

Qu'implique la nouvelle loi fédérale sur les professions médicales pour la médecine de premier recours?¹



La loi sur les professions médicales va-t-elle changer le rapport entre la Confédération et le corps médical? Faut-il craindre une nouvelle vague de régulation de la médecine? Ces craintes sont infondées, au contraire: la future loi sur les professions médicales valorise le vaste catalogue des compétences clés indispensables pour la médecine de premier recours en lui donnant la juste place au cours de la formation de base et de la formation postgrade. L'objectif est clair: il faut renforcer la médecine de premier recours qui occupe une place privilégiée au sein de notre système de santé.

Thomas Zeltner

Traduction d'une présentation lors du symposium «20 Jahre Hausarztmedizin, 10 Jahre FIHAM» à Bâle le 26 août 2004

La nouvelle loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd) se veut une loi-cadre pour la formation de base et la formation postgrade aux professions médicales universitaires et leur exercice à titre indépendant. Elle remplacera la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse (LEPM) qui avait été enrichie de dispositions sur la formation postgraduée, lors de la conclusion des accords bilatéraux, en 2002. Depuis lors, les titres postgrades pour la profession de médecin et pour les professions pour lesquelles la Suisse s'est engagée, par un accord international, à reconnaître les titres postgrades étrangers, sont fédéraux. L'exercice de l'activité médicale de manière indépendante nécessite en outre une formation postgrade et les filières de formation sanctionnées par un diplôme postgrade fédéral sont soumises à accréditation. L'obligation de formation est également inscrite dans la loi fédérale.

Ces dernières années, toutes les facultés ont développé de nouveaux modèles de formation pour leurs étudiants, que le DFI a autorisés à titre expérimental. Mais *stricto sensu*, la formation reste régie par la loi de 1877, complétée depuis par plus que 30 ordonnances – un arsenal réglementaire qui ne cesse de se développer – tant que la nouvelle LPMéd ne sera pas entrée en vigueur.

Cette disparité entre les bases légales et les mesures dérogatoires n'est plus adaptée aux nouvelles exi-

gences en matière de formation, d'aptitudes et de capacités professionnelles. La nouvelle réglementation de la formation postgrade élaborée par l'Office fédéral de la santé publique est l'aboutissement de 10 ans de dialogue avec l'ensemble de ses partenaires. Un profil de compétences professionnelles a été intégré dans la nouvelle loi sur les professions médicales universitaires sous forme d'objectifs de formation. Le nouveau catalogue d'objectifs de formation adopté par la Commission interfacultaire médicale suisse (CIMS) tient déjà compte de ceux inscrits dans la LPMéd.

La loi met l'accent sur l'assurance de la qualité de la formation de base et de la formation postgraduée.

Le projet de loi sur les professions médicales se veut une loi-cadre pour toutes les professions médicales universitaires

- Priorité à l'assurance qualité pour les professions de médecin, de dentiste, de vétérinaire, de pharmacien et de chiropraticien.
- La loi ne fixe donc pas d'objectifs de formation de base et de formation postgraduée spécifiques à la médecine de premier recours.

Mais:

- De nombreux objectifs de formation de base et de formation postgraduée ainsi que les *profils de compétences* formulés dans la loi concernent nettement plus la *médecine de premier recours* que les autres spécialités médicales.
- C'est la raison pour laquelle le *catalogue d'objectifs de formation* obligatoire pour la formation pondère les *exigences*.

¹ Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 46 von PrimaryCare erschienen.

Le projet de loi intègre les réglementations de la formation postgraduée selon la LEPM et les nouvelles réglementations sur la formation de base. Ont également été intégrés dans la LPMéd les conditions de l'exercice indépendant de la profession et les devoirs professionnels. Les règles du libre exercice de la profession ne contiennent aucune exigence personnelle et technique ni obligation professionnelle autres que celles déjà fixées au niveau cantonal. Mais compte tenu de la mobilité du personnel médical, les cantons tenaient beaucoup à ce que des règles uniformes de portée nationale régissent l'exercice de la profession et à ce que les autorités cantonales puissent s'appuyer sur un droit disciplinaire uniforme et un ensemble de sanctions harmonisé en cas de violation des devoirs professionnels.

La situation particulière du médecin de premier recours

Elle peut se caractériser comme suit:

- Le médecin de premier recours est souvent le premier professionnel auquel on s'adresse en cas de problème de santé.
- La fréquence relative des cas de maladie grave est moins élevée dans le cabinet du médecin de premier recours car il n'y a pas eu de présélection.
- En général, les premiers symptômes d'une maladie ne sont pas spécifiques, ce qui fait de l'évaluation des incertitudes (gestion des risques) un aspect central de la discipline.
- Le médecin de premier recours doit faire le bon choix entre «l'expectative prudente», l'intervention thérapeutique, l'intervention d'urgence et l'envoi du patient à un spécialiste.

Ces exigences multiples présupposent implicitement ou explicitement une excellente *gestion des interfaces*. Elles nécessitent, d'une part, des connaissances étendues des autres spécialités et, d'autre part, une bonne appréciation de ses propres capacités et limites.

Autres exigences et attentes

Comme fournisseur de soins de santé:

- Evaluation des ressources physiques, psychiques, sociales, culturelles et existentielles des patients

Comme fournisseur de prestations:

- Grande disponibilité, visites à domicile, temps d'attente réduit
- Travaux administratifs et organisationnels
- Qualités de conduite
- Formation continue régulière

Outre les exigences techniques et personnelles requises pour le traitement des patients, une grande disponibilité et de bonnes qualités de conduite et de gestion sont demandées au médecin. Les médecins de premier recours sont donc directement concernés par la pression des coûts.

Le médecin de premier recours est le pivot du système de santé suisse.

On constate que les exigences particulières de la médecine de premier recours recourent largement les objectifs de formation de base et de formation postgraduée fixés par la loi fédérale sur les professions médicales.

Objectifs de la formation de base et de la formation postgraduée selon la LPMéd

- Méthodes scientifiquement fondées
- Suivi individuel complet des patients – approche globale des problèmes et interdisciplinarité
- Connaissance des déterminants de santé et des facteurs de maintien de la santé – prévention
- Responsabilité dans le domaine de la santé – connaissance des structures de soins et mise en réseau avec le système social
- Travail d'organisation et de gestion, conscience des coûts
- Attitude conforme à la responsabilité sociale
- Développement de la compétence sociale
- Reconnaissance des limites de l'activité médicale
 - respect de ses propres forces/faiblesses
- Compréhension de la dimension éthique de l'activité professionnelle
- Responsabilité à l'égard des individus, de la société et de l'environnement

Les mots clés susmentionnés sont tous tirés des articles de la LPMéd relatifs aux objectifs de la formation de base et de la formation postgraduée. Un rôle central est accordé à la formation technique se réclamant de l'esprit scientifique.

Pour un médecin de premier recours, tous les objectifs énumérés ci-après – soins complets, approche globale des problèmes, interdisciplinarité, prévention, système de santé et structures de soins – ont une plus grande importance que pour un chirurgien ou un anesthésiste, par exemple.

La formation continue obligatoire pour tous les médecins est inscrite dans la LPMéd, mais son contenu et sa portée ne sont pas spécifiés.

Le développement des compétences sociales et de la personnalité comme moyen de se connaître soi-même est l'un des objectifs explicitement fixés par la LPMéd. Ces aptitudes sont essentielles dans l'exercice de la profession de médecin de premier recours. J'aimerais brièvement aborder le sujet du contrôle des objectifs de la formation de base et de la formation postgraduée selon la LPMéd.

Au plan individuel, l'examen fédéral sera maintenu et permettra de vérifier avec des moyens adéquats si les objectifs de formation généraux sont atteints. Les examens propédeutiques sont supprimés. Il incombera aux universités de mettre en place des moyens de contrôle adéquats des objectifs d'apprentissage pendant le cursus. La Conférence universitaire suisse (CUS) a décidé d'introduire la réforme de Bologne avant 2010, dans le domaine de la médecine également. Les facultés de médecine ont déjà commencé à mettre en œuvre le projet. L'OFSP leur proposera – comme pour les autres projets de formation en cours – l'assistance nécessaire pour élaborer une ordonnance requise pour le transitoire avant l'entrée en vigueur de la LPMéd. Il est donc probable que le Système de Transfert de Crédits Européens (ECTS) et le système Bachelor/Master entrent en vigueur dans les prochaines années. Bien que certains orateurs aient reçu des applaudissements nourris pour leurs votes critiques à l'égard du système du Bachelor, force est de constater que les réformes à ce sujet s'intègrent bien dans la planification de la formation au niveau européen. Nous nous sommes engagés tôt et résolument sur cette voie et de nombreux pays nous envient l'œuvre de pionnier que nous avons réalisée.

Au niveau institutionnel, il y aura une accréditation – autrement dit une auto-évaluation, une évaluation externe et finalement une décision d'accréditation qui sera prise au niveau de la formation de base par la CUS et au niveau de la formation postgraduée par le Département fédéral de l'intérieur (DFI). L'accréditation offre à la CUS et à la Confédération la possibilité d'intervenir dans la formation de base et dans la formation postgraduée pour redresser la barre lorsque les objectifs ne sont pas atteints.



Incohérences Formation – Santé Publique

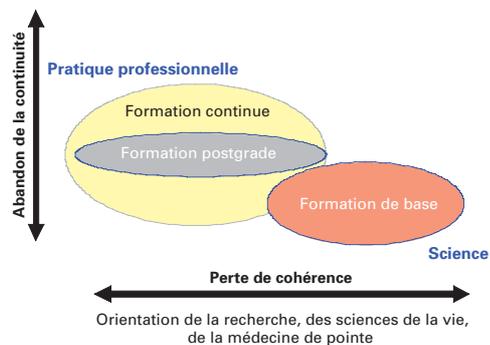
- Spécialisation élevée de préférence en milieu hospitalier tertiaire à la place de médecine de premier recours;
- Interventions ciblées sur la maladie et la technique; patients sélectionnés; communication focalisée sur les symptômes;
- Recrutement de professeurs souhaitant faire de la recherche dans la médecine de pointe prestigieuse – *manque d'incitations et de soutien méthodique* à la recherche en médecine de premier recours (en particulier maladies chroniques, accompagnement psychosocial, etc.);
- Le choix de la spécialisation se fait de plus en plus selon des critères de «l'adéquation au style de vie» (prestige, revenus, heures de travail, vie familiale et sociale, lieu de travail central).

Bilan: la clinique n'est guère adaptée à l'apprentissage des compétences sociales importantes en médecine de premier recours
→ **Assistanat en cabinet**

La plupart des étudiants passent leur année d'étude à option en clinique. Pour l'apprentissage des vastes connaissances et aptitudes techniques, la clinique est incontournable. Mais si les futurs médecins de premier recours accomplissent leurs formations de base et postgraduée exclusivement à la clinique, ils ne pourront acquérir bon nombre d'aptitudes et de compétences importantes dans leur domaine. Si elle offre un large spectre de diagnostics complexes et soutenus par des moyens techniques, la clinique est peu propice à l'apprentissage du médecin de premier recours dans la mesure où les patients n'y sont pas représentatifs de ceux qui fréquenteront son cabinet; en effet, le tri des problèmes de santé par le médecin de premier recours (gestion des interfaces et du risque) a déjà eu lieu. Avec les patients de la clinique, il n'est pas possible de pratiquer «l'expectative prudente». La durée limitée des consultations fait que la relation médecin-patient est focalisée sur la maladie. De ce fait, l'intégration requise en médecine de premier recours des facteurs psychiques, sociaux, culturels et existentiels dans la consultation, autrement dit la responsabilisation du patient, est limitée.

Le débat actuel sur la médecine universitaire: la formation de base, la formation postgraduée et la pratique professionnelle prennent-elles des orientations différentes?

Comme l'orientation et le pilotage de la médecine universitaire sont un sujet d'actualité, je tiens à revenir brièvement sur cet aspect. Les réformes en cours concernant la formation aux professions médicales n'ont jamais cessé de mettre en évidence la nécessité d'une étroite collaboration et d'un développement continu des formations de base, postgraduée et continue. Par conséquent, la question de savoir quelles connaissances, capacités et aptitudes étaient nécessaires, et à quel niveau, a toujours fait l'objet d'un examen critique.



Récemment, des modèles mettant l'accent non seulement sur la continuité requise par les impératifs de politique de santé mais aussi sur l'intégration renforcée des facultés de médecine dans les universités ont été débattus. Le débat actuel sur la médecine universitaire ne doit pas conduire à ce que la formation de base, la formation postgraduée et la pratique professionnelle prennent des orientations différentes. Du point de vue de la politique de la santé, une étroite collaboration des divers partenaires de la formation est souhaitée.

Quel avenir pour la médecine de premier recours?

- Formation continue axée sur la pratique via le renforcement des *projets d'assistant* dans les cabinets de médecins de premier recours
- Renforcement et extension de la *fonction de médecin de premier recours (gate-keeper)*
- Responsabilité budgétaire et ralentissement de l'évolution des coûts
- Reconnaissance de la *fonction sociale et préventive* de la médecine de premier recours qui ne s'inscrit pas toujours facilement dans la logique de la «médecine factuelle»
- Garantie des réformes introduites et légitimation en se façonnant sa propre *culture en matière de recherche*

Comme il suit souvent son patient pendant de longues années, le médecin de premier recours dispose de nombreuses données à son sujet, ce qui lui permet de se faire une image complète de son comportement et de ses ressources physiques et psychiques. Sur cette base, le médecin de premier recours peut assumer sa fonction de médecin de premier recours avec professionnalisme et contribuer ainsi dans une large mesure à freiner l'évolution des coûts. De plus, il joue un rôle clé dans le traitement des maladies chroniques, de plus en plus fréquentes en raison du style de vie actuel et de la part croissante de la population vieillissante.

L'efficacité du traitement de patients présentant des tableaux cliniques chroniques ou diffus ne s'inscrit pas toujours, il faut bien le reconnaître, dans la logique de la médecine factuelle. Mais il ne faut pas qu'à cause de cette difficulté, les interventions relatives à des tableaux cliniques chroniques ou diffus échappent à une réflexion scientifico-critique.

L'«instrument» central de la médecine de premier recours est la fidélisation du patient – c'est aussi la clé de la prévention dont on n'appréciera jamais assez l'importance aujourd'hui.

Prof. Dr Thomas Zeltner
 Directeur de l'Office fédéral de la santé publique
 Schwarztorstrasse 96
 CH-3003 Berne