

La médecine de famille (la médecine de premier recours) doit être mieux ancrée au niveau académique

Une prise de position de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)^{1}*

Comme dans de nombreux autres pays, en Suisse, le système de santé doit faire face à trois menaces majeures :

- la pénurie de médecins et de soignants formés dans leurs propre pays,
- le déséquilibre entre spécialistes et médecins de famille au détriment de ces derniers, et
- la situation de crise dans le domaine de la médecine de famille – due principalement au manque d'attrait de la profession, aux fréquents « Burn out » et à l'absence de relève.

Depuis quelques temps, la « médecine de famille » est au centre des discussions de politique de la santé ; l'initiative « Oui à la médecine de famille » a conféré une nouvelle dynamique à ce débat. L'une des principales exigences de l'initiative concerne la reconnaissance de la médecine de famille comme discipline académique. Sur le fond, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) soutient cette requête ; le but du présent document est d'expliquer et, en même temps, de nuancer sa position.

La médecine de famille fait partie de la médecine de premier recours

La recherche en santé publique a révélé que l'état de santé d'une population dépend de l'organisation de son système de santé et, tout particulièrement, de l'importance accordée à la médecine de premier recours. Dans une société vieillissante, le nombre de maladies chroniques et dégénératives est en constante augmentation ; parallèlement, l'influence de la médecine de premier recours sur l'état de santé de la population va grandissant.

Selon l'ASSM, la médecine de famille doit être considérée dans le contexte global de la médecine de premier recours. Dans ses rapports « La médecine en Suisse demain » et « Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers », l'ASSM souligne l'importance de la médecine de premier recours – et précise, en même temps, qu'à côté des médecins de famille, d'autres groupes professionnels jouent d'ores et déjà un rôle complémentaire important.

Néanmoins, il est difficile de se représenter une discipline académique « médecine de premier recours », si celle-ci devait englober des chaires de médecine de famille, de soins, de physiothérapie, de diététique etc.

Qu'est-ce qu'une discipline académique ?

Pour qu'une discipline soit reconnue comme discipline académique dans le monde académique, elle doit justifier d'activités d'enseignement et de recherche. Toutefois, les contenus

¹ Le projet de cette prise de position a été élaboré par le Prof. Thomas Rosemann, directeur de l'institut de médecine de famille et de recherche sur les services de santé à la faculté de médecine de l'université de Zurich. Lors des séances du 3 septembre et du 5 novembre 2012, le comité de direction de l'ASSM a discuté en détail la prise de position, l'a remaniée et adoptée dans sa forme actuelle.

spécifiques à l'enseignement et les thèmes de recherche ne peuvent être formulés qu'avec une définition claire et précise de la discipline. La plupart des définitions de la « médecine de famille » ne satisfont pas, car elle décrivent le « médecin de famille » sur la base de caractéristiques non spécifiques ; ainsi, par exemple, la relation médecin-patient, particulièrement prononcée en médecine de famille, joue aussi un rôle dans la relation entre le patient et le spécialiste. De tels critères ne peuvent pas être considérés comme des spécificités d'une spécialité et sont, de ce fait, inaptes à la caractériser. Les spécificités de la médecine de famille découlent essentiellement de sa fonction particulière et unique dans le système de santé ; la définition de la spécialité « médecine de famille » est précisée ci-après et, de cette définition découlera sa signification en tant que discipline académique.

Définition de la médecine de famille

Au vu de ses contenus cliniques, la médecine de famille ou prise en charge primaire est souvent considérée comme une discipline transversale, dont les différentes sous-disciplines ne peuvent, par leur nature même, atteindre le même degré de spécialisation que la spécialité correspondante. Cette réalité fait régulièrement l'objet de discussions sur la raison d'être de la médecine de famille en tant que spécialité médicale à part entière.

Ci-après, les caractéristiques spécifiques à la médecine de famille sont ébauchées non pas sur la base d'aspects cliniques, mais sur la base du contexte et surtout de sa fonction au sein du système de santé.

1. Accès facile à la médecine de premier recours pour tous les habitants

La prise en charge médicale primaire se définit par sa fonction au sein du système de santé ; qu'elle soit ambulatoire ou stationnaire, celle-ci se distingue de la fonction de la prise en charge secondaire. Ainsi, en règle générale, la médecine de famille établit le premier contact entre le patient et le système de santé et lui offre un accès facile. La facilité d'accès au système de santé est particulièrement importante pour les populations difficilement accessibles («hard to reach populations»), celles-ci étant souvent exposées à des risques de santé (« population à risque »). Des études réalisées aux États-Unis révèlent une corrélation positive entre l'espérance de vie et la densité des médecins de famille; tout particulièrement les personnes socialement faibles et les migrants, dont le seuil d'accès au système de santé est généralement élevé, tirent profit d'une forte densité de médecins de famille.

2. Dépistage et prévention adaptés selon les groupes à risques

La preuve de l'utilité de la plupart des mesures de dépistage et de prévention est faible pour une population globale qui n'est pas stratifiée selon les risques. De plus, la plupart de ces mesures sont avant tout sollicitées par des personnes attentives à leur santé, dont le risque de contracter la maladie en question est plutôt en dessous de la moyenne. L'accès facile à la médecine de famille et la connaissance des contextes socioculturels familiaux et des profils de risques individuels confèrent au médecin de famille un rôle d'une importance majeure dans le dépistage (et donc la prévention) ciblé et adapté selon le groupe à risques.

3. La faible prévalence comme caractéristique de la médecine de famille

Le médecin de famille est, pour le patient, le premier point de chute ; dès lors, la consultation est caractérisée par des aspects épidémiologiques et phénoménologiques qui se distinguent fondamentalement des disciplines spécifiques. La faible prévalence des maladies ou – autrement dit – la large palette des motifs de traitements constitue la principale caractéristique de la médecine de famille. Ainsi, même des maladies épidémiologiques fréquentes, telles que l'hypertension, révèlent une faible prévalence en médecine de famille. Ceci a des

conséquences sur le diagnostic. Il existe une relation mathématique entre la prévalence et la valeur prédictive positive (VPP) d'un examen ou d'un test diagnostique. Lors d'un test ou de résultats d'examen positifs, la probabilité d'être réellement atteint d'une maladie, est beaucoup moins élevée dans un contexte de faible prévalence que si le même test était réalisé dans le contexte de prévalence élevée d'un spécialiste. Même des tests diagnostiques, dont la sensibilité et la spécificité sont élevées, n'atteignent que des faibles VPP dans un contexte de faible prévalence comme en médecine de famille. Cette relation mathématique fondamentale est souvent négligée et mène à des discussions futiles sur les capacités et les possibilités diagnostiques en médecine de famille.

4. Des motifs de traitements au lieu de diagnostics définitifs

En médecine de famille, le processus diagnostique repose sur la prédominance des symptômes ou « motifs de traitements ». Dans de nombreux cas, la guérison spontanée du patient, avant la fin du processus diagnostique, ne permet pas de poser un diagnostic définitif – dans le sens d'une classification ICD-10 claire, par exemple.

5. Le diagnostic rationnel par étape pour accroître la probabilité pré-test pour le spécialiste

D'une part, un nombre élevé de symptômes ou de motifs de traitements guérissent spontanément et, d'autre part, les symptômes ou motifs de traitement peuvent révéler des maladies très diverses (par exemple des douleurs thoraciques ou abdominales) ; c'est pourquoi les tests et examens diagnostiques sont réalisés par étapes et à l'aide desdits « Test of Time ». Le défi pour le médecin de famille consiste en un exercice d'équilibre permanent entre « écarter un scénario dangereux » et « laisser en attente ». Grâce à l'introduction par étape des tests diagnostiques, la probabilité pré-test est augmentée et permet ainsi l'introduction rationnelle de tests de plus en plus chers mais plus spécifiques. A la fin de ce processus, le patient est orienté vers des spécialistes, soit immédiatement après la première consultation, soit – dans le cadre d'un diagnostic par étape – après plusieurs consultations. La médecine de famille peut ainsi fournir les bases nécessaires pour une intervention efficace de la médecine (hautement) spécialisée, tant au niveau du diagnostic qu'à celui de la thérapie. L'exemple des douleurs thoraciques en est l'illustration : des données suisses montrent que, dans les cabinets des médecins de famille, les plaintes pour motif de « douleurs thoraciques » ne sont attribuées à une maladie cardiaque coronaire que dans environ 1 % des cas. Si, pour toutes les douleurs thoraciques, des mesures diagnostiques étaient immédiatement adoptées et si ces patients étaient orientés vers le cardiologue, il en résulterait une augmentation tout à fait inadéquate des prestations médicales. Le renoncement justifié à un diagnostic et une thérapie – susceptible de comporter un risque – devient alors une prestation médicale à part entière, aussi pertinente pour le patient que pour le système.

6. Prise en compte des aspects socioculturels

En médecine de famille, souvent le patient et le médecin entretiennent depuis des années une relation de confiance. En percevant le patient dans son contexte familial et privé et en tenant compte de sa personnalité dans la présentation de ses problèmes de santé, le médecin de famille se forge une image complexe de son patient (« anamnèse vécue »). Il dispose ainsi d'éléments complémentaires importants qui ont une incidence sur la prise de décision et qui font souvent défaut au spécialiste.

7. Prise en charge à long terme

La médecine de famille est souvent caractérisée par une prise en charge continue et à long terme des patients, en particulier des patients âgés et malades chroniques et/ou multimorbides. Le médecin de famille est également chargé de la coordination et de l'accompagnement du patient dans le cadre de sa maladie (chronique) de base, pour ce qui est des diagnostics

aigus et des questions de triage. Du fait de la relation de confiance à long terme entre le patient et le médecin de famille, le cabinet médical devient pour le patient une sorte de « medical home » qui lui offre un lieu d'écoute et de coordination. Les maladies chroniques étant en principe un continuum s'étendant du profil de risque (« at risk ») jusqu'à la manifestation complète de la maladie, la prise en charge préventive secondaire revêt ici une importance particulière. Tant la prise en charge proactive destinée à pallier les exacerbations ou la progression de la maladie que la transmission de stratégies de coping dans le cadre du « patient empowerment » pour permettre au patient de gérer au mieux sa maladie, sont des tâches centrales. Dans ces situations, non seulement les médecins, mais aussi les soignants et les autres professionnels de la santé peuvent assumer des responsabilités importantes.

La recherche et l'enseignement en médecine de famille

La médecine de famille occupe une fonction spécifique, en synergie avec les différentes spécialités médicales. Un système de santé efficace suppose une bonne coordination entre la prise en charge primaire et les spécialistes.

Comme toutes les disciplines médicales, la médecine de famille n'est pas seulement une formation statique : elle doit constamment se développer et s'adapter en fonction de l'évolution des possibilités diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des épidémiologies des maladies et des besoins de la population à soigner. Et pour ce faire, elle doit aussi tenir compte des aspects économiques.

En médecine de famille, le premier contact et les décisions de triage peuvent soulever des questions relatives à l'implémentation de nouvelles possibilités diagnostiques. Celles-ci ont connu un essor remarquable dans de nombreux domaines, comme par exemple dans les laboratoires diagnostiques ou l'imagerie. Il reste à explorer, dans quelle mesure ces possibilités élargies de diagnostic sont efficaces en médecine de famille –également du point de vue économique – et permettent d'établir un diagnostic plus juste et contribuer ainsi à une efficacité accrue des processus suivants.

Les progrès fulgurants de la médecine ont sérieusement alourdi la charge de morbidité. Les maladies chroniques et la multimorbidité représentent des défis majeurs pour la médecine mais également pour l'économie de la santé dans les pays industrialisés. Le monitoring et la prise en charge continue gagnent en importance par rapport au traitement unique ou exhaustif. Les approches de soins réactives doivent céder la place aux approches proactives. Les approches uniquement centrées sur le médecin ne satisferont probablement pas cette exigence et devront laisser place aux approches multiprofessionnelles de la médecine de premier recours. La manière dont la coordination multiprofessionnelle et les nouvelles responsabilités partagées doivent être efficacement structurées fait également l'objet de recherches intensives. A cet égard, il convient de tenir compte du fait que les résultats obtenus dans d'autres systèmes de santé ne peuvent pas simplement être transférés aux conditions suisses.

Il en va de même pour le transfert de l'évidence gagnée par le biais de patients ayant fait l'objet d'une sélection serrée dans le cadre d'«Efficacy-Studies» cliniques. Les interventions pratiquées sur un groupe de patients sélectionnés selon des critères sévères, sur une période généralement limitée, sont plus efficaces que celles pratiquées sur des patients non sélectionnés, majoritairement âgés et multimorbides dont l'observance des prescriptions (compliance) est moindre. Outre la question de savoir si l'intervention est vraiment efficace («efficacy»), c'est surtout la question de savoir si elle est efficace sous des conditions réelles («effectiveness») qui prédomine. En plus de ces questions, on doit se demander de plus en plus souvent si la relation entre l'efficacité et les ressources engagées est gérable.

La fragmentation de la responsabilité médicale, soignante et thérapeutique dans le système de santé, qui est une conséquence inéluctable de la spécialisation croissante, est souvent à l'origine de problèmes chez les patients souffrant de plusieurs maladies complexes. Tout au long de la chaîne de soins, le besoin d'informations et de coordination augmente. Une intégration aussi efficace que possible de tous les fournisseurs de prestations médicales doit être visée et faire l'objet d'efforts ciblés dans la recherche.

Les questions de recherche évoquées concernent toutes le domaine de la «recherche sur les services de santé» (Health Services Research). La recherche sur les services de santé constitue, à côté de la recherche fondamentale et de la recherche clinique, le troisième pilier de la recherche médicale. La médecine de premier recours peut, à l'évidence, largement contribuer à la recherche sur les services de santé. Avec son programme de soutien «Recherche sur les services de santé» (en collaboration avec la fondation Bangerter), l'ASSM a souligné l'importance de ce domaine de recherche.

Dans l'enseignement, les spécificités de la médecine de famille doivent être transmises et sa fonction dans le système de santé doit être clairement définie. La médecine de famille, la médecine spécialisée et hautement spécialisée représentent un continuum synergique dans la prise en charge efficace de la population ; elles partagent le même objectif, à savoir offrir à tous les meilleures chances de guérison et la meilleure qualité de vie possibles.

Conclusion

L'ASSM est convaincue que la médecine de premier recours constitue le fondement d'un système de santé de haute qualité et que la médecine de famille est l'un des piliers centraux de la médecine de premier recours. Dès lors, l'ancrage académique de la médecine de famille dans les facultés de médecine – c'est-à-dire la création de chaires de médecine de famille – est une nécessité qui exige une mise en œuvre rapide et ciblée.