

La recherche de l'aiguille dans la botte de foin

Les querelles au sujet de la valeur intrinsèque quantitative

Gerhard Schilling

membre du Comité de MFE, corédacteur en chef de PrimaryCare



Gerhard Schilling

«En tant que médecin de famille, vous auriez dû prescrire une ponction médullaire plus tôt». Voilà le reproche qu'a fait, il y a quelques temps, un spécialiste d'une clinique universitaire à un collègue au sujet de sa patiente, atteinte d'une leucémie myéloïde aiguë. La patiente se plaignait de fatigue depuis pas très longtemps et un premier examen n'avait révélé aucun élément pathologique, avec un hémogramme normal, une hémoglobine normale basse, des valeurs normales de ferritine et de TSH et un examen clinique sans particularité. C'est uniquement lorsque l'hémogramme a été répété peu de temps après en raison d'une fatigue accrue que des cellules pathologiques ont été détectées; le diagnostic a alors été posé très rapidement et la patiente a été adressée au centre spécialisé avec un diagnostic «tout prêt». Oui, il est clair rétrospectivement que le diagnostic aurait pu être posé un peu plus tôt grâce à une ponction médullaire. Toutefois, je doute quelque peu que cela aurait eu un impact déterminant sur l'évolution globale. Et honnêtement, qui d'entre nous aurait prescrit cet examen dès la première consultation? Dans nos cabinets, nous sommes confrontés chaque jour à des symptômes non spécifiques comme la fatigue ou des maux similaires. Il serait tout bonnement impossible, insensé et hors de prix de toujours prescrire d'emblée le «programme complet» de diagnostic différentiel chez tous ces patients! Trouver la fameuse aiguille dans la botte de foin est l'un des nombreux défis auxquels est confronté le médecin de premier recours dans sa patientèle non sélectionnée. A cet effet, outre les connaissances spécialisées constamment actualisées, nous nous aidons surtout de notre expérience, du suivi de l'évolution et même, pas si rarement que ça d'ailleurs, de l'intuition ou «septième sens». Nous devons tous apprendre à vivre avec l'incertitude. D'une manière générale, la collaboration entre nous, médecins de famille, et les spécialistes et hôpitaux ne pose pas de problème. Et le reproche cité constitue plutôt l'exception que la règle; il ne témoigne pas d'une grande sensibilité, mais plutôt d'une surestimation de soi et d'une méconnaissance de notre travail en première ligne. Changement de décor: Depuis plusieurs années, les travaux pour la révision du tarif Tarmed sont en cours à la

FMH. A vrai dire, tout le monde est d'accord qu'une révision en profondeur du Tarmed et une correction/harmonisation des tarifs entre les différents spécialistes sont nécessaires et qu'il s'agit d'une question d'adéquation. Toutefois, la mise en œuvre patine dès que cela devient concret. A la lumière des expériences faites à ce jour, il est plus que douteux que le corps médical ait la volonté et capacité de corriger lui-même les injustices existantes. Autre point d'achoppement: la valeur intrinsèque quantitative, ce qui correspond pour ainsi dire à la rémunération horaire de différentes prestations. Aucun argument objectif ne peut justifier le fait qu'un spécialiste gagne 2,5 fois plus par heure qu'un médecin de famille. La FMH veut à juste titre supprimer le concept actuel de valeur intrinsèque quantitative. C'est une bonne chose. Il reste néanmoins à savoir si le nouveau concept envisagé est meilleur et là, le doute est permis. Il est certain que les médecins de famille n'accepteront plus jamais d'être désavantagés. Au contraire: nous exigeons un tarif qui tienne entièrement compte du rôle essentiel des médecins de premier recours pour la santé de la population. Qu'est-ce que l'aiguille dans la botte de foin a au juste à voir avec la valeur intrinsèque quantitative? Beaucoup de choses! Tout médecin sérieux et engagé fait de son mieux, à sa manière et à son niveau, au profit de ses patients. Ce faisant, il est absolument vain de vouloir faire la distinction entre ce qui serait plus difficile et ce qui doit être mieux tarifé! Après une formation de spécialiste achevée, cela revient absolument au même que la formation continue ultérieure aboutisse à une surspécialisation supplémentaire ou que l'exercice en cabinet de premier recours débouche sur l'acquisition de l'expérience, également très spécialisée, de la prise en charge de malades non sélectionnés et sur l'apprentissage du «septième sens».

En d'autres termes: il n'y a aucune raison d'avoir des valeurs intrinsèques quantitatives différentes pour les différents spécialistes. La discrimination en matière de rémunération doit être abolie! Si le corps médical ne s'en rend pas compte tout seul, cela sera décrété de l'extérieur. Toutes les personnes externes l'ont en effet compris depuis longtemps et jugent ce changement nécessaire.