

Tempora mutantur

Pierre Périat

Je me souviens du temps où le médecin traitant pouvait confier un patient qu'il jugeait en incapacité de travail et de gain à l'assurance sociale en se basant sur sa réputation personnelle et des discussions avec ses médecins-conseil. On le jugeait détenteur d'une telle compétence.

Après une période d'abus de quelques assurés (et médecins!), tout cela a changé. Mais même les grandes maisons ont des employés qui n'ont pas pu se faire aux nouvelles conditions de travail, plus dures, et qui ont basculé vers les services sociaux et donc les assurances sociales.

Sous la pression de leur endettement, les assurances prennent maintenant leurs décisions toujours plus en leur faveur. Nous médecins ne comprenons souvent plus leurs décisions.

Alard du Bois-Reymond, chef de l'AI à l'OFAS, a récapitulé ces changements: «La zone grise était auparavant en faveur de l'assuré, elle est maintenant en faveur de l'assurance. Auparavant, une rente était peut-être accordée à tel ou tel assuré si trois certificats médicaux sur quatre confirmaient une incapacité de travail – et aujourd'hui on s'acharne à en avoir un quatrième.» [1]

Le Tribunal fédéral des assurances a lui aussi réagi: «Les décisions sont de plus en plus en faveur de l'AI», dit Paul Meier, directeur de l'agence AI de Bâle-Ville [2]. La priorité n'est plus accordée à la sélection socialement correcte des candidats aux prestations de l'assurance, mais à la baisse du déficit de l'assurance.

Dans les décisions à long terme tout au moins, ce n'est plus nous médecins qui décidons qui reçoit des prestations de l'assurance sur la base de nos certificats et expertises, mais des employés des assurances et juristes. Ceci en se référant à des données médicales qui doivent être exprimées en un langage non plus médical mais spécifiquement d'assurance, pour que ces non médecins puissent en tirer parti.

Comme il s'agit manifestement d'une décision lé-gale, il n'est plus question de la trouver bonne ou mauvaise. Par contre il nous faut maîtriser ce langage dans le but d'en tirer le meilleur parti possible pour les patients que nous jugeons «corrects». Oliveri et al. nous présentent ce langage dans leur article «Principes fondamentaux de l'appréciation médicale de l'exigibilité et de la capacité de travail» (voir page 420).

La première lecture de cet article m'a plutôt indigné, car j'ai eu toute les peines du monde à en suivre le langage spécifique et j'ai été rapidement lassé et tenté de le jeter. Mais plus tard une certaine rage et sans doute une certaine vexation narcissique m'ont envahi, parce qu'il m'apparaissait que nous, praticiens, n'aurions absolument plus aucun poids avec notre argumentation médicale actuelle auprès des assurances et de leurs médecins. Après plusieurs lectures, par contre, j'ai petit à petit acquis la conviction que nous, praticiens, sommes tout simplement confrontés à ces nouvelles données, et devons intégrer ces nouveaux concepts dans l'évaluation de nos patients. Et je crois aujourd'hui que nos lecteurs ne feront pas que survoler cet article, mais l'étudieront et l'intérioriseront le plus rapidement possible. Les futures générations de médecins seront certainement informées plus en détail que nous le fûmes sur les questions et appréciations des assurances pendant leurs études déjà, par les nouvelles chaires d'asséurologie. Nous, les anciens, devons nous adapter sérieusement par la formation continue à cette nouvelle problématique.

Références

- 1 Alard du Bois-Reymond dans la «NZZ am Sonntag» du 20 février 2005.
- 2 Paul Meier dans la «Basler Zeitung» du 16 février 2005.