

Peter Tschudi

Le médecin de famille – une balle que se renvoient les patients et les politiciens de la santé?¹

1^{re} partie: Le médecin de famille et le patient en égaux?



Figure 1
Une balle sert normalement à jouer. Et jouer est censé procurer du plaisir. (Copyright: FCB Bâle 1993; reproduction aimablement autorisée.)

Être une balle signifie être un **objet** d'intérêt, un objet au centre de l'attention de plusieurs personnes ou groupes de personnes, mais un objet tout de même, donc **passif, inactif**, ou forcé à l'être.

Avons-nous conscience, nous médecins de famille, que nous avons malgré tout encore une chance de nous débarrasser de notre rôle de punching-balls pour acquérir un statut de protagonistes actifs, plus en rapport avec notre vocation de médecins de famille?

Le patient n'est plus seulement une personne sollicitant de l'aide, comme le suggère le nom même de «patient» – qui a de la patience. Non, il se profile de plus en plus souvent comme un client critique, autonome, exigeant, si ce n'est revendicateur. Le patient dit «informé» est submergé d'informations diffusées sur Internet et dans les médias. Cette commercialisation de la santé, fort à la mode, implique cependant un certain nombre de problèmes nouveaux pour la société. La menace d'une désolidarisation à différents niveaux, entre jeunes et vieux, entre individus en bonne santé et malades ou entre personnes d'origines ethniques différentes, est un de ces problèmes d'autres.

D'un autre côté, le médecin n'est plus non plus ce demi-dieu en blouse blanche d'antan. Le patient et le médecin sont égaux, ce que décrit bien le terme d'«empowerment» du patient. «Empowerment» du patient signifie que le *médecin* contribue au concept thérapeutique par son apport de connaissances et de compétences professionnelles, tandis que le *patient* apporte son expé-

rience de la maladie et son comportement, son attitude personnelle et ses attentes (fig. 2).



Figure 2

Cette transformation du patient, de bénéficiaire passif et silencieux de prestations médicales à un statut de protagoniste informé et responsable, était souhaitée il y a 5 ans par 9 patients sur 10, mais seulement un peu plus de la moitié d'entre eux ont pu réellement s'engager dans cette direction.

The Future Patient in Switzerland, 2003:

Projet Suisse 2001–2003

Institut de médecine sociale et préventive, Universités de Lausanne et de Zurich. En Suisse, 9 patients sur 10 veulent pouvoir participer activement à la prise des décisions en matière de traitements médicaux – mais seulement 63% sont impliqués dans le traitement comme ils le souhaiteraient.

En 2006, l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich a réalisé une nouvelle enquête représentative de la population suisse (fig. 3).

85% des personnes interrogées aimeraient jouer un rôle actif dans la décision thérapeutique. Pourtant, dans la réalité, seuls 49% d'entre eux ont pu jouer un rôle aussi actif qu'ils le souhaitaient chez leur médecin traitant.

Par ailleurs: les études ont régulièrement montré que les patients aimeraient pouvoir participer au choix des traitements; mais seul un quart des personnes interrogées disent que leur médecin traitant leur offre systématiquement plusieurs options thérapeutiques. Et ceci même si les citoyens sont bien conscients du fait que la co-décision n'est pas simple dans ce domaine, car environ 60% des par-

1 Article basé sur le cours inaugural du 6 décembre 2007.

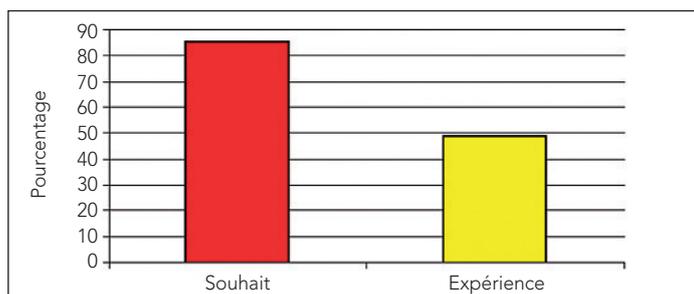


Figure 3
Participer à la décision thérapeutique. D'après: «Gesundheitskompetente Bürger in der Schweiz: Wunsch oder Wirklichkeit?»; reproduction avec l'autorisation de Jen Wang, Senior Researcher, Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich.

Participants à l'enquête jugent le choix d'un traitement ou d'un médicament moyennement à très complexe.

Le patient voudrait donc participer davantage aux décisions. C'est ce que montrent de manière très claire les résultats des enquêtes réalisées en 2003 et 2006 par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich. Mais comment cela se passe-t-il dans la réalité quotidienne du cabinet du médecin de famille?

Etude Artimes

Dans l'étude Artimes, nous avons recueilli en 2003 et 2004, avec l'Institut d'épidémiologie de Bâle, des données d'observation sur le diagnostic et le traitement des infections aiguës des voies respiratoires dans des cabinets de médecine de famille et évalué la préférence pour un «shared decision making» chez 1108 patients de 45 cabinets médicaux.

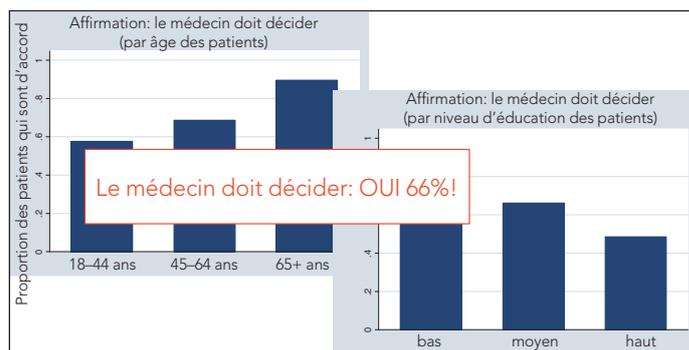


Figure 4
Les résultats de l'étude Artimes.

Dans le cadre de l'étude Artimes, nous avons procédé à des interviews téléphoniques de 636 patients sur leur degré de satisfaction et leur participation à la décision thérapeutique dans les infections aiguës des voies respiratoires – il s'agissait, autrement dit, de voir concrètement si le patient avait pu participer à la décision de prendre des antibiotiques dans le cas de cette infection aiguë (fig. 4). Les résultats: la majorité des patients préfère que le *médecin* prenne le commandement: 66% sont entièrement et 23% partiellement d'accord avec ce principe [1]!

Le jeune âge et un niveau d'éducation élevé sont des facteurs décisifs pour la codécision du patient! Vous voyez donc que les enquêtes sur les souhaits théoriques ne donnent pas exactement les mêmes résultats que l'observation de ce qui se passe au quotidien sur le terrain. Entre-temps, une nouvelle notion a à nouveau fait son apparition en Suisse:

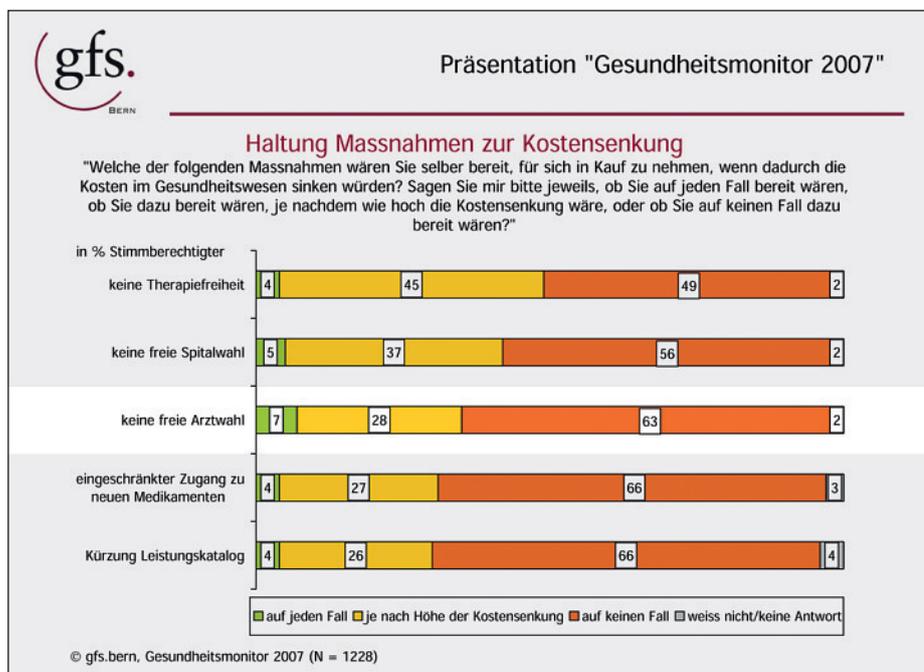


Figure 5
Source: gfs.bern, Gesundheitsmonitor 2007, n = 1228.

«La compétence dans le domaine de la santé», en anglais «Health Literacy»

Cette notion désigne la capacité d'un individu à prendre des décisions dans sa vie quotidienne à propos de sa santé, puis de prendre les mesures qui s'imposent – au domicile, à son lieu de travail, dans le système de santé et dans la société en général. La compétence dans le domaine de la santé renforce la liberté de création et de décision dans les questions de santé et améliore la faculté à trouver les informations concernant la santé, à les comprendre et à les transposer en actions concrètes. Dans certains domaines, les citoyens peuvent et doivent de toute manière faire des choix: que ce soit une caisse-maladie ou un médecin de famille. Mais là aussi, on s'est aperçu que seulement la moitié des sujets interrogés pense qu'elle dispose d'informations suffisantes pour choisir la bonne compagnie d'assurance ou le bon médecin traitant. Et malgré tout les Suisses et les Suissesses ont des opinions très claires à ce sujet:

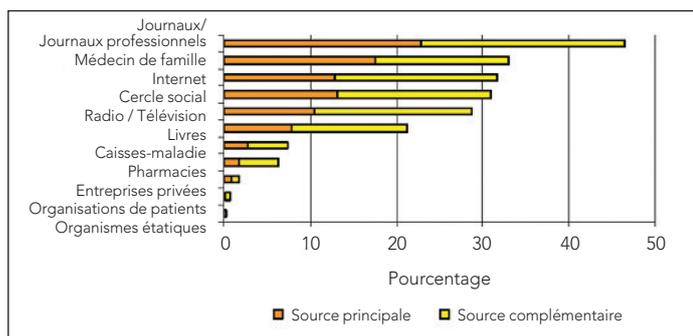


Figure 6

Sources d'informations dans le domaine de la santé. D'après: «Gesundheitskompetente Bürger in der Schweiz: Wunsch oder Wirklichkeit?»; reproduction avec l'autorisation de Jen Wang, Senior Researcher, Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich.

par exemple, leur disposition à accepter des limitations de la liberté de choix personnelle dans un but de réduction des dépenses a continué à diminuer par rapport à l'année précédente. Les citoyens ne souhaitent toujours pas renoncer au libre choix du médecin. Une enquête réalisée en 2007 a ainsi montré que 63% des personnes interrogées refusent catégoriquement toute restriction à la liberté de choix du médecin (fig. 5).

Source des informations sur la santé

Les médias jouent un rôle essentiel dans la recherche d'informations: parmi les cinq sources d'informations sur la santé les plus citées, trois appartiennent au domaine des médias. Internet est devenu, après le médecin traitant, la troisième source d'informations la plus utilisée dans le domaine de la santé (fig. 6). Il est vrai que l'offre disponible jusqu'ici ne conduit pas nécessairement à une meilleure compréhension. Seulement 26% des personnes interrogées disent que les informations publiées dans les médias sont faciles à comprendre. Et, surprise, le médecin de famille figure en bonne place, entre les médias imprimés et internet. Le médecin de famille peut ainsi pleinement assumer son rôle de guide à travers la jungle médicale, d'intermédiaire, d'interprète et d'accompagnant pour tout ce qui touche à la santé. L'importance que revêt le thème de la compétence en matière de santé est confirmée par d'autres observations: dans un projet de concept élaboré à la demande de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS) à Berne a calculé qu'un manque de compétence en matière de santé est à l'origine d'environ 3% des dépenses de santé. Cela représente tout de même environ 1,5 milliards de francs par année. Le BASS écrit dans son concept que le manque de compétence dans le domaine de la santé aurait des effets sur tous les secteurs de l'assurance maladie: dilution de la solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades, car les personnes non compétentes tomberaient plus souvent malades, ce qui conduirait en finalité à une désolidarisation entre riches et pauvres. Mais les frontières entre l'état de bonne santé et la maladie s'estompent peu à peu. Une personne présentant un diagnostic de risque primaire d'infarctus du myocarde est-elle encore en bonne santé ou est-elle déjà malade? La compétence en

matière de santé comprend-elle la prise de conscience des gens à propos des risques, la responsabilité d'entreprendre les démarches en vue du dépistage des facteurs de risque dans un but de prévention des maladies ou d'une aggravation d'une maladie préexistante grâce à un traitement approprié? Il y a là indubitablement des lacunes dans notre système de santé, notamment un manque de conditions cadres politiques et sociales pourtant nécessaires à l'amélioration des compétences en matière de santé.

Qui doit assumer le choix du traitement?

Le patient du futur, déjà annoncé depuis longtemps, est donc finalement arrivé. Le changement de paradigme a commencé. La compétence en matière de santé est devenue une vraie nécessité dans une société d'informations moderne. Le grand fossé entre désirs et réalité, qu'indiquent les premiers résultats, reste cependant problématique. Les politiciens, les autorités, les assureurs, mais aussi les médias se doivent donc de réagir (fig. 7).

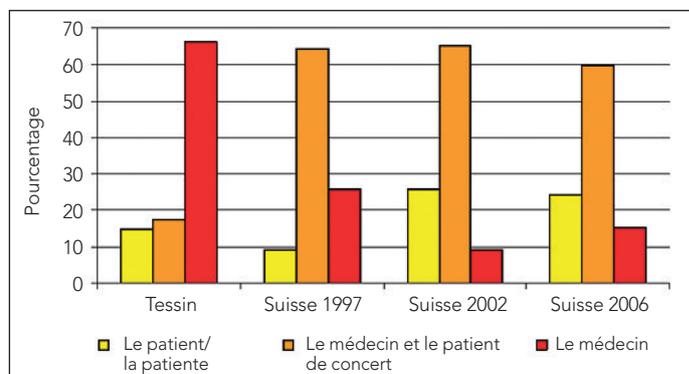


Figure 7

Qui doit assumer le choix du traitement? (D'après: «Compétence des citoyens suisses en matière de santé: désir ou réalité?» (Gesundheitskompetente Bürger in der Schweiz: Wunsch oder Wirklichkeit?); reproduction avec l'accord de Jen Wang, Senior Researcher, Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich).

Nous les médecins de famille sommes par contre parfaitement prêts! Pour nous, tout cela n'a rien de nouveau. Notre travail est depuis longtemps déjà entièrement centré sur le patient et nous vivons la relation de partenariat médecin-patient au quotidien avec un certain succès. C'est ce que j'aimerais vous montrer dans la seconde partie de cet article (dans le numéro 6 du journal PrimaryCare) à l'aide d'un exemple: l'étude «Conduite de l'entretien au cabinet de médecine de famille» («Gesprächsführung in der Hausarztpraxis») de Louis Litschgi, que nous avons réalisée avec la collaboration de douze médecins de famille.

Référence

- Briel M, Young J, Tschudi P, Hugenschmidt C, Bucher HC, Langewitz W. Shared decision making in general practice. *Swiss Med Wkly.* 2007;137(33-34):483-5.

Correspondance:

Prof. Peter Tschudi, Spécialiste en médecine générale FMH
 Directeur de l'Institut für Hausarztmedizin IHAMB
 Universität Basel, Petersgraben 4, 4031 Basel
 Peter.Tschudi@unibas.ch