

Dr François Héritier
Président de la SSMGwww.sgam.chwww.ssmg.ch

Editorial

Y a-t-il un pilote dans l'avion?

Ou ... pouvons-nous encore voler sans pilote dans notre système de santé? Cette question m'est venue après l'impression mitigée voire désagréable que m'a laissée notre dernière entrevue chez M. Couchepin. Un ton d'emblée incisif, une irritation palpable, une impatience que je ne lui connaissais pas d'entretiens précédents et surtout un discours convenu, péremptoire, sans ouverture à la négociation. Bien sûr le thème de la rencontre, la révision de la liste des analyses de laboratoire, avait tout pour susciter une telle réaction: des positions tranchées des deux côtés, des calculs difficilement comparables car basés sur des données différentes, des incompréhensions de part et d'autre. Ajoutée à cela, peut-être, une fatigue de fin de journée ou une mauvaise humeur de circonstance. Bref, tous les ingrédients pour un discours tendu et catégorique.

Mais, ma plus grande inquiétude dans cet entêtement, c'est une absence de vision globale, une perte de la réalité complexe de notre système de santé avec un refus de reconnaître que pour une pseudo-économie, c'est toute une médecine de proximité et encore de qualité qui est sérieusement menacée. Que penser d'un pilote qui ne verrait pas plus loin que le bout de son cockpit?

Les passagers doivent-ils prendre les commandes? démissionner le pilote?

Notre démocratie permet une alternative pour pallier les déficits de leadership: la voie de l'initiative populaire. Au vu des premières réactions très favorables à cette idée, dont vous lirez un aperçu dans ce numéro, nous envisageons très sérieusement de lancer un tel débat afin de renforcer et de promouvoir cette médecine de famille que nous savons être avec conviction et enthousiasme la meilleure des médecines pour la santé du plus grand nombre.

Dr François Héritier, Président SSMG

Le trait de crayon



Dans ce numéro

- **Interview avec le professeur Thomas Rosemann**, premier titulaire de la chaire de médecine familiale à l'Université de Zurich. Bilan: «Le rôle central que joue la médecine de famille dans l'approvisionnement médical de base de la population est insuffisamment reconnu par les cercles politiques. De plus, la médecine de famille a impérativement besoin d'une image plus positive auprès des étudiants, sinon, la faille dans l'approvisionnement de base prendra des dimensions encore plus graves.»

- **Initiative populaire:** Fin novembre, le comité SSMG a lancé dans «Primary-Care», à l'adresse de tous les médecins de proximité de Suisse, une vaste consultation concernant la mise sur pied potentielle d'une initiative «OUI à la médecine de famille». Les premières réactions reçues permettent de s'attendre à un large soutien de la base. La décision pour ou contre le lancement d'une initiative sera prise début 2009.

- **Révision de la liste des analyses:** L'OFSP reporte sa décision. En revanche, le ministre de la Santé Pascal Couchepin adresse aux patients (qui l'avaient exhorté, dans une lettre de protestation, à ne pas mettre en danger le laboratoire de cabinet), des missives dans lesquelles il cherche à les monter contre les médecins de famille par des arguments populistes.

Interview avec le professeur Thomas Rosemann

«J'ai constaté avec effroi que les cercles politiques manquent de compréhension pour la médecine de famille»

Depuis le 1^{er} mars 2008, vous enseignez la médecine de famille à l'Université de Zurich: quelles sont vos premières impressions de votre travail – et de la Suisse?

A l'Université comme à l'Hôpital universitaire de Zurich, j'ai été accueilli à bras ouverts. Puisqu'il n'existe pas de tradition académique de la médecine de famille en Suisse, je m'attendais à davantage de réticence. La collaboration avec le médecin-chef de la polyclinique médicale est très constructive. Bref: je suis «déçu en bien», comme on dit. Ce qui me réjouit le plus, c'est d'avoir également été reçu très positivement par les médecins de famille. Je comprends qu'un certain scepticisme ait pu exister avant mon arrivée, d'une part parce que je suis Allemand et d'autre part parce que viens de la recherche. Du côté de nombreuses associations et groupements de médecins de famille, je n'ai reçu que des échos favorables.

J'ai découvert les Suissesses et les Suisses comme des personnes très ouvertes et aimables. Mon épouse qui m'a accompagné en Suisse a eu beaucoup de peine à quitter la Bavière. Au début, ce furent les montagnes et les lacs qui nous procuraient un sentiment familial, mais au final, c'est la cordialité dont nous avons souvent fait l'expérience qui nous a permis de nous sentir très à l'aise ici. Beaucoup d'Allemands devraient en prendre de la graine. Entre-temps, mon épouse a trouvé du travail comme cardiologue dans un cabinet médical; elle est très heureuse d'avoir échappé au système allemand. Lorsqu'il était certain que j'irais en Suisse, mon chef m'a dit: «C'est fantastique: tu as fait tes études aux frais du contribuable allemand, tu as mené tes recherches pendant des années avec

l'argent de la République fédérale allemande et maintenant tu t'en vas en Suisse avec tout ton savoir-faire acquis; ils vont être contents.» Sur quoi je lui ai répondu: «Ainsi va la vie.»

Où allez-vous concentrer vos efforts: dans la recherche ou dans l'enseignement?

Ce sont deux disciplines à valeur égale. Dans la recherche, il s'agit d'établir, en collaboration avec d'autres instituts de médecine générale, une recherche autonome en matière de médecine familiale. Au vu des ressources limitées, il est très important de fixer des priorités et de ne pas vouloir faire de la recherche en ratissant large. Précisément en raison de ces ressources limitées, il est essentiel que la recherche crée des profils. La recherche que j'ai l'intention de mener a pour objectif de faire ressortir clairement le rôle futur des médecins de famille. Par exemple: je pense que personne dans ce système de santé ne dispute au médecin de famille sa fonction de pilote et d'accompagnateur. Pour moi, le cabinet du médecin de famille est le lieu où les gens sont pris en charge dès la naissance, dès le premier vaccin et jusqu'à leur mort. Le point fort dans ce continuum réside pour moi plutôt dans l'accompagnement des patients qui souffrent de maladies chroniques ou de plusieurs pathologies à la fois. Dans ce domaine, le médecin de famille a le dessus sur le spécialiste. Aucun spécialiste ne pourrait ni ne voudrait soigner une patiente qui souffre de huit maladies différentes. C'est quelque chose que personne d'autre ne saurait faire et qui nous rend irremplaçables.

Les patients tireront-ils des bénéfices directs de vos recherches?

Oui, dans la mesure où nous armons les



Prof. Dr Thomas Rosemann

médecins de famille de savoir, où nous les formons et les préparons de manière optimale p.ex. à soigner des patients souffrant de maladies chroniques. Puis, on pourrait prouver par une étude que les patients suivis par leur médecin de famille ont une meilleure qualité de vie que ceux dont s'occupent uniquement les spécialistes. Il existe d'ores et déjà une étude qui démontre que les diabétiques présentent une mortalité plus faible lorsqu'ils sont en traitement chez le médecin de famille plutôt que chez le seul diabétologue. D'autres études prouvent que les patients souffrant de problèmes cardio-vasculaires vivent plus longtemps lorsqu'ils sont traités conjointement par le médecin de famille et le cardiologue.

Et qu'en est-il de l'enseignement?

Particulièrement ici à Zurich, l'enseignement est un grand chantier. Nous devons développer un profil clair et transmettre en premier lieu des contenus médicaux. Un cours ne doit pas être une plate-forme pour des discussions de politique corporative. Les étudiants ne veulent pas entendre des lamentations incessantes. Un chirurgien ne viendra pas se plaindre parce qu'il a opéré pendant 10 heures et qu'il a les jambes enflées. Le chirurgien entrera dans l'amphithéâtre et dira: «Je viens de sauver

une vie humaine.» L'image que nous voulons transmettre doit devenir plus positive. Cela dit, je ne voudrais en aucun cas nier les défis en politique sanitaire et corporative auxquels la médecine de famille se voit confrontée, mais les étudiants ne sont pas le bon tribunal. Dans l'enseignement, nous devons avoir une attitude plus professionnelle et nous améliorer tant du point de vue du contenu que de la didactique.

Est-ce à dire que la profession du médecin de famille a besoin d'une nouvelle image?

Absolument. C'est comme pour l'achat d'une voiture: si je vais chez le concessionnaire et que je m'intéresse à une Porsche, le commerçant ne me dira pas que cette voiture consomme plus de 20 litres d'essence et qu'avec ses 420 grammes d'émissions de CO₂ par kilomètre, elle nuit à l'environnement, mais il va me dire: «Avec cette voiture, toutes les femmes vous suivront du regard.» C'est ce principe-là que nous devons appliquer, sans toutefois exagérer. Concrètement: je pense que nous devons présenter notre discipline de manière professionnelle et sérieuse, en insistant surtout sur sa grande valeur. Beaucoup d'étudiants considèrent la médecine de famille comme quelque chose de beau et de grand, mais ils se sentent désorientés par les jérémiades publiques sur la profession.

Comment interprétez-vous le fait qu'il ait été possible de créer en Suisse trois instituts de médecine de famille en peu de temps?

C'est sans doute un signe très positif pour la médecine de famille et son travail de recherche. Car en Suisse comme dans la plupart des autres pays européens, on observe encore et toujours une disproportion marquante entre la quantité des données issues de la recherche clinique et celles de la recherche en soins de base. Nous savons beaucoup de choses sur les différents médicaments, mais pratiquement rien sur la dispense de médicaments. C'est un excellent exemple pour expliquer pourquoi nous avons besoin de recherches dans le domaine de la médecine de famille et des soins de base. Nous pourrions ainsi

montrer par une étude prospective quelles sont les conséquences d'une dispense de médicaments par le médecin. Si le médecin dispense lui-même les remèdes, les coûts pourraient être plus élevés dans un premier temps parce qu'il commandera des emballages plus petits, mais si cela fait augmenter la «compliance» et baisser le taux des hospitalisations, cet avantage l'emportera largement sur le coût des médicaments. Idem pour le laboratoire de cabinet; dans ce domaine non plus, nous ne disposons pas de données fiables. On pourrait donc dire que nous nous payons le luxe de naviguer avec le paquebot «Système de santé» sans disposer des coordonnées nécessaires.

Comment interprétez-vous l'existence de trois instituts de médecine de famille sur le plan politique? Succès de la politique corporative? Pression de la population?

Je pense que les universités ont plutôt cédé à la pression de la population, car elles sont toujours persuadées que nous n'avons pas vraiment besoin d'une médecine de famille académique. Mais nous avons de bonnes chances de les convaincre du contraire. Il faut également se rendre compte du fait qu'autour d'un institut de médecine de famille gravitent des intérêts et des perspectives divergentes. Pour la direction de l'université, il importe qu'un institut génère beaucoup de moyens tiers et qu'il publie un maximum. L'institut de médecine générale d'Heidelberg par exemple, d'où je viens, occupe plus de 40 collaborateurs qui ont rapporté plusieurs millions de moyens tiers, ce qui était très rentable pour l'université. Cela a sensiblement consolidé la réputation scientifique de l'université et mené à la reconnaissance académique de la médecine de famille. C'est également valable pour des pays comme la Hollande où il est tout à fait normal qu'une grande partie des médecins de famille participe à la recherche. Il ne viendrait à l'idée de personne de mettre cela en question.

Comment jugez-vous de manière générale la situation actuelle de la médecine de famille en Suisse?

En premier lieu, je constate deux faits:

nous sommes en présence d'un manque de relève, surtout dans les régions de campagne, et nous autres médecins de famille jouissons d'une très haute estime auprès de la population. Par contre, l'environnement politique est plutôt ambigu: beaucoup de politiciens s'expriment du bout des lèvres en faveur de la médecine de famille, parce qu'ils savent que la population est derrière nous. Mais je regrette l'absence de l'aveu sincère de la part des politiques que nous avons besoin d'une médecine de famille forte. Au cours de nombreux entretiens avec des représentants du monde politique et de l'OFSP, j'ai constaté avec effroi que les cercles politiques n'ont pas saisi, pour la plupart, quels effets positifs apporte une médecine de famille vigoureuse. Je pense par exemple à des analyses faites sur la base des données de l'OCDE qui démontrent très clairement que dans les pays disposant d'une orientation plus élevée vers les médecins de famille, la qualité de vie est meilleure pour les deux sexes et tous les groupes d'âge. Il existe des données qui montrent nettement que plus l'orientation vers la médecine de famille est élevée, plus les coûts du système sont bas. Ce sont des résultats qui ne sont pas encore largement connus. Malheureusement, il faut s'attendre à ce que seuls 10% de nos conclusions soient mis en application par la politique. 90% sont donc pour la poubelle.

N'est-ce pas frustrant?

Bien sûr que c'est frustrant. Mais il ne faut pas pour autant abandonner ou se résigner. Nous avons encore et toujours besoin de la pression de la population qui est derrière nous et qui veut une médecine de famille forte. Les instituts de médecine de famille peuvent prouver, sur la base de leurs propres données récoltées en Suisse, qu'une médecine de famille forte permet une médecine plus avantageuse et meilleure. C'est cela qui finira par convaincre les politiques.

S'agit-il, en fin de compte, d'un problème de communication?

Partiellement. Dans ce domaine également, je plaide en faveur d'une mise en lumière plus positive et moins de protestations, selon l'adage: «Fais le bien et

parles-en.» Je pense à une lettre d'information que nous pourrions adresser périodiquement aux acteurs politiques.

Comment jugez-vous le fait que seulement 10 pour cent des étudiants en médecine veulent devenir médecin de famille?

Il existe plusieurs raisons au fait que la médecine de famille ait perdu en attractivité. Premièrement, le revenu. Un étudiant m'a raconté récemment que tous les étudiants en médecine connaissent par cœur la statistique des revenus de la FMH. Je pense qu'on a jusqu'ici sous-estimé l'élément économique dans cette profession. Deuxièmement, les études, respectivement la médecine de famille, ne sont pas présentées de manière suffisamment positive, comme je l'ai déjà dit. Troisièmement, il y a un problème structurel qui fait que les étudiants nous «échappent» aux cours des études. Qui veut devenir médecin de famille doit chercher lui-même une place pour sa formation postgraduée. Les autres spécialités ont mieux réglé cela. Afin d'aplanir le chemin qui mène vers la médecine de famille, il faut créer des incitations, en premier lieu financières. La Grande-Bretagne est le seul pays d'Europe qui connaît un accroissement significatif

dans la médecine de famille. Pourquoi? Le revenu des médecins de famille britanniques a augmenté de 23%.

Que pourraient apprendre les médecins de famille suisses des médecins de famille allemands?

Pas grand chose. En Allemagne, les appareils d'échographie font partie de l'équipement standard du cabinet d'un médecin de famille, ce qui valorise la profession. On pourrait introduire cela en Suisse.

Actuellement, la SSMG est en train de réfléchir au lancement éventuel d'une initiative populaire «OUI à la médecine de famille».

Qu'en pensez-vous?

Je trouve évidemment que c'est une excellente idée qui correspond aux efforts de notre institut de valoriser la médecine de famille.

*Questions posées par
Bernhard Stricker.*

Thomas Rosemann

Depuis le 1^{er} mars 2008, Thomas Rosemann occupe la nouvelle chaire de médecine de famille à l'Université de Zurich. Originaire de la Haute-Bavière, le professeur Rosemann a 38 ans. Après ses études de médecine à l'Université Ludwig-Maximilian de Munich (licence et doctorat en 1996), il a acquis des expériences pratiques en chirurgie et médecine interne. Dès 2002, il fut collaborateur scientifique, puis médecin-chef à l'«Institut für Hausarztmedizin» d'Heidelberg où il a obtenu, en 2007, son habilitation pour la branche «médecine générale». Parallèlement, il a mené des études de PhD à l'Institut de médecine de famille de Nijmegen (Pays-Bas), achevées en 2008 avec un deuxième doctorat. En même temps, il a travaillé, à temps partiel, dans un «cabinet classique de médecin de campagne dans un village». L'Institut de médecine de famille de Zurich est doté de 350 pour cent de poste au total. En plus de la chaire proprement dite, il existe un poste de médecin-chef, un poste d'assistant, un demi-poste de collaborateur scientifique et un poste de secrétaire.

Une initiative populaire «OUI à la médecine de famille»?

Fin novembre 2008, le comité SSMG a publié dans «PrimaryCare» (organe social de l'association des médecins de famille) un article intitulé «Médecine de famille: une décision populaire à la place du règne de l'arbitraire», assorti de la question: *Que pensez-vous de l'idée de lancer une initiative populaire «OUI à la médecine de famille» (titre provisoire)?*

Cette vaste «procédure de consultation» parmi les médecins de famille se base sur une réorientation de la politique en faveur de la médecine de famille en Suisse. Idée fondamentale: les médecins de famille font de leurs patients leurs partenaires politiques et mettent en place une médecine de famille fortement ancrée dans la population, qui ne pourra plus être démantelée (exemple: liste des analyses) et qui reste attractive pour les générations futures d'étudiants

en médecine, afin d'éviter, à long terme, une pénurie des médecins de famille. Les patients sont les alliés naturels des médecins de famille, car ils ont tout intérêt à disposer d'une médecine de famille de bonne qualité qui fonctionne bien.

Premières réactions positives

Les premières réactions étaient presque exclusivement positives. Jusqu'au délai de rédaction de cette SSMG-Info, nous avons reçu 150 courriels, dont 148

étaient approuvateurs. La discussion sur www.forum-hausarztmedizin se poursuit selon le même schéma.

Début 2009, le comité SSMG – après discussion avec les autres associations des médecins de famille – décidera de la suite des opérations et si l'initiative va être lancée. Il souhaiterait une large alliance entre tous les médecins de famille de Suisse, éventuellement en relation avec la création de la nouvelle association «Hausärzte Schweiz» (HaCH).

Si le comité SSMG devait décider le lancement d'une initiative, il pourra compter sur les conseils et la collaboration d'éminents spécialistes du droit public et experts juridiques de la santé, qui lui ont d'ores et déjà assuré leur aide pour l'élaboration d'un texte d'initiative (respectivement d'un article constitutionnel).

Bernhard Stricker

Que pensez-vous du lancement d'une initiative populaire «OUI à la médecine de famille»?

Premières réactions (extraits)

Je suis enthousiaste! Vous et vos collègues de la SSMG faites un excellent travail qui va tout à fait dans mon sens. Je vous remercie de tout cœur de votre grand engagement. L'initiative est juste et absolument nécessaire. Suite au succès de la votation concernant la dispense de médicaments dans le canton de Zurich, les initiatives issues du corps médical ne sont pas à sous-estimer. Les politiciens doivent nous prendre au sérieux.

Dr A. B.

Personnellement, je soutiendrais certainement une telle activité, même si je suis un peu partagé: pourtant – et c'est ce qui me fait pencher en faveur du «oui» – ce qui compte avant tout pour moi, c'est le processus de décision et de travail qui fait partie d'une initiative. Si nous réussissons à réunir les signatures, ce dont je ne doute guère, et si nous arrivons à gagner la votation, nous aurons posé des jalons importants, en dehors des aspects purement constitutionnels.

Dr W. S.

Je trouve que l'idée de lancer une initiative populaire pour sauver la médecine de famille est géniale. J'y suis absolument favorable, pour autant que le libellé soit inattaquable du point de vue juridique. Le 1^{er} avril 2007 et 2008, nous avons préparé le terrain auprès des patients. Je constate actuellement à quel point il est facile d'obtenir des signatures «Pour le maintien du laboratoire de cabinet».

Dr T. W.

Je me bats depuis 33 ans! Je soutiens une initiative.

Dr W. H.

En tant que médecin de famille à la retraite qui s'intéresse toujours à la profession, j'aimerais vous conforter dans votre idée d'une initiative populaire. La votation sur la dispense de médicaments dans le canton de Zurich, portée par les patients et couronnée de succès, doit également vous encourager. En faisant les efforts nécessaires et avec un texte d'initiative juridiquement irréprochable, le succès d'une telle initiative est tout à fait dans le domaine du possible.

Dr P. S.

Je suis d'avis qu'il faut lancer cette initiative: demandons à notre peuple s'il veut une médecine de famille vigoureuse. Est-ce que les gens y tiennent ou se satisferaient-ils également d'infirmières, comme le voudrait l'OFSP? Rien ne s'oppose à cette initiative. Ce qui est sûr, c'est que les politiques ne seront pas de notre côté ces prochaines années. Il est également certain que nous avons une assez forte influence sur nos propres patients, mais nous ne nous en rendons pas suffisamment compte. Après 30 ans d'activité comme médecin de famille, je reste toujours intimement convaincu de la valeur de mon activité.

Dr F. B.

En tant que «vieux de la vieille» animé toujours, me semble-t-il, de beaucoup d'enthousiasme et d'engagement pour la médecine de famille, je ne peux bientôt plus entendre toutes les excuses avancées par mes collègues dès qu'on leur demande quelque chose. D'un autre côté, ce sont les mêmes personnes qui ne cessent de reprocher – de manière cachée ou ouvertement – à nous autres membres des autorités de ne rien entreprendre. «Il faudrait ...», c'est leur Leitmotiv. Mais lorsqu'il s'agit d'actes concrets ... Je suis fier que vous ne vous laissiez pas dérouter et que vous empruntiez une voie juste, déterminée et conséquente.

Dr G. B.

Je suis d'accord avec une initiative: elle supprimera le déséquilibre politique dans le positionnement stratégique des médecins de famille par une base légale, pour autant qu'on inclue dans le texte de l'initiative une preuve que la médecine de famille (... dans sa forme actuelle avec des médecins pratiquant librement dans leur propre cabinet ...) est la meilleure (... parce que qualitativement et quantitativement la plus compétente et financièrement la plus supportable ...) garantie pour l'approvisionnement sanitaire de la population.

Elle pourra réaliser la séparation de l'activité d'un médecin de famille au service du patient d'avec celle qui va dans le sens des rapports de dépendance face aux autorités et aux caisses-maladie en raison des exigences de justification de ces dernières. Et je m'y engagerai pleinement auprès des clients de mon cabinet.

Dr R. R.

Enfin une attitude pro-active. Avec cette idée, nous occuperons pendant des années des domaines thématiques importants. Mais je ne suis pas tout à fait persuadé que tous les collègues se rendront compte de l'étendue de l'engagement en temps et en argent que cela suppose. La récolte de signatures sera relativement simple à réaliser, pour autant qu'on y apporte des titres percutants et quelques arguments contraignants. Mais toute l'énergie qu'il faudra déployer dans une longue, difficile et laide campagne où la lutte sera très dure, constituera une véritable heure de vérité. En tous les cas, l'initiative devra être entièrement libellée, sinon elle sera diluée par les Conseils.

Comme le disait Winston Churchill le 13 mai 1940: «I have nothing to offer but blood, toil, tears and sweat ... We have before us many, many months of struggle and suffering.»

Nous devons donc expliquer à nos membres que nous devons sacrifier des centaines de soirées libres, des milliers d'heures de travail et des millions de francs pour réussir le pari. Uniquement si la base dit, dès le départ: «Yes I will», il y aura plus tard un «Yes we can».

Dr A. V.

Je suis persuadé que nous réussirions rapidement à récolter 100 000 signatures et que nous pourrions gagner une initiative populaire. Le

problème majeur, ce sera la réalisation des fonctions dévolues par la constitution au niveau de la loi, c'est pourquoi le texte devra être rédigé de manière aussi concrète que possible, ce qui, en même temps, prête le flanc aux attaques. Je pense que le peuple est bien plus avancé que la politique qui jusqu'à présent n'a guère produit que du vent.

Dr M. T.

Je trouve que le moyen d'une initiative est une très bonne idée, car elle donne la parole à celles et ceux qui sont directement concernés: nos patients. Il est regrettable que cet aspect ait pu être négligé jusqu'à présent dans la politique de la santé et des caisses-maladie, faute d'organisation des patients. En principe, je soutiendrais une initiative.

Dr H. G.

Je trouve bonne l'idée d'une initiative populaire ayant pour but de garantir un large éventail dans la médecine de famille. Le désintérêt des politiques et les exigences du Tarmed (neutralité des coûts) mènent à notre perte. Mais avant et pendant le lancement de l'initiative, il faudra – à côté de toutes les élucidations juridiques – une grande action RL auprès de la population. Les médecins de famille doivent faire du bon travail et en parler (Fais le bien et parles-en). Nous devons enfin propager et présenter notre beau travail varié qui est si important du point de vue de la politique de la santé, et dont le service d'urgence fait également partie. Seuls ceux qui font du bon travail et offrent un bon service pourront compter sur le soutien de la population.

Dr G. K.

Je salue l'idée d'une initiative en faveur de la médecine de famille. Je suis d'avis qu'elle devrait également contenir quelques points concrets qui nous accablent actuellement, comme p.ex. la culture de la méfiance gérée par le contrôle de la rentabilité au moyen de statistiques troubles, dans lesquelles on nous compare à des collègues dont on ne sait pas comment ils travaillent, ou p.ex. l'obligation de collaborer qui exclurait les lettres de menace et le chantage qui sont pratiqués aujourd'hui.

Dr F. H.

C'est une très bonne idée. Les initiatives génèrent une grande publicité. Les spécialistes disposent d'un forum médiatique beaucoup plus grand que nous. J'ai l'impression qu'un nombre croissant des patients qui consultent le médecin de famille ne le considèrent plus comme un simple «passeur». Nous devons renforcer cette tendance, en attirant l'attention du public sur les possibilités dont nous disposons dans un cabinet de médecine de famille. Je suis prêt à récolter des signatures (j'ai quelque expérience en la matière!).

Dr R. B.

La Belle au Bois Dormant se réveille! Enfin du bon boulot!

Dr M. D.

Lorsqu'on mélange ce qui est incompatible

Notre système de santé est excellent – mais il est cher. Comme partout dans l'économie de marché, la qualité a évidemment son prix.

Le fait que les ministres de la Santé tentent toujours de réaliser des économies est dans la nature de leur fonction et dans l'intérêt de tous. Mais les ministres de la santé ont également le devoir de garantir la qualité.

La révision de la liste des analyses est née du désir de réduire les coûts et d'éliminer ce qui est inutile ou obsolète. Personne ne s'y oppose, car un tel remaniement fait véritablement sens. Néanmoins, la Société Suisse de Médecine Générale (SSMG) critique très sévèrement la manière d'agir des responsables.

En Suisse, les analyses médicales ne sont pas seulement réalisées par les grands laboratoires, mais également par la plupart des cabinets médicaux. Cette «analyse de présence» fait partie intégrante du travail d'un médecin de famille et garantit aux patients, le cas échéant, une évaluation rapide et compétente de la situation. C'est d'ailleurs

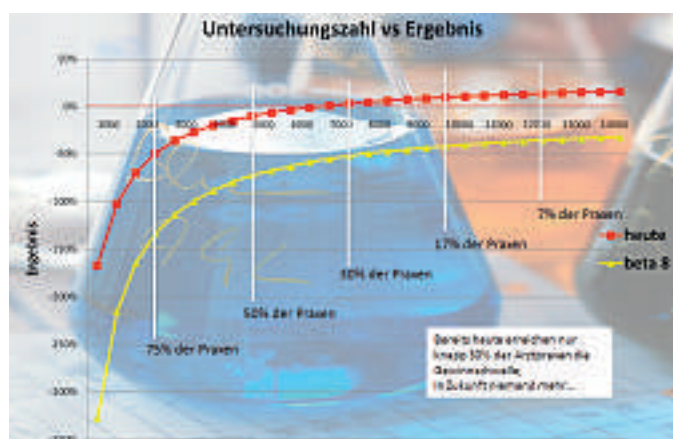
pour cette raison que les futurs spécialistes en médecine générale sont obligés de suivre sur plusieurs jours un cours de gestion de laboratoire de cabinet. Ce dernier fait donc partie de la compétence de base du médecin. Une analyse ciblée garantit un traitement rapide et pointu; elle évite de coûteuses investigations ultérieures ainsi que des rendez-vous successifs inutiles, voire des hospitalisations.

Du point de vue de la gestion d'entreprise, la version actuellement proposée de la révision de la liste des analyses ne permet tout bonnement pas de maintenir les laboratoires de cabinet! Car on y mélange des choses incompatibles: les calculs qui correspondent probablement à la réalité des grands laboratoires s'avèrent complètement faux dans le contexte des laboratoires de cabinet. Des spécialistes venus d'ailleurs, possédant des connaissances insuffisantes des conditions de notre pays, et des fonctionnaires ambitieux de l'OFSP s'évertuent par tous les moyens d'épargner de l'argent, en se basant sur des calculs purement chiffrés et des critères

économiques. Mais on ne saurait exiger d'aucun médecin de poursuivre des analyses au cabinet si celles-ci ne couvrent même plus les coûts. Le laboratoire de cabinet est en danger immédiat – et avec lui des milliers de postes d'assistantes médicales!

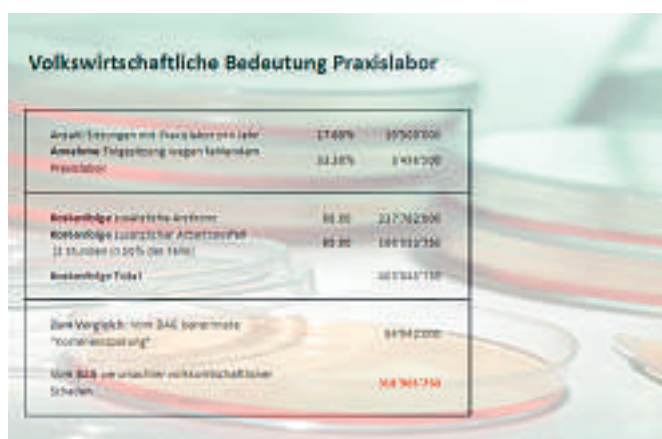
C'est pourquoi la SSMG exige que les politiques et les autorités assument leur tâche et s'engagent non seulement à économiser des coûts mais également à garantir la qualité. Pour cela, il faudra changer les règles: nous exigeons que les réflexions économiques soient dissociées des interventions de l'Etat en matière de médecine de famille. De nouvelles «économies» mèneront inévitablement à une diminution de la qualité et à des coûts consécutifs bien plus élevés. Les comptes d'épicier sont indignes de notre système de santé et, avec l'aide de l'Etat, ils mènent la médecine de famille à sa perte. Monsieur Pascal Couchepin, est-ce vraiment ce que vous voulez?

*Dr Hansueli Späth,
Médecin de famille*



Nombre d'analyses contre résultat

Ce diagramme illustre comment le résultat financier dépend du nombre d'exams effectués au laboratoire de cabinet aujourd'hui (LA 06) et sur la base de la révision Bêta 08. Il indique également la part des cabinets médicaux effectuant des travaux de laboratoire qui atteignent les chiffres indiqués. Il est évident qu'aujourd'hui déjà, seuls 30% des laboratoires de cabinet retirent un bénéfice de leurs prestations. Sur la base de la révision Bêta 08, tous les laboratoires de cabinet seraient déficitaires.



Impact du laboratoire de cabinet sur l'économie politique

Ces calculs montrent les coûts consécutifs auxquels il faudra s'attendre en cas de suppression des laboratoires au cabinet. On présume que pour chaque troisième analyse de laboratoire, une consultation supplémentaire serait nécessaire pour discuter les résultats. Les coûts qui en découleraient, y compris l'incapacité au travail dans l'attente du résultat, sont mis en relation avec les économies revendiquées par l'OFSP.

Réaction du Conseiller fédéral Pascal Couchepin à la lettre des patients «Pour le maintien des laboratoires de cabinet»

Un nerf sensible touché

Alors que plus de 50 000 patients (état début décembre 2008) ont d'ores et déjà adressé une lettre de protestation au Département Fédéral de l'Intérieur (DFI) demandant le maintien des laboratoires de cabinet, le ministre de la Santé Pascal Couchepin a réagi à sa manière: il a envoyé une réponse à tous les expéditeurs (cf. fac-similé).

Du point de vue de la SSMG, la réponse du ministre de la Santé fait penser que cette action a touché chez lui un nerf sensible. Il a réagi de manière disproportionnée.

De plus, son analyse de la médecine de famille est trop sommaire. Ce sont précisément de telles décisions politiques erronées (comme la révision de la liste des analyses) ainsi que d'autres tracasseries permanentes qui mettent d'abord la médecine de famille en danger, car elles effarouchent la relève dont nous avons impérativement besoin.

Dans le principe, la révision de la liste des analyses n'a jamais été contestée par les médecins de famille, mais elle est inacceptable sous la forme prévue. Il doit être possible de mener séparément des tarifs corrects du point de vue de la gestion d'entreprise pour les grands laboratoires automatisés et pour les petits laboratoires de diagnostic immédiat, même si l'OFSP prétend le contraire. Le corps médical lui a soumis des propositions alternatives concrètes, sur lesquelles l'OFSP n'est malheureusement pas entré en matière jusqu'ici

(sur plus de 1000 analyses, seules 20 à 40 des plus importantes sont concernées!). Au lieu de cela, l'OFSP présente comme solution une taxe de présence qui est considérée par tous les experts – sauf par ceux payés par l'OFSP – comme *totalelement inutilisable!*

A cela s'ajoute une argumentation populiste sur le revenu, basé sur des chiffres périmés, imprécis et mal interprétés. C'est tout simplement écœurant! Les chiffres évoqués ne font pas la différence entre le revenu du médecin et d'autres rentrées accessoires. En outre, la situation s'est entre-temps encore détériorée! Une étude menée dans la région de Zurich, publiée cet automne, conclut que le revenu net des médecins de famille se situe autour de Fr. 120 000.–.

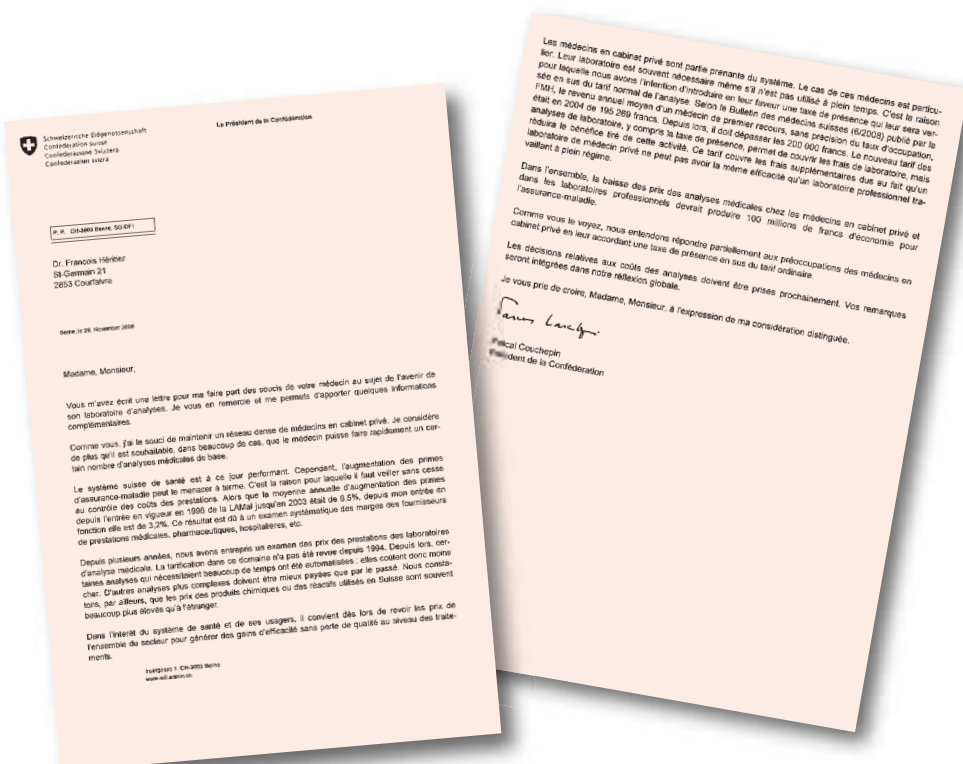
Dr Gerhard Schilling,
comité SSMG

Il est de notre devoir d'informer les patients

Le Conseiller fédéral Pascal Couchepin nous reproche d'utiliser nos patients pour nos intérêts pécuniaires. Cela mérite une réponse très directe et très claire. A travers notre action de lettres, nous informons le public des restrictions qui menacent la médecine de famille et lui offrons la possibilité de s'y opposer activement.

Sous sa forme actuelle, le projet de révision de la liste des analyses présenté par l'OFSP met très directement en danger les laboratoires de cabinet. Il ne s'agit pourtant pas de réaliser de gros bénéfices, comme le suggère Monsieur Couchepin, mais simplement de ne pas travailler à perte.

Il y a quelques années, la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss, alors ministre de la Santé, nous exhortait à nous bat-



tre activement contre le risque d'un manque de médecins de famille: «C'est à vous de faire en sorte que ce scénario ne se réalise pas. Vous disposez du savoir nécessaire et des possibilités appropriées pour éviter cela.»

Cette déclaration claire et cette exhortation à la lutte m'ont beaucoup impressionnée. Face à la situation actuelle, elle gagne à nouveau en importance. *Il est*

de notre devoir d'informer nos patients des retombées potentielles si le Conseil fédéral Couchepin devait introduire la version actuellement proposée sans tenir compte de la situation particulière du laboratoire de cabinet.

Avec notre missive à la Berne fédérale, nous voulons en premier lieu informer. Au contact direct avec les patients, nous leur expliquons à travers la lettre ce qui

les attend, quelles tracasseries et pertes de temps supplémentaires seront inévitables, quels retards subiront les décisions thérapeutiques. Une diminution très directe de la qualité de notre travail en serait la conséquence.

*Dr Margot Enz Kuhn,
Vice-présidente SSMG*

Prise de position SSMG

Assurance duale de base – position SSMG

Dans la discussion autour de la levée du gel de l'ouverture des cabinets, la SSMG s'est prononcée, en juin 2008, en faveur des **autorisations d'ouverture de cabinet en fonction des besoins** à titre de mesure immédiate, et en faveur de la **promotion de Managed Care** comme action à moyen et à long terme. Nous évaluons de la manière suivante les modèles actuellement soumis pour discussion à la Commission de la Sécurité Sociale et de la Santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE):

- Le **modèle CDS/FMH** rejoint notre point de vue sur les autorisations en fonction des besoins qui devraient remplacer le gel des autorisations au 1.1.10, à titre de mesure à court terme.
- Les fondements d'une **assurance duale de base** permettent le développement ultérieur des modèles Managed Care dont nous avons approuvé le principe. La proposition Oggier/Forster est rédigée de manière très ouverte et nous convainc le plus.

Concernant le **modèle Oggier/Forster**, nous aimerions souligner les points suivants:

- A notre avis, la **compensation des risques** élargie à la morbidité est une

condition sine qua non pour un modèle dual d'assurance. Cette mesure doit garantir la solidarité dans le cadre de l'assurance de base et viser à améliorer la qualité des soins apportés aux patients souffrant de plusieurs pathologies.

- Ce modèle présente l'avantage de pouvoir intégrer sans difficultés le **modèle FMH/CDS** que nous préconisons comme solution transitoire dans le sous-modèle «Approvisionnement garanti par l'Etat». La sécurité de l'approvisionnement médical restera ainsi garantie par les cantons.
- En principe, nous apprécions beaucoup que le **modèle Oggier/Forster** repose sur une solution par contrat. En revanche, nous voyons d'un œil critique l'interdiction de conclure des contrats avec des collectivités. Pour des raisons logistiques et statistiques ainsi que dans le but de protéger les particuliers d'éventuelles actions arbitraires des assureurs, nous estimons que les **contrats passés avec des collectivités** sont indispensables, le terme de «collectivités» restant à définir. Les **contrats individuels** restent l'exception, car ils disposent d'un

trop petit nombre de données sur les patients et ne font, en soi, pas le poids dans les négociations.

- Afin d'empêcher les excès contractuels, la SSMG approuve la création d'un **organe de contrôle paritaire** (assurés, assureurs et fournisseurs de prestations). A côté des aspects purement économiques, il ne faudra pas négliger les «soft factors» (relation médecin-patient, principes éthiques, etc.).
- Un suivi scientifique de ce nouveau modèle serait le bienvenu.

Le **problème de base**, à savoir la menace d'un **manque de médecins de famille** confirmée par l'OBSAN, n'est aucunement résolu par ce modèle d'assurance. Il est vrai que l'amélioration des conditions financières des médecins de famille pratiquant dans des régions insuffisamment desservies est un aspect positif. Mais il faudra absolument veiller à ce qu'un tel modèle n'augmente pas une nouvelle fois les charges administratives pour les médecins en compromettant leur tâche essentielle, à savoir les soins apportés aux malades.

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