

Margrit Kessler¹

La médecine de famille du point de vue des patients

L'Institut bernois de médecine de premier recours célèbre son 30ème anniversaire. A cette occasion, la Fondation Organisation suisse des patients OSP lui présente ses meilleurs vœux. Pour cet anniversaire, nous souhaitons qu'une chaire à la faculté de médecine de Berne devienne bientôt réalité, afin que les compétences de la médecine de premier recours puissent être explicitement enseignées. La médecine de premier recours mérite d'être mise au même niveau que les autres spécialités, non seulement dans l'enseignement et la recherche, mais également en termes de rémunération. Au quotidien, le médecin de famille est, pour le patient moyen, le spécialiste le plus important et vers lequel il se tourne le plus souvent.

La situation des médecins de famille

Les médecins de famille ont longtemps été tolérants et ont tenté avec diplomatie d'attirer l'attention sur les problèmes de leurs successeurs. Puisque la politique n'a pas été réceptive à cette diplomatie, ils ont organisé une journée d'action.

Le 1^{er} avril 2006, je me trouvais solidairement présent avec les médecins de famille sur la Bundesplatz. Pour que les médecins sortent dans la rue, il en faut! Nous connaissons les arguments: la relève non suffisante en nombre ne peut remplacer les départs liés à l'âge des prochaines années, la part croissante de femmes en activité à temps partiel ne peut combler les places vacantes. Par ailleurs, la démographie, avec l'augmentation de la population âgée souffrant de multiples maladies, renforce le manque de médecins de famille. La durée élevée de présence pour le service d'urgence est en outre très contraignante. L'histoire de la réduction des tarifs de laboratoire a constitué la goutte d'eau qui a fait déborder le vase. Une importante source de revenu a été considérablement limitée. Ces mesures d'économie ont provoqué un recul du chiffre d'affaire de 30%, soit 80 millions de francs. Les médecins de famille ont été les principaux concernés. En revanche, le chiffre d'affaire des laboratoires hospitaliers et privés a augmenté.

Cette perte a été complètement sous-estimée par l'OFSP. Pour les cantons, comme pour les assureurs, les coûts engendrés par cette réduction ont largement dépassé les économies à court terme. La concentration centralisée allant vers les grands laboratoires et s'éloignant des soins primaires individuels ne peut s'avérer avantageuse sur le plan économique. Nous espérons que l'OFSP fasse bientôt preuve de discernement et que les corrections attendues permettent un retournement positif de situation pour les médecins de famille.

Nous ne savons pas combien de fois des patients présentant un éventuel infarctus du myocarde, une thrombose ou une embolie pulmonaire ont été dirigés en urgence vers l'hôpital le plus proche pour diagnostic. Toutefois, nous savons que, depuis 2009, les médecins ne disposent plus des outils essentiels d'analyse. Il est certain que l'établissement en urgence de diagnostics à l'hôpital n'est pas moins onéreux, ce qui engendre davantage de frais pour le public. En outre, les patients perdent confiance en leur médecin

de famille. Ils ne font pas appel à ses compétences car celui-ci ne peut plus proposer des prestations essentielles. En conséquence, au prochain incident, le patient se tournera directement vers l'hôpital. Le personnel hospitalier se plaint pourtant d'être surmené en raison de bagatelles.

Pour ces raisons, les médecins de famille ont pu collecter sans difficulté les signatures nécessaires à l'initiative populaire. En seulement 6 mois, 200 000 signatures ont été consignées.

Nous comprenons parfaitement les revendications des médecins de famille.

Nous ne voulons pas les laisser tomber, car nous avons urgemment besoin d'eux pour la prise en charge de notre population. Le Masterplan doit venir au-devant des désirs justifiés des médecins de famille, tels que la promotion de la médecine de premier recours, la formation initiale et postgraduée et la recherche, mais doit également permettre une rémunération appropriée de leurs prestations indispensables.

Les patients veulent des médecins de famille ayant reçu une formation de qualité, équipés des outils d'analyses de laboratoire nécessaires et capables d'effectuer les traitements correspondants. Pour la sécurité des patients, nous avons besoin de médecins connaissant notre langue et nos habitudes. C'est pourquoi il est indispensable de mettre à disposition des places de formation pour les jeunes gens désireux de suivre des études de médecine.

Les patients veulent des médecins de famille ayant reçu une formation de qualité.

Les besoins des patients

Communication

Il est attendu beaucoup de la part des médecins de famille et leur profession implique des compétences techniques importantes. Pour la plupart des patients, la possibilité de créer un rapport de confiance avec leur médecin de famille est essentielle. Une bonne communication est souhaitée: pendant la consultation, suffisamment de temps doit être à disposition pour pouvoir discuter des problèmes rencontrés. Souvent, non seulement des questions relatives à la maladie sont posées, mais des réponses concernant des situations de vie délicates sont également attendues. Le médecin de famille doit faire preuve de compréhension et assurer une bonne continuité. Les médecins fréquemment en congés sont moins estimés. Les visites à domicile sont principalement appréciées des malades chroniques.

Diagnostic

Le patient a le droit d'être informé en langage clair sur le diagnostic, les mesures diagnostiques prévues, les possibilités de traitement et les risques inhérents aux méthodes diagnostiques envisagées et aux possibilités de traitement. Il convient également de lui communiquer les coûts qu'engendrerait le traitement proposé et qui ne peuvent être pris en charge par l'assurance de base. Afin d'éviter les examens redondants, les radiographies à disposition doivent être demandées par le médecin et apportées lors de la consultation.

¹ Présidente de la Fondation Organisation suisse des patients OSP

Explications concernant la médication

Les sources principales d'erreurs se trouvent au niveau de la médication. C'est pourquoi les malades attendent les informations suivantes en ce qui concerne la médication: Quels sont les principes actifs contenus dans le médicament? Quand et comment doit-il être pris? Que se passe-t-il en cas d'oubli? Quels sont les effets indésirables que peut provoquer le médicament et comment le malade doit-il se comporter s'ils surviennent? Combien de temps convient-il de prendre le médicament? Existe-t-il un générique moins cher? Est-il compatible avec d'autres médicaments, est-il permis de boire de l'alcool, de conduire, existe-t-il des restrictions alimentaires?

La consultation

Nous recommandons aux patients de se préparer pour une consultation. Il convient de noter par écrit les symptômes, ainsi que les observations et questions importantes en relation avec la maladie. Une liste écrite des questions permet de ne rien oublier. Il est important que le médecin accepte également le refus d'un traitement et la volonté du patient de recourir à une seconde opinion ou un traitement alternatif. Par ailleurs, il serait judicieux de la part du médecin de demander si le patient a bien l'intention de prendre les médicaments, car, chaque année, des médicaments d'une valeur de 500 millions de francs atterrissent à la poubelle. Peut-être que davantage de patients auraient alors le courage de répondre par la négative. Une fois que des malades ont opté pour un traitement, ils doivent suivre les instructions du médecin.

Amélioration de l'assurance qualité

Le système de déclaration des incidents critiques (CIRS) convient pour l'amélioration de l'assurance qualité au cabinet médical. Le rapport de confiance entre toutes les personnes concernées est essentiel au cabinet médical. Ainsi seulement, des erreurs sont signalées et des mesures peuvent être mises au point afin de les éviter. Le CIRS convient également pour la formation postgraduée relative au cercle de qualité. Car il est essentiel qu'une erreur ne soit pas faite aussi par d'autres cabinets médicaux, mais que les dangers soient éliminés à temps et que des mesures de sécurité adéquates soient prises.

Le médecin de famille en tant que tuteur

Le droit de participation à la discussion des patients dans les hôpitaux est un thème délicat. A l'ère du système DRG, tout doit aller encore plus vite et l'individualité de chaque patient passe à la trappe. Le chef de clinique responsable croit qu'un patient qui a été adressé à sa clinique souhaite également être traité selon les méthodes spécialisées correspondantes. Les patients, en revanche, perdent à l'hôpital leur personne de confiance qu'est le médecin de famille. Ils sont livrés aux structures hiérarchiques et souvent forcés à recevoir des traitements non souhaités. Le courage et la force de refuser leur manquent.

Le médecin de famille devrait pouvoir servir de médiateur entre le patient et les hôpitaux. Chaque patient souffrant d'une maladie grave devrait, s'il le souhaite, pouvoir bénéficier de l'appui de son médecin de famille en tant que mentor durant son séjour à l'hôpital. Le médecin de famille connaît ses patients depuis de nombreuses années et les possibilités en cas de diagnostic et pronostic défavorables ont déjà été discutées. Le médecin de famille connaît l'état d'esprit et l'environnement du patient et sait comment, en principe, il souhaite être traité.

Le médecin de famille devrait pouvoir servir de médiateur entre le patient et les hôpitaux.

Exemple à l'appui, nous souhaitons montrer pourquoi nous sommes en faveur de l'introduction d'un tuteur et proposons aux caisses d'assurance maladie de prendre en charge les frais: Un patient encore relativement jeune souffrait d'une carcinose péritonéale et une intervention chirurgicale était sans espoir. C'est pourquoi le médecin de famille a dirigé le patient vers le service d'oncologie pour discuter d'une éventuelle chimiothérapie. Le patient a toutefois été présenté au chirurgien. Ce dernier était d'avis qu'une intervention chirurgicale était indiquée. Le patient a signé le formulaire de consentement pour l'opération. Le lendemain, une intervention de plusieurs heures a été pratiquée. Le patient a dû subir encore au moins quatre opérations. Il a vécu encore 90 jours sous respiration artificielle au service des soins intensifs, avant de décéder. Le médecin de famille s'est plaint du fait que le patient ait été poussé vers un traitement maximal qu'il ne voulait absolument pas. Le patient l'avait appelé la veille de l'intervention pour l'informer qu'il n'était pas sûr d'avoir pris la bonne décision. Si le patient était resté sous la supervision du médecin de famille, il aurait pu éviter 90 jours de soins intensifs. Ce traitement absurde a coûté plus de 500 000 francs.

Notre proposition d'impliquer le médecin de famille à l'hôpital en tant que tuteur ne fera pas effet chez tous les directeurs de clinique. Les cliniques qui respectent déjà la volonté des patients et les laissent participer aux décisions lors du traitement n'auront aucune difficulté à accepter la fonction de tuteur du médecin de famille. En revanche, les cliniques qui aspirent principalement à la faisabilité de la médecine n'accueilleront pas favorablement le médecin de famille en tant que tuteur.

Correspondance:
Margrit Kessler
SPO Patientenschutz
Häringstrasse 20
8001 Zürich
margrit.kessler[at]spo.ch