

Identité du médecin de premier recours et qualité en médecine ambulatoire

Ce n'est pas très original de dire que la médecine de premier recours (MPR) subit une crise des vocations. La solution envisagée par les politiques (et les assurances), c'est de confier les patients avec maladies chroniques à des équipes spécialisées et d'utiliser les services téléphoniques d'organisations comme Medgate ou Medi24 pour le tri des urgences.

Les MPR se défendent en revendiquant une prise en charge globale, qui intègre les dimensions psychosociales tout au cours de l'existence de leurs patients. La qualité de la communication serait un des points importants, aussi bien pour le partage de la décision que pour amener un changement de comportement.

Ces attitudes sont de toute évidence très importantes et méritent d'être considérées, mais elles ne suffisent pas à garantir une bonne qualité du processus «consultation médicale». Une étude récente a étudié la qualité de la prise en charge chez 111 internistes américains en utilisant des patients simulés (acteurs).¹ Un des quatre cas était par exemple un patient diabétique avec une histoire de malaise. *Si on le lui demandait*, il disait que le dosage d'insuline avait été modifié récemment, qu'il avait eu des palpitations et qu'il n'arrivait plus à lire les graduations sur son matériel d'injection. Les actions correspondantes sont évidentes: revoir le traitement, s'inquiéter d'une atteinte cardiaque et modifier le matériel d'injection. L'évaluation était catastrophique, seuls 9% des médecins prenaient ces trois décisions, ceci simplement parce qu'ils n'avaient pas posé les bonnes questions. Une étude à Genève avait montré exactement la même chose.²

L'analyse décisionnelle...



La gestion des symptômes (un malaise par exemple) ne semble donc pas toujours exemplaire, c'est le moins qu'on puisse dire. Un tel défaut de qualité ne semble pas acceptable. Il est étonnant qu'on ne s'y intéresse pas davantage. Le problème est probablement culturel. J'ai lu dans une thèse sur les motifs de consultation:³ «Alors rien ne se passait comme je l'avais prévu, ce que je voyais n'était pas des cas typiques comme à l'hôpital. Pas de tuberculose, pas de typhoïde, pas de valvulopathies, mais une petite vieille avec un mal de dos, une autre avec un mal de ventre et une troisième avec mal partout. Malgré tous mes efforts, je n'arrivais pas à poser un diagnostic pour ces plaintes vagues. E. Liek». Déjà au siècle passé, le docteur Braun avait eu l'intuition que le diagnostic n'est pas le même en médecine ambulatoire que dans des milieux

... le diagnostic n'est pas le même en médecine ambulatoire que dans des milieux hospitaliers ...

hospitaliers.⁴ La société française de médecine générale a réalisé également un dictionnaire des résultats de consultation⁵ dans le même esprit.

En fait, la différence avec le milieu hospitalier, c'est que la consultation ambulatoire d'un MPR ressemble à la tragédie antique, unité de lieu de temps et d'action. A la fin d'une consultation, le praticien, dans tous les cas, doit agir et décider, assez souvent sans diagnostic au sens habituel du terme. Les spécialistes ou les hôpitaux, eux, prennent le plus souvent le temps d'un diagnostic précis avant d'agir. C'est probablement pour cette raison qu'on dit des MPR qu'ils n'ont pas de «diagnostic fiable».⁶ «Avant la thérapie, les dieux ont mis le diagnostic. Naegeli». Pour le MPR, on devrait plutôt dire *avant le diagnostic, les dieux ont mis la décision*.

La gestion des problèmes semble donc être une des spécificités des MPR. Pour évaluer ceci, nous avons fait une petite étude sur 452 consultations prises au hasard chez une centaine de MPR. La question posée était de savoir si le motif de consultation était une maladie ou un problème (symptôme). La prise en charge des maladies peut être protocolée et sa gestion pourrait être

Tableau 1. Sur 452 consultations ambulatoires de MPR, la question est posée: s'agit-il de la gestion d'un problème, d'une maladie ou des deux?

Dans 71% des consultations, le MPR devait gérer un problème (analyse décisionnelle).

Consultations	452	%
Problème	237	52
Les deux	83	19
Maladie	132	29
		100%
Problème	320	71

partagée avec d'autres intervenants. La gestion des problèmes implique des compétences en analyse décisionnelle et en gestion de l'incertitude.

Cette étude (tableau 1) montre qu'effectivement, la gestion de problèmes (analyse décisionnelle) concerne la plupart des consultations médicales, alors que la prise en charge de maladies (protocoles) est moins fréquente.

Cet article n'a pas pour but de remettre en question l'importance de la communication dans la pratique d'un MPR, mais de souligner l'importance de la gestion de problèmes. C'est un aspect fascinant et très motivant de la pratique médicale. Il est frappant de constater l'intérêt général des MPR pour la médecine d'urgence, qui s'occupe principalement de gestion de problèmes. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il est peut-être moins intéressant d'appliquer des protocoles pour des maladies chroniques que de se plonger dans l'analyse décisionnelle en urgence. L'étude citée ci-dessus montre que des progrès importants peuvent être faits dans ce domaine.

Investir dans le domaine de la gestion de problèmes va dans le sens de la revalorisation du MPR, qui n'est plus un «trieur» mais un spécialiste de la gestion de la décision et de l'incertitude. Cette partie incontournable, mais méconnue de son métier est également le sujet potentiel d'études scientifiques de haut niveau.

Dr Marc-André Raetzo
Rte de Loëx 3
1213 Onex
raetzo@gmo.ch



-
- 1 Weiner SJ, Schwartz A, Weaver F, et al. Contextual errors and failure in individualizing patient care: A multicenter study. *Ann Intern Med* 2010;153:69-75.
 - 2 Nendaz M, Raetzo MA, Junod A, Vu NV. Teaching diagnostic skills: Clinical vignettes or chief complaints? *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2000;5:3-10.
 - 3 <http://dr.petitjean.free.fr/drlp.these.pdf>
 - 4 http://de.wikipedia.org/wiki/Problemorientierte_Dokumentation
 - 5 www.sfm.org/outils_sfm/dictionnaire_des_resultats_de_consultation_____drc/
 - 6 www.amge.ch/2008/03/27/le-medecin-de-famille-en-voie-de-disparition/