

UEMO 2006–2007

Daniel Widmer

Passation de pouvoirs

La dernière rencontre de l'Union Européenne de Médecine Omnipraticienne a eu lieu à Uppsala les 20 et 21 octobre 2006. Uppsala est la ville universitaire, proche de Stockholm, où enseigne et exerce Cristina Fabian, présidente démissionnaire de l'UEMO, qui sera remplacée dans son poste, dès la rencontre de Lisbonne en avril 2007, par la portugaise Isabel Caixeiro.

The only way forward

Je relèverai essentiellement l'état des démarches pour obtenir une reconnaissance du titre de spécialiste en médecine générale en Europe. L'échec du lobbying de l'UEMO pour modifier la directive européenne UE 2005–36 sur la reconnaissance des qualifications professionnelles est à déplorer. Il semble qu'il soit difficile dans l'immédiat d'obtenir une modification prochaine de la directive. L'action devrait donc se dérouler pays par pays avec, au besoin, le soutien de l'UEMO. Le lobbying des autorités nationales est «the only way forward».

2/5^e des pays pour créer un nouveau titre?

Personnellement, j'ignore si la possibilité de créer automatiquement un nouveau titre de spécialiste pour les généralistes avec le soutien des 2/5^e des pays membres a été explorée jusqu'au bout. Cette possibilité est en effet donnée par la loi. Il faudra certainement en discuter à Lisbonne, mais pour que l'UEMO s'engage, il faudra une majorité: beaucoup de pays ne sont pas prêts à voir surgir en Europe des généralistes à deux vitesses, les uns spécialistes et les autres pas.

Alors quel rôle pour l'UEMO?

L'UEMO peut:

- offrir de l'aide aux associations nationales sous forme de résolutions;
- permettre la comparaison entre les pays jouissant déjà d'un titre de spécialiste;
- mettre sur pied un argumentaire utilisable pays par pays pour convaincre les autorités de ne pas considérer la médecine générale comme une discipline de second ordre mais comme une spécialité à part entière;
- récolter l'évidence disponible sur les bénéfices d'un titre de spécialiste en médecine générale, bénéfices économiques, pour la libre circulation des personnes et pour la qualité des soins;
- pousser par voie juridique à des amendements de la Directive 2005–36.

Est-il utile d'avoir des généralistes? Quelle évidence?

Göran Sjönell – représentant suédois à la WONCA – a fait une revue de la littérature à ce sujet, faisant une large place aux nombreux travaux de Barbara Starfield, cheffe de la division Health Policy de l'école de Santé Publique de l'Université John Hopkin [1]. Le livre de Starfield devrait être au chevet de tous ceux qui font de la politique de santé; ils y verraient que les généralistes réduisent la mortalité, en particulier cardiovasculaire, la morbidité et les coûts. Le poids de naissance, la satisfaction des patients et la qualité des soins sont corrélés positivement au nombre de généralistes. On pourra aussi trouver dans divers travaux comme ceux de Saultz [2–4] tous les bénéfices qui peuvent être retirés de la continuité de soins personnalisés: meilleure reconnaissance des problèmes et des besoins, meilleure exactitude du diagnostic, meilleure organisation des soins, meilleure prévention, satisfaction augmentée, coûts diminués et baisse des hospitalisations. Toutes ces données peuvent constituer la base de

l'argumentation des généralistes auprès de leurs autorités dans chaque pays.

Les généralistes peuvent-ils limiter l'épidémie de risques?

Göran Sjönell a terminé sa conférence de façon polémique en parlant de l'épidémie du risque. Il a été montré [5] que l'utilisation du mot «risque» dans la littérature médicale a été multipliée par 50 depuis 1967! La baisse des seuils à partir desquels un médecin devrait s'inquiéter de la prévention, le pousse à s'occuper des populations à bas risque. Dans cette voie, ce n'est plus le patient qui cherche de l'aide mais le médecin qui offre un produit. Est-ce encore de la bonne médecine? N'est-ce pas plutôt l'occasion de bonnes affaires pour l'industrie? Sjönell a calculé que si le médecin s'occupait de façon exhaustive de tout ce que l'on préconise dans la littérature préventive, il passerait 7,4 heures par jour à investiguer ces domaines, ce qui ne laisserait que très peu de temps à l'agenda du patient. Le généraliste pourrait être l'élément régulateur pour lutter contre l'idéologie du risque.

Quelques recommandations pour l'action des généralistes en politique de santé.

Sjönell a terminé sa revue de la littérature évidentielle sur la médecine générale par quelques recommandations:

- il faut des spécialistes en médecine de famille et une spécialisation continue;
- il faut un système de liste par médecin pour encourager les contacts de personne à personne;
- il faut un financement adéquat;
- maximum 1500 patients par médecin et minimum 300;
- le système idéal de remboursement serait mixte: 30% par capitation (paiement pour la liste) et 70% à l'acte;
- dans cette optique, le médecin généraliste doit rester un entrepreneur;



Figure 1
Uppsala, octobre 2006.

– le généraliste devrait travailler un jour par semaine dans la communauté.

Références

- 1 Starfield B. Primary Care – Balancing Health Needs, Services and Technology. Oxford University Press: 1998.
- 2 Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med.* 2003;1:134–43.
- 3 Albedaiwi JW. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med.* 2004;2:445–51.
- 4 Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med.* 2005;3:159–66.
- 5 Skolbekken JA. The risk epidemic in medical journals. *Soc Sci Med.* 1995;40(3):291–305.

Dr Daniel Widmer
2, av. Juste-Olivier
1006 Lausanne
widmer@primary-care.ch



DISKUSSION ÜBER DIE KÜNFTIGE ORGANISATIONSSTRUKTUR DER SCHWEIZER HAUSÄRZTINNEN UND HAUSÄRZTE

Seit einiger Zeit läuft im Forum für Hausarztmedizin eine engagierte Diskussion über die künftige Organisationsstruktur der Schweizer HausärztInnen.

Diese Forumdiskussion ist unabhängig und läuft ausserhalb der Aktivitäten und Stossrichtungen der Vorstände von SGIM, SGAM und SGP im Rahmen der aktuellen Strukturreform des KHM.¹ Die Geschäftsleitung des HKM hat uns, die Basis, allerdings ausdrücklich dazu aufgefordert, konstruktive Vorschläge zur laufenden Reform beizutragen.

Die geäusserten Meinungen widerspiegeln die Stimmung des hausärztlichen «Fussvolks» und könnten in diesem Sinne für die Entscheide der Vorstände hilfreich sein.

Damit Sie mitdiskutieren und konsultativ abstimmen können, müssen Sie sich zuerst im Forum registrieren, sollten Sie noch nicht zu den über 200 Forumsnutzern gehören.

Dr. med. Markus Gnädinger, Facharzt für Innere Medizin FMH, Birkenweg 8, 9323 Steinach
Webmaster: admin@forum-hausarztmedizin.ch.

www.forum-hausarztmedizin.ch

¹ Grüniger U. Die Zukunft der Hausarztmedizin Schweiz: eine Stimme, eine Struktur. Das KHM und Fachgesellschaften beschliessen Sofortmassnahmen und einen Reformfahrplan. *PrimaryCare.* 2006;6(28-29):507–10.
Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-28/2006-28-413.PDF>.



Forum

für Hausarztmedizin
de la médecine de premier recours
della medicina di base
of primary care medicine

www.forum-hausarztmedizin.ch