

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/>.

Sécurité des patients et conséquences de l'internationalisation des soins

**La mobilité
des personnes, voire
des patients, mais aussi
des professionnels
de santé pose elle
aussi des interrogations
sur la sécurité
et la qualité des soins.**

Yves Charpak
Médecin de santé publique, directeur
des études et de la prospective,
Établissement français du sang,
vice-président de la Société française
de santé publique

La sécurité des patients est un aspect important et sensible (socialement, médiatiquement et donc politiquement) des soins, mais il serait dangereux de la séparer totalement du reste de l'activité de soin. Pour qu'il y ait sécurité, il faut qu'il y ait accès aux soins, solvabilité des soins, disponibilité et compétence des opérateurs de soins, qualité des actes de diagnostic et de traitement, pertinence des actes, suivi et prise en charge des conséquences des soins, y compris de leurs échecs et leurs conséquences pour les patients eux-mêmes, mais aussi pour leur entourage et la population en général (maladies infectieuses, par exemple).

On peut donc avoir une vision relativement restreinte de la notion de sécurité des soins (un acte bien réalisé, avec peu d'effets secondaires directement attribuables) ou élargir cette vision à une chaîne plus large incluant le système de soin et son impact sur la santé des populations.

Internationalisation des soins : et si nous étions beaucoup plus avancés que ce que nous avons envie de percevoir ?

La mobilité des patients et des professionnels

En matière de soins, il est de bon ton de s'en tenir à une source d'anecdotes ne menaçant pas le dogme du « chacun dans son pays », surtout quand on a la chance d'avoir un système de santé des plus performants. On l'évoque un peu, à la rigueur, pour s'enorgueillir vis-à-vis des Étrangers (ceux qui payent) qui viennent chez nous se faire soigner, des Anglais, des Italiens, des Espagnols, car chez eux « c'est moins performant » ou limité

par des listes d'attente... On l'évoque aussi comme un problème à contrôler lorsqu'il s'agit d'Étrangers qui ne payent pas, un peu perçus comme « profitant » de notre système de soins. On se plaint parfois également de la présence de professionnels d'autres nationalités à l'hôpital, de « moindre qualité », en oubliant qu'ils font tourner « la machine » pour des revenus dérisoires. On évoque aussi les déserts médicaux et l'appel à des professionnels étrangers pour « boucher les trous ».

Mais la circulation internationale des patients est en fait une réalité en croissance exponentielle, qui fait l'objet de régulations diverses, légales et financières. Et celle des professionnels aussi.

Tout d'abord en raison de cette aventure de notre région, l'Europe, qui entraîne, qu'on le veuille ou non, des changements majeurs, y compris sur nos systèmes de santé.

Ainsi, les prix sont plus faciles à comparer grâce à l'euro, et pour ceux des Étrangers qui ont des assurances santé le permettant, la comparaison peut orienter les choix.

Les diplômes des professionnels de santé sont légalement équivalents en Europe ; bien sûr, en volume cela représente peu, en particulier parce que la langue est une barrière importante ; n'oublions pas cependant que quelques « nouveaux » pays d'Europe ont créé des filières médicales universitaires francophones, où vont certains étudiants français, mais aussi d'autres qui auront ainsi un « marché » ouvert en France lié à notre déficit à venir de professionnels...

Mais surtout, les citoyens européens sont (encore) libres de circuler en Europe et ils le font de plus en plus, pour le tourisme, en

tant qu'expatriés mais aussi pour des soins. Ces citoyens « mobiles » ont des droits croissants de demander des soins dans un autre pays que le leur. Certains pays européens ont officialisé le fait que leurs ressortissants peuvent aller se faire soigner ailleurs, en raison de listes d'attente (Danemark) ou d'insuffisances d'infrastructures (Grande-Bretagne). Mais surtout, l'Union européenne se dote d'outils réglementaires permettant aux citoyens de chercher des soins hors des frontières nationales, en ayant de moins en moins à le justifier pour en obtenir le financement¹. Le corolaire inévitable en est la mise en place de contraintes de sécurité et de qualité « harmonisées ». Ainsi des réglementations européennes sont mises en place pour la sécurité des produits de santé², ou encore la DG Sanco (Commission européenne), dans le cadre de son programme de santé publique, finance des projets conjoints de partage d'outils de qualité; la comparaison et la mise en commun de certains indicateurs sur les systèmes de santé constituent une forme de « benchmark » de qualité (programme ECHI³, Observatoire européen des systèmes de santé⁴).

Les citoyens européens sont aussi parfois résidents de plusieurs pays en même temps, un peu nomades. Par exemple, la Côte d'Azur et la côte espagnole hébergent de nombreux ressortissants étrangers des pays « du Nord », retraités aisés le plus souvent, qui pendant qu'ils résident une partie de l'année souhaitent être soignés par des médecins de leur pays. Des établissements de santé peuvent ainsi développer des filières de traitement où l'opérateur vient du pays d'origine...

Par ailleurs, le niveau d'expertise disponible « nationalement » n'est parfois plus suffisant pour certains services très spécifiques. Dès lors, il y a aura développement de compétences « transnationales » spécifiques, en particulier pour des situations « rares » (l'idée de « centres d'expertise » européens en est un exemple).

Certaines filières de soins offrant « plus de qualité » ou « des services complémentaires », commencent à être identifiées géographiquement. Peut-on empêcher les citoyens de circuler à la recherche de cet optimum perçu, dont la promotion ne manquera pas de s'étendre (par exemple, acheter un médicament qui est de prescription restreinte dans un pays mais pas chez les voisins)? La contrepartie de cette diversité est le risque de plus d'inégalités encore dans la couverture des besoins.

Ce « droit » se déclinera aussi de plus en plus mondialement. On évoque volontiers de façon très critique des filières très particulières (chirurgie plastique, soins dentaires, soins de réadaptation, soins balnéaires, etc.) pour stigmatiser leur faible qualité et le risque pour nos systèmes d'avoir à prendre en charge les effets secondaires de la « mauvaise qualité » des soins pour leurs bénéficiaires. C'est oublier que certains assureurs s'intéressent de près aux potentielles économies de filières « moins chères » pour leurs assurés.

L'impact de la mobilité sur la santé publique

Il faut aussi évoquer un autre impact de la mobilité des citoyens dans le monde au-delà de l'impact individuel.

La non-qualité des soins est pour certaines maladies une menace réelle pour les populations et pas seulement pour les patients concernés. Pour les maladies infectieuses en particulier, on citera les patients porteurs de tuberculoses mal traitées, les mauvais diagnostics favorisant la diffusion des infections, les « mauvaises » utilisations d'antibiotiques conduisant à l'apparition de résistances, les infections nosocomiales incontrôlées conduisant à la circulation d'« agents infectieux incontrôlables », ou encore la non-vaccination de larges groupes de population entraînant un risque de résurgence de maladies aujourd'hui en partie sous contrôle... Or les populations circulent de plus en plus (plus de 3 milliards de déplacements d'avion unitaires par an aujourd'hui) et sont soignées lors de leurs voyages. De nombreux patients voyagent alors qu'ils sont porteurs d'affections potentiellement transmissibles lors de leur déplacement ou à leur point de destination. Les enjeux de diffusion des maladies au-delà des frontières relèvent du nouveau règlement sanitaire international (RSI). Mais le RSI concerne surtout la surveillance, l'investigation, l'échange d'informations... et pas la qualité des prises

en charge. Et pour cause : comment imposer à des systèmes de santé mal financés et peu organisés des obligations de qualité des services?

Les produits de santé : une production internationale

Enfin, il faut évoquer les produits de santé eux-mêmes. On en parle souvent comme d'une pression inacceptable d'industries multinationales qui ne se soucieraient que de leurs bénéfices financiers à l'échelle du monde, et contre lesquelles il faut se protéger pour qu'elles fournissent les produits dont nous avons besoin à un prix acceptable. En même temps, parfois, lorsque ces mêmes industries sont « nationales » d'origine et de siège, on évoque au contraire avec fierté leurs performances de développement à l'étranger. On parle moins du fait que pas un produit aujourd'hui n'a « une seule nationalité », bien de chez nous... En effet, la production de la majorité des produits de santé est essentiellement affaire d'assemblages internationaux variés. Le siège social du producteur final ne dit rien sur la provenance, le lieu de fabrication et le niveau de contrôle de qualité de l'ensemble des éléments de fabrication. Dès lors, la chaîne de « contrôle de qualité » des produits doit faire appel et « faire confiance » à des opérateurs situés dans nombre de pays. Il est alors illusoire de rêver d'une « qualité nationale spécifique » qui serait déconnectée de celle des autres pays concernés.

Pour conclure, cette qualité rêvée, « universelle » et optimale, a un coût. Dès lors, les deux alternatives, lorsque les ressources sont ou deviennent insuffisantes, consistent soit à fixer des objectifs de limitation de l'accès, soit au contraire à limiter les coûts des services et des produits. Une partie de cette équation concerne bien un rapport bénéfice/risque particulier, celui de mettre en balance l'accessibilité avec la qualité. Mais dans un monde « poreux », nous pourrions probablement voir coexister des services/produits/filières de qualités différentes mais disponibles et de plus en plus facilement accessibles.

Il y aura ainsi inévitablement pour les décideurs et les professionnels un challenge majeur autour de l'information et la responsabilité, et pour les « citoyens du monde » celui d'identifier clairement le rapport « risque/bénéfice » de ce qu'on leur propose.

Cette compétition entre des « marchés » mondiaux de qualités différentes sera stimulée de plus par les pressions économiques croissantes sur nos systèmes de santé. ☞

1. Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/sp0002_fr.htm.

2. Directive 2010/84/UE du Parlement européen et du Conseil du 15 décembre 2010 modifiant, en ce qui concerne la pharmacovigilance, la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir_2010_84/dir_2010_84_fr.pdf.

3. European Community Health Indicators (ECHI) http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm.

4. <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>.