



Complexité, médecine générale et réformes des systèmes de santé

Le médecin de famille confronté à la complexité doit prendre des décisions dans des situations de faible certitude et où le consensus n'est pas optimal. La complexité, à côté de sa dimension subjective, peut aussi se mesurer. Les réformes des systèmes de santé visant à limiter les coûts ont souvent comme conséquence de privilégier les situations simples en préterçant la complexité. Un des rôles d'un institut universitaire de médecine de famille est aussi de mettre en évidence et de promouvoir les résultats d'une recherche étayant scientifiquement les principes de base de la médecine de famille face aux réalités des systèmes de santé locaux et notamment des réformes (en Suisse, il s'agit de l'introduction du *managed care*).

Disease management and Pay for Performance should not jeopardize regular integrated care of patients... Not everything that is relevant can be measured and not everything that can be measured is relevant...

Payment policies should not create barriers to improving the quality of care.

UEMO policy 2010.

INTRODUCTION

Lors du congrès WONCA 2009 à Bâle, l'Institut universitaire de médecine générale (IUMG) s'est engagé dans une réflexion sur l'enseignement de la complexité, une dimension essentielle de la prise en charge des patients en médecine de famille. Plus récemment en 2010, à la demande du Service de la santé publique de l'Etat de Vaud, l'IUMG a établi un rapport sur le *managed care*,¹ qui nous a confrontés à nouveau à la complexité, mais cette fois dans l'organisation des soins primaires. Nous résumons ici quelques interrogations suscitées par ces travaux. Le *managed care* est une réforme voulue par les parlementaires suisses, que nous analyserons ici aux côtés d'autres réformes des systèmes de santé en Europe. Le *managed care*, selon le projet encore en discussion aux Chambres, reposerait sur un portail d'entrée unique dans le système de santé (*gate-keeping*), une assurance de qualité (cercles de qualité) et une responsabilité budgétaire du groupe ou réseau médical. Ces réformes permettent-elles une prise en charge cohérente de la complexité en médecine de famille? (tableau I).

COMPLEXITÉ: UNE DIMENSION ESSENTIELLE DE LA MÉDECINE DE FAMILLE

Définition

Le *British medical journal* (BMJ) a consacré en 2001, quatre articles à la complexité²⁻⁵ et s'est interrogé sur sa signification en médecine de famille, où il est nécessaire d'avoir une approche globale, somatique, psychologique et sociale. Un système complexe, selon les auteurs de cette série, est «un groupe d'agents individuels qui ont la liberté d'agir de façon pas toujours prédictible et dont les actions sont interconnectées...».² La complexité est voisine du chaos, comme l'exprime le

Rev Med Suisse 2011; 7: 1883-7

D. Widmer
L. Herzig
T. Bischoff

Dr Daniel Widmer
Av. Juste-Olivier 2
1006 Lausanne
widmer@primary-care.ch

Dr Lilli Herzig
Pr Thomas Bischoff
Institut universitaire de médecine
générale
CHUV, 1011 Lausanne
Lilli.Herzig@hin.ch
Thomas.Bischoff@hospvd.ch

Complexity, general practice and reforms of the health systems

The family doctor facing complexity must decide in situations of low certainty and low agreement. Complexity is in part subjective but can also be measured. Changes in the health systems aim to reduce health costs. They tend to give priority to simple situations and to neglect complexity. One role of an academic institute of family medicine is to present and promote the results of scientific research supporting the principles of family medicine, taking into account both the local context and health systems reforms. In Switzerland the new challenge is the introduction of managed care.

Tableau 1. Managed care

- + **Gate-keeping**: fonction réservée aux médecins de famille ou pour tout médecin?
- + **Cercles de qualité**: obligation de participation
- + **Responsabilité budgétaire du groupe médical**: capitation ou participation (système bonus-malus)

diagramme de Stacey⁶ qui permet de schématiser ces idées (figure 1).

Complexité émotionnelle et intellectuelle pour le médecin

Dans sa pratique quotidienne, le médecin est immergé dans la complexité et il est souvent confronté à l'incertitude, voire au manque de consensus; il se trouve dans une situation particulièrement difficile où l'on attend de lui une décision. Pour répondre à des situations simples, de bonnes connaissances EBM et des compétences cliniques de base sont nécessaires. Face à des situations cliniques complexes ou chaotiques, intégrant la globalité biopsychosociale, le médecin doit faire preuve de *capability*,⁵ terme intraduisible en français mais où entre la capacité de résoudre des problèmes, la curiosité, le doute, un certain art de la pensée et de la ruse, l'aptitude à établir des liens et à innover, en bref, ce qu'E. Morin appelle la sagesse.⁷

Comment les médecins se comportent-ils face à la complexité et à l'incertitude, dans leurs consultations? Evans⁸ constate que les médecins attentifs à la dimension psychosociale sont moins anxieux face à l'incertitude que leurs confrères rivaux à un modèle purement biomédical. Thomas⁹ met en évidence les différentes théories convoquées par le médecin de famille pour affronter des situations de complexité croissante: positivisme (EBM), théorie critique et constructivisme (NBM, *narrative based medicine*).¹⁰ On peut dire aussi que les compétences fondamentales du généraliste telles que définies par la WONCA, tiennent compte de la complexité.

Complexité des situations cliniques

Pour la prise en charge cohérente d'une situation clinique complexe, il faut tenir compte des pluripathologies, des comorbidités psychiatriques, de la situation sociale et de

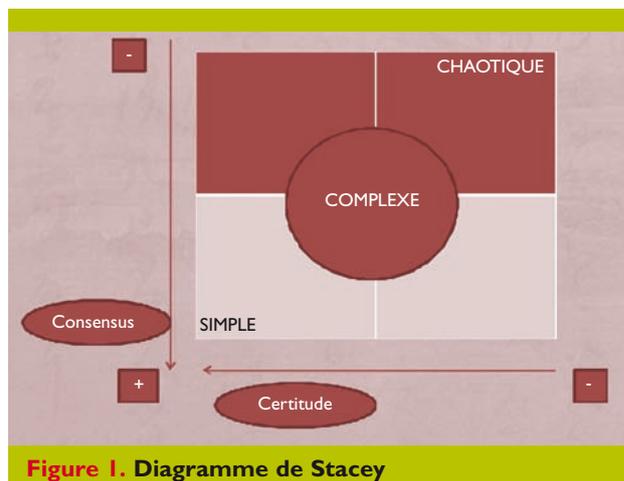


Figure 1. Diagramme de Stacey

l'ampleur du réseau de soins. Cette complexité peut être évaluée par des grilles telles qu'INTERMED.¹¹

Complexité du système de santé

Un système de santé est quant à lui aussi complexe, comme le montre Plsek, un des auteurs de la série du *BMJ*.⁴ Il réunit en effet différents acteurs aux intérêts souvent opposés: le patient et le médecin face aux assureurs, aux économistes, aux gestionnaires et aux politiciens. Devant une demande de soins en augmentation et des restrictions budgétaires partout présentes, les difficultés sont d'actualité. Pour les résoudre, plutôt que de se focaliser uniquement sur les parties pour aboutir à une segmentation et à une séparation des budgets, une organisation qui tient compte de la complexité devrait privilégier les interactions et surtout la vue d'ensemble.

RÉFORMES DES SYSTÈMES DE SANTÉ: POUR OU CONTRE LA COMPLEXITÉ?

Dans tous les pays, on se soucie actuellement de réduire les coûts et d'offrir avec équité des soins à la population,¹² même si souvent on néglige cette vue d'ensemble en restant fixé à une épistémologie positiviste. Ainsi, en Suisse, on assiste à un «syndrome de la patate chaude» où le patient récusé par l'assurance invalidité vient charger l'assurance chômage qui tente de l'envoyer aux services sociaux, sans réflexion possible sur le système dans sa totalité. Les tentatives de réaliser des économies segmentaires vont rarement dans le sens d'une bonne prise en charge des situations complexes, respectant la globalité, la continuité et la relation interpersonnelle: toutes dimensions essentielles en médecine de famille, comme le montre Barbara Starfield.¹³

MAÎTRISER LES COÛTS ET AMÉLIORER LA SANTÉ

Une instance financière se doit de maîtriser les coûts. Malheureusement, elle tente le plus souvent d'imposer à ceux qu'elle considère comme responsables, les patients et les médecins, des réglementations dissuasives sur la demande et sur l'offre. Parallèlement, il convient de s'inquiéter de la santé publique proprement dite et de la répartition équitable des soins en fonction des besoins et des évolutions structurelles; nous assistons actuellement à un vieillissement de la population, à une évolution des risques (populations vulnérables), à une relation à la santé qui change (consommérisme), à l'apparition de nouvelles technologies, à des changements de la démographie des professionnels et à la réforme des cadres législatifs (tableau 2).¹⁴

Contrôle de l'offre

Pour répondre aux difficultés budgétaires actuelles, différents organismes tentent de contrôler l'offre. On passera sous silence les *fermetures hospitalières* ou les regroupements qui concernent aussi, mais indirectement, la médecine de famille, dans les régions périphériques privées d'un accès de proximité aux ressources. Les *mises à la retraite prématurée* des médecins ne sont heureusement plus à l'ordre du jour, mais on rappellera qu'en 1997, le gouvernement québécois

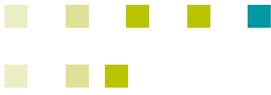


Tableau 2. Maitrise des coûts

(D'après Le Faou).

<p>+ Contrôle de l'offre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fermetures hospitalières • Mise à la retraite des médecins • Suppression de l'obligation de contracter • <i>Numerus clausus</i> • Clause du besoin • Certification 	<ul style="list-style-type: none"> • pénalisation des médecins, moyennes • Références médicales opposables (RMO) • Recommandations de pratique clinique (RPC) • Quality outcome framework (QOF), paiement à la performance (P4P) • filières • gate-keeping
<p>+ Action sur les pratiques</p> <p>Par une rétribution:</p> <ul style="list-style-type: none"> • à l'acte • au temps • à la capitation • selon des indices de morbidité, tarification à la pathologie (DRG) 	<p>+ Freinage de la demande</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ticket modérateur • Franchise • Participation • Paiement avant remboursement

avait mis à la retraite 1500 médecins et 4000 infirmières pour équilibrer le budget de la santé, en provoquant une couverture sanitaire insuffisante. Le *numerus clausus* à l'entrée des études fut aussi utilisé pour tenter de contrôler l'offre, mais avec des effets différés sur la démographie médicale de dix à douze ans, contribuant à la pénurie actuelle. La dernière en date des mesures régulatrices de l'offre, en Suisse, fut la *clause du besoin* (1999), visant à contrôler l'installation en fonction de la démographie médicale régionale. Toutes ces mesures ont eu comme conséquences d'entraîner la pénurie des médecins et l'accélération des rythmes de travail avec moins de disponibilité relationnelle: dans ces conditions, les situations médicales complexes risquent d'être négligées car elles demandent un investissement de temps non négligeable. La certification et son renouvellement sont une autre façon de réguler l'offre. Pour certaines prestations, il faut avoir une «dignité» dans le tarif suisse, pour être payé. Cette façon de faire pousse à la division du travail en spécialités et peut empêcher le médecin généraliste d'accomplir certaines prestations nécessaires à une prise en charge globale.

Action sur les pratiques

La façon de rétribuer le travail médical peut influencer la prise en charge des situations complexes en médecine de famille; la *rétribution du médecin à l'acte* peut être un obstacle à la prise en charge de situations complexes si la consultation est rétribuée indépendamment de sa durée, comme c'est le cas en France. La *rétribution au temps*, comme en Suisse, paraît un excellent système mais le tarifificateur s'est ingénié à limiter le temps de certaines prestations, en particulier le temps dévolu à la coordination. La *capitation*¹⁵ (une somme annuelle allouée par patient) modifie certainement la décision médicale dans des situations complexes avec moins de liberté pour choisir selon la particularité du cas. Une *capitation basée sur des indices de morbidité* pourrait être envisagée. Elle a été proposée par les réseaux thurgoviens sous le nom de TMI¹ (*Thurgauer Morbiditäts Index*) mais a été refusée par les caisses maladie. En Suisse, le système d'assurance est libéral et concurrentiel. Ceci amène les caisses maladie à sélectionner les «bons risques» et à exclure les cas complexes, par définition chers. L'introduction d'un in-

dice de morbidité comme le TMI ou de complexité comme INTERMED¹¹ sonnerait le glas de ce système. La *tarification à la pathologie* (DRG), sera introduite en 2012 dans les hôpitaux suisses; elle n'est certainement pas réalisable dans les soins primaires où de nombreux problèmes de santé encore indéterminés côtoient des diagnostics. La *pénalisation des médecins* sous forme de rétrocession d'honoraires ou d'exclusion peut se baser soit sur des moyennes de coûts par cas (Suisse), soit sur des références opposables (France). Ces mesures peuvent clairement pénaliser des médecins qui suivent des situations complexes ou les décourager à se lancer dans de telles prises en charge.¹ Les *recommandations de bonne pratique clinique* (EBM) ne sont pas forcément liées à des pénalisations. Elles peuvent être discutées et non contraignantes, comme dans le système actuel des *cercles de qualité* en Suisse. Leur respect peut donner lieu à des encouragements financiers: c'est le système anglais des QOF (*Quality Outcome Framework*) avec un *paiement à la performance* (P4P). Un tel système améliore les indices thérapeutiques d'une maladie mais décentre le médecin des préoccupations du patient: il reste rivé à ses propres objectifs.¹⁶ Tout cela semble peu propice à la prise en charge de situations cliniques complexes. L'accent peut être mis sur la coordination avec les *filières thérapeutiques* et le *gate-keeping*. Il peut aussi y avoir là un obstacle à la prise en charge de la complexité si le *gate-keeper* se comporte en «rationneur» de soins spécialisés plus qu'en coordinateur et si les filières oublient que les patients peuvent souffrir de plusieurs maladies à la fois. Que deviennent la globalité et la continuité chez un patient écartelé entre plusieurs filières? Comme le souligne B. Starfield,¹³ la continuité des soins est une affaire de relation et non de dossier, de filière ou d'organisation.

Freinage de la demande

Le ticket modérateur (France) ou la franchise et la participation de 10 ou 20% (Suisse) reporte une partie du coût des soins sur le patient. Cette méthode risque d'exclure des soins les patients défavorisés où les problèmes sont souvent complexes dans leur dimension biopsychosociale. La méthode introduite par certains assureurs suisses de demander au patient de payer ses médicaments par avance, va dans le même sens et leur permet d'exclure les personnes présentant des pluripathologies complexes. Enfin l'*éducation à la santé* vise à l'autonomie du patient et devrait freiner la demande de soins (exemple des filières thérapeutiques pour maladies chroniques).

Vers un managed care acceptable?

Le *managed care* actuellement proposé en Suisse est le fruit d'un compromis: les assureurs y voient la possibilité de réduire les coûts par la *responsabilité budgétaire* du médecin. Certains médecins espèrent redonner par le *gate-keeping* un rôle central au généraliste, d'autres insistent sur la meilleure *qualité* des soins que ce système engendrerait. Le projet concocté par le Parlement semble vouloir maintenir la concurrence entre caisses maladie et la sélection des médecins par le réseau. Un tel système n'évitera pas la *sélection des bons risques* qui prévaut actuellement. Comme la prise en charge des situations complexes coûte cher,¹⁷ elle risque de passer à la trappe dans le *managed care*.



ENJEUX ÉTHIQUES MÉDICAUX ET ÉCONOMIQUES

Partout dans les pays industrialisés règne la vision d'un *homo oeconomicus* qui veut maximiser sa satisfaction au moindre coût. Cette pensée pratico-formelle laisse loin derrière elle l'éthique, la politique et le monde de la subjectivité¹⁸ comme toute réflexion sur la complexité. Comment continuer à défendre les valeurs de la médecine de famille – qui ont fait leurs preuves scientifiques,¹³ dans ce monde du néolibéralisme et du *managed care*? Comment protéger les patients, en particulier les plus vulnérables, d'une exclusion dans un système de soins centré sur l'économie? Répondant à ces craintes, l'UEMO (Union européenne de médecine omnipraticienne et de famille) a édicté quelques principes autour du concept de qualité¹⁹ visant à ne pas entrer dans le «piège des standards». Nous faisons nôtres ces principes dont certains figurent en exergue de cet article.

Chaque pays a son système de financement et de remboursement des soins et il est difficile d'affirmer que l'un est meilleur que l'autre mais quelques principes sont défendus par les médecins de famille européens, quel que soit le système de santé. Ils reposent sur des valeurs éthiques, notamment la solidarité et des recherches valides: c'est aussi un rôle non négligeable des instituts universitaires de médecine de famille de le rappeler.

Face aux changements qu'apportera en Suisse la nouvelle loi fédérale sur le *managed care*, l'IUMG a élaboré quelques règles¹ pour défendre l'intérêt du patient en situation complexe, détaillées au **tableau 3**. Les quatre premières règles visent à éviter la marchandisation des soins. La transparence ne doit pas être à sens unique mais l'assureur doit aussi pouvoir montrer ses comptes et ses règles. La sélection des bons risques reste un problème qu'un système de *managed care* doit éviter. Il faut en particulier proscrire une responsabilité budgétaire du médecin qui le pousserait à sélectionner des cas simples et à exclure la complexité. La péréquation des risques devrait se baser sur des systèmes de mesure validés tenant compte de la complexité comme par exemple INTERMED. Un réseau de médecins ne devrait pas pouvoir être racheté par un groupe financier; il devrait rester régional. Le système contractuel prévu, avec renégociation régulière des contrats, risque de porter atteinte à la continuité des soins. Les filières par pathologie (diabète, maladies pulmonaires chroniques, insuffisance cardiaque, etc.) devraient rester centrées sur le patient dans sa globalité, plus que sur des objectifs mesurables: elles ne doivent pas morceler le patient. Dans les situations complexes où l'évidence manque, la liberté médicale de décision et la décision partagée avec le patient doivent prévaloir sur l'application aveugle des règles de pratique. Le souci de la complexité implique la coordination de différents intervenants, le médecin de famille et les «coprofessionnels», en particulier les collaborateurs du Centre médico-social (CMS). Plutôt que d'une réflexion financière imposant des carcans toujours plus grands aux mauvais risques, nous préconisons de mieux penser l'intégration des soins entre le médecin de famille et les soignants de proximité réunis dans les CMS, mais aussi bien sûr le patient et son entourage. Telles étaient les conclusions de notre rapport sur le *managed care* remis au département de la Santé publique de l'Etat de Vaud (**tableau 3**).¹

Tableau 3. Principes du managed care

- **Transparence partagée** entre médecins du réseau et les assureurs contractants
- **Attention portée à la non-sélection des risques**: l'exclusion des situations complexes est interdite
- **Absence de valeur marchande du réseau**: le réseau n'est pas un objet de spéculation, il ne devrait pas pouvoir être acheté ou revendu
- **Attention portée à la continuité des soins**: renégociation annuelle des contrats
- **Collaboration avec des filières thématiques pour les affections chroniques**: la filière doit rester une ressource pour celui qui assure la synthèse des soins, elle ne doit pas être un obstacle à la globalité
- **La liberté médicale de décision devrait être protégée**: notamment dans les situations complexes où d'autres épistémologies sont en jeu que le positivisme
- **Un réseau MC devrait rester régional** fait de gens qui se connaissent
- **Un ombudsman neutre** devrait exister pour tout conflit entre partenaires
- **La responsabilité budgétaire** du médecin n'est pas à refuser dans un système sans sélection des bons cas et là où existe une juste péréquation tenant compte de la complexité
- Le médecin peut **rationaliser** son activité mais en aucun cas décider du **rationnement**. Le rationnement doit le cas échéant faire l'objet d'un débat démocratique
- Une attention toute particulière doit être portée à **l'allègement de la bureaucratie**. Le contrôle ne saurait pomper le temps disponible pour le soin

CONCLUSION

Le thème de la complexité en médecine fait l'objet de publications dans la littérature internationale. Ce qui a changé pour la médecine ambulatoire d'aujourd'hui, c'est la complexification du système de santé lui-même – en raison en particulier du vieillissement de la population – avec des besoins et des volontés d'économie et d'organisation ainsi que des collaborations interprofessionnelles formalisées croissantes. Comment maintenir des soins centrés sur le patient, à la fois globaux et continus dans de tels changements? Comment faire qu'il y ait toujours un pilote dans l'avion? Comment éviter avec la multiplication des interventions une nouvelle collusion de l'anonymat, telle que décrite par Balint? Comment maintenir ces caps dans un monde d'économie néolibérale où la concurrence est érigée en dogme? Nous préconisons de commencer par réfléchir conjointement entre professionnels des soins et pourquoi pas dans des cercles ou groupes centrés autour d'un ou de plusieurs CMS avec les médecins de famille de la région? ■

Implications pratiques

- Le praticien découragé par les mesures économiques qui l'atteignent de plein fouet peu justifier sa pratique par des données scientifiques
- Des règles sont présentées qui peuvent servir de guide à des contrats *managed care*
- Une attention toute particulière doit concerner la collaboration des praticiens de premier recours avec les centres médico-sociaux



Bibliographie

- 1 Widmer D, Bischoff T. Médecine de premier recours et développement des réseaux dans le canton de Vaud. Rapport mandaté par le Service de la santé publique de l'Etat de Vaud. www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/Reseaux_de_soins/Rapport_MC-13042010.pdf
- 2 ** Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323:625-8.
- 3 * Wilson T, Holt T. Complexity and clinical care. *BMJ* 2001;323:685-8.
- 4 * Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership and management in healthcare organizations. *BMJ* 2001;323:746-9.
- 5 * Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: Educating for capability. *BMJ* 2001;323:799-803.
- 6 Stacey RD. Strategic management and organisational dynamics. The challenge of complexity. 3rd ed. London: Little: Brown, 1999.
- 7 Morin E. La tête bien faite. Paris: Seuil, 1999.
- 8 ** Evans L, David RM, Trotter MA. Epistemology and uncertainty in primary care: An exploratory study. *Fam Med* 2009;41:319-26.
- 9 ** Thomas P. General medical practitioners need to be aware of the theories on which our work depends. *Ann Fam Med* 2006;4:450-4.
- 10 ** Launer J. Narrative-based primary care. Oxon: Radcliffe Medical Press, 2002.
- 11 Stiefel FC, Huysse FJ, Söllner W, et al. Operationalizing integrated care on a clinical level: The INTERMED project. *Med Clin N Am* 2006;90:713-58.
- 12 Le Faou AL. Les systèmes de santé en questions. Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada. Paris: Ellipses, 2003.
- 13 Starfield B, Horder J. Interpersonal continuity: Old and new perspectives. *Br J Gen Pract* 2007;57:527-9.
- 14 Canton de Vaud. Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012. www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/cd/fichiers_pdf/RPS.pdf
- 15 Shen J, Andersen R, Brook R, et al. The effect of payment method on clinical decision making: Physicians responses to clinical scenarios. *Med Care* 2004;42:297-302.
- 16 Campbell S, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in English family practice: A qualitative study. *Ann Fam Med* 2008;6:228-34.
- 17 Omar RZ, O'Sullivan C, Petersen I, Islam A, Majeed A. A model based on age, sex, and morbidity to explain variation in UK general practice prescribing: Cohort study. *BMJ* 2008;337:218-20.
- 18 * Gori R, Del Volgo MJ. La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Flammarion, 2009.
- 19 UEMO policy: UEMO Statement towards transparency on quality of care in general practice. www.uemo.org/text_policy.php?sec=14&cat=63#_ftn2

* à lire

** à lire absolument