



Sou(ci)s de santé

Giuliana Galli Carminati¹, Federico Carminati², Giacomo Mirafiori³

N°27, 25 mars 2020

La psychiatrie et la psychothérapie sont des métiers qui s'occupent de l'humain, là où l'humain, qui selon les vœux déontologiques les plus pieux est au centre de l'attention et des efforts conjoints des « partenaires », finit par être le salami entre deux morceaux de pain bien durs, les exigences sociales et les payeurs des soins. Dans ce contexte difficile, les thérapeutes finissent par avoir la fonction lénitive de la mayonnaise : moins on en a, plus on l'étaie...

Le symptôme social, c'est-à-dire la difficulté du patient psychiatrique de s'adapter aux exigences de la société, ne dépend pas seulement du patient, mais aussi de la nature et de l'intensité de ces exigences : plus la compétitivité et le besoin de performance – qu'ils soient vrais ou faux – sont poussés, moins la personne qui a des désordres psychiatriques arrive à s'adapter.

Dans un monde où les individus sont jugés et, pire encore, se jugent eux-mêmes sur la base de leurs productivité et performance, les patients psychiatriques peuvent au mieux espérer en un regard compatissant sur leur « différence ». Si d'un côté nous ne pouvons que nous réjouir de la multiplication des déclarations sur les droits des personnes avec maladie mentale, cela ne peut pas manquer de nous faire surgir le doute que ces grandes déclarations sont le signe de la précarité et du « décalage » croissants de ces individus dans notre société néo-libérale, où la qualité de vie est assimilée beaucoup plus à ce qu'on a qu'à ce qu'on est.

La situation est ultérieurement compliquée du fait que ce patient a besoin de l'aide non seulement du psychiatre ou du psychologue, mais aussi d'une interaction active entre les partenaires autour de lui : l'assistant social, le conseiller du chômage, l'infirmier à domicile, les éducateurs (si c'est le cas), ainsi que le psychiatre et le psychologue qui assurent son suivi.

Les interactions entre ces partenaires ne sont ni simples, ni absolument non conflictuelles, ni sans malentendus ; pour faire simple, elles prennent du temps, de l'énergie, des ressources économiques, et nécessitent une motivation certaine.

Les assurances semblent ne pas l'avoir compris, ou pas complètement, et avec un profond souci d'économie ont décidé de réduire d'environ la moitié les temps « en absence » facturables. Cette mesure a obligé les médecins du privé à réduire le temps des interactions avec les partenaires, ce qui revient à dire que certains patients spécialement complexes n'ont plus pu être suivis en privé... ou alors les psychiatres auraient dû travailler gratuitement.

Cela amène donc inévitablement à l'hospitalisation de ces patients, sans guère résoudre le problème de base. Quand l'un de ces patients « complexes » est hospitalisé, même s'il a une

¹ MD, PhDs, psychiatre psychothérapeute FMH, Professeur adjoint de santé mentale à l'Université de Seoul (Hôpital de Bundang), membre de l'Institut de Psychanalyse Charles Baudouin, fondatrice et didacticienne de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire, ancienne Privat-Docteur et chargée de cours à l'Université de Genève.

² Physicien au CERN, membre de l'Institut de Psychanalyse Charles Baudouin, membre didacticien de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire.

³ Économiste passe-frontières, aumônier de rue et accompagnant spirituel bénévole, membre en formation de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire.



grande habitude des unités psychiatriques, ce serait vraiment utile que les partenaires (médecins, psychologues etc.) puissent lui rendre visite, pour discuter avec les soignants, s'informer et les informer sur la situation qui a amené, encore une fois, à cette entrée plus ou moins volontaire. Sauf que les visites à l'hôpital, du fait justement que la personne est hospitalisée, ne sont pas remboursées et donc encore une fois le médecin, mais aussi le psychologue ou l'assistant social, soit décide de travailler en bénévole, soit doit renoncer à rendre visite à son patient.

Il est clair que tout cela n'est pas dans l'intérêt du patient, car cela affecte la continuité et la qualité des soins. Le point sur lequel nous nous posons des questions est de savoir si la réorientation des patients difficiles vers les structures publiques est en effet une économie réelle, et pour qui.

Pour les assurances, probablement une décharge sur le public est une bonne affaire car elles ne couvrent qu'entre 35% et 40% des frais d'hospitalisation.

Concernant les hospitalisations longues, avec une décroissance progressive des frais mais aussi des remboursements, la charge va peser progressivement davantage sur les fonds publics que sur les assurances.

Que les longues hospitalisations soient à charge du contribuable plus que des assurances, cela a fait que les hôpitaux publics, eux aussi sous pression de rentabilité, ont peu à peu eu tendance à cesser de garder hospitalisés les patients avec des pathologies chroniques, donc en besoin de longs soins, en essayant de les décharger dès que possible « ailleurs ».

Ce point reste, sous l'apparence d'une certaine bonne logique d'épargne, un nœud : pourquoi l'hôpital public doit-il se soucier d'être économique en sacrifiant la qualité des soins et de vie des patients ? L'économie maximale serait de fermer l'hôpital tout court ! Les contribuables devraient en effet en avoir pour leur argent, ils payent, ils devraient avoir le droit de rester à l'hôpital le temps qu'il faut.

De fait, dans un communiqué de presse récent⁴ sur sa décision de rejeter le recours de la caisse maladie Vivao Simpany, qui souhaitait limiter sa prise en charge d'un traitement hospitalier lourd et long, le Tribunal Fédéral rappelle dans sa conclusion que « l'un des objectifs de la LAMal était précisément de garantir une couverture d'assurance-maladie illimitée dans le temps pour les traitements hospitaliers. Aucun principe ne postule un rationnement des soins, en ce sens que pour des raisons de maîtrise des coûts totaux, certaines prestations médicales nécessaires ne devraient pas être facturées à l'assurance-maladie obligatoire ». Et notre Haute Cour de rappeler, dans la conclusion de sa décision⁵, le message concernant l'initiative populaire

⁴ Communiqué de presse du Tribunal Fédéral du 23 avril 2019 concernant l'arrêt du 1er avril 2019 (9C_744/2018) Vivao Sympany SA contre Hôpital de Bâle; le lecteur se référera également utilement au résumé de l'affaire dans l'article paru dans la Tribune de Genève du 23 avril 2019, sur les liens suivants:
https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/fr/9C_744_2018_2019_04_23_T_f_09_31_24.pdf
<https://www.tdg.ch/suisse/Pas-de-limite-au-remboursement-des-soins/story/19390835>

⁵ Arrêt précité, considérant en droit 6.3 « Es war gerade eines der primären Ziele des KVG, eine zeitlich unbeschränkte Leistungspflicht bei stationärer Behandlung zu gewährleisten (Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93 ff., S. 96 und 133) Traduction libre de l'auteur: « Un de buts premiers de la loi de l'assurance-maladie était justement d'offrir une prestation sans limite dans le temps en cas de traitement stationnaire (Message du Conseil Fédéral du 6 novembre 1991 sur la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 I 961 et ss.), sur les liens suivants:
https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/fr/php/clir/http/index.php?lang=fr&type=highlight_simple_query&page=1&from_date=&to_date=&from_year=1954&to_year=2019&sort=relevance&insertion_date=&from_date_push=&top_subcollection_clir=bge&query_words=9C_



« pour une saine assurance-maladie » du Conseil Fédéral du 6 novembre 1991 : « 2.1.1 Buts de l'initiative (...) l'initiative maintient le principe d'une participation des assurés aux frais. Mais, à la différence de ce qui est le cas dans le régime en vigueur⁶, son montant serait proportionnel à la capacité financière de chacun, car il représenterait une part de la cotisation, elle-même fixée en fonction du revenu de l'intéressé. Cette part ne pourrait excéder 20% de la cotisation. Les mesures de prévention, elles, seraient exemptées de la participation, car il convient d'inciter les assurés à y recourir. Etant donné que les prestations ne seraient plus limitées dans le temps et que la participation serait plafonnée et proportionnelle à la capacité financière des assurés, l'hospitalisation ne constituerait en revanche plus un cas d'exemption de la participation aux coûts, comme c'est le cas dans le régime actuel. »

Suite à cette décision de notre Haute Cour, l'assureur a salué la clarification apportée par les juges fédéraux et confirmé que « les caisses-maladie doivent supporter leur participation aux coûts de manière intégrale, conformément aux bases légales en vigueur, également eu égard aux cas particulièrement coûteux. Dans le cas présent, les coûts de traitement se sont montés à CHF 2.4 millions, supportés à raison de 45% par Sympany et 55% par le canton. La part de Sympany, chiffrée à CHF 1.08 million, sera financée par les réserves, lesquelles ont précisément été constituées pour supporter de tels cas particulièrement coûteux⁷. »

Si d'une part la négociation entre hôpitaux et assurances a amené à un taux décroissant de remboursement (voir le journal Le Temps du 8 avril 2014 : « Comment les hôpitaux ont perdu la guerre des tarifs »⁸ et aussi la Tribune de Genève du 25 novembre 2017 : « Les nouveaux tarifs inquiètent »⁹) sans qu'on puisse retrouver une trace écrite à propos de ces remaniements qui soit lisible : au lecteur plus fin, astucieux et tenace que les auteurs de nous en trouver trace, il aura tous nos sincères remerciements !

Les pouvoirs publics semblent s'en soucier sans trop arriver à trouver des solutions, d'autre part les hôpitaux, mis sous pression par les mêmes pouvoirs publics, se sont lancés dans une promotion des courtes hospitalisations, avec la bénédiction et le soutien des contribuables, auxquels on a fait croire que cela allait diminuer la pression fiscale.

Et dans le registre de trouver un ailleurs où soigner ces patients en besoin de longs soins... les soins à domicile. Surtout quand les soins à domicile deviennent d'organisation très compliquée, pourquoi faire croire aux contribuables que les soins infirmiers à domicile, l'hospitalisation à domicile, les soins palliatifs à domicile sont moins onéreux que les jours à l'hôpital ? Certes, chez soi on est mieux, mais est-ce que cela est vrai même si on n'est pas en forme ? Le maintien à domicile ne devient-il pas dans ce cas une prison où le manque d'énergie, les douleurs chroniques, l'alimentation désordonnée, le sommeil en dents de scie nous emprisonnent ?

Sur la question d'une baisse des coûts que permettraient les soins à domicile, à la fin 2016, la presse genevoise a tenté d'y voir plus clair en compulsant les statistiques sur le maintien à domicile de l'Office Cantonal Genevois et de l'Office Fédéral¹⁰ : sous la rubrique « Qui paye

744%2F2018&part=all&de_fr=&de_it=&fr_de=&fr_it=&it_de=&it_fr=&orig=&translation=&rank=1&highlight_docid=atf%3A%2F%2F145-V-116%3Afr&number_of_ranks=946&azaclir=clir

<https://www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/viewOrigDoc.do?id=10106803>

⁶ LAMA du 13 juin 1911 remplacée par la Lamal du 1er juillet 1994 entrée en vigueur le 1er janvier 1996.

⁷ <https://www.sympany.ch/fr/actualites/prestations-maximales.html>

⁸ <https://www.letemps.ch/suisse/hopitaux-ont-perdu-guerre-tarifs>

⁹ <https://www.tdg.ch/geneve/actu-genevoise/nouveaux-tarifs-inquietent/story/28375038>

¹⁰ Voir article du 19 décembre 2016 de la Tribune de Genève « L'aide à domicile coût cher mais peut rapporter gros, sur le lien suivant:



la facture », les statistiques révèlent qu'en 2015, les assureurs ont payé 60 millions, l'Etat de Genève 154 millions et les clients 35 millions. Comme le rappelle dans cet article le Directeur de la Santé interrogé sur les coûts très élevés à Genève : « La Lamal ne rembourse ni les frais de transports, ni les charges de coordination. Or ce travail de coordination peut être très coûteux lorsqu'une personne souffre de plusieurs problèmes et est dans une situations sociale précaire. »

Des tableaux regroupés dans l'Annexe I et préparés sur la base des rapports et comptes annuels de l'IMAD pour les années 2007 à 2018 présentent les statiques de l'institution genevoise sur le nombre de clients, les charges ainsi que les produits et dépenses : toutes ces données ont connu une augmentation forte, continue et régulière durant la période sous revue (voir Annexe I¹¹).

En effet, il y a deux fables auxquelles les contribuables ont été amenés à croire : que les impôts baisseront un jour grâce à une meilleure (géniale et innovatrice) gestion qui passe à travers la « chasse aux abus » et qu'eux-mêmes ne seront jamais malades (et donc ils n'auront jamais besoin d'avoir des hôpitaux et de soins performants).

Avouons-le, on est là un peu « tendance Père Noël », mais la naïveté de l'électeur est une fleur que le vent froid du raisonnement ne saura pas flétrir.

Ce qui est aussi d'une consternante naïveté est de chercher l'abuseur dans le mauvais coin du jardin (voir « Primes 2020 : oseront-ils ? », Édito de La Lettre de l'AMGe, juillet 2019¹²).

Une autre fable, longuement martelée par les politiciens, à laquelle le contribuable semble croire dur comme fer est que si on diminue l'offre de soins, on va diminuer leur demande. En d'autres mots, si vous avez un oncologue en bas de chez vous, vous ne résisterez pas à la tentation de vous faire venir un cancer. En le disant comme ça, certes, cela fait rire, mais c'est le même raisonnement qui a amené à l'introduction du numerus clausus dans les facultés de médecine...¹³ avec la désertification médicale qu'on observe dans pas mal de pays.

On estime qu'en Europe il y aura un manque de plus de 200.000 médecins en 2020¹⁴. Évidemment, cela n'a amené à aucune réduction de la demande de soins, mais plutôt à une réduction de leur qualité, par exemple à cause des temps d'attente augmentés pour les patients,

<https://www.tdg.ch/geneve/actu-genevoise/aide-domicile-coute-cher-peut-rapporter-gros/story/11028271#relance>

Dépenses de maintien à domicile dans quelques cantons suisses en 2015

	Suisse	ZH	BE	FR	BS	TI	VD	VS	NE	GE	JU
Nombre de clients	309'098	41'841	39'227	15'199	10'537	14'597	30'676	14'352	11'801	20'880	4'974
Charges totales (en millions de francs)	2'179	337	306	58	66	93	317	76	61	250	27
payées par les assureurs	829	118	145	25	27	53	110	20	23	60	12
payées par les clients	383	83	40	5	17	9	35	7	7	35	4
payées par les cantons et leurs communes	918	126	114	27	21	30	171	46	30	154	10
Coût en francs par habitant (cantons et communes)	110	86	112	88	109	86	221	136	168	318	141
Part du financement public	42%	37%	37%	47%	32%	32%	54%	60%	49%	62%	38%
Coût par client	7'050	8'056	7'791	3'827	6'293	6'404	10'318	5'316	5'135	11'986	5'356
Indice (la moyenne suisse = 100)	100	89	88	110	75	77	128	142	117	146	91

¹¹ Le lecteur pourra se référer utilement aux rapports de l'IMAD sur le lien suivant:

<https://www.imad-ge.ch/fr/documents.php?category=Rapport%20dactivite>

¹² <https://www.amge.ch/2019/07/24/primes-2020-osseront-ils-edito-de-la-lettre-de-lamge-de-juillet-aout-2019/>

¹³ Voir <https://www.rts.ch/info/suisse/6968717-polemique-autour-du-numerus-clausus-pour-l-entree-en-faculte-de-medecine.html>

¹⁴ Voir par exemple <https://voxeurop.eu/en/2018/public-health-5122358>



qui arrivent à obtenir des investigations ou des traitements après des semaines ou des mois d'attente, mais aussi au prix du stress des soignants.

Cette tendance est très difficile à corriger même sur le moyen terme, car il faut plus d'une décennie pour former un médecin, et souvent nous sommes obligés de faire venir ici des médecins étrangers en provenance d'états moins riches qui ont autant sinon plus besoin de leurs médecins et pour qui la formation d'un médecin a, relativement parlant, un coût beaucoup plus onéreux qu'en Suisse. Au-delà du *numerus clausus*, les nouvelles vocations se font rares à cause des années de galère, des cadenas académiques, de la lourdeur des études aboutissant sur une perte grandissante de *statut* social et de la judiciarisation étrange de la profession. Pour les nouveaux médecins la tendance, humaine, est de choisir leur lieu de travail là où cela, au moins, rapporte, donc pas au beau milieu de la campagne... quoique certaines solitudes puissent plaire, et cela contribue à accentuer la désertification médicale au dehors des villes.

Malheureusement, le *numerus clausus* a aussi « sélectionné les meilleurs » et donc les âmes plus simples, aimant la vie calme, peu inclinés au stress académique, sont les premiers à laisser tomber le parcours du combattant des études médicales... Dommage, parce que le médecin à l'ancienne qui prend le temps de boire un café chez sa patiente dans la cuisine fera une anamnèse nettement plus fouillée et somme toute plus pointue et cliniquement utile que le médecin super-performant, avec la montre toujours à l'œil (et en tête)... et peut être cette âme médicale plus calme, avec un peu de recul, évitera la fameuse cascade d'exams couteux qui fait trembler les assurances.

Dernièrement, la presse s'est fait l'écho du malaise de médecins étrangers qui s'estiment maltraités par les assurances en Suisse¹⁵. Comme le rappellent les journalistes du Temps dans leur article, en Suisse il existe deux statuts de médecins : les généralistes internistes, qui ont effectué onze ans d'études, et les praticiens, qui en ont validé seulement neuf (comme par exemple les praticiens français et italiens). Sur le papier, il semble logique que ceux qui sont moins formés touchent moins que les autres. Depuis début 2018, leur point Tarmed est inférieur de près de 6% à celui des généralistes. « Nous avons quitté notre pays, laissé notre famille pour venir en Suisse soigner les gens, souvent dans les campagnes et les montagnes, se fâche un médecin français installé à Fribourg et interviewé dans l'article. « Et en guise de remerciement, on nous dit que nous ne sommes pas compétents... » Certains « petits examens », par exemple, dans le jargon Tarmed, ne peuvent plus être effectués par un praticien. Si, dans un village, le seul médecin est français, il ne peut plus prendre en charge ses patients très âgés. Ou alors, il devra le faire de manière bénévole. Pour le praticien français interviewé, c'est tout simplement l'accès aux soins, pourtant garanti dans la Constitution, qui est remis en cause. Une Association Suisse des Médecins Praticiens s'est constituée fin mai 2019 et envisage maintenant de faire valoir leurs droits en portant plainte pour violation des accords de libre-circulation¹⁶.

Il faut impérativement réactiver des niches écologiques d'oisiveté, reprendre le temps d'en perdre, pouvoir ne rien faire et réfléchir. Comme le dit bien le psychanalyste C. Baudouin : « [...] Si les "morts vont vite", les vivants de notre temps ne leur cèdent rien. [...] Mais ne commencent-ils pas à sentir que [...] de courir après le temps comme ils font, c'est

¹⁵ Voir le journal Le Temps du 24 mai 2019 sur le lien suivant :

<https://www.letemps.ch/economie/consultation-medecins-etrangers-limitee-vingt-minutes>

¹⁶ Voir la newsletter publiée à cet égard sur le site du syndicat de l'union française pour une médecine libre <https://www.ufml-syndicat.org/reconnaissance-par-la-suisse-des-competences-des-medecins-generalistes-francais-ufml-s-demande-le-respect-des-accords-entre-etats-europeens/>



infailliblement le perdre tout ? » (Baudouin, 1946). Dans un métier de soins, il faudrait penser d'abord à ne pas trop dérégler l'outil de soins, c'est-à-dire le thérapeute.

Là aussi, maudite incohérence et/ou ignorance, on ne peut pas épargner partout, en limitant le temps des consultations (20 minutes chez les généralistes en 2018¹⁷) et en faisant des histoires sans fin sur le remboursement des trajets au domicile des patients (limites de remboursement) on oblige les médecins à prescrire plus de tests et de scanners, à devoir faire utiliser aux patients les transports médicalisés... soigner vite et bien et au moindre coût reste un dictat d'incompétents.

Il est parfois triste de voir les internes aux urgences courir à droite et à gauche dans une danse faite de rendez-vous en retard, de dossiers informatiques à remplir, de patients qui attendent depuis 7 heures, de familles au bord de la crise de nerfs... tout cela pour obéir à des critères de soi-disant économicité et découvrir, quelques années après, que des millions et des millions ont disparu dans les poches des escrocs¹⁸.

En touchant au problème des examens inutiles, nous sommes parfois consternés car, avec une investigation en plus, on aurait évité de graves conséquences pour la santé, la qualité de vie, et somme toute graves aussi pour le porte-monnaie. Prendre le temps d'écouter les patients aiguille le médecin sur le choix des investigations, comme ou mieux, selon nous, que les « arbres décisionnels » de la « evidence based medicine » (voir par exemple Brush, 2016, Sheridan, 2016).

Les critères de trop ou trop peu d'investigations ne sont pas les bons, il faudrait écouter les symptômes, avec les oreilles et un examen clinique qui prend le temps qu'il faut, obtenir une anamnèse plus calmement recueillie et de là choisir quels examens demander.

Les tests de laboratoire pour les intolérances alimentaires, par exemple, quand il y a des migraines, des attaques de panique et une dysthymie, ou une franche dépression, éviteraient de charger des patients de traitement inutiles, mais du fait que d'une part on parle d'effet de mode, que de l'autre les experts des assurances sont convaincus qu'il faut forcément avoir des problèmes gastro-intestinaux, il faut prendre le risque de ne pas faire rembourser l'examen et passer par les fourches caudines des laborieux rapports aux assurances, qui finiront en tous cas par être jugés par les assurances mêmes.

On constate en pratique que pour l'assuré sincère ayant besoin de faire reconnaître une maladie psychique afin de pouvoir bénéficier du soutien des assurances sociales (parfois après plusieurs décennies de cotisations avant qu'un cas relevant de ces assurances ne se présente), l'accès aux prestations de ces assurances peut relever d'un parcours du combattant.

Très souvent, le médecin personnel fournissant le soutien médical à l'assuré est obligé de s'impliquer au-delà du temps consacré aux soins, bien plus que de raison, dans ce parcours face auquel se retrouve confronté l'assuré.

La réforme de l'assurance-invalidité entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008¹⁹ prévoit que les différentes institutions d'assurances doivent se coordonner.

¹⁷ Voir <http://isuisse.com/2018/01/10/limitation-temps-consultation-medecine-deux-vitesses/>

¹⁸ Voir à ce sujet la Tribune de Genève du 21 décembre 2018 - <https://www.tdg.ch/geneve/actu-genevoise/excomptable-hug-lavocat-condamnes-prison-ferme/story/14289167>

¹⁹ A propos du parcours du combattant évoqué par l'auteur de ces lignes, le lecteur se référera utilement à la Feuille Fédérale FF 2005 p. 4267 sur le lien internet suivant :



Ainsi, pour donner un exemple courant, dans le cadre du contrôle de la véracité d'une situation de maladie psychique du travail de longue durée, l'assurance-perte de gains et ses experts médicaux entrent en première ligne. Dès lors qu'une demande de rente invalidité a été déposée de manière concomitante auprès de l'assurance-invalidité²⁰, viennent ensuite les experts médicaux de l'assurance-invalidité (plus précisément le service médical régional SMR de l'office AI).

Le recours par les assurances à leurs propres experts part d'une présomption de manque d'indépendance et d'objectivité du médecin personnel, provenant du fort lien d'empathie avec son patient, l'assuré.

Dans la réalité, de tels experts de psychiatrie d'assurance sont-ils vraiment plus indépendants et plus objectifs que ne le serait le médecin personnel ?

De fait, la presse s'est fait l'écho ces dernières années de situations flagrantes de dépendance de l'expert à son mandant, l'assureur, dont l'intérêt évident sur le plan économique est de payer le moins possible d'indemnités.

Du cas jugé par le Tribunal Fédéral d'un expert qui revendiquait le droit de gagner sa vie au moyen d'expertises, fussent-elles malveillantes²¹, en passant par l'arrêt du Tribunal Cantonal des Assurances Sociales (TCAS) du Canton de Genève, qui a estimé que le service médical régional de l'assurance-invalidité n'était « pas indépendant et neutre »²², à l'affaire de la

<https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2005/4215.pdf>

Lorsque le législateur a réformé l'organisation de l'assurance-invalidité en 2008, en vue de l'assainir en améliorant, entre autres, la coordination entre les différents intervenants de la sécurité sociale, il a rappelé qu'un employé tombé en maladie longue durée se trouve confronté à pas moins d'une douzaine d'interlocuteurs et institutions indépendants les uns des autres: son employeur (la prise en charge du salaire par ce dernier selon le nombre de jours maladie réglementée par le droit du travail), l'assurance-accidents (en cas d'accident professionnel ou non-professionnel, en général tous deux couverts par l'employeur), l'assurance-perte de gains en cas de maladie, souscrite par l'employeur (cette assurance prend le relais de l'employeur pour la prise en charge du salaire après le délai légal réglementé par le droit du travail, ou alors le versement d'indemnités journalières en cas de licenciement), son médecin privé, son assurance-maladie privée, l'assurance-chômage (si l'employeur décide de se séparer de l'employé en maladie longue durée), l'assurance-perte de gain de l'assurance-chômage, l'assurance-invalidité si l'accident ou la maladie résulte en une invalidité (rente d'invalidité de base), la prévoyance professionnelle (rente d'invalidité LPP), l'aide sociale (l'Hospice Général à Genève) pour les cas où le nombre de jours d'indemnités couvert par l'assurance-perte de gain expire avant la décision de l'assurance-invalidité d'octroyer une rente, et le service des prestations complémentaires, si ladite rente ne suffit pas à couvrir les besoins de base. Face à cette complexité, l'adage populaire « une chatte n'y retrouverait pas ses petits » semble à-propos...

²⁰ Dans le cadre de la procédure de détection précoce prévue par l'assurance-invalidité, l'employeur a le devoir d'annoncer la maladie longue durée à l'office AI sous un certain délai.

²¹ Shirin Hatam, juriste chez Pro Mente Sana Suisse Romande, « La très fictive impartialité des experts de l'AI », article du 11 février 2011 repris d'un article du journal Le Temps du même jour et l'arrêt cité dans cet article du TF 2C_777/2009. Sur les liens suivants :

<https://www.reiso.org/articles/themes/handicaps/20-la-tres-fictive-impartialite-des-experts-de-l-ai>

https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza%3A%2F%2F21-04-2010-2C_777-2009&lang=de&type=show_document&zoom=YES&

²² Arrêt du TCAS de Genève du 28 octobre 2008, considérant en droit 6 : « ...le Tribunal de Céans a déjà jugé que le SMR n'est pas indépendant et neutre... », avec référence à l'arrêt du 16 janvier 2007 du même Tribunal, considérant en droit 9: « comme l'a déjà relevé à plusieurs reprises le Tribunal de Céans, les médecins de SMR Léman sont liés par un rapport de travail avec l'Office... » Sur les liens suivants :

http://ge.ch/justice/donnees/decis/atas/show/1962135?meta=ATAS%2F1200%2F2008+%2Bdt_decision%3A%5B01.01.2008+TO+31.12.2008%5D&doc=

http://ge.ch/justice/donnees/decis/atas/search?sort_by=date&page_size=50&search_meta=ATAS%2F32%2F2007&Cherch



clinique genevoise Corela qui s'est vu retirer son autorisation d'exploiter suite aux modifications des expertises par son psychiatre répondant, sans avoir vu les expertisés, avant la remise de ces expertises aux assureurs²³, les exemples mis en lumière par des autorités judiciaires dont la haute moralité n'est pas à mettre en doute, sont malheureusement assez nombreux.

Dans ces situations d'abus et de manque d'objectivité de la part d'experts, les assurés sincères, ayant un droit légitime aux prestations des assurances, jouent leur survie économique.

Lorsqu'on y regarde d'un peu plus près, comme tout entrepreneur, l'expert en raison individuelle en cabinet ou sous la forme juridique de société (clinique par exemple) assume un risque économique.

La distinction entre l'activité dépendante et indépendante est clairement explicitée dans les directives de l'AVS en matière de salaire déterminant, sous chiffre 1026²⁴ : « Si le risque économique se limite à la dépendance à l'égard d'une activité donnée, le risque d'entrepreneur réside, en conséquence, dans le fait qu'en cas de révocation des mandats, la personne se retrouve dans une situation semblable à celle d'un salarié qui perd son emploi, ce qui représente une caractéristique typique d'une activité lucrative salariée ».

Si on part du point de vue que la réalité économique prévaut sur la forme juridique, l'expert dépendant d'un nombre limité d'assureurs/mandants ne risque-t-il pas de se retrouver dans la situation d'un salarié qui prend ses instructions auprès de sa hiérarchie ?

Pour éviter des cas d'abus tels que les exemples précités, la mise en place d'une réglementation par loi des conditions de la neutralité professionnelle de l'expert et de sa reconnaissable honnêteté serait vraiment souhaitable²⁵.

La division « au couteau » entre somatique et psychique, spécialement quand on touche aux sables mouvants des douleurs chroniques, amène à manquer d'investigations pourtant

er=Chercher

²³ Éric Maugué, « “Corela gate” ou le retrait de l'autorisation d'exploiter le département “expertises” d'une institution de santé », UNI-NE, Faculté de Droit, Newsletter mars 2018, avec référence à l'arrêt du TF du 22 décembre 2017. Le lecteur se référera utilement à l'analyse en partie III, qu'Éric Maugué introduit comme suit : « Cette affaire pose à nouveau et avec acuité la problématique du lien économique entre les centres d'expertises privés et les assureurs. Dans la mesure où leur source de revenus dépend essentiellement des mandats qui leur sont confiés par ces assureurs, il existe à l'évidence un risque élevé que les conclusions des expertises ménagent leurs intérêts au détriment d'une appréciation objective et impartiale de la situation de santé des expertisés. ». Sur le lien suivant :

https://www.publications-droit.ch/files/analyses/rcassurances/1a_18_mars_Analyse_2C_32_2017.pdf

²⁴ Directives sur le salaire déterminant dans l'AVS, AI et APG (DSD), valables dès le 1^{er} janvier 2019. Sur le lien suivant : <https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/6944/download>

²⁵ Les lignes directrices d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques émises par la Société Suisse de Psychiatrie pourraient constituer une base de départ pour une telle réglementation. A cet égard, le lecteur se référera utilement au Bulletin des Médecins Suisses 2004 ; 85 Nr 36 p. 1905 et ses « Lignes directrices de la Société Suisse de Psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques » ; ainsi qu'à la 3^e édition intégralement révisée et complétée du 16 juin 2016. Sur les liens suivants :

https://bullmed.ch/fr/resource/jf/journal/file/view/article/saez/fr/bms.2004.10676/5ed4d169a0f8785efa6a0afa40d90ff2ccfe0db0/bms_2004_10676.pdf

http://www.ai-pro-medico.ch/fileadmin/documents/f_lignes_directrices_expertises_psychiatriques_assurances_-_2016_06_16_def.pdf



nécessaires : les patients sont catalogués dans le tiroir « psy » et, en dépit de trois hernies discales et d'un diabète galopant, les investigations somatiques restent superficielles et, disons-le, peu ciblées. L'économicité des soins s'avère souvent une manière non pas de dépenser moins d'argent, mais de caser ailleurs les dépenses qui passent des assurances médicales aux assurances-invalidité, à travers des périodes plus ou moins longues d'aide sociale : on déverse les coûts du privé sur le public, avec de surcroît un endettement important de la personne.

L'économie à tout prix est parfois l'économie sans prix, car en voulant être efficace et économe, on devient dispersé et dépensier.

Nous avons à faire avec une population qui vieillit de manière très importante (même si aux USA la longévité est en train de baisser... en dépit des indicateurs économiques « à la hausse », voir Chodosh (2018) pour un aperçu, ou le rapport complet National Center for Health Statistics 2018) et qui a besoin de soins onéreux.

Nous avons à faire avec les retraites qui pèsent sur des nouvelles générations réduites en nombre et souvent économiquement instables, voir le Tableau en Annexe II²⁶, et avec des jeunes qui trouvent génial et écologique ne pas avoir d'enfants.

Nous avons à faire avec un flux migratoire qui est inéluctablement dirigé vers des pays riches et démographiquement vides, ce qui n'est pas un mal en soi, mais amène des coûts de santé « de rattrapage » importants...

Est-ce qu'il y a réellement une solution pour réduire les coûts de la santé, ou ne faudrait-il pas prendre nos pertes et accepter que la santé a un coût parce qu'elle n'a pas de prix, tout simplement ?

En principe, dans ce type de dissertation, on a l'air plus intelligent si on affirme « poser des questions » sans avoir la prétention de donner des réponses. C'est très sage et de bon aloi. Sauf qu'au vu du nombre limité d'amateurs qui liront ce chapitre, nous pouvons prendre le risque et proposer des idées, quitte à être pris à baffes par le futur ...

Une utilisation parcimonieuse de la témérité (comme du mensonge) est parfois paradoxalement prudente (et sincère).

Il y a eu dans les derniers trente ans une perte de rôle, comme nous venons de le dire, de la profession médicale et du médecin, et des soignants en général, nous sommes tous devenus plus démocratiques, plus justes, plus respectueux de l'égalité, en un mot plus politiquement corrects, ce qui n'a été qu'une grosse blague et un gros mensonge, bien au-delà de l'utilisation parcimonieuse. Les médecins d'aujourd'hui font une médecine de non-prise de risque pour eux-mêmes. Mieux vaut suivre un arbre décisionnel bien bétonné légalement, qu'utiliser sa tête et son esprit clinique.

Quand on va chez le médecin (y compris les médecins mêmes quand ils sont patients) c'est lui/elle qui sait et nous, nous avons besoin de nous sentir mieux. Il y a forcément une hiérarchisation entre qui sait et qui ne sait pas. Le consentement éclairé, au fond, présuppose que tout à coup une personne qui n'a pas étudié 20 ans la médecine arrive à acquérir le savoir, le savoir-faire, la panoplie de cas cliniques qui sont dans la mémoire du médecin en face de lui, tout en gardant son calme car c'est de sa vie qu'on discute.

²⁶ Source <https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/wirtschaftslage---wirtschaftspolitik/Wirtschaftslage/Arbeitslosenzahlen.html>.



Je peux moi-même être un bon médecin avec une ou plusieurs spécialités, je n'ai pas le savoir, le savoir-faire, la panoplie de cas cliniques en tête qui est nécessaire pour juger de mon propre cas... Les livres, les arbres décisionnels et l'*experience based medicine* ne peuvent pas remplacer le savoir médical.

Surtout, encore plus profondément que le savoir médical, le doute, le flair et l'improvisation médicales. Attention, quand un robot devient assez élaboré, lui aussi improvise (et doute ?)... (voir Collins et Prigg, 2017).

Pour revenir au discours sur l'économicité, le médecin dans la vie de la ville, du village, des zones rurales, était une composante « noble », il avait une présence spécifique, une posture d'autorité, il bénéficiait d'un certain respect. L'argent certes était important, il l'est toujours, mais le respect (comme la santé) n'a pas de prix.

Nous sommes, depuis les 30 ans cités plus haut, dans une dépréciation du rôle avec un dédommagement (en Suisse, mais aussi dans le reste de l'Europe avec une médecine à deux vitesses)²⁷ en argent. Personne n'a envie de perdre son temps sans y gagner des sous, alors « basta » le médecin de campagne, basta la recherche pour l'amour de la recherche, basta le long temps pour faire des études (faire sa médecine) et devenir « médecin »... aujourd'hui il faut parler économicité, éthique, communication... et alors, en étant si démocratiquement mis au pas, les médecins cherchent la reconnaissance dans le gain..., mieux encore dans l'illusion du gain.

De nombreuses voix politiques ont pointé du doigt les gains « démesurés » des médecins, on a donc bien montré qu'il s'agit, entre frais, impôts et dépenses, de gains absolument légitimes... Voir l'article de l'AMG « Expert moi non plus »²⁸.

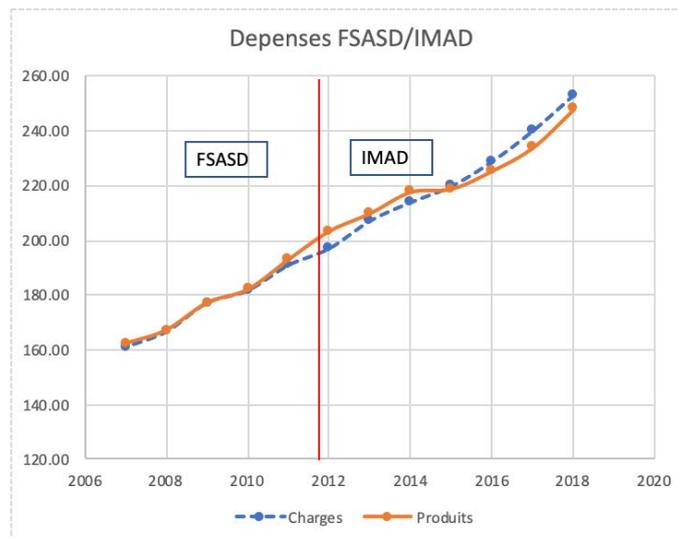
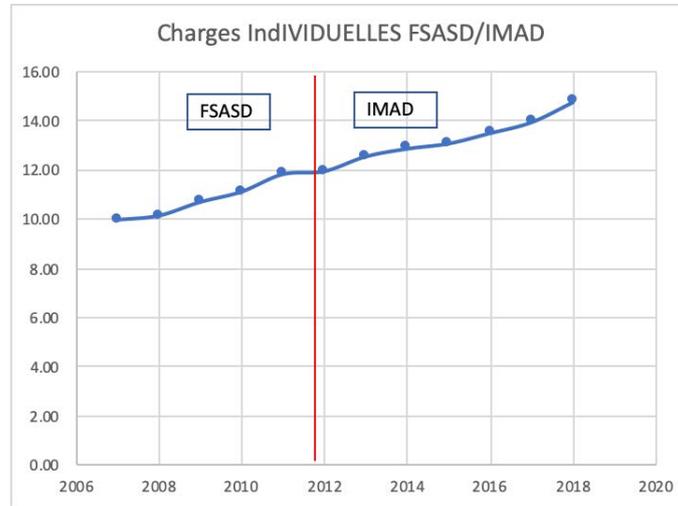
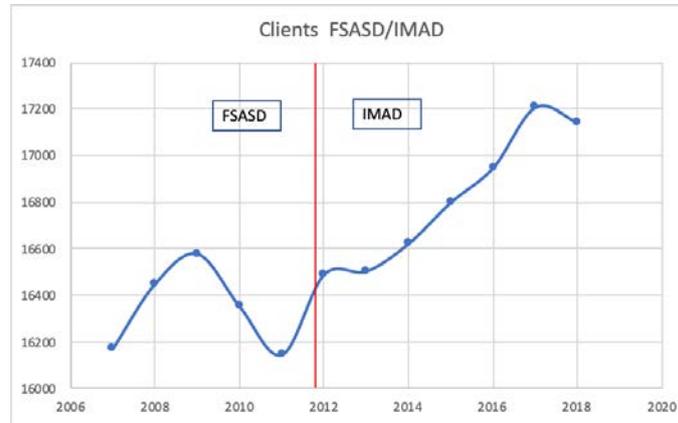
Cela dit, les auteurs pensent, peut-être naïvement, qu'une revalorisation du rôle du soignant, entre autres celui des médecins, avec des encouragements somme toute pas très dispendieux, comme le logement gratuit ou quelques avantages sur les transports et le remboursement des déplacements à domicile, pourraient redistribuer la population médicale sur le territoire avec une revalorisation des zones rurales, réduire les embouteillages aux urgences hospitalières, rendre la disponibilité des médecins plus souple et cela sans le recrutement presque militaire des médecins de garde.

²⁷ Voir <http://alencontre.org/suisse/suisse-la-campagne-sur-lexplosion-des-couts-de-la-sante-faire-peur-pour-faire-mal.html>

²⁸ Édito de La Lettre de l'AMGe de mai 2019, Association des Médecins du canton de Genève, mai 2019, n°4 <https://www.amge.ch/2019/05/03/expert-moi-non-plus-edito-de-la-lettre-de-lamge-de-mai-2019/>



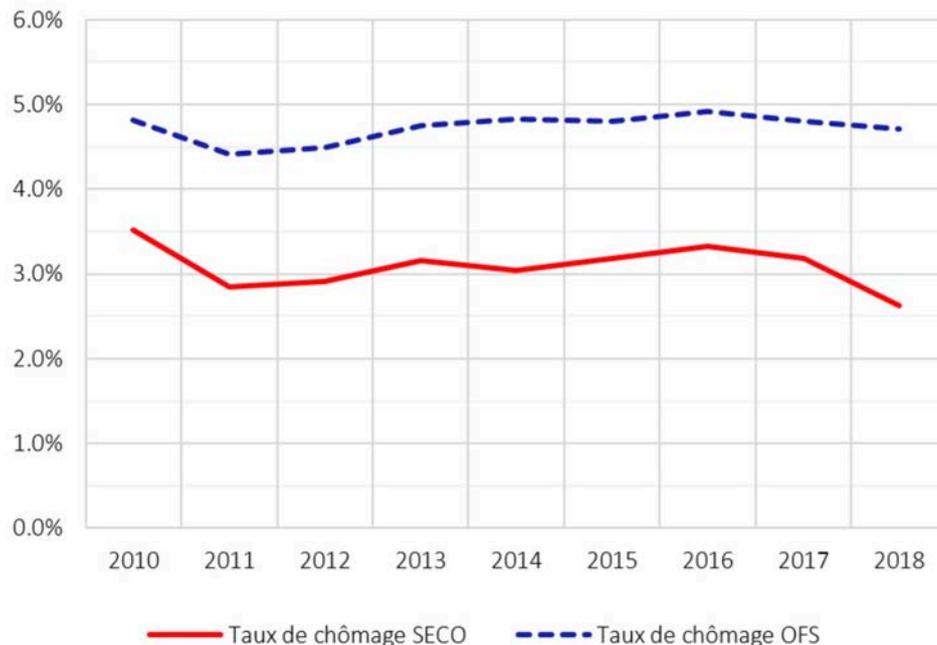
Annexe I





Annexe II

Évolution du chômage en Suisse selon l'Office Fédéral de la Population et le Secrétariat d'État à l'Économie.



Bibliographie

Baudouin C. *Le mythe du moderne*. Edition du Mont Blanc, Genève, 1946

Brush JE, Halperin JL. A Baby in the Bathwater. *Journal of the American College Of Cardiology*. 2016 ; 68(2) : 214-216.

Chodosh S. The decline in U.S. life expectancy is unlike anything we've seen in a century <https://www.popsci.com/life-expectancy-declining> récupéré le 14 février 2019.

Collins T., Prigg M. Facebook shuts down controversial chatbot experiment after AIs develop their own language to talk to each other. <https://www.dailymail.co.uk/sciencetech/article-4747914/Facebook-shuts-chatbots-make-language.html>. Récupéré le 14 février 2019.

National Center for Health Statistics. Health, United States, 2017: With special feature on mortality. Hyattsville, MD. 2018. <https://www.cdc.gov/nchs/hsu/description.htm> récupéré le 14 février 2019.

Sheridan DJ, Julian DG. Achievements and limitations of evidence-based medicine. *J Am Coll Cardiol* 2016; 68:204–13.