

Responsabilité rédactionnelle: Gerhard Schilling, MFE

Marc Müller, Président MFE

Le voyage dans le futur des soins médicaux de base en Suisse a commencé

La médecine de famille est assise dans la locomotive!

Il y a quelques années, en Suisse, lorsqu'on demandait aux étudiants en médecine pourquoi ils ne se tourneraient pas vers les professions de médecin de famille ou pédiatre, la réponse la plus fréquente était la suivante: «C'est aussi la faute des médecins de famille et des pédiatres qui disent sans cesse du mal de leur profession – il n'y a aucun prestige, aucun avenir, un revenu trop faible». A ce sujet, le rapport OBSAN de juillet 2008 [1] avait prédit que d'ici 2030, 30% des consultations de médecine de premier recours feraient défaut en raison d'une pénurie de médecins de famille et de personnel soignant.

Heureusement depuis, certaines choses ont changé. D'une part, grâce à notre initiative des médecins de famille, qui a effrayé le monde politique à tel point qu'il en a résulté un Masterplan extrêmement réussi et une contre-proposition qui ont posé de nouveaux jalons dans notre système de santé. D'autre part, grâce à la votation, lors de laquelle 88% des votants se sont exprimés en faveur d'un système de santé reposant sur des soins médicaux de base et une médecine de famille solides. Parallèlement aux développements en Suisse, les soins médicaux de base ont continué d'évoluer dans le monde entier, en subissant la même pression que chez nous: la pénurie imminente de personnel qualifié. Cela a débuté par le rapport Lancet [2] présentant un plaidoyer en faveur d'une réforme de la formation dans le domaine de la santé. A Toronto ont été initiés il y a 20 ans déjà des efforts pour le développement de modèles interprofessionnels dans les soins médicaux de base [3]. Certaines filières d'études ont été entièrement révisées afin d'adapter les différentes professions de santé aux nouveaux modèles de collaboration. Il a fallu surmonter d'énormes peurs, avant que tout le monde ne réalise que ce développement ne faisait finalement que des gagnants, en particulier les patients! L'auteur en a parlé lors de la dernière assemblée annuelle de la SSMI. A l'occasion de la Swiss Family Docs Conference qui s'est déroulée fin août à Zurich, Thomas Bodenheimer a, dans son exposé intitulé «The 10 Building Blocks of High Performing Primary Care» [4], qualifié le «Block 4: Team-Based Care» d'élément essentiel du succès.

En Suisse également, la construction d'équipe (team building) s'annonce comme facteur de succès dans le système de santé. La stratégie nationale en matière de soins palliatifs en est la preuve. Les modèles de soins intégrés connaissent un grand succès, et les communes ont entre-temps elles aussi compris qu'elles devaient investir dans les cabinets médicaux de groupe et les centres de santé. Longtemps déjà avant la votation sur les soins médicaux de base, notre association s'est aiguillée vers l'interdisciplinarité, dans le cadre de sa stratégie 2014-2017 (à consulter sur notre site internet www.medecinsdefamille.ch). Mais il faut compter au moins 12 années entre l'augmentation de l'attractivité de la profession de médecin de famille et l'ouverture de cabinets par la relève ainsi motivée.

Il est évident que, dans notre pays également, les défis du futur peuvent uniquement être relevés grâce à une coopération des dif-

férentes professions de santé. Toutefois, cette coopération ne naît pas de simples déclarations d'intention – nous en avons été témoins à de trop nombreuses reprises ces dernières années. C'est pour cette raison que nous avons fondé en novembre 2013, en coopération avec nos professions partenaires, une «plateforme interprofessionnalité». Cette plateforme a pour but d'ouvrir la voie au niveau des associations, afin que, de manière bottom-up, puissent voir le jour, si possible partout en Suisse, des projets interprofessionnels qui représentent des points de cristallisation pour le développement futur de notre système de santé.

La plateforme doit aider les professions de santé à trouver leur nouvelle place ou à redéfinir leur position. Les besoins doivent modifier les objectifs pédagogiques, et non l'inverse. C'est ce processus qui est censé donner naissance à de nouveaux rôles, et non pas les nouvelles professions qui doivent façonner le système de prise en charge. Quelles sont les compétences clés du médecin de famille ou pédiatre? Quelles nouvelles tâches peut-il assumer s'il en confie d'autres au personnel soignant? De nouvelles professions, qui sont éventuellement extérieures au domaine de la santé, sont-elles nécessaires pour soutenir le personnel soignant (comme le postule à nouveau Thomas Bodenheimer)? Un médecin de famille peut-il s'occuper plus efficacement des problèmes complexes de ses patients âgés polymorbides si certaines affections définies et désignées par consensus sont prises en charge par le pharmacien? Notre plateforme a ouvert ce dialogue, les associations ont commencé à parler ensemble, à s'écouter entre elles et à apprendre à se comprendre. Le premier pas est fait.

Parallèlement, les développements politiques avancent eux aussi: en ambitionnant une responsabilité propre de l'activité du personnel infirmier, l'initiative parlementaire Joder tente de faciliter ce dialogue «sur un pied d'égalité», avec des avantages et des inconvénients. Nous souhaitons participer au développement de ce processus, c'est pourquoi nous défendons une position «Oui, mais ...» au lieu de refuser l'initiative, comme par exemple l'AS-MAC. De même, nous souhaitons participer au débat actuel concernant l'élargissement du champ de compétences des pharmaciens. Depuis le début des discussions autour du Masterplan, lorsque nous avons présenté nos revendications relatives à l'ancrage de la médecine de famille dans la LPMéd (médecine de famille dans le cursus d'études, assistant au cabinet médical dans la formation postgraduée), il était une évidence politique que les autres professions académiques de santé manifesteraient également leurs besoins. Il n'est donc pas étonnant que les politiciens et les pharmaciens profitent de l'occasion pour inscrire l'acquisition de certaines aptitudes cliniques dans le programme de formation pré- et postgraduée des pharmaciens. Après tout, nous aussi leur avons toujours reproché de vouloir faire des choses qu'ils n'avaient pas apprises. De tels contenus pédagogiques sont d'ailleurs proposés depuis quelques années déjà par les facultés de Bâle et Genève. En tant qu'association, il nous semble ici aussi être plus avisé, compte tenu de la future interprofessionnalité, de posi-

tionner fermement notre stratégie de façonnement du système de santé de l'avenir au-dessus d'une dispute relative à un article de loi formulé de manière vague et générale. La priorité est donc de participer à la mise en application de cette loi quand il s'agira de définir concrètement les objectifs pédagogiques et contenus d'enseignements de toutes les professions académiques de santé, en l'occurrence du pharmacien. Bien entendu, les rapports avec nos professions partenaires n'ont pas été sans heurts ces dernières années. Les peurs métaphysiques suscitées par les Advanced Practice Nurses, qui veulent «détrôner» les médecins de famille, sont bizarrement souvent plus fortes que la satisfaction qui résulte d'une collaboration réussie avec les services d'aide et de soins à domicile de notre lieu de résidence. «Les pharmaciens» veulent nous enlever quelque chose, la collaboration avec «mon pharmacien» se passe bien pour la plupart d'entre nous (du moins dans les zones rurales). Savons-nous au juste ce que font les autres professions de nos jours et comment elles le font? Le Comité de la SMCB a récemment organisé une réunion sur le thème «Collaboration sectorielle entre les médecins et les pharmaciens». A cette occasion, j'ai appris qu'un pharmacien menait en moyenne 10-12 entretiens de conseil, non pas dans l'espace de vente, mais dans une atmosphère de confidentialité. Conclusion du groupe de travail: Pourquoi chacun d'entre nous n'irait-il pas passer une demi-journée chez l'autre pour observer ce qu'il fait vraiment? (dans les deux sens... et pas seulement en tant que patient ou client...).

Il est ainsi grand temps de citer à nouveau Bob Dylan: «The times, they are a'changing». L'avenir a commencé. Le train est en marche. Les médecins de famille sont assis dans la locomotive. Nous avons toutefois besoin de l'aide de nos membres pour être présents dans tous les wagons, pour participer au façonnement des nombreux processus, pour s'assurer que l'aiguillage nécessaire soit établi à temps et surtout pour veiller à ce que les passagers les plus importants, à savoir les patients, ne tombent pas du train! Montez à bord!

Après que «nos souhaits» issus du Masterplan ont survécu sans dommage au processus parlementaire de la révision de la LPMéd, la Commission du Conseil national a réagi de manière étonnamment rapide au nouvel article constitutionnel et a inscrit dans la loi l'élargissement du champ de compétences des pharmaciens. La politique a doublé le «processus interprofessionnel» par la gauche. Il a été exigé de nous une prise de position très rapide. Pour des raisons de temps, nous avons pu jusqu'à présent en discuter seulement au sein du Comité et de notre Commission Politique de santé. En raison de la préparation de la plateforme interprofessionnalité, la Commission a soutenu notre position à l'unanimité. Etant donné que la loi retourne à nouveau au Conseil des Etats, il reste un peu de temps pour consolider notre prise de position.

Comme cela était à prévoir, cette révision de la loi déclenche également des réactions mitigées auprès des médecins de famille et pédiatres, et jusqu'au cœur du Comité. Dans plusieurs cantons, le rapport entre les groupes professionnels est

perturbé par des années de conflits autour de la dispensation directe des médicaments par le médecin. De même, un climat glacial régnait entre les associations. Ce n'est que récemment que la glace a commencé à fondre. Les deux groupes professionnels savent que l'avenir ne peut être abordé qu'ensemble. Seule une coopération peut permettre de satisfaire les besoins croissants des patients. Naturellement, une simple loi ne suffit pas à résoudre les vieilles querelles. Pourtant, nous sommes convaincus que, en plus de nos efforts concentrés sur la plateforme interprofessionnalité, les discussions concernant les nouveaux objectifs de formation et d'enseignement des pharmaciens pourraient très bien aboutir à une amélioration de nos rapports mutuels. Ainsi, nous sommes obligés de discuter à fond de l'étendue des enseignements relatifs aux «diagnostic et traitement de maladies simples» que peuvent recevoir les pharmaciens en modules supplémentaires et d'établir quels algorithmes et quelles limites (par ex. administrer des vaccins, oui ou non?) doivent être définis. La formation pré- et postgraduée d'un médecin de famille pour acquérir ses compétences clés dure en comparaison au moins 11 ans. Le processus peut mener à une meilleure compréhension mutuelle et à une cohabitation moins difficile dans l'avenir. Les parlementaires ne prévoient pas de «laissez-passer pour les médecins aux pieds nus». Notre association professionnelle ne prévoit pas non plus d'«abandonner sans combattre les positions des médecins de famille». Nous sommes toutefois persuadés que les discussions peuvent permettre de dégager les fronts et d'aboutir à une collaboration pertinente.

Références

- 1 Seematter-Bagnoud L, Junod J, Jaccard Ruedin H, Roth M, Foletti C, Santos-Eggimann B. Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz – Prognosen bis zum Jahr 2030 (Originaltitel: Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030). Arbeitsdokument 33, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel, Juli 2008.
- 2 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958.
- 3 Nelson S, Tassone M, Hodges BD. Creating the Health Care Team of the Future: The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice (The Culture and Politics of Health Care Work). Ithaca, New York: ILR Press; 2014.
- 4 Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med*. 2014;12(2):166-71.

Correspondance:

Dr Marc Müller
Président «Médecins de famille Suisse»
Aerztegemeinschaft Joderlicka
3818 Grindelwald
marc.mueller@hin.ch