

LE TEMPS



Brigitte Rorive: «En Suisse, le système est extrêmement morcelé, ce qui fait que chacun s'est équipé et fonctionne différemment.»
© Guillaume Megevand pour Le Temps

GRANDE INTERVIEW

Brigitte Rorive: «On n'écoute pas assez les patients»

Pour la directrice des finances des HUG, il faut mettre le patient, et non les infrastructures, au centre du système de santé suisse, ce qui implique un changement de paradigme

10 minutes de lecture

Michel Guillaume

Publié vendredi 5 avril 2019 à 13:28, modifié vendredi 5 avril 2019 à 13:30. **ABONNÉ**

Son CV est impressionnant. Avant de se plonger dans le secteur de la santé, Brigitte Rorive a fait beaucoup d'autres choses dans sa vie: de la criminologie, de l'économie de gestion, de l'aide au développement. Et avant d'arriver à Genève, elle a vécu longtemps en Belgique, au Québec et à Trinidad. C'est tout cela qui lui fait porter un regard à la fois critique et bienveillant sur le système de santé suisse.

Le Temps: Avez-vous déjà été aux HUG en tant que patiente?

Brigitte Rorive: Je ne suis quasiment jamais malade. Je n'ai jamais été hospitalisée, à part lors de mes deux accouchements. Je vais rarement chez le médecin, et évite de prendre des médicaments.

Est-ce que cela influence votre vision du système de santé?

Non, je ne pense pas. J'observe, j'analyse et je me documente beaucoup.

Et lorsque votre famille est concernée, votre regard de spécialiste de la santé modifie-t-il votre comportement?

Disons que je pose beaucoup de questions. Des exemples de gaspillage, j'en ai vu, bien sûr. Mon mari, un chercheur bien connu, a fait un accident vasculaire cérébral (AVC) alors qu'il donnait une conférence à Amsterdam. Lorsqu'il a été rapatrié en Suisse, son neurochirurgien, au courant de son dossier, l'attendait. Là, l'hôpital l'a contraint à passer aux urgences, où il a dû patienter huit heures dans un box pour passer un scanner qui avait déjà été fait à Amsterdam et dont il avait les résultats sur lui.

Quelle leçon tirez-vous de cette expérience?

Le sentiment de ne pas avoir été écoutés. Ma maman, âgée de plus de 80 ans, a demandé les soins palliatifs après avoir été victime de deux cancers. Malgré ce choix, son oncologue lui a proposé un nouveau traitement à l'étranger auquel elle ne tenait pas. Lorsqu'elle lui a signifié son refus, le spécialiste a répondu: «J'espère que vous savez ce que vous faites.» Pour moi, cela n'avait pas de sens d'aller au-delà de son attente.

Vous avez voyagé dans le monde entier. Le système suisse est-il bon mais trop cher?

Oui, il est performant, accessible et encore solidaire, mais il devient trop cher. En Suisse, les dépenses de santé atteignent près de 13% du PIB. Les coûts augmentent plus vite que la croissance économique. C'est un problème, même si nous avons un personnel très compétent et des infrastructures de qualité.

Quand vous dites qu'il faut changer de paradigme, ne sous-entendez-vous pas que nous faisons tout faux en Suisse?

Non! Mais notre système de santé ne pourra plus répondre de la même façon aux besoins des générations suivantes, pour lesquelles il ne sera plus soutenable. C'est pour cela qu'il faut changer de paradigme. Aujourd'hui déjà, nous ne répondons pas à tous les besoins de manière adéquate. Les maladies chroniques deviennent prédominantes, or elles demandent une coordination des soins et une continuité de prise en charge que nous ne sommes pas encore capables d'offrir correctement.

Vous dites qu'il y a des trous dans le système. Où, précisément?

Nous n'avons pas assez de solutions autres que l'hôpital. Prenez le cas des personnes âgées, la grande majorité veut finir sa vie à la maison. Or, au-dessus de 80 ans, près d'une personne sur deux est hospitalisée et un certain nombre d'entre elles ne rentreront plus à domicile.

Lire aussi: Le premier centre de génomique médicale ouvre à Genève

Vous citez le Danemark en exemple, un pays de 4 millions d'habitants qui n'aura plus que 21 hôpitaux de soins aigus dans cinq ans. Y a-t-il trop d'hôpitaux en Suisse?

Non, par rapport à la manière dont on organise les soins aujourd'hui. Mais par rapport au souhait des patients de rester à domicile et aux coûts élevés de l'hôpital, qui est la structure la plus chère, alors oui! On pourra dire que nous avons trop d'hôpitaux lorsque nous aurons déployé tout ce qu'il faut en amont de l'hôpital. Nous devrions développer davantage d'offres dans les lieux de vie et permettre au patient de rester à la maison le plus possible. Il faut garder l'hôpital comme dernier recours, pour les soins spécialisés et nécessitant un plateau technique.

Qu'est-ce qu'il manque?

Plusieurs choses. Il n'y a plus, ou très peu, de médecins qui vont à domicile, car ce n'est pas bien rémunéré. Aux HUG, nous avons mis en place des équipes mobiles qui vont chez les patients, mais nous ne pouvons le faire que parce que nous avons l'aide de l'Etat. Nous travaillons par exemple dans les soins palliatifs, la gériatrie ou la psychiatrie, mais nous ne répondons pas à l'ensemble des besoins.

D'autres déficits?

Sur Genève, il n'y a pas de garde médicale, contrairement à ce qui se fait en France et en Belgique. C'est pour cela notamment que les urgences sont surchargées. Il commence à y avoir des maisons médicales, un lieu de rassemblement de plusieurs professionnels de la santé sur un territoire donné. Ces maisons sont beaucoup moins chères que l'hôpital, car c'est une offre ambulatoire, sans plateau technique ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les études disent qu'il y a 20% d'actes inutiles qui n'apportent pas de valeur ajoutée. Est-il aujourd'hui possible de les identifier?

C'est justement là où le projet de *smarter medicine* – une médecine qui s'assure de faire ce qui est juste en se basant sur de bonnes pratiques éprouvées – trouve tout son sens. Il est parti des sociétés médicales aux Etats-Unis, qui ont pris le taureau par les cornes à la suite d'un célèbre rapport sur le gaspillage dans les soins. Chaque spécialité a identifié cinq actes non pertinents. Ainsi, en radiologie, la radio du thorax dans le cadre d'un bilan préopératoire était superflue dans certains cas. Aux HUG, ces bonnes pratiques ont été introduites dès 2012, nous avons divisé le nombre de ces radios par deux en quelques années.

Lire également: Les HUG appelés à plus de transparence

Comment rémunérer un médecin qui renonce à une prestation?

C'est là tout le problème du financement. Aujourd'hui, plus on fait de prestations, plus on est payé. Alors qu'il faudrait rémunérer la qualité et le résultat pour ne pas décourager les bonnes intentions. Mais c'est compliqué, car il est plus facile de calculer le nombre de prestations que de mesurer le résultat. La Suisse a été plus lente à mettre en place des outils mesurant la qualité au niveau national. On devrait mieux rémunérer le médecin, ou l'hôpital, qui a réussi à faire un itinéraire clinique rapide avec de bons résultats pour le patient.

C'est-à-dire?

Nous pourrions rémunérer les médecins au forfait pour la prise en charge totale d'une maladie, un peu comme on rémunère une agence de voyages pour l'organisation d'un séjour à l'étranger. C'est l'agence qui redistribue ensuite à tous les prestataires une partie du forfait. En médecine, on appelle ça le *bundle payment*. Si vous avez de l'arthrose et qu'il vous faut une prothèse de hanche, un prix est fixé pour toute la prise en charge, de la première consultation chez un spécialiste, l'opération, et jusqu'au retour au domicile. Ce qu'il nous faut, c'est cette agence de voyages capable de coordonner le tout. C'est là toute l'idée des réseaux intégrés de soins.

Vous dites qu'il faut freiner la fuite en avant technologique. Qu'entendez-vous par là?

La technologie n'est pas une fin en soi, mais un moyen qui doit permettre d'atteindre un objectif: ne faire que ce qui est juste pour le patient. Il faut pouvoir renoncer aux technologies ayant peu de valeur ajoutée. Aujourd'hui, nous avons moins de maladies aiguës exigeant une technologie pointue et plus de maladies chroniques nécessitant beaucoup de coordination et de continuité dans la prise en charge. Et là, nous manquons encore de réponse.

Ne faudrait-il pas introduire au plus vite le dossier électronique du patient?

Bien sûr! Ici, la technologie pourrait effectivement nous aider dans le partage des données. Dans le cas de maladies chroniques, il n'y a rien de plus énervant que de recommencer à raconter toute votre histoire en arrivant chez un nouveau prestataire de soins. A l'hôpital, nous recommençons l'admission de patients qui nous sont envoyés par les soins à domicile alors qu'ils ont déjà toutes les informations.

Où en est-on en Suisse?

En Suisse, le système est extrêmement morcelé, ce qui fait que chacun s'est équipé et fonctionne différemment. Mais si tout est lent, c'est aussi parce qu'on est parti du moyen, et non de l'objectif, de ce qu'on veut faire du dossier partagé. Quand on travaille à l'envers, il est laborieux de faire avancer les projets. Chacun essaie de protéger son territoire, et il manque la vision commune. C'est comme si vous deviez faire un puzzle sans l'image!

Trente pour cent des coûts de la santé sont consacrés aux deux dernières années de vie. Sera-t-il possible d'éviter l'acharnement thérapeutique par des soins palliatifs adéquats?

C'est une des pistes, mais pas la seule. C'est compliqué, car il faut tenir compte de considérations éthiques, cliniques et aussi économiques et arriver à trouver un équilibre entre tout cela. S'il y a un endroit où il faut écouter la voix du patient, c'est là. Ce sont rarement les patients qui réclament l'acharnement thérapeutique.

Presque toutes les personnes âgées souhaitent vieillir dans la dignité. Si celle-ci n'est plus garantie, elles préfèrent mourir.

J'ai vécu de près la mort de ma maman, par l'euthanasie, qui est légalisée en Belgique. A la demande du patient, un médecin peut pratiquer l'euthanasie, qui est considérée comme une mort naturelle. Cela se fait dans des conditions bien précises: le patient en proie à de grandes souffrances physiques et morales doit rédiger tout un dossier avant de pouvoir décider du jour de sa mort. Si le médecin a des doutes, il peut s'adresser à un comité d'éthique.

Cette euthanasie dépénalisée est-elle une meilleure solution que le suicide assisté pratiqué par l'association Exit?

Je pense que oui. En Suisse, c'est la personne qui doit avaler un produit létal, cela reste un suicide qui n'est pas reconnu par la loi. Et l'acte est moins encadré qu'en Belgique, où la loi protège la personne contre de possibles abus.

En Suisse, on ne consacre que 2,4% des dépenses à la prévention. La faute aux lobbys qui n'en veulent pas?

C'est la faute à tout le monde et à personne. Il faut arrêter de chercher des coupables. Quand je suis arrivée aux HUG en 2006, j'ai été stupéfaite de m'entendre dire que ce n'était pas le rôle de l'hôpital de faire de la prévention. Heureusement, cela a changé. D'une part, l'hôpital fait de la prévention à l'intérieur de ses murs pour éviter des chutes, des contre-indications médicamenteuses et des infections notamment. D'autre part, l'hôpital a commencé à faire de la prévention hors de ses murs, à l'IMAD et dans les EMS, par exemple.

Comment prévenir l'obésité, dont on sait qu'elle est liée à la pauvreté?

Si on veut la prévenir, il faut se concentrer sur les populations à risque, principalement celles qui sont pauvres. L'obésité est liée à la mauvaise alimentation, au manque d'exercice, à un manque d'information. Des études montrent que si une personne peine à boucler ses fins de mois et habite dans un quartier sans magasins d'alimentation saine ni infrastructure sportive, elle a plus de risques de devenir obèse. Il faut donc agir en fonction de cela: revoir les repas dans les cantines scolaires, offrir un accès à l'exercice physique dans les parcs publics par exemple, ou proposer des produits frais dans les automates alimentaires.

Croyez-vous aux applications fitness des assurances maladie pour adopter de bons comportements?

Tout notre système de santé devrait être basé sur le maintien en bonne santé de la population. Je rêve de compagnies d'assurances qui fassent des analyses de risques d'obésité ou d'insuffisance cardiaque et qui proposent du fitness gratuit à ceux qui ne peuvent pas se le payer. Car nous savons très bien que si ces personnes n'en font pas, elles ont plus de risques de se retrouver à l'hôpital, ce qui va coûter beaucoup plus cher.

Et le patient, deviendra-t-il plus intelligent dans ses choix de prestations de santé?

Les Anglo-Saxons parlent beaucoup d'éducation à la santé. Personnellement, je pense que si on veut faire évoluer le système vers un réseau de soins intégrés, il faut que le patient soit bien informé et plus impliqué dans les choix, surtout dans les cas de maladies chroniques. De plus, le monde soignant doit entrer davantage dans une logique partenariale et quitter cette posture un peu dépassée et paternaliste de celui qui sait ce qui est bien pour son patient. J'y crois: la jeune génération est demandeuse à cet égard.

Quel est le système suisse de santé idéal que vous appelez de vos vœux?

Celui qui met les gens au centre des préoccupations, et non les prestataires de soins. Celui qui fait tout pour garder les personnes, et notamment les populations à risque, en bonne santé le plus longtemps possible. La Suisse a peut-être une chance particulière. Comme son système est très décentralisé, peut-être en profitera-t-on pour faire des expériences innovantes et courageuses.

Le questionnaire de Proust

Votre artiste préféré? Alberto Giacometti, une œuvre épurée mais puissante.

Votre livre de chevet? «Sapiens», de Yuval Noah Harari.

Si vous étiez un animal? Une lionne, c'est mon signe du zodiaque: elle est efficace, féroce, protectrice.

L'application de votre smartphone dont vous ne pouvez pas vous passer? WhatsApp et Skype, qui me permettent de rester en contact avec mes petits-enfants qui sont en Belgique et au Mexique notamment.

Votre objet le plus précieux? Les vieilles photos de famille.

Votre plus grand regret? Ne pas avoir appris à jouer d'un instrument de musique.

Votre moyen préféré de vous ressourcer? Marcher dans la nature au bord de l'eau.

Profil

1959 Naissance à Liège, en Belgique.

1980 Diplôme de criminologie de l'Université de Liège.

1985 Formation en économie et gestion.

1990 Directrice d'une agence de développement économique à Montréal.

2005 Docteur en stratégie et management des organisations, Université de Lille.

2006 Adjointe du directeur général aux HUG.

2013 Directrice des finances aux HUG.

Michel Guillaume
@mfguillaume

Correspondant au Palais fédéral
