

# Qualité en médecine de premier recours – le classeur rouge<sup>1</sup>

Séminaire des cadres de la SSMG au Bürgenstock, du 29 avril au 1<sup>er</sup> mai 2005

Thomas Zogg

L'objectif du séminaire des cadres de Bürgenstock était cette année de définir le terme «qualité en médecine de premier recours» et d'établir un document de consensus permettant à la SSMG de communiquer à l'extérieur sa contribution au développement de la qualité d'une manière scientifiquement correcte, politiquement crédible et compréhensible pour tous. Car «les multiples définitions données à la qualité passent souvent complètement à côté de son vrai sens». [1]

Comme support à la concrétisation de ce thème abstrait, chaque participant a reçu un classeur rouge avec les contenus importants s'y rapportant.

Depuis des années, la SSMG se soucie de la qualité en médecine de premier recours en marquant de son influence la formation prégraduée, postgraduée et continue. Je rappelle ici l'encouragement d'instituts universitaires de médecine de premier recours<sup>2</sup> pour favoriser une formation prégraduée qui tienne compte des besoins spécifiques de cette discipline, la formation postgraduée spécifique grâce à l'assistantat au cabinet médical, l'amélioration de la formation continue grâce aux cercles de qualité et aux manifestations de formation continue portant le label SSMG.

## Le combat acharné pour ou contre la liberté de contracter sur le théâtre de la politique fédérale

Sur la scène de la politique de la santé, la revendication répétée de l'abolition de l'obligation de contracter constitue actuellement un motif à discuter plus intensément de la notion de qualité en médecine de premier recours.

Selon santésuisse, l'encouragement de la qualité et sa mesure sont rarement exercés par les médecins «de leur propre initiative». La thèse de santésuisse est que l'amélioration de la qualité médicale nécessite de la transparence envers les assureurs et les patients, ainsi que des incitations – et que cela ne peut être atteint que grâce à une concurrence plus grande, laquelle est garantie par la liberté de contracter. Actuellement, il n'existe pas de mesures efficaces contre les prestataires de soins qui refusent de se plier à des mesures d'assurance de qualité. Mais pour les assureurs maladie, ce que l'on entend concrètement par «qualité» reste aussi flou. On réclame «comme but lointain une uniformisation des standards de qualité sur toute l'étendue du pays».

Après que la proposition du Conseil fédéral d'abolir l'obligation de contracter pour les médecins de plus de 65 ans se soit heurtée à un large refus, le Conseil national et le Conseil des Etats ont remis sur le tapis le thème de la liberté de contracter dans le cadre de la 2<sup>e</sup> révision de la LAMAL. Après le vote favorable sur la liberté de contracter du Conseil des Etats, le Conseil national la rejeta de justesse en octobre 2002 par 91 voix contre 76; en juillet 2003, il l'accepta cependant nettement, ce qui conduisit la FMH à réagir en convoquant une session extraordinaire de la Chambre médicale. Etant

donné la persistance de divergences entre les deux chambres fédérales (rabais pour les enfants), le Conseil national eut à nouveau à se prononcer sur les objets de la 2<sup>e</sup> révision de la LAMAL, qu'il finit par rejeter en décembre 2003, vouant définitivement à l'échec les efforts pour la 2<sup>e</sup> révision. Au printemps 2004, le Conseil fédéral proposa à nouveau l'abolition de l'obligation de contracter entre les caisses maladie et les médecins; conformément aux décisions du Conseil des Etats et du Conseil national, la nouvelle discussion sur ce point doit cependant être reportée à une date ultérieure. Mais si, dans le calendrier politique, la question de l'obligation de contracter a été officiellement ajournée, le thème de l'assurance de qualité reste d'actualité. Dans une prise de position du 23 février 2005, le Conseil fédéral a émis la recommandation suivante: «Il (*le Conseil fédéral*) considère l'introduction d'une évaluation systématique de la qualité des prestations et la mise en place de mesures concrètes utiles à l'assurance de qualité comme une nécessité urgente».

## La menace de référendum de la FMH sous la revendication de qualité et d'économicité

Après que le Conseil national eut approuvé à une large majorité l'abolition de l'obligation de contracter en juillet 2003, la FMH réagit par la convocation d'une session extraordinaire de la Chambre médicale. Celle-ci, par 153 voix contre 18, confia au comité central le mandat de déposer un éventuel référendum contre la 2<sup>e</sup> révision de la LAMAL. Lors de sa séance ordinaire du 28 octobre 2004, la Chambre médicale conforta sa menace de référendum; il fut proposé que le Conseil

<sup>1</sup> La version allemande de cet article a paru dans le numéro 24 de PrimaryCare.

<sup>2</sup> Le premier institut de médecine de premier recours en Suisse a été ouvert à Bâle en 2005.

fédéral rende l'autorisation de pratiquer dépendante de «la satisfaction à des critères complémentaires de qualité et d'économicité» qui seraient élaborés par les partenaires tarifaires.

### Préparation de la discussion de la SSMG sur la qualité au Bürgenstock ...

Lors de sa séance du 18 novembre 2004, le comité de la SSMG décida de faire de la qualité le thème du séminaire des cadres de cette année au Bürgenstock. Il s'agissait de discuter et de définir ce que représente la qualité pour la SSMG et d'établir un catalogue de critères de «qualité en médecine de premier recours». Un groupe pilote fut formé sous la direction de Christophe Cina, membre du comité; ont notamment fait partie de ce groupe Niklaus Egli<sup>3</sup> et Thomas Zogg.

### ... au moyen de 5 questions sur la qualité en médecine de premier recours

Afin de connaître l'opinion du plus grand nombre possible des membres de la SSMG, un questionnaire a été adressé au début décembre 2004 aux cercles intéressés<sup>4</sup>:

3 Médecin généraliste à Hinwil, membre du groupe de travail Formation continue/encouragement à la qualité, ancien délégué à l'Equip (European Association for Quality in General Practice/Family Medicine).

4 Les destinataires du questionnaire étaient: les présidents cantonaux; les membres des groupes de travail Formation prégraduée/Formation postgraduée, Formation continue/encouragement à la qualité, Médias; les responsables du Collège de médecine de premier recours; des réseaux; de PrimaryCare; de la bibliothèque SSMG; CIRIS; Swisspep.

5 La définition européenne de la médecine de famille/premier recours – WONCA 2002 – peut être téléchargée en anglais, allemand, français et italien à partir de la page d'accueil de la SSMG [www.ssmg.ch](http://www.ssmg.ch).

6 À cet égard, il vaut aussi la peine de lire l'article: Deppeler M. Qualität sichtbar machen. PrimaryCare 2005;16:376-80.

7 Tous ces contenus seront publiés dans Primary-Care.

■ Quelles sont les mesures visant à améliorer la qualité qui ont fait leurs preuves dans votre cadre professionnel?

■ Quels critères de qualité jugez-vous essentiels pour la médecine de famille?

■ A votre avis, quels critères de qualité cautionneriez-vous en cas de maintien de l'obligation de contracter?

■ Quels critères de qualité rejetez-vous?

■ A votre avis, quels sont les facteurs susceptibles d'influencer positivement la qualité et lesquels auraient, selon vous, des effets négatifs?

### Le classeur rouge – quelque chose pour concrétiser l'abstrait

Comme aide à la préparation de la session et pour lui garantir une certaine unité, chaque participant a reçu un classeur rouge, qui contenait:

■ les résultats de l'enquête interne de la SSMG sur les mesures de promotion de la qualité, respectivement l'acceptance de critères de qualité définis;

■ le programme de formation continue de la SSMG, qui définit les critères de qualité de la médecine de premier recours correspondant à la définition européenne de la médecine de premier recours (définition WONCA 2002<sup>5</sup>);

■ les critères d'attribution du label de qualité «recommandé par la SSMG»;

■ la charte du sponsoring;

■ un choix d'articles traitant des requêtes du système de santé envers nous, médecins généralistes, avec les problèmes qui s'y rapportent et des possibilités de solution [2-5];

■ le texte d'un exposé de Beat Künzi comme base de discussion sur la question «comment peut-on mesurer la qualité au cabinet médical?», avec le recueil de critères spécifiques de qualité en médecine de premier recours ainsi qu'un aperçu concernant la gestion (management) de la qualité et sa mesure, avec les méthodes y relatives<sup>6</sup>;

■ un aperçu de la littérature sur la qualité en médecine de premier recours avec les adresses des sites Internet correspondants. Le classeur rouge contenait à dessein beaucoup de place libre pour que chaque

participant puisse y insérer les contenus concrets issus du travail au Bürgenstock ainsi que d'autres documents<sup>7</sup>, en particulier:

■ l'exposé d'introduction du théologien Philipp Stoellger «Qualité en donnée polaire à la quantité – comment ressentir la qualité?»;

■ les résultats des ateliers de travail;

■ le document de consensus de la SSMG sur la qualité en médecine de premier recours – objectif final de la réunion.

### Les réponses aux 5 questions sur la qualité

Un choix non pondéré des réponses montre le très grand spectre de ce que les personnes interrogées entendent par qualité. En vérité: «la qualité n'est pas égale à la qualité».

#### 1. Quelles sont les mesures visant à améliorer la qualité qui ont fait leurs preuves dans votre cadre professionnel?

■ formation continue selon les recommandations de la SSMG, cercles;

■ formation continue régulière sur la base de l'analyse des besoins personnels;

■ écoute, temps à disposition du patient, conscience de ses limites, approche plus humaine, intégration des cercles sociaux locaux;

■ analyse du cabinet médical (Qualidoc), cours sur la communication, networking;

■ avant tout bienveillance! contrôles de laboratoire en boucle;

■ congrès avec ateliers de travail, cercles de qualité.

#### 2. Quels critères de qualité jugez-vous essentiels pour la médecine de famille?

■ d'après mon sentiment personnel, il est difficile de définir des critères;

■ la responsabilité personnelle devrait être manifestée;

■ formation continue selon la SSMG;

■ évaluation;

■ écoute, ouverture à plusieurs types de patients;

- rattachement obligatoire à un réseau de collègues;
- disponibilité, réseau professionnel et social;
- le critère de qualité n° 1 est la satisfaction des patients.

### 3. Quels critères de qualité cautionneriez-vous en cas de maintien de l'obligation de contracter?

- aucun; tout au plus un contrôle de qualité axé sur la satisfaction des patients;
- aucun en-dehors de la formation continue SSMG;
- contrôle par les médecins eux-mêmes;
- formation continue régulière et contrôlée;
- aucun; les critères de qualité formalisés constituent des régulations bureaucratiques impropres;
- certification par des instances externes neutres (pour autant qu'on doive en arriver là).

### 4. Quels critères de qualité rejetez-vous?

- contrôles sous égide extérieure au Corps médical;
- opinion publique / opinion parlementaire / code diagnostique communiqué à l'assurance;
- tout ce qui vient d'instances tierces (OFSP, caisses maladie, ...);
- contrainte; une certaine liberté doit être garantie;
- le critère uniquement financier; sans justification possible;
- examens, forfaits de coûts par cas;
- récolte stupide de points, respectivement crédits;
- en principe tous les critères qui ne sont pas fondés sur la relation médecin-patient.

### 5. A votre avis, quels sont les facteurs susceptibles d'influencer positivement la qualité et lesquels auraient, selon vous, des effets négatifs?

- la pression du temps exerce la plupart du temps une influence sur la qualité;
- liberté = positif / contrôle = négatif;
- responsabilité personnelle, bons tarifs, indemnisation pour la formation continue (dédommagement pour la par-

	Moyenne	Intervalle
Participation au service d'urgence	9,41	5-10
Engagement pour la médecine de premier recours	8,91	4-10
Accès facile aux soins de premier recours	9,16	8-10
Participation à un cercle de qualité avec modérateur	8,00	3-10
Participation à un réseau sans responsabilité budgétaire	6,08	1-10
Participation à un réseau avec responsabilité budgétaire	3,91	1-8
Participation aux sessions de formation continue de qualité marquée (par ex. label SSMG)	9,00	8-10
Modèles de médecins de premier recours avec responsabilité budgétaire	3,66	1-8
Mentoring pour les «underperforming doctors»	6,18	1-10
Budget global	2,08	1-5
Instruments de mesure de la qualité	6,33	2-10

ticipation aux cercles de qualité), confiance;

- évaluation par patient de type swisspep pourrait influencer positivement;
- trop d'exigences concernant la qualité peut se révéler contre-productif;
- les exigences provenant de l'extérieur sont négatives.

### L'enquête de la ZUGAM

Dans le canton de Zoug, les mêmes questions ont aussi été posées aux membres de la société zougnoise de médecine générale ZUGAM. Les réponses obtenues sont semblables, avec aussi de grandes variations: les collègues âgés favorisent nettement la qualité de la relation et attachent moins d'importance à la participation à des cercles de qualité structurés. La participation à des réseaux apparaît d'une manière générale moins susceptible de favoriser la qualité. Un contrôle des coûts sur la base de chiffres produits et analysés par les médecins eux-mêmes est à l'occasion accepté, mais une évaluation au moyen de chiffres «externes» est refusée.

### Questions de la ZUGAM sur l'acceptance de conditions-cadre concernant l'obligation de contracter

Avant la réunion des cadres au Bürgenstock, nous avons encore posé aux collègues zougnois des questions supplémentaires pour avoir une idée claire de l'acceptance de conditions-cadre concernant la

possibilité de contracter. Nous présentons ci-dessous les résultats de cette enquête, en faisant remarquer leur grande dispersion.

### Au travail!

C'est ainsi préparés et mis au diapason que les participants se mirent au travail – le classeur rouge sous le bras – pour élaborer le document de consensus de la SSMG sur la qualité en médecine de premier recours.

### Références

- 1 Späth Hu. Ceci n'est pas une pipe: rapport du comité SSMG, janvier 2005. PrimaryCare 2005;5:94.
- 2 Cina C., Coradi M., Saner B. Wirtschaftliche Bedeutung der Allgemeinmedizin im schweizerischen Gesundheitswesen – Fakten und Vergleiche. PrimaryCare 2003;3:518-25.
- 3 Dahinden A. Mentoring für «underperforming doctors». PrimaryCare 2002; 22:480-1.
- 4 Hurst SA, Mauron A. Selective contracting of Swiss Physicians: ethical issues and open questions. Swiss Med Wkly 2004;134:632-9.
- 5 The Future of Family Medicine: a collaborative Project of the Family Medicine Community. Ann Fam Med 2004;2:Supplement 1

Dr Thomas Zogg  
Président ZUGAM  
Poststrasse 22  
CH-6300 Zug  
Thomas.Zogg@hin.ch