



Dr François Héritier
Président de la SSMG

www.sgam.ch

www.ssmg.ch

Editorial

Rupture de confiance

«Il y a quelque chose de pourri au DFI» aurait dit Hamlet. En tous les cas quelque chose de rompu, le dialogue, et conséquence oblige, la confiance.

Comment retrouver confiance, après une telle obstination à maintenir cette révision de la liste des analyses de laboratoire malgré une opposition de tous bords et une incertitude grandissante sur les économies escomptées? Comment restaurer un minimum de crédibilité quand on parcourt la liste des mesures d'urgence supposées endiguer la hausse des coûts de la santé? Antisociales, sans fondement scientifique ni économique, non concertées ... Aucune vision, de la précipitation et beaucoup d'incompréhension. Seule constance: un même entêtement et un penchant pour l'arbitraire.

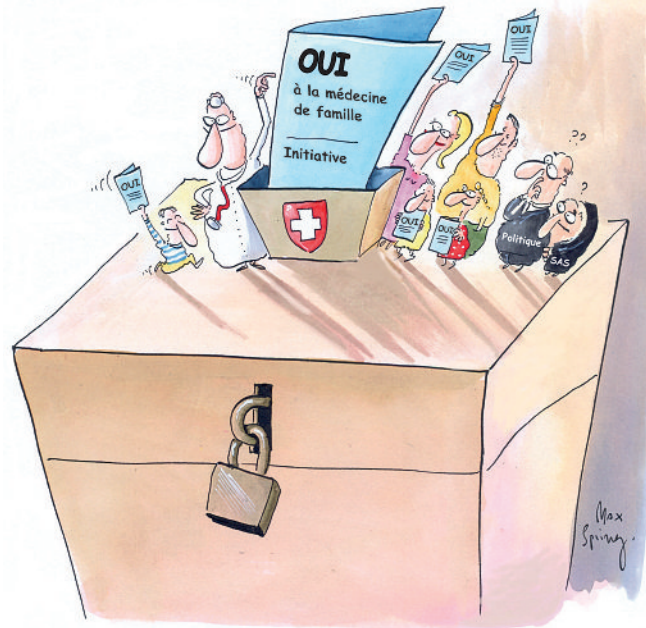
Dans l'obsession actuelle de la maîtrise des coûts, qui saura donner une direction, élaborer des propositions consensuelles, lever les blocages du système? Qui pourra rétablir un climat de confiance et relever en partenariat avec tous les acteurs de la santé les défis encore plus grands du vieillissement, des progrès techniques, des modes de vie délétères ou de la précarisation?

N'est-il pas temps, avant d'effectuer des choix, de poser quelques questions essentielles? Quelle valeur accordons-nous à la santé, à nos biens de consommation, à l'armée? Avons-nous conscience que nous payons des primes de Trabant pour un système de santé de Rolls Royce? Sommes-nous prêts à trouver de nouvelles sources de financement pour un bien aussi précieux que la santé? N'est-il pas l'heure d'interroger chaque citoyen sur les soins qu'il désire dans le futur et sur le prix qu'il est prêt à consentir?

Voilà pourquoi nous lançons une initiative populaire «OUI à la médecine de famille». Car nous sommes convaincus que seule une médecine de base renforcée et valorisée peut maintenir des soins de qualité et de proximité pour toute la population à un prix abordable. Et pour cela, nous sommes désireux d'un débat démocratique et constructif avec tous nos partenaires, en toute confiance.

Dr méd. François Héritier, président SSMG

Le trait de crayon



Dans ce numéro

- **«Freedom under pressure».** Selon la Loi sur l'Assurance maladie (art. 56 LAMal) et l'ordonnance y relative (art. 76 OAMal), les caisses-maladie ont mandat d'effectuer des contrôles d'économicité auprès des médecins. De plus en plus, cet «instrument de contrôle» se révèle être en fait pour les caisses-maladie un moyen de mettre les médecins de famille sous pression avec des patients «chers». Ce sont les éléments les plus faibles de notre société qui en pâtissent le plus. Une telle ordonnance est-elle encore éthiquement défendable? Dans une grande interview, Madame Samia Hurst, médecin et éthicienne, répond à cette question et s'exprime sur l'importance de l'économie dans le domaine de la santé publique en général.

- **Rétrospective ...** La «Journée de la médecine de famille» du 1^{er} avril 2009, organisée de manière décentralisée, a remporté un grand succès sur le plan médiatique. Environ 15 000 médecins de famille avaient fermé leur cabinet et manifesté dans la capitale de leur canton en faveur de conditions améliorées pour la médecine de famille et contre la décision de Pascal Couchepin concernant les tarifs de laboratoire.

- **... et avant-programme.** A l'automne 2009, la première initiative populaire nationale des médecins suisses va donc démarrer. Les médecins de famille lancent l'initiative «OUI à la médecine de famille». Le comité d'initiative sera exclusivement composé de médecins de famille.

Mouvement décentralisé de la médecine de famille couronné de succès

L'organisation décentralisée de la «Journée de la médecine de famille 2009» a souligné les points forts de la médecine de famille – l'ancrage dans la région et la proximité avec les patients – et contribué de manière significative au bilan général positif.

Trois ans jour pour jour après la grande manifestation du 1^{er} avril 2006, on a retrouvé cet esprit combatif qui, jadis, avait mis la médecine de famille en marche. Mais à la différence du rassemblement de 2006, la «Journée de la médecine de famille 2009» était organisée de manière décentralisée. Les manifestations ont eu lieu dans les capitales des cantons, où de nombreux intervenants issus de pratiquement tous les courants politiques se sont exprimés en faveur de la médecine de famille par des prises de position et des témoignages différenciés.

Au total, plus de 15 000 personnes ont participé à cette journée d'action à tra-

vers toute la Suisse, ce qui représente un grand succès pour les médecins de famille et la médecine de premier recours.

Cette année, la quatrième édition de la «Journée de la médecine de famille» était tout à la fois placée sous la devise «Avec vous, pour vous, aussi dans le futur!» et marquée par la regrettable décision de Pascal Couchepin concernant les laboratoires. Deux éléments liés entre eux mais pas faciles à communiquer. Formulé de manière succincte et pointue, ce double message exprimait ceci: *Afin que vous puissiez continuer à compter sur nous autres médecins de famille, nous avons besoin*

du laboratoire de cabinet. Et puisque Pascal Couchepin s'attaque au laboratoire de cabinet, nous sommes obligés de nous défendre.

C'est pourquoi le 1^{er} avril 2009, la majeure partie des cabinets des médecins de famille sont restés fermés dans toute la Suisse. Les praticiens des cantons romands avaient déjà organisé une action analogue une semaine avant, le 24 mars, avec autant de succès.

Effet positif sur toute la ligne

L'organisation décentralisée de la «Journée de la médecine de famille 2009» a eu l'effet escompté et positif de multiplier le nombre des intervenants par rapport à une manifestation unique, centrale, et de transmettre le message de manière plus différenciée selon les régions. A cela s'ajoute que des structures d'organisation décentralisées correspondent davantage à l'esprit de la médecine de famille, notamment l'ancrage dans la région et la proximité d'avec les patients.

Ainsi, la stratégie médiatique de la SSMG a également atteint son objectif, en mobilisant non seulement l'information nationale mais également régionale des médias. Les rédactions nationales étaient autant occupées par la «Journée de la médecine de famille» que les rédactions régionales et cantonales. C'est précisément grâce à cette transmission régionalisée des informations – complétée par un communiqué national et des informations de fond, que l'écho des médias était quantitativement plus grand qu'il y a trois ans. Seuls la valeur de la nouvelle et l'effet de surprise n'étaient plus aussi importants qu'au 1^{er} avril 2006, lorsque l'image des blouses blanches sur la place fédérale et la masse des manifestants (12 000 personnes) avaient impressionné le grand public.

*Bernhard Stricker,
Chargé d'information SSMG*



La Journée de la médecine de famille du 1^{er} avril 09 à Lucerne.

Feu vert pour l'initiative populaire «OUI à la médecine de famille»

Lors du séminaire annuel des cadres SSMG au Bürgenstock, les médecins de famille ont décidé de lancer, à l'automne 2009, une initiative populaire «OUI à la médecine de famille». Le comité d'initiative sera exclusivement composé de médecins de famille.



Un moment historique au Bürgenstock: le 9 mai 2009, les médecins de famille décident à l'unanimité de lancer l'initiative populaire «OUI à la médecine de famille».

Ça y est: après une longue phase de minutieuse préparation qui avait commencé par un sondage auprès des médecins de famille (dans Primary Care) fin novembre 2008, le grand projet «initiative populaire» est lancé!

Les médecins de famille ont accepté un article constitutionnel (texte de l'initiative) qui a pour objectif essentiel – surtout face à la menace d'un manque de médecins de famille – de garantir à la population la médecine de famille comme «composante fondamentale des soins de base»: accessible à tous, professionnellement approfondie et d'excellente qualité. Afin de pouvoir réaliser cela, quelques conditions-cadre politiques et économiques devront être modifiées ou introduites en faveur des médecins de famille. Parmi celles-ci, entre autres, l'amélioration de la formation prégraduée, postgraduée et continue, le développement et une meilleure indemnisation des activités diagnostiques, thérapeutiques et préventives de la médecine de premier recours et l'amélioration du cadre financier. Toutes ces mesures ont également – et avant tout – pour objectif de

rendre la profession plus attrayante aux yeux de la relève médicale.

Principal artisan du texte de l'initiative présenté sous forme de projet peaufiné, Heinrich Koller, Dr jur. et lic. oec., professeur de droit public à la faculté de droit de l'Université de Bâle et ancien Directeur de l'Office fédéral de la justice (1988–2006), a préparé un article constitutionnel en collaboration avec deux juristes de la santé, le professeur Dr jur. Thomas Gächter (en charge de la chaire de droit public, administratif et des assurances sociales de l'Université de Zurich) et le professeur Dr jur. Tomas Poledna (professeur titulaire de droit public à l'Université de Zurich).

Comité d'initiative exclusivement composé de médecins de famille

L'initiative sera portée par un comité d'initiative formé exclusivement de médecins de famille représentant toutes les organisations de la médecine de premier recours en Suisse. Certains médecins de famille doivent encore attendre le consentement de leurs organisations respectives avant de pouvoir entrer officiellement au comité d'initiative. Au

«Qui aura encore besoin de la médecine de famille dans le futur?»

C'est la question débattue au colloque des cadres de la Société Suisse de Médecine Générale SSMG, les 7, 8 et 9 mai 2009 au Bürgenstock. De nombreux intervenants – représentant le monde politique, les assureurs, l'administration et la science – y ont défendu des points de vue parfois très divergents. Se sont exprimés, entre autres, Peter Gomm, conseiller d'Etat soleurois, Stefan Kaufmann, directeur de santéuisse, Jacqueline Fehr, conseillère nationale et Erika Ziltener, présidente de l'organisation faîtière des Services aux patients.

Résultat des discussions: **on aura besoin plus que jamais de la médecine de famille.** Non seulement pour des considérations économiques (la médecine de premier recours offre le meilleur rapport coût-prestation), mais également en raison de l'éclatement croissant de la médecine spécialisée: plus le nombre de spécialistes intervenant dans le traitement d'un patient est grand, plus le rôle du médecin de famille est capital, car lui seul est en mesure de garder une vue d'ensemble et de coordonner les thérapies, du cas d'urgence jusqu'aux soins de longue durée en EMS. Mais en premier lieu, on aura besoin des médecins de famille en raison du vieillissement progressif de la société. Ils sont les véritables spécialistes des poly-morbidités dues au grand âge.

moment de mettre sous presse, la composition nominale du comité d'initiative n'est pas encore définitivement confirmée. Ce sera chose faite le 2 juillet 2009, lors de la constitution officielle du comité d'initiative.

Idem pour le texte de l'initiative dont la version définitive n'est pas encore disponible, car de petites modifications ont été décidées par l'assemblée du Bür-

genstock. Le texte définitif devrait être prêt le 2 juillet.

Le lancement de l'initiative est prévu à l'automne 2009, immédiatement après la création de la nouvelle organisation faîtière «Association Suisse des Médecins de Famille».

Nouvelles voies

En prenant la décision de lancer une initiative populaire, les médecins de famille empruntent de nouvelles voies dans leur politique corporative et de santé: ils font de leurs patients des partenaires politiques, car ceux-ci ont tout intérêt à disposer d'une médecine de

famille optimale. Ensemble, ils forment un «pouvoir plébiscitaire» qui apparaît pour la première fois sur la scène politique dans cette constellation. Car la relation entre le médecin et son patient possède non seulement une dimension humaine et médicale, mais également politique. Pour la première fois, cette dimension politique est utilisée dans le cadre d'une initiative populaire afin de permettre à la médecine de famille – et, partant, aux meilleurs soins de base pour la population – de percer durablement.

Dans cette perspective, les médecins de famille sont persuadés qu'ils ont une

réelle chance de voir leur idée triompher. Une victoire devant le peuple permettrait non seulement d'ancrer la médecine de famille dans la Constitution fédérale, mais également d'inverser l'équilibre des forces dans la politique de la santé. Mais avant tout, une initiative victorieuse débloquerait les discussions et négociations dans le domaine de la santé qui sont actuellement au point mort, en fixant de nouvelles priorités et en indiquant de nouvelles pistes.

*Bernhard Stricker,
Chargé d'information SSMG*

«Freedom under pressure» ou «Liberté assortie de bonus»

Lors d'une crise économique, les gens ont besoin d'une aide accrue, également dans le domaine médical. Mais cela n'empêche pas les caisses-maladie de mettre les médecins de famille tellement sous pression avec leurs «contrôles de l'économicité» que cette aide ne peut pas être apportée. Les médecins de famille s'opposent à ce scandale!

L'expérience douloureuse faite au travers de la crise économique actuelle nous montre où peut conduire, dans le domaine bancaire, une liberté illimitée assortie de bonus. Alors que les «étages supérieurs» justifient leurs bonus et les empochent, la crise frappe de plein fouet les socialement faibles.

La santé des êtres humains est étroitement liée à la formation, la prospérité économique et le travail assuré. Ce n'est donc pas étonnant de voir augmenter le nombre de patients dans nos cabinets médicaux. La perte de la place de travail et l'avenir incertain rendent les gens malades.

Le nombre des victimes – des patients complexes, difficiles – ne cesse de croître! Et, partant, le danger potentiel pour nous autres médecins de famille d'être pris dans les filets d'un contrôle d'économicité de santésuisse. Lorsque le budget dépasse une valeur moyenne de 30%, les ennuis guettent! Au moyen de la statistique ANOVA, les médecins de

famille sont examinés et, le cas échéant, priés de passer à la caisse.

La méthode ANOVA de santésuisse ne prend en compte que les différences d'âge, de sexe et de canton. Mais ces différences n'expliquent que 3% des prestations médicales. Cette méthode est impropre à juger de l'économicité, et néglige totalement l'objectif du traitement. Les assureurs eux-mêmes se gardent d'appliquer cette méthode à leurs propres besoins. On se demande pourquoi.

Les contrôles de l'économicité visent principalement les médecins de famille. Je n'ai pas connaissance de tels contrôles auprès des professeurs, des hôpitaux ou des banques!

Serait-on en train d'appliquer deux poids, deux mesures? Ou de mettre en place un système juridique où «l'on pend les petits et laisse courir les grands»? Qui en porte la responsabilité et qui possède la compétence et le pouvoir d'y remédier? A la politique de jouer!

Nous autres médecins de famille sommes engagés en premier lieu à l'égard de nos patients avec leurs maladies, leurs peurs et leurs soucis.

Les statistiques prouvent que la médecine de proximité est une médecine économique qui profite à l'ensemble de la population. En 2002, les généralistes participaient à 4,6% au total des coûts du système de santé en Suisse. Selon l'Office fédéral de la statistique, les frais administratifs s'élèvent à 4,9%!

En revanche, un grand nombre de gestionnaires de banque ont lamentablement échoué dans leur travail à haute responsabilité et déclenché par leurs agissements une grave crise économique.

Et comment réagit la politique?

Avec des crédits de soutien et des bonus pour les banquiers! Et pour les médecins de famille? Contrôles d'économicité et réduction des tarifs de laboratoire! Et qui en pâtira le plus? Les malades, les infirmes et les socialement faibles.

Déclenchée par une liberté illimitée assortie de bonus, la crise économique a également des effets sur la médecine de premier recours: Freedom under pressure! Vous en saurez plus en lisant l'interview de Samia Hurst.

*Dr méd. Christoph Cina,
Secrétaire du comité central SSMG,
membre du comité de rédaction*

Interview

Questions posées à Madame Samia Hurst, médecin et éthicienne à l'Université de Genève, concernant l'importance de l'économie dans le domaine de la santé publique et sur la pression économique qu'exercent les caisses-maladie sur les médecins

«Nous autres médecins aurons perdu une part importante de notre rôle si nous devons nous plier à une limite sans pouvoir participer à sa définition»

SSMG-Info: Dans le domaine de la santé publique, éthique et économie sont-elles, en principe, conciliables ou s'agit-il d'un conflit insoluble entre objectifs opposés?

Samia Hurst: Un système de santé a plusieurs buts. On veut faire le plus de bien possible, donc «investir» là où l'effet sera le meilleur en termes de santé, éviter le gaspillage, obtenir les meilleurs résultats possibles pour l'argent disponible. On veut aussi être juste, protéger la solidarité, garantir un accès équitable pour tous pour un même besoin. Ces deux buts sont souvent en tension l'un avec l'autre. Et on a souvent tendance à assimiler l'économie au premier, l'éthique au second. Mais en fait ces deux dimensions ont plusieurs points de contact. Il est important sur le plan éthique de «faire le plus de bien possible», bien sûr! Et si la solidarité est d'abord une valeur morale, c'est aussi dans le domaine de la santé une question de prudence économique.

Car seul, on ne peut pas prévoir les coûts (trop souvent imprévisibles) liés à nos besoins de santé. On n'y parvient qu'ensemble, en «mutualisant» nos risques. Et chaque individu a intérêt que notre système de santé continue de couvrir les malades chroniques et les personnes pauvres, car la maladie elle-même risque de nous mettre un jour dans l'une ou l'autre de ces catégories. Dans la santé, on peut dire que l'égoïsme bien ordonné commence par les autres.

Selon la Loi sur l'Assurance maladie (art. 56 LAMal) et l'ordon-

nance y relative (art. 76 OAMal), les caisses-maladie ont mandat d'effectuer des contrôles d'économie auprès des médecins. Comment considérez-vous ce mandat du point de vue éthique?

Que ce mandat existe n'est pas en soi un problème éthique. Ni qu'il soit confié aux caisses-maladie, d'ailleurs. Je suis médecin moi-même, et je sais à quel point ces contrôles peuvent être pesants et avoir en tout cas l'apparence d'un grand arbitraire, mais le problème n'est en fait pas dans le mandat lui-même. Il faut après tout pouvoir viser le but de «faire le plus de bien» avec les moyens disponibles. Non, le problème survient quand ce but devient le seul. On sacrifie alors l'équité du système. De plus, dans un système de santé les différents intervenants ont tous *aussi* leurs propres intérêts, même si certains buts leurs sont communs. Il est donc également problématique de rompre l'équilibre des forces en donnant un pouvoir disproportionné à certains d'entre eux, quels qu'ils soient.

Comment les médecins pourront-ils alléger actuellement – de manière purement pragmatique – cette pression économique de la part des caisses-maladie sans nuire aux intérêts des patients?

Je ne suis pas certaine qu'il sera possible de l'alléger. Mais peut-être est-ce possible de la partager davantage, et d'offrir un front plus commun. Le système de santé en Suisse pratique une part de son contrôle des coûts par la mise sous pression du corps médical.



Samia Hurst, médecin et éthicienne à l'Université de Genève.

Ce n'est pas le cas dans tous les pays, mais dans une étude que nous avons réalisée dans quatre pays d'Europe, c'était très clair. Là où les médecins britanniques se sentent limités par le manque de disponibilité des interventions, mais les utilisent quand ils le peuvent, les médecins suisses rapportent qu'ils ont les coudées franches, que les interventions nécessaires sont disponibles, mais qu'ils subissent une pression intense. En 2003 déjà, 74% de nos confrères se sentaient personnellement menacés sur le plan professionnel ou financier par les pressions sur les coûts de la santé. En Angleterre et en Norvège, c'était à peine 17%. Le résultat de cette pression est que les médecins décident plus souvent eux-mêmes de mettre une limite dans les soins offerts (1). Et finalement pourquoi pas? Ils sont mieux en mesure de juger des besoins individuels des patients, de prendre des décisions plus fines que celles qui résulteraient de décisions en amont, qui seraient probablement prises un peu «à la hache». Ils sont aussi mieux en mesure de résister à des limites injustes ou contraires aux intérêts de leurs patients. Mais pour faire cela, il faut que la capacité de résistance aux limites injustes soit bonne, justement. Et que l'on ait une idée cohérente sur comment décider où des limites sont justifiées. Or, cette pression, on la partage trop rarement. On y répond trop souvent seul. On n'affine pas notre manière de défi-

nir des limites en confrontant nos expériences. C'est un obstacle à la cohérence des réponses reçues par les caisses-maladie, et donc un affaiblissement de la capacité à résister contre des limites injustes. C'est aussi probablement un facteur d'épuisement pour certains collègues.

Dans notre système de santé (LAMal), le principe de solidarité est-il encore actif de nos jours? Et pourra-t-il être maintenu à long terme?

On ne peut pas se permettre de s'en passer. Nous risquerions tous de devenir victimes d'un système de santé qui aurait renoncé à la solidarité. Par ailleurs, la solidarité dans la santé c'est aussi un des derniers lieux d'égalité sociale dans nos sociétés où les gradients socio-économiques se creusent. Du coup, c'est un ciment de cohésion, une manière de se rappeler que nous formons un seul groupe. Ce principe est largement encore actif de nos jours dans le système de santé suisse. Mais il ne faut pas oublier que la tension entre l'efficacité et l'équité a toujours tendance à fragiliser la solidarité: chaque fois que l'on serre la vis, que l'on met plus de pression pour augmenter l'efficacité du système, il faut augmenter en parallèle les efforts pour garantir l'équité, simplement pour garder ces deux buts en équilibre.

Supposons que le peuple suisse accepte dans quelques années une initiative populaire obligeant l'Etat à garantir une médecine de proximité à chaque Suisse et à chaque Suisse: quelles conséquences sur la discussion concernant l'éthique dans le domaine de la santé?

Il est très difficile de répondre à cette question. Tout dépendrait en fait de la manière dont l'Etat mettrait cette garantie en pratique. Imaginons deux scénarios: dans le premier, on valorise le métier de généraliste, on encourage davantage de jeunes médecins à se spécialiser en médecine générale, on rend le travail en zone rurale plus attractif. Ce ne serait même pas nécessairement uniquement une question d'argent, car certaines difficultés sont structurelles

et pas seulement financières. Dans le deuxième scénario, on recrute agressivement des généralistes dans les pays en transition de l'ancienne Europe de l'Est, qui à leur tour doivent recruter dans d'autres pays pour disposer de suffisamment de médecins, et l'on intensifie ainsi les dominos de la migration médicale qui finissent par vider de leur personnel médical les pays d'Afrique sub-saharienne. Vous voyez immédiatement ce que ces deux scénarios peuvent avoir de différent sur le plan éthique ...

D'un point de vue éthique, existe-t-il un droit du patient à recevoir le maximum de soins médicaux possibles?

Il existe un droit du patient à recevoir les soins dont il a besoin, et à être traité avec équité. Il n'existe pas de droit à recevoir des soins sans aucune limite. Est-il défendable de placer une telle limite? En fait, on ne peut pas faire autrement quelle que soit notre richesse. Imaginons que vous vous écroulez sur un trottoir, victime d'un infarctus. L'ambulance qui va arriver vous est clairement utile. Mais que se passe-t-il si elle secourt déjà une autre victime? Dans ce cas, il est clairement bon pour vous qu'une deuxième ambulance existe. Par rapport à une seule ambulance, une deuxième diminue votre risque de rester sans secours. Et une troisième? De même. Le risque que trois ambulances soient simultanément occupées n'est pourtant toujours pas nul. La quatrième ambulance diminue encore votre risque, et ainsi de suite. Mais pour parvenir au risque zéro de rester sans secours, il faudrait un nombre infini d'ambulances. Vraiment infini. Car il faut après tout les staffer, et tout ambulancier supplémentaire est aussi une victime supplémentaire hypothétique d'un accident simultané, si l'on pousse vraiment le raisonnement jusqu'au bout. Mais qui propose que nos villes soient dotées d'une infinité d'ambulances? Personne, bien sûr. La vraie question n'est pas de savoir si une limite doit être posée, mais de savoir quelle limite poser, et surtout comment. C'est là que la garantie d'égalité de traitement est cruciale.

Où se situent les limites pour administrer le maximum de soins possibles (p. ex. transplantation cardiaque sur une personne de 80 ans)? Et qui définit ces limites: les politiciens? Les médecins? Qui d'autre?

La limite la mieux défendable est celle que l'on définit ensemble. Car il ne s'agit pas seulement de traiter les personnes équitablement, il s'agit aussi que les limites soient intelligibles pour les personnes concernées. Et dans cette démarche, les possibilités des uns et des autres sont différentes, et dans un monde idéal complémentaires. Le rapport d'un groupe de travail de l'ASSM l'avait souligné: il est important d'abord de reconnaître la réalité des limites, et qu'une réflexion intègre les différents acteurs de la santé. Pour cela, il est également important de fixer des buts: la Suisse a donc besoin d'objectifs en matière de santé, «fixés dans le cadre d'une politique nationale de la santé, de manière à être applicables».¹ Il est ensuite tout aussi important de fixer des conditions cadre, pour l'ensemble du système de santé, que d'avoir une démarche juste au cas par cas. Le premier est du ressort du domaine politique. Il est par exemple important de garantir par principe un accès au système de santé à l'ensemble des patients, et de n'exclure personne a priori. Les décisions prises au cas par cas, par contre, il serait à mon sens dangereux de les ôter entièrement des mains des médecins et des autres soignants. Cela ne signifie pas qu'ils doivent nécessairement toujours avoir le dernier mot. Mais nous avons un rôle «d'avocat du patient» souvent crucial. Ce rôle signifie que nous devons pouvoir argumenter en faveur du patient, que nous devons pouvoir être entendus, et que les avis contraires doivent être intelligibles. Une démarche éthique influente, basée sur la «justice procédurale» en matière d'allocation des ressources de santé, insiste sur le fait que les raisons données doivent faire appel à des données, des raisons, et des principes qui seront acceptés

¹ Un résumé du rapport est disponible ici: http://www.saez.ch/pdf_f/2007/2007-35/2007-35-796.PDF

comme pertinents par des personnes «à l'esprit équitable», c'est-à-dire disposées à trouver des conditions de coopération mutuellement justifiables». ² Tout un programme.

Le fait que ces limites n'aient jusqu'à présent pas été définies de manière obligatoire pour tous les habitants de notre pays relève probablement d'une volonté: il favorise une médecine à deux vitesses qui offre davantage de possibilités aux riches qu'aux pauvres. Qu'en pensez-vous?

En fait, le lien entre l'absence de limites explicites et le risque de médecine à deux vitesses n'est pas si évident. Mais la responsabilité repose dans ce genre de système entièrement sur les médecins, et ce n'est pas optimal. Il faut aussi se rendre compte que quand on parle de limites cela ne signifie pas nécessairement exclure des gens. C'est même important que ce ne soit pas le cas. Il est très différent de limiter les *prestations couvertes* pour tout le monde cette fois. Ou de limiter les *circonstances* dans lesquelles on juge qu'une intervention est justifiée ou non. Définir n'importe quelle limite pour tous les habitants de notre pays nécessite par ailleurs que la Suisse se dote d'une vé-

² Daniels et Sabin «Setting limits fairly» 2002

ritable politique de santé publique à l'échelle nationale, non?

Oui! Mais l'égalité de traitement pour tous les Suisses en matière de santé est-il encore réaliste de nos jours?

C'est le contraire qui n'est pas réaliste. On l'a vu à de multiples reprises, l'absence d'accès aux soins est coûteuse en termes de soins ultérieurs (on n'aura pas fait de prévention), en termes humains, et en termes sociaux. L'équité face à la santé n'est pas un luxe.

Qui sont les principaux perdants en cas de rationnement médical?

Ça dépend comment le rationnement est réalisé. Dans le cas de figure où il est pondéré et transparent, les pertes peuvent rester marginales et équitablement réparties. Si l'on procède sans trouver une manière de nous mettre d'accord, que ce soit formellement, où au cas par cas à travers des rapports de force équilibrés, le risque est de voir les personnes socialement faibles en payer le prix. C'est déjà partiellement le cas. Dans notre étude européenne, une claire majorité de médecins rapportait que les patients appartenant à des groupes particulièrement vulnérables (par exemple des patients chroniques, ou qui ne peuvent pas payer leur quote-part, mais aussi des personnes immigrées, âgées,

mentalement handicapées) étaient plus à risque de se voir refuser un traitement en raison de son coût (2). Il est évidemment important de limiter ce risque. Mais ces patients ne sont pas les seuls perdants potentiels. Fondamentalement, c'est toute la population qui est perdante dans le cas où le rationnement serait appliqué de manière inéquitable. Comme nous ignorons qui deviendra malade chronique, ou qui sera appauvri par la maladie, par exemple, nous risquons tous d'être un jour affectés. Et bien sûr les médecins sont également perdants dans ce genre de circonstances: nous aurons perdu une part importante de notre rôle si nous devons nous plier à une limite sans pouvoir participer à sa définition.

*Propos recueillis par
Bernhard Stricker.*

1. Hurst SA, Slowther AM, Forde R, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Perrier A, et al. Prevalence and determinants of physician bedside rationing: data from Europe. *J Gen Intern Med* 2006 Nov;21(11):1138-43.
2. Hurst SA, Forde R, Reiter-Theil S, Slowther AM, Perrier A, Pegoraro R, et al. Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems. *BMC Health Serv Res* 2007 Aug 31;7(1):137.

Revenu des médecins de famille – mythe et réalité

Dans notre combat pour l'amélioration des conditions de la médecine de premier recours, nous autres médecins de famille ne cessons de le souligner: il n'en va pas d'abord de notre revenu! Ce qui nous importe, c'est la garantie d'une couverture médicale de base d'excellente qualité et accessible à tous les groupes de la population. Malgré cela, politiciens, journalistes et animateurs de télévision ne se lassent pas de placer la question du revenu au premier plan, de réduire les discussions en cours à

l'aspect pécuniaire et d'avancer l'expression suffisamment ressassée des «jérémiades des nantis». Il ne s'agit pas de cela – et ceux qui persistent dans cette opinion n'ont vraiment rien compris!

Puisque ce thème semble tellement intéresser tant de gens, je me permets d'y revenir. Selon la statistique de la FMH¹, en 2005 le revenu moyen des médecins généralistes (que je désignerai par «médecins de famille») s'élevait à environ Fr. 196 000 par année. A première

vue, cette somme peut paraître assez confortable, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit là d'un revenu soumis à AVS avant réduction des contributions aux assurances sociales et privées et des impôts. C'est une valeur moyenne qui ne tient pas compte du lieu où s'exerce la profession et du genre d'activité. Certains paramètres de la statistique des revenus sont bien plus éloquentes. Découverte surprenante: en 2005, un quart environ de tous les médecins de Suisse présentaient un revenu (avant déduction de la prévoyance, des assu-

¹ Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz 2005. *Schweiz. Ärztezeitung* 11/2009, S. 409 ff.

rances et des impôts) de moins de Fr. 95 000, alors que près d'un tiers gagnait moins de Fr. 122 000. L'évolution des revenus des médecins de famille est également intéressante: alors que l'index du coût de la vie a grimpé, depuis 1971, de 100 à plus de 260 points, l'index des revenus des médecins tournait autour de 164. En réalité, ce sont encore 63 points. Par conséquent, les revenus des médecins ont bien augmenté, mais par rapport à l'index du coût de la vie et au pouvoir d'achat, ils ont baissé de manière significative.

Depuis l'introduction de TARMED en 2004, la valeur du point tarifaire a

baissé dans la plupart des cantons, ce qui correspond par conséquent à une réelle baisse de salaire. Dans le canton de Zurich par exemple, la dernière adaptation du tarif médical au renchérissement a eu lieu en 1987.

Trouvez-moi un autre groupe professionnel présentant une évolution semblable! Après sa formation prégraduée, un médecin de famille consacre en moyenne plus de 7 ans à sa formation postgraduée. Les investissements nécessaires à l'aménagement d'un cabinet médical s'élèvent – pour la seule technique médicale, donc sans mobilier, etc. – à plus de Fr. 325 000.–². Le degré de rentabilité est d'environ 20% ...

Jérémiades des nantis? – Peut-être. Mais est-il vraiment si erroné de mettre le doigt sur des anomalies financières qui sont loin de renforcer l'attractivité de notre profession? Nous ne réclamons ni des bonus mirobolants ni des salaires de millionnaire; nous voulons juste assurer des conditions équitables à la médecine de famille.

*Dr méd. Hansueli Späth,
Médecin de famille, membre du comité
de rédaction*

² Das Schweizer Gesundheitswesen 2007–2009. G. Kocher

Communiqué du 4.6.09

La SSMG salue la décision prise par le Conseil des Etats de soutenir la médecine de premier recours

Avec une motion intitulée «Stratégie contre la pénurie de médecins et pour la promotion de la médecine de famille», la conseillère nationale Jacqueline Fehr invitait, le 2 octobre 2008, le Conseil fédéral à élaborer, en collaboration avec les cantons et les organisations professionnelles compétentes, une stratégie propre à empêcher une pénurie de médecins en Suisse et à encourager la médecine de premier recours. Cette stratégie à soumettre au Parlement devait notamment porter sur la suppression du numerus clausus, la réorganisation de la formation médicale pré- et postgraduée, les tarifs, l'encouragement des cabinets de groupe et des nouveaux modèles de travail, la réglementation des services de garde et les possibilités d'E-Health (santé en ligne).

Le Conseil fédéral ayant décidé le 12.12.08 de soutenir cette motion, le Conseil national a fait de même le 19.12.08. Aujourd'hui, le Conseil des Etats les a suivis dans cette voie.

La Société Suisse de Médecine Générale (SSMG) se réjouit de cette décision et remercie Mme Fehr pour son engagement en faveur de la médecine de famille.

Cependant, elle met en garde contre le faux espoir que cela puisse suffire à sauver la médecine de premier recours et à bannir la menace d'une pénurie de médecins de famille. Car au cours de ces dernières années, la SSMG a malheureusement dû faire la pénible expérience que les belles paroles du DFI sont rarement suivies d'actions concrètes. Au contraire: la rhétorique en faveur

des médecins de famille de Pascal Couchepin s'est en fait révélée être une stratégie pour «calmer» les associations des médecins de famille et les «faire lanterner». Ses seules actions concrètes sont précisément celles qui menacent la médecine de premier recours (dernier exemple en date: la décision concernant les laboratoires de cabinet).

Si, contre toute attente, un changement d'attitude en faveur de la médecine de famille devait s'opérer au sein du DFI grâce à la motion de Madame Fehr, la SSMG – et avec elle tous les médecins de famille de Suisse – en prendront acte avec satisfaction.

Mais la SSMG n'est plus d'accord d'attendre des signaux positifs du Palais fédéral. Elle va prendre le destin de la médecine de premier recours en mains propres et lancer, à l'automne, une initiative populaire en faveur de la médecine de famille.

Impressum

Editeur: Société Suisse de Médecine Générale, Oberplattenstr. 73, 9620 Lichtensteig, Tél. 071 988 66 40, info@sgam.ch, www.sgam.ch
Le bulletin Info paraît quatre fois par année en allemand et français.

Commission de rédaction: Dr H.U. Späth, Dr F. Héritier, Dr C. Cina, Dr M. Enz Kuhn
Rédacteurs responsables: Bernhard Stricker (allemand) bernhard.stricker@sgam.ch, Eliane Gerber (français) eliger@bluewin.ch

Tirage total: 1780 ex.
Impression: Schwabe SA, Muttenz
Editions: EMH Editions médicales suisses SA Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tél. 061 467 85 54, Fax 061 467 85 56