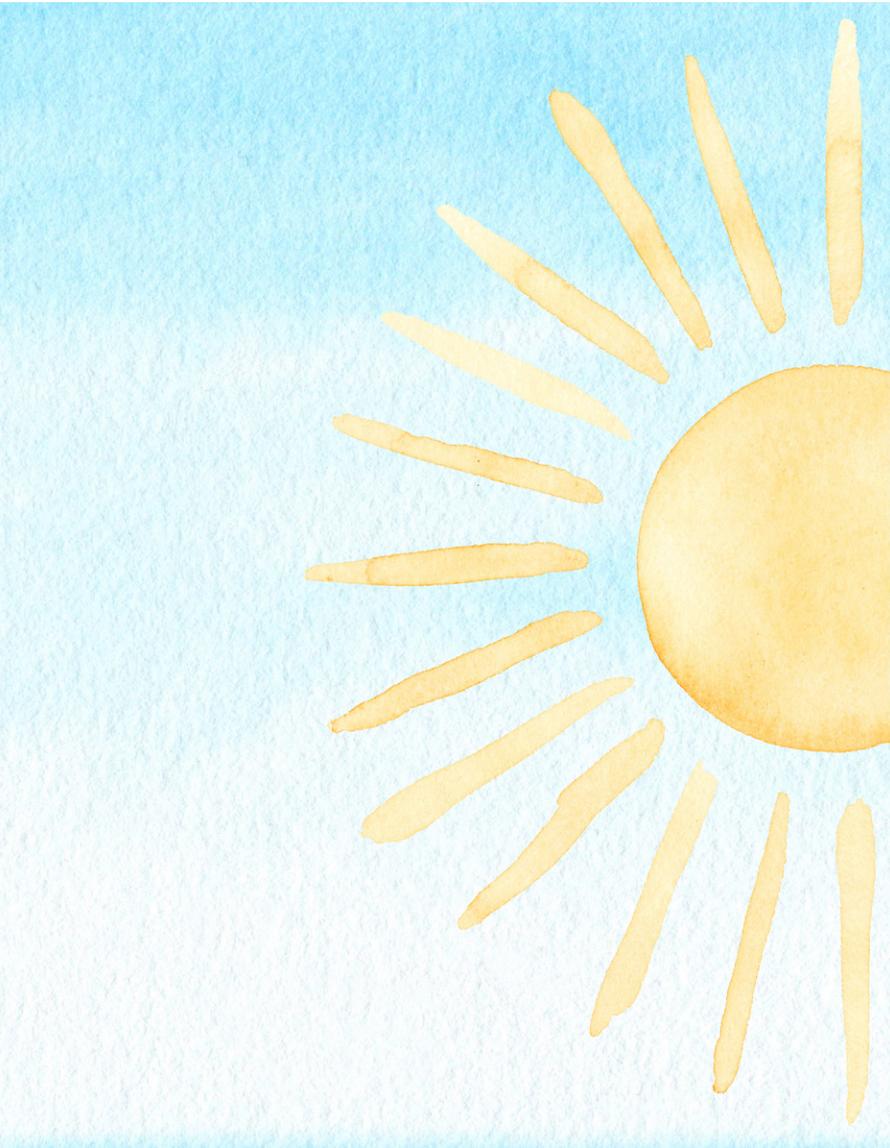


la lettre



6 0 JAHRE ANS ANNI

Ä K ÄRZTEKASSE

CAISSE DES MÉDECINS

C M CASSA DEI MEDICI

TOUJOURS AU TOP DEPUIS 60 ANS !



La Caisse des Médecins est une coopérative qui se différencie sur le marché de la santé par son engagement personnel, sa capacité à anticiper et son expérience de 60 ans. Plus de 20'000 professionnel·les de la santé lui font confiance.



Caisse des Médecins · Société coopérative · Agence Genève-Valais
Route de Malagnou 40A · 1208 Genève · Tél. 022 869 45 50 · Fax 022 869 45 06
www.caisse-des-medecins.ch · geneve@caisse-des-medecins.ch



Au cœur de l'innovation



Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Urgence (s)

Début juillet, la Tribune de Genève titrait: «Le milieu médical veut éviter l'engorgement des Urgences». Rassemblés dans une même communication, les HUG (Dr Hervé Spechbach), les cliniques privées (Dre Cécile Delémont, les Grangettes) et l'AMGe ont souhaité informer la population et mettre en avant l'ensemble du réseau de soins à disposition à Genève. La période estivale, tout comme celle des fêtes de fin d'année, est particulièrement chargée en consultations urgentes ou en demandes de rendez-vous rapides. Sous l'égide du Département de la santé et des mobilités (DSM), une large réflexion a débuté pour potentialiser et mieux coordonner l'offre en soins et ainsi faire face aux diverses urgences. Comme cela a été souligné, «certains jours, près de 30 % des consultations aux Urgences médicales se révèlent finalement «sans urgence» selon l'échelle suisse de tri à laquelle se réfèrent les six centres publics et privés du Réseau Urgences Genève (RUG)». Notre association, via la ligne unique et dédiée aux demandes en urgence ou aux rendez-vous rapides, le 022 708 00 26, met à disposition de la population genevoise, depuis trois ans déjà, une première réponse basée sur la présence de médecins, dans toutes les spécialités, qui acceptent des consultations rapides. À l'heure d'écrire ces lignes, tout est en place avec l'appui au RUG des pharmacies, de l'IMAD et de Genève Médecins.

Un autre dossier relève de plus en plus de la notion d'urgence, celui des assurances complémentaires. Tout devra être sous pli avant le 1er janvier 2025. L'AMGe par son positionnement constant et clair issu du questionnement soulevé par la FINMA est incontournable. Notre approche est celle de la transparence souhaitée, de la conformité à la demande et de l'indépendance des médecins dans leur capacité à négocier leurs propres honoraires. Le groupe de travail de l'AMGe, composé de chirurgiens et d'anesthésistes de toutes les principales cliniques, sous l'égide de notre secrétaire général, effectue un travail essentiel et commun. Que ce travail soit ici salué. Nos discussions à tous les niveaux décisionnels des différents assureurs complémentaires et des cliniques privées nous permettent de démontrer le concret de l'approche genevoise et ses résultats. Plusieurs assureurs (Assura, Groupe Mutuel et Swica) travaillent en étroite collaboration et intelligence avec notre association. D'autres assurances complémentaires nous approchent et sont prêtes à suivre notre ligne. L'automne sera décisif.

L'offre médicale, comme pour l'ensemble des professionnels de la santé, se dirige vers un véritable manque de médecins de premier recours. La FMH, lors de la dernière Chambre médicale début juin, a lancé un appel aux autorités fédérales concernant le risque de pénurie et demandé que la future tarification médicale, le

Comme cela a été souligné, «certains jours, près de 30 % des consultations aux Urgences médicales se révèlent finalement «sans urgence» selon l'échelle suisse de tri à laquelle se réfèrent les six centres publics et privés du Réseau Urgences Genève (RUG)».

Tardoc annoncé pour le 1^{er} janvier 2026, tienne compte des difficultés avérées des médecins de premier recours. Cet appel est soutenu par l'ensemble des organisations médicales suisses. Dans le Bulletin des médecins suisses (BMS), un article sur l'accès aux soins titrait «La Romandie face aux déserts médicaux». Cette réalité est liée à de nombreux départs à la retraite non remplacés dans des régions retirées. À Genève, la levée de la clause du besoin pour la médecine interne générale, la pédiatrie et la pédopsychiatrie aura été fin 2023 une nouvelle attendue. L'AMGe et l'Association des médecins d'institutions de Genève (AMIG) demandent depuis plusieurs mois la levée de la clause du besoin également pour la gynécologie-obstétrique et pour la psychiatrie adulte. Au vu du terrain et de la situation, cette demande est l'évidence.

Personne ne sait si l'été sera caniculaire, mais une chose est certaine, l'automne, dans le domaine de la santé, sera chaud et explosif avec l'éternelle hausse des primes d'assurance-maladie, les négociations sur les assurances complémentaires, la clause du besoin et l'annonce par l'Office cantonal de la santé (OCS) des résultats du recensement effectué en juin par spécialités, les discussions animées autour du Tardoc et les futures valeurs de point tarifaire cantonales.

Une chose est sûre et les chiffres sont transparents: à Genève, en ambulatoire, la médecine de ville montre une décroissance annuelle de -3.1% (prestations brutes par

assuré, chiffres de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie (MOKKE)), alors que l'ambulatoire hospitalier dans notre canton affiche une croissance importante avec une hausse de +8.9%. L'urgence est là aussi avec un delta de 12% (!) entre la ville et l'hospitalier en ambulatoire à Genève. Avec Glaris (-4.0%), la médecine ambulatoire de ville dans notre canton présente les meilleurs résultats de Suisse. Poursuivons sur ces excellentes bases car la pression sur la population au travers des primes d'assurance-maladie est une réalité reflétée à Genève par le résul-

tat sans appel du vote sur l'initiative «Maximum 10% du revenu pour les primes d'assurance-maladie»: 61,69% en faveur de l'initiative et soutenue dans 34 communes genevoises; refusée sur le plan national.

Bel été et comme l'indique le projet «12 mois, 12 actions» de l'Université de Genève faculté de médecine, la société genevoise de pédiatrie, la Revue médicale suisse et Planète Santé en page 5: bouger! L'activité physique permet de réduire la survenue de multiples maladies.

Sachons rester unis et forts. Ensemble, dans la sérénité de nos convictions profondes et justes. ●



CLINIQUE DE CRANS-MONTANA

MÉDECINE INTERNE DE RÉHABILITATION

Nos pôles d'excellence:

- ▶ réhabilitation en médecine interne générale
- ▶ prise en charge des maladies chroniques et psychosomatiques
- ▶ réhabilitation post-opératoire
- ▶ enseignement thérapeutique

Admissions

➔ Rendez-vous sur hug.ch/crans-montana/admissions

La clinique se charge des démarches administratives auprès des assurances maladies et/ou accidents.

☎ 027 485 61 22 - admissions.cgm@hug.ch

HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève

CLINIQUE DE
CRANS-MONTANA



1010219

ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique qualifie tout mouvement corporel nécessitant une dépense d'énergie. Un quart de la population n'est pas assez actif. La sédentarité étant un facteur de risque majeur pour la santé, il est impératif d'encourager toute activité physique.¹ En Suisse, le système de soins contribue à > 6,7 % à l'impact environnemental. Il s'agit donc de limiter les besoins en soins par des actions de prévention : l'activité physique permet de réduire la survenue de multiples maladies, permettant ainsi de préserver aussi l'environnement.

36% C'est la part d'adultes insuffisamment actifs, dans les pays à revenu élevé, en 2016.²

81% C'est la part d'adolescents qui ne répondent pas aux critères d'activité physique recommandés.²

Marcher **8 000 pas** par jour réduit le risque de mortalité pour toutes les tranches d'âge, avec un **effet bénéfique** sur le **surpoids**, le **diabète** et l'**hypertension**.³

Monter des **escaliers** pendant **seulement 4 à 5 minutes** par jour peut réduire de 32-34% le risque de mortalité liée aux facteurs de risque cardiovasculaire.⁴

Une étude a révélé qu'une activité physique conforme aux recommandations de l'OMS réduisait de 25 % le risque de dépression par rapport à une population inactives.⁵ De plus, les clubs de sport jouent un rôle actif dans l'intégration sociale.

Une activité physique pratiquée de façon récréative et adéquate, peu importe le type de sport, joue un rôle protecteur sur les articulations et **réduit le risque d'ostéoporose**.

La marche est une façon efficace de **réduire** les douleurs liées aux **lombalgies chroniques**.

Une activité physique durant la journée **améliore** la qualité du **sommeil**.

BÉNÉFICES POUR L'ENVIRONNEMENT

La réduction des maladies cardiovasculaires, du diabète, de l'obésité et de l'ostéoporose permet une diminution massive du recours au système de soins. Ainsi, l'impact environnemental de la médecine serait significativement réduit (diminution des médicaments produits, consommés et déversés dans l'environnement, diminution des examens, des consultations, des hospitalisations et transports vers les lieux de soins).

LA PRESCRIPTION VERTE



Intégrer une **activité physique quotidienne** (en Suisse, plus de 60 % des déplacements font moins de 5 km, distance accessible en vélo musculaire ou électrique pour une grande partie de la population).⁶

Chez l'adulte (> 18 ans) : 2,5 à 5 heures par semaine d'activité d'endurance d'intensité modérée ou 1,3 à 2,5 heures d'intensité soutenue (OMS).²

Chez l'enfant (< 18 ans) : 1 heure par jour d'activité d'intensité modérée à soutenue, principalement d'endurance (OMS).²

Quand aborder la question de l'activité physique ?

Notamment en cas d'hypertension artérielle, surpoids/obésité, syndrome métabolique, diabète, sédentarité, dépression, troubles du sommeil.

RÉFÉRENCES



1. Office fédéral de la statistique [Internet]. [cité 3 mars 2024]. Activité physique. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/determinants/active-physique.html>

2. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. [cité 3 mars 2024]. Activité physique. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

3. Paluch AE, Bajpai S, Bassett DR, Carnethon MR, Ekelund U, Evenson KR, et al. Daily steps and all-cause mortality: a meta-analysis of 15 international cohorts. *Lancet Public Health*. 2022;Mar7(3):e219-e228.

4. Stamatakis E, Ahmadi MN, Gill JMR, Thøgersen Ntoumami C, Gibala MJ, Doherty A, et al. Association of wearable device-measured vigorous intermittent lifestyle physical activity with mortality. *Nat Med*. déc 2022;28(12):2521-9.

5. Pearce M, Garcia L, Abbas A, Strain T, Schuch FB, Golubic R, et al. Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 juin 2022;79(6):550.

6. Senn N, Gaillle M, del Río Carral M, Gonzalez Holguera J. Santé et environnement. Vers une approche globale. Edition RMS, 2022. PDF téléchargeable gratuitement. Voir chapitre 22 « Cobénéfices et pratique de la mobilité actives », pp. 355-356





Hétérogénéité de la patientèle Bienvenue en absurdie

La littérature montre bien que certains profils de patient-es nécessitent plus de temps de soin. Il s'agit notamment des patient-es multimorbides, âgé-es, souffrant d'un trouble psychique, parlant une autre langue ou de basse situation socio-économique. Comme plusieurs caractéristiques des patient-es ne figurent pas sur les factures reçues par les assurances, elles sont au mieux considérées par des moyens indirects, voire tout simplement ignorées.

Tout récemment, je recevais une patiente à ma consultation pour une crise d'asthme. Cette patiente souffre d'un trouble psychotique et a peur de tous les médicaments « chimiques ». Il m'a fallu trente minutes pour la convaincre de prendre un traitement à base de corticoïdes. La patiente ne prenant pas de neuroleptiques (pas indiqués dans son cas), son trouble psychique n'est pas visible dans la facturation des prestations, et le temps supplémentaire passé n'est donc pas corrigé par la méthode actuelle de contrôle d'économicité. Comme je me retrouve confronté régulièrement à ce type de problématique avec cette patiente, le temps global passé par année est plus important que pour d'autres patient-es avec les mêmes pathologies somatiques.

Mes interventions pour cette patiente ont aussi certainement permis d'éviter plusieurs hospitalisations. Pourtant, si j'hospitalise la patiente, un facteur correctif m'autorisera à avoir des coûts annuels de santé plus élevés pour celle-ci. Le système est ainsi pervers. En effet, bien qu'incités à éviter des hospitalisations pour diminuer les coûts et la charge du système de santé, les médecins qui hospitalisent peu leurs patient-es risquent plus facilement une procédure pour pratique non économique.

Pour cette patiente, nous collaborons avec un réseau de professionnel·les comprenant ergothérapeute, équipe infirmière et assistance sociale. Bien que les messages pour développer le travail interprofessionnel soient largement communiqués par nos autorités, le temps interprofessionnel est limité depuis 2018, et ce temps en l'absence de la patiente ou du patient est souvent un motif de critique lors du contrôle de l'économicité.

Un contrôle rigide et inadapté

Les médecins en formation apprennent à adapter le temps de consultation à la problématique rencontrée, en tenant compte des spécificités du ou de la patient·e. Les policliniques universitaires qui enseignent cela, à raison, ne sont pas soumises au contrôle de l'économicité. Comment s'y retrouver lorsque, après quelques mois de pratique privée, un jeune médecin reçoit une lettre de mise en garde contre un manque d'économicité alors qu'il exerce son métier comme il l'a appris ? Devoir exercer la médecine de famille en dehors des recommandations scientifiques pour éviter de lourdes sanctions est devenu une réalité qui n'est pas tenable.

Ainsi, seul Dr Knock ne risque pas un contrôle de l'économicité. Bien que cela reste un mal nécessaire, le modèle actuel est inadéquat en médecine interne générale et doit être modifié de toute urgence. Les cabinets de médecins de famille sont difficilement comparables entre eux, car les médecins soignent des populations différentes de par leur formation et lieu d'installation. Tout récemment, une collègue soignant de multiples patient-es migrant-es a reçu une lettre l'accusant d'une pratique non économique. Est-ce vraiment comme cela que les soins doivent évoluer en Suisse ? Sans adaptation, le système actuel va diminuer l'accès à la médecine de famille pour toute une population de patient-es qui vont surcharger les urgences et les hôpitaux, sans compter que ces procédures conduisent des médecins de famille à fermer leurs cabinets médicaux, une situation inacceptable dans le contexte de pénurie actuelle.



Michael Balavoine
rédacteur en chef
Planète Santé

EDITO

PRÉVENTION EN SANTÉ : À QUAND UNE ACTION SOCIÉTALE D'ENVERGURE ?

La prévention est assurément le parent pauvre du système de santé. Selon les dernières estimations, la Suisse allouerait seulement 6,2 % des 91 milliards qu'elle dépense chaque année pour la santé à la prévention. Ce n'est pas rien, mais c'est tout de même bien peu quand on sait que 25 % de la population souffre d'une des cinq maladies non transmissibles les plus communes que sont le diabète, le cancer, les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires chroniques ou encore les troubles musculosquelettiques. Face à ces maladies, qui coûtent très cher à la société, promouvoir un mode et un cadre de vie sains est important, car on peut agir soi-même et en tant que société pour limiter leur survenue.

Si le constat est rapidement posé, la manière d'envisager la prévention est, elle, complexe. En 2013, l'Assemblée mondiale de la santé a publié un guide qui devait inspirer les pays dans la mise en place de stratégies nationales contre les principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles.¹ Sans surprise, on y retrouve la lutte contre la consommation d'alcool, le tabagisme, le manque d'activité physique et les mauvaises habitudes alimentaires. Cette liste de comportements problématiques pour la santé est connue de la grande majorité de la population depuis bien longtemps et n'étonnera pas grand monde. Alors pourquoi ces comportements perdurent-ils ? Comme le montre notre dossier (*lire en page 6*), le problème est qu'informer la population

est important mais loin d'être suffisant pour mettre en place une vraie stratégie de prévention et de promotion de la santé. Même des campagnes d'un nouveau genre, qui cherchent à sensibiliser les populations sans les culpabiliser, comme « Dry January », peinent à atteindre certains groupes de population, notamment ceux qui sont défavorisés socialement et économiquement. Pour être efficace, il faut, au-delà de fournir de l'information, mettre en place des mesures structurelles, soit des lois, des taxes, mais aussi des aménagements urbains qui entravent les modes de vie mauvais pour la santé.

Or, dans ce domaine, la Suisse est à la traîne. Règne en maître dans le pays une conception de la santé qui dissocie l'individu du collectif. La santé y est un bien individuel dont chacun est responsable. Le système de santé est quant à lui là pour restaurer ce bien. Malheureusement, cette conception de la santé n'est pas adaptée au monde qui vient. Pour faire face aux maladies chroniques et aux problématiques environnementales, il serait grand temps que les Suisses se décident à agir collectivement pour limiter structurellement les méfaits pour la santé que les sociétés occidentales, notamment via ses industries du tabac et de l'agroalimentaire, favorisent tout en contribuant à nous rendre malades. ●

¹ World Health Assembly, Sixty-Sixth Session, Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 25 May 2013 (A66/A/CONF.1) 2013; World Health Organization, Global Action Plan for the Prevention

Appel au Conseil fédéral



Bienne, le 6 juin 2024

Appel au Conseil fédéral

Il est urgent d'approuver et d'introduire sans délai le TARDOC !

Toutes les exigences du Conseil fédéral ont été satisfaites : le TARDOC est la seule structure tarifaire actuelle et complète pour les soins médicaux ambulatoires. Sans son introduction, la médecine au meilleur coût – la médecine ambulatoire – est massivement affaiblie. Les disciplines avec le plus grand volume et aussi les plus touchées par la pénurie de personnel qualifié, comme la médecine de famille, la pédiatrie, la pédopsychiatrie et la psychiatrie, sont tributaires du tarif à la prestation pour assurer la prise en charge de leurs patientes et patients. Compte tenu de l'urgence d'une tarification appropriée, les améliorations déjà réalisables avec le TARDOC ne doivent pas être stoppées par l'attente de l'approbation des forfaits ambulatoires.

Les médecins, toutes disciplines confondues et indépendamment du fait qu'ils exercent à l'hôpital ou en cabinet, sont unanimes. Ils lancent ensemble cet appel au Conseil fédéral, qui doit décider de l'approbation d'une révision tarifaire capitale, avec un volume de coûts de plus de 12 milliards de francs par an. Conjointement avec la majorité des assureurs, la FMH a soumis la cinquième version de la nouvelle structure tarifaire à l'approbation du Conseil fédéral en décembre 2023. Le TARDOC remplit désormais les exigences définitives formulées en juin 2022 par le Conseil fédéral et présente de nombreux avantages :

- Il valorise la médecine de premier recours grâce à un chapitre dédié à la médecine de famille et couvre des prestations dont le système de santé a urgemment besoin : meilleur accompagnement des maladies chroniques, soins palliatifs, tâches complexes en lien avec la médecine de premier recours et offres numériques.
- Les médecins de famille, les pédiatres, les pédopsychiatres et les psychiatres sont particulièrement tributaires du tarif à la prestation, car ils prennent en charge des personnes atteintes de maladies très diverses et souvent multiples. Ces traitements individualisés ne peuvent guère être regroupés dans des forfaits.
- Le TARDOC est un pilier important du renforcement de la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle.
- Le TARDOC sera passé en revue chaque année au sein de l'organisation tarifaire commune OTMA SA. Grâce à ce suivi annuel, les prestations trop ou au contraire pas assez indemnisées ne pourront ni générer d'incitatifs négatifs ni compromettre la qualité de la prise en charge médicale. De plus, les progrès de la médecine seront ainsi immédiatement pris en compte et profiteront directement aux patients. Le TARDOC est efficace en termes de coûts, approprié et économique.
- Le TARDOC contribue immédiatement au contrôle des dépenses, car un vaste concept de neutralité des coûts sur trois ans permet de garantir une introduction neutre en termes de coûts, c'est-à-dire sans dépenses supplémentaires induites par le changement de modèle. Un monitoring détaillé suivra leur évolution de manière à ce que la marge cible définie initialement soit respectée. Cela permet de répondre aux exigences du législateur concernant les objectifs de coûts visés à l'art. 47c LAMal, et si nécessaire, de procéder à des corrections ultérieures pour les respecter. Les nouvelles positions tarifaires du TARDOC ont été prises en compte dans le volume global des coûts.

Appel au Conseil fédéral (suite)

- Approuvé, le TARDOC favorise l'introduction incontestée de forfaits appropriés et médicalement homogènes, car ceux-ci pourront ainsi remplacer des positions concrètes du TARDOC. Par ailleurs, les exigences du Conseil fédéral garantissent le remaniement et l'introduction rapides des forfaits, car la phase de neutralité des coûts du TARDOC n'arrivera à terme qu'au moment de l'approbation et de l'introduction des forfaits ambulatoires (conformément aux exigences du Conseil fédéral de juin 2022).
- La version actuelle des forfaits ambulatoires est encore insuffisante ; c'est aussi la conclusion à laquelle arrive l'évaluation de l'OFSP. Elle comporte notamment des incitatifs négatifs qui engendreront une hausse des coûts, mais aussi des biais en termes de volumes et de prestations, au détriment de la qualité des soins. Sans introduction neutre en termes de coûts des forfaits, les cabinets de médecine générale, de pédiatrie et de psychiatrie seront encore plus affaiblis.
- Les tarifs ambulatoires appropriés, actualisés et conformes aux principes de l'économie d'entreprise ont un impact positif sur les conditions de travail dans les hôpitaux et les centres de soins ambulatoires dès la formation prégraduée et postgraduée. Ils contribuent à maintenir des médecins motivés dans la profession et à garantir ainsi la prise en charge médicale de la population. Si les tarifs restent durablement inappropriés, c'est aussi la pénurie de personnel de santé qualifié qui s'accroît.

Retarder l'introduction du TARDOC entraîne des surcoûts au détriment d'une prise en charge de qualité

Le corps médical, toutes disciplines confondues, lance un appel au Conseil fédéral pour qu'il agisse en tant qu'instance responsable et s'en tienne à sa décision du 3 juin 2022. L'introduction simultanée du TARDOC et des forfaits ambulatoires constitue une exigence nouvelle et arbitraire qui contredit les déclarations antérieures du gouvernement. Les conditions en vue d'une approbation immédiate du TARDOC et de son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2026 sont réunies et ne compromettent pas l'introduction de forfaits.

Il faut une feuille de route en plusieurs étapes afin de pouvoir mettre en œuvre les améliorations dont nous avons urgemment besoin avec le TARDOC, pendant que la finalisation des forfaits ambulatoires se poursuit en vue de leur approbation. Cela permettrait d'éviter une surcharge des systèmes de facturation et de minimiser les risques liés à la mise en œuvre. Tous les partenaires tarifaires au sein de l'organisation tarifaire commune (OTMA SA) ont déjà adopté une convention générale fixant les principaux points de l'utilisation coordonnée des deux structures tarifaires. Un délai réaliste pour l'introduction du système de forfaits est une condition préalable à la réussite de la mise en œuvre.

Le temps presse : la révision du tarif à la prestation est en cours depuis 2015 et la cinquième version a été remise pour approbation en 2023. Un retard supplémentaire serait regrettable pour la qualité des soins, car le TARDOC ne pourra être actualisé qu'à partir du moment où il aura été approuvé. Cela fait vingt ans que la structure du TARMED n'a plus pu être actualisée. Les incitatifs négatifs de cette structure obsolète et leur impact sur les coûts sont presque traités quotidiennement dans les médias, ce qui suscite de nombreuses revendications politiques qui seraient satisfaites si le TARDOC était introduit.

Au vu de ce qui précède, nous appelons le Conseil fédéral à approuver le tarif à la prestation TARDOC et à l'introduire sans délai.

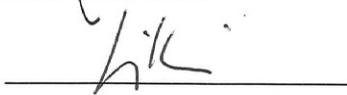
Au nom des membres de la Chambre médicale

L'auteur de la proposition



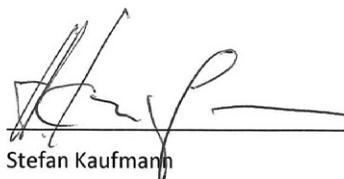
Dre méd. Fulvia Rota

Présidente de la SSPP



Dre méd. Yvonne Gilli

Présidente de la FMH



Stefan Kaufmann

Secrétaire général de la FMH

Réorientation de patients des urgences: fausse bonne idée?

La consultation aux urgences de patients de faible gravité, dits «non urgents», relevant plutôt de la médecine générale (MG), fait débat. Ces patients sont souvent accusés et jugés coupables à tort par les politiques ou les professionnels de santé d'abuser des services d'urgences (SU) et de les surcharger tout en augmentant les coûts de la santé. Depuis 2017, le Conseil national table même sur un projet visant à les taxer s'ils se présentent aux urgences sans y avoir été référés.^{1,2} Ces malades sont pourtant les tristes victimes de l'appauvrissement des systèmes de santé leur limitant l'accès à un médecin de premier recours en cas d'urgence ressentie ou de symptômes qu'ils jugent dangereux. Cessons de les blâmer: ils consultent aux urgences parce qu'ils ont confiance et qu'ils n'ont pas trouvé ailleurs la réponse à leur problème de santé. C'est à nous, professionnels de santé, et à vous, politiques, d'y répondre.

**CES MALADES
SONT LES TRISTES
VICTIMES DE
L'APPAUVRISS-
SEMENT DES
SYSTÈMES DE
SANTÉ**

Afin de traiter leur demande et de limiter le recours aux urgences, de multiples stratégies existent. Certaines relèvent de politiques de santé publique, d'autres de l'organisation même des SU. Quelles qu'elles soient, elles demandent de la coordination et des moyens humains, logistiques et/ou financiers: renforcement de la MG ou consultations de généralistes en SU, éducation de la population,³ filières rapides aux urgences, actes médico-délégués aux infirmiers, infirmiers en pratiques avancées et réorientation de patients des urgences vers d'autres partenaires. De nombreuses sociétés savantes en médecine d'urgence (Canada, États-Unis, France, Angleterre) recommandent aujourd'hui cette réorientation dès la porte d'entrée des SU. Certains pays vont plus loin. Au Danemark, l'accent est mis sur la MG et les Danois ne sont plus censés consulter aux urgences de leur propre initiative. En France, où les SU sont au bord de la rupture, un protocole national de réorientation des patients a été diffusé et un appel à une plateforme de régulation médicale est conseillé avant de se diriger vers un SU.⁴

Toutes ces mesures tentent de limiter la pression de ces consultations dites «non urgents» sur un système hospitalier au bord de la saturation. Faute d'organisation et/ou de moyens alloués aux SU, ces patients attendent bien souvent des heures avant tout contact médical, les urgences vitales restant prioritaires. Cela crée de vives tensions avec les soignants qui sont pointés du doigt comme responsables de ces délais. Les SU sont à leur tour jugés coupables.

De notre côté, en pleine pandémie de Covid-19, devant faire face à des délais d'attente disproportionnés de ces patients, en lien avec une longue phase de rénovation des urgences et la centralisation des SU de l'hôpital fribourgeois HFR, nous avons pris la décision de réorienter, après triage et expertise infirmière, ces patients de faible gravité vers d'autres partenaires (MG ou permanences de santé). Les patients s'y rendent directement par leurs propres moyens une fois rassurés et l'urgence vitale écartée. L'objectif était de limiter l'attente de ces derniers, d'améliorer leur satisfaction, leurs soins et surtout leur suivi. Qui de mieux qualifié qu'un médecin de famille pour diagnostiquer et traiter un problème relevant de la MG? Nous voulions aussi recentrer notre rôle sur notre cœur de métier (la gestion des urgences) et replacer le patient «au bon endroit au bon moment».

La question de cette réorientation vers la MG a déjà fait débat dans d'autres pays.^{5,6} Pour les opposants, rediriger les patients s'apparente à une punition ou une non-réponse, l'accès à la MG étant lui-même saturé. Pour les autres, la prise en charge de ces patients aux urgences provoque surtraitements et surdiagnostics, l'accès au plateau technique étant «illimité». La réorientation améliore le parcours de soins et l'intégration des malades dans le système de santé. Elle participe à l'éducation de la population mais elle demande une coordination des acteurs de santé. Début 2023, à l'issue des travaux, nous avons décidé de maintenir le

processus, faute de locaux et de moyens humains disponibles pour soigner ces patients, le projet initial ayant été sous-dimensionné. Personne n'avait envisagé ni anticipé une telle restructuration de l'HFR et son impact sur son SU. Le processus est aujourd'hui sécurisé par un algorithme décisionnel qui permet par ailleurs d'agencer des rendez-vous directement chez les partenaires.⁷ Nous espérons fédérer un grand nombre de médecins généralistes autour de ce concept qui n'a de sens qu'avec ce partenariat. Cette alliance MG/hôpital devrait être diffusée sans tabou à la population et valorisée. Sans ce lien ni une coordination politique, la réorientation de patients relèvera d'une fausse bonne idée. Il faudra revoir la copie.

DR THOMAS SCHMUTZ

DR YUCEF GUECHI

PR VINCENT RIBORDY

Service des urgences-SMU
HFR hôpital cantonal - 1708 Fribourg
thomas.schmutz@h-fr.ch | yucef.guechi@h-fr.ch
vincent.ribordy@h-fr.ch

1 Morisod K, Bühler N, Grazioli VS, et al. Instauration d'une taxe aux urgences: enjeux d'équité en santé. Rev Med Suisse. 2022 Avr 6;18(776):675-679.

2 Parlement Suisse. Initiative Parlementaire, urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins. 17.480. Consulté le 24/02/2024. Disponible sur: www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20170480

3 État de Fribourg. Urgence médicale: que faire? Consulté le 24/02/2024. Disponible sur: www.fr.ch/sante/institutions-et-professionnels-de-sante/urgence-medicale-que-faire#:~:text=144%2C%20Urgences%2C%20permanences%2C%20garde,contraception%20d%27urgence

4 Groupe de travail SFMU-SUDF-GFRUP (2024). Protocole national. Réorientation des patients à partir des services d'Urgence. Consulté le 24/02/2024. Disponible sur: www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/Protocole%20SFMU-SUDF%20R%C3%A9orientation.pdf

5 Berthelot S, Lang ES, Messier A. CJEM Debate Series: #EDRedirection - Sending low-acuity patients away from the emergency department - An imperative for appropriateness and integration. CJEM. 2020 Sep;22(5):638-640.

6 Rowe BH, Owens H, Schull MJ. CJEM Debate Series: #EDRedirection - Efforts to divert patients from the emergency department - Stop blaming the patients! An argument against redirection. CJEM. 2020 Sep;22(5):641-643.

7 Feral-Pierssens AL, Morris J, Marquis M, et al. Safety assessment of a redirection program using an electronic application for low-acuity patients visiting an emergency department. BMC Emerg Med. 2022 Avr 29;22(1):71.



Quelle part de responsabilité les patients ont-ils dans leurs addictions?

Pr JEAN-BERNARD DAEPPEN, Dr THIERRY FAVROD-COUNE, Pr YASSER KHAZAAL et Pr DANIELE ZULLINO

Rev Med Suisse 2024; 20: 1099-1100 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.877.1099



Articles publiés
sous la direction de

**JEAN-BERNARD
DAEPPEN**

Service de médecine
des addictions
Centre hospitalier
universitaire vaudois
et
Université de
Lausanne

**THIERRY
FAVROD-COUNE**

Unité des
dépendances
Service de médecine
de premier recours
Hôpitaux
universitaires de
Genève

Quarante-quatre virgule neuf sur une échelle de 0 à 100! Telle fut la réponse moyenne des quelque deux cents étudiants en médecine lausannois lorsque cette question, leur a été posée il y a quelques semaines. À moitié responsables donc. Mais le plus intrigant était la dispersion, la variance dans le jargon: pour certains, la responsabilité était nulle, alors que pour d'autres, elle était totale! La question était donc pertinente et ses dessous complexes...

À quelques mois du début de leur carrière médicale, il était temps de discuter avec eux de la part de responsabilité des individus dans leurs addictions. Tous allaient y être confrontés. Ce patient qui se néglige, qui peut faire peur, qui ne prend pas ses médicaments et ne vient pas aux rendez-vous... suis-je tenu de m'en occuper? Suis-je garant du succès de son traitement? D'un côté, le modèle moral: «Il l'a bien cherché! Il n'a pas fait attention! Une éducation de qualité prévient les addictions!» De l'autre, le modèle médical: «L'addiction est une maladie, elle rend la consommation compulsive, automatique, il/elle n'a pas eu de chance, pas les bons gènes, a des antécédents traumatiques...»

Et vous, qu'en pensez-vous? Quelle part de responsabilité dans vos addictions, dans celles de vos proches et des patients que vous suivez? Au début du 20^e siècle, l'alcool se déverse sur le monde occidental, sa production devenue industrielle explose et son prix chute. Les uns se frottent les mains, les autres interdisent: prohibition aux États-Unis, interdiction de l'absinthe en Suisse, réarmement moral un peu partout. À la même période, la vente de

cocaïne et d'héroïne pharmaceutiques est interdite. Les addictions entrent dans le champ scientifique, elles sont explorées en laboratoire. Les rats rendus dépendants à la cocaïne et à la morphine convainquent le monde scientifique que l'addiction est une pathologie se développant au travers de dérèglements neurobiologiques. C'était l'intuition du Dr Benjamin Rush au début du XIX^e siècle. Il faudra attendre 1978 pour lui faire une place dans la Classification internationale des maladies.

**LES ADDICTIONS
DÉSÉQUILIBRENT
LES RAPPORTS DE
FORCE ENTRE
CERTAINS
CIRCUITS
CÉRÉBRAUX**

La clinique et les neurosciences apportent aujourd'hui des explications sur la question de la part

de responsabilité des patients qui veulent et ne veulent pas se soigner, qui en sont capables et incapables. Ces patients sont habités par des pensées issues d'échanges qui ont lieu entre différents systèmes neuronaux et instances du Moi. Ils pensent souvent: «J'ai envie» (système limbique) et, juste après: «Je ne devrais pas» (cortex préfrontal), avant de penser, un instant plus tard: «Je suis coincé...» (cortex cingulaire). Il s'agit toujours d'eux, de la même personne qui s'exprime par différents circuits cérébraux. Les addictions déséquilibrent les rapports de force entre certains circuits, elles piratent le système de la récompense.

Nous développons des addictions parce que nous y sommes prédisposés. Il y a des gènes pour cela, ainsi que des souffrances psychiques que les individus ne choisissent pas et qui ont pu influencer leur développement, jusqu'à l'expression génétique elle-même. Lorsque les conditions sont remplies, la compulsion à consommer devient incontrô-

YASSER KHAZAAL

Service de médecine
des addictions
Centre hospitalier
universitaire vaudois
et
Université de
Lausanne

DANIELE ZULLINO

Service
d'addictologie
Département de
psychiatrie
Hôpitaux
universitaires de
Genève

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

lable. Les rats le montrent bien: rendus dépendants, ils appuient sur le levier qui leur délivre une petite dose de drogue de plus en plus souvent, jusqu'à renoncer à s'alimenter, jusqu'à ce que mort s'ensuive. Donc, pas responsables! La remise en question de la responsabilité des individus dans la survenue de leurs addictions a mis un peu d'humanité dans les traitements et réduit d'autant la stigmatisation: on ne peut pas blâmer un malade! Mais ce modèle pose un problème: si la personne n'a pas de responsabilité dans le développement et le maintien de son addiction, alors elle n'en a pas non plus dans sa résolution. Si elle n'a pas la capacité d'entamer un traitement, c'est un argument pour décider à sa place. Par la contrainte, donc.

Le modèle de la perte totale de contrôle dans l'addiction a de nombreux détracteurs. L'addiction est d'autant plus facile à induire chez les rats que leur cage est petite: les rats s'ennuient! Quand la cage devient intéressante, avec des jeux, du sexe, et de bonnes choses à manger, morphine et cocaïne deviennent moins attirantes... Chez les humains, les «petites cages moches» et les inégalités sociales, on connaît, nos cités en sont remplies. Si l'environnement exerce une influence sur le fait de développer ou de soigner une addiction, alors la compulsion n'est pas totale, l'individu a une certaine marge de manœuvre. C'est ce que nous constatons avec les patients. Ils diminuent ou interrompent leur consommation d'alcool et de drogues si cela vaut la peine, s'il y a mieux à faire.

Les patients sont ambivalents et nous le sommes aussi! Leur ambivalence entre en collision avec la nôtre, celle des soignants qui se cassent la tête pour leur venir en aide.

Souvent impuissants face à la chronicité et aux rechutes, nous tendons à nous résigner et à croire que les patients ne peuvent rien faire contre la puissance de leurs addictions. Les chances de rétablissement s'amenuisent avec notre découragement. C'est l'effet Pygmalion. Et de la force, il leur en faudra beaucoup pour aller mieux. Pour la mobiliser, ils devront assumer une part de responsabilité positive, existentielle. Pas celle qui accable pour les moments de fragilité et de rechute, mais celle qui amplifie les compétences. À nous de la révéler et de la développer, avec eux.

La part sombre de la responsabilité, c'est la culpabilité éprouvée par les patients lorsqu'ils portent atteinte à leur propre santé, c'est la mauvaise conscience induite, notamment, par des lois interdisant la consommation des drogues, cette culpabilité qui noie l'estime de soi et rejaillit par salves de colère. Mais la responsabilité a aussi une part féconde, indispensable au succès thérapeutique, c'est la responsabilité existentielle. Notre rôle, à nous soignants, est de soulager les patients que nous rencontrons de leur culpabilité et de guider ces derniers vers une responsabilité existentielle mieux assumée.

Quarante-quatre virgule neuf, une bonne réponse donc! Une limitation de la responsabilité en lien avec les déterminismes qui échappent à la volonté et une part de responsabilité au service du rétablissement, une responsabilité qui donne les moyens d'agir, pour des choix de vie mieux assumés, pour des vies un peu meilleures.

**LES PATIENTS
DIMINUENT OU
INTERROMPENT
LEUR CONSOMMATION
D'ALCOOL
ET DE DROGUES
SI CELA VAUT
LA PEINE**

Coûts de la santé: réflexions d'une médecin généraliste au front

Dre EMMANUELLE JUNG

Rev Med Suisse 2024; 20: 996-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.874.996

Une évidence, les coûts des primes d'assurance-maladie sont un énorme problème actuel. Les dernières hausses de prime étranglent littéralement les citoyens de la classe moyenne, les personnes âgées et les familles, notamment celles avec de jeunes adultes en formation.

Comme médecin, cette réalité est présente dans nos consultations, nous avons des patients étranglés par leur prime, qui hésitent à consulter en raison d'une franchise haute. De plus, sur le plan légal, selon la LAMal, nous sommes tenus de faire une médecine économique. Vaste programme et charge mentale importante, en plus de tout ce que nous devons gérer: l'écoute du patient dans sa globalité, la gestion du timing de la consultation, le raisonnement clinique, la peur de manquer un diagnostic. Nous devons donc également réfléchir aux coûts de nos examens et choisir le traitement le moins cher. Indépendamment de la surveillance de santé suisse, en tant que corporation nous ne pouvons pas mettre de côté cette problématique. Notre profession a l'obligation de se pencher sur la question des coûts, et notamment sur le pourcentage d'examens, de procédures ou gestes considérés comme «inutiles», pourcentage qui peut atteindre 20% selon les études.

En tant que médecins, nous manquons de compétence pour parler des coûts de la santé dans leur globalité, du problème du financement, des réserves des assurances et autres données d'économie ou de macroéconomie. Par contre, nous sommes légitimes, et plus légitime que d'autres, pour expliquer la complexité du travail du médecin de premier recours et décrire en détail plusieurs problématiques liées aux coûts qui ne sont pas souvent discutées.

LA MÉDECINE A RÉPONSE À TOUT

Nous baignons dans un monde où la certitude semble établie. La population est amenée à penser qu'il y a une réponse médicale à tout symptôme ou tout pro-

blème. Impressionnant parfois la force de cette conviction dans nos consultations. La technologie est à la pointe, on séquence l'ADN, on fabrique un vaccin anti-Covid en quelques mois, des électrodes font remarquer les lésés médullaires, l'oncologie personnalisée est là. Le postulat semble être «on peut tout soigner». En fait, non, et tout médecin le sait.

Entre 30 et 50% des symptômes évoqués lors des consultations de médecine générale n'ont pas de diagnostic précis. Je l'écris une nouvelle fois pour tenter de convaincre: il peut y avoir entre 30 à 50% de symptômes médicalement inexpliqués dans nos consultations.¹ C'est vertigineux. Sans parler de troubles somatoformes «clairs» (jamais clairs évidemment), nous rencontrons en consultation une panoplie de symptômes liés au stress, à l'anxiété ou au vieillissement. Or, pendant notre formation, on nous a principalement appris à traiter des maladies, définies, nettes, avec un début, un diagnostic, et si possible un traitement.

Les troubles de l'équilibre d'apparition progressive chez une personne âgée de 75 ans ou plus sont un bon exemple. La probabilité de trouver une cause curable est extrêmement faible, le plus probable étant un vieillissement des différents centres de l'équilibre et la prise en charge une aide à la marche de type déambulateur. Mais nous avons la possibilité d'investiguer: angio-IRM cérébrale et des vaisseaux du cou, bilans vestibulaire et de polyneuropathie des membres inférieurs. Coût global: entre 2500 et 3500 CHF (coût approximatif).

Dans certains cas, certes il faut le faire, mais à chaque fois? Dans notre médecine, en tout cas urbaine et «riche», on peut prescrire ces bilans sans réflexion très poussée, influencé par la pression parfois forte des patients, des proches, notre fatigue, notre anxiété et le spectre d'un diagnostic manqué.

Il y a aussi la remarque «avec les primes que je paie, j'ai bien droit à cette IRM du genou/ du rachis». On peut, et il

faut argumenter, expliquer qu'une imagerie ne changera rien, qu'il y a d'autres mesures à prendre avant, que l'évolution est parfois spontanément favorable, etc. Mais c'est parfois plus simple de prescrire l'IRM. Cela peut nous arriver à tous.

De façon peut être surprenante, nous médecins ne connaissons pas toujours le prix de certains examens. Lors de cercles de qualité de généralistes auxquels je participe, beaucoup d'entre nous ne connaissent pas le prix de certains examens paracliniques, même de façon approximative: une culture de selles (100 à 177 CHF, sans la taxe de prise en charge), un panel PCR ORL (310.50 CHF), un CT thoraco-abdominal injecté (entre 1100 et 1300 CHF), une angio-IRM cérébrale et des vaisseaux du cou (1500 à 1700 CHF).

Dans le cadre de notre profession, nous sommes submergés d'informations de tout ordre, un véritable tsunami quotidien: études, guidelines, politique de santé cantonale, fédérale, informations de la FMH, de Swissmedic, de la pharma, sécurité informatique. Même le cerveau le mieux branché ne peut pas tout retenir. Notre époque est un océan de données dans lequel on se noie. Les coûts de certains examens peuvent se trouver rapidement mais de loin pas tous, et on ne maîtrise pas les coûts d'une visite chez un spécialiste, en y ajoutant les examens que lui-même va décider de faire. J'ai dû envoyer plusieurs mails à un institut de radiologie pour avoir un vague listing des prix des examens radiologiques courants, une vraie bataille.

TOUT POUR TOUT LE MONDE?

Il y a une dizaine d'années, à un événement privé où il y avait de nombreux médecins, j'ai rencontré et discuté avec un collègue oncologue; il était particulièrement heureux d'avoir fait «plier» une assurance-maladie et obtenu le remboursement d'un traitement oncologique pour un patient de 85 ans. Traitement non

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

curatif. Le montant était de l'ordre de 50'000 ou 80'000 CHF, il me semble.

Aujourd'hui encore, je m'interroge. Aurais-je moi aussi pris le rôle de l'avocat de mon patient pour obtenir ce traitement? Sûrement. Mais il y a une véritable question qu'on ne peut plus éluder: est-ce que tout le monde a droit à tous les soins, quel que soit son âge et son état de santé? Que valent quelques mois d'espérance de vie en plus, à 20 ans, à 40 ou à 85 ans? Comment répartir les ressources qui ne sont pas illimitées? Une énorme interrogation éthique.

Une réflexion de proches entendue récemment, sur un ton légèrement accusateur «ma mère a le droit d'être traitée comme tout le monde même si elle a 90 ans?». Soit. Oui on peut; pour l'instant on peut tout prescrire à tout le monde.

Je ne vois pas comment cela peut continuer. Les médecins, les soignants, doivent impérativement se pencher sur ce problème, au risque de voir les décisions prises majoritairement par d'autres instances, politiques ou économiques, sans suffisamment de réflexion éthique.

L'ADN DU SPÉCIALISTE PAR RAPPORT AU GÉNÉRALISTE

Colloque pour une vingtaine de médecins de premier recours, donné par une diabétologue, juste avant la pandémie. «En 2019, il n'est pas acceptable qu'un patient diabétique ne soit pas traité par inhibiteur du SGLT2». Voilà. Ça a le mérite d'être clair. L'oratrice était rémunérée par la pharma pour cette conférence, c'est une partie du problème. Je suis néanmoins persuadée qu'elle était convaincue par son propos.

C'est la raison d'être des spécialistes: la recherche, l'avancée, les progrès de la médecine. Le spécialiste doit être à la pointe des connaissances de son domaine, lire de façon exhaustive la littérature médicale, traquer les symptômes de la maladie, définir le problème avec les examens appropriés et trouver des solutions. Choisir les médicaments les plus récents (et donc les plus chers) est logique dans cette optique. Les spécialistes fraîche-

ment formés sont encore fortement imprégnés d'une médecine universitaire où la recherche a un rôle important et prestigieux.

La mentalité du spécialiste est forcément en lien avec l'avancée des progrès médicaux. Pour beaucoup la croyance est: on va pouvoir tout guérir. Un jour.

Le généraliste a en face de lui un patient avec de multiples facettes, médicales, sociales, de fonctionnement. Il ne traite pas une pathologie spécifique, doit gérer les comorbidités, les traitements, les interactions médicamenteuses, s'assurer de l'observance du patient. Il fait au mieux. Certains objecteront qu'il a la possibilité de ne pas suivre les recommandations du spécialiste. Bien sûr, parfois c'est possible, d'autres fois on s'épuise à tenter de stopper un train lancé à grande vitesse. Et en cas de problème, le patient ou sa famille peuvent demander des comptes.

Selon l'angle de vue qu'on prend, la différence entre généralistes et spécialistes est abyssale.

LA GESTION DE L'INCERTITUDE

Probablement l'aspect le plus important de mon propos.

Un article du *New England Journal of Medicine*, en 2016, dissèque la complexité de la gestion de l'incertitude dans la démarche diagnostique et thérapeutique de notre médecine d'aujourd'hui.² La problématique est centrale et génère probablement beaucoup de coûts médicaux en excès. Nos protocoles et nos guidelines nous guident vers une médecine du «noir ou blanc», et ne tiennent pas compte de la zone grise existant dans beaucoup de situations cliniques. L'article est un puissant plaidoyer pour enseigner la gestion de l'incertitude aux jeunes médecins, les «digital native» qui sont formatés à chercher avec insistance la «réponse juste» et qui tolèrent mal l'absence de réponse. L'auteure appelle à un changement de culture médicale rapide, également pour mieux gérer les coûts de la santé.

Dans la pratique, on réalise qu'il faut une solide expérience clinique pour se retrouver seul dans un cabinet avec son

patient, sans avoir en backup la structure hospitalière, qui nous a appris à investiguer de façon exhaustive. La tentation est grande de se rassurer avec un examen paraclinique, malgré les guidelines. C'est une chose de connaître les red flags pour les céphalées graves, c'en est une autre d'avoir devant soi un patient inquiet, qui vous dit «J'ai mal à la tête depuis une semaine, je n'ai jamais eu ça avant». L'IRM cérébrale est au coin de la rue, disponible rapidement en tout cas en médecine urbaine suisse, une tentation facile.

QUELQUES PISTES POUR TROUVER DES SOLUTIONS ET RESTER OPTIMISTE

Éduquer la population, nos patients. Informer encore et encore. Mieux soutenir les généralistes sur les plans politique, académique, et même juridique, reconnaître leurs efforts, les former, mais également écouter leurs avis et remettre du bon sens là où il en faut.

«Less is more». Pas si simple.

1 Rosendal R, Hartman TCO, Aamlund A, et al. "Medically unexplained" symptoms and symptoms disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. *BMC Fam Pract*. 2017 Feb 7;18(1):18. DOI: 10.1186/s12875-017-0592-6.

2 Simpkin A, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty: The Next Medical Revolution? *N Engl J Med*. 2016 Nov 3;375(18):1713-5. DOI: 10.1056/NEJMp1606402.

DRE EMMANUELLE JUNG

Médecine interne FMH
Attestation de Formation continue en médecine psychosomatique et psychosociale
emmanuelle.jung@hin.ch

L'auteure remercie la Pre Anne-Françoise Allaz pour les échanges et la relecture.

Coûts de l'assurance-maladie: un débat de fond est nécessaire

« M al nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde », disait Albert Camus en 1944. En matière d'assurance-maladie, le malheur du monde se répète invariablement à la fin de l'été depuis plus de vingt ans. Avec la même périodicité, les élus fédéraux répètent que le système commence à atteindre ses limites. C'est mal nommer les choses: les limites sont dépassées depuis longtemps.

Chaque parti politique s'improvise médecin. Les uns proposent de plafonner le niveau des primes à 10% du revenu des assurés. Au-delà, l'État paiera. Cela revient à troquer un prélèvement obligatoire contre un autre: l'État, c'est nous toutes et tous et ce que nous ne paierons pas en prime, nous le paierons en impôts. D'autres souhaitent donner à la Confédération plus de responsabilités selon le modèle du frein à l'endettement. À voir les inquiétudes des opposants, <https://frein-aux-couts-non.ch>, on réalise la puissance des lobbies dans le système de santé. Intentionnellement, je ne parle pas de l'initiative de 2007 intitulée «*Pour une Caisse maladie unique et sociale*». Bref, l'assurance-maladie est malade et ses pathologies sont nombreuses.

D'abord, il y a la confusion des rôles. La Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaMal) est un fourre-tout de mesures diverses. C'est une loi de finances quand elle parle du financement des hôpitaux, c'est une loi sociale quand elle permet aux citoyennes et citoyens de se faire soigner sans se faire étouffer financièrement, c'est une loi économique quand elle règle l'activité d'assureurs privés au bénéfice d'un prélèvement obligatoire, c'est une loi professionnelle quand elle règle la pratique de médecins transformés tantôt en semi-fonctionnaires de la santé, tantôt en semi-entrepreneurs privés.

En clair, et c'est son premier défaut, la LaMal parle de tout, néglige l'unité de matière et finalement, dans ses innombrables ambitions, ne parvient plus à assurer son but premier essentiel: garantir aux Suissesses et Suisses un système de santé pérenne.

Puis il y a la mécanique de l'assurance. Tous les processus qui sous-tendent cette loi sont mécaniques, jamais politiques et volontaires. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), en charge de cet épineux dossier, n'a que peu de marge de manœuvre: il contrôle la

conformité de la fixation des primes avec la loi sans pouvoir réellement intervenir efficacement sur le processus qui amène à la hausse des coûts de la santé. Les cantons de leur côté ne peuvent mécaniquement agir que sur leur sol et n'ont aucune possibilité de planifier une politique de santé supra-cantonale. Hôpitaux publics et hôpitaux privés appliquent mécaniquement leur tarification DRG¹ et – pour les premiers – appellent au financement mécanique de leur déficit par l'État.

Bref, l'assurance-maladie multiplie les acteurs institutionnels, financiers, médicaux, mais les empêche d'entreprendre toute action réellement efficace sur le contrôle des coûts.

Enfin, il y a l'évolution de la société: une société qui vieillit coûte inévitablement plus cher en frais de santé. Dire qu'il faut limiter la hausse des coûts revient à tenter de clouer des nuages. La santé ne coûtera pas moins cher à l'avenir et le promettre, c'est mentir.

D'autres comorbidités affectent le système suisse d'assurance-maladie; le propos n'est pas ici de détailler les causes du mal, mais d'esquisser une solution raisonnable et raisonnée.

Prémisse une: les personnes de 61 ans et plus occasionnent des coûts à peu près aussi élevés que ceux des personnes de moins de 61 ans,² alors qu'elles représentent aujourd'hui moins d'un quart de la population totale. En clair, pendant l'essentiel de la durée de vie de la population suisse, soit l'enfance et la période d'activité, les coûts de la santé pourraient aisément être supportables selon le principe de solidarité actuel, avec des primes payables par tous.

Prémisse deux: il n'est pas acceptable que les personnes actives, familles notamment, soient étouffées financièrement par le coût croissant et finalement exponentiel de la santé sans espoir de limitation.

Conclusion: l'assurance-maladie au financement mécanique peut continuer à être financée selon le modèle actuel uniquement pour la tranche de population de zéro à l'âge de la retraite. La petite enfance est un peu plus coûteuse; la tranche d'âge entre 60 ans et l'âge de la retraite est un peu plus onéreuse mais oui, le coût de la santé peut être assumé financièrement par cette tranche de la population selon le principe de solidarité.

En revanche, après l'âge de la retraite, l'explosion des coûts induits par la santé rend le financement mécanique de l'assurance-

maladie telle que nous le connaissons plus possible.

Finalement, la situation induit des choix politiques. L'État – c'est-à-dire le peuple souverain – doit choisir ce qu'il entend payer comme soins et à quelles conditions. Ces choix doivent résulter d'un débat de société. Les citoyennes et citoyens ont la responsabilité de décider de la forme que doit prendre la prise en charge médicale des aînés, car de ce choix résultent les coûts qu'ils assument de financer.

Est-il judicieux de payer d'onéreuses prothèses de hanche ou de genou après 90 ans? De proposer de nouveaux traitements dans le cadre des cancers métastatiques pour prolonger la vie de quelques semaines ou mois dans l'espoir d'une guérison improbable? Peut-être, mais il faut que le peuple en décide et qu'il le finance dans un système découplé du système d'assurance-maladie actuel. Par l'impôt et/ou conjointement par une autre source de financement qui sera elle aussi une source de nombreux débats, mais en dégageant la classe d'âge 0-65 ans d'un financement mécanique que tôt ou tard elle ne pourra plus assumer (une large partie d'entre elle n'y parvient déjà plus aujourd'hui).

Bref, je milite pour un débat de fond sur le champ d'application de l'assurance-maladie. Qui finance quoi, selon quelle tranche d'âge et avec quelles sources de financement?

Pourrait-on par exemple dissocier les assuré-e-s selon leur tranche de vie: la vie active, le 3^e (65 à 80), 4^e (80 à 100) et bientôt 5^e âge (100 et plus)?

J'ignore ce que donnera un tel débat; mais je suis convaincu qu'il doit avoir lieu. Le Conseil fédéral, la nouvelle Cheffe du DFI et le Parlement ont la responsabilité de nous proposer un nouveau projet pour notre système de santé.

1 Swiss DRG www.swissdr.org/fr

2 Coût et financement du système de santé en 2022 (OFS). www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.assetdetail.31225974.html

DR FELIX GUEISSAZ

Ancien Président de la Société neuchâteloise de médecine

Ancien Président de la Société suisse de dermatologie et vénéréologie
Neuchâtel
felix.gueissaz@hin.ch



© Oksun70 / Dreamstime

Un système tarifaire adéquat doit représenter toutes les prestations médicales de la manière la plus exacte possible, sans lacunes ni doublons.

À quelles attentes un système tarifaire ambulatoire doit-il répondre?

Tarifs ambulatoires À l'approche des votations fédérales sur plusieurs objets de politique de la santé, les tarifs ambulatoires suscitent une attention croissante. Cette semaine, nous avons donc décidé de nous pencher sur les différentes attentes des forces en présence, de les comparer et de voir quelles conséquences cela implique.



Urs Stoffel
Dr méd., responsable du
département Médecine
et tarifs ambulatoires

Deux initiatives sur lesquelles la population suisse est appelée à se prononcer le 9 juin prochain, *l'initiative d'allègement des primes et l'initiative pour un frein aux coûts*, font l'objet d'après discussions depuis plusieurs semaines. Dans ce contexte, *les tarifs ambulatoires*, et en particulier le tarif médical ambulatoire, reviennent sans cesse au centre des débats. Dans les médias, ces discussions sont régulièrement alimentées par des

déclarations parfois tapageuses (le tarif serait un «magasin en libre service», dans lequel puisent des «profiteurs»), dénonçant des tarifs médicaux «trop élevés» et une utilisation «abusive» du système de tarification TARMED, en vigueur dans le domaine ambulatoire. Ce que l'on oublie cependant de dire, c'est qu'un nouveau tarif à la prestation, approprié et conforme à la loi (art. 43 LAMal et art. 59c OAMal), assorti d'une convention de neutralité des coûts, est entre les mains du

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

Conseil fédéral depuis 2020 déjà: le TAR-DOC. Et depuis décembre 2023, le Conseil fédéral a également entre ses mains une demande d'approbation pour un système de forfaits ambulatoires.

Chaque acteur, politicien et journaliste y va de sa propre solution pour remplacer le tarif médical ambulatoire TARMED, désespérément obsolète et plus du tout adapté, par un nouveau système de tarification ambulatoire. Toute cette agitation a même conduit dernièrement la Commission de la sécurité sociale

L'objectif des patients est une amélioration rapide de leur état de santé.

et de la santé publique du Conseil des États à demander au Conseil fédéral d'intervenir à nouveau dans le TARMED et de limiter la durée des prestations pouvant être facturées au cours d'une journée.

Mais quel est le nombre d'heures acceptable? 8 heures? 10 heures? Ou alors 13? Que se passe-t-il si des prestations sont fournies en dehors d'une journée de travail «normale» de 8h à 17h? Quid des urgences pour les cabinets médicaux? Ces derniers doivent-ils tout simplement fermer leurs portes à 18h au plus tard? Cette proposition maladroite et non conforme à la loi entraînerait probablement plus de problèmes de mise en œuvre et de nouvelles charges administratives qu'elle ne contribuerait à améliorer la situation.

Ci-après, nous allons tenter d'identifier et de poser un regard critique sur les différentes attentes à l'égard d'un système tarifaire ambulatoire et sur les différentes perspectives afin d'y voir plus clair dans ce débat.

Pour les patients

Pour les patients, le tarif médical est avant tout un moyen d'atteindre une fin. Leur intérêt réside dans une rémunération suffisante des prestations médicales, de manière à ce qu'elles soient fournies avec une qualité élevée, par des médecins agissant dans leur intérêt et pour leur bien, sans leur refuser des prestations ni les réduire. Les patients veulent que leur situation soit clarifiée le plus vite et le plus précisément possible et que leurs maux soient pris au sérieux, afin que leur état de santé s'améliore rapidement. Ils partent du principe que les meilleurs moyens diagnostiques et thérapeutiques de la médecine moderne sont utilisés à cet effet. Un accès illimité à ces prestations est une condition fondamentale.

Pour les assurés

Pour les assurés «en bonne santé», principalement, l'intérêt réside sans aucun doute dans une prime par tête la plus basse possible. Conscients qu'ils peuvent aussi devenir des patients, les assurés partent toutefois du principe qu'avec cette prime, ils ont aussi «acheté» un accès illimité à toutes les prestations de santé. Une fois qu'ils sont devenus des patients, donc bénéficiaires de prestations, leurs intérêts se déplacent alors très rapidement.

Pour les assureurs

Pour les assureurs, la priorité consiste à offrir les meilleures prestations aux prix les plus bas. Ils considèrent que cela va de pair avec des objectifs de qualité élevés, bien entendu sans impact sur les coûts. Pour eux, les augmentations de coûts sont principalement dues à des augmentations de volumes par les fournisseurs de prestations. Il ne faut cependant pas oublier qu'un tarif doit également servir à garantir les soins, ce qui est clairement stipulé à l'art. 43, al. 6, LAMal, parmi les principes de tarification.

Pour les milieux politiques

Pour les milieux politiques, la pression exercée par la population, les médias et les assureurs en vue de conditions garantissant un accès illimité à une prise en charge globale, avec une qualité maximale et des coûts supportables, est au premier plan. Ce faisant, ils omettent cependant un principe fondamental de l'économie d'entreprise, à savoir l'importance d'offrir des conditions d'exercice les plus attractives possibles aux fournisseurs de prestations, avec des incitatifs permettant de garantir les soins et de favoriser des prestations de qualité avec une rémunération adéquate.

Au lieu de cela, l'attractivité de la profession médicale et la garantie des soins sont mises en péril par des moyens inappropriés tels que la diminution de l'offre et les baisses constantes des tarifs.

Pour les fournisseurs de prestations

Pour les médecins, il est important que le système tarifaire soit approprié, qu'il garantisse une rémunération adéquate et reflète l'ensemble des prestations de manière différenciée et équitable. Compte tenu de l'évolution rapide de la médecine, un tel système tarifaire doit être adapté en permanence, en tenant compte des critères économiques (compensation du renchérissement, augmentation des coûts) lors de la tarification.

D'un autre côté, le corps médical doit aussi agir de manière responsable en faveur

d'une médecine efficiente et adéquate et éviter les prestations inutiles (principe de la «smarter medicine»).

Les conséquences

La priorité absolue d'un système tarifaire adéquat est de représenter la diversité et la complexité des prestations médicales de la manière la plus exacte possible, sans lacunes ni doublons. Sa nomenclature doit être développée indépendamment de la rémunération, ce qui peut tout à fait se faire de manière judicieuse, et personne ne le conteste, par la combinaison d'un tarif à la prestation et d'un tarif forfaitaire. Et sans jamais perdre de vue la garantie des soins.

Il est donc primordial d'établir en tout premier une nomenclature homogène, équilibrée et coordonnée de toutes les prestations existant actuellement dans le domaine médical ambulatoire. Ensuite seulement il est possible de regrouper certaines prestations individuelles dans des ensembles de prestations homogènes, qui peuvent alors être définis comme des forfaits et venir remplacer les prestations individuelles concernées. Le processus inverse, consistant à définir d'abord des forfaits selon des groupes de coûts (similaires), plutôt que selon des critères médicaux,

Les assurés veulent des primes les plus basses possibles et les assureurs, la meilleure qualité au meilleur prix.

puis de tarifier les prestations restantes à titre individuel, n'est à nos yeux pas judicieux, car il ne tient pas compte de l'homogénéité médicale des forfaits, qui doit impérativement être respectée. Pour enfin remplacer le TARMED, il faut des décisions positives; au Conseil fédéral de montrer dans les prochains jours qu'il est prêt à favoriser des solutions et à prendre ses responsabilités.

Après avoir fait le tour des positions et perspectives des différents acteurs, on comprend mieux pourquoi il est si compliqué de mettre sur pied un tarif médical de cette envergure. Et les différentes positions qui existent au sein du corps médical n'ont même pas été abordées. Vous en apprendrez plus sur ce formidable champ de tension, agrémenté d'anecdotes un peu plus personnelles, dans l'entretien avec Urs Stoffel en page 28.

Formation 2024

Formation en soins palliatifs

DESTINÉE AUX MÉDECINS DU CANTON DE GENÈVE

photo © Patrick Bellema



La formation vise tous les médecins du canton de Genève (médecins de famille, médecins répondants d'EMS, gériatres, oncologues, cardiologues, pneumologues, neurologues, néphrologues, autres spécialistes) ainsi que pharmaciens souhaitant développer des compétences en soins palliatifs et les intégrer dans son approche professionnelle.

Les soins palliatifs représentent un thème de santé publique complexe et de grande importance. Devant l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques évolutives, et la souffrance globale des patients et de leur famille, nous estimons nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé et de les aider à relever le défi dans la prise en charge de ces patients.

La formation se déroulera sur 5 jours en automne 2024

**DE 8H30 À 12H30 ET DE 13H30 À 17H30
Hôpitaux Universitaires de Genève, rue Alcide-Jentzer 22, 1205 Genève
Auditoire Ophtalmologie
4A-0-418**

DATES DE FORMATION :

3 octobre 2024
15 octobre 2024
30 octobre 2024
06 novembre 2024
14 novembre 2024

DÉLAI D'INSCRIPTION : 3 septembre 2024

SUR INSCRIPTION :

<https://www.hug.ch/soins-palliatifs-pour-professionnels/formation-pour-medecins>

CONTACT : pour les personnes intéressées, écrire à Madame Tagyane Lima Menezes : tagyane.limadalesio@hug.ch

Pour répondre à cette demande et dans le cadre du programme cantonal genevois de développement des soins palliatifs 2020-2023, la formation en soins palliatifs est proposée aux médecins de famille, aux spécialistes et aux pharmaciens actifs dans la prise en soins de patients atteints de pathologies chroniques évolutives.

La formation a ainsi pour but de permettre aux participants d'être plus à l'aise dans l'identification et la prise en charge des patients nécessitant des soins palliatifs.

La formation proposée est axée sur la pratique quotidienne autour de situations cliniques partagées. Le nombre de participants est limité pour privilégier l'interactivité.

Le Groupement Genevois des médecins Praticquant les Soins Palliatifs (GGPSP), l'Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance (IuMFE) et le Service de médecine palliative, HUG-Unige ont élaboré un programme de formation qui bénéficie d'un large soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS). Le comité scientifique s'est largement inspiré de la formation donnée avec succès au Tessin depuis plusieurs années et remercie donc particulièrement la Pre Claudia Gamondi, médecin cheffe au Service de soins palliatifs et de support au CHUV de sa collaboration.

Membres

Changement d'adresse et ouverture de cabinet

Dre Aline GABRIELLI (Médecin interne générale) consulte désormais chemin de Beau-Soleil 12, 1206 Genève

Dr Yvan GAMBAZZI (Ophtalmologie) consultera désormais, dès le 20 août 2024, avenue de Champel 32, 1206 Genève

Dr Nigel HOWARTH (Radiologie) consulte désormais au sein d'Affidea CDRC, clos de la Fonderie 1, 1227 Carouge

Dr Nicolas ROUX (Allergologie et immunologie clinique) consulte désormais chemin de Bonvent 27, 1218 Grand-Saconnex

Dre Eva SEKERA (Médecine interne générale, médecine psychosomatique et psychosociale) consulte désormais au sein du Groupe Médical Lausanne-Prieuré, rue de Lausanne 54, 1202 Genève

Dre Laure ZIEGLER (Pédiatrie) consulte désormais rue Daubin 25, 1203 Genève

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du **Dr Ivan KUZMANOVIC** survenu le 16 juin 2024

Impressum

La Lettre – Journal d'information de l'Association des Médecins du canton de Genève ISSN 1022-8039

PARUTIONS
format imprimé: 4 fois par an;
format digital: 6 fois par an

RESPONSABLE DE PUBLICATION
Antonio Pizzoferrato

CONTACT POUR PUBLICATION
Secrétariat AMGe
info@amge.ch

PUBLICITÉ
Médecine & Hygiène
022 702 93 41, pub@medhyg.ch

CONCEPTION & RÉALISATION
Bontron&Co
Loredana Serra & Simone Kaspar



Fondée en 1984 à Genève, la Fiduciaire Gespower, affiliée à FMH Fiduciaire Services, offre un encadrement professionnel d'aide à la gestion de votre entreprise ou de votre cabinet médical, secteur dans lequel la fiduciaire est fortement impliquée.

Nos principaux services :

- Assistance lors de création / reprise de sociétés ou cabinets médicaux
- Conseils juridiques
- Business plan
- Bilans, fiscalité, gestion comptable de sociétés
- Transformation juridique de sociétés

Rue Jacques Grosselin 8 – 1227 Carouge – Tél 058 822 07 00 – Fax 058 822 07 09 – fiduciaire@gespower.ch – www.gespower.ch

29^e JOURNÉE GENEVOISE DE DIABÉTOLOGIE

GENÈVE Aula - Salle Frank Martin

Judi 10 octobre 2024

13H30 - 17H00

**Crédits : 4 AMG / 3 SSED /
3 SSMIG (à confirmer)**



Partenaire média : **REVUE
MÉDICALE
SUISSE**

INFORMATIONS ET INSCRIPTION
www.journeedudiabete.ch

Avec le soutien de :

Sponsors Gold



Sponsors Silver



PROGRAMME

- 13h30 Introduction**
Dr Karim Gariani, HUG
- 13h40 Prise en charge des lipides dans le diabète – update 2024**
Pr François Jornayvaz, HUG
- 14h10 Les incrétones, au-delà des effets métaboliques**
Dr Karim Gariani, HUG
- 14h40 Bénéfices de l'activité physique en cas de diabète**
Dr Christophe Kosinski, HUG
- 15h10 Pause**
- 15h30 Les diabètes atypiques : quand y penser ?**
Dr Jaafar Jaafar, Genève
- 16h00 Aspects psychologiques à considérer dans la prise en charge du diabète**
Dr Stéphane Saillant, Réseau Hospitalier Neuchâtelois
- 16h30 Pied diabétique : un problème souvent vasculaire et pas seulement neuropathique**
Dr Frédéric Glauser, HUG
- 17h00 Conclusions**
Pr François Jornayvaz, HUG

INSCRIPTION

Inscription gratuite mais obligatoire.
Merci de bien vouloir vous enregistrer sur le site de l'événement :
www.journeedudiabete.ch

CONTACT

Revue Médicale Suisse
Lison Beigbeder
Ch. de la Mousse, 46/1225 Chêne-Bourg
+41 (0)22 702 93 23
lison.beigbeder@medhyg.ch