physique médicalement inexpliqué (ou insuffisamment expliqué) (les MUPS qui font plus de 40% de nos consultations ou encore plus si on tient compte des pseudo-explications que nous construisons à coups d'examen dispendieux)
- ou, plus généralement la salutogenèse, c'est-à-dire les facteurs salutaires dont chacun dispose mais que l'on a appris à négliger au profit des facteurs de risque qui font peur et dont le traitement parfois intempestif conduit justement à la iatrogenèse très coûteuse et ne contribuant guère au bien-être ... sinon des technocrates.

Ne pouvons-nous pas sensibiliser les politiciens à cette incertitude mêlée de confiance que nous devons tolérer, cultiver et enseigner pour constater que nous guérissons souvent naturellement ou que nous pouvons rester en santé avec une maladie? Peut-être en leur marchant sur les pieds et, après avoir bien appuyé, leur laisser le temps de sentir comment cela passe tout seul dès qu'on se met à attendre le soulagement! et de démontrer ainsi que si le médecin est patient, le patient devient (son propre) médecin. Ce qui revient à dire que nous devons probablement argumenter aussi avec un langage métaphorique plutôt que de nous efforcer seulement à aligner des preuves théoriques et chiffrées toujours réfutables.

Finalement je n'oublie pas le choix de son médecin par le patient, clairement sacrifié par cette loi mesquine qui n'a pas le courage de le dire et qui ajoute une couche de brouillard à l'opacité entretenue par les caisses maladie. Le fait qu'il pourrait y avoir une différence de 15% (et non pas seulement 5% vu le pouvoir donné aux caisses) dans la quotepart n'est pas le seul incitatif à ce sacrifice, mais je rappelle que les médecins en réseau seront obligés de travailler d'une manière de plus en plus uniformisée, par exemple en n'ayant plus le choix du spécialiste

à qui envoyer tel ou tel patient. Or actuellement, nous sommes bien heureux de disposer de au moins deux spécialistes complémentaires pour chaque domaine. Ainsi, nous n'envoyons pas le patient au même spécialiste selon qu'il faut être pointilleux ou, au contraire qu'il faut recadrer, voire dédramatiser.

A bien des esprits calés, ces quelques propos paraîtront décalés au point de donner envie, non pas d'abord de gérer la politique de la santé, mais plutôt de digérer ce que nous pouvons encore choisir de cuisiner, de mettre en bouche pour le goûter avec attention et bienveillance et surtout avec le sentiment que notre santé peut continuer à nous appartenir.

Dr Laurent Schaller, Médecine générale FMH, Médecine psychosomatique et psychosociale ASMPP, 2740 Moutier