

Manuel Fischler

Existe-t-il un modèle idéal pour la culture de transfert et de coopération entre le médecin de famille et le médecin hospitalier?

La collaboration entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux garantit les meilleurs traitements possibles, des résultats thérapeutiques optimaux et une efficacité économique. A l'ère des DRG, cette coopération prend donc une importance grandissante. Dans ce contexte, les approches modernes du *managed care* ou de la gestion intégrée des soins entrent en jeu. Indépendamment de la forme, le modèle idéal de l'avenir se base néanmoins sur des éléments éprouvés de la collaboration.

L'introduction du système des DRG dans la prise en charge somatique aigüe stationnaire entraînera une nouvelle focalisation sur les processus thérapeutiques, où la prévention et le suivi des patients prendront une nouvelle importance. Alors que jusqu'à présent, la gestion de la coopération entre le médecin de famille et le médecin hospitalier occupait une place centrale, le *managed care* ou la gestion intégrée des soins se concentre sur la prise en charge des patients la plus rentable sur le plan économique et la meilleure qui soit sur le plan qualitatif et médical, quel que soit le fournisseur des soins.

Même objectif

Les acteurs du système de santé sont soumis à une pression économique grandissante. En parallèle, au sein du système en mutation naît une nouvelle forme de concurrence, qui influence également la collaboration entre le médecin hospitalier et le médecin de famille. Le médecin de premier recours, qui agit comme coordinateur, assure la prise en charge individuelle et globale de son patient sur de longues périodes. Ses collègues du milieu hospitalier traitent généralement les maladies aiguës ou les maladies chroniques exacerbées sur le court terme. Néanmoins, une prise en charge complète inclut à la fois le processus somatique et les composantes psycho-sociales. Ces dernières ne sont pas prévues dans le système des DRG, alors qu'elles ont influence déterminante sur l'aspect somatique. Ces composantes psycho-sociales doivent donc également être intégrées au plan thérapeutique à l'hôpital.

Tandis que les médecins de famille devraient à l'avenir être financés davantage pour la composante préventive, la prévention est encore un terme étranger dans le milieu hospitalier. Les médecins hospitaliers appliquent de plus en plus des stratégies hospitalières imposées, tandis que les médecins de famille agissent en tant qu'entrepreneurs indépendants sous leur propre responsabilité. Il est donc essentiel pour les deux parties de respecter les différences initiales de fonctionnement, de connaître les besoins connexes et de les accepter. Pour ce faire, les maîtres mots sont interconnexion, respect, confiance et transparence. En fin de compte, les deux parties ont un objectif commun: générer le maximum de bénéfices pour le patient.

Traitement des patients en commun

Au centre la relation médecin de famille-médecin hospitalier figurent la concertation, le diagnostic et la prise en charge de mêmes patients. Cette gestion des patients structure les phases d'admission à l'hôpital, d'hospitalisation et de sortie. Des demandes d'admission claires et complètes permettent aux médecins hospitaliers de comprendre les attentes du médecin de famille et contribuent à éviter la répétition de procédures déjà réalisées par le médecin de famille. En retour, la phase d'hospitalisation requière que le médecin de famille soit informé de l'évolution de la situation du patient. A cet effet, une bonne orientation est importante pour les deux parties, particulièrement en cas d'anoma-

lie. Chez les patients polymorbides ou gravement malades ou dans les situations de soins palliatifs, cette mission primaire de coopération doit encore davantage être mise en valeur.

Mis à part les éléments administratifs, une bonne gestion des sorties doit inclure des concertations sur les médicaments à prendre, ainsi qu'un plan thérapeutique, voire social. A l'avenir, toutes les communications entre le médecin de famille et le médecin hospitalier feront de plus en plus intervenir les nouvelles technologies d'information et de communication. Dans les systèmes d'information cliniques implantés individuellement, qui sont appelés extranets, le médecin de famille peut suivre le traitement de son patient. Les systèmes numériques d'information dédiés au suivi des patients permettront une nouvelle forme de transmission des informations, ce qui améliorera considérablement l'efficacité processuelle et économique ainsi que la sécurité des patients et la qualité.

Entretenir le dialogue, ne pas manager

Une autre pierre angulaire de la relation médecin hospitalier-médecin de famille se concentre sur la formation continue. A côté du transfert de connaissances, celle-ci contribue à l'échange interactif nécessaire. Les nouveaux modèles de collaboration intégratifs, comme par ex. le cabinet d'urgences géré par les médecins de famille qui existe depuis 1 an à l'hôpital de Waid, rapprochent les médecins hospitaliers et les médecins de famille et renforcent leur partenariat. La gestion moderne des médecins adressant les patients à l'hôpital étiquette néanmoins les médecins de premier recours comme des clients et «gère» leurs relations avec l'hôpital. A l'instar des portiers, le but est de rapprocher le plus possible le médecin de famille de l'hôpital. Le principe de collégialité, qui place la collaboration entre le médecin de premier recours et le médecin hospitalier sur un pied d'égalité, fait néanmoins contrepoids. Les deux parties poursuivent le même objectif pour le même patient, sauf à une phase différente de la maladie. Est-ce que cette relation médecin hospitalier-médecin de famille a à présent besoin d'être gérée ou alors faut-il arriver à un consensus ou bien faut-il encore affiner cette interface, ou autrement dit la collaboration entre les deux parties?

Réaliser le connu

La «prise en charge intégrative» place le patient et sa maladie au centre. Les services destinés au maintien ou à la récupération d'une bonne santé obéiront ainsi à l'avenir à une approche transsectorielle, ce qui aura des répercussions logiques sur les modèles de collaboration et donc également sur la relation médecin hospitalier-médecin de famille. Par ailleurs, ce modèle servira de base à des modèles de financement dans le système de santé. Il est difficile d'évaluer s'il s'agira également d'un modèle idéal pour la culture de transfert et de collaboration. Ces modèles sont toutefois uniquement prometteurs si nous renforçons des principes bien reconnus comme la collégialité, l'estime et le respect, pour ainsi redéfinir la relation entre le médecin de famille et le médecin hospitalier. Il faut bien avouer que cette approche n'a rien de nouveau. L'information, l'intégration et la communication restent donc les fondements de tout modèle idéal, quel que soit sa dénomination ou sa structure d'organisation.

Correspondance:

PD Dr. med. Manuel Fischler

Médecin-chef de la Médecine interne

Stadtspital Waid, Tièchestrasse 99

8037 Züric, manuel.fischler@sec.waid.zuerich.ch