

ÉDITORIAL

C'est l'automne – pour le système de santé

Chaque année, quand les arbres changent de couleur pour faire briller au soleil les belles nuances de l'automne, survient un phénomène étrange: l'annonce de la hausse des primes d'assurance-maladie, suivie des lamentations collectives. C'est là que fusent les déclarations tonitruantes du niveau du café du commerce, qui vont de «ça suffit» à «on ne peut pas continuer comme ça» ou «il faut enfin faire quelque chose». Par contre, quiconque espère entendre des propositions constructives ou des avis différenciés pour alimenter le débat sera amèrement déçu. C'est à qui rejette la responsabilité sur l'autre: le TARMED qui donne aux médecins de mauvais incitatifs! Les patients qui ne sont pas contraints de payer! Les hôpitaux qui doivent faire des bénéfices! Les assureurs, qui négligent le contrôle des factures des fournisseurs de prestations et des clients! L'Etat qui, une fois de plus, ne fait rien ou prend les mauvaises décisions! Et bien sûr les firmes pharmaceutiques, qui s'en mettent plein les poches!

Pourtant, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que l'évolution démographique (synonyme édulcoré de «vieillesse de la population»), la hausse du nombre de patients multimorbides et les progrès de la médecine fassent grimper les coûts, surtout quand la structure du système manque de flexibilité? Ne vaudrait-il pas la peine d'engager une réflexion générale sur le financement de notre système de santé plutôt que de se borner à une politique de «rafistolage»?



Philippe Luchsinger, président
Médecins de famille et de
l'enfance Suisse (mfe)



LES MNT* ET LA PRÉVENTION DANS LES SOINS DE SANTÉ

Alibis, demi-mesures et actions résolues

> La promotion d'un comportement sain et l'amélioration de la qualité de vie de la population sont sans aucun doute des enjeux pour lesquels trouver des majorités politiques ne pose pas de problème. Cela ne signifie pas pour autant que la Stratégie MNT, qui se fixe précisément ces objectifs, est également capable de réunir une majorité. Il est encore moins probable que la stratégie sera couronnée de succès, car les mesures proposées sont inefficaces. Citons à titre d'exemple celle-ci: *Les travaux préparatoires nécessaires à la définition des objectifs quantitatifs de prévention seront effectués d'ici 2020 (Mesure C.1.5).*

mfe soutient dans leurs grandes lignes les prémisses de la Stratégie MNT, et le débat actuel sur la prévention dans les soins de santé n'est pas inutile non plus.

«Il y a un besoin urgent d'investissements dans la prévention et la promotion de la santé.»

Pour combattre efficacement les maladies non transmissibles, responsables aujourd'hui

de 70% des décès, il faut des investissements durables dans la prévention et la promotion de la santé. Une place tout aussi large doit également être faite à la prévention dans les soins de santé eux-mêmes. Les médecins de famille et les pédiatres sont à cet égard les premiers sollicités. Ils bénéficient d'une relation de confiance avec les patients du fait qu'ils les suivent depuis longtemps. Ce rôle privilégié doit être exploité afin de développer les meilleures stratégies individuelles d'entente avec le patient, que ce soit pour prévenir les maladies, leur aggravation ou leurs éventuelles complications.

La collaboration entre professionnels des soins infirmiers, de la médecine et de l'éducation mérite que l'on y réfléchisse. Elle serait particulièrement profitable à la promotion de la santé et à la prévention pour le soutien qu'elle apporterait. Malheureusement, la coordination des interventions de tous ces domaines est aujourd'hui souvent laissée à l'initiative personnelle de

* MNT = maladies non transmissibles.

chaque professionnel, quand ce n'est pas du patient lui-même. Cette concertation est exigée, certes, mais trop peu est encore fait pour l'encourager. Cela commence au niveau des structures, où la vision d'ensemble est rendue plus difficile p.ex. par l'intrication des responsabilités, des budgets et des voies hiérarchiques. On peut bien sûr y ajouter aussi la formation: si la collaboration au-delà de certaines limites n'est pas prévue dans le plan d'études pour le bien global des patients, l'apprentissage ne se fait qu'une fois sur le terrain. Cela peut donner souvent de bons résultats parce qu'après tout l'être humain est de bonne volonté, mais le souci de prévoyance commande de commencer plus tôt.

«Beaucoup de professions médicales sont disposées à assumer de nouveaux rôles actifs dans la prévention.»

Si nous nous limitons aux cabinets de médecin de famille et de pédiatre, le rôle d'assistante médicale et celui de coordinatrice en médecine ambulatoire sont ceux qui ont le plus grand potentiel. Ces métiers de la santé seraient prêts à assumer un nouveau rôle supplémentaire en faveur de la prévention, mais cela suppose que leur rémunération soit redéfinie par l'établissement d'un tarif correspondant. Passer par le TARMED ne semble pas être une voie prometteuse en l'occurrence. Lors de sa dernière intervention tarifaire, le Conseil fédéral a même décidé d'introduire des limitations en présence comme en absence du patient, lesquelles ont sur les positions tarifaires l'effet exactement opposé à celui qu'il faudrait pour permettre un travail interprofessionnel ou préventif.

«Des structures adaptées (formation, financement, etc.) doivent être créées d'urgence pour une promotion durable de la prévention.»

La fragmentation du financement en fonction du tableau clinique est une stratégie qui ne correspond absolument pas à la façon de travailler des médecins de famille et de l'enfance. Le fonds d'innovation proposé, doté de 5 millions de francs, n'est qu'une goutte d'eau dans l'océan par rapport aux coûts totaux des maladies. Sans parler du risque de laisser de côté des concepts nouvellement introduits et reconnus efficaces, comme le coaching de santé du Collège de Médecine de Premier Recours, pour pouvoir présenter à tout prix des projets inédits et innovants. mfe a fait part de ses craintes.

Si la coordination fait défaut pour assurer une bonne exécution du réglage fin, ne faudrait-il pas une intervention plus grossière? Que dit actuellement le législateur?

Exemple de l'alcool: Lors de la session d'automne, la présidente de la Confédération et le Parlement ont décidé dans une rare unanimité d'autoriser l'alcool dans les restaurants. Les arguments sont scandaleux, les intérêts des exploitants de restaurants et l'idéologie de responsabilité individuelle ont été mis au premier plan. Les objections qui invoquaient le besoin de prévention ont été balayées.

Exemple du tabac: L'an dernier, la loi sur les produits du tabac a été renvoyée au Conseil fédéral avec mandat de ne plus

prendre en compte que les besoins minimaux de protection de la jeunesse. L'argumentaire, ici aussi, est toujours le même: liberté de publicité pour les substances addictives et responsabilité individuelle au lieu de prévention.

On l'aura compris, notre salut ne viendra pas du Parlement pendant cette législature. D'où pourra-t-il venir alors? Exactement: du peuple souverain et de son outil d'intervention le plus puissant, l'initiative populaire.

Deux pistes s'offrent à nous: l'intervention au niveau de la LAMal, proposée par un comité romand, vise à créer des caisses-maladie cantonales. Cette correction structurelle est censée permettre aux cantons de réunir leur population en une seule caisse. Il deviendrait alors possible de générer des moyens de prévention et de promotion de la santé et surtout d'investir, ce qui ne présente aucun intérêt commercial pour une caisse individuelle dans le système actuel. C'est une proposition intéressante sur laquelle mfe prendra position le 23 novembre.

Une initiative populaire est également en préparation sur la question des substances addictives. L'électorat doit décider si la Suisse doit laisser le champ entièrement libre aux producteurs de tabac et d'alcool ou s'il convient de leur fixer quelques limites dictées par le simple **bon sens**. Nous sommes convaincus qu'en cas de doute les arguments des médecins prévaudront sur ceux de l'USAM. C'est pourquoi mfe soutient cette initiative.

Reto Wiesli <

LES PRIMES D'ASSURANCE-MALADIE SONT DEVENUES INABORDABLES POUR TOUJOURS PLUS DE GENS

Nouvelle hausse des primes: faut-il changer notre système de santé?

> Les coûts de la santé augmentent inexorablement. Et chaque année, à l'annonce rituelle des hausses de primes, on entend des jérémiades, on lit de nouvelles propositions de réformes, on lance des initiatives. On cherche aussi des coupables, variables selon les années. Les assureurs-maladie, les hôpitaux, les médecins, les pharmas

sont tour à tour placés dans le collimateur de la critique. Et puis, il y a même fondamentalement la LAMal qui est remise en cause, notamment par une certaine droite parlementaire. Avec une question récurrente: une couverture universelle d'assurance-maladie a-t-elle réellement un impact sur la santé et la mortalité?

Hasard du calendrier, les mêmes questions se posent actuellement à Washington avec les débats houleux sur l'abrogation de l'Obamacare. Alors, la science essaie d'apporter une réponse et elle est cinglante selon les résultats d'une revue systématique parue récemment dans le *New England Journal of Medicine* (voir la Tribune de

recherche de ce même Actu). OUI, une couverture d'assurance améliore une large palette d'indicateurs de santé. Mais lesquels plus précisément?

Devant le risque de maladie, auquel nous sommes tous exposés, une assurance type LAMal offre d'abord une garantie et une protection financière surtout en regard des coûts exorbitants que peut engendrer un seul traitement, oncologique par exemple. Si la santé a un coût pour l'assuré bien portant, elle n'a pas de prix pour le malade souffrant...

Et précisément pour les populations vulnérables, présentant des maladies chroniques comme un diabète, une hypertension ou une dépression, les résultats de santé sont meilleurs dans les Etats américains ayant déjà introduit une couverture universelle

d'assurance. Dans le domaine du cancer, il est clairement noté une baisse de mortalité grâce à l'assurance obligatoire car les assurés recourent plus rapidement aux programmes de dépistage et aux traitements précoces.

Au Massachusetts, les taux de chirurgie curative du cancer du côlon ont augmenté après l'extension du système d'assurance-maladie aux populations à bas revenus. Cet accès aux soins facilité, notamment dans les structures primaires, permet de prévenir les maladies, de maintenir la santé et ainsi de réduire les coûts bien plus élevés des recours aux structures secondaires comme les hôpitaux.

Plusieurs études passées en revue dans cette méta-analyse montrent également que bénéficier d'une assurance-maladie amé-

liore la perception de santé des patients et leur bien-être. Et quand on sait que le taux de mortalité est 2 à 10 fois plus élevé dans les populations s'estimant en mauvaise santé, les conclusions s'imposent d'elles-mêmes.

Il n'y a donc aucune évidence scientifique pour balayer les fondements de la LAMal. Mais que faire alors, puisque le montant actuel des primes devient intolérable pour une bonne partie des assurés suisses? Agir à plusieurs niveaux probablement: renforcer les soins primaires et limiter l'accès aux spécialistes, piloter et gouverner, baisser les prix des médicaments, repenser le financement et les tarifs, réduire le gaspillage. Mais garder la qualité des soins qu'on nous envie et surtout leur accessibilité, à tous, équitablement et solidairement.

François Héritier <



Election au Conseil fédéral – renouveau ou continuité?

> Rarement une élection au Conseil fédéral aura suscité autant de fébrilité chez les acteurs du système de santé, le corps médical surtout. Ignazio Cassis deviendra-t-il le 2^e médecin (et le prochain Tessinois...) à entrer au Conseil fédéral? Qu'est-ce qui le fera élire? Celui dont la présidence de la CSSS-N et du CA de Curafutura en faisait déjà le plus puissant des politiciens de la santé en Suisse sera-t-il «surpuissant» dans ses nouvelles fonctions de ministre de la Santé? Quelles décisions prendra le conseiller fédéral Alain Berset, chef actuel du DFI, que nous autres médecins de premier recours connaissons fort bien depuis nos nombreuses discussions sur l'initiative des médecins de famille et le plan directeur?

Le conseiller fédéral Berset est un défenseur convaincu d'un renforcement des soins médicaux de base. Bien des choses ont bougé depuis le 18 mai 2014: augmentation du nombre d'étudiants en médecine, révision de la LPMéd et de la LPSan, révision (encore?) modérée de la LPT, soutien affirmé au maintien du laboratoire de cabinet, tentative – après l'échec de la loi sur la prévention – d'intégrer une vision plus complète de l'itinéraire thérapeutique du patient dans la Stratégie MNT, et, ce qui a aussi son importance, promotion de l'interprofessionnalité. Le conseiller fédéral Berset s'est sans doute fait moins d'amis parmi les spécialistes avec ses deux interventions tarifaires. Il reste beaucoup à faire!

Pendant qu'il était vice-président de la FMH, le CF fraîchement élu Ignazio Cassis ne s'est pas fait que des amis non plus avec son crédo sans ambiguïté: Tessinois d'abord, conseiller national PLR ensuite et, si c'est encore possible, défenseur des intérêts du corps médical. Entretemps, l'association des caisses-maladie Curafutura a même eu «préséance» sur ce dernier. En revanche, Ignazio Cassis nous a régulièrement convaincus par sa compétence et la limpidité de ses analyses de la situation actuelle de notre

système de santé. Invité comme orateur à l'assemblée des délégués de notre association en décembre 2016, il avait inscrit trois notes sur un billet qui lui ont servi de base pour toute sa conférence: 1. Interprofessionnalité, 2. TarMed, 3. Mauvais incitatifs. Trois mots qui lui ont suffi pour développer un exposé sur la situation actuelle du système de santé suisse et des médecins de famille, pour expliquer que le monde politique n'est pas du tout disposé à parler d'argent tant que l'on n'aura pas trouvé de solutions aux problèmes urgents et enfin pour dénoncer les mauvais incitatifs qui grèvent aujourd'hui non seulement la tarification mais aussi le financement de notre système qui est excellent, certes, mais aussi très cher.

Nous connaissons depuis lors le résultat de la répartition des dicastères au Conseil fédéral: le conseiller fédéral Berset n'a pas (encore) perdu l'envie de réorganiser notre système de santé et reste chef du DFI. Le conseiller fédéral Cassis reprend le Ministère des affaires étrangères, mais on peut être certain qu'au sein de l'ensemble du conseil fédéral il saura faire valoir son point de vue dans les questions qui touchent au système de santé. La continuité est préservée; puisse-t-elle être animée d'un vent nouveau qui nous poussera vers l'horizon «Santé 2030»!

Marc Müller <



Ignazio Cassis à l'assemblée des délégués mfe 2016.

Couverture universelle d'assurance et santé: que nous disent les résultats de recherche?

> A l'heure des réactions et des nombreuses propositions pour réformer notre système de santé suite à l'habituelle hausse des primes, il y a des voix, et non des moindres, de la droite libérale majoritaire au Parlement, pour réclamer une réforme en profondeur de notre système de santé. En appelant à plus de libéralisation comme si la santé était un bien à soumettre aux lois du marché, certains politiciens non seulement souhaitent lever l'obligation de contracter mais aussi questionnent la couverture universelle de notre assurance-maladie.

Hormis des raisons idéologiques, y aurait-il des arguments scientifiques pour soutenir une telle politique? Eh bien NON, à en croire un très récent article du *New England Journal of Medicine* [1], une des revues médicales les plus cotées.

En plein débat sur l'abrogation de l'Obamacare qui garantit une couverture d'assurance à tous leurs concitoyens, les parlementaires américains, surtout républicains, devraient lire les conclusions de cet article exhaustif, américain également: «Insurance coverage increases access to care and improves a wide range of health outcomes. Arguing that health insurance coverage doesn't improve health is simply inconsistent with the evidence.»

La LAMal garde donc tout son sens. Elle est certes perfectible et de nouveaux moyens de financement sont certainement à discuter. Mais sans remettre en cause ces valeurs fondamentales d'accès aux soins que sont l'universalité, la solidarité et l'équité.

François Héritier <

1 N Engl J Med. 377:586–93 | August 10, 2017.

Impressum

Editeur: mfe – Médecins de famille et de l'enfance Suisse

Tirage total: 2000 exemplaires, 4 x par année

Impression: Schwabe SA, Muttens

Design: Schwabe SA, Muttens

Editions: EMH Editions Médicales suisses SA

Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttens

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

www.medecinsdefamille.ch

Commission de rédaction: Dr Philippe Luchsinger,

Dr Marc Müller, Dr François Héritier,

Dr Eva Kaiser, Reto Wiesli, Yvan Rielle

et Sandra Hügli-Jost (pilotage)