

Interview avec le nouveau président de l'ASSM, Daniel Scheidegger

# «Si nous continuons sur notre lancée, nous allons droit dans le mur»

**Interview: Matthias Scholer**

Journaliste scientifique

Pour endiguer durablement l'explosion croissante des coûts de santé, de nouvelles approches s'imposent, tout comme des sacrifices à différents niveaux. Daniel Scheidegger, nouveau président de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), entend tout mettre en œuvre pour initier un changement de cap – même si tous les acteurs ne seront pas ravis des mesures qu'il propose.

**Monsieur Scheidegger, vous êtes président de l'ASSM depuis plus de six mois maintenant. Le temps est venu de dresser un premier bilan.**

Daniel Scheidegger: le travail est extrêmement intéressant. Comme je viens d'un autre domaine, il m'arrive encore souvent de me sentir en terre inconnue. Je me fais l'impression de quelqu'un qui a loué un canoë et s'est lancé en eaux vives. Mais, sous surveillance, on me laisse déjà mener la barque de temps en temps.

Sinon, je laisse volontiers les autres payer parce que je ne sais pas encore exactement quels écueils nous attendent, ni à quel niveau. Mon prédécesseur et le Comité de direction ont mis beaucoup de choses sur les rails ces dernières années et celles-ci commencent seulement à porter leurs fruits. Sur ce plan, il y a aussi des thèmes sur lesquels j'ai encore beaucoup à apprendre.

**Pouvez-vous nous donner un exemple?**

La «médecine personnalisée» en fait partie, notamment. Mon prédécesseur, Peter Meier-Abt, a commencé dès le début de son mandat à définir les conditions-cadres pour que la Suisse ne rate pas le passage à l'utilisation des données de santé dans la recherche. Il y est parvenu. L'ASSM a réussi à créer une plateforme nationale correspondante: le réseau «Swiss Personalized Health Network», établi en collaboration avec les EPF, les universités et les hôpitaux universitaires. Le Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation, qui a accepté cette initiative, prévoit de mettre à disposition les moyens financiers nécessaires à sa mise en œuvre. L'ASSM assumera la direction opérationnelle de ce réseau. C'est là un thème relativement nouveau pour moi, que je trouve très intéressant et que j'ai plaisir à m'approprier.

**Quels sont les thèmes qui vous sont déjà familiers?**

Notre Académie étudie depuis déjà longtemps des approches de solutions en vue d'endiguer l'explosion des coûts dans le secteur de la santé d'une part, et de désamorcer la situation de pénurie du personnel de santé dans les soins médicaux de base d'autre part. Les mesures et les idées dédiées sont gérées au sein de l'ASSM sous le terme de «Médecine durable». Comme je



## Informations sur la personne

Daniel Scheidegger détient les diplômes de spécialiste en médecine interne, de spécialiste en anesthésiologie/réanimation et de spécialiste en soins intensifs. A l'issue de son habilitation, Daniel Scheidegger a exercé différentes fonctions de direction dans le service d'anesthésie de l'Hôpital cantonal de Bâle. De plus, il a joué un rôle de premier plan dans le développement du système de signalement anonyme des erreurs CIRS (Critical Incident Reporting System) dans les hôpitaux suisses. Jusqu'au 28 février, Daniel Scheidegger était président de l'organe professionnel «Médecine hautement spécialisée» de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et, depuis 2005, membre du Sénat de l'ASSM.

m'occupe déjà de près, depuis de nombreuses années, des questions touchant à la sécurité des patients et à la qualité et que je connais, de par ma propre expérience professionnelle, l'effet qu'ont sur notre système de santé les développements et les tendances en médecine, ce sont là aussi des thèmes que je souhaite approfondir, en tant que président.

**Le patient «système de santé» peut-il encore être sauvé?**

Si nous continuons sur notre lancée, nous allons droit dans le mur. Durant la dernière décennie, nous n'avons cessé d'injecter de nouveaux fonds dans notre système de santé, sans pour autant l'améliorer dans la même proportion. Mais qui s'en étonnerait? Nous utilisons toujours plus de nouvelles technologies ou méthodes, la plupart du temps très onéreuses, sans même avoir la preuve qu'elles génèrent une valeur ajoutée. Il faudrait d'abord tester de telles innovations dans des hôpitaux sélectionnés, puis centraliser les données collectées lors de ces tests dans des registres audités. Il en va de même des dépenses d'infrastructure: le montant prévisionnel des travaux de transformation des hôpitaux est supérieur aux coûts estimatifs de la NLFA\*. Si vous voulez savoir aujourd'hui où se trouve l'hôpital dans une commune, vous n'avez qu'à chercher du regard des grues de construction. Toutes les cliniques souhaitent étendre leur offre et doivent développer leur infrastructure à cette fin. Pour autant, il est fort improbable qu'un hôpital puisse à l'avenir couvrir ses coûts en augmentant le nombre d'opérations et de traitements ambulatoires. Cela ne peut pas continuer comme ça.

**«Comme je viens d'un autre domaine, il m'arrive encore souvent de me sentir en terre inconnue.»**

**Comment peut-on aller à l'encontre de ce boom de la construction dans les hôpitaux?**

Ce dont on a besoin à long terme, ce sont de grandes régions de santé transcantoniales, dans lesquelles chaque hôpital n'offrira pas toutes les prestations médicales. C'est un sujet qui a heureusement été intégré à la stratégie «Santé 2020».

**Jusqu'à présent, les tentatives d'établir de tels réseaux n'ont pas été très fructueuses.**

C'est exact. Mais elles présentaient toutes la même erreur systémique: elles ne disposaient pas d'un organisme responsable commun. Une région de santé cantonale ne peut fonctionner que si l'on tient une caisse commune. Sinon, les jalousies sont inévitables.

Il faut aussi veiller à répartir judicieusement au sein d'une région les «vaches à lait» et les disciplines prestigieuses et à respecter les orientations existantes des cliniques impliquées. Sinon, on alimente des émotions qui risquent de réduire à néant toutes les bonnes idées dès le début.

**Dans les deux Bâle, les projets relatifs à une offre commune de soins de santé sont de plus en plus concrets.**

Ce pourrait effectivement être là une bonne possibilité d'expérimenter de nouveaux modèles, sans que tout soit immédiatement gravé dans le marbre. Mais il est très important qu'une région de santé soit soutenue par

**«Il n'en reste pas moins que cette mentalité de banquier n'a tout simplement rien à faire en médecine.»**

une recherche d'accompagnement externe. C'est une condition sine qua non pour créer une solide base de données sur laquelle on peut s'appuyer en cas de débats politiques d'une part et qui permet de déceler à temps des points faibles d'autre part.

**Lorsque l'on aborde la question de la hausse croissante des coûts de santé, on évoque régulièrement les tarifs élevés des spécialistes. Ne faut-il pas intervenir également à ce niveau?**

Les négociations actuelles sur le TARMED vont déjà en ce sens, et c'est une bonne chose. Il existe des disparités de salaires effectivement choquantes aujourd'hui. Quand on compare, par exemple, l'honoraire d'un radiologue qui regarde quelques radios sans même avoir à parler une fois au patient, à celui d'un médecin de famille qui enchaîne les consultations tous les quarts d'heure, tout en ayant à prendre des décisions difficiles, on voit bien que quelque chose ne va pas. Je me souviens encore d'un article du «Blick» sur un médecin qui gagnait un million par an, qui était paru alors que j'étais encore interne. A l'époque, cela avait fait scandale. Aujourd'hui, cela ne pourrait plus faire la une. Depuis les excès salariaux de managers comme Ospel et Vasella, les chiffres ne veulent plus rien dire. Il n'en reste pas moins que cette mentalité de banquier n'a tout simplement rien à faire en médecine.

**Mais en tant que médecin-chef, vous n'étiez sans doute pas mal payé non plus?**

J'étais employé sous contrat et je touchais un salaire fixe raisonnable. Je veux dire par là que s'il fallait faire réparer la voiture ou partir en vacances, je n'en perdais

\* Nouvelles Lignes Ferroviaires à travers les Alpes

pas le sommeil. Je considère depuis toujours que les médecins doivent toucher un salaire qui corresponde à leurs longs horaires de travail et à leur responsabilité. Le problème principal dans ce domaine sont les incitations inappropriées, du type: plus mes patients sont malades, plus je gagne d'argent, et: je gagne davantage en traitant un patient qu'en essayant de lui expliquer qu'il ferait mieux d'attendre. Avouons que c'est fondamentalement malsain. Tant que les incitations iront dans ce sens, nous aurons un problème considérable dans notre système.

***Mais la motivation qui sous-tend les études de médecine est pourtant bien d'aider les malades.***

C'est incontestablement la meilleure motivation de base qui soit pour étudier. Mais l'erreur est de vouloir ensuite de plus en plus de patients, au fil de sa carrière, pour gagner plus d'argent. Je trouve très séduisante l'approche selon laquelle un médecin devrait être payé pour la santé de sa population. A ce sujet, il ne faut pas oublier que l'on a besoin de beaucoup plus de temps pour expliquer à un patient pourquoi il n'a pas besoin de traitement que pour lui prescrire une thérapie. De plus, le risque est grand qu'il aille chez un concurrent en rentrant chez lui, parce qu'il attend tout simplement un traitement.

***De par leurs attentes, les patients portent donc une part de responsabilité dans le fait qu'un médecin se sente obligé de «faire quelque chose»?***

Pour pouvoir peser le pour et le contre, les patients doivent obtenir des informations détaillées non seulement sur leur pathologie et les options thérapeutiques

**«Je trouve très séduisante l'approche selon laquelle un médecin devrait être payé pour la santé de sa population.»**

correspondantes, mais aussi sur les éventuelles complications qui peuvent succéder à un traitement. Or, dans les médias, cet aspect est presque toujours passé sous silence. Dans les émissions sur la santé, qui sont au programme de presque toutes les chaînes, on ne parle que du positif. Personne ne parle des complications. On ne montre que des «célébrités» qui refont du golf après une opération au genou. Mais ce genre d'émissions ne parlent pas des patients qui souffrent d'une infection articulaire après une opération par exemple, alors qu'ils font eux aussi partie du tableau d'ensemble. Ce n'est pas parce que quelqu'un

ne peut plus skier huit heures d'affilée comme dans sa jeunesse qu'il a besoin d'un IRM ou d'une opération du genou.

***Mais tant que ces prestations sont remboursées par l'assurance, il n'y a guère de chances pour que cette attitude change.***

Je pense que nous devons sensibiliser beaucoup plus clairement les assurés au fait que nous avons un système qui repose sur la solidarité. La cotisation que verse l'assuré chaque mois n'est pas un crédit auquel il peut recourir en cas de maladie. L'argent qu'il verse sert aujourd'hui et maintenant à des patients qui ont besoin d'une prestation de santé: voilà ce qu'il faut faire comprendre. Nous finançons de cette façon un système exemplaire grâce auquel chacun peut bénéficier de prestations qui, sinon, seraient impayables.

**«Je pense que nous devons sensibiliser beaucoup plus clairement les assurés au fait que nous avons un système qui repose sur la solidarité.»**

Les caisses d'assurance maladie sont nécessaires pour ces cas-là. Mais que n'importe quel sirop contre la toux ou médicament contre le mal de tête soit aussi à la charge de l'assurance, est à mon sens une erreur.

***Dans une feuille de route portant sur la «Médecine durable», l'ASSM a résumé les éventuels ajustements structurels qui s'imposent. Cette feuille de route a également été publiée dans le BMS [1]. La prise de position de la FMH sur ce sujet montre l'ampleur des divergences existantes sur la conception des mesures efficaces.***

Rien ne nous oblige à être toujours du même avis que l'organisation professionnelle. L'Académie ne se conçoit pas comme une représentante de la profession médicale, même si Jürg Schlup, le président de la FMH, est membre du Comité de direction. La mission de l'ASSM consiste bien davantage à faire connaître l'ensemble du spectre médical. C'est la raison pour laquelle notre Comité de direction est composé de représentants de différentes disciplines, dont les sciences infirmières et

**«Si j'ai employé le terme de 'messie', c'est aussi parce que nous, médecins, devons apprendre à faire des sacrifices.»**

la recherche. Chacun doit avoir la possibilité de s'exprimer librement et de manière critique. Je trouve très positif que la Suisse se permette un tel laboratoire d'idées («think tank»).

**Dans une interview avec le «Tages-Anzeiger» vous avez déclaré que les médecins se comportent comme des messies. Avez-vous reçu des réactions indignées?**

Je m’y étais préparé, mais, en fait, il n’en a rien été. Sur les 90 e-mails que j’ai reçus après l’interview, un seul était négatif. Cela montre aussi que les temps évoluent et que les thèmes dont on ne discutait jusqu’à présent qu’à huis clos préoccupent maintenant beaucoup de médecins au quotidien. Les médecins des hôpitaux en particulier souffrent souvent de la pression que font peser les économistes qui siègent à la direction de ces établissements. Mais si j’ai employé le terme de «messie», c’est aussi parce que nous, médecins, devons apprendre à faire des sacrifices. Lorsque l’on adopte de nouvelles techniques de traitement, il faut apprendre à considérer les anciennes comme obsolètes. Ainsi, par exemple, un IRM remplace dans de nombreux cas la radiographie classique. On n’a pratiquement jamais intérêt à mener deux systèmes en parallèle.

**Sacrifices à de nombreux niveaux, structures de soins qui font voler en éclat notre mentalité marquée par le fédéralisme et nouveaux systèmes d’incitation. Est-ce qu’une mise en œuvre de ces «pas de géants» est vraiment réaliste dans un avenir proche?**

Je ne suis pas naïf et j’ai bien conscience que de telles ambitions ne peuvent être réalisées qu’à petits pas. Mais il est grand temps de prendre la situation au sérieux et de travailler activement à une solution. Car si la Confédération est dans l’obligation d’intervenir, cela nous affectera tous beaucoup plus. Mais je n’ai pas encore abandonné l’espoir qu’ensemble, nous soyons en mesure de changer de cap.

**Crédit photo**  
Matthias Scholer

**Référence**  
1 Feuille de route de l’Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM): Gouvernance de l’effectif et de la répartition des médecins. Bull Med Suisses. 2016;97(51/52):1780–2.



# Hâte-toi lentement

LES CONTRAIRES



**5 octobre 2017**

**Montreux Music & Convention Centre**



Inscription

[www.cmpr-congres.ch](http://www.cmpr-congres.ch)

19<sup>ème</sup> Colloque de formation continue  
du Collège de Médecine de  
Premier Recours (CMPR)

**Programme varié**

**Exposés principaux**

- Soins intensifs en 2017 : ce que le généraliste doit savoir
- Médecine génomique : comment (di)gérer l’information pour nos patients
- Des virus et des hommes

**18 séminaires interactifs**

**Atelier**

- Pédagogie médicale

**3 Symposia satellite**

**Remise du Prix de recherche CMPR**

**Comité**

- Pr Jacques Cornuz, Lausanne
- Pr Jean-Michel Gaspoz, Genève
- Dr Sabine Indermaur, Sierre
- Dr Jean Gabriel Jeannot, Neuchâtel
- Dr Pierre Klausner, Genève
- Dr Michaël Klay, Oron-la-Ville
- Pr Nicolas Senn, Lausanne

**Crédits**

- SSMIG : 7 crédits
- SSP : 5 crédits

