Bruno Kissling

Nouveau pilier d'un système de santé efficace: le cabinet collectif pour médecins de famille

«Prenez donc vos responsabilités en main et rendez la médecine de famille plus attrayante, afin que les jeunes médecins, hommes et femmes, soient à nouveau intéressés par ce métier. A force de vous lamenter, vous allez devenir les fossoyeurs de votre propre profession …» Voilà ce que l'on nous dit. Nous autres médecins de famille sommes prêts à nous engager de façon responsable pour construire l'avenir. Afin d'aboutir à des solutions adéquates, il faut une coopération entre nous et les assureurs, les politiciens – et les communes.

De l'action!

Cette exhortation prononcée par les éminents représentants des autorités administratives et politiques revient comme une rengaine lors de nos colloques – qu'il s'agisse de la réunion du comité des cadres de la SSMG au Bürgenstock ou de la rencontre suisse des médecins formateurs à Genève. Pourtant, à peine ont-ils fini de parler, ces mêmes représentants se mettent à saper, en un nouveau tour de force, les fondements économiques et professionnels du métier de médecin de famille, tout en minant encore son attrait. Citons ici pour exemple les débats actuels portant sur la diminution massive des tarifs des laboratoires et sur le rétrécissement des marges de dispensation des médicaments.
Mises à part nos «lamentations», qui sont en fait des protestations nécessaires, ceux qui nous critiquent semblent souvent tout ignorer de ce que nous entreprenons et innovons ici et là. N'oublions pas que ce qui retient majoritairement les jeunes médecins d'adopter le métier très exigeant et harassant de médecin de famille, ce sont des considérations de nature sociale. Nous les médecins de famille ne sommes vraiment pas responsables de cette évolution sociale et nous ne pouvons donc pas trouver les bonnes solutions tout seuls: mais seulement en collaboration avec les instances politiques et administratives, les assureurs et les communes.

Nous agissons

Je pense aux *modèles de cabinet médical* innovateurs [1]: fusion de cabinets individuels déjà installés pour s'associer en cabinet collectif, que ce soit dans les agglomérations (par ex. Aarburg) ou dans les régions de campagne (par ex. dans le district de Bucheggberg, SO, ou à Seengen, AG). Je pense à un nouveau centre médical issu de la fusion de plusieurs cabinets établis et offrant des spécialisations différentes (comme cela s'est fait à Coire). Je pense à de nouveaux modèles d'entreprise sous forme de sociétés anonymes, afin de répartir les investissements financiers individuels et de diminuer les risques encourus sur les biens privés ainsi que les contraintes de la localisation géographique. Je pense à des cabinets collectifs formés dans le cadre de réseaux et offrant aux médecins associés le statut d'employés, au moins partiellement (par ex. Praxis Bubenberg SA à Berne [2])… Toutes ces avancées pionnières impressionnantes ont frayé de nouveaux chemins pour la médecine de famille et devraient aller à la rencontre des besoins des jeunes médecins tels que: activité à temps partiel offrant un bon équilibre entre travail, épanouissement personnel et vie familiale; possibilité de travailler en équipe; salaire convenable; risque financier planifiable; … [3, 4].

Nos actions sont nombreuses

Et la liste en est longue: nouveaux *modèles de services d'urgences* [5] qui, grâce à la fusion de plusieurs arrondissements de service médical de garde et d'urgence (par ex. à Arbon-Romanshorn) [6], réduisent la charge individuelle imposée par le service d'urgences aux médecins de famille, en ayant parfois recours à des centres d'appels médicaux [7]; modèles de coopération régionales entre médecins de famille et hôpital (par ex. modèle de Baden [8]); cabinets sans rendez-vous situés en un lieu central et offrant une infrastructure et un service de médecine de premier recours (par ex. «City-Notfall» à Berne [9]); *modèles d'assistanat au cabinet médical* [10, 11]; fondation d'*instituts de médecine générale* (à Bâle, Lausanne et Zurich [12–14]); promotion de la *recherche* en médecine de premier recours [15, 16]; congrès *Wonca Europe 2009* à Bâle [17]; création d'une nouvelle association «Médecins de famille suisses», destinée à réunir sous un même toit tous les médecins de famille de Suisse (généralistes, internistes, pédiatres) sous le sigle «one structure – one voice» [18]; modules de formation prégraduée au cabinet médical (par ex. le Curriculum à Berne et le tutorat individuel à Bâle [19]); association «Jeunes médecins de premier recours suisses (JHaS)» [20]; revue PrimaryCare [21]; …

> Mises à part nos «lamentations», ceux qui nous critiquent semblent souvent tout ignorer de ce que nous entreprenons.

Tâche urgente: collaborer davantage avec les communes

Toutes ces innovations sont les germes de développements futurs, et il faut les promouvoir à large échelle pour qu'elles puissent pleinement déployer leurs effets. Individuellement, les médecins de famille doivent faire preuve d'esprit de détermination et d'énergie dans l'action. Avec leur réseau de cabinets individuels desservant tout le pays ils ont déjà contribué de manière essentielle à la réussite du système de soins médicaux de qualité dont bénéficie la population. En outre, il faut solutionner le manque de temps et de coopération à divers niveaux.

Pour des raisons évidentes, de nombreux médecins de famille hésiteront à se lancer dans des changements structurels et entrepreneuriaux. Ils se voient écartelés entre trois sortes de questions: n'est-il pas risqué et peu raisonnable pour un médecin souvent proche de la soixantaine d'investir des fonds – peut-être destinés à sa prévoyance vieillesse – dans de nouvelles infrastructures de cabinet, alors qu'il ne lui reste que quelques années de vie active et que son cabinet, individuel ou à deux médecins, est souvent déjà amorti et fonctionne de façon satisfaisante? Sans investissements substantiels, trouvera-t-il un ou plusieurs successeurs prêts à racheter son cabinet et à prendre en charge ses patients? L'investissement sera-t-il compensé par la plus-value du cabinet?

> A l'avenir, les cabinets collectifs constitueront probablement les modules de couverture des soins de base les plus répandus.

Et le temps presse: l'âge moyen des médecins de famille est aujourd'hui de 55 ans et le départ à la retraite provoque une diminution rapide de leur nombre. Jusqu'en 2016, il faudra assurer la reprise d'environ 3000 cabinets de médecins de famille [22]; actuellement, la fréquence de reprise n'est encore que de 75 cabinets par année [23]. Rien ne laisse prévoir un changement de tendance. Seuls 16% des médecins assistants en fin de formation postgraduée déclarent vouloir adopter le métier de médecin de famille [24]. Les jeunes médecins de famille seront peu enclins à reprendre des cabinets individuels, bien que ceux-ci restent nécessaires et utiles en certains endroits, car l'organisation du travail nécessaire ne correspond pas à leur conception de la vie professionnelle et de la vie privée évoquée plus haut. Ainsi, à la ville comme à la campagne, de nombreux cabinets individuels et même certains cabinets à deux médecins devront-ils fermer.

Il est vrai qu'en Suisse la gestion des soins s'appuie sur une densité élevée de spécialistes et d'hôpitaux assurant une offre de haut niveau en médecine ambulatoire spécialisée. Cependant, un réseau de couverture insuffisant en médecine de famille conduit à une situation très critique sur le plan de l'efficacité, de l'économicité et de la qualité de la prise en charge de la population. Sont particulièrement concernés les soins de longue durée des patients polymorbides et souvent âgés, en nombre croissant; les soins primaires de toutes sortes d'affections; le triage; la prévention, etc. Sans réseau suffisant de médecins de famille pour couvrir les soins de base, toute une série de villages, de régions, de vallées et même de quartiers urbains perdent en qualité de vie et en attrait économique.

Afin d'élaborer des solutions adéquates et financièrement supportables pour chacun, tous les acteurs doivent collaborer: médecins de famille, communes, régions, villes, assureurs et instances politiques.

Cabinets collectifs pour les médecins de famille

A l'avenir, les cabinets collectifs comprenant une dizaine de médecins de famille et éventuellement quelques médecins spécialistes constitueront probablement les modules de couverture des soins de base les plus répandus. En fonction de leur localisation géographique, ils pourront couvrir plusieurs communes, toute une vallée ou un quartier urbain. Leur aménagement et leur équipement seront établis en général avec les administrations communales concernées[1]. Le cabinet collectif sera en principe dirigé par les médecins comme une entreprise du secteur privé, si possible sous forme d'une société anonyme, avec une participation financière des associés reflétant leur degré individuel d'activité et garantissant la possibilité d'une revente sans pertes notables en cas de départ – par ex. pour des raisons familiales. Des médecins pourront aussi y exercer sous un statut d'employé.

L'horaire de ces cabinets sera adapté aux exigences actuelles de la population. Les médecins pourront plus facilement y fournir à leurs patients des prestations médicales d'urgence dont le coût d'ensemble soit modéré, et avec une moindre charge de travail. Il sera tout naturel d'y gérer les dossiers médicaux sous forme électronique; actuellement c'est le cas dans environ 10% des cabinets. Le travail s'y effectuera ordinairement en équipe. Ils permettront aux associés de s'engager dans des projets de recherche, de participer à des cercles de qualité et de discuter en commun de certains cas de patients.

Au contraire des cabinets actuels comprenant un ou deux médecins, les cabinets collectifs offriront un grand nombre de moyens thérapeutiques et de prestations supplémentaires qui sont déjà mis en pratique dans d'autres pays: collaboration avec des infirmières de cabinet spécialement formées pour les gestes qui ne demandent pas nécessairement l'intervention d'un médecin (substitution), comme par exemple le changement de pansement au cabinet ou au domicile du patient; intensification de l'information donnée aux patients, par ex. aux diabétiques. On pourra envisager l'introduction des consultations de groupe, la réalisation de projets de prévention, …

[1] Comme c'est par exemple le cas dans la commune de Marthalen (NZZ, 2 octobre 2008: «Hausärzte auf der Flucht nach vorn»).

Conclusion

- Un réseau couvrant la Suisse entière et formé de cabinets collectifs pour les médecins de famille serait profitable à tous (population, communes, assureurs, médecins jeunes ou plus âgés) et pourrait satisfaire avantageusement les différents besoins.
- Une profession offrant des conditions de travail bien structurées deviendrait plus attrayante pour la jeune génération.
- Les cabinets collectifs apporteraient une solution adéquate pour tous les acteurs attachés au maintien futur d'une médecine de base de qualité, assurée par les médecins de famille.

Sans collaboration avec la société, cet objectif n'est pas atteignable.

Références

1 Marti C, Fischer B. Nouvelles formes d'organisation de cabinets médicaux. Compte rendu d'un atelier du Congrès de la SSMG en 2007. PrimaryCare. 2008;8(5):88–9.
2 Wirthner A. Einzelkämpfer oder Netzwerke: Scheitern beide? PrimaryCare. 2005;5(18):425–8.
3 Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Marty F. Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin – Ansichten und Vorschläge von praktizierenden Hausärzten. PrimaryCare. 2007;7(42):639–41.
4 Kissling B. Hausärzte und kein Nachwuchs – Ursachen aus erster Hand. PrimaryCare. 2007;7(49):743–4.
5 Kissling B. Forum klinische notfallmedizin fKNM SGNOR. PrimaryCare. 2007;7(12):205–7.
6 Gnädinger M, Boesch E, Marty F. Fusion d'arrondissements – moins de nuits, moins de week-ends. Première partie: sollicitation du service de garde. PrimaryCare. 2008;8(10):179–82.
7 Gnädinger M, Buchwalder C, Orellano J, Meer A. Centre d'appel médical au service de nuit. Partie 1: les effets en chiffres. PrimaryCare. 2008;8(12):229–31.
8 www.gdk-cds.ch/index.php?id=317&L=1.
9 Kissling B. Notfallkonzept in der Stadt Bern. PrimaryCare. 2006;6(36):626–8.
10 Kramis A. Das Projekt Praxisassistenz Kanton Luzern. PrimaryCare. 2007;7(16):258.
11 Bandi-Ott E. Pilotprojekt Praxisassistenz im Kanton Zürich 2009-2009: Jeder Hausarzt ist auch ein Lehrarzt! PrimaryCare. 2007;7(11):188–9.
12 PrimaryCare n° 11/2005 (accessible librement sous http://www.primary-care.ch/f/set_archive.html).
13 Bischoff T. Institut Universitaire de Médecine générale de Lausanne: l'enseignement nous concerne tous! PrimaryCare. 2007;7(38):589–90.
14 Bandi-Ott E. Eröffnung der Einheit für Hausarztmedizin an der Universität Zürich. PrimaryCare. 2005;5(42):875.
15 Tschudi P. Recherche en médecine générale/médecine de famille – Wonca 2009. PrimaryCare. 2008;8(12):228.
16 Rosemann T. La recherche en médecine générale – de bonnes raisons épidémiologiques. PrimaryCare. 2008;8(12):226–7.
17 Du 16 au 19 septembre 2009; www.woncaeurope2009.org
18 Müller M, Hofer M, Späth HU, Bürgi U. Union professionnelle. PrimaryCare. 2008;8(2):19–20.
19 Schaufelberger M. Neue Ausbildungsmodule in Grundversorgung für Studierende der Humanmedizin ab Herbstsemester 2007. PrimaryCare. 2006;6(42):771–3.
20 Reber Feissli M. Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz – JhaS. PrimaryCare. 2007;7(01):26–7.
21 Depuis 2001; tous les articles sont librement accessibles sur le site www.primary-care.ch.
22 Tschudi P, Marty F, et al. Workforce CH 2005, Institut de médecine générale de Bâle IHAMB, Groupe de travail littérature/documentation de la SSMG.
23 Marty F. Baromètre du cabinet médical 2007. PrimaryCare. 2008;8(7):127–8.
24 Buddeberg B. Karriereentwicklung junger Ärztinnen und Ärzte. n: n.2007.

Dr Bruno Kissling
Elfenauweg 6
3006 Berne
bruno.kissling@hin.ch

VERZWEIFLUNG

dann senkte sich
aus grauem Nebel
Nacht
in ihn hinab
wie eine Wand

die Lichter loschen aus

er war ein jäher Schatten
seiner Angst
und rang sich tonlos
durch die dunklen Zimmer
in deren Fenster
schwarze Luft
ihn kalt verneinte

er sah nicht
in den Grund des Schachts
in den er sprang
damit im Aufprall
doch ein Licht
aufschreie

Thomas Schweizer