

Sécurité et médecine de premier recours

Comment, selon le Collège de la médecine générale, les médecins de premiers recours sont-ils et doivent-ils s'inscrire dans la démarche de la sécurité des patients et de qualité des soins.

Pr Pierre-Louis Druais
Président du Collège de la médecine générale

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST¹, définit les missions des établissements de santé et des acteurs qui agissent en leur sein.

L'article L. 6111-1 du Code de la santé publique précise : « *Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes [...] Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence [...] Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent [...] Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.* »

L'article L. 6111-2 du même code aborde aussi les notions de sécurité et de qualité des soins : « *Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.* »

Antérieurement, l'article L. 6113-1 du Code de santé publique spécifie qu'« *afin de*

dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité ».

Pour nous, la sécurité sanitaire consiste à mettre en place les conditions qui permettent de proposer le praticien qui convient à tout moment et en tout lieu. Ce praticien, correctement formé à sa discipline et régulièrement mis à jour, doit pouvoir disposer des conditions matérielles et organisationnelles qui lui permettent d'exercer pleinement et sereinement son métier, au mieux de l'intérêt des patients.

Une profession en constante évolution

Les environnements professionnels évoluent, quelles que soient les disciplines médicales. La médecine générale est tout à fait concernée par la définition des compétences et les termes de la loi HPST : modernisation des établissements de santé, maintien de l'accès de tous à des soins de qualité, coopération interprofessionnelle, développement professionnel continu, prévention et santé des populations, organisation territoriale. Une nouvelle approche de notre système de santé s'impose donc et les évolutions de la médecine de premier recours, plus particulièrement celle dénommée « médecine générale, médecine de famille »², impliquent de s'inscrire totalement dans la réflexion sur la sécurité des soins et la sécurité sanitaire. La médecine

2. Allen J., Gay B., Crebolder H., Heyermann J., Svab I., Ram P. « The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies ». *Br J Gen Pract* 2002; 52 (479) : 526-7.

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

générale, à la fois discipline scientifique et discipline d'exercice, doit être en capacité de répondre aux besoins de la population en termes de sécurité sanitaire, aux exigences de la démographie médicale et de l'accès aux soins. Elle doit pouvoir développer des lieux de formation et de recherche en soins primaires, avec mise en œuvre de moyens prioritaires :

- L'existence d'un référentiel métier³ et d'un référentiel de formation, afin d'argumenter les démarches médicales adaptées, face à des situations complexes et des motifs de consultations multiples, dans un temps de consultation limité par le mode de rémunération, majoritairement à l'acte.

- La nécessaire intrication entre le système de formation initiale et le développement professionnel continu (DPC).

- La diffusion de standards de qualité de soins et d'enseignements dans le cadre ambulatoire d'une discipline essentiellement clinique intégrant une démarche probabiliste. En effet, les patients présentent le plus souvent des symptômes et/ou des syndromes intriqués à des comorbidités, justifiant de tenir compte des contextes psychosociaux. Vouloir parvenir à la « certitude diagnostique » est ainsi illusoire et source de danger. La prise de décision impose d'accepter le doute, et refuser cette évidence serait contre-productif et source d'erreurs. Le risque est de générer des procédures lourdes, coûteuses, reculant dans le temps la prise de décision, sans bénéfice pour la qualité des soins et des services aux patients.

Les multiples projets de maison de santé, de pôle de santé, de maison de santé universitaire ambulatoire justifient encore plus de répondre au cahier des charges de la loi. La démarche de création de ces structures doit être avant tout d'origine professionnelle, accompagnée et soutenue par les politiques et les institutionnels. Un consensus entre professionnels et élus est requis pour répondre à la fois à un besoin de santé et aux aspirations professionnelles d'une meilleure qualité de travail, garants de la sécurité sanitaire et sociale. Une structuration juridique simplifiée doit être envisagée, des dossiers médicaux électroniques partagés dans l'ensemble du secteur des soins primaires doivent être mis en œuvre, la coprofessionnalité doit être effective : ces exigences sont nécessaires à court

terme. Des financements supplémentaires seront indispensables, tant pour les activités de création et de coordination que pour les services médicaux nouveaux avancés. Sans le respect des investissements nécessaires au développement de ces moyens, l'exigence de sécurité restera du niveau de l'intention.

La coopération entre praticiens, le partage des compétences, le regroupement de professionnels sont une partie des réponses à une organisation plus rationnelle des soins de premier recours, aux attentes des professionnels en termes de qualité de vie, et aux attentes de la cité en termes de qualité et de sécurité des soins. Ainsi les études étrangères tendent-elles à prouver que, non seulement la qualité des soins augmente de façon quasi systématique, mais aussi que les coûts diminuent, notamment par de plus faibles taux d'hospitalisation.

L'émergence de la filière universitaire de médecine générale est incontestablement un élément qui participe à l'optimisation de la sécurité par la professionnalisation du DES : enseignement en situation dans les lieux de soins et construction de liens avec le référentiel « Métier et compétences » (publication par le ministère de la Santé), permettant de développer des lieux de « soins ambulatoires, avec enseignement et recherche ». L'expertise en soins primaires est une démarche continue d'approfondissement et de maintien de sa compétence professionnelle. Cette expertise concerne tous les champs de la pratique professionnelle : le soin, l'organisation du cabinet médical, la communication avec le patient et les autres professionnels de santé, l'éthique, le travail en réseau, etc. Elle associe aussi des démarches de questionnement sur la pratique professionnelle sincère et les choix de formation pour l'améliorer tout au long de l'exercice de sa profession. Cette logique permet de prolonger la dynamique vers le développement professionnel continu (DPC), que le médecin autogère en construisant son plan d'évaluation et de formation tout au long de sa vie professionnelle. La participation de la profession à la construction d'indicateurs permettant d'authentifier l'amélioration de la pratique en est un corollaire.

La recherche apporte sa contribution : comme l'Observatoire de la médecine générale (OMG)⁴, porté par le Collège de la médecine générale, l'adoption de systèmes informatisés de dernière génération permettra de repérer les

patients par pathologie, de repérer certaines prévalences, de faire des suivis de cohorte afin d'identifier facteurs de risques et corrélations entre ces facteurs, ainsi qu'avec les conduites thérapeutiques ou les contraintes psychosociales. Elle renforcera également la place des médecins généralistes dans les systèmes de veille sanitaire. Il y a donc un réservoir formidable de données médicales à traiter, un vivier d'études sur l'organisation des professionnels entre eux et une somme considérable de patients à inclure dans des protocoles de recherche. Il en existe de nombreux exemples chez nos voisins européens, qui peuvent nous aider à progresser pour une recherche au bénéfice de l'éducation, de la qualité et de la sécurité des soins.

Si les maisons/pôles/réseaux de santé sont amenés à se développer et à devenir un des modèles des soins primaires de demain, il faut faire preuve d'innovation. Si la sécurité des soins n'accompagne pas l'innovation médicale, nous devons craindre que le progrès s'efface au profit de l'incident ou de l'accident. Il faut donc assurer une formation des leaders et acteurs de ces projets : éducation à la gestion, au management, aux ressources humaines, aux aspects financiers, aux aspects administratifs et techniques, qui font cruellement défaut dans notre formation initiale et continue actuelle. C'est en collaboration avec des professionnels spécialistes de ces domaines qu'il faut travailler. Cette nouvelle culture est indispensable. Si les médecins n'investissent pas le champ du management, il y a de fortes probabilités pour que se révèlent soit des « appétits extérieurs » (ce qui signifierait des coûts élevés et une qualité aléatoire), soit des payeurs (ce qui signifierait une perte d'indépendance avec des objectifs limités), ne laissant à la médecine générale universitaire qu'une fonction d'enseignement clinique, et aux professionnels qu'une fonction soignante sous tutelle, avec le risque d'une perte de sens du soin au détriment du patient. Il y a là un vaste champ d'innovations pédagogiques et professionnelles à exploiter. †

3. *Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens*. Paris : éditions Berger-Levrault, 2010.

4. Observatoire de médecine générale. <http://omg.sfm.org/>.