

Médecine de première ligne dans la gestion des pandémies: l'exemple du SARS-CoV-2

Synthèse des principaux constats du Symposium international du 22 août 2022

Pr JACQUES CORNUZ^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 2254-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2254

RAPPORT COLLECTIF DES PERSONNES QUI SONT INTERVENUES DURANT LE SYMPOSIUM

1. Dans chaque pays, on a noté une **diminution des consultations** de médecine générale, en partie sur recommandation des autorités. Ceci s'est révélé défavorable, en particulier pour les patients souffrant de maladies chroniques dont la prise en charge (en l'absence d'un dispositif de remplacement) a été interrompue.

- La médecine générale doit questionner l'application d'une telle mesure sans discernement qui peut – in fine – provoquer plus d'inconvénients que d'avantages.

2. Hormis en France, il apparaît qu'une **veille scientifique (synthèse des connaissances) pour la médecine de première ligne** n'ait été que peu réalisée.

- Une telle veille doit être mise sur pied entre pays francophones, notamment par souci de mutualisation des efforts pour gérer le flux de nouvelles connaissances en soins de première ligne.

3. En parallèle au constat précédent, il a été noté une **surabondance d'informations**, ce qui a parfois complexifié le travail de la médecine de première ligne.

- Une mutualisation des efforts doit être envisagée afin de gérer cette infobésité et trier ce qui est pertinent pour la première ligne.

4. L'équipe médico-soignante de première ligne est bien placée pour occuper un rôle central dans la gestion d'une pandémie ou d'une crise, car elle connaît **la communauté** dans laquelle elle exerce.

- Cette plus-value, par rapport à d'autres lieux de soins (hôpital), doit être reconnue et valorisée!

5. À plusieurs égards, la pandémie de Covid-19 a été une **syndémie**, avec un net gradient social quant à son impact.

- Il est crucial de le relever et ainsi de rappeler l'importance des déterminants socioéconomiques de la santé; dans

cette perspective, la littératie et la numératie doivent devenir des enjeux de priorisation de notre système de santé.

6. La **fatigue des soignant-e-s** et leur «grande démission» (nombreux départs, retraite anticipée) ont été notées dans de nombreux pays.

- Les institutions/cliniques/facultés en charge de la médecine de première ligne doivent plus s'impliquer dans la valorisation et la reconnaissance de l'activité des soignant-e-s.

7. À certains égards, les représentants de l'hôpital et les spécialistes ont parfois véhiculé un **discours anxigène**.

- La médecine de première ligne doit dès lors se positionner comme un contrepoids à ce discours, ceci sans tomber dans le «rassurisme».

8. De manière générale, la **recherche** (clinique, épidémiologique, etc.) a été peu organisée et peu coordonnée.

- Les institutions de première ligne doivent mettre à l'agenda ce souci de coordination en vue d'une future crise systémique.

9. Les jeunes médecins en formation (internes, résidents, assistants) ont parfois été très (trop?) exposés, générant de la fatigue, une certaine désillusion et ainsi **moins d'attractivité** pour les études de médecine, en particulier pour la première ligne.

- Les facultés et les lieux de formation médicale se doivent d'intégrer cet état de fait.

10. Les données montrent, en particulier en Suisse, une **grande hétérogénéité des attitudes**, des pratiques au sein des cabinets de première ligne.

- Cette diversité doit être reconnue, puis ensuite questionnée, car un spectre aussi large est-il souhaitable du point de vue de la santé de la population?

11. En cas de crise, **les incertitudes cliniques sont souvent nombreuses**, que ce soit sur le diagnostic et ses méthodes (testing), la prévention (dépistage utile ou non?), le pronostic et l'efficacité des traitements.

- Cette gestion de l'incertitude doit être au cœur de la formation des professionnels, en particulier la manière de la partager avec le patient.

^aCentre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1011 Lausanne
jacques.cornuz@unisante.ch

- Cette gestion doit aussi s'accompagner de l'acceptation que l'on ne peut pas toujours poser un diagnostic, mais parfois assumer que l'on se satisfait d'une position ou d'une stratégie diagnostique.

12. L'écoute et les échanges avec la patientèle de première ligne sont des bons **indicateurs des processus, des évolutions sociétales**, par exemple, la montée du complotisme, de la méfiance face à l'expertise scientifique, des fausses certitudes venant des réseaux sociaux.

- Un monitoring et une surveillance de ces phénomènes devraient être mis sur pied afin de les anticiper et préparer des stratégies de communication appropriées.

13. Le recours aux téléconsultations, à la **télémédecine a explosé** pendant le Covid.

- Les facultés de médecine et les institutions de formation postgraduée doivent s'assurer que les enjeux de ce nouveau type de consultation soient dorénavant enseignés.

14. La notion de **territorialité** des soins apparaît comme une possible réponse à la gestion de la crise.

- Fort de ce constat, la taille du «bon» territoire pour déployer des soins en de telles circonstances (superficie, densité populationnelle, découpage politique, administratif, etc.) doit être mise à l'agenda.

15. La **responsabilité sociétale** de première ligne est apparue au grand jour, responsabilité à laquelle l'hôpital ne peut d'ailleurs pas prétendre.

- Il faut dès lors favoriser cette reconnaissance, notamment sur les plans politique, public, financier: une des pistes pourrait être l'établissement d'un rapport formel,

voire contractuel, entre le patient, le médecin et la société/les autorités.

- Le médecin de première ligne pourrait être considéré, par certains aspects, comme l'un des acteurs «responsables» de la santé de sa communauté, notamment de son adhésion aux politiques publiques (vaccination). Il s'agirait en l'occurrence d'une responsabilité de moyens, pas de résultats, c'est-à-dire une responsabilité en termes de «accountability» (rendre des comptes); par exemple, en s'impliquant quant à l'information, la communication, la disponibilité pour la vaccination, le testing.

16. L'ensemble de ces remarques et questions incite à créer un **référentiel de soins, de pratique et de recherche-enseignement pour positionner la médecine de première ligne** en cas de pandémie, voire de crise systémique.

- Ce référentiel pourrait souligner l'expertise du généralisme, notamment par une analyse systémique.
- Ce référentiel pourrait également signaler l'importance de monter un programme de recherche.

17. La question de l'**interprofessionnalité** est importante, mais en l'occurrence complexe. En effet, écrire un référentiel pour une profession ou pour l'interprofession, ce n'est pas la même chose! Mieux vaut rédiger un document destiné aux seuls médecins plutôt que de faire quelque chose en interpro, possiblement moins ciblé, dont personne ne tiendrait compte. On peut par contre espérer que cela lancera une dynamique au sein des autres professions médicales. Sans oublier que, selon les pays, les réponses sont différentes.

18. Les questions soulevées ci-dessus et le référentiel évoqué feront l'objet d'un prochain travail piloté par Unisanté.