

**Bericht aus dem SGAM-Vorstand, August 2001:**

# ... gleich unterschiedlich gleich ... die Grundversorgergesellschaften und das Kollegium für Hausarztmedizin

Liebe KollegInnen und Kollegen,  
liebe Leser und Leserinnen,

dieser Bericht richtet sich nicht wie üblich «nur» an die SGAM-Mitglieder, deren Sekretär ich bin. Natürlich dürfen auch sonst immer alle EmpfängerInnen von Primary-Care diese offiziellen Botschaften und Informationen lesen, diesmal aber sollen sich *alle* in der Grundversorgung tätigen KollegInnen direkt angesprochen fühlen; und auch die nichtärztlichen oder nicht ärztlich tätigen LeserInnen möchte ich animieren, dem Inhalt interessiert zu folgen – manchmal staunend vielleicht, gelegentlich sich ein Schmunzeln verkneifend oder gar das weise Haupt schüttelnd, wenn es zu «hoch» werden sollte.

Ich werde von – vermutlich oder scheinbar – Gemeinsamem, aber auch von «Unterschieden im Gleichen» bzw. von «Gleichem im Unterschiedlichen» sprechen.

Vor allem kleine Unterschiede sind ja oft besonders fein und haben es in sich, dass sie nur von Insidern richtig bewusst wahrgenommen werden können und teils schmerzlich gefühlt werden müssen. Solche Nuancen Aussenstehenden zu vermitteln, ist nicht leicht und stösst gelegentlich auf bares Unverständnis ... So könnte es denn sein, dass während dieses Berichtes die Grenzen zwischen Gleichem und Unterschiedlichem immer wieder verfliessen ...

## **Ein gemeinsames Werk – das Leitbild der medizinischen Grundversorgung 1995**

Am einfachsten beginnen wir beim Gemeinsamen. Ich werde Euch sogleich das Leitbild der medizinischen Grundversorgung vorstellen. Dieses ist – fast visionär an der Bürgenstocktagung im Frühjahr 1995, wohl bemerkt noch vor der Abstimmung über das Kran-

kenversicherungsgesetz (KVG) – von VertreterInnen der drei Grundversorgergesellschaften (SGAM, SGIM und SGP) für das damals gerade ein Jahr alte Kollegium für Hausarztmedizin<sup>1</sup> (KHM) gemeinsam entwickelt worden.

### *Unterschiede im Gemeinsamen? – oder eine kleine Leseanleitung*

Alle LeserInnen, seien sie Mitglieder der SGAM, SGIM oder SGP, mögen dieses gemeinsam erstellte Leitbild – sechs Jahre danach – aus ihrer heutigen Optik lesen, immer mit der Frage im Hinterkopf, worin sie sich von den je «anderen» Grundversorgergesellschaften unterscheiden könnten.

Wir alle, auch die LeserInnen aus unseren Beziehungsgruppen, mögen uns fragen, ob wir das nachfolgend Geschriebene – oder etwas vollständig Unterschiedliches – vor Augen haben, wenn wir von medizinischer Grundversorgung – immer mit dem «vielbesungenen» Hausarzt im Zentrum des Geschehens – sprechen und wenn wir Massnahmen im Gesundheitswesen anstreben; ob die Eingriffe auf die hier formulierten Ziele ausgerichtet sind; ob unsere Partner im Gesundheitswesen unsere ärzteseitigen Angebote und ob wir ÄrztInnen unsere Erwartungen an unsere Partner ganz oder teilweise oder gar nicht erfüllt sehen – immer im Interesse eines gegenseitig respektvollen Beziehungsgleichgewichts.

Wenn es uns zudem gelingen würde, unsere Betrachtung aus der Optik eines jeweilig «anderen» Partners zu reflektieren, stünde uns ein «Fähigkeitsausweis in zirkulärem Denken» zu.

### *Die Funktionen der Grundversorgung im Leitbild 1995*

Ich zitiere aus dem Leitbild 1995: Als kom-

<sup>1</sup> Kollegium für Hausarztmedizin (KHM), als Stiftung am 10.3.1994 verurkundet durch SGAM, SGIM, SGP und SAMW. Im Stiftungsrat sind zudem die 5 medizinischen Fakultäten der Schweiz vertreten.

petente Grundversorgerinnen und Grundversorger zeichnen wir uns aus durch unsere Erreichbarkeit und die Bereitschaft zu Hausbesuchen, aktives Zuhören und verständliche Erklärungen, Einbezug von körperlichen, psychischen und sozialen Gegebenheiten in die Beurteilung und Behandlung, Einbezug des Patienten in die Entscheidungsfindung, Offenheit gegenüber alternativen Behandlungsmethoden, Koordination der gesamten ärztlichen Versorgung, zeitgerechte Überweisung der Patienten an den Spezialisten, patientenbezogene Gesundheitsvorsorge, umfassende, persönliche medizinische Betreuung.

Zirkulär gefragt: Was denken wir ÄrztlInnen, würde uns Frau Bundesrätin Dreifuss antworten, wie die PatientInnen uns heute – 2001 – in der Sprechstunde in bezug auf diese Funktionen wahrnehmen und erleben?

#### *Die Erfolgspositionen 1995*

Im Leitbild 1995 steht: Die Grundversorgung ist allen leicht zugänglich. Die Grundversorgerinnen und Grundversorger erfassen rasch die Problematik des Patienten in seinem spezifischen Umfeld. Dies erlaubt, 90% der Probleme anzugehen. Das Wissen um die ganzheitliche Problematik ermöglicht, eine kostenoptimierte und umfassende Langzeitbetreuung aufzubauen.

Die Grundversorgerinnen und Grundversorger sind die bevorzugten Ansprechpartner der ambulanten medizinischen und sozialen Dienste und koordinieren deren Einsatz. Sie beraten ihre Patienten in allen Fragen der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsvorsorge.

Glauben wir ÄrztlInnen, dass wir diese Positionen 2001 unseren Partnern im Gesundheitswesen erfolgreich vermitteln konnten?

#### *Der Handlungsbedarf von 1995*

Im Leitbild 1995 wird kühn und visionär folgender Handlungsbedarf – sprich Ziele – festgehalten: Definition des Berufsbildes Grundversorgerin/Grundversorger bezüglich Inhalt und Qualität; die Fachgesellschaften der Grundversorgerinnen und Grundversorger (SGAM/SGIM/SGP) übernehmen zusammen mit dem Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) die Verantwortung für die Qualitätspolitik, d.h. für die Einführung, Entwicklung und Erhaltung qualitätssichernder

Massnahmen im Sinne ISO 9004; Abklärung und Beschaffung der materiellen und personellen Ressourcen und Aufbau einer motivierenden, professionellen und zeitgemäßen Organisation; Einführung interner und kontinuierlicher Qualitätsentwicklung (Qualitätszirkel); Zusammenarbeit mit anderen Partnern im Gesundheitswesen. Aufbau eines Kommunikationskonzeptes mit Definition der möglichen Kommunikationsmittel zu den Beziehungsgruppen.

Die zirkuläre Frage z.B. an die Krankenkassen könnte lauten: Was denken die Krankenkassen, würden das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) auf die Frage antworten, wo wir GrundversorgerInnen 2001 bezüglich dieser Ziele stehen?

#### *Die Beziehungsgruppen 1995*

Die Reihenfolge der nachfolgenden Aufzählung ist sicher nicht wertend gemeint.

*Den Patienten* bieten wir umfassende, individuelle Betreuung, Erreichbarkeit inkl. Stellvertretung und Notfalldienst, Langzeitbetreuung, «Spezialist für alle Fälle», Vertrautheit mit Familie und Umfeld, Vernetzung mit medizinischen und nicht-medizinischen Partnern.

Wir erwarten Funktion als erster Ansprechpartner, Offenheit, Vertrauen.

Wie steht es 2001 damit?

*Den Berufsorganisationen* bieten wir Bereitschaft zur aktiven Zusammenarbeit, Konzepte und Mitarbeit für Aus- und Weiterbildung, Fortbildung und Qualitätssicherung.

Wir erwarten politisches Engagement, Wahrung unserer Interessen, repräsentative Vertretung in Gremien, Partnerschaft, entsprechende Anerkennung des Grundversorgers als Spezialisten der Hausarztmedizin.

Wo stehen wir 2001?

*Dem ärztlichen Spezialisten* bieten wir Würdigung seiner Fachkenntnisse und erwarten partnerschaftliche Zusammenarbeit.

Wir bieten dem Spitalarzt Entlastung durch kompetente Grundversorgung und erwarten Einbezug in die Weiter- und Fortbildung.

Wie nahe sind wir uns 2001?

*Dem Vertrauensarzt* bieten wir umfassende Patientenkenntnis und erwarten kollegiale Kooperation.

Wie ist das gegenseitige Verhältnis 2001?

*Den medizinischen Fakultäten* bieten wir

Mitarbeit in Lehre, Forschung und Evaluation auch im Hinblick auf eine praxisbezogene Ausbildung in der Grundversorgung.

Wir erwarten die dafür notwendigen fakultären Strukturen und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit.

Sind wir 2001 kein «Schwellenland»<sup>2</sup> mehr?

*Den politischen Gremien* bieten wird eine kostenoptimierte Grundversorgung, Kenntnis der medizinischen Grundbedürfnisse der Bevölkerung, individuelle Prävention, Lehrpraxen zu Aus- und Weiterbildung.

Wir erwarten entsprechende Anerkennung des Grundversorgers als Spezialisten der Hausarztmedizin, Unterstützung der Lehrpraxen.

Wissen das die PolitikerInnen 2001?

*Den Medien* bieten wir regelmässige Informationen über die Hausarztmedizin.

Wir erwarten korrekte Recherchierung und Information.

Denken wir 2001 mal scharf darüber nach!

*Den Kostenträgern* (Krankenkassen, Unfall- und Sozialversicherungen) bieten wir Partnerschaft, kostenoptimierte und transparente Grundversorgung, Bereitschaft alternative Versorgungsmodelle mit zu entwickeln, Qualitätssicherung.

Wir erwarten Anerkennung und Förderung unserer Schlüsselrolle als Grundversorger, ökonomische Administration, Einbezug in die Prozesse der Entscheidungsfindung.

Was läuft da 2001 alles?

### ... gleich unterschiedlich gleich ...

Ich freue mich, Euch nach den geistigen Ausflügen in je Eure Domäne jetzt wieder zum gemeinsamen Lesen begrüssen zu dürfen. Schade, dass jetzt nicht gleich eine freie Diskussion unter uns allen losgehen kann. Vielleicht liesse sich die Zukunft des schweizerischen Gesundheitswesens auf einen Schlag lösen?! ... vielleicht – sehr vielleicht sogar bei den unterschiedlichen Interessen der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen – und ebenfalls nur sehr vielleicht bei den «Unterschieden» unter den Grundversorgergesellschaften selber ..., denn «der Teufel liegt bekanntlich im Detail».

### Unterschiedlich gleiche Grundversorger ...

Bleiben wir bei den GrundversorgerInnen. Das Gemeinsame in den Unterschieden bzw. das Unterschiedliche im Gemeinsamen der Grundversorgergesellschaften ist nicht leicht zu finden.

Betrachten wir zuerst die individuelle Ebene. Ein Hausarzt kann entsprechend seinem Werdegang einen Facharzttitel<sup>3</sup> für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin tragen. Ob allgemein praktizierender Internist (SGIM) oder Allgemeinmediziner (SGAM) tun / versuchen sie das zu tun und verstehen sich als das, was im soeben geschilderten Leitbild geschrieben steht ... und sie stehen sich durch die vollständig gleich gelagerten Probleme im beruflichen Alltag sehr nah. Sie alle nehmen teil an den Events des bereits umgesetzten Leitbild-Handlungsbedarfs. Sie arbeiten in gemeinsamen Qualitätszirkeln, Balint- und Systemtherapiegruppen eng und in respektvoller gegenseitiger Haltung zusammen. Sie sind gemeinsam vom Gelingen und Scheitern der LOA und des TarMed betroffen. Sie entscheiden sich – mehr oder weniger emotional – für oder gegen eine Qualitätsevaluation – nein nicht nach ISO 9004 – sondern mit «QualiDoc» oder dem Qualitätsmessinstrument der Zürcher Internisten<sup>4</sup>. Sie ärgern sich über das KVG oder stellen sich dessen Herausforderungen. Sie engagieren sich für die Weiterentwicklung der Hausarztmodelle. Sie widmen sich der Ausbildung von StudentInnen im Blockunterricht und im Wahlstudienjahr, funktionieren als Co-ExaminatorInnen am Staatsexamen, sind LehrärztInnen in der Weiterbildung von künftigen HausärztInnen (Praxisassistenz) und betätigen sich zunehmend in der Forschung in Hausarztmedizin – beide gegen das gleiche (Un)-Entgelt. Beide wollen in PrimaryCare die ärztliche und politische Öffentlichkeit erreichen.

Der einzige wirkliche Unterschied im Gemeinsamen liegt für uns Praktizierende im Facharzttitel, dessen wir uns nur gewahr werden, wenn wir die Beitragzahlung an unsere Fachgesellschaft entrichten oder einen neuen Stempel in Auftrag geben müssen.

<sup>2</sup> «Die Schweiz – ein Schwellenland», Bericht aus dem Vorstand, Juni 2001, PC 13/2001.

<sup>3</sup> Es gibt auch HausärztInnen ohne Facharzttitel. Diese – sie können übrigens Mitglieder der SGAM sein – sind hier ausdrücklich mit gemeint.

<sup>4</sup> «QualiDoc» und das «Zürcher Internisten Modell» sind Qualitätsmessinstrumente – durch Evaluation der Patientenzufriedenheit – für unser ärztliches Handeln und unsere Praxisorganisation.

### ... in unterschiedlich gleichen Grundversorgergesellschaften ...

Ganz anders hingegen sieht es gelegentlich in den politischen Chefetagen der Grundversorgergesellschaften (noch) aus. Da werden die Unterschiede oft bedeutend grösser. Mit eifersüchtiger Aufmerksamkeit verfolgt die «eine» die Tätigkeiten der «anderen» und versucht deren – aus der eigenen Optik gesehen – ungeeignetes Vorpreschen «gerade noch rechtzeitig» ins Lot zu bringen. Oder die «eine» arbeitet aktiv an einer von ihr erkannten Grundversorger-Aufgabe – unter vorerst vornehmer Zurückhaltung der «anderen», bis das gemeinsame Kollegium für Hausarztmedizin sich als die verantwortliche Instanz markiert, selber aber weder über die notwendigen personellen noch finanziellen Ressourcen verfügt.

Schliesslich stellt die «eine» und/oder die «andere» die verantwortlichen Leute und die nötigen Finanzen zur Verfügung. Das KHM gibt der Aktivität mit seinem Logo das nötige gemeinsame Gewicht. Die sich «draussen» haltende «eine» oder «andere» mischt aus kritisch ablehnender «vornehmer» Ferne – schliesslich ist sie ja Mitträgerin des KHM – trotzdem weiterhin am nun gemeinsamen Projekt mit. Erst findige Nuancen lassen eine Kompromisshaltung entstehen ... und die «corporate identity» gegen aussen ist gewahrt.

Die Nuancen-Bewältigung braucht heute noch immer wieder sehr viel Kraft ... und löst bei allen Beteiligten zunehmend ein Schmunzeln aus.

### ... gemeinsam im Kollegium für Hausarztmedizin

Trotzdem – wir GrundversorgerInnen stehen alle zur Idee des KHM. Wir alle sind das Kollegium für Hausarztmedizin. Die geschilderten, heute noch nötigen Streitereien sind das untrügliche Zeichen unserer tiefen Beziehung; denn Streit ist doch aus biopsychosozialer Sicht eine der innigsten Beziehungsformen.

Diese zuletzt gemachte Aussage dürfen die anderen Partner des Gesundheitswesens, die sich vielleicht aus diesem offenen Bekenntnis ein Schnäppchen schlagen möchten, ja nicht vergessen.

Wir GrundversorgerInnen fühlen uns im Kollegium für Hausarztmedizin – «gleich unterschiedlich gleich» – steitbar vereint und – zusammen – als starker selbstbewusster Partner im Gesundheitswesen und innerhalb der FMH-Standespolitik.

Der Jahreskongress des KHM in Luzern, von welchem in diesem Heft die Rede ist, spricht Bände.

Mit «ungleich-schiedlichem» Gruss

*Bruno Kissling*  
Sekretär der SGAM

**Nouvelles du Comité central de la SSMG, août 2001:**

# ... les différences tiennent à des nuances ...

## Les Sociétés de Médecins de Premier recours et le Collège de Médecine de Premier Recours

Cher-es collègues,  
chers lecteurs, chères lectrices,

Contrairement à l'habitude, le présent rapport ne s'adresse pas «seulement» aux membres de la SSMG, dont j'ai l'honneur d'être le Secrétaire. Si toutes les personnes qui reçoivent PrimaryCare sont bien entendu autorisées à lire les messages et les informations officiels, j'aimerais vraiment cette fois que *tous* les protagonistes impliqués dans le domaine des soins de base se sentent directement concernés par mes propos; j'encourage aussi les lecteurs et les lectrices non-médecins et tous ceux et celles qui n'exercent pas à prêter attention au contenu de cet article – peu importe finalement que mes lignes suscitent à l'occasion leur étonnement ou provoquent ici et là un hochement de tête lorsque je «pousse un peu le bouchon»!

Je parlerai de points communs – supposés ou apparents –, mais aussi de «différences dans les similitudes» et de «similitudes dans les différences».

Il est vrai que les petites différences ne tiennent souvent qu'à quelques nuances et ont la particularité de n'être vraiment perceptibles que pour des «insiders», qui les ressentent alors parfois comme particulièrement douloureuses. Faire comprendre ces petits riens aux personnes extérieures tient de la gageure et il n'est pas rare de buter contre un véritable mur d'incompréhension ... Ne soyez donc pas surpris si les frontières entre les tendances convergentes et les tendances divergentes décrites plus loin tendent parfois à s'estomper au fil de votre lecture ...

### **Une œuvre commune – les Lignes directrices pour la Médecine de Premier recours (1995)**

Le plus simple est de commencer par les points de convergence. Je vais vous présenter les lignes directrices pour la Médecine de Premier recours. Ces dernières ont vu le jour

lors de la réunion du Bürgenstock du printemps 1995 – soit dit en passant, avant la votation sur la Loi sur l'assurance maladie (LA-Mal); elles constituèrent le fruit des esprits créatifs et presque visionnaires des représentants des trois Sociétés de Médecine de Premier recours (SSMG, SSMI et SSP) et étaient destinées à servir de base de travail pour le Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR), alors âgé d'à peine un an<sup>1</sup>.

### **Des différences dans ce que nous avons en commun? Petit guide de lecture**

J'aimerais appeler tous les lecteurs et lectrices, qu'ils ou elles soient membres de la SSMG, de la SSMI ou de la SSP, à relire ces directives émises il y a maintenant six ans. Qu'ils n'oublient pas, en posant leur regard d'aujourd'hui sur ces points de convergence, de se demander en quoi leur groupement se distingue des «autres» Sociétés de Médecine de Premier recours.

Nous toutes et tous, et en particulier les lecteurs et lectrices de notre propre association professionnelle, devrions nous poser la question de savoir si le tableau qui suit correspond, ou pas du tout, avec ce que nous disons lorsque nous parlons de Médecine de Premier recours – en particulier avec le médecin tant vanté au centre du système – et si ce tableau reflète bien les mesures que nous aimerais voir prises, si les interventions projetées sont de nature à atteindre les objectifs déclarés, si nos partenaires du système de santé peuvent vraiment s'estimer satisfait de nos propositions et si nos attentes quant à nos partenaires non-médecins ont été entièrement, partiellement ou pas du tout satisfaites – toujours dans le respect mutuel et avec le souci d'un juste équilibre entre les différentes parties en présence.

Si nous parvenions de plus à considérer

<sup>1</sup> Collège de Médecine de Premier recours (CMPR), Fondation déclarée le 10.3.1994 par les SSMG, SSMI, SSP et ASSM; sont également représentées dans le Conseil de fondation les cinq Facultés de médecine suisses.

<sup>2</sup> Titre et référence à noter !!!

également les problèmes du point de vue de nos interlocuteurs, il ne fait aucun doute que nous mériterions un «certificat de capacité en écoute circulaire».

#### *Les fonctions de la Médecine de Premier recours selon les Lignes directrices de 1995*

Le texte des directives 1995 disait en substance: En qualité de Médecins de Premier recours compétent-es, nous nous distinguons par notre accessibilité et notre disponibilité pour les visites à domicile, notre capacité à écouter activement et à donner des explications compréhensibles, par une prise en charge globale de nos patient-es, tenant compte des facteurs physiques, psychiques et sociaux, par la prise en compte de l'avis du patient ou de la patiente dans les processus de décision, par notre ouverture face aux méthodes alternatives de traitement, la coordination de la prise en charge médicale dans son ensemble, notre compétence à adresser, à bon escient, le/la patient-e aux spécialistes, par notre qualité de gestionnaire de la santé axé-e sur le/la patient-e, par une prise en charge médicale globale, personnalisée.

Question à la ronde: Quel serait, à votre avis de Médecin, la réponse de la Conseillère fédérale R. Dreifuss à notre question de savoir comment nos patient-es nous perçoivent et nous considèrent aujourd'hui, en 2001, en rapport avec ces fonctions?

#### *Les points forts de 1995*

Les Lignes directrices de 1995: La Médecine de Premier recours est facilement accessible à toutes et à tous. Le Médecin de Premier recours saisit rapidement la problématique du/de la patient-e dans son environnement spécifique. Cela lui permet de maîtriser 90% des problèmes. La connaissance globale de la problématique permet d'établir une prise en charge complète, à long terme et d'un rapport qualité-prix optimal. Le Médecin de Premier recours est le/la partenaire privilégié-e des services médico-sociaux ambulatoires et coordonne leurs interventions. Le Médecin de Premier recours conseille ses patient-es dans toutes les questions ayant trait à la santé: éducation, prévention.

Croyons-nous vraiment, nous les Médecins, que nous avons su, *en 2001*, transmettre ces messages avec succès à nos partenaires du système de santé?

#### *Les champs d'action en 1995*

Les Lignes directrices de 1995 avaient relevé, non sans courage et dans un esprit visionnaire, un certain nombre de champs d'action, ou en d'autres termes d'objectifs nécessaires:

Définir l'image professionnelle du Médecin de Premier recours du point de vue du contenu et de la qualité. Les Sociétés de discipline regroupant les Médecins de Premier recours (SSMG/SSMI/SSP) endossent, en collaboration avec le Collège de Médecine de Premier Recours, la responsabilité de la politique de qualité. Elles s'engagent à introduire, développer et maintenir des mesures d'assurance de qualité dans le sens de la norme ISO 9004. Rechercher et créer les ressources matérielles et humaines nécessaires à la constitution d'une institution moderne, motivante, et agissant avec professionnalisme. Introduire un processus de promotion de qualité interne continu (Cercles de qualité). Collaborer avec d'autres partenaires dans le système de santé. Développer et maintenir une communication efficace avec nos interlocuteurs.

La question posée à la ronde par exemple aux Caisses-maladie pourrait être la suivante: Quel penseraient les Caisses-maladie que l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) et l'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS) répondraient à la question de savoir où nous en sommes, nous Médecins de Premier recours, en 2001, par rapport à ces objectifs?

#### *Les interlocuteurs en 1995*

L'ordre des interlocuteurs évoqués ci-dessous ne reflète pas une quelconque échelle de valeur!

Les patient-es: nous leur offrons prise en charge globale et individualisée, facilité d'accès, y compris remplacements et service d'urgence, prise en charge au long cours, «spécialiste pour tous les cas», bonne connaissance du milieu familial et de l'environnement socio-culturel et professionnel, coopération avec les partenaires médecins et non-médecins.

Nous attendons d'eux reconnaissance de notre qualité de partenaire de premier choix, fidélité, confiance.

#### *Où en sommes-nous en 2001?*

Les organisations professionnelles: nous leur offrons disponibilité pour une collaboration active, ainsi que concepts et coopération dans les domaines de la formation prégra-

duée, postgraduée et continue et de l'assurance de qualité.

Nous attendons d'elles: engagement politique, défense de nos intérêts, délégations représentatives dans diverses instances, partenariat, reconnaissance adéquate du Médecin de Premier recours comme un-e spécialiste en Médecine de famille.

#### Où en sommes-nous en 2001?

Les Médecins spécialistes: nous leur offrons de l'estime pour leurs connaissances spécialisées, et en attendons une collaboration basée sur le partenariat.

Nous offrons aux Médecins hospitaliers un soutien efficace grâce à une Médecine de base compétente, et en attendons un engagement pour la formation postgraduée et continue.

Nous en sommes-nous rapproché-es en 2001?

Les Médecins-Conseils: nous leur offrons une connaissance globale de nos patients et en attendons une coopération collégiale.

Quelles sont nos attitudes respectives en 2001?

Les Facultés de médecine: nous leur offrons notre collaboration dans l'enseignement, la recherche et l'évaluation, y compris dans le sens d'une formation en Médecine de Premier recours axée sur la pratique quotidienne.

Nous attendons de leur part les structures facultaires nécessaires à l'accomplissement de cette tâche et une collaboration basée sur le partenariat.

Avons-nous su nous débarrasser en Suisse en 2001 de notre statut de pays en voie de développement?

*Les instances politiques:* nous leur offrons une Médecine de Premier recours d'un rapport qualité-prix optimal, la connaissance des besoins de la population en matière de soins médicaux de base, une prévention individualisée, des cabinets voués à l'enseignement pré- et postgradué.

Nous attendons de leur part une reconnaissance adéquate du Médecin de Premier recours comme un spécialiste en Médecine de famille, et un soutien pour les cabinets engagés dans l'enseignement.

Les politicien-nes le savent-ils en cette année 2001?

*Les médias:* nous leur offrons des informations régulières sur la Médecine de Premier recours.

Nous attendons de leur part une recherche et une diffusion adéquates de l'information.

Réfléchissons-y bien en 2001!

*Les assureurs* (Caisses-maladie, assurances sociales et accident): nous leur offrons: partenariat, Médecine de Premier recours d'un rapport qualité-prix optimal et transparente, disponibilité à développer des modèles alternatifs d'assurance, assurance de qualité.

Nous attendons de leur part: reconnaissance et promotion de notre rôle-clé en tant que Médecins de Premier recours, gestion administrative économique, participation aux processus décisionnels.

Que se passe-t-il en 2001?

*... les différences tiennent à des nuances ...*

Revenons donc à notre lecture commune, après cette petite digression dans vos domaines d'intérêts respectifs. Dommage que nous ne puissions laisser tout de suite libre cours à nos sentiments dans une discussion à bâtons rompus. Peut-être pourrions-nous résoudre d'un seul coup tous les problèmes du système de santé suisse?! ... peut-être – mais c'est une éventualité à vrai dire peu probable si l'on songe aux intérêts divergents existant entre les partenaires de notre système de santé, et d'autant moins vraisemblable si l'on pense aux «différences» entre les trois sociétés de Médecine de Premier recours ... car «le diable réside dans les détails».

### Des Médecins de Premier recours différents et semblables ...

Restons donc maintenant entre Médecins de Premier recours. Il n'est pas facile de trouver les points communs dans les différences, respectivement les différences dans les points communs.

Plaçons-nous tout d'abord au niveau de l'individu. Suivant son cursus de formation, un Médecin de Premier recours pourra porter un titre de spécialiste<sup>3</sup> en Médecine interne ou en Médecine générale. Qu'il ou elle soit praticien-ne en Médecine interne ou en Médecine générale, s'il/elle se conforme ou essaie de se conformer aux directives mentionnées précédemment et qu'il/elle parvienne à se reconnaître en elles, il/elle se trouvera confronté-e exactement aux mêmes problèmes dans son vécu professionnel quotidien. Généralistes et Internistes sont toutes et tous impliqué-es dans les conséquences de la mise en œuvre des domaines d'action évoqués dans les directives ci-dessus. Ils/elles travaillent de concert, au sein d'un cercle de qualité commun, de groupes Balint, de

<sup>3</sup> Il y a également des Médecins de Premier recours sans titre de spécialiste. Ils/elles sont naturellement aussi inclus-es – ils/elles peuvent d'ailleurs être membres de la SSMG.

groupes de thérapie systémique, dans un esprit de collaboration et de respect mutuel. Ils/elles se sentent tous deux concernés par les succès et les échecs de la LOA et du Tar-Med. Ils/elles prennent toutes et tous position, dans un contexte plus ou moins émotionnel, pour ou contre un contrôle de qualité – pas selon des normes ISO 9004, mais par «QualiDoc» ou à l'aide de l'instrument de mesure de qualité des Internistes zurichois<sup>4</sup>. Ils/elles pestent contre la LAMal ou en relèvent les défis. Ils/elles s'engagent tous deux pour la poursuite du développement des modèles de soins. Ils/elles se consacrent à la formation des étudiant-es dans le cadre des cours-blocs et lors de l'année à choix, fonctionnent comme co-examinateurs/-trices aux examens fédéraux, enseignent dans les cours de formation post-graduée à l'intention des futurs Médecins de Premier recours (assistantat au cabinet médical), et sont toujours plus actifs et actives sur le terrain de la recherche en Médecine de famille – ils sont l'un-e comme l'autre contre le bénévolat. Ils/elles tentent tous deux de faire entendre leur voix au sein de la profession et dans le monde politique, par l'intermédiaire de PrimaryCare.

La seule véritable différence tient au titre de spécialiste qu'ils/elles portent et dont ils/elles ne prennent conscience que lorsqu'ils/elles doivent s'acquitter de la cotisation à leur Société professionnelle respective ou lorsqu'ils/elles doivent commander un nouveau timbre pour leurs ordonnances.

### **... des Sociétés de Médecine de Premier recours différentes, mais pourtant si semblables ...**

Il n'a pas l'air pour l'instant (encore) d'en aller toujours de même entre les cadres des différentes Sociétés professionnelles. Les différences y apparaissent souvent de manière plus criante. Il n'est donc pas rare qu'une association suive les agissements d'une autre avec une pointe de jalouse et qu'elle tente d'influencer une initiative qu'elle estime inappropriée, afin de la «ramener au plus vite dans le droit chemin, avant qu'il ne soit trop tard». Parfois, l'une d'entre elles travaille activement sur une tâche qu'elle estime prioritaire pour la Médecine de Premier recours – sous l'œil un brin réprobateur des «autres» –, jusqu'à ce que l'ensemble du Collège de Médecine de Premier recours s'affirme comme

autorité responsable, sans cependant disposer des ressources nécessaires, ni en termes de forces de travail ni en termes financiers.

En fin de compte, l'«une» et/ou l'«autre» des parties finit par fournir les moyens humains et financiers et le CMPR par fournir son logo, afin de donner toute la crédibilité et le poids nécessaires. Ceux qui s'étaient maintenus prudemment à l'écart finissent quand même par mêler leur grain de sel au projet – ne sont-ils pas parties intégrantes du CMPR! C'est donc à coup de petites retouches toutes en nuances que l'on parvient finalement au compromis ... qui permettra de préserver la «corporate identity» vis-à-vis de l'extérieur.

Ce travail sur des détails insignifiants et sur des nuances infimes est épaisant ... et suscite d'ailleurs des sourires chez l'un ou l'autre participant plus souvent qu'à son tour.

### **... unis au sein du Collège de Médecine de Premier recours**

Malgré tout, nous Médecins de Premier recours soutenons tous et toutes le concept fondamental du CMPR. Ne formons-nous pas ensemble le Collège de Médecine de Premier Recours? Les petites querelles que j'ai évoquées dans ce qui précède, et qui sont inévitables en l'état actuel des choses, constituent un gage de sincérité de nos relations; la dispute n'est-elle pas, au sens bio-psycho-social, un signe de la profondeur des relations?

Que nos partenaires du système de santé n'oublient pas cette vérité, au cas où ils seraient tentés de tirer avantage de cet aveu.

Les membres des Sociétés de Médecine de Premier recours sont unis au sein du Collège de Médecine de Premier Recours, avec leurs petites querelles éventuelles – «les différences sont dans les nuances». Ils comptent fermement offrir un front commun et jouer le rôle d'un interlocuteur fort, conscient de sa place dans le système de santé et pesant de tout son poids dans la démarche politique de la FMH.

Le Congrès annuel du CMPR à Lucerne, dont parle le présent numéro de PrimaryCare, en est une illustration très éloquente.

Avec des salutations unies dans la différence,

*Bruno Kissling*  
Secrétaire de la SSMG  
(trad. R. Bielinski)

<sup>4</sup> «QualiDoc» et le «Modèle des Internistes zurichois» sont des instruments de contrôle de qualité (par l'évaluation du degré de satisfaction des patients) pour notre activité médicale et pour l'organisation de notre cabinet médical.