

LA MÉDECINE DE FAMILLE, UNE SPÉCIALITÉ? POINT DE VUE DU CERCLE DE QUALITÉ DE LA BROYE

À PROPOS DE L'INTERVIEW DE SENN N., PAR CASSELYN M. ET KIEFER B. LA MÉDECINE DE FAMILLE DOIT ASSUMER LE FAIT D'ÊTRE UNE SPÉCIALITÉ.

Rev Med Suisse 2017;13:4-7.

Une interview du Pr Nicolas Senn (NS), directeur de l'Institut universitaire de médecine de famille de Lausanne, publiée dans la *Revue médicale suisse* (RMS) du 11 janvier 2017, a incité dix médecins du Cercle de qualité de la Broye fribourgeoise et vaudoise (CQB) à s'interroger sur la congruence entre leur pratique quotidienne de médecins de famille et les réponses apportées par cet enseignant aux questions posées par M^{me} Marina Casselyn et le Dr Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la RMS.¹

NS a pu ainsi développer ses idées autour du postulat: «la médecine de famille doit assumer le fait d'être une spécialité» et évoquer les défis posés par l'évolution de la médecine de famille (MF), de son enseignement à sa pratique, en passant par la recherche et les rapports avec les nouvelles technologies. Lors de plusieurs rencontres au cours de cette année, le CQB a cherché à formuler ses propres réponses aux différentes questions qui ont été posées. Tout d'abord, à propos de la place de la MF dans l'enseignement de la médecine, NS souhaite lui donner dorénavant une place centrale qui correspond à la tendance actuelle à *déshospitaliser* et à *désécialiser* les soins. Il propose qu'au cours de la formation prégraduée, l'étudiant apprenne à exercer d'abord une logique de raisonnement clinique avant de recourir à des connaissances spécialisées. Le CQB approuve cette démarche et ajouterait qu'il est indispensable de sensibiliser l'étudiant à l'importance d'une écoute bienveillante et attentive du patient et d'une communication de qualité, car ce n'est qu'à ces deux conditions que peut se développer une relation patient-médecin satisfaisante. Le CQB rappelle que, dans les années quatre-vingt, l'OMS mentionnait déjà que tout système de santé doit reposer sur les soins de santé primaires, la MF en constituant le socle. A cette époque, dans le *Bulletin des médecins suisses*, le Dr Jean Martin, médecin cantonal vaudois, avait énoncé une liste de

douze «P» pour définir la médecine générale:

- Médecine de la *Personne*, d'un *Patient* (plutôt que d'un organe).
- Au contact de la *Population*, des familles, du milieu en général.
- En *Permanence* (continuité).
- A même de s'attacher aux *Priorités* pratiques.
- De *Premier* recours et *Polyvalente* (primaire – dans le bon sens).
- Avec une composante *Pédagogique*.
- Incorporant la *Prévention*.
- *Pivot* de la prise en charge ambulatoire, cela dans une optique *Pluridisciplinaire*.
- Jouant un (certain) rôle *Public*.

A propos de la *désécialisation*, en 2002, le CQB avait évalué l'importance et la qualité de la collaboration entre médecins de premier recours et spécialistes, démontrant que le taux de référence moyen à un spécialiste ne s'élevait qu'à 5,1%, soit une demande formulée toutes les 19 consultations.² Une autre étude, réalisée récemment entre 2012 et 2013 sous la direction de l'Institut de médecine de premier recours de Zurich auprès de 92 médecins, arrive à un taux de référence de 6%, soit très proche du nôtre à dix ans d'intervalle. Par contre, par rapport à 1989, le taux de patients référés à des spécialistes par consultation a presque triplé.³ NS mentionne une grande avancée dans l'enseignement de la MF. Il s'agit de l'introduction du stage obligatoire d'un mois chez un praticien pour les étudiants prégradués. Trois médecins du CQB accueillent régulièrement ces étudiants et un occasionnellement. Un seul participe au programme de l'assistantat au cabinet médical, idée lancée en 1998 par la FMH et le Collège de médecine de premier recours (CMPR). En 2008, la responsabilité de ce programme a été transmise à la Fondation pour la promotion de la formation en médecine de famille (FMF) récemment créée.⁴ Cet enseignement de la MF institué maintenant dans les facultés de médecine à Genève, Lausanne, Berne, Zurich et à Bâle, incite-t-il vraiment les étudiants à s'orienter vers cette spécialité? Pour NS, l'effet reste pour l'instant limité, butant sur les questions du revenu et de la valorisation sociale de la MF. Par rapport au revenu, le CQB se dit très satisfait de la décision du Conseiller fédéral Alain Berset

d'avoir introduit, à partir d'octobre 2014 dans le TARMED, une position supplémentaire pour la MF (00,0015 = 10,69 pts), entraînant une hausse non négligeable de nos revenus. Quant à la valorisation sociale, nous nous sentons beaucoup plus à l'aise que nos confrères français qui ne pratiquent ni laboratoire, ni ECG, ni radiologie, ce qui dévalorise leur pratique. Par contre, le CQB, tout comme la FMH, reste très critique face à la deuxième intervention du Conseil fédéral dans le TARMED. Comme le souligne le Dr Carlos Beat Quinto, dans un éditorial du *Bulletin des médecins suisses*, les propositions de limitation de temps des positions «consultation», «visite» et «prestation en absence du patient» vont placer le médecin de famille face à un dilemme éthique. Pour lui, «...Les limitations de temps sont contraires à l'art.117a de la Constitution fédérale. Elles désavantagent les patients vulnérables et pénalisent la médecine de proximité de bonne qualité. Elles affaiblissent les médecins de premier recours, en particulier les médecins de famille. Ces limitations constituent une mesure arbitraire et inappropriée et remettent en question les objectifs de santé publique...».⁵ Quant aux présidents de l'AMG et des Médecins de famille de Genève, dans l'éditorial de la *Lettre de l'AMG*, ils évoquent une possible déshumanisation de la médecine.⁶

Face à la surcharge de travail du médecin de famille, NS pense qu'à l'avenir il s'agira surtout de favoriser la création d'*unités de soins* de taille moyenne qui regrouperaient idéalement quatre à cinq médecins associés à d'autres professionnels de la santé. Pour leur part, les médecins du CQB qui, à une exception près, travaillent tous en solo, se disent très satisfaits de leur charge de travail tant que le nombre de patients vus en une journée reste compris entre 20 et 30. Cela dépend aussi beaucoup de la programmation de la journée par l'assistante médicale, un confrère évoquant le programme informatique «Achille» qui permet d'attribuer à l'avance à chaque patient le temps qui lui sera consacré. Quant à la charge administrative, le CQB l'avait évaluée en 2005. Elle s'élevait en moyenne à deux heures et vingt-cinq minutes par semaine, soit à vingt-quatre minutes par jour, ce qui, à

cette époque, était encore supportable.⁷ Or, actuellement, douze ans plus tard, nous estimons que ce temps a plus que doublé. Le CQB pense que ces centres de soins, en multipliant les intervenants, exposent le patient au risque de ne plus savoir qui est responsable de son traitement et de devoir assumer des coûts de prise en charge plus élevés. Cela a été relevé en 2015 par SantéSuisse qui avait pointé du doigt les cabinets collectifs. Là, la facture par patient avait augmenté de 22,8%. Une consultation y coûtait en moyenne 210 francs contre 186 francs dans un cabinet individuel.⁸ En outre, l'un d'entre nous relève, sur la base de sa pratique dans un cabinet de groupe, que multiplier les intervenants nécessite des séances de coordination, amplifie les tâches administratives et complique la gestion du personnel. Pour le CQB, il s'agirait plutôt de chercher à développer les compétences de l'assistante médicale, par exemple pour la prise en charge et l'instruction des patients diabétiques et, en contre-partie, cette valorisation de leur travail devrait être intégrée dans le TARMED.⁹ Face à la pénurie annoncée de médecins de famille, les politiques cherchent à y répondre, en proposant de déléguer des compétences propres à la médecine de famille vers d'autres acteurs du système de santé, infirmières et pharmaciens. Un membre du CQB utilise l'image du « mille-feuille » pour illustrer cette évolution. On ajoute des couches (*d'intervenants*), sans supprimer pour autant certaines compétences du médecin. De plus, se pose évidemment la question de la responsabilité d'un point de vue médico-légal, en cas d'entérinement d'un acte délégué (*tel un soin infirmier*) ou de la validation d'une prestation accomplie en dehors de toute référence au médecin (*telle la remise par le pharmacien d'un médicament en liste B*).

Selon NS, faire de l'expertise psychosociale, la singularité de la MF serait une erreur. A son avis, les étudiants sont devenus bien meilleurs dans la relation patient-médecin, car elle est mieux enseignée, notamment grâce aux patients simulés et à des cours spécifiques de communication. Le CQB le reconnaît: de grands progrès ont été réalisés dans ce domaine, en particulier à Lausanne sous l'impulsion des Prs Pierre-Bernard Schneider et Patrice Guex qui ont œuvré en pionniers pour promouvoir l'enseignement de la psychologie médicale.¹⁰ Toutefois, pour le CQB, du fait même du rôle du médecin de famille dans le système de santé, ce sera bien toujours lui qui assumera la dimension biopsychosociale et spirituelle d'un patient.

Certains d'entre nous suivent des patients depuis des décennies et au fil du temps, cela permet de les connaître intimement, ce qui ne saurait être le cas de l'ensemble des médecins spécialistes, même si à l'évidence toute pratique médicale, spécialisée ou non, se doit d'offrir une relation patient-médecin de qualité fondée sur une confiance réciproque.

Par rapport à l'émergence des nouvelles technologies, telles les applications pour smartphone se rapportant à la santé qui permettent à chaque personne de s'autocontrôler, NS estime qu'un savoir particulier des gens apparaîtra et qu'il faudra les aider à utiliser au mieux toutes ces données personnelles collectées. En effet, le CQB y voit le risque que, chez les personnes très anxieuses, voire hypochondriaques, apparaissent des comportements compulsifs, sans que cela soit vraiment utile pour le suivi ou pour la prévention. NS insiste pour que la MF garde une vision de santé publique et qu'au-delà des individus, elle se dote d'une vision populationnelle. NS regrette qu'actuellement, un médecin ne sache pas combien de patients il suit. Cela n'est pas juste, puisque chaque médecin est renseigné chaque année par les Trust-Center ou par l'informatique de son cabinet médical. Par contre, il est vrai qu'il est difficile pour lui de connaître avec précision le nombre de patients se rapportant à une pathologie particulière, par exemple le nombre de diabétiques, de coronariens ou d'hypertendus suivis. Pour sa part, l'un d'entre nous s'était intéressé, dès l'ouverture de son cabinet médical de médecine générale, à mieux connaître les raisons pour lesquelles les patients le consultaient.¹¹

A propos de la recherche dans le domaine de la MF, NS juge qu'il s'agit de lancer des études méthodologiques de type pragmatique, qui s'intéressent à l'impact d'interventions cliniques dans des conditions réelles.

De plus, il est important que la MF pilote une recherche sur le système de santé, puisqu'elle en est un acteur essentiel. Bien soigner les patients ne passe pas que par des interventions cliniques efficaces, mais aussi souvent par une organisation optimale des soins. Le CQB adhère complètement à cette idée, lui qui a déjà réalisé en son sein, depuis seize ans, plusieurs publications dans ce sens, par exemple: sur l'importance et la qualité de la collaboration entre médecins de premier recours et spécialistes,² sur le bon usage du répondeur automatique,¹² sur les relations du médecin de premier recours avec

des tiers au sein du système de santé¹³ et encore sur la salle d'attente.¹⁴ Quant à la question de savoir si la recherche en MF profitera des nouvelles technologies pour collecter des mégadonnées,¹⁵ NS répond face aux risques de dérive qu'il est absolument essentiel que celles-ci restent en mains médicales. Dans son institut, une recherche se déroule actuellement sur les personnes âgées, chaque médecin – une soixantaine – est rattaché à une douzaine de patients, et lié aux autres médecins par un réseau. Cela va permettre de suivre entre 700 à 800 patients pendant plusieurs années. NS souhaiterait qu'à l'avenir tous les cabinets médicaux travaillent en réseau, pour créer une sorte de *laboratoire vivant*. Parmi les dix médecins du CQB, cinq ont entièrement informatisé leurs dossiers, trois ont des dossiers partiellement informatisés – pour le laboratoire, les rapports médicaux et les ordonnances, et deux ne le sont pas du tout.

Enfin, par rapport à une éventuelle introduction du système des DRG en médecine ambulatoire, le CQB approuve le point de vue de NS pour qui, mettre un seul nom sur un problème de santé multifactoriel, équivaldrait à inscrire des ronds dans un carré. En MF, la majorité des patients arrivent avec plusieurs plaintes et notre tâche est surtout d'établir des priorités, afin que les patients aillent mieux, sans forcément chercher à poser un diagnostic précis. Tout comme NS, le CQB tient absolument à la pérennité du système actuel, qui valorise avant tout le temps, donc l'écoute et la relation patient-médecin, plutôt que l'acte. Cela reflète bien mieux la réalité de notre pratique quotidienne de la MF.

En conclusion, les médecins du CQB, vu la spécificité de la prise en charge multidimensionnelle de leurs patients, considèrent aussi que la MF est bel et bien une spécialité à part entière.

Par conséquent, comme le propose NS dans cette interview, son enseignement devrait dorénavant occuper une place centrale au sein de nos facultés de médecine.

DRS VÉRÉNA ANQUETIL, MIREILLE ARNOLD, MICHEL BERSIER, JEAN-MICHEL CHEVEY, ANDRÉ-JEAN GRUAZ, CHRISTIAN MICHEL, ROSETTE MUERNER, IVAN NEMITZ³, CLAUDE SCHMID ET JEAN-MARC WANDELER DU CERCLE DE QUALITÉ DE LA BROYE (CQB)

³ Médecine interne générale
Critet 3, 1470 Estavayer-le-Lac
i.nemitz@bluwien.ch

1 ** La médecine de famille doit assumer le fait d'être une spécialité. Interview de Nicolas Senn par Marina Casselyn et Bertrand Kiefer. *Rev Med Suisse* 2017;13:4-7.
 2 * Cercle de Qualité de la Broye La demande d'examen spécialisés et/ou de consiliiums. Evaluation de l'importance et de la qualité de la collaboration entre médecins de premier recours et spécialistes. *Med Hyg* 2002;60:2419-22.
 3 Djalali S. Institut für Hausarztmedizin Zürich Nouvelles données: les médecins de famille adressent rarement les patients à des spécialistes. *Primary and Hospital Care* 2017;17:131-2.
 4 Pilet F, Giorgis B. Assistanat au cabinet médical. *Bull Med Suisses* 2017;98:765-6.
 5 Quinto CB. Santé publique - entre soutien et

limitations. *Bull Med Suisses* 2017;98:843.
 6 Matter M, Chatelain D. La 2e intervention tarifaire impose la déshumanisation de la médecine. *Tribune. Rev Med Suisse* 2017;13:1360.
 7 Cercle de Qualité de la Broye. Evaluation de l'importance de la charge administrative au cabinet médical du médecin de premier recours. *Prim Care* 2005;5:1-2.
 8 Zuercher C. Les cabinets de groupe augmentent-ils les coûts ? *Tribune de Genève* du 29 mars 2016. *Revue de presse. Rev Med Suisse* 2016;12:719.
 9 Michel C. Les assistantes médicales remplaceront-elles les médecins pour le suivi des patients chroniques ? Il y a loin de la coupe aux lèvres. *Bull Med Suisses* 2011;92:467.
 10 Schneider PB. *Psychologie médicale*. Paris: Payot, 1969.

11 Nemitz I. La demande en médecine générale. *Revue de 1500 premières consultations. Med Hyg* 1980;39:3032-3.
 12 Cercle de Qualité de la Broye. Du bon usage du répondeur téléphonique. *Prim Care* 2003;3:42-3.
 13 ** Quelles relations avec des tiers et quels engagements ? A propos du rôle du médecin de premier recours dans notre système de santé. *Prim Care* 2007;7:618-22.
 14 Cercle de Qualité de la Broye. La salle d'attente idéale existe-t-elle ? *Rev Med Suisse* 2016;12:2084-6.
 15 * Comtesse X. *La santé 4.0. Le tsunami du numérique*. Genève : Editions Georg, 2017.

* à lire
 ** à lire absolument

Réponse

PR NICOLAS SENN

C'est avec grand plaisir que j'ai pris connaissance des réflexions de nos collègues du Cercle de qualité de la Broye, adressées à la *Revue médicale suisse* (RMS), en lien avec les éléments que j'avais développés en début d'année 2017. Je tiens tout d'abord à les féliciter pour leur engagement et le temps qu'ils consacrent à réfléchir à notre profession. Je constate également que, même en étant dans des contextes différents, nous pouvons développer une vision commune de la médecine de famille.

Je souhaiterais également apporter quelques éléments complémentaires par rapport à certains points qui sont soulevés. Notamment nos collègues se disent satisfaits par leur charge de travail actuelle. Si c'est en effet le cas dans leur contexte, et c'est tant mieux, les enquêtes actuelles montrent que de plus en plus de médecins souffrent d'une charge de travail excessive, notamment sur le plan administratif. Une enquête que nous avons réalisée au niveau national auprès de 200 médecins le démontre. En effet, cette étude à paraître cette année montre que 50% des médecins suisses se sentent stressés dans leur travail et 80% d'entre eux rapportent que leur travail est surchargé de tâches administratives. Cela peut paraître

paradoxal, mais, et cela va dans le sens de nos collègues, 97% se disent malgré tout encore très intéressés par leur travail.

Le second élément que rapportent nos collègues concerne les limites du travail en cabinet de groupe, voire en équipe pluriprofessionnelle. Les études montrent effectivement qu'une augmentation du nombre de professionnels peut être associée à une fragmentation accrue des soins. D'un autre côté, d'autres études démontrent que quand l'organisation est bien faite, le gain pour la prise en charge des patients est appréciable.

Dans ce contexte, nous avons réalisé une étude pour le compte du Service de la santé publique du canton de Vaud afin de mettre en évidence les éléments pouvant permettre d'améliorer la coordination des soins. Ce travail a été réalisé d'une part, sur la base d'une revue de littérature et d'autre part, sur la concertation d'un groupe d'accompagnement de médecins généralistes. Il en ressort trois éléments centraux qui, s'ils sont bien réalisés, peuvent notablement améliorer la prise en charge des patients. Ces trois éléments sont le dossier informatisé du patient, l'adoption d'un plan de soins partagé et l'intégration à l'équipe d'une infirmière «gestionnaire de cas» (le terme est certes mal choisi, mais le seul consensuel dans la littérature) complémentaire aux activités du médecin et de l'assistante médicale. Nous pouvons

rajouter un quatrième élément qui permet d'avoir une meilleure visibilité de l'ensemble de la population suivie au cabinet qui est l'adoption de listes de patients. Ces éléments ont été développés dans un article de la *Revue médicale suisse* en mai 2017.¹ Je suis cependant complètement en accord avec nos collègues sur le fait qu'il est indispensable que la structure conserve une taille modeste permettant l'établissement de liens individualisés avec les patients et entre les soignants, et que les activités de la structure restent centrées sur les soins de premier recours.

Encore une fois, je tiens à relever l'excellence des travaux réalisés par nos collègues broyards et leur importante implication dans la valorisation de la médecine générale. C'est bien dans cette perspective que nous entendons établir et poursuivre les collaborations entre l'Institut et les médecins généralistes installés.

Pr Nicolas Senn
 Institut universitaire de médecine de famille
 PMU, 1011 Lausanne
 nicolas.senn@hospvd.ch

¹ Santschi V, Germanier P, Tischhauser J, Senn N, Pécoud A. Efficacité de l'interprofessionnalité : des preuves, un défi. *Rev Med Suisse* 2017;13:1007-11.