



Le médecin de premier recours : un simple trieur ?

Editorial

J.-M. Gaspoz

Les récents accès de fièvre provoqués par la gestion de la politique suisse de la santé par son ministre démissionnaire et par ses recettes aussi courtes qu'expéditives pour en maîtriser les coûts ont rendu plus urgente et inéluctable une vaste réflexion sur une réforme en profondeur de notre système de santé. Plusieurs modèles sont évoqués mais, paradoxalement, ce sont les médecins les plus malmenés par Pascal Couchepin auxquels on pense attribuer un rôle central dans notre système

«... paradoxalement, ce sont les médecins les plus malmenés par Pascal Couchepin auxquels on pense attribuer un rôle central ...»

et nos réseaux du futur : les médecins de premier recours. Un mot est sur toutes les lèvres : ils devront être des «gatekeepers», que l'on pourrait traduire par «trieurs».

Une étude récente parue dans le *New England Journal of Medicine*¹ a montré qu'entre 1992 et 2006, le taux

de croissance annuel des dépenses per capita pour le programme Medicare (soins aux personnes de plus de 65 ans aux Etats-Unis) a varié de 5% à Miami, à 3% à Boston et 2,4% à San Francisco ; en gros, ces extrêmes correspondent à une différence de US\$ 1 milliard de dépenses annuelles. Comment expliquer de tels écarts ? Un accès inégal aux technologies médicales de pointe ? Ce n'est évidemment pas le cas concernant ces trois régions. Un contrôle du marché par des HMO plus important dans les régions à taux de croissance bas ? L'argument ne tient pas : San Francisco vit la plus grande pénétration du marché par les HMO. Au hasard... , une différence dans les pratiques médicales ? Les auteurs de l'étude ont présenté des vignettes cliniques représentant des scénarios standards à un échantillon représentatif de médecins de ces différentes régions. Lorsque les évidences scientifiques étaient fortes, des interventions spécifiques ont été recommandées par tous les médecins, quelles que soient leurs régions. Toutefois, les médecins des régions aux taux de croissance les plus forts se sont révélés plus enclins à référer leurs patients chez des spécialistes pour des situations telles qu'un reflux gastro-œsophagien typique, ou un angor stable ; ces mêmes médecins auraient admis à l'hôpital avec plus de facilité une patiente de 85 ans pour décompensation d'une insuffisance cardiaque terminale et auraient été trois fois plus nombreux à vouloir l'admettre aux soins intensifs mais un tiers de moins à évoquer avec elle et sa famille des soins palliatifs. Que tirer de cette étude, pourtant publiée dans une perspective économique ? Que les coûts de la médecine suivent évidemment les pratiques de ses médecins et que le «leadership» de ces derniers peut être considérable.

Avoir du «leadership» n'est pas équivalent à se limiter à du «gatekeeping» ou du tri. Cela veut dire être un leader dans son domaine de compétence médicale et savoir lorsqu'une stratégie peu invasive peut, au final, être équivalente à une autre, plus coûteuse et plus invasive ; cela veut dire aussi être capable d'individualiser son jugement clinique, de traduire les connaissances et les recommandations du moment en les transposant à la réalité de son patient ; cela veut dire, enfin, trouver les mots pour convaincre les patients et leurs familles.

Articles publiés
sous la direction du professeur



Jean-Michel Gaspoz

Chef du Département de médecine
communautaire et de premier recours
HUG, Genève



«... Ce «leadership», nombre de médecins de premier recours l'ont ...»

Ce «leadership», nombre de médecins de premier recours l'ont. Et lorsqu'ils l'ont, mais uniquement alors, ce sont de bons «gatekeepers». Certains en doutent? Laissez-moi vous convaincre par des arguments... venant

du monde économique: les systèmes de santé ancrés dans la médecine de premier recours génèrent moins de coûts et plus de qualité que les autres.²

De cette philosophie, les médecins cadres du Service de médecine de premier recours des Hôpitaux Universitaires de Genève en sont imprégnés. Aussi, est-ce avec conviction qu'ils ont proposé à leurs internes d'être premiers auteurs de chacun des articles de ce numéro de la *Revue*, articles revus ensuite par eux-mêmes, puis par des experts. Leurs buts: offrir l'opportunité aux plus jeunes de se mettre dans le rôle de leur futur métier et, ils l'espèrent, donner aux médecins de premier recours qui les liront, les armes nécessaires pour interpréter des tests courants et se forger leur propre jugement avant d'en référer aux spécialistes, lorsque nécessaire. ■

Bibliographie

1 ** Fischer ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs – Lessons from regional variation. *N Engl J Med* 2009;360:849-52.

2 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of

primary care to health care systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.

* à lire

** à lire absolument