

# Nouvelles du Comité central de la SSMG: La «capacité à ...»

Cher-es Collègues,

Je vous présenterai aujourd'hui l'action et les projets de la SSMG en faveur de la Médecine de Premier recours en me référant à la complexité de la santé, de la maladie, et des traitements, ou plutôt du bien-être, du mal-être et du rétablissement de la pleine «capacité à ...». Je placerai les activités de la SSMG dans le champ de tension existant entre les exigences individuelles des patient-es et les ressources limitées du système de santé. Je serais heureux que vous puissiez consacrer quelques instants à m'accompagner dans ces réflexions.

## De la santé au bien-être

*De la santé ...*

En 1948 (!), l'OMS définissait la santé de la manière suivante: «*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*»<sup>1</sup>. «Complete well-being» – un objectif ambitieux, illimité – un objectif probablement inatteignable dans son absolu, pour de nombreuses raisons, psychologiques, sociales, financières, pour n'en citer que quelques-unes.

*... au bien-être – à la capacité à ...*

La définition plutôt statique de la santé de l'OMS devient cependant plus réaliste, si nous l'abordons à l'aide d'une terminologie plus dynamique, à savoir «la capacité à ...», au sens d'un état d'équilibre instable: au niveau de *l'individu*, la capacité à se sentir en bonne santé, à assumer pleinement ses fonctions physiques, psychiques et sociales; au niveau *de la société*, la capacité à mettre en place des structures permettant à la population de jouir de l'état de santé auquel elle aspire; enfin, au niveau *de la médecine*, la capacité, pour nous médecins, à aider les patient-es de manière adéquate à retrouver leur faculté perdue à être en bonne santé.

Cette notion de «capacité à ...» est aussi un fil rouge pour la SSMG, dans ses activités. Je vais y revenir, mais laissez-moi d'abord placer cette réflexion dans le contexte global du système de santé actuel. Les lecteurs et lec-

trices pressé-es peuvent passer directement au paragraphe intitulé «La capacité à ... et la SSMG».

## Le système de santé ...

*... dans la complexité, entre sentiments subjectifs et critères «objectifs» ...*

Les médecins de premier recours que nous sommes ont à se préoccuper chaque jour de la santé de patient-es qui viennent les trouver pour des motifs divers, mais habituellement parce qu'ils/elles sont malades, ou parce qu'ils/elles se sentent malades. Or, c'est précisément dans cette tension entre «être» et «se sentir» que résident à la fois la subtilité et la créativité propres à notre belle profession de médecin de famille, et aussi une immense difficulté: ne devons-nous pas constamment naviguer, dans notre activité, entre la définition *objective*, assez floue admettons-le, de ce que nous appelons la santé, et les sentiments *subjectifs* des patient-es venus chercher notre aide? Notre action médicale n'est-elle pas codéterminée par nos connaissances *objectives* en matière de santé et de traitements des maladies, et par notre propre vision, *subjective*, de l'état de santé ou de maladie? Dans tout ce que nous entreprenons comme médecin, ne devons-nous pas penser au bien du/de la *patient-e individuel-le*, sans perdre de vue pour autant l'intérêt de la *société*, encore que celui-ci ne puisse pas non plus être défini de façon *objective*? Et pour couronner le tout, nous aimerions encore préserver cette fameuse *liberté*, celle qui consiste à pouvoir faire ce que nous estimons juste, un bien d'une valeur inestimable, mais souffrant lui aussi de l'absence d'une définition claire ...

Tous ces niveaux sont dans un état d'équilibre instable et complexe ; ils ne sont pas vraiment mesurables par les méthodes classiques et reposent sur des réalités floues. Pas étonnant que l'on ne puisse trouver, dans ce terrain mouvant, des critères objectifs auxquels nous autres médecins pourrions nous référer dans notre travail, et sur lesquels les décideurs et décideuses du système de santé pourraient se fonder pour orienter leur action.

Cela pourrait aussi expliquer les difficultés inextricables auxquelles on est confronté lorsqu'on tente de trouver des solutions acceptables par tou-tes pour agir sur le système de santé.

<sup>1</sup> [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42)

... au service de l'humanité et de la société ...

Des soins médicaux d'un niveau qualitatif remarquable sont aujourd'hui, plus que jamais, accessibles à tout instant à tout-e citoyen-ne de notre monde occidental.

Compte tenu des succès remarquables de la médecine moderne, les besoins en soins médicaux devraient plutôt avoir tendance à baisser. Or, non seulement ces besoins ne se stabilisent pas, mais ils ne cessent d'augmenter, alimentés par de nouvelles promesses et de nouvelles attentes – une spirale sans fin, avec les conséquences économiques que vous savez ...

... en présence de ressources «limitées»

Ce mécanisme engendre des coûts exorbitants pour le système de santé et nous préoccupe toutes. Il manque toutefois là aussi une définition objective des limites supportables: combien d'argent sommes-nous prêt-es à investir dans le maintien et l'amélioration de notre santé, notre bien le plus précieux? Nous savons simplement que notre avis sur la question peut changer du tout au tout, selon que nous nous considérons comme payeur/-euse (en bonne santé) de primes de caisse-maladie, ou comme consommateur ou consommatrice (malade) de prestations médicales.

La seule préoccupation financière, même si elle concerne chacun-e d'entre nous, ne saurait donc constituer un critère valable pour la recherche de solutions aux problèmes du système de santé. Diverses tentatives dans cette direction l'ont d'ailleurs largement démontré.

*Des mesures économiques linéaires pour faire pression sur les coûts ...*

Les tentatives actuelles pour trouver des solutions aux problèmes – à forte composante *irrationnelle* – du système de santé se confinent dans leur immense majorité à une dimension purement économique et exclusivement *rationnelle*: libre concurrence, suppression de l'obligation de contracter, critères d'inclusion et d'exclusion des médecins, et pour les patient-es – cachant mal des velléités de sélection des soi-disant «bons risques» – des modèles de soin avec des limitations à la liberté de choix du médecin, des restrictions au niveau du catalogue des prestations, etc. ...

Derrière toutes ces mesures tendant à «réguler les incitations» se cache une pensée

simpliste, linéaire: l'idée selon laquelle on pourrait contrôler le système par la concurrence, autrement dit par des pressions sur un seul élément du système. Les pressions et les mesures coercitives sont pourtant des méthodes totalement inadaptées lorsqu'il s'agit de parvenir à contrôler un système complexe, au sein duquel on reconnaît à la liberté des différents acteurs et actrices une importance primordiale.

La SSMG est d'avis que l'introduction de la concurrence ne constituerait certainement pas une réponse appropriée aux problèmes actuels du système de santé.

... ou une intervention complexe – assouplir plutôt que serrer la vis

Les difficultés du système de santé ressemblent à un nœud gordien, que l'on ne peut défaire d'un coup d'épée. Nous devons donc bien plutôt réfléchir à la meilleure manière de démêler l'écheveau, sans en abîmer les fils finement tressés ni en resserrer les nœuds de façon irrémédiable.

Comme l'ont confirmé à maintes reprises les études sur les systèmes complexes, les mesures applicables à un système global n'ont de chances de porter des fruits que si l'on parvient à trouver un *facteur d'attraction*, c'est-à-dire un *dénominateur commun à tous les éléments composant ledit système*.

Un facteur d'attraction dans le système de santé devrait être en mesure de cristalliser des objectifs communs et de définir avec précision de quoi les soignant-es et les patient-es doivent *être capables* pour assurer un accès raisonnable pour toutes et tous à des soins médicaux appropriés, tout en respectant la liberté de choix de chacune et de chacun.

La SSMG attache la plus grande importance au développement de ce concept de «capacité à ...», et elle soutient toutes les mesures tendant à faire avancer la médecine de premier recours dans cette direction.

## La «capacité à ...» et la SSMG

*La capacité à la formation pré-graduée, post-graduée et continue*

Cette vision dynamique de la «capacité à ...» a déjà fortement imprégné les fondements de la formation pré-graduée, post-graduée et continue.

De même, l'acquisition, la consolidation et l'élargissement des connaissances forment

aussi une continuité selon la dernière révision de la Loi sur les professions médicales. Cette dernière définit l'objectif de la formation prégraduée comme *l'acquisition de la capacité à poursuivre sa formation*, et l'objectif de la formation post-graduée comme *la capacité à exercer une activité professionnelle indépendante la vie durant, au prix d'efforts de formation constants* – le «continuous professional development».

La SSMG soutient cette idée. Elle considère que si nous parvenons, avec notre très libéral programme de formation continue et avec notre futur nouveau programme de formation post-graduée, à faire de *l'envie d'apprendre des choses nouvelles* («capability») le *facteur d'attraction* de la médecine de premier recours, celle-ci n'aura rien à craindre de l'avenir.

#### *La capacité à devenir et à être médecin de famille*

La «Définition européenne de la médecine générale/médecine de famille» énonce les critères fondamentaux auxquels doivent répondre les praticiens en médecine générale/médecine de famille pour pouvoir bien exercer leur profession.

#### **Les critères fondamentaux de la Médecine générale / Médecine de famille, comme base pour les capacités nécessaires:**

(la traduction française de l'ensemble de ce document important est en cours)

#### **General Practice / Family Medicine ...**

- a) is normally the point of first medical contact within the health care system, providing open and unlimited access to its users, dealing with all health problems regardless of the age, sex, or any other characteristic of the person concerned
- b) makes efficient use of health care resources through co-ordinating care, working with other professionals in the primary care setting, and by managing the interface with other specialities taking an advocacy role for the patient when needed
- c) develops a person-centered approach, orientated to the individual, his/her family, and their community
- d) has a unique consultation process, which establishes a relationship over time, through effective communication between doctor and patient
- e) is responsible for the provision of longitudinal continuity of care as determined by the needs of the patient

- f) has a specific decision making process determined by the prevalence and incidence of illness in the community
- g) manages simultaneously both acute and chronic health problems of individual patients
- h) manages illness, which presents in an undifferentiated way at an early stage in its development, which may require urgent intervention
- i) promotes health and well being both by appropriate and effective intervention
- j) has a specific responsibility for the health of the community
- k) deals with health problems in their physical, psychological, social, cultural and existential dimensions.

Ces caractéristiques doivent pouvoir être enseignées, être apprises, et être l'objet de recherche; on doit pouvoir se les approprier (compétence) et les mettre en pratique dans le cadre complexe de la pratique quotidienne (performance).

La SSMG intègre cette *Définition européenne* comme *facteur d'attraction* dans tous ses programmes de formation prégraduée, post-graduée et continue, ainsi que dans son projet d'encouragement à la recherche en médecine générale.

#### *La capacité à se poser la question de la qualité*

Mesurer la qualité de l'activité médicale de manière fiable va s'avérer extrêmement difficile dans un environnement marqué par des réalités floues, comme je l'ai décrit ci-dessus – qu'on choisisse de se concentrer sur l'évaluation des structures, des méthodes, ou des résultats.

Les méthodes classiques de contrôle de qualité ne permettent pas de poser un jugement «objectif» sur une activité médicale. Elles ne pourraient certainement pas être utilisées comme critère d'inclusion ou d'exclusion d'un-e praticien-e dans le cadre de mesures visant à limiter le libre choix du médecin. Elles pourraient tout au plus donner quelques indications sur les domaines dans lesquels il y a des besoins de formation continue, ou sur les aptitudes qui restent à perfectionner.

*La capacité à jouer cartes sur table, dans un esprit de transparence, et à entreprendre une formation continue en fonction des besoins constatés,*

*voilà qui pourrait constituer un facteur d'attraction dans le domaine de la qualité.*

Dans ce sens, la SSMG s'en tient à son principe de «favoriser avant d'exclure».

*La capacité à se confronter aux désirs des patients*

Enfin, laissez-moi encore poser une question pointue au médecin: est-ce que nous tirons vraiment chaque fois au clair, à chaque consultation, la demande précise des patientes, et est-ce que nous arrivons vraiment à comprendre chaque fois tout ce qui se cache derrière leurs plaintes? Pourquoi donc est-il/elle venu-e à cet instant précis? Quel mandat a-t-il/elle en tête pour nous? Travaillons-nous chez chaque patient-e avec un contrat clair et des objectifs de traitement bien établis? Est-ce que nous nous faisons chaque fois expliquer quels sont les changements espérés, de manière à pouvoir mesurer le succès du traitement, le mieux-être du/de la patiente, et la récupération de sa «capacité à ...»? [Mais pourquoi, après tout? Quels sont donc les objectifs de vie de nos patients, indépendamment du degré de gravité de leur maladie et de leur âge??]

Ces quelques éléments fondamentaux de la communication, que nous n'explorons que trop rarement de manière systématique, peuvent beaucoup améliorer l'efficacité de nos traitements. Ils peuvent en particulier contribuer à synchroniser les intentions et les objectifs thérapeutiques du médecin et des patientes, à corriger les fausses idées ap-

paraissant ici ou là, à mettre sur la table les «représentations-fantômes». Ils peuvent permettre de prévoir la disposition des patientes à suivre concrètement telle ou telle recommandation, favoriser un processus de prise de décision en dialogue, faciliter la mise en application commune de certaines mesures indispensables ... Et finalement, ils peuvent permettre d'intégrer dans la communication la notion de fin de traitement – un critère de qualité subjectif et objectif, doté d'un potentiel d'économies substantielles ...

*Un type de communication formulant clairement le contrat de soin pourrait-il constituer un facteur d'attraction pour tou-tes les partenaires du système de santé? Voilà qui pourrait nous permettre à tous et à toutes de parfaire soit notre développement professionnel médical, soit notre manière d'être patient-e, sur le terrain des réalités floues de notre système de santé actuel ...*

... tout cela pour continuer à assurer à l'avenir à toutes et à tous un accès aux soins médicaux les plus adéquats, dans le respect de la liberté de chacune et de chacun.

Avec des salutations capables de complexité,

*Bruno Kissling,*

secrétaire de la SSMG

(trad. R. Bielinski)