



Moratoire : que pourrisse la situation !

Début de la semaine dernière. Pascal Couchepin décide de soutenir le projet de la FMH et des cantons destiné à sortir du moratoire sur l'ouverture de cabinets. Tardive mais bienvenue conversion à la voie de la raison. La raison a-t-elle cependant encore la moindre place en politique de santé ? Bien sûr que non. La preuve : vendredi, la Commission santé du Conseil national torpille froidement ce projet. Elle propose de prolonger le gel des cabinets jusqu'en 2011, sauf pour les généralistes (sans que l'on sache exactement ce qu'elle entend par ce terme). Pas question, donc, que les cantons et les médecins aient un mot à dire. Tant pis pour les zones de désertification sanitaire.

Et pourquoi cette commission du National s'oppose-t-elle au bon sens exprimé, fait exceptionnel, à l'unisson des acteurs du terrain et des gouvernements impliqués ? Soyons clairs : parce qu'elle est noyauté par les caisses-maladie. Et que les caisses-maladie ne veulent pas abandonner la liberté de contracter. Plutôt que de tourner la page de leur obsession, elles préfèrent jouer le pourrissement de la situation. Ce pourrissement entraînera le dégoût, mêlé de ressentiment, de la jeune génération des médecins ? Il fragilisera durablement l'ensemble du réseau de soins ? Certes. Nous sommes en pleine folie.

Il est temps que cette attitude politique cesse. Temps que la sournoise corruption de quelques parlementaires arrête de tétaniser notre système de santé. Temps donc de lancer une initiative – tout le reste ayant échoué – avec le but de faire retourner les caisses dans leur boîte, de mater ces monstres qui se sont échappés des failles de la LAMal et qui sont devenus si riches et puissants que ce sont eux qui contrôlent la démocratie et non le contraire.

Semaine dernière, toujours. Les médecins assistants en ont marre qu'on ne prenne jamais leur avis, que tout se joue au sein d'une petite élite bien garnie en privilèges. Ils n'en peuvent plus d'attendre dans les hôpitaux qu'on leur entrouvre la possibilité de s'installer. Du coup, soutenus par quelques syndicats et autres associations, ils proposent leur propre modèle de sortie du moratoire (un modèle sensé, en plus, repousser, toute velléité de liberté de contracter).

De quoi s'agit-il ? En résumé : de transformer les médecins de premier recours en de nouveaux acteurs auxquels ils donnent le nom d'«interlocuteur personnel de santé (IPS)» (eh oui : encore un synonyme de généraliste !). Chaque patient, selon ce projet, aura l'obligation de choisir un IPS qui, en plus d'être son médecin traitant, devra gérer l'ensemble de son dossier. Jusque-là, on se

dit que la direction est bonne. Seulement voilà : il est aussi prévu que ce médecin IPS joue un rôle de gatekeeper. Que ce soit lui, et non plus le patient, qui décide en dernier recours de la nécessité (et donc du remboursement) d'une consultation spécialisée.

Car voilà le nœud de l'affaire : pour que ce modèle permette la levée du moratoire – donc l'installation de l'ensemble des médecins qui le souhaitent, suisses et européens, généralistes et spécialistes – sans créer une vaste déstabilisation du réseau ambulatoire, il lui faut instaurer un gatekeeping contraignant. Ce qui n'a pas le moindre avantage.

Tout d'abord, n'en doutons pas : après une phase de départ où un peu de liberté leur sera laissée, ce sont les médecins de premier recours (pardon : les IPS) eux-mêmes qui seront contrôlés par les assureurs. Ceux-ci, en plus – on les connaît ! – ne tarderont pas à leur imposer un rôle de police des comportements des patients. Dans la situation actuelle d'extrême transparence des médecins et d'absolue opacité des assureurs, la prudence s'impose avec force : ne pas faire un pas vers une médecine de surveillance et de contrainte des patients.

Ses promoteurs imaginent que ce projet aura une valeur ajoutée économique. «L'élimination d'actes redondants et de traitements superflus permettrait de réduire les coûts... des économies d'environ 20% sont envisageables», écrivent-ils. Petit ennui, cependant : aucune étude ne soutient cette affirmation. Des économies peuvent s'obtenir par contrainte exercée sur les patients, c'est vrai. Mais elles ont tendance à disparaître lorsque l'on considère les coûts à une échelle globale et à long terme, en raison d'attitudes de compensation de la part des patients. La médecine s'occupe des humains et les humains ne cessent de contourner les contraintes, par tous les moyens conscients et inconscients à leur disposition. Et ces moyens sont nombreux.

L'unique attitude permettant de maîtriser les coûts, les médecins le savent bien, c'est de responsabiliser les patients. Ce qui suppose de les prendre comme ils sont, avec leurs espoirs, leur anxiété, leurs attentes et leur égoïsme consommateur. Il faut s'intéresser à tout cela, à ce mélange de sentiments, à la pathologie et à la déviance qu'il peut constituer, plutôt que d'aiguiller froidement les patients dans le système de soins, selon de simples critères *evidence-based*, standardisés, que les assureurs, n'en doutons pas, auront tôt fait de mettre en place. Le gatekeeping strict – même pondéré par la possibilité d'un second avis, comme cela est prévu dans le modèle des assistants – creusera la frustration chez certains patients et

laissera sans réponse le trouble qui les pousse à consulter. Voilà pourquoi les généralistes doivent se méfier du rôle d'aiguilleur qu'on veut leur faire endosser. Ne leur revient, comme thérapeutes, qu'une fonction de coordination des soins.

Il y a plus. Les recherches montrent que les préférences des patients se négocient lors de la consultation, par un échange d'informations, de sentiments et de croyances. Donc, si la relation est dominée par la confiance, les patients ont bien davantage de chances de suivre les recommandations de leurs médecins et surtout d'y adhérer.

L'enjeu n'est pas de coincer le patient pour éviter qu'il ne papillonne. C'est de l'embarquer dans une démarche de partage de décision qui corresponde à ses valeurs, le rétablisse dans un vécu de santé, suive au mieux la science médicale et fasse cela dans la meilleure économie de moyens possible.

Nous voici au cœur du problème du premier recours et de l'économie du système de santé : si l'on veut que les patients en fassent moins, il faut en faire plus pour les généralistes. Rien n'est plus simple que la formule résumant toutes les études économiques sur les différents systèmes de santé : augmenter les moyens à disposition du premier recours baisse les coûts par patients. Quelle que soit la subtilité du modèle lui-même.

Déjà, chez nous, il faudrait sortir la profession de la situation de pénurie dans laquelle elle s'enfoncé. Comment les médecins de premier recours pourraient-ils ajouter des tâches de gestion à leur agenda surchargé sans diminuer ce qui importe le plus pour eux : voir des patients, les écouter, les accompagner, les soigner, donner du sens à leur maladie ?

Cela dit, devant le spectacle minable, indigne d'une démocratie, que donnent nos politiciens face au problème du moratoire, on comprend que les médecins assistants bougent, tâchent de lancer un projet. C'est une façon d'éviter de sombrer dans le cynisme.

Bertrand Kiefer