

# Qualité en médecine de premier recours<sup>1</sup>

Séminaire des cadres de la SSMG au Bürgenstock, du 29 avril au 1<sup>er</sup> mai 2005:  
«Table ronde» – discussion en séance plénière, modérateur: Hansueli Späth

*Christoph Cina, secrétaire SSMG<sup>2</sup>*

**Dans le cadre du séminaire des cadres de la SSMG au Bürgenstock, Hansueli Späth a modéré avec un grand savoir-faire une discussion animée entre tous les participants. Les interventions critiques ne manquèrent pas, on formula des revendications claires et des propositions constructives furent émises. La question de la qualité est en relation étroite avec notre image. Si nous ne spécifions pas la qualité, d'autres la détermineront à notre place.**

## La qualité dans le champ de tension entre sécurité maximale et ressources financières limitées

Pour les assureurs, selon *Peter Indra* de santésuisse, le devant de la scène est nettement occupé par les données dures – la qualité de résultat, «bien faire ce qui est juste». Cependant, en sa qualité d'orthopédiste, il peut le dire sur la base de sa propre expérience: la médecine est une science inexacte pleine de faits mous. Aux efforts de sécurité maximale – au prix d'énormes coûts pour réduire les 10 derniers % d'insécurité – s'opposent des ressources financières limitées, qui en appellent à la définition de moyens raisonnables, restant sous une couverture déterminée des coûts. Ce champ de tension entre faisabilité et possibilité de financement devrait être mieux communiqué. En tant que représentants des patients, les médecins doivent s'engager pour la qualité. Il ne faut pas qu'ils laissent ce champ à la discrétion des assureurs maladie, dont les positions divergent d'ailleurs fortement sur les thèmes évoqués.

La tolérance à l'insécurité est justement une des forces de nous autres médecins

de premier recours et constitue une importante contribution au contrôle des coûts, affirme *Rolf Nägeli*, membre du comité de la SSMG. Il ajoute que la promotion d'une qualité élevée en médecine est devenue une tâche qui va de soi et que paradoxalement, en l'érigant en principe naturel, lui est dans une certaine mesure lié le danger d'une dévalorisation.

## Pour la qualité et pour ou contre la suppression de l'obligation de contracter?

Pour *Jacques de Haller*, président de la FMH, le document de consensus de la SSMG est un bon point de départ pour la discussion qui doit avoir lieu de manière urgente et sur une large base, entre la politique et le Corps médical sur la question de la qualité. Pour la FMH qui se positionne strictement contre la suppression de l'obligation de contracter, garantir une qualité médicale adéquate est un devoir central. Les titres FMH constituent une preuve de qualité substantielle, alors que la grande multiplicité des attestations de formation complémentaire pose des difficultés. Il est très important que le nombre des médecins qui s'engagent en politique (de la santé) devienne toujours plus grand.

A la question de *Bernhard Giorgis*, président de l'AMOV, si les qualités de la FMH jusqu'ici ne suffisent pas, *Jacques de Haller* répond qu'il s'agit de communiquer de manière transparente le positif et non pas de créer des critères supplémentaires d'autorisation de pratiquer la médecine de premier recours.

*Peter Indra* appelle à reconnaître les signes et à ne pas croire que l'obligation de contracter ne sera pas abolie. Dans la population, l'estime de la profession de médecin est entachée par les clichés des «brebis noires». Cela réclame justement

de la part du Corps médical qu'il dispose d'instruments aptes à prendre les devants. *Peter Indra* essaie d'apaiser les participants en disant que l'abolition de l'obligation de contracter ne changera de toute façon pas grand chose pour les médecins de premier recours.

*Jacques de Haller* ne partage pas cette opinion. L'image du Corps médical n'est pas empreinte des seuls grands titres des «brebis noires». L'obligation de contracter pourrait sans autre être maintenue. Il rend attentif au danger potentiel lié au déplacement unilatéral de la puissance vers les assureurs; un souci que les négociations toujours très difficiles avec les représentants de santésuisse ne sont pas prêtes de calmer, bien au contraire.

Mais, demande *Beat Künzi*, qui devrait endosser la responsabilité des «brebis noires» de nocive réputation?

*Hansueli Späth* dit que l'abolition de l'obligation de contracter serait pour lui une réponse à laquelle il ne pourrait jamais se rallier; pourtant, comme la FMH, la SSMG pourrait imaginer de lier à certains critères de qualité l'autorisation de travailler à la charge des assurances sociales, mais ce serait aux médecins de définir ces critères. Pour la problématique des «brebis noires», il s'agit de rechercher des solutions; mais comme pour la compensation des risques, des indicateurs de morbidité exacts sont ici incontournables. Selon la devise de la SSMG «promotion plutôt qu'exclusion», il faudrait, par exemple dans le sens d'un mentoring, aider les médecins qui sont effectivement trop chers.

*Marc Müller*, président du CMPR, pense que les sociétés de discipline médicale devraient définir une qualité de base exige-

<sup>1</sup> La version allemande de cet article a paru dans le numéro 22 de PrimaryCare.

<sup>2</sup> Nous remercions vivement Bruno Kissling de son soutien pour la rédaction de ce texte.

ble pour le maintien de l'obligation de contracter, de manière analogue aux nombreux différents labels rencontrés au quotidien. Les réseaux auraient la possibilité de compléter ces qualités de base par des critères supplémentaires.

*Ingrid Wyler*, présidente de la FMP, pourrait sans autre se représenter un relâchement de l'obligation de contracter sur la base de critères de qualité définis par le Corps médical. Au cas où nos critères seraient refusés par le monde politique, elle envisagerait comme pas suivant le référendum contre la suppression de l'obligation de contracter.

Pour que le document de consensus puisse servir avec succès de base pour une discussion approfondie sur la qualité, il faut que le comité de la SSMG réussisse à communiquer à notre base le sens et le but de ce manifeste d'une manière claire et univoque, pense *Bruno Kissling*, rédacteur en chef de PrimaryCare. Car chez beaucoup de médecins se cache la crainte profonde que les contenus définissant la qualité élaborés par les médecins puissent être retournés contre eux (de manière abusive) par les politiques et les assureurs et détournés de leur but en les utilisant comme des critères d'inclusion ou d'exclusion. Cette crainte pourrait également faire finalement échouer «Quali Doc», le modèle précurseur de l'instrument de mesure actuel de la qualité EPA de la SSMG et de swisspep. La confiance réciproque, indispensable dans le domaine hautement sensible de la qualité, demande encore beaucoup à être construite.

*Carlos Munoz*, président de l'AJMG, souligne l'importance de la confiance en nous-mêmes, en nos collègues et avec nos partenaires dans la santé publique.

### Et si les médecins refusaient la discussion sur la qualité?

Jusqu'à quel point la politique est attentive à nos intérêts et en tient compte serait une question de rapport de force. *Béatrice Heim*, conseillère nationale, sent, dans la salle, l'insécurité suscitée par le débat sur la qualité. Celui-ci serait faussement ressenti comme une mainmise sur

le Corps médical. En politique de santé, tout tourne aujourd'hui autour des économies. L'image des caisses, des politiques qui voudraient bien être réélus et finalement aussi du conseiller fédéral Pascal Couchepin, dépendrait de la réussite à diminuer l'augmentation des coûts répercutée sur les primes d'assurance des caisses maladie. Et c'est bien connu, on économise d'abord de préférence là où les lobby sont les plus petits; par exemple sur les coûts de Spitex, en dépit du fait que ses prestations pour les individus qui en ont besoin ne représentent que 2% des coûts de la santé. Mais les économies à elles seules ne peuvent constituer un programme. Un bon système de santé est un signe de marque pour la Suisse et un gage de confiance et de sécurité. «Portons le souci de cette qualité et prouvons-la.» Dans la discussion sur la qualité, il s'agit donc, aussi pour les médecins de premier recours, de montrer qu'ils sont bons. Dans ce sens, il faut promouvoir l'alliance avec les patients, car ceux-ci auraient aussi le plus souvent à souffrir de la pression financière, surtout dans l'éventualité d'un plafonnement des coûts. Mais ce sont les malades qui sont au centre des efforts dans la discussion sur la qualité. Il s'agit en effet de conserver à l'avenir aussi une prise en charge de bonne qualité dans le domaine de la santé, en dépit de la pression des coûts.

---

**«S'il vous plaît, aidez-nous à prendre en politique les bonnes décisions!», s'exclame Béatrice Heim. «Et s'il vous plaît, aidez-nous pour que nous autres, médecins de premier recours, soyons entendus par la politique», répond Hansueli Späth.**

---

### Pour quelle raison un document de consensus de la SSMG?

*Alain Michaud*, UMG Lausanne, voudrait savoir quel est le véritable projet de ce séminaire des cadres au Bürgenstock: si, avec le document de consensus «Qualité en médecine de premier recours», il s'agit

d'améliorer notre visibilité vis-à-vis de la société; ou s'il s'agit d'élaborer des critères de qualité susceptibles de favoriser le maintien de l'obligation de contracter; ou encore s'il s'agit de créer la base qui permette de qualifier les médecins de bons ou de mauvais, donc de séparer ceux qu'on appelle les «brebis noires»? Au parlement fédéral, il y a par exemple fréquemment deux vérités: celle de la salle du parlement et celle de la salle des pas perdus. Dans un document de consensus, faire mention des «brebis noires» est hautement contre-productif. Etant donné que la politique, pour l'essentiel, est faite sans nous autres, les médecins, – et il y a là un urgent besoin d'agir – notre contribution à la promotion de la qualité pourrait très bien servir abusivement d'instrument pour justifier des sanctions allant jusqu'à l'exclusion de médecins. Ça n'est décidément pas notre tâche d'élaborer des instruments de qualité en vue de la sélection des médecins.

Pour *Brigitte Zirbs*, vice-présidente du GGMG, la question centrale est de savoir l'importance de la qualité en médecine de premier recours.

*Michael Peltenburg*, groupe de travail Teach the Teachers, est d'avis que la qualité est un produit qui doit être développé en commun: les politiques font les lois. Quand il s'agit de l'économicité, les caisses-maladie entrent dans le coup. La compétence professionnelle doit être clairement dans les mains des médecins. Dans son exposé, Philipp Stoellger a décrit la qualité comme l'élaboration du savoir acquis par l'expérience et c'est précisément ce que la SSMG a défendu avec les praticiens au cours des vingt dernières années. Dans ce sens, il félicite la SSMG pour son rôle de garante de la qualité.

Pour *Franco Denti*, membre du comité de la SSMG, la qualité de la médecine de premier recours suisse est dans un bon rapport qualité-prix. Dans d'autres pays, la médecine de premier recours coûte nettement plus cher tout en étant de mauvaise qualité. Dans bon nombre de pays, la bonne qualité reste du domaine privé et n'est offerte qu'à grand prix.

*Urs König*, président de l'OSGAM, propose de réclamer le prélèvement, sur les

primes d'assurance maladie, d'une contribution pour les mesures de promotion de la qualité.

*Daniel Widmer* rend attentif au fait que les termes négatifs – obligation, exclusion, «brebis noires», pénurie ... – souvent utilisés dans la discussion sur la qualité en médecine de premier recours, liés à la peur d'une menace de scénarios punitifs, pourraient ne pas laisser notre profession paraître particulièrement attractive pour les générations futures.

*Beat Künzi* parle de dépassionner la discussion. Une discussion basée sur des données solides est nécessaire. Il est convaincu de la bonne qualité de la médecine de premier recours. Partout dans le monde, il est absolument clair que les médecins de premier recours doivent occuper une position-clé dans le système de santé. Mais en Suisse, la donne n'est pas en correspondance avec ce postulat et il y a ici un grand besoin d'action.

*Werner Bauer*, délégué de la SSMI, rapporte qu'au Royal College of Physicians à Londres, on se réfère de plus en plus à l'importance de la notion de «medical professionalism». Cette expression implique, outre le know-how technique, aussi l'attitude éthique et humaine des méde-

cins. Dans un document de consensus, cette dimension devrait absolument aussi être incluse. Pour les futurs médecins, il s'inquiète que supporter l'incertitude et assumer sa présence permanente soient des objectifs mineurs. Selon *Sir William Osler (1849-1919)*, la médecine est plus que cela, à savoir «the art of uncertainty and the science of probability». Le document de consensus devrait aussi formuler des objectifs dignes d'intérêt pour la formation postgraduée des futurs médecins de premier recours. Un «petit master en médecine de premier recours» ne saurait représenter le but de l'exercice.

Selon *Marc Müller* aussi, le profil professionnel du médecin de premier recours doit devenir meilleur pour pouvoir contrer la sous-médicalisation menaçante.

*Hansueli Späth* dédramatise le spectre d'une bureaucratie croissante dans le cadre des efforts de qualité, tel que présenté par *Daniel Widmer*. Pour nous autres médecins de premier recours, le débat sur la qualité doit déboucher sur un instrument d'affermissement et non pas de chicanes.

Pour *Markus Kamber*, président de la section Grisons de l'OSGAM, il est clair que

nous voulons tous pratiquer une bonne médecine. Il fait ressortir le «double bind» suivant: la politique nous laisse ou transfère certes la responsabilité du rôle central de l'assistance en médecine de premier recours, mais en même temps elle nous conteste des moyens indispensables pour son exercice, comme par exemple le laboratoire et beaucoup d'autres. Nous voulons bien attester d'une qualité élevée, mais devons nous garder de perdre les moyens qui y sont nécessaires. En même temps, il déplore le manque d'engagement professionnel des jeunes médecins. Pour eux, la profession serait devenue un job comme un autre. Dans quatre à cinq ans, de nombreux cabinets médicaux seront vides. Notre image est mauvaise et peu attractive pour la relève. Ce manque d'assistance est susceptible de provoquer une énorme poussée des coûts. *Ruedi Isler*, FIHAM Bâle, demande aux médecins de premier recours d'arrêter de gémir. Personnellement, il essaie toujours de transmettre aux jeunes médecins une image positive de la médecine de premier recours. Il faut aussi d'ailleurs songer à introduire de nouveaux modèles de travail, notamment du fait que plus de 60% des étudiants en médecine sont des femmes.

