

Beat Sottas

La médecine de famille n'est pas out – mais d'autres structures d'accueil sont également in

Conférence principale du congrès de formation continue 2012 «Contraires: IN – OUT», à Lucerne

A côté de la formation et de la sécurité, le système sanitaire et les prestations de soins de santé sont considérés dans le monde entier comme des devoirs majeurs d'une société et d'un état. Le niveau d'exigences relatif à la mise à disposition de prestations est donc élevé. Or la réalisation dépend de la puissance économique et de la disponibilité des professionnels, mais également des changements au sein de la société.

Les «méga tendances» influencent la réalité de la prise en charge

Des analystes et des chercheurs ont exposé de multiples manières le fait que la réalité de la prise en charge sera modifiée de façon décisive. Ils renvoient aux «méga tendances», c'est-à-dire des lots entiers de tendances, d'exigences, de développements et de chaînes de réactions qui dirigent l'exercice professionnel (et la formation) vers de nouvelles voies. De telles méga tendances sont les transformations démographiques (notamment taux de naissance faibles, immigration, polymorbidité des personnes âgées), les innovations médicales et le changement technologique (notamment diagnostic, procédés mini-invasifs, médicaments), la signification économique de la santé (notamment coûts vs bénéfices, part du PIB, le patient-payeur, standardisation) et la modification des rôles des patients (particulièrement savoir et libre décision, dialogue thérapeutique, position de demandeur et de consommateur).

La pression sur les coûts est énorme mais, selon toute probabilité, le «facteur humain» sera davantage déterminant:

- Le manque de professionnels de la santé est un phénomène global, car les besoins et les exigences augmentent. En 1970, environ 2 personnes s'occupaient d'un patient à l'hôpital, aujourd'hui ce sont 20 personnes.
- L'insatisfaction grandit en raison des temps d'attente, des obstacles administratifs, des coûts élevés, des procédés difficiles à comprendre et des chevauchements.
- Les professionnels de la santé opposent leurs attentes concernant davantage de temps libre et moins d'obligations au combat héroïque pour la vie.
- Et: les patients veulent choisir et participer à la prise de décision.

In/out n'a pas assez d'effet

Lorsque les médecins de famille suisses se demandent s'ils sont «in ou out», ils se réfèrent à un concept de l'étude de marché et du monde de la consommation. Des styles, modes, couleurs, accessoires sont aujourd'hui top et seront flop demain. Ce caractère éphémère n'est absolument pas typique du domaine de la santé: il ne s'agit pas simplement d'actionner un interrupteur. Les méga tendances s'imposent progressivement.

C'est pourquoi le concept in/out a plus à voir avec les idées reçues mentales. Les points de repère existant sont une image professionnelle établie il y a 100 ans et des formes d'organisation qui ont été ancrées et ont acquis un statut légal il y a 50 ans. Au vu des débats

brûlants de ces dernières années, le concept in/out semble incarner l'évocation de ces représentations et une position défensive redoutable.

Comme si cela était nécessaire; il n'existe pourtant aucune autre branche présentant des perspectives d'avenir si réjouissantes!

En raison du besoin croissant et de la politique privilégiant l'ambulatoire au stationnaire, les médecins de famille joueront à l'avenir également un rôle central en matière de prestations primaires de santé. La question inquiète du «in» ou «out» signifierait-elle que l'étude des bouleversements qui marquent notre époque n'est pas du tout effectuée avec un esprit ouvert, sérieux et décidé? Ce serait une négligence fatale, car les modifications mentionnées transforment les soins primaires de santé (et aussi le prestataire): si la société change, les individus qui s'occupent de ces personnes doivent également changer.

Commentaire sur «La médecine de famille n'est pas out, mais d'autres structures d'accueil sont également in»

Dans son article, l'auteur aborde quelques sujets importants. Lorsqu'il évoque la pénurie générale de professionnels de santé, il ne se limite pas aux médecins (de famille), mais considère également les infirmières et infirmiers ainsi que l'importance capitale des soins intégrés. Sans conteste, il est nécessaire de restructurer les soins de santé primaires et de mener un travail sur le skill mix (qui fait quoi, où, au mieux et au plus bas coût). Cette nouvelle répartition des tâches est essentielle mais suppose également des réglementations claires relatives aux compétences et aux responsabilités correspondantes. La coordination et la préservation d'une vue d'ensemble complète sont d'autant plus importantes que le nombre de professionnels de santé prenant part au traitement d'un patient (en général polymorbide) augmente. Seuls les médecins de famille (hommes ou femmes) possèdent la formation et la qualification nécessaires pour accomplir cette mission à responsabilités centrale. Sans coordination de la part des médecins de famille, le chaos serait inéluctable. Toutefois, il est également vrai que la médecine de famille doit s'adapter au travail d'équipe et que le médecin sera amené à déléguer davantage. L'association professionnelle «Médecins de famille Suisse» s'en est aperçu depuis quelques temps déjà et travaille sans relâche à un vaste projet intitulé «skill mix» auquel tous les professionnels de santé intéressés participent de manière collective. Ainsi, des contacts réguliers se nouent avec les associations professionnelles des infirmières et des infirmiers (ASI), des assistantes médicales (SVA) et d'autres métiers (comme les pharmaciens par exemple), afin de façonner les soins de santé primaires du futur.

Gerhard Schilling, membre du comité de «Médecins de famille Suisse», co-rédacteur en chef de Primary Care

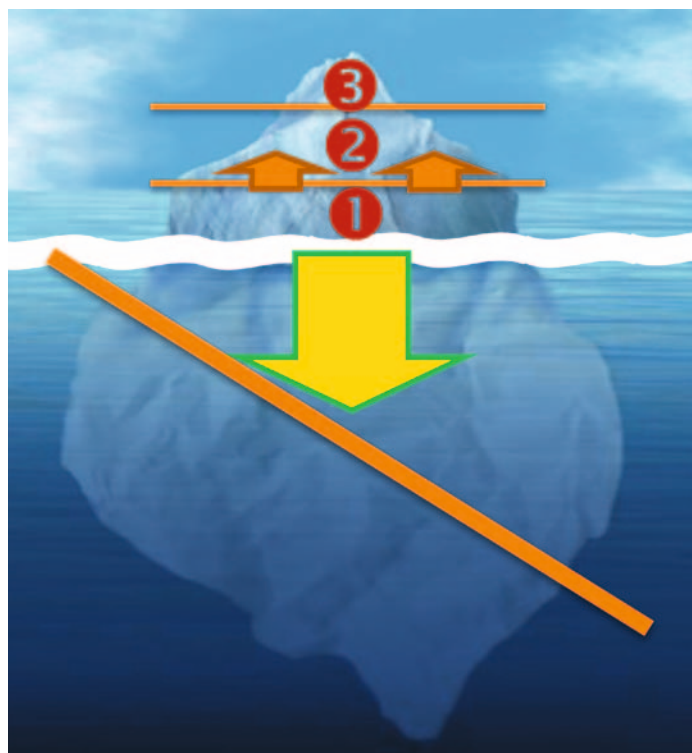


Figure 1

Modèle iceberg de la prise en charge et de l'exercice professionnel: La ligne ondulée marque la «frontline of primary care». Tandis que les médecins de famille des soins primaires (niveau 1) s'orientent, en raison de leur formation postgrade, vers les soins secondaires (niveau 2), la demande et les exigences croissent fortement juste en-dessous de la ligne conventionnelle de séparation, définie sur le plan médical: promotion sanitaire, prévention, accompagnement, surveillance, orientation, traitements complémentaires, soins palliatifs et bien d'autres.

Intérêt international pour la «frontline of primary care»

Le débat suisse autour de la médecine de famille n'aborde pas le fait que la «frontline of primary care» soit une priorité dans le monde entier depuis plus de 35 ans, à savoir depuis la déclaration d'Alma-Ata de l'OMS et les travaux guides de l'OCDE, ou: depuis le moment où, dans certains pays industrialisés, le corps médical comptait davantage de spécialistes que de prestataires de base. En Suisse, c'est d'ailleurs le cas depuis 1961.

La «frontline of primary care» définit le premier point de contact des citoyens et patients avec le système sanitaire professionnel. La question de savoir quoi et pourquoi fait l'objet d'un vaste consensus: il s'agit de la guérison et du maintien du bon état de santé, ainsi que du soutien professionnel pour une perspective vivable. A l'inverse, la question de savoir comment anime les débats dans le monde entier: vers qui les patients peuvent-ils se tourner lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé aigu et ont besoin d'une aide professionnelle? Cette structure est-elle facilement accessible ou présente-t-elle des obstacles financiers et organisationnels au moment de la transition entre des soins informels (gratuits) et le soutien et les prestations (payantes) des professionnels de santé?

Des bouleversements transforment le «scope of practice» des prestations primaires de santé

Dans les pays germanophones d'Europe, la formation postgrade centrée sur l'hôpital a pour conséquence que les prestataires primaires de santé se positionnent au même niveau que les spécialistes. Toutefois, les méga tendances mentionnées entraînent une nouvelle orientation des soins de base, qui modifie la pratique professionnelle. Tandis que le secteur stationnaire, d'un point de vue relatif, perd en signification (notamment durée de séjour plus courte, procédés mini-invasifs), les prestations de soins et de prise en charge deviennent de plus en plus importantes dans le vaste domaine du secteur ambulatoire. La traditionnelle ligne de séparation des prestations primaires définies sur le plan médical se déplace vers le bas (cf. fig. 1). Dans l'exercice professionnel, les activités de soins et de prise en charge requérant des compétences qui ne sont guère transmises durant les études de médecine et pour lesquelles aucune formation médicale n'est nécessaire, gagnent en importance.

Ce n'est alors pas un hasard si le renommé «Conseil des experts de la santé» allemand a rappelé en 2009 que le concept Primary Care, développé en Grande-Bretagne dans les années 1920, s'étend bien au-delà de la médecine générale ou des prestations de médecine familiale.

C'est pourquoi d'importants comités incitent à penser que ces prestations ne peuvent pas être uniquement fournies par la médecine de famille. Le Conseil des experts a déclaré: «la main d'œuvre de la médecine familiale est désormais trop restreinte (et, en ce qui concerne de simples tâches quotidiennes, également trop onéreuse) pour pouvoir garantir toutes les prestations fournies actuellement par un dispositif de soins primaires de qualité».

Structures d'accueil

Le patient informé et les utilisateurs autonomes représentent l'une des méga tendances. Avec le concept des structures d'accueil, la prise en charge est considérée sous cette perspective. Les utilisateurs autonomes veulent une relation thérapeutique dans laquelle ils sont libres de contribuer au développement de leur santé. Ils recherchent les prestations sanitaires adaptées à leurs besoins, pas toujours (uniquement) en qualité de patients, mais avant tout en tant que citoyens avertis et responsables, qui sélectionnent les prestations adéquates parmi une vaste gamme d'offres variées. Ces modifications du comportement d'utilisateur ont de vastes répercussions sur la forme de l'offre de prestations de soins primaires: dans le pire des cas, les professionnels de la santé abandonnent leur statut de thérapeutes savants pour devenir des prestataires de services échangeables.

L'élément décisif est la manière dont se déroule la collaboration entre différents professionnels de la santé qui doivent fournir des prestations en cas de première consultation urgente et des problèmes sanitaires aigus, ainsi que pour la prise en charge d'individus chroniquement malades. En matière de prestations primaires de soins, il existe justement de nombreux exemples dans le monde entier pour illustrer comment la chaîne de prise en charge est maintenue dans des structures ambulatoires d'accueil et comment la division du travail devient un facteur de réussite déterminant. A travers le projet «Changer les perspectives et recentrer les soins de premier recours», la fondation Careum a mis à jour les discussions au niveau national et à l'étranger, en se basant sur plus de 100 sources, et a exposé les modèles développés dans des pays industrialisés.¹

¹ Sottas B, Brügger S. Ansprechstrukturen. Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung. Zürich: Careum; 2012. Download à www.careum.ch/ansprechstrukturen

Avec la globalisation des marchés de la santé, de tels modèles devraient tôt ou tard arriver également en Suisse. Ainsi naissent de nouvelles structures professionnelles d'accueil qui, grâce à la proximité avec le client et aux plus-values de services, gagnent des parts de marché. Elles peuvent bien ignorer les tarifications Tar-med ...

Cimenter la médecine de famille = encourager le chaos de la prise en charge

Les mesures directives en matière de politique sanitaire ne considèrent plus l'hôpital comme point central en termes de prise en charge. Les centres d'accueil destinés aux soins primaires existants sont dépassés par cette «tendance à l'ambulatoire». Ainsi par exemple, les problèmes de capacité sont souvent débattus intensément dans le «British Medical Journal». Ghorob *et al.* ont calculé que les prestataires de base devraient disposer d'une journée de plus de 18 heures pour s'occuper des patients vieillissants et dont la maladie s'aggrave, tout en tenant compte des risques [1]. Etant donné que la conception actuelle de la prise en charge n'est pas durable, ils exigent un changement de stratégie, afin d'intégrer davantage de professionnels. Dans un premier temps, cela comprendrait un changement d'état d'esprit pour passer du «je» au «nous», l'abandon du modèle «moi, médecin unique entouré d'aides» et une action au sein de l'équipe au cours de laquelle des responsabilités (et non pas des tâches) sont déléguées à d'autres professionnels.

Grâce à la qualification au niveau d'une Haute Ecole, les Health Professionals nécessaires sont de plus en plus disponibles sur le marché. En effet, il existe une augmentation de personnes qualifiées non-médecins qui peuvent (et vont) assumer les tâches relatives aux prestations primaires de santé, notamment les chiropraticiens, les pharmaciens d'officine, les infirmiers titulaires d'un master, les psychothérapeutes MSc, les travailleurs sociaux, les mé-

decins alternatifs diplômés, et bien d'autres. En termes de politique de prise en charge sanitaire, il est indispensable de les intégrer aux structures et procédés, car la guérison et le soulagement ne dépendent plus de l'intervention d'une seule personne ou institution, mais d'une communauté efficace d'acteurs.

Il faut donc exprimer la thèse selon laquelle *la politique actuelle des médecins de famille, axée sur une délimitation, favorise le chaos de la prise en charge*. Depuis leurs secteurs d'activité, de nouveaux prestataires de services vont susciter un intérêt croissant. Une leçon tirée du développement du système américain au cours des dernières décennies révèle que le fait de persister dans des compétences n'a pas pu stopper les modèles non conventionnels. En Suisse aussi, l'avenir a en partie déjà débuté; être «in» plutôt que «out» signifie *donc saluer ces tendances de manière proactive au moyen de structures d'accueil* et introduire dans la pratique professionnelle de nouveaux modèles induits par la demande. Elles offrent une décharge significative et représentent un enrichissement de la palette des prestations. Enfin, elles permettent également de nouveaux arrangements qui renforcent la position du prestataire de soins primaires.

A l'avenir, ce ne sont donc pas des murs sectoriels qui sont demandés, mais des moulins à vent, qui fournissent l'énergie nécessaire à un dialogue fructueux entre tous les acteurs potentiels et suscitent de nouveaux modèles commerciaux.

Références

- 1 Ghorob A, Bodenheimer T. Sharing the care to improve access to primary care. NEJM. 2012;366 (21):1955-7.

Correspondance:

Dr Beat Sottas

sottas formative works

rue Max-von-Sachsen 36, 1722 Bourguillon

sottas[at]formative-works.ch