Bruno Kissling, Monika Lagler

Position future des médecins de famille au sein des soins de santé primaire

Journée nationale «Médecine de premier recours – une discipline attractive et d'avenir» le 16 mai 2013
Table ronde d'1,5 heure, animée par Madame Myriam Holzner.

Participants à la discussion: Christine Egerszegi-Obrist (CE)[1], Marc Müller (MM)[2], Philippe Perrenoud (PP)[3], Yvonne Ribi (YR)[4], Pascal Strupler (PS)[5] et Erika Ziltener (EZ)[6]

Discussion au sujet de l'exposé introductif

Dans sa première question, l'animatrice a fait référence à l'exposé introductif de Sven Streit et Anne Ehle-Roussy [voir page 191 de ce numéro]: Les participants à la discussion étaient-ils surpris des déclarations des deux jeunes médecins?
MM remercie Sven Streit et Anne Ehle-Roussy pour leurs avis tranchés. Il souligne l'importance d'une intégration précoce de la médecine de famille dans les études, afin que la grande motivation des étudiants à suivre cette voie professionnelle ne s'essouffle pas. YR souhaite encore une plus grande sincérité vis-à-vis du personnel infirmier. PS est séduit par la fraîcheur du discours. Il est convaincu que les différentes parties intéressées parviendront à une solution porteuse d'avenir. Au final, les points de vue ne divergent pas tellement. EZ considère comme très exigeant que les médecins de famille doivent constamment être informés des dernières connaissances scientifiques et souléve la question des conditions-cadres nécessaires à cet effet.

Formation pré- et post-graduée
Chaires de médecine de famille – où le bât blesse-t-il?

La table ronde est unanime sur le fait que la manifestation des médecins de famille du 01.04.2006 a révélé au grand jour les préoccupations des médecins de famille et revalorisé la médecine de famille. Le plan directeur confère à présent une nouvelle dynamique à l'ensemble. EZ estime que les résultats de la recherche ne sont pas suffisamment transposés à l'attention de la pratique. Elle attend des instituts des recommandations, par ex. pour l'utilisation correcte des antibiotiques.
Afin d'attirer les étudiants à la médecine famille, il est indispensable d'inclure la médecine de famille dans les cours dispensés. La médecine doit se baser sur le général – le médecin de famille est le spécialiste du général.
D'après PP, l'assistanat au cabinet médical est très important durant la formation post-graduée car il assure une bonne transition entre l'université et la pratique. Les coûts afférents doivent en partie être supportés par les cantons, dans la limite de leurs possibilités financières. Il en va de leur intérêt d'assurer une bonne offre de soins de premier recours. Comme présenté en tout début de journée par Susanne Hochuli, le canton d'Argovie constitue un bon exemple, avec ses investissements financiers en faveur d'une médecine de famille forte. PS: D'après la nouvelle loi sur les professions de la santé, une plus grande coopération entre médecins et soignants est recherchée. YR attend de la part des instituts de médecine de famille qu'ils incarnent cette interprofessionnalité. MM met un bémol. La voie de l'interprofessionnalité est certes essentielle, mais il faudrait toutefois d'abord dresser un tableau d'ensemble du système de santé avant de peaufiner les pièces individuelles du puzzle. CE constate que la Confédération dicte les règles du jeu, mais n'a pas la compétence de les mettre en application. Les objectifs de santé 2020 sont à présent sur la table. Ils impliquent une étroite collaboration entre les différents acteurs. Le nombre croissant de parties intéressées ne facilite néanmoins pas l'atteinte d'un consensus: par ex. il existe désormais deux grandes associations des assureurs-maladie.

Plan directeur «Médecine de famille et médecine de base»

PS: Il n'est pas facile de réformer un système de santé qui fonctionne bien. Le système de santé est un puzzle avec un très grand nombre d'éléments, pour lesquels il est impossible et pas forcément souhaitable de trouver une solution globale unique. Une partie de ce puzzle, la nouvelle loi sur les professions de la santé, sera mise en consultation en 2013. L'innovation doit aller dans le sens d'une plus grande qualité de la profession de médecin de famille, car il a été prouvé que cela réduisait les coûts. Dans son exposé, Domhnall MacAuley l'a en effet démontré de manière saisissante pour l'Angleterre [page 187]. A ce sujet, les travaux de l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM), fondée par la FMH, sont attendus avec grande impatience. PP fait part de son scepticisme. Dans le domaine de la santé, cette entreprise qui pèse des

[1] Conseillère d'Etat (AG), femme politique œuvrant dans le domaine de la santé, Mellingen
[2] Président de Médecins de famille Suisse, Grindelwald
[3] Conseiller d'Etat (BE), Vice-président de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne
[4] Secrétaire générale de l'Association suisse des infirmières et infirmiers, Berne
[5] Directeur de l'Office fédéral de la Santé Publique (OFSP), Berne
[6] Présidente de la Fédération suisse des services aux patients, Zurich

milliards, les lobbyistes les plus variés sont actifs dans toutes les directions possibles. Seule une uniformisation des systèmes de financement peut remédier au problème.

Priorité à la collaboration interprofessionnelle pour le bien-être des patients

En Suisse alémanique, la collaboration interprofessionnelle dans la pratique implique avant tout les assistantes médicales, alors qu'en Suisse romande, elle implique davantage les infirmiers. MM souligne la grande proximité du terrain et expérience pratique des assistantes médicales, car elles développent leurs compétences au sein du cabinet du médecin de famille et non au sein des hôpitaux, comme c'est le plus souvent le cas pour les infirmiers/ères. D'après lui, la valorisation des compétences des assistantes médicales ainsi que leur rétribution constituent un important pool de ressources. YR ne considère pas les assistantes médicales comme une concurrence pour les professions soignantes. La formation des deux catégories de professions n'est pas comparable et les compétences se situent dès lors à des niveaux différents. EZ place les patients au centre de l'intérêt. Pour elle, la relation de confiance entre le médecin et le patient occupe concrètement l'avant de la scène. Elle recommande à tous de se trouver un médecin de famille tant que la bonne santé est au rendez-vous. Toutefois, dans les établissements médico-sociaux, les personnes de confiance sont les soignants. Dans ces établissements, il n'y a généralement pas de médecin présent, ou alors uniquement de façon sporadique. Il est incompréhensible pourquoi les soignants n'exigent pas plus de compétences dans ce domaine ou pourquoi les médecins ne mettent pas plus à contribution les soignants. D'après YR, il faut prendre en considération les niveaux de formation des soignants dans les homes médicalisés, où une pénurie croissante de compétence soignante est à déplorer. Grâce à de nouveaux modèles professionnels, le métier de soignant pourrait à nouveau être rendu plus attractif. Le personnel soignant pourrait alors assumer la prise en charge en endossant la pleine responsabilité et non pas la responsabilité partagée. Pour les patients chroniques, les infirmières en pratique avancée («advanced practice nurses») pourraient s'occuper de la gestion de cas.

MM signale encore une fois qu'il faut tout d'abord répondre à la question «Quel type de prise en charge voulons-nous?» avant de s'atteler à la question «Qui doit s'en charger?». La dernière question à se poser est «Quelle formation pré- et post-graduée cela implique-t-il?». Il estime que la gestion de cas incombe plutôt au médecin de famille, avec une délégation possible à l'infirmière pour les malades chroniques.

D'après AE, l'un des privilèges du médecin de famille est qu'il peut mettre l'accent sur ses préférences individuelles, ce qui se reflète également dans le type de collaboration interprofessionnelle choisi. SSt estime que les jeunes médecins de famille sont très ouverts à la coopération. Ils n'aspirent pas à un monopole de leur rôle. Au contraire, il en va de leur intérêt de répartir sur plusieurs épaules l'énorme quantité de travail. A cet égard, de très bons modèles sont en élaboration. MM rajoute qu'à l'heure actuelle, dans les grands cabinets médicaux, les connaissances et le savoir-faire des médecins sont en train de s'enrichir mutuellement. YR: La réalité de la vie façonnera le futur. Les nouveaux modèles doivent prévoir des tarifs différents pour les différents niveaux de compétences de soins. CE pense qu'à l'avenir, les centres de soins ambulatoires deviendront la règle. Dans de tels centres, il est possible de concrétiser les désirs de modèles d'horaires de travail individuels des jeunes médecins de famille et d'établir différentes coopérations interprofessionnelles.

Les cabinets de groupe: pas uniquement une solution d'avenir pour les centre-villes?

Les cabinets de groupe ne sont pas uniquement une solution d'avenir pour les centre-villes, mais ils conviennent aussi tout à fait pour les régions rurales, signale PP. Certaines communes parviennent à satisfaire le devoir de planification sanitaire qui leur incombe et proposent aux médecins de famille régionaux de les soutenir dans la planification de leur avenir. Il existe déjà de bons exemples et ce, pour la plus grande satisfaction de tous: le corps médical, les communes et les patients.

Les médecins sont-ils en mesure de prendre la tête de telles entreprises? Ou alors faut-il un manager? A ce sujet, A. Staub, qui est directeur de Sanacare et qui fait partie du public, prend la parole: A partir d'une certaine taille de cabinet, il est tout à fait pertinent d'embaucher une personne ayant le savoir-faire correspondant afin que les médecins puissent se consacrer pleinement à leurs tâches primaires. La qualité du traitement médical ne dépend pas en premier lieu du modèle, mais de la manière dont il est mis en œuvre. YR peut parfaitement s'imaginer tenir un cabinet avec plusieurs infirmiers et recruter un médecin. EZ: Les patients ont besoin d'une personne de confiance, peu importe que le cabinet soit grand ou petit. Il faut toutefois garder à l'esprit que plus l'appareil est opaque, plus il est difficile d'établir une relation de confiance.

Qui doit assumer le financement de la prise en charge intégrée des malades chroniques?
PS pense que les communes ont reconnu la gravité de la situation et qu'elles proposent leur aide pour les modèles les plus variés. CE commente d'un ton ironique qu'en fait, une partie de l'impôt ecclésiastique devrait être allouée à la santé, car le médecin de famille assume bien souvent la fonction de confident du curé. Afin d'optimiser les coûts de santé, il est nécessaire d'améliorer la culture sanitaire de la population, par ex. en intégrant des notions dans le programme scolaire ou en proposant une première consultation facilement accessible, assurée par les pharmaciens ou les droguistes, pour les affections mineures. PS: Une meilleure collaboration avec ces groupes professionnels s'impose. YR insiste sur la compétence du personnel infirmier dans le domaine des visites à domicile et des exposés à visée informative.
Dans une coopération interprofessionnelle, il est déterminant que chaque groupe professionnel intervienne en fonction de ses compétences. Compte-tenu des ressources en stagnation et de la demande qui augmente en parallèle, nous aurons besoin à l'avenir de définir de nouveaux rôles ou de redéfinir des rôles existants pour parvenir à une prise en charge ambulatoire fonctionnelle. Le train est en marche. Veillons à ce qu'il ne déraille pas.

Sommes-nous donc sur la bonne voie?
PS: L'initiative «Oui à la médecine de famille» a permis de transposer les préoccupations des médecins de famille de la rue à la sphère politique et a donné lieu à diverses tables rondes: les réflexions «mijotent». CE: L'initiative se trouve dans la phase d'élimination des divergences. Si l'initiative n'est pas retirée, il faudra en parallèle se prononcer sur la contre-proposition. Il est impossible d'obtenir tout ce que l'on veut avec une initiative. Et avec une initiative que l'on gagne contre le Conseil fédéral et le Parlement, absolument rien n'est acquis. PP: L'initiative a sensibilisé l'opinion aux thèmes de la médecine de famille et a donné un bon élan. EZ: Il faut mieux véhiculer l'utilité de la médecine de famille, en insistant par ex. sur son rôle de conseil en matière de prévention, sur son importance sociale dans le domaine des migrations et sur son rôle dans la mise en pratique des interventions médicales et du savoir. Pour YR, avec l'interprofessionnalité, nous allons dans le bon sens. La question du financement doit impérativement être clarifiée. MM est surpris de tout ce que l'initiative a permis d'obtenir et du nombre de projets qui sont en cours. L'objectif n'est toutefois pas encore atteint. La décision de retirer ou non l'initiative dépendra de la décision du Conseil national et du Conseil des Etats sur les tarifs de laboratoire. Etant donné que cette décision sera uniquement prise à l'automne, il serait très utile que la décision quant au retrait de l'initiative soit également repoussée de mai à l'automne.
Le mot de la fin revient à Sven Streit: L'attractivité de la profession de médecin de famille a déjà fortement augmenté depuis la période où il était étudiant et elle est en bonne passe de continuer à croître. Le profond engagement de bon nombre de médecins de famille en témoigne.
Il espère que les promesses qu'il a entendu aujourd'hui se concrétiseront et souligne sa bonne mémoire à ce sujet.

Correspondance:
Dr Bruno Kissling
Elfenauweg 6
3006 Bern
kissling[at]primary-care.ch