

Office fédéral de la santé publique
Division Professions de la santé
Schwanengasse 2
3003 Berne

Bâle, le 9 mai 2011

Procédure de consultation concernant le contre-projet direct que le DFI oppose à l'initiative populaire «OUI à la médecine de famille»

Prise de position

- du comité d'initiative de l'initiative populaire «OUI à la médecine de famille» et
- de l'Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse

Oui à l'initiative populaire – non au contre-projet

Mesdames, Messieurs

Nous vous remercions de nous donner l'occasion de nous prononcer sur le contre-projet direct que vous opposez à notre initiative «OUI à la médecine de famille».

Nous rejetons votre contre-projet.

Ce texte ne tient pas compte des revendications concrètes de l'initiative et ne permet pas de résoudre les problèmes que connaissent les soins médicaux de base. De par son contenu, le projet du DFI ne saurait donc être considéré comme «contre-projet» à notre initiative.

Remarques préliminaires

1. Pas de référence directe aux revendications concrètes de l'initiative!

Conçu comme contre-projet à l'initiative populaire «OUI à la médecine de famille», le projet de consultation du DFI entend donner à la médecine de base une nouvelle assise au niveau du droit constitutionnel, mais il n'est pas en rapport direct avec les revendications concrètes de l'initiative «OUI à la médecine de famille». L'initiative sert de point de départ mais n'est finalement rien de plus qu'un prétexte pour un agenda politique qui va dans une autre direction!

2. Une réorganisation des soins de base qui manque de réflexion

Avec le contre-projet, on cherche à réglementer la médecine de base en général, sans avoir réfléchi aux préoccupations, aux besoins, aux problèmes ni à l'étendue des soins médicaux de base en Suisse, au rôle central de la médecine de famille ainsi qu'à la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (communes), et sans avoir mené une discussion approfondie avec les milieux concernés (caisses d'assurance maladie, fournisseurs de prestations et leurs associations).

3. La définition du terme «médecine de base» est beaucoup trop vaste

Le contre-projet se base sur une définition de la «médecine de base» qui implique – ou pourrait impliquer – tout ce qui est possible et imaginable (prestations ambulatoires et stationnaires, à côté des médecins de famille et de l'enfance également les gynécologues, cardiologues, psychiatres et dentistes, hygiénistes dentaires comme les physio- et autres thérapeutes, les services de soins à domicile jusqu'aux ambulanciers). Le terme n'est défini nulle part, il reste ouvert et semble flou.

Si le texte constitutionnel souligne le rôle «essentiel» que la médecine de famille joue dans les soins de base, il ne dit pas de quel genre de médecine de famille il devrait s'agir. De plus, ni le texte constitutionnel ni le rapport explicatif ne concèdent à la médecine de famille le rôle central en tant que premier recours, en règle générale, dans le traitement des maladies et des accidents. En revanche, l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» part du principe que des soins de base «médicaux» qualifiés ne sauraient être assurés que par des médecins spécialistes ayant suivi une formation universitaire adéquate.

4. Le texte d'accompagnement donne une fausse image de la médecine de famille

L'image de la médecine de famille et les préoccupations des promoteurs sont sérieusement déformés par le rapport explicatif. Dans la médecine de famille moderne, le temps des «combattants isolés» est révolu depuis belle lurette. Au contraire, le médecin de famille et de l'enfance est depuis longtemps en étroite relation avec les autres acteurs des soins médicaux, avec les spécialistes comme avec les hôpitaux, avec les services extrahospitaliers comme avec les services sociaux. Il est un travailleur d'équipe! En tant que premier recours pour les problèmes médicaux et en tant que conseiller personnel sur le long terme, le médecin de famille et de l'enfance se trouve au cœur de ce réseau. Il faut également souligner que près de 50 % des médecins de famille et nombre de médecins de l'enfance collaborent aujourd'hui dans des réseaux de soins. A l'avenir, cette tendance ira en se renforçant – avec ou sans projet de loi sur managed care/soins intégrés. L'évolution vers le cabinet de groupe et vers l'exercice de la profession dans le cadre de formes communautaires (maisons médicales, centres de santé et services d'urgence, permanences médicales, cabinets-satellites) est évidente. Elle est mise en pratique de manière conséquente par la jeune génération et constitue une revendication centrale de l'initiative populaire en vue de pallier aux défauts manifestes des soins de base.

5. Mauvaise interprétation des faits

Dans les explications au projet de consultation (point 3, p. 6), on peut lire que «le pourcentage de titres de médecin spécialiste délivrés à des médecins de base reste situé depuis 2006 entre 40 et 48 % et que celui-ci est donc plutôt stable». A quoi il faut objecter

- Premièrement, le pourcentage de médecins actifs comme médecins de famille (médecine générale, médecine interne générale, médecin praticien) se situait effectivement entre 35 et 38 % de tous les médecins actifs dans le secteur ambulatoire ses trois dernières années, donc toujours sensiblement en-dessous du rapport optimal reconnu et recherché en Europe de 60 à 70 % de médecins de famille contre 30 à 40 % de spécialistes.
- Deuxièmement: le baromètre des cabinets 2010 (cf. f. Marty, PrimaryCare 2011; 11: No 8) a recensé pour les années 2006 à 2010 sensiblement moins d'annonces d'ouvertures de cabinets de médecins de famille que pour la période précédant le gel des cabinets, à savoir 1998–2002. Les 88 cabinets fraîchement inaugurés en 2010 correspondent environ à un tiers du besoin annuel moyen à long terme de médecins de famille en Suisse (30 ans d'activité en cabinet à 100 %). Ces prochaines années, en raison des nombreux départs après les «années grasses», il y aura probablement plus de 300 cabinets de médecins de famille à repourvoir! En revanche, le nombre de médecins spécialistes, après un creux durant les années 2003 à 2006, semble s'être à nouveau fixé à un niveau élevé par rapport à l'époque d'avant le gel des cabinets.
- Troisièmement, il faut relever qu'en 2009 pour la première fois, plus de femmes que d'hommes ont reçu le titre de médecin spécialiste en médecine générale. Il y a 10 ans, la proportion était d'environ un tiers de femmes. Sachant que pratiquement toutes les femmes actives dans la médecine de famille travailleront à temps partiel, l'écart entre l'offre et la demande va encore s'accroître.
- Quatrièmement, il faut préciser que le pourcentage plus élevé de titres post-grade en médecine générale remis est imputable à la proportion en forte augmentation de médecins au bénéfice d'un diplôme étranger.

6. Surestimation des modèles managed care

En outre, on peut lire dans le rapport explicatif que cette proportion «élevée» de titres de médecins spécialistes remis «contredit l'opinion souvent exprimée selon laquelle l'intérêt pour les spécialisations de médecine de base serait en baisse». Il est incontestable que l'intérêt pour la médecine de famille existe, mais en raison du manque d'attractivité et de perspectives d'avenir, les jeunes médecins hésitent à exercer effectivement la profession de médecin de famille et de l'enfance. Même managed care, respectivement les réseaux de soins intégrés, ne sauraient changer cet état de fait. Managed care et l'initiative populaire «OUI à la médecine de famille» sont deux projets tout à fait différents qui n'ont rien à voir l'un avec l'autre. Ce n'est qu'à travers l'initiative populaire que l'attractivité de la médecine de famille pourra être améliorée à long terme et la relève assurée.

7. Seul un médecin de famille et de l'enfance bien formé saura prendre soin du patient de manière efficace et économique dans notre système de santé

La tâche centrale dans les soins médicaux de base ne saurait être accomplie que par des médecins qualifiés ayant suivi une formation adéquate. C'est pourquoi l'initiative populaire «OUI à la médecine de famille» veut garantir une formation universitaire et une formation post-graduée qualifiée d'au moins cinq ans. Le contre-projet n'en tient absolument pas compte. Il méconnaît le rôle important du médecin de famille et de l'enfance et ne fait donc rien pour valoriser et encourager la médecine de famille. Au contraire: par ce concept surchargé des soins médicaux de base, le contre-projet dévalorise la médecine de famille et donc les médecins de famille et de l'enfance.

8. A tort, le rapport explicatif attribue de fausses intentions à l'initiative

Dans le rapport explicatif accompagnant le contre-projet, on prête à l'initiative l'intention de privilégier un groupe professionnel et de vouloir octroyer aux médecins de famille une position de faveur au niveau constitutionnel. On ignore ainsi le fait que l'initiative propose ni plus ni moins que des solutions concrètes et économiques pour résoudre réellement (et pas seulement de manière déclamatoire) les problèmes existants et prévisibles des soins médicaux de base, que le DFI reconnaît également. Cela n'exclut pas une approche holistique, intégrée et plus étendue des soins médicaux de base, mais il faudrait d'abord clarifier la répartition des rôles et repenser la distribution des tâches. Ce ne pouvait ni ne devait être l'affaire de l'initiative de créer une vaste norme de base pour le système de santé. En signant l'initiative, plus de 200'000 personnes ont clairement exprimé leur désir de maintenir des soins de base d'excellente qualité avec, au centre, les médecins de famille et de l'enfance. Il ne s'agit donc pas de privilégier un groupe professionnel, mais de garantir et de fixer la forme des soins de base souhaitée par la population.

9. A moyen et à long terme, l'initiative abaisse les coûts

On prétend – sans le prouver – que l'acceptation de l'initiative entraînerait des coûts élevés parce que la Confédération devrait édicter des prescriptions sur l'accès garanti à la profession, l'exercice facilité de la profession ainsi que l'extension et la rémunération appropriée des prestations fournies par les médecins de famille. On oublie que la médecine de famille fait partie des domaines les plus économiques du système de santé (avec environ 7 % des coûts globaux, les médecins de famille traitent dans leur cabinet 90 % des problèmes de santé de leurs patients!) Toutes les études faites dans le monde entier le prouvent: un système de santé basé sur la médecine de famille est le système de santé le plus économique. Dans ce sens, une extension des possibilités de la médecine de famille entraînerait plutôt des économies. Pour cela, il faut une vue d'ensemble et une réflexion à moyen et à long terme.

10. Le contre-projet ne fait rien pour rendre la profession du médecin de famille et de l'enfance plus attractive

Selon l'initiative populaire, il incombe au législateur d'édicter non seulement des prescriptions sur l'accès «garanti», mais également sur une formation pré- et post-graduée qualifiée ainsi que sur l'exercice facilité de la profession. Par conséquent, le législateur dispose de toute une série d'instruments pour remettre «d'aplomb» les prestations médicales et leur rémunération. Le contre-projet se contente de reconnaître la médecine de famille comme «une composante essentielle de la médecine de base», mais ne contribue en rien à l'amélioration de l'attractivité de cette forme indispensable de l'exercice de la médecine.

11. L'initiative laisse la liberté de choix et garantit l'accès au médecin de famille

Le DFI émet une affirmation absurde en prétendant dans le rapport explicatif sur le contre-projet que l'initiative mène à «une voie unique d'accès aux traitements» parce qu'elle impose les médecins de famille et de l'enfance comme premier recours en règle générale. Ce qui «entraînerait de lourdes conséquences concernant le libre choix du médecin»!

En réalité, la médecine de famille en tant que (en règle générale) «premier recours» n'est pas «imposée», mais fait partie des caractéristiques réelles d'une médecine de famille qualifiée, et entre par conséquent dans les définitions de la médecine de famille. En outre, le fait que les centres de santé et les services d'urgence des villes, qui sont préconisés comme alternatives, sont souvent (co-) gérés par des médecins de famille, est passé sous silence. Comme est tu le fait que, si l'initiative est acceptée, personne ne sera empêché de s'adresser à de tels centres, à des services d'urgence et des spécialistes ou encore de chercher de l'aide auprès de professionnels de la santé sans cursus universitaire. Cette argumentation du département compétent qui doit simultanément représenter le projet de loi «managed care» devant les Chambres fédérales est plutôt surprenante.

12. La Confédération cherche à s'attribuer des compétences non ciblées

Contrairement à l'initiative, le contre-projet ne laisse pas entrevoir des ébauches de solutions pour résoudre les problèmes de la médecine de base et pour assurer la garantie souhaitée de la médecine de famille. Il est vrai qu'il donne à la Confédération la compétence générale pour réglementer toutes les professions des soins «médicaux» de base dans le sens large du terme, y compris l'exercice de la profession dans le secteur non-universitaire qui est actuellement le fait des cantons. Pour le secteur universitaire, ces questions sont déjà réglées par la LPMéd (également en ce qui concerne l'exercice de la profession, dans la mesure où celle-ci est exercée «à titre privé»). Dans le domaine non-universitaire elle possède, en ce qui concerne la formation et la formation post-grade, des compétences semblables dans le cadre de la LFPr et la LHES. Par contre, la compétence pour la réglementation de l'exercice de la profession des professionnels de la santé qui ne sont pas médecins (notamment dans les secteurs de la médecine dentaire, de la pharmaceutique et des soins, pour les assistantes médicales, les conseillères en alimentation, les ambulanciers, etc.) indépendamment du fait que celles-ci soient exercées à titre privé ou pas, signifie clairement que la Confédération cherche à s'attribuer des compétences.

13. Le contre-projet déborde et ne résout pas les problèmes

Par conséquent, le contre-projet d'une part ne permet pas de résoudre les problèmes immédiats de la médecine de famille et n'évoque que vaguement des mesures efficaces, réalisables à court terme. D'autre part, il va très loin, en incluant les soins médicaux de base dans une vaste norme de compétence et en accordant à la Confédération des compétences et des instruments de pilotage fondamentaux pour la garantie de la médecine de base. Cette nouvelle compétence de planification et de réglementation (même subsidiaire, liée à des conditions) met en question la traditionnelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons et affaiblit les cantons (qui restent les principaux supports de la santé publique). Pour terminer, les dispositions restantes, par exemple concernant la garantie de la qualité et sa rémunération, la possibilité d'un soutien par les conseils et le devoir de coordination, sont inutiles, car les bases légales existent déjà ; ou alors ils anticipent des tranches d'autres projets en cours, comme par exemple l'échange électronique de données (faisant partie du projet e-health).

Pour les initiateurs, il est choquant de constater que le DFI, sous le couvert d'un contre-projet à notre initiative, cherche à s'octroyer la compétence pour introduire un projet qui n'a rien à voir avec l'encouragement de la médecine de famille, qui est controversé (protection des données, mobilisation, coûts, etc.) et dont l'introduction doit être discutée ailleurs.

14. Résumé

Le contre-projet ne tient pas compte des préoccupations de l'initiative, et ne peut donc pas – de par son contenu – être considéré comme véritable contre-projet à l'initiative populaire «OUI à la médecine de famille». Il va nettement plus loin que l'initiative, se mue en un article sur la garantie des soins de base, confère à la Confédération de larges compétences dans un domaine mal défini et donne l'image d'un dirigisme étatique étendu en matière de santé.

Tout compte fait, le contre-projet est insuffisamment réfléchi, incohérent et mal défini. Contrairement à l'initiative «OUI à la médecine de famille», en cas de votation sur le contre-projet, le peuple et les Etats ne sauraient guère à quoi ils s'exposent et quelles en seraient les conséquences. Une amélioration du concept de base n'est guère concevable.

C'est pourquoi nous rejetons catégoriquement le contre-projet.

Remarques concernant les différentes dispositions du contre-projet

15. Réorganisation du système de santé sans discussion de fond

Dans le domaine du système de santé, nous avons affaire à une répartition des tâches très fragmentée. A aucun niveau de réglementation (Confédération, cantons, communes) on ne trouve une norme de base approfondie pour le système de santé. Cela s'explique surtout par des raisons historiques, car traditionnellement, les communes et les cantons sont les supports des soins médicaux. Avec l'évolution de la société et de la médecine et avec le développement des assurances sociales, les tâches de la protection de la santé et de la prophylaxie se sont déplacées à des niveaux toujours plus élevés. Ainsi, dans de nombreux domaines importants du système de santé, la Confédération est aujourd'hui compétente pour légiférer (formation universitaire, formation et homologation professionnelles, recherche, produits thérapeutiques, assurance maladie, etc.). En revanche, aucun article de la Constitution fédérale ne règle de manière fondamentale le système de santé et l'attribution des tâches dans ce domaine. Il est par conséquent légitime que le Conseil fédéral saisisse l'occasion fournie par l'initiative pour créer – au moins dans le domaine des soins médicaux de base – une telle norme fondamentale. Mais il faudrait tout d'abord chercher le dialogue avec les supports des soins de base et mener une discussion de fond sur les caractéristiques d'une telle (ré-)organisation.

16. Les revendications de l'initiative ne sont pas prises en compte

Du point de vue des promoteurs, il faudrait exprimer clairement de quelle manière on entend prendre en compte et réaliser les revendications de l'initiative – à plus forte raison si le projet de consultation doit servir de «contre-projet» à l'initiative. Ni du texte constitutionnel du 6 avril 2011 ni du rapport explicatif il ne ressort clairement de quelle façon le législateur doit résoudre les problèmes réels de la médecine de famille à court, moyen et long terme. Si l'art. 117a, al. 1 du contre-projet reconnaît la médecine de famille «comme une composante essentielle de la médecine de base» qui mérite d'être encouragée, les dispositions qui s'ensuivent ne remplissent d'aucune manière cette «promesse». La définition et les caractéristiques essentielles de la médecine de famille restent totalement ouvertes.

17. Le rôle de la médecine de famille est méconnu

En principe, il n'y a rien à objecter à l'introduction programmatique du premier alinéa. La Confédération et les cantons portent pareillement la responsabilité d'une médecine de base accessible à tous, dans le cadre de leurs compétences respectives. Mais il est regrettable que les soins «médicaux» de base ne soient pas en premier lieu le fait de la médecine de famille, donc d'un personnel «médical» qualifié, ayant bénéficié d'une formation spécifique à l'université. Il est indéniable que certains spécialistes comme les gynécologues, psychiatres, cardiologues, etc. ont également à remplir des fonctions importantes dans les soins de base, de même que les professionnels de la santé qui ne sont pas médecins, mais qui sont de mieux en mieux formés (assistantes médicales, infirmiers/infirmières et divers thérapeutes). Ils sont des partenaires importants dans le diagnostic et le traitement, dans la prophylaxie ainsi que dans la coordination et le suivi des soins, mais en règle générale, ils ne sont pas «le premier recours». L'accompagnement du patient et la coordination doivent rester auprès du médecin de famille et de l'enfance.

Il est tout aussi indéniable que des systèmes de santé dans lesquels la médecine de famille occupe un rôle central dans les soins de base, offrent des soins médicaux de meilleure qualité à des coûts globalement inférieurs. C'est pour cette raison que le rôle central appartient à la médecine de famille, que celle-ci soit exercée en cabinet individuel ou de groupe, dans des centres de santé ou des services d'urgences, etc.

Le contre-projet n'indique pas, quelle sorte de médecine de famille doit être encouragée et si le fait de la considérer comme «composante essentielle de la médecine de base» implique vraiment ce rôle central.

18. L'exigence de médecins spécialistes qualifiés dans les soins de base

En regard de la compétence subsidiaire de la Confédération dans la garantie des soins de base, il aurait probablement été plus judicieux d'exiger dans le premier alinéa – comme l'initiative – que la Confédération et les cantons veillent à ce que la population dispose d'une offre de soins médicaux «suffisante», accessible à tous, de haute qualité. (Du reste, «s'emploient» est un terme moins contraignant que «veillent à»; il est en contradiction avec la formulation plus rigoureuse contenue dans l'al. 3). Afin d'assurer que les soins de base soient fournis en premier lieu par des médecins spécialement formés et disposant des compétences capitales nécessaires, il faudrait ajouter à l'alinéa 1 une remarque adéquate.

19. Références inutiles aux prestations de base dans d'autres domaines

Les références faites dans le rapport explicatif à l'utilisation et la définition du terme de «prestations de base» dans d'autres articles constitutionnels (p. 9) sont peu utiles. L'article 43a, al. 4 Cst. régit un principe général des tâches que l'Etat doit accomplir et l'égalité de traitement (les prestations de base doivent être accessibles à tous dans une mesure comparable). Quant à l'article 92, al. 2 Cst., il précise que «La Confédération veille à ce qu'un service universel suffisant en matière de services postaux et de télécommunications soit assuré à des prix raisonnables dans toutes les régions du pays». Tant qu'à faire, la dernière disposition offrirait une bonne raison d'exiger également pour les soins médicaux de base qu'ils soient «suffisants» et «à des prix raisonnables».

20. L'objectif du contre-projet n'est pas identifiable

Par contre, il est exact que la concrétisation et, le cas échéant, la différenciation dans l'accessibilité des diverses catégories de prestations ainsi que la détermination de l'étendue nécessaire de l'offre de prestations, de la qualité et du prix (rapport explicatif p. 10) doivent être laissées aux organismes responsables de la Confédération et des cantons. Mais la Constitution devrait indiquer au législateur la direction à suivre et poser des marges, si elle veut remplir sa fonction d'orientation et de pilotage. La référence aux articles 63a, al. 3 et 89, al. 1 Cst. est trompeuse à cet égard, car ces normes sont suivies de dispositions très concrètes et ciblées qui indiquent de quelle manière la Confédération et les cantons ont à procéder dans le domaine de l'éducation et de l'énergie.

L'objectif prétendument visé du contre-projet ne devient identifiable qu'à l'alinéa 3, où il est question de la garantie de la médecine de base: la Confédération peut, dans la mesure où la garantie de la médecine de base l'exige (donc «le cas échéant»), légiférer dans les domaines les plus divers. Est-ce suffisant comme objectif? En revanche, l'initiative indique clairement le chemin à suivre pour garantir «une offre de soins médicaux suffisante, accessible à tous, complète et de haute qualité».

21. Prescriptions sur l'exercice de la profession: Confédération désormais compétente

On peut sans restriction approuver la nouvelle compétence de la Confédération qui légifère sur la formation et la formation post-grade dans le domaine des professions de la médecine de base (al. 2, première partie de phrase). En effet, il y a dans ce domaine des besoins à couvrir, même si la Confédération dispose déjà de vastes réglementations basées sur la MPMéd, LPsy, LHES, LFPr et autres. La compétence obtient une nouvelle orientation dans la dernière partie de la phrase de l'alinéa 2, puisque la Confédération légifère sur l'exercice de ces professions. Actuellement, les cantons sont responsables des prestations à la population. Pour cette raison, il existe sur l'admission et l'exercice des professions médicales 26 ordonnances avec des domaines et des densités de réglementation différents. Les lois et les ordonnances correspondantes sur la santé se distinguent principalement dans les professions soumises à autorisation et dans les champs d'activités couverts par le devoir d'autorisation. De nos jours, ces conditions divergentes pour l'admission et l'exercice de la profession ne sont sans doute plus justifiées. De plus, la Confédération a obtenu dans le domaine de la médecine humaine la compétence de limiter l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (clause de besoin selon art. 55a de la LAMal). Le contre-projet s'avance ainsi sur un nouveau terrain. Les conséquences qui en découlent pour les cantons et les groupes professionnels concernés ne sont décrites dans le rapport explicatif que de façon rudimentaire.

22. Compétence subsidiaire de la Confédération: une «absurdité» moderne

L'alinéa 3 du contre-projet est rédigé de manière vague et trop indéterminée. La phrase d'introduction laisse trop de choses ouvertes et crée une compétence subsidiaire de la Confédération problématique (même là où la Confédération dispose déjà de compétences). On ne voit pas pourquoi la Confédération ne devrait pouvoir légiférer sur «la garantie de la qualité des prestations et de leur rémunération» (ou sur l'échange électronique des données) que «dans la mesure où la garantie de la médecine de base l'exige». C'est ce qu'elle fait en principe aujourd'hui déjà, sur la base des dispositions de la LAMal et des prescriptions correspondantes. Une telle prescription n'est pas absolument nécessaire, mais elle pourrait faire sens et être utile tout comme la disposition qui stipule que la Confédération

peut, conjointement avec les cantons et en impliquant les institutions et groupes professionnels actifs dans les soins de base, encourager et soutenir des «modèles de soins» actuels. On peut dire la même chose de la disposition (manquante) que la Confédération peut prendre des mesures pour améliorer la recherche clinique dans le domaine des soins médicaux de base (respectivement de la médecine de famille). Il ne ressort pas du rapport explicatif ce que la Confédération entend obtenir avec ces compétences dans un proche avenir; en particulier de quelle façon elle veut améliorer la situation des médecins de famille et de l'enfance.

23. Le contre-projet favorise une médecine d'Etat

La compétence de la Confédération ne devrait être soumise à condition et subsidiaire que là où il s'agit d'édicter des prescriptions pour garantir les soins médicaux de base et prendre des mesures concernant «le pilotage et la coordination des soins» (al. 3, lit. a du contre-projet). Ici, la compétence subsidiaire de la Confédération fait sens, tant que la compétence concernant les prestations de santé pour la population est du ressort des cantons. Mais la disposition va – encore – très loin et laisse ouverte la question de savoir dans quelle mesure cela s'accorde avec le concept de l'économie de marché. Il ne sera guère possible d'éviter à l'égard de cette ébauche de régulation le reproche de favoriser une «médecine d'Etat». La compétence visée de pouvoir à l'avenir influencer (davantage) le pilotage «de l'offre de la formation et de la formation post-grade» (fixation de chiffres de formation minimale, de places d'études et de stages, numerus clausus, etc.) est également rédigée de façon incompréhensible et compliquée. Il faudra certainement vérifier si les conditions de ces interventions de la Confédération ne devraient pas être mieux décrites dans la Constitution.

24. Dispositions inutiles

Les dispositions générales de la Constitution (comme par exemple l'article 5a Cst. concernant la subsidiarité ou l'art. 43a Cst. sur les principes applicables lors de l'attribution et l'accomplissement de tâches étatiques) doivent être appliquées indépendamment d'autres clauses dans la Constitution. C'est pourquoi l'exhortation contenue dans l'alinéa 5 du contre-projet sur la coordination des mesures entre Confédération et cantons est inutile. Cela ressort déjà des dispositions sur la coopération entre la Confédération et les cantons à l'alinéa 2 de la Constitution fédérale.

Autres remarques, notamment concernant les mesures réalisables à court terme

25. Les mesures réalisables à court terme susceptibles d'encourager la médecine de famille font défaut

Sous le chiffre 5 du rapport explicatif accompagnant le projet de consultation (p. 19 ss.) sont énumérées quelques mesures réalisables à court terme qui, avec le texte du contre-projet direct et ses possibilités d'action à moyen et à court terme, devraient servir les intérêts de la médecine de famille. Y figurent des mesures qui ont d'ores et déjà été réalisées pour d'autres raisons (comme par exemple la création du titre fédéral de formation post-grade «médecine interne générale») ou des mesures entreprises par d'autres organismes en dehors de la Confédération (toutefois, la révision des tarifs évoquée n'est pour l'instant pas élaborée au niveau des partenaires tarifaires, comme le prétend le texte, mais seulement au sein de la FMH). Il reste peu clair de quelle façon les «possibilités de rem-

boursement étendues» dans le cadre des formes particulières d'assurance (managed care) devraient amener une amélioration pour les médecins de famille et de l'enfance.

Vous ne tenez pas compte des revendications plusieurs fois soumises des médecins de famille et de l'enfance. En tous les cas, vos propositions ne sont aucunement susceptibles de faire renoncer les promoteurs à l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille», déposée avec plus de 200'000 signatures.

Pour compléter ce dossier, nous nous permettons de répéter ci-dessous les préoccupations dont nous vous avons fait part dans notre dernière lettre du 1er janvier 2011:

2.2. Principes

Nous sommes bien conscients que nombre des préoccupations (justifiées) des médecins de famille pourraient se réaliser au niveau des lois et des règlements. Le moyen de l'initiative populaire a dû être saisi pour trouver enfin une écoute auprès des organes politiques de la Confédération et des cantons. Les médecins de famille sont persuadés qu'ils obtiendront le soutien du peuple pour leur initiative et leurs exigences. C'est pourquoi ils ne se laissent plus payer en vaines promesses mais exigent de l'administration, du Conseil fédéral et du Parlement des mesures de correction concrètes au niveau des lois et des règlements (respectivement les contrats tarifaires, les listes des spécialités et des analyses basés sur eux). Avec un peu de bonne volonté, certaines mesures sont réalisables à court terme (en quelques mois, voire une année), d'autres (en particulier les modifications de loi) à moyen terme (en quelques années). En complément aux mesures d'ores et déjà lancées, nous vous soumettons ci-après quelques propositions. Nous avons conscience que pour les mesures que vous avez déjà annoncées et pour les propositions suivantes, des discussions intenses seront nécessaires, pour lesquelles nous sommes bien entendu à votre entière disposition.

2.3 Modifications de lois

- Loi sur les professions médicales (LPMéd, RFP, ISFM):
- Formation pré- et post-grade, enseignement et recherche (Développement de l'enseignement universitaire en médecine de famille, avec modules obligatoires et tutorat individuel, création de places de stages pour futurs médecins de famille, financement de l'assistantat en cabinet pour une année, modification des conditions d'admission pour médecins de famille et spécialistes, créations d'instituts de médecine de famille, subsides de lancement pour chaires de médecine de famille, encouragement de la recherche clinique ambulatoire, centrée sur le patient, et autres).
- Conditions cadre pour l'exercice de la profession de médecin de famille (Facilitation de l'exercice en de nouvelles formes communautaires)
- Loi sur l'Assurance maladie (LAMaI, OAMaI, etc.)
(Objectif: garantir une indemnisation/rémunération adéquate, également des prestations de prévention et des tâches de coordination, p.ex. par une révision appropriée de l'art. 19 ss. LAMaI, qui faciliterait l'indemnisation directe des prestations préventives de la médecine de famille).

2.4. Mesures à court terme (en particulier dans le domaine de la rémunération)

Un «système tarifaire favorable à la médecine de famille» fait partie des quatre revendications principales de l'initiative populaire. Vous n'avait fait qu'effleurer ce point important, sans évoquer des propositions ou des mesures concrètes. Sur cette revendication centrale, et pour nous indispensable, du système tarifaire favorable à la médecine de famille qui doit être modifié rapidement et durablement, il faudra mener des discussions intenses et ciblées, afin d'obtenir bientôt des améliorations tangibles.

Concrètement, le sujet «rémunération» concerne les mesures suivantes:

- Adaptation de la liste des analyses avec un tarif adéquat pour le laboratoire point-of-care au cabinet.
- Adaptations de la loi en vue de l'introduction d'un deuxième tarif de prestations individuel pour médecins de famille dans toute la Suisse.
- Création d'un service de la médecine de famille au sein de l'OFSP; tâches:
 - analyse de décrets émis par la Confédération avant leur introduction par rapport à leur impact sur la médecine de famille;
 - coordination de décrets émis par la Confédération avec des mesures entreprises à un autre niveau ou par d'autres groupements: p.ex. au niveau des cantons (exemple liste des spécialités – valeurs du point tarifaire) ou au niveau des pourparlers sur les structures tarifaires.
- Des prescriptions sensées en vue de l'application de l'OAMal article 59c.

Plus en détail, cela signifie:

1. Mesures de la Confédération dans le domaine des tarifs prescrits liste des spécialités et liste des analyses:

- Calculer le tarif point-of-care en laboratoire de cabinet pour les premiers six mois 2011 et réaliser avant fin 2011, avec comme objectif introduction au 1.12.2012. A moyen terme, le laboratoire de cabinet ne peut pas survivre avec les listes des analyses actuellement en cours (Pour cela, il existe une marge de manœuvre dans LAMal art. 52 al. 1)
- Les modifications de la liste des spécialités (LS) doivent impérativement être coordonnées avec les modifications de la structure tarifaire et de la valeur du point tarifaire. Les médecins en Suisse orientale et centrale sont tributaires des revenus générés par la vente de médicaments en raison de la basse valeur du point tarifaire en cours dans ces régions – un résultat des instructions concernant la neutralité des coûts lors de l'introduction de TARMED. L'OFSP ne peut pas intervenir dans le champ de compétence des cantons, mais il peut coordonner, p. ex. en fixant les délais des modifications de la LS.

2. Mesures de la Confédération dans le domaine des tarifs négociés

- Création de la possibilité d'un tarif de prestations individuel particulier pour les médecins de famille dans toute la Suisse (élucidation/modification LAMal art. 43, al. 5). Motif: possibilité d'une simplification rapide du tarif, bonne reproduction de l'activité, espace tarifaire délimitable.
- Déblocage et soutien de la révision des tarifs au moyen de prescriptions par la Confédération:

- Application sensée de l'art. 59c OAMal; pour cela, il faut élucider les termes évoqués dans cet article, inclure «efficacité» et «utilité» et pas uniquement se baser sur les seules considérations de coûts de Monsieur Prix.
- Une mise à jour des frais d'infrastructure ne peut pas raisonnablement se faire dans la neutralité des coûts (les parts devenues moins chères doivent influencer les prix, tout comme celles devenues plus chères).
- Principes, p.ex. concernant la structure adéquate, observés du point de vue des coûts globaux.

De plus, nous nous permettons quelques remarques concernant les «mesures supplémentaires en cours» que vous présentez:

Il est fait référence aux possibilités élargies de rémunération dans les «formes particulières d'assurance» (managed care). Il est effectivement possible d'obtenir à ce niveau de contrat des rémunérations supplémentaires. En revanche, elles ne peuvent mener à une amélioration sensible de la rémunération, parce qu'elles servent en premier lieu à couvrir des tâches administratives et de coordination dans les modèles managed care – le manque d'aujourd'hui reste. Apparemment, «les soins intégrés» se muent de plus en plus en «bonne à tout faire»: selon le point de vue, le traitement s'améliore, les coûts s'abaissent et les médecins de famille gagnent davantage...cherchez l'erreur! Malheureusement, la révision TARMED est bloquée. Elle est maintenant entreprise au sein de la FMH, en accord avec H+ et les assurances- accidents, mais contre la volonté de santéuisse. L'issue est incertaine. Ici, les mesures supplémentaires importantes prises par l'OFSP seraient les prescriptions sensées concernant les tarifs évoquées plus haut.

Remarques concernant les revendications de l'initiative en faveur de la médecine de famille

26. Les quatre revendications principales de l'initiative populaire «OUI à la médecine de famille»

L'initiative populaire «OUI à la médecine de famille» veut garantir les soins médicaux de base dans toute la Suisse et assurer à la médecine de famille la place qui est la sienne au sein de notre système de santé et qu'elle doit continuer à occuper.

Dans nos dépliants consacrés à l'initiative, les revendications concrètes de l'initiative populaire «OUI à la médecine de famille» sont décrites de la manière suivante (cf. l'article dans le magazine PrimaryCare 2010; 10: No 15, p. 275 ss.):

- une formation de pointe, pré- et post-graduée pour les futurs médecins de famille et de l'enfance;
- l'exercice facilité de la profession et la garantie de soins de base suffisants fournis par les médecins de famille et de l'enfance dans toute la Suisse;
- une infrastructure appropriée des cabinets et la suppression d'obstacles administratifs inutiles qui entravent un travail en cabinet raisonnable, expéditif et d'excellente qualité;
- un système tarifaire favorable à la médecine de famille qui place enfin les médecins de famille et de l'enfance au niveau des spécialistes !

L'initiative populaire crée les conditions nécessaires pour tout cela. **Le texte de l'initiative est bien équilibré, adapté aux autres dispositions constitutionnelles et modéré dans ses revendications – le tout pour le bien des patientes et des patients et pour garantir des soins médicaux de base suffisants, accessibles à tous, complets et de haute qualité** (cf. sur ce point et sur les dispositifs juridiques proposés les COMMENTAIRES SUR L'INITIATIVE POPULAIRE sous www.oamf.ch/commentaires).

Remarques finales

27. Le contre-projet du Conseil fédéral ne rend pas justice aux préoccupations de l'initiative!

Par ces développements, nous avons cherché à démontrer que le contre-projet du Conseil fédéral ne rend d'aucune manière justice aux préoccupations de l'initiative populaire «OUI à la médecine de famille».

Il ne prend pas en compte les revendications de l'initiative et part d'une conception de «médecine de base» qui ne place plus la médecine de famille en au centre.

Si le contre-projet du Conseil fédéral saisit l'opportunité que lui fournit l'initiative populaire pour ancrer dans la Constitution fédérale un article fondamental sur la médecine de base, en revanche il n'apporte rien du tout à la solution des problèmes que connaît la médecine de famille.

Qui dit **OUI à l'initiative** sait ce qu'il obtiendra: des médecins de famille et de l'enfance au centre des soins médicaux de base. L'initiative vise un objectif clair!

En choisissant le contre-projet, on ne sait pas à quoi s'attendre: qui sera compétent en matière de soins de base et quelles mesures seront entreprises? Bref: ce contre-projet est trop ouvert, pas assez réfléchi et inutile sous cette forme; il ne résout aucun des problèmes en suspens et dévalorise la médecine de famille! Il porte les traits d'un système où les soins de base sont de plus en plus dirigés par l'Etat. C'est pourquoi nous exigeons un **NON au contre-projet**.

Par conséquent, nous rejetons catégoriquement le contre-projet du Conseil fédéral.

Nous vous prions de prendre bonne note de ce qui précède et vous remercions de nous avoir offert la possibilité de prendre position.

Avec nos salutations les meilleures

Médecins de famille et de l'enfance Suisse

Le président du comité d'initiative
«OUI à la médecine de famille»



Prof. Dr méd. Peter Tschudi, Bâle