

Bruno Kissling

Skill mix

Table ronde lors de la SwissFamilyDocs Conference 2013, qui s'est tenue à Berne les 29 et 30 août

Avec Catherine Gasser¹ (CG), qui a réalisé un excellent travail de modération, Margot Enz² (ME), Pia Fankhauser³ (PF), Renate Monego⁴ (RM), Tresa Stübi⁵ (TS) et Marcel Mesnil⁶ (MM) ont discuté de l'avenir de la médecine de premier recours en Suisse. Le tout dans une étonnante harmonie. J'ai sélectionné quelques messages clés formulés lors de la discussion et je les présente ici sous forme libre.

Compte-tenu de l'augmentation de la dépendance en matière de soins d'un nombre croissant de malades chroniques polymorbides et de la diminution parallèle des effectifs dans diverses professions de santé, de nouveaux modèles de prise en charge sont requis. Pour combler les lacunes résultantes en termes de prise en charge, il est indispensable d'ouvrir les frontières qui existaient jusqu'à présent entre les différentes professions. Les porte-paroles de toutes les professions représentées lors de la discussion se font énormément de soucis à ce sujet. Ils font preuve d'une volonté fondamentale d'ouverture et se disent prêts à adopter de nouveaux modèles de coopération. Dorénavant, et c'est nouveau, ils parlent moins de différences mais plutôt de points communs, de compétences complémentaires dans le respect de leurs propres limites, de points de contact au lieu d'interfaces, de leurs besoins et en même temps de leur volonté d'une collaboration fructueuse en vue d'une prise en charge optimale et non pas maximale, et ce pour le bien-être des patients. Des modèles communs déjà initiés sont également abordés. Citons par exemple le projet Leila – Leben mit Langzeiterkrankungen: 2010–2012⁷ («vivre avec des affections de longue durée») de la ville de Zurich ou les cercles de qualité communs de médecins et de pharmaciens en Suisse romande.

Quelques remarques fortes formulées lors de la table ronde

- Le 23 janvier 2013, le Conseil fédéral in corpore a défini sous le titre de «Santé 2020» ses priorités en matière de politique de santé et a ainsi adopté en tant qu'objectif stratégique le renforcement de la médecine de premier recours, y comprise de la médecine de famille. (CG)
- Il existe de nombreux projets communs, où sont les problèmes? (CG)
- De nombreuses initiatives individuelles distinctes des autres professions médicales ont été lancées. Toutefois, toutes les professions impliquées dans les soins médicaux de base ont des intérêts communs et pourraient s'engager ensemble pour défendre leurs causes, y compris financières. (CG)
- Je collabore déjà maintenant avec les prestataires les plus variés, par ex. avec l'association Aide et soins à domicile, avec les établissements médico-sociaux, avec les assureurs sociaux et les services sociaux, avec divers prestataires du secteur médical, et bien entendu avec les assistantes médicales qui travaillent avec moi au cabinet. Pour moi, la question n'est pas de savoir «si» une redistribution des responsabilités est nécessaire, mais «comment» la mettre en œuvre! (ME)

¹ Dr en droit, Office fédéral de la santé publique DFI, responsable de la division Professions médicales, Berne

² Dr en médecine, Société suisse de médecine générale (SSMG), vice-présidente, Baden

³ Physioswiss, vice-présidente Communication, Bottmingen

⁴ Exec. MBA HSG, Service de la santé publique, directrice, Zurich

⁵ Association suisse des assistantes médicales (SVA), présidente centrale, Emmenbrücke

⁶ PD Dr, PharmaSuisse, secrétaire général, Corminboeuf

⁷ <http://www.stadt-zuerich.ch/content/gud/de/index/gesundheit/spitex/leila.html>

- Plus le nombre de professionnels diminue, plus il faut serrer les rangs pour répartir les tâches de la manière la plus judicieuse possible. (RM)
- Les problèmes d'approvisionnement médical peuvent uniquement être résolus en s'unissant. (RM)
- Il faut s'accorder sur la manière dont nous voulons traiter de manière optimale un patient. (RM)
- Pour les assistantes médicales, la collaboration avec différentes professions médicales – comme les soignants de Aide et soins à domicile, les physiothérapeutes, les diététiciens, etc. – est déjà depuis longtemps une réalité et un nom lui a désormais été attribué: le skill mix! (TS)
- Dans une optique de 'chronic care management', j'estime que la mise en pratique du skill mix au cabinet médical est une nécessité. Les compétences des assistantes médicales sont de plus en plus sollicitées. (TS)
- La collaboration des médecins et des pharmaciens revêt une importance centrale. Ils exercent des activités complémentaires. De nombreuses personnes s'adressent en premier lieu au pharmacien, qui est plus facilement accessible. C'est incroyable de voir avec quels symptômes ils se présentent. Lorsque le pharmacien n'a pas de réponse, il oriente le patient vers le médecin de famille. (MM)
- Nous, médecins et pharmaciens, devrions assumer nos responsabilités ensemble. Si nous ne le faisons pas spontanément, l'Etat définira les responsabilités. (MM)
- Nous, médecins et pharmaciens, devrions nous soutenir mutuellement dans nos intérêts parallèles, par ex. dans nos revendications de politique professionnelle. Malgré les problèmes, nous devons aller de l'avant ensemble, car l'union fait la force. (MM)
- Pour certaines personnes, la physiothérapie constitue le premier point de chute pour des symptômes qu'ils avaient déjà auparavant et pour lesquels la physiothérapie a été utile. Pourtant, il se peut que le diagnostic soit différent. Comment composons-nous avec ces patients qui sont pour ainsi dire envoyés de la physiothérapie au médecin de famille? A quoi ressemble le flux/retour d'informations? (PF)
- Il serait essentiel que le physiothérapeute soit informé de tous les diagnostics et de toutes les prescriptions, comme l'aide à domicile ou les médicaments, afin que le traitement puisse être organisé en conséquence. Un traitement à domicile sans skill mix est tout bonnement impossible. (PF)

Et quelques bribes de conversation à l'issue de la table ronde

- Le système de santé est une entreprise collective, qui possède diverses sections et une scène commune. (M. Grossenbacher, médecin de famille, Ringgenberg)
- Savoir ce que l'autre est en mesure de faire et connaître ses compétences et ses limites me semble être un point de départ essentiel. Il en résulte un respect mutuel, qui à son tour aboutit à une collaboration renforcée et plus optimale. Les interfaces deviennent ainsi des points de contact. Cela ne dépend pas des structures, mais des personnes individuelles. Cette connaissance de l'autre doit être apprise et expérimentée lors de la formation postgraduée, par le biais d'un échange mutuel et d'un suivi attentif des activités de l'autre. (Sara Singer, 1^{ère} année de formation postgraduée, Soleure)

Correspondance:

Dr Bruno Kissling, Elfenuweg 6, 3006 Bern
kissling[at]primary-care.ch