

MEDECIN TRAITANT : DU POURQUOI AU QUI ET AU COMMENT .

Dr JUNG Georges
Médecin Généraliste
37 Bd Gambetta -60200- COMPIEGNE
jung.georges@wanadoo.fr

- « **Art. L. 162-5-3. du code de la sécurité sociale** - Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier. »
Telle est la nouvelle donne d'organisation et d'usage du système de soins tant pour les soignants que pour les assurés sociaux et patients.

- Quel est le signifiant de « médecin traitant » et quelles en sont ses implications ?

- Dans le langage commun « médecin traitant », « médecin généraliste », « médecin de famille » sont considérés comme synonymes. On parle « d'équipe soignante », de « spécialiste traitant ». Mais le terme de « médecin traitant » reste l'apanage du généraliste. La loi introduit une toute autre conception, même si elle laisse à la convention le soin d'en définir la pratique.

- **Pour répondre à la question du qui est le médecin traitant**, il faut s'interroger sur le pourquoi d'une fonction de médecin traitant.

La réponse se trouve dans les besoins fondamentaux de toute activité de soins, dans les demandes des usagers et dans les exigences collectives.

- Pour atteindre son objectif sur la santé, une action de soins est confrontée à 5 besoins :

- 1- Faire observer les stratégies diagnostiques, préventives, curatives.
- 2- Personnaliser le soin.
- 3- Coordonner les actions.
- 4- Inscrire le soin dans une histoire faite de continuité, globalité, durée.
- 5- Etre accessible.

- La non observance est le grain de sable qui met en échec les investissements en recherche, formation, matériels, finances et personnels. Elle est source de iatrogénie, d'errances, de risques pour la santé publique (résistance antibiotique), et de surcoût financier dépassant en montant le déficit des systèmes de protection sociale. Or l'observance a des déterminants dont beaucoup répondent au concept de médecin traitant. (1)

- Personnaliser le soin, c'est concrétiser la réalité que le sujet et l'objectif du soin sont toujours une personne dans son individualité et unicité. Cette personnalisation porte sur la situation biomédicale propre à chaque patient mais tout autant sur la singularité de la relation malade- soignant. L'évidence Based Médecine exprime l'aspect central de la personne du soigné et du soignant dans le soin. " c'est l'utilisation consciencieuse

et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient " (1996) , " c'est l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient " (2000)... Pour qu'un malade accomplisse une action de santé il doit percevoir en lui un niveau de susceptibilité personnelle à la maladie et à ses conséquences. Il doit percevoir les bienfaits potentiels de l'action notamment eu égard à ses coûts physiques, psychologiques, financiers. Mais il faut aussi un signal d'action faisant prendre conscience de la menace.(2) .C'est tout cela qui se joue dans une prise en charge personnalisée...La continuité des soins ne peut être résumée à une simple continuité longitudinale ou de dossier. Elle est avant tout une continuité relationnelle personnalisée.(3). Meilleure observance, meilleure éducation, moins de recours aux urgences, hospitalisation moins fréquente et plus courte, meilleure satisfaction, amélioration des coûts, sont des effets décrits de la personnalisation du soin au travers d'un médecin habituel bien identifié. (4)(5)(6)(7)

-Coordonner les actions de soins est une nécessité qui découle de la complexité de la médecine et du nombre d'acteurs, de la variété de la demande, et du fait que la santé ne dépend que pour partie de la médecine. La coordination de l'interdisciplinarité entre médecins de fonctions et compétences différentes, entre médecins et autres acteurs de soins, entre soignants et autres acteurs de santé, évite doublons, parcours de soins erratiques, iatrogénie, incohérences des discours, concurrence non complémentaire des acteurs, et permet une politique collective de santé.

-Inscrire les actions dans une histoire. L'histoire sanitaire d'un individu est un continuum de sa conception à sa mort. Elle n'est pas la juxtaposition dans le temps d'évènements et d'actions isolés les uns des autres. La nature préventive du soin moderne, qui s'échelonne en continuité sur toute une vie, montre à quel point un individu ne peut être identifié ou résumé en terme de prise en charge sanitaire à une pathologie, un appareil, une tranche d'âge.

-Etre accessible. C'est poser la question de l'accessibilité économique, sociale, culturelle et géographique.

- Pour le patient, sujet du soin, devenu usager des soins puis consommateur de soins, la demande peut s'exprimer sur 5 thèmes

1- Etre reconnu dans sa singularité. Ceci renvoie à la problématique de la personnalisation, de la globalité et du continuum de l'histoire sanitaire.

2-Pouvoir accéder aux meilleurs soins.

3-Avoir une garantie de qualité et sécurité.

4-Etre informé. C'est être renseigné sur la qualité des soignants et la nature des soins. C'est tout autant avoir un accompagnement professionnel personnalisé, un défenseur, pour naviguer dans la multitude complexe et contradictoire des informations en santé et des offres de soins.

5-Avoir le libre choix. Cette notion pose débat lorsqu'il y a confusion entre libre choix parmi des acteurs de fonction identique, ce qui est souhaitable, (choisir son généraliste, son chirurgien, son pédiatre..) et libre choix parmi des acteurs de fonction différente, ce qui est très discuté en terme d'efficacité (faire suivre son insomnie par un rhumatologue, substitution d'un professionnel par un autre professionnel dont ce n'est pas la fonction réelle....).

- **Pour la collectivité les exigences** portent sur la nécessité d'une santé publique, d'une veille sanitaire efficace, et le besoin d'une gestion optimisée notamment économique de la protection sociale collective. Ceci exige une organisation du système de soins avec délégation responsable des diverses fonctions que réclame le soin à différents acteurs référents bien identifiés et dans le cadre d'un parcours fléché. C'est d'ailleurs la même solution qui a été préconisée par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie concernant les acteurs de la protection sociale.(8)

- **L'intégration de ces différents points de vue** met en évidence des fonctions incontournables dans une activité de soins: personnaliser, coordonner, synthétiser, assurer globalité, continuité, accessibilité, traçabilité, qualité relationnelle. C'est l'essence même et la quasi seule justification de la fonction de médecin traitant.

- **Dés lors la question est : qui peut assumer cette fonction ?**

-**Une première approche est de la décomposer en multiple sous fonctions.** Tout ce qui compose l'acte médical peut être ramené à une unité technique (prendre la tension, faire une thérapie comportementale, faire une fibroscopie, faire un diagnostic de céphalée, éduquer). Chacune de ces unités peut être dédiée, morceau par morceau, à un technicien spécifiquement formé à elle. Cet acteur peut être médecin, paramédical mais aussi non médical. Un archiviste, organisateur de dossier, assume traçabilité et regroupement des informations. Un manager d'équipe réalise la coordination des acteurs. Une infirmière assure premier recours, premiers soins et orientation vers des spécialistes thématiques. Un médecin, pas forcément en contact direct avec le patient, gère la synthèse. Cette approche se développe du fait de la pénurie de médecins, et d'une vision de plus en plus codée et gestionnaire de l'activité médicale. Mais n'est ce pas la négation de la fonction de médecin traitant dans toute sa pertinence ?

-**Une autre approche est de ne pas poser le problème de médecin traitant en terme de personne identifiée mais de le remplacer par la notion de structure traitante.** Dans ce cas la fonction de médecin traitant est assumée par la structure via dossier partagé, protocoles internes, tout acteur étant « le traitant » selon les cas et les moments, voire plusieurs structures axées sur des pathologies ou situations spécifiques assument en même temps cette fonction. Mais ce que l'on gagne par la puissance du groupe ne se perd t'il pas sur la dimension personnalisation, relation, réactivité ?. L'expérience des réseaux thématiques montre leurs limites dans la dimension globalité et continuité avec nécessité d'inventer la coordination des réseaux et des réseaux de médecine globale. (9) (10)

- **Il reste l'approche du médecin traitant, fonction spécifiquement attribuée à un médecin, non interchangeable en tant que personne, clairement identifié et positionné comme tel tant par les soignés que par les autres soignants que par la collectivité.** Dans sa définition de la spécialité médecine générale, la World Organisation of National Colleges and Académies of Family Doctors (WONCA) fait du généraliste le médecin traitant du patient(11). Si cette fonction est celle du généraliste, c'est parce qu'il est le seul professionnel formé, organisé, utilisé pour répondre en même temps aux item de proximité, accessibilité, globalité, continuité, personnalisation; et qu'il le fait(12) autant que se peut selon la structuration du

système de soins. Ce n'est pas parce qu'il y a des généralistes qu'il faut qu'ils soient le médecin traitant. C'est parce qu'il faut un médecin traitant qu'il faut des généralistes.

-Chacune de ces 3 approches a ses arguments, ses avantages, ses inconvénients. Par cohérence entre la fonction et les moyens, chacune implique une spécificité en termes de comment pour la formation professionnelle, l'organisation du travail, l'économie, le mode d'utilisation des soins.

- Si on se place dans la conception de la fonction de médecin traitant, spécialité du médecin généraliste, médecin de famille, on peut en décrire les impacts sur les thèmes précédents.

- **Concernant la formation initiale**, la priorité est la maîtrise de haut niveau de la totalité de la clinique, de la décision stratégique, de la dimension relationnelle personnalisée du soin, de la capacité à organiser son travail. La formation médicale continue et l'évaluation sont à centrer sur ce qui fait la spécificité de la fonction plutôt que sur un patchwork d'acquisitions de compétences à la carte relevant plus de la fonction des spécialistes thématiques.

- **Concernant l'organisation du travail**, un thème est central: la disponibilité prioritaire du médecin généraliste pour les patients dont il est réellement le médecin traitant. Cet aspect là est devenu l'une des faiblesses de la médecine générale dans certains systèmes de soins.(13)(14)(15). En pratique c'est la proximité géographique, la capacité à recevoir dans la journée, à être joignable, l'exercice temps plein de la fonction. Mais c'est aussi admettre que c'est le jour, au milieu de ses patients, que le médecin traitant a le plus de pertinence. On ne peut donc lui demander d'être médecin traitant le jour et médecin de garde le soir ou la nuit. C'est de même reconnaître que certaines journées doivent être consacrées au repos, à la formation. Aussi une organisation collective locale le jour entre médecins traitants (groupe, groupement d'exercice fonctionnel, ...) doit permettre cela (16)... Par ailleurs le concept de premier recours et suivi entraîne une certaine fréquence et quantité de contacts patient-médecin, ce qui peut nuire au concept de globalité, synthèse, relation approfondie qui légitime du temps accordé au patient (15)(17).L'organisation du travail plus basée sur le contenu que sur la quantité d'actes doit permettre d'intégrer ces deux concepts.En ce sens, l'institution d'une consultation régulière d'inventaire, synthèse et planification entre patient et médecin traitant pourrait être facteur d'ergonomie des soins par allègement d'un certain nombre d'autres contacts de soins.

- **Concernant l'économie de la fonction**, la notion d'accessibilité et premier recours interroge sur les dépassements tarifaires et sur un faible remboursement réel ou envisagé des contacts avec le généraliste. De même les notions de continuité, de globalité, de synthèse, d'intrication préventif-curatif, de santé publique se satisfont assez mal d'un paiement exclusif à l'acte (18). D'où l'adjonction des notions de capitation, de forfaitisation, de primes à la réalisation d'objectifs sanitaires. L'idéal logique d'un pur paiement à la fonction, totalement indépendant du taux d'activité, n'étant réalisé dans aucun système public ou privé.

- **Concernant le mode d'utilisation du système de soins**, le médecin traitant ne peut pas donner la plénitude de sa fonction si sa position est structurellement niée, amputée ou shuntée. Pour cela la filière de soins, définie comme un mode opératoire du système de soins à partir du couple patient –médecin traitant, est la plus adaptée. Ceci

ne contredit pas la nécessité de réseaux de soins qui doivent cependant s'intégrer dans cette notion de filière, sous peine de rendre tout le dispositif non opérationnel... D'autre part le soin par obligation est pour le patient ni médicalement pertinent ni culturellement acceptable (19). Avoir un médecin traitant et en respecter les exigences d'efficacité doit être naturel, devenir une culture. De ce fait il importe que la collectivité enlève tous les éléments dévalorisant mis sur le soin primaire par rapport au soin secondaire tant en niveau de valeur d'honoraires, rentabilité du travail, qu'en termes d'image, de formation et de moyens.

- Il reste cependant un écueil à cette conception. Y a-t'il assez de médecins généralistes pour assumer cette fonction ? Le peu d'étudiants ayant choisi récemment de s'orienter vers la médecine générale, la pauvre image que beaucoup d'entre eux ont du métier de généraliste, posent question (20). De plus un quart des médecins généralistes en activité exercent à côté une autre orientation ou totalement dans un exercice dit particulier et la proportion de temps partiel augmente (21)(22). **On peut penser que, dans le cadre du statut de fonction de médecin traitant décrit précédemment, les choses seraient tout autre.**

Bibliographie

- (1) Tessier S, Bauer C. Synthèse documentaire : Observance thérapeutique chez les personnes âgées, Comité Régional d'Education pour la Santé Ile-de-France, Colloque des 12 et 13 novembre 2001, p 1-35.
- (2) Becker MH, Maiman LA, Kirscht JP., et al. Patient perceptions and compliance : Recent studies for the health belief model ,in Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L. (eds): Compliance in Health Care. Baltimore, Johns Hopkins Press, 1979, pp.78-109.
- (3) Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice?. BMJ 1997;314:1870-1873
- (4) Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of Primary Care: To Whom Does It Matter and When?. Ann Fam Med 2003; 1:149-155.
- (5) Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. Pediatrics 2001; 107:524-529.
- (6) Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, Rockwell A. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. JAMA 1984; 252:2413-2417.
- (7) De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider Continuity in Family Medicine: Does It Make a Difference for Total Health Care Costs? Ann Fam Med 2003; 1:144-148.
- (8). Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. 2004: p29. Disponible sur internet : http://www.securite-sociale.fr/actualites/maladie/haut_conseil/hautconseil.htm.
- (9) Aubert JP. A quoi servent les réseaux ? A qui servent-ils ?. Rev Prat Med Gen 1997 ; 401:23-26.
- (10) Lievre A, Moutel G, Herve C. Définitions des réseaux de soins et de leurs finalités: éléments de réflexions. Laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de santé publique, Faculté de médecine Necker 2001. Disponible sur internet : <http://infodoc.inserm.fr/ethique>

- (11) Gay B, Allen J. Une nouvelle définition pour la médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 2002;587:1371-1372.
- (12), Gallais JL et al. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. *Doc. Rech. Méd. Gen. - SFMG* 1994;45,1-107.
- (13) Mathews M, Barnsley J. Patients seeking care during acute illness: Why do they not see their regular physicians?. *Can Fam Physician* 2003; 49:1498-1503
- (14) Boivin JM, Aubrege A, Muller-Collé F, De Korwin JD. Pourquoi les patients changent ils de médecin généraliste ?. *Rev Prat Med Gen* 2003; 604: 293-297.
- (15) Haggerty J, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Goulet F, Gauthier JR et J. Accessibility and Continuity of Primary Care in Quebec .The Canadian Health Services Research Foundation 2004.Document disponible sur internet:
http://www.chsrf.ca/final_research/
- (16) Guthrie B, Wyke S. Does continuity in general practice really matter?.*BMJ* 2000;321:734-736.
- (17) Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill PA, Shah NC, et al. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ* 2002; 324: 880-882
- (18) Brown S, ed. Physician funding and health care systems: an international perspective. London: Royal College of General Practitioners, 1999. cité par De Maeseneer J, Hjortdahl P. Fix what's wrong, not what's right, with general practice in Britain .*BMJ* 2000;320:1616-1617.
- (19) Kikano GE, Flocke SA, Gotler RS, Stange KC. 'My insurance changed': the negative effects of forced discontinuity of care. *Fam Pract Manag* 2000; 7: 44-5.
- (20) Boutillier B. Vision des étudiants de pccm et dccm sur la médecine générale. Mémoire pour l'obtention de la qualification en médecine générale. Université de Picardie- Faculté de médecine :2004 .
- (21) Darrine S, Niel X. les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000. DREES, Etudes et résultats 2001;99 :1-8.
- (22) Niel X, Vilain A .Le temps de travail des médecins. DREES, Etudes et résultats 2001;114 :1-6.