

ÉDITORIAL

Toute pression entraîne une réaction!

De nombreux politiciens sont choqués par la résistance du corps médical à la suppression du double caractère facultatif dans la LDEIP. On nous interroge souvent sur la différence entre le double caractère facultatif et l'obligation avec une période de transition de dix ans. Et de fait, le résultat est le même. Si les conditions cadres sont établies, comme nous le réclamons dans l'article détaillé qui suit, les médecins de famille et de l'enfance adhéreront avec enthousiasme au projet de dossier électronique du patient, sans y être obligés!

Mais si les conditions cadres ne sont pas établies alors la LDEIP restera, même dans dix ans, un nuage de données inatteignable quasiment impossible à alimenter avec les données pertinentes de notre dossier médical électronique. Le projet échouera alors automatiquement et des milliards auront été gaspillés comme cela a été le cas dans divers autres pays européens avant le nôtre.

Cela vaut donc la peine de fixer correctement les priorités. N'importe quel séminaire de motivation enseigne qu'il faut en priorité élaborer des conditions cadres et créer des incitations adaptées.

L'exemple de la LDEIP n'est pas une exception, les enseignements en résultant peuvent être utilisés pour (presque) tous les projets de lois et d'ordonnances concernant le secteur de la santé...



Marc Müller, président,
Médecins de famille Suisse



Photo: © monius / fotolia.com

C'est seulement avec des données échangeables et actualisées que le DEP deviendra un instrument indispensable.

LA LDEIP ENTAME SA DERNIÈRE ÉTAPE PARLEMENTAIRE

Oui à la LDEIP, mais il faut des mesures d'accompagnement!

Si la LDEIP est acceptée dans son principe, il reste des divergences à propos du double caractère facultatif. «Médecins de famille Suisse» et l'IIC insistent pour que celui-ci soit maintenu et exigent en outre que le Parlement veille impérativement à instaurer des mesures d'accompagnement.

> «Médecins de famille Suisse» et l'Institut pour l'informatisation du Cabinet Médical (IIC) soutiennent la LDEIP, car il est raisonnable d'avoir une loi qui régle l'utilisation des données de santé sensibles. Il faut cependant veiller dès la phase législative à ce que cette loi soit applicable dans la pratique, sous peine de la voir rester lettre morte. Et pour y parvenir, force est de constater que plusieurs conditions décisives ne sont malheureusement pas encore réunies.

L'obligation n'apporte rien – c'est la valeur ajoutée qui doit convaincre

Le double caractère facultatif est indiqué pour différentes raisons. D'une part, toutes les personnes concernées doivent par principe pouvoir décider volontairement de l'utilisation de données sensibles de cette

nature. D'autre part, personne ne doit être contraint à une chose dont on sait qu'elle ne peut pas encore fonctionner utilement, en particulier si des conditions essentielles ne sont malheureusement pas réunies et ne le seront pas à plus long terme. C'est également un fait que la contrainte n'a jamais produit de données fiables et donc exploitables, et personne n'a que faire de documents «alibi». En revanche, nous sommes tous d'accord qu'un DEP fonctionnel et tenu à jour en permanence sera utile au système de santé. C'est pourquoi le DEP s'imposera spontanément et par conviction, pour peu que les conditions nécessaires soient réunies un jour, mais nous en sommes encore bien loin, tant les milieux politiques se nourrissent encore d'illusions irréalistes. Même avec un maximum d'efforts dans >>



des conditions optimales, cela prendra au moins 10 à 15 ans, pendant lesquels il faudra mobiliser des ressources financières et personnelles suffisantes.

Ne pas confondre le DEP et le DME

Reconnaissons-le, la matière est très complexe et il est essentiel de faire quelques importantes distinctions. Le dossier électronique du patient (DEP) est par définition un extrait d'informations sur le patient qui sont pertinentes pour son traitement. Il n'est pas identique au dossier médical électronique (DME) complet et actualisé en permanence dans nos cabinets médicaux; le DEP ne peut, ni ne pourra jamais, se substituer à ce dernier. Il règne ici une grande méconnaissance qui favorise les confusions et les malentendus.

Une différence: documents et données numériques

Sauf si vous faites partie d'une minorité, vous n'êtes pas expert en TI, mais il y a une différence que vous devez connaître: celle entre les *documents*, statiques et non modifiables (p. ex. en format pdf), et les *données* numériques, que l'on peut mettre à jour et remplacer en permanence (p. ex. en format XML). Cette différence est significative.

Actuellement, le DEP est basé en grande partie sur des documents pdf. Un exemple est celui des rapports de sortie d'hôpital, obsolètes au bout de trois jours. Beaucoup de documents du système de santé existent aujourd'hui sous forme de lettres pdf. Faute d'avoir créé de meilleures conditions de base, c'est le seul format dans lequel nous pourrions alimenter le DEP en documents dans les années à venir. Cela ne saurait être la solution idéale! L'exemple, dont on dit tant de bien, du rapport de sortie d'hôpital que l'on télécharge vers le DEP en format pdf a précisément l'inconvénient décisif de ne pas permettre de mise à jour. En d'autres termes, la liste des médicaments qui figure par exemple dans le rapport de sortie est dépassée et donc inexacte au bout de quelques jours, car nous autres médecins de famille devons sans cesse l'adapter et la modifier. Et comme nous ne disposerons pas avant longtemps d'un système automatisé qui reprenne au fur et à mesure dans le DEP les mises à jour apportées au DME dans notre cabinet, les informations contenues dans le DEP sont malheureusement peu fiables, incomplètes, dépassées et de ce fait inutiles, voire dangereuses! Ce n'est que lorsque nous serons techniquement en mesure d'échanger des *données* et non des

documents que le DEP deviendra un instrument génial et indispensable. Mais d'ici là, le chemin sera long. Des expériences similaires ont été faites à l'étranger. Après de coûteux investissements, des pays comme la Grande-Bretagne, les Pays-Bas et plus récemment l'Australie ont mis un terme à des projets comparables à notre DEP, précisément pour cette raison. Pussions-nous en prendre de la graine!

Des mesures d'accompagnement

La première chose dont nous avons impérativement besoin en Suisse, mais aussi au niveau international, ce sont des conditions de base nécessaires à l'échange de données. Il nous faut des formats ouverts unifiés et utilisables, des interfaces clairement définies, la possibilité de faire migrer les données ainsi qu'un système de documentation électronique du DME à structure unifiée (*big picture*) qui permette de trouver les données recherchées et de les réinsérer au bon endroit. Il n'est pas encore possible de remettre à un patient qui déménage ou qui change de médecin ses données médicales sur une clé USB pour qu'elles puissent être relues à destination. La plupart des systèmes sont encore incapables de communiquer entre eux, chacun fonctionne selon ses

normes propres. Tant que ces problèmes de base ne seront pas résolus, le DEP ne pourra être d'aucune utilité pratique réelle dans les cabinets. Depuis quelque temps, on travaille enfin à la création de ces conditions de base. Il y a peu, tous les acteurs importants du système de santé – l'OFSP, eHealthSuisse, l'association suisse des entreprises spécialisées dans l'informatique médicale (VSFM) et d'autres experts importants en cybersanté – sont parvenus à définir ensemble une norme commune pour le DME au terme de plusieurs réunions modérées par l'IPI. La reconnaissance de cette norme SMEEX (SwissMedi-

calDataExchange) par tous les acteurs est une première étape importante, certes, mais ne représente qu'un début fort modeste. Les conditions techniques et fonctionnalités documentaires de base doivent encore être perfectionnées, affinées, partagées au sein d'un réseau et appliquées au niveau international. C'est une entreprise de longue haleine avec d'énormes besoins en ressources financières et en personnel, mais c'est notre seul moyen d'avoir un jour un DEP fonctionnel. Il est par conséquent urgent de promouvoir et de soutenir la mise en place de ces conditions de base sous forme de mesures

d'accompagnement. Nous n'y arriverons jamais dans un délai raisonnable sans le soutien des milieux politiques et de la Confédération. Le Parlement est donc invité à exiger et à soutenir ces mesures d'accompagnement urgentes. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrions éviter une nouvelle débâcle informatique fédérale.

Gerhard Schilling <

Littérature:

- Bhend H: Zehn Killerkriterien für eHealth. *SÄZ*, 2011;92:49,1925–8
- Consultation sur la LDEIP par «Médecins de famille Suisse»

LE DÉBAT SUR LA LPTH

Renforcer la médecine de famille au lieu de renier la volonté populaire

Le Conseil national a suivi les recommandations permettant de ménager des possibilités de fournir un travail de qualité. Au tour du Conseil des Etats d'agir pour introduire une flexibilité dans l'obligation d'ordonnance.

> Voici une année, le peuple a voté à une majorité écrasante en faveur des soins médicaux de base. La confiance des patients en leurs médecins de famille a contribué de manière déterminante à cette définition d'orientation de la politique de santé.

Respecter la volonté du peuple

Le Parlement serait donc bien avisé de suivre la décision du peuple et d'exprimer lui aussi sa confiance aux médecins de famille. Cela a marché en mars pour la loi sur les professions médicales, mais pour la loi sur les produits thérapeutiques, il semble que le vent soit en train de tourner, au Conseil national du moins. Des intérêts financiers puissants se liguent pour faire passer des dispositions prétendument bonnes pour les patients au sein de la commission de santé compétente. Des dispositions combattues par les médecins de premier recours dans l'intérêt de leurs patientes et patients.

Pas d'obligation d'ordonnance

Dans 17 des 19 cantons alémaniques, les patients ont aujourd'hui le choix de se faire délivrer leurs médicaments par leur médecin ou leur pharmacien. Le système de la propharmacie (remise directe des médicaments) a fait ses preuves, est apprécié et a entre autres pour effet de réduire les frais en diminuant la valeur des points tarifaires. Cette remise directe des médicaments est compromise par l'obligation bureaucratique de présenter une ordonnance. Les conséquences en termes de coûts, qui se chiffrent

en millions et seront supportés par les patients, les payeurs de primes et les médecins de famille, sont niées à l'aide d'arguments fallacieux. «Médecins de famille Suisse» exige au minimum la solution préconisée par le Conseil des Etats, qui permet au patient de se passer d'une marche à suivre réglementée par la loi dans ses moindres détails. Le doigt menaçant du bureaucrate n'a pas sa place dans la relation de confiance qui lie le médecin de famille à son patient.

Médicaments sans prescription médicale

Le Conseil national veut que les pharmaciens puissent remettre des médicaments soumis à ordonnance même sans prescription d'un médecin (art. 24). Or, seule une faible minorité de pharmaciens ont aujourd'hui une formation pré- et postgraduée qui les habilite à poser des diagnostics et à prescrire des médicaments. Nous voyons une possibilité de compromis à même de garantir

la sécurité des patients dans la version adoptée par le Conseil des Etats, qui prévoit que toute remise sans prescription médicale de médicaments soumis à ordonnance doit être documentée et n'est possible que dans des cas exceptionnels dûment justifié.

Des rabais pour patients et qualité

L'article 57a traduit les revendications d'Yvonne Gilli, médecin de famille qui s'oblige à la transparence au sein de son réseau et redistribue au patient soit directement, soit sous forme de qualité supérieure, les avantages des rabais et autres conditions préférentielles négociés avec les fournisseurs. Dans les autres modèles, cela ne vaudrait plus la peine de négocier des rabais; le patient et payeur de primes se trouverait alors pénalisé tandis que l'industrie pharmaceutique se remplirait les poches. Cela ne saurait être l'objectif de la révision de la LPTH.

Reto Wiesli <



Magicien en herbe?

De nouveaux droits, de nouvelles obligations ou... les esprits que j'ai invoqués...

> 2014 aura été une année particulièrement heureuse pour les médecins de famille et de l'enfance suisses: l'article constitutionnel «Oui aux soins médicaux de base» a été accepté par 88% des votants. Le Parlement et l'administration ont d'ailleurs promptement repris la balle au bond et se sont lancés dans une activité régulatrice et législative que l'on pourrait presque qualifier de frénétique.

La LPMéd, la LPSan, la LPTH, l'initiative parlementaire Joder, la LDEIP, la stratégie NCD, la stratégie nationale sur les addictions et bien d'autres se sont succédé à un rythme soutenu. D'importantes lois et stratégies, toutes en relation étroite avec les soins médicaux de base et donc avec les objectifs des médecins de famille et de l'enfance. Notre succès devant le peuple nous a valu d'être admis dans la liste des organismes participants ou consultés dans tous ces processus. Mais comme bien souvent, le diable est dans les détails! Les demandes de participer à des groupes de travail et de préparation nous sont toutes adressées à très brève échéance, systématiquement et les délais de consultation sont trop courts ou souvent fixés en période de vacances ou lors de jours fériés. En outre, les contenus sont souvent influencés par des groupes d'intérêt particuliers, un consensus général n'est recherché qu'une fois que le projet a pris une orientation déterminée.

Nous sommes conscients de la responsabilité que nous avons prise en entrant sur la scène politique. Nous voulons nous impliquer et participer de manière proactive au développement de notre futur système de santé. Mais nous restons des médecins de famille et de l'enfance, engagés à préserver le bien-être et la santé de nos patientes et patients. Nous voulons que les intérêts des



Photo: © Coloures-pic | fotolia.com

patients soient un enjeu prioritaire du changement politique qui s'annonce.

C'est pourquoi nous appelons ici aussi au respect de certaines règles:

- L'intérêt du patient doit être prioritaire.
- L'évolution doit s'orienter selon les besoins et non en créer de nouveaux.
- Les stratégies doivent illustrer des processus et non entraver des évolutions.
- Nous – et je suis certains que cela s'applique à tous les professionnels de la santé – souhaitons être impliqués dans l'élaboration et l'ébauche des nouvelles lois et stratégies et non être confinés à un rôle secondaire consistant à cautionner des projets déjà sous toit. Nous devons donner vie aux articles de loi...
- Pour cela, il nous faut des processus régulés et des délais adéquats.
- C'est dans leur cabinet que les médecins de famille et de l'enfance exercent leur activité principale, la collaboration à des groupes de projet leur occasionne un important manque à gagner qui doit être indemnisé dans le cadre des projets en question.
- Nous vous appelons par conséquent à comprendre et à soutenir notre politique.

Elle seule nous permettra de jouer pleinement notre rôle d'apprentis magiciens!

Marc Müller <

Toutes ces stratégies et pas de preuves...

> Stratégies nationales contre les démences, contre les maladies non transmissibles, cardio-vasculaires ou cancers, contre la grippe ou la rougeole, contre le Sida et j'en passe. A chaque fois un organisme central pour mettre sur pied des groupes de travail d'experts, proposer des recommandations avec un concept de mise en œuvre et espérer infléchir le cours des maladies traitées. Importantes mobilisations de moyens humains et financiers mais pour quels résultats?

«Pourquoi faut-il multiplier ces stratégies verticales?»

Ces programmes verticaux, très centrés sur la maladie et non intégrés à la globalité du patient et du système de santé, sont jugés d'un œil très critique dans un rapport de l'OMS daté de 2008 déjà [1], je cite: «Malgré les débats tous azimuts à cet égard au cours des 50 dernières années, nous ne disposons que de bases factuelles limitées concernant les bénéfices relatifs des prestations de services verticales par rapport aux prestations intégrées.» Toutefois, on peut lire plus loin: «Il n'en reste pas moins que les programmes verticaux peuvent s'avérer opportuns en guise de mesure temporaire si les soins primaires sont faibles.»

Avons-nous donc en Suisse des soins primaires si faibles qu'il faille multiplier ces stratégies verticales? Ne vaudrait-il pas mieux alors investir l'argent de ces programmes dans le soutien aux soins médicaux de base comme viennent de le demander 88% de nos concitoyens en votation du 18 mai 2014? Comme médecins de famille, nous avons de longue date fait la preuve que des soins intégrés avec les autres soignants de la base sont le meilleur garant d'une médecine de qualité, durable et efficiente, centrée sur le patient dans sa globalité et son humanité.

François Héritier <

Impressum

Editeur: Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse (*Médecins de famille Suisse*)

Tirage total: 2000 exemplaires, 4 x par année
Impression: Schwabe SA, Muttentz
Editions: EMH Editions médicales suisses SA
 Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttentz
 Tél. 061 467 85 54, fax 061 467 85 56

Secrétariat général:

Effingerstr. 2, 3011 Berne,
 Tél. 031 508 36 10, Courriel: sg@medecinsdefamille.ch

Commission de rédaction: Dr. Marc Müller,
 Dr. François Héritier, Dr. Gerhard Schilling,
 Dr. Eva Kaiser, Reto Wiesli, Yvan Rielle
 et Petra Seeburger (pilotage).

[1] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/76431/E93417G.pdf?ua=1