

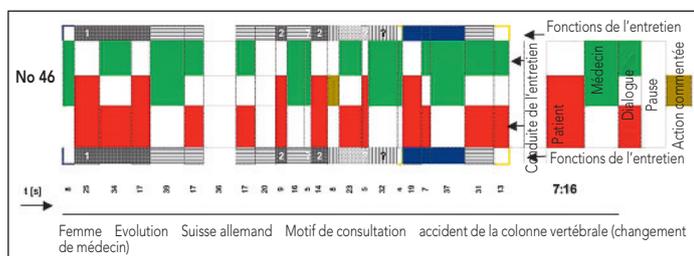
Peter Tschudi

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

2<sup>e</sup> partie: Le médecin de famille, un partenaire essentiel dans l'optique de la conduite des entretiens et de la formation<sup>1</sup>

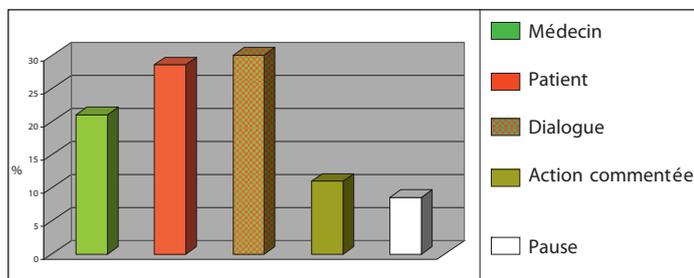
## Les entretiens au cabinet de médecine de famille

Douze médecins de famille ont participé à l'étude «Conduite des entretiens dans le cabinet de médecine de famille» de Louis Litschgi. 127 consultations ont été enregistrées sur bandes magnétiques. Ces bandes ont ensuite fait l'objet d'analyses minutieuses pour déterminer à la seconde près les temps de parole du patient et du médecin, la durée des échanges verbaux et des pauses, etc. (fig. 1):



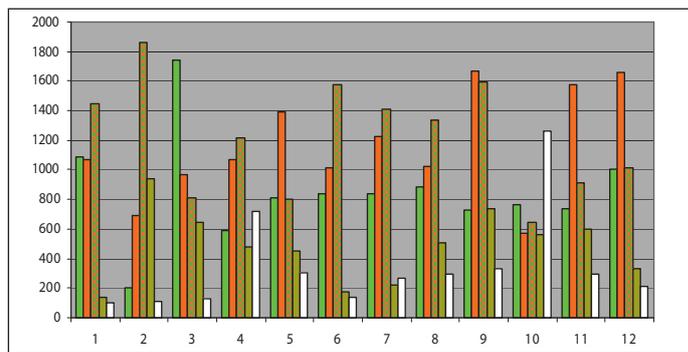
**Figure 1**  
Distribution des éléments d'entretiens lors des consultations.

La distribution de ces éléments d'entretiens au cours des 27 heures de consultations enregistrées a été la suivante: Le temps de parole durant les consultations atteint 90%. La discussion en tant qu'unique activité occupe 80% du temps. Le temps de parole des patients est nettement plus long que celui des médecins et la forme d'expression n'est pas le monologue, mais la discussion, autrement dit un dialogue élaboré de concert par les deux interlocuteurs (fig. 2). Les différences dans les conduites d'entretiens sont parfois considérables entre les 12 médecins ayant participé (fig. 3). Voyons maintenant un peu plus en détails la diversité des formes d'entretiens parmi les différents médecins (fig. 4-8):



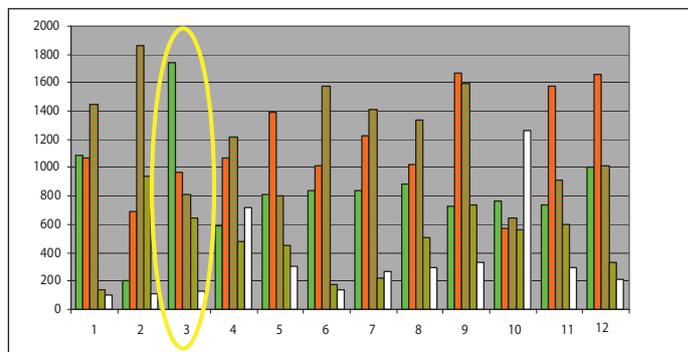
**Figure 2**  
Conduite des entretiens lors de 127 consultations en %.

<sup>1</sup> La 1<sup>re</sup> partie de cette série a été publiée dans le numéro 5 de PrimaryCare; la 3<sup>e</sup> partie suivra dans le numéro 7 et la 4<sup>e</sup> dans le numéro 8.

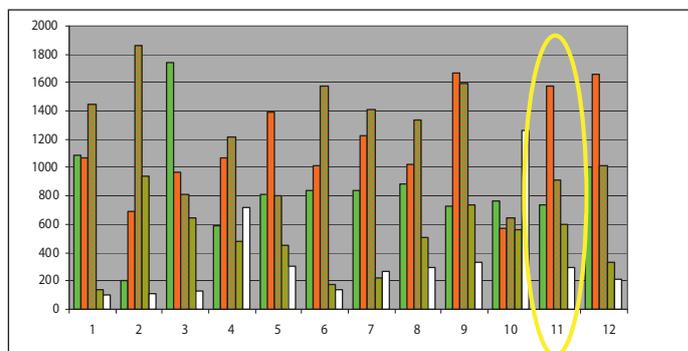


**Figure 3**  
Différences individuelles dans la forme de la conduite de l'entretien. (Légende: voir figure 2.)

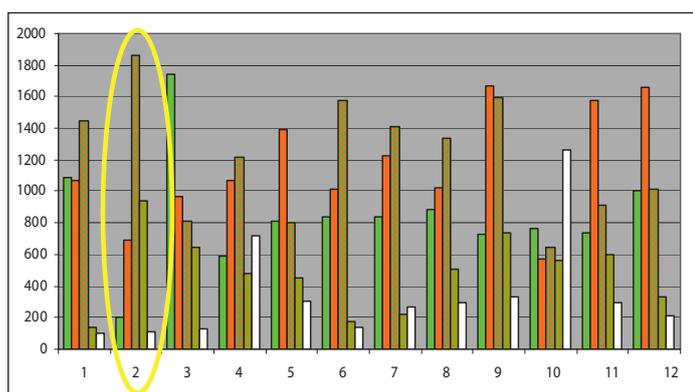
Ces différences de styles d'entretiens sont très certainement des caractéristiques décisives pour le choix du médecin pour les patients. Cherchent-ils plutôt une personne à l'écoute, quelqu'un de fort en mots, un interlocuteur taciturne ou un extraverti?



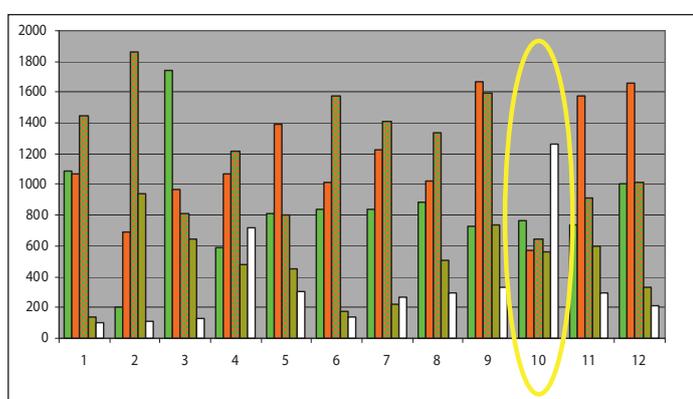
**Figure 4**  
Conduite de l'entretien chez le médecin.



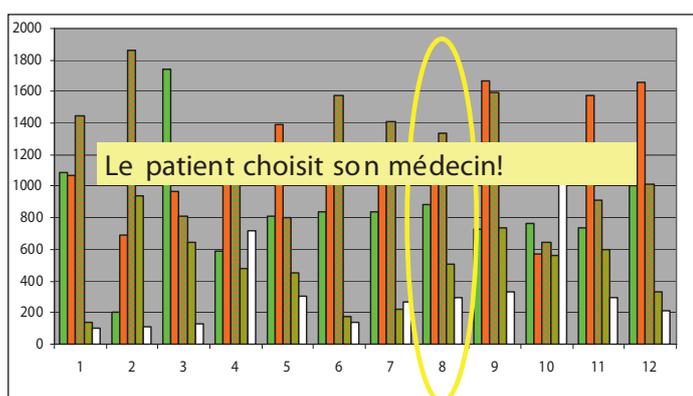
**Figure 5**  
Dans ce cabinet, ce sont clairement les patients qui ont la parole.



**Figure 6**  
Ce médecin recherche la discussion, autrement dit le dialogue, avec ses patients.



**Figure 7**  
Le courage de la pause: chez ce médecin, il n'est pas nécessaire de parler sans interruption ...



**Figure 8**  
Et il est clair que le médecin équilibré typique existe aussi!

### Conduite des entretiens à l'hôpital

La comparaison des entretiens au cabinet du médecin de famille avec les visites à l'hôpital ou les consultations en polycliniques est également intéressante:

La participation verbale des patients aux entretiens révèle certaines différences entre les consultations au cabinet de médecine de fa-

**Tableau 1**

Comparaison des consultations (Hôpital: H. Weber et W. Langewitz 2000, Bâle; spécialistes: L. C. Zandbelt 2001/2002, Amsterdam; médecin de famille: L. Litschgi 2006, Bâle).

	Hôpital	Policlinique	Médecin de famille BS / BL
Temps de parole du patient	34%	38%	50%
Rapport entre les temps de parole médecin/patient	1,5:1	1,6:1	1:1,4
Durée des entretiens	7,5 min	13 min	13 min

mille et les autres institutions: à l'hôpital, le patient a la parole pendant 34% du temps de la consultation contre 38% à la polyclinique et 50% chez le médecin de famille. A l'hôpital, le rapport du temps de parole médecin/patient est de 1,5:1 en faveur du médecin contre 1:1,4 en faveur du patient au cabinet du médecin de famille. Tous les programmes de formation prégraduée et postgraduée conçus jusqu'ici pour améliorer la qualité des entretiens avec les patients et les patientes portaient de l'idée que le temps de parole accordé à ces derniers était insuffisant dans les hôpitaux et les polycliniques. Cela a donné lieu à diverses interventions visant à faire parler le patient et à faire se taire le médecin. Ces interventions ont ensuite été exercées dans les hôpitaux et les établissements proches, mais sans trop de succès, car ces institutions étaient de par leurs structures plus proches de la médecine que du patient. Au cabinet de médecine de famille, c'est exactement l'inverse. Le cabinet tire profit de sa proximité des patients, se base sur d'autres modes de communication et doit faire face à des problèmes totalement différents des carences explorées jusqu'ici dans les hôpitaux – par exemple le changement incessant de la nature des exigences en matière de communication, suivant le patient et la problématique à traiter ou la constance personnelle ou encore le style de communication, le facteur probablement essentiel dans le succès de la relation de confiance.

Le médecin de famille est par conséquent un vrai spécialiste de la communication! L'entretien est son principal instrument de travail! Et nous sommes fiers de pouvoir souligner ce point lors de notre enseignement aux étudiants, tout particulièrement dans le cadre des exercices pratiques individuels (tutoriat).

### Le tutoriat individuel

Le tutoriat individuel est depuis une dizaine d'années le lien didactique le plus performant entre le cabinet de médecine de famille et l'université. Il ne constitue donc certainement pas un concurrent pour les études universitaires, mais bien davantage un complément pratique.

Lors des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> années de formation, tous les étudiants se rendent ainsi chaque mardi durant deux ans à un après-midi d'exercice pratique, en règle générale dans un cabinet de médecine de famille (70–80%), pour apprendre à connaître en grandeur nature la réalité quotidienne de cette profession. Cette forme d'enseignement/apprentissage est unique en Suisse et en Europe. En 2004 et 2005,

nous avons soumis pour la première fois le tutorat individuel à une évaluation scientifique externe.

**Pour les étudiants, le stage hebdomadaire au cabinet fait figure de «highlight de la semaine»!**

Les buts du tutorat individuel ont été clairement formulés:

- meilleure connaissance de la profession et des réalités quotidiennes du cabinet de médecine de famille;
- amélioration de la motivation à choisir la médecine de famille pour future spécialité;
- teaching 1:1 dans le cadre d'un rapport de maître de stage/stagiaire avec une collaboration intensive et interactive: le tuteur se doit d'être un modèle!
- promouvoir une relève qui nous tient à cœur!
- le tutorat individuel renforce l'image du médecin de famille et favorise la «corporate identity».

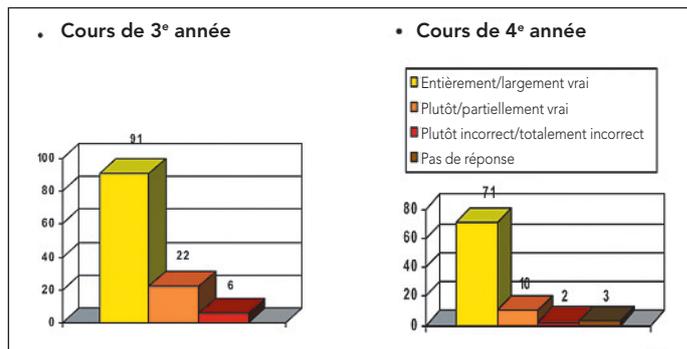
Le tableau ci-dessous illustre le degré d'appréciation du tutorat individuel dans la réalité. Au lieu des 33 heures requises durant le cours de 3<sup>e</sup> année, les étudiants passent 54 heures chez leur tuteur et même 85 heures en 4<sup>e</sup> année au lieu des 48 exigées.

**Tableau 2**  
Répartition des tutorats (d'après [1]).

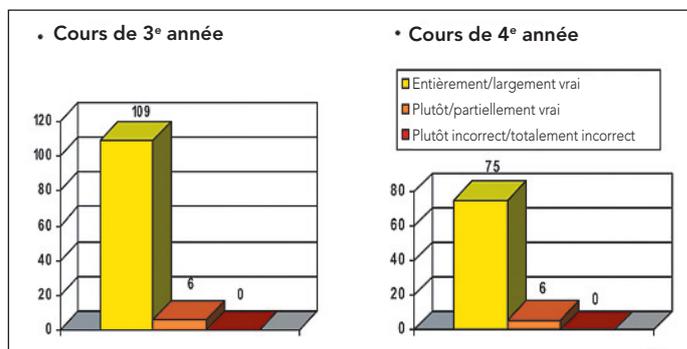
	3 <sup>e</sup> année de formation	4 <sup>e</sup> année de formation
<b>Demi-journées de tutorat individuel</b>		
- exigées	11	16
- réellement effectuées	13,5	20
<b>Heures par demi-journée</b>		
- exigées	3	3
- réellement effectuées	4,1	4,25
<b>Temps effectif consacré en heures</b>		
- exigé	33	48
- réellement consacré	54	85
Temps de déplacement	1 heure	1 heure
Préparation/débriefing	50 minutes	45 minutes

L'évaluation externe montre également très bien que la grande majorité des étudiants «a fait des progrès en termes d'assurance dans la communication avec les patients» (fig. 9) et que les étudiants «ont appris de la part de leur tuteur la façon de gérer les rapports avec les patients» (fig. 10). On ne saurait faire meilleur compliment aux médecins qui participent à cet enseignement!

L'excellente appréciation globale de 2005 (cf. aussi [2]) est basée sur l'acquisition de compétences dans les examens externes, sur la sensibilisation de l'environnement social du patient et sur les qualités de conduite des entretiens du tuteur!



**Figure 9**  
«J'ai gagné en assurance dans la communication avec les patients» (2004).

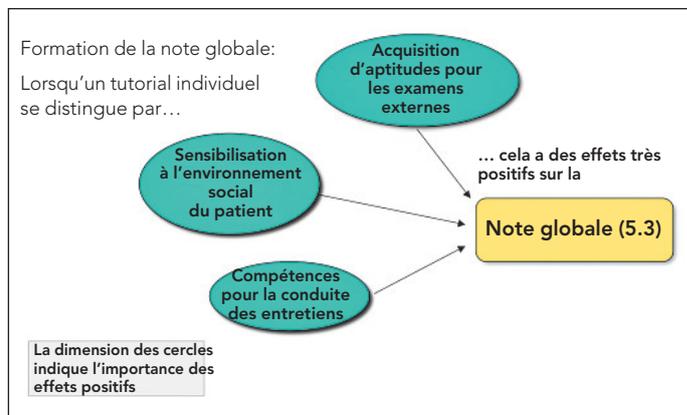


**Figure 10**  
«J'ai appris de la part de mon tuteur à gérer les rapports avec les patients» (2004).

**La relation médecin/patient est-il un simple échange de balle?**

Certainement pas. Nous médecins de famille captions la balle que nous envoient nos patients, avec un engagement sérieux et avec précision dans la suite à donner. Le risque qu'un échange se passe moins bien et qu'un patient ou un médecin soit exclu est toujours présent.

Les mots-clés de «patient empowerment», «shared decision making» et compétence en matière de santé ont leur justification. Ces



**Figure 11**  
Appréciation globale du tutorat individuel (2005).

concepts cachent de vrais besoins. Les patients et les médecins doivent continuer à apprendre et à se développer. A Bâle, nous nous y sommes engagés il y a 10 ans déjà, dès le stade des études de médecine. La technique médicale est indispensable, mais les entretiens, l'empathie et le suivi à long terme sont d'une importance capitale pour la relation médecin-patient.

### Science and charity – une communication emprunte de dévouement plutôt que simple management

J'aimerais clore cette partie par une évocation d'un tableau que Pablo Picasso avait peint à l'âge de 17 ans, durant sa période académique, et qui est aujourd'hui exposé au Museu Picasso de Barcelone.<sup>2</sup> Un médecin est assis près du lit d'un patient, uniquement intéressé par le résultat de sa mesure. La bonne sœur qui assiste à la consultation est en revanche tournée vers le patient. Ce tableau illustre parfaitement le fossé entre médecin et compassion, la contradiction entre technique et attention. Le danger que ce fossé se creuse est grand. Si par exemple dans la pratique de demain le suivi d'un patient diabétique consiste à la mise en place de traitements structurés, de représentations graphiques des valeurs importantes et de systèmes de rappels des contrôles de routine indispensables – ces derniers ne faisant d'ailleurs qu'augmenter – et à l'intégration active d'auxiliaires spécialisés dans les processus et l'établissement en fin de consultation, en accord avec le patient, de buts thérapeutiques communs, on aura adressé des aspects et des développements certes essentiels pour chacun de ces points. Mais à y regarder de plus près, on constate que tous ces facteurs mentionnés ont en commun non seulement une professionnalisation souhaitable, mais aussi un distanciellement et un refroidissement de la relation immédiate entre le médecin traitant et son patient. Il en résulte des barrières invisibles qui entravent une relation thérapeutique approfondie et qui peuvent finalement exprimer une «peur de la proximité». Le but doit être la réunion du savoir et de l'empathie dans la pratique quotidienne. C'est ici que prend toute son importance la formation continue professionnelle visant à améliorer sans cesse les aptitudes du médecin de famille de demain souhaitant être à la fois *soignant*, *technicien* et *manager*. Ce qui est si important pour le bien du malade a une signification encore bien plus grande pour la médecine de famille en tant que spécialité du suivi des patients au quotidien. Tandis que les autres disciplines médicales se définissent d'abord par un contenu, des maladies, des systèmes d'organes ou des technologies, la relation médecin-patient passe avant le contenu et constitue une partie intégrante de la médecine de famille. Perdre de vue le développement et l'ancrage de la relation médecin-patient thérapeutique dans la conception de la couverture médicale de l'avenir serait ainsi fatal pour l'existence même de la spécialité «médecine de famille».

Quelle que soit l'importance ou le manque de médecins de famille, il faut absolument éviter que les patients finissent par devoir deman-

der de l'aide en envoyant des messages électroniques à un médecin à l'autre bout de la ligne.

Aux Pays-Bas, un praticien plutôt original a obtenu les encouragements du monde politique, des assureurs-maladie et de la société médicale. C'est que là-bas aussi la médecine de famille est menacée d'extinction. Ce médecin propose donc des consultations par e-mail! Voilà des perspectives d'avenir peu réjouissantes et ce n'est certainement pas un exemple à suivre!

### Références

- 1 Isler R, Romero S, Halter U, Heiniger S, Persike M, Röers B, Martina B, Tschudi P, Bally K. Le tutorat individuel à Bâle – dix ans de succès. *Primary-Care* 2009;9(4):74–7.
- 2 Isler R, Romero S, Halter U, Heiniger S, Persike M, Röers B, Bally K, Martina B, Tschudi P. One-on-one long-term tutorials in general practitioners practice – a successful new teaching concept in primary care medicine. *Swiss Med Wkly*. 2009;139(11–12):161–5. Available from: <http://www.smw.ch/docs/PdfContent/smw-12438.pdf>.

Prof. Peter Tschudi  
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
Vorsteher Institut für Hausarztmedizin IHAMB  
Universität Basel  
Petersgraben 4  
4031 Basel  
Peter.Tschudi@unibas.ch

## Für zwölf Euro beim E-Mail-Doktor

In den Niederlanden erntet ein unkonventioneller Arzt Beifall von Politik, Krankenversicherern und dem Ärzteverband. Weil die Hausärzte auszusterben drohen, bietet ein Arzt Konsultationen per E-Mail an.

Vor zwei Jahren hängte Robert Mol aus Hoogvliet bei Rotterdam seinen eigenen Beruf als Hausarzt an den Nagel. Seither sind in der Umgebung des niederländischen Ortes 1500 Patienten ohne Hausarzt. Und dies, obwohl der Hausarzt im niederländischen Gesundheitssystem die Schlüsselrolle spielt: Er kennt meist die Krankengeschichte der ganzen Familie, verfügt über sämtliche Akten und entscheidet über die Überweisung an Spezialisten.

Von Klaus Bachmann, Rotterdam

Das ist viel Arbeit, die immer weniger Ärzte für immer mehr Patienten verrichten müssen. Der Beruf des Hausarztes, bei dem man viel unterwegs ist, immer ansprechbar sein muss und keine festen Arbeitszeiten kennt, ist immer weniger attraktiv. 2002 waren 100 von 4800 Praxen in den Niederlanden unbesetzt. In den nächsten sieben Jahren, so warnte unlängst das Magazin «Elsevier», wird ein Drittel aller Hausärzte den Beruf aufgeben.

Abhilfe ist in Sicht, dank Robert Mol. Denn der 46-Jährige wechselte nicht einfach den Beruf, er erfand gleich einen neuen: den «E-Mail-Doktor». Seit zwei Jahren nun berät er Patienten per E-Mail und Telefon. Patienten, die keinen Hausarzt haben oder mit dem eigenen unzufrieden sind, können ihre Beschwerden in einem E-Mail schildern. Dann ruft Mol zurück und entscheidet aufgrund des Gesprächs, ob für die Diagnose ein persönlicher Kontakt notwendig ist. Falls ja, kann der Patient in die Sprechstunde kommen oder er wird an einen Arzt in seiner Nähe verwiesen. Falls nicht, kontaktiert Mol die



**Durchleuchten Sie sich selbst.** Werden bald Diagnosen aufgrund von Web-Kamera-Bildern gestellt? Reuters

nächstgelegene Apotheke und übermittle das Rezept. Eine Mail-Beratung kostet zwölf Euro, ein Sprechstundenbesuch 24 Euro. Und ein Jahresabonnement gibt's für 87 Euro. Bereits hat sich eine Krankenversicherung gefunden, die diese Kosten rückerstattet.

Als Mol seine virtuelle Praxis startete, erhielt er selbst vom damaligen Gesundheitsminister Lob für die originelle Idee zur Bekämpfung des Hausärztemangels. In den Niederlanden klagt niemand darüber, dass der Kontakt mit der traditionsreichen Institution Hausarzt nun unpersönlich zu werden droht. Nach einer Umfrage des

staatlichen «Rates für Volksgesundheit» unter Internetnutzern befürworteten 75 Prozent der Befragten den virtuellen Arztbesuch, 40 Prozent erklären, sie würden dadurch weniger Sprechstunden aufsuchen. So, argumentiert Mol, würden die Ärzte entlastet und könnten mehr Patienten betreuen. Fehldiagnosen scheint er nicht zu fürchten: «Nach meiner Erfahrung zwingt das E-Mail-Schreiben Patienten dazu, ihre Symptome genauer wiederzugeben, als dies beim Gespräch geschieht.» Und im Gegenzug zu mündlich erteilten Ratschlägen könne sich ein Patient den Rat des Arztes ausdrücken und vergesse ihn nicht mehr.

### Zielgruppe ohne Internet

Doch die Entwicklung der virtuellen Hausarztpraxis steckt noch in den Kinderschuhen. Nicole Slegers, Sprecherin des Verbands der Hausärzte: «Die Datensicherheit via elektronische Kommunikation ist noch nicht garantiert.» Mol wiederum berichtet von der Zahlungsbereitschaft seiner Patienten, die sich in Grenzen halte. In den meisten Fällen erhalte er sein Geld etwa nach einem Monat – aber es könne auch länger dauern. Und Frank van der Aa von der Seniorenvereinigung Anbo glaubt, dass ein E-Mail-Doktor älteren Menschen manchen Hausarztbesuch ersparen könnte, «doch von unserer Klientel haben nur zehn Prozent einen Internetanschluss».

Robert Mol ficht das nicht an. Seine Praxis floriert, Medien und Politik sind von der Idee begeistert. Er selbst träumt bereits vom nächsten Schritt: dass Patienten Bilder von sich ab der Web-Kamera zur Diagnose schicken.

<sup>2</sup> Pablo Picasso. Science and Charity. 1897. Oil on canvas. Museu Picasso of Barcelona, Spain. Cf. <http://www.bcn.cat/museupicasso/en/collection/mpb110-046.html>

### Figure 12

Basler Zeitung, 26 septembre 2003. Reproduction avec l'aimable autorisation de l'éditeur.