

Franz Marty, Medizinisches Zentrum gleis d Chur

Les cabinets individuels restent essentiels!

J'ai lu avec grand intérêt l'excellent article de Pierre Loeb [1] et le courrier réponse de mes confrères Zürcher, Schalch et Heer [2-4]. J'ai été particulièrement touché par mon confrère Schalch, étant donné que j'ai travaillé en cabinet individuel durant 10 ans dans la vallée de Schanfigg et été impliqué dans le développement du cabinet de groupe dont il fait mention.

La devise «Le cabinet individuel – un modèle sur le déclin»

La devise «le cabinet individuel – un modèle sur le déclin» est apparue au sein des débats sur la politique de santé dans le courant de l'année 2006, lorsque les politiciens et les autorités ont pris conscience de la pénurie de médecins de famille qui menacerait bientôt les soins de santé primaires en Suisse. Cette devise a souvent donné l'impression d'une solution miracle contre la pénurie des médecins de famille, puis elle a de plus en plus souvent été utilisée comme slogan, l'appel des médecins de famille à l'amélioration structurelle de la médecine de famille (dans la formation post-graduée, l'enseignement et la recherche, comme base d'une profession médicale attractive) se trouvant ainsi renvoyé à l'expéditeur. L'infrastructure des soins de santé primaire était restée uniforme depuis une dizaine d'années, sauf exceptions, elle ressemblait à une «monoculture»: la carrière professionnelle, le domaine d'activité et le parcours du médecin de famille après la reprise ou l'ouverture d'un cabinet étaient tout tracés et difficiles à modifier au niveau individuel d'un médecin de famille. Les médecins de famille ont cependant rapidement répondu aux défis. Bon nombre d'entre eux n'ont pas eu peur de faire face aux risques et ont développé de nouvelles formes de collaboration dans des unités de plus ou moins grande importance. Ce processus n'est pas encore achevé. Parallèlement, des cabinets de médecins de famille sont désormais rachetés ou construits puis exploités par des sociétés privées ou des investisseurs publics (tels que les communes).

Le paysage de la future médecine de famille est aujourd'hui totalement différent de celui qui se dessinait il y a 10 ans. Là où jadis ne poussaient que les caféiers, s'est développée une faune d'une grande diversité!

Le cabinet individuel: une pierre indispensable à l'édifice des soins de santé primaires suisses

Les soins de santé primaires reposent toujours sur des cabinets individuels, qui demeureront indéniablement l'un des principaux modèles de cabinet. Un cabinet individuel est efficace, une nécessité pour des raisons topographiques, préféré par de nombreux patients aux structures plus importantes et constitue, pour de nombreux médecins de famille (selon leur personnalité et leur situation familiale), un environnement de travail idéal. Ce type de cabinet ne devient pas simplement obsolète ou «out», comme le

montrent les nombreuses innovations introduites depuis les années 1990, telles que les réseaux¹, les cercles de qualité et de nouvelles initiatives [5]. Le médecin de famille établi en cabinet individuel peut gérer individuellement sa coopération et sa collaboration avec de telles structures. Il est aussi envisageable qu'à l'avenir, les cabinets de groupe et les cabinets individuels s'engagent dans une nouvelle forme de coopération et partagent par exemple leurs ressources (assistants médicaux, médecins assistants, achats, administration, remplacement pendant la période de vacances entre autres).

Comparaison cabinet individuel – cabinet de groupe

La comparaison entre les cabinets individuels et les cabinets de groupe (tableau 1 de l'article de Pierre Loeb [1]) ne me semble pas tout à fait pertinente: «le» cabinet de groupe n'existe pas plus que le cabinet de groupe, le cabinet multiple ou le centre médical. La satisfaction, l'autonomie, les possibilités du médecin dépendent probablement moins de la taille du cabinet où il exerce que de la situation de propriété et du mode d'indemnisation: ainsi, le médecin employé dans un cabinet individuel ou un cabinet double appartenant au portefeuille d'investissement d'un entrepreneur connaîtra des restrictions similaires dans son autonomie et développera un engagement semblable à celui d'un médecin employé par une entreprise de santé et travaillant dans un cabinet de grande envergure ou un centre médical.

Selon moi, la situation de propriété et le mode d'indemnisation sont ici les points clés. Ils façonnent en grande partie l'ambiance de travail et influencent l'engagement, la prise de responsabilités et «l'immersion» dans tous les processus de l'environnement de travail et du travail avec les patients.

Le centre médical de Coire

Des modèles coopératifs, résultant par exemple de la fusion de cabinets, constituent l'opportunité d'allier une autonomie professionnelle et personnelle similaire à celle en cabinet individuel avec les avantages qu'offre le travail en cabinet de groupe. Il s'agit alors de consolider cette culture d'entreprise à travers un développement réfléchi de l'organisation et de la «transmettre» aux jeunes médecins qui assureront la relève. Toutefois, l'élaboration d'un tel modèle est un processus de longue haleine, qui repose sur la tolérance et la bonne volonté des personnes impliquées – et sur un travail colossal.

Ainsi, après cinq années d'activité dans notre centre médical (MeZ) de Coire (propriété des médecins), nous pouvions préserver les principaux aspects de l'autonomie d'un cabinet individuel (liberté de choix du médecin, congés librement aménagés, responsabilité individuelle, libre choix de formation continue, constance des rapports médecin-patient) tout en bénéficiant des avantages de la structure de groupe (soutien au sein de l'équipe, accès rapide aux ressources/qualités des autres membres de l'équipe, réduction des charges administratives, remplacement lors des congés, etc.). Nous étions en mesure de réduire au minimum nécessaire le temps investi dans les réunions de planification et de concertation («tâches administratives chronophages») (1 à 2 réunions par mois, le lundi matin de 7h30 à 8h15).

¹ Les réseaux régionaux tels qu'Eastcare par exemple (<http://www.eastcare.ch>), Argomed (<http://www.argomed.ch>), medix (mediX schweiz).

À propos du courrier de mon confrère Schalch

«Quelle est l'utilité du cabinet de groupe de Coire, dont les bénéfices ne sont que locaux, aux fermiers de la Vallée de Schanfigg par une froide nuit d'hiver?» – Lors des froides nuits d'hiver, le médecin d'urgence de la ville de Coire ou des secours (144) sont en charge des patients, le cabinet de groupe ne peut pas être d'une grande utilité. Néanmoins, le MeZ a repris le flambeau depuis l'abandon du poste de médecin à Schanfigg: nous assurons des consultations externes, une fois par semaine, avec des visites dans tous les villages, selon les besoins. Pour des urgences médicales, les habitants de la Vallée de Schanfigg sont assurés d'obtenir une consultation le jour même. À titre d'exemple: le berger qui nous a appelés en fin de journée en indiquant souffrir de troubles laissant penser à une angine de poitrine, a été examiné au MeZ à 19 heures et référé à l'hôpital cantonal pour une suspicion d'angine de poitrine instable. Les résultats de l'angiographie ont confirmé la nécessité d'une intervention chirurgicale et le patient a subi un pontage coronarien le soir même à Zürich.

Médecins assistants

Chez nous, au MeZ, l'une des composantes essentielles à une collaboration productive entre médecins s'est avéré être la création d'un poste de médecin assistant. La raison en est probablement la suivante: le/la médecin assistant travaille en remplacement de tous les mandants. Cela exige une bonne organisation du projet et une bonne communication entre les intéressés (implication des assistants, répartition des frais etc.). Le projet «médecins assistants» demande par ailleurs une planification commune continue, une communication claire et éprouvée et l'implication de tous dans l'encadrement ainsi que dans l'échange professionnel. De ce fait, un cadre de collaboration interactive continue s'est créé entre les médecins de famille, ce qui enrichit nos compétences en matière de communication.

Nous formons en ce moment le dixième médecin assistant. Deux assistants et deux assistantes ont poursuivi leur route en cabinet individuel/communautaire (un assistant compte reprendre un cabinet dans la Vallée des Grisons), un ancien assistant et une ancienne assistante sont aujourd'hui médecins de famille au MeZ et trois jeunes collègues poursuivent leur formation post-graduée après l'assistantat pour devenir médecin spécialiste.

La relève médicale décide de sa spécialité pendant la formation post-graduée [6] et la présence de la médecine de famille dans la formation post-graduée est encore fragile en Suisse. Les cabinets

multiples peuvent grandement contribuer à assurer la formation post-graduée dans le domaine de la médecine de famille – tout en bénéficiant des avantages qu'offre la présence d'un médecin assistant.

Bilan personnel

À titre personnel, je peux dire que la mise en place commune d'une grande structure était passionnante et que les processus de la collaboration sont toujours extraordinairement instructifs. J'ai pu atteindre mes objectifs personnels (travail séquentiel avec un taux d'occupation de 50–70%) après 5 années de travail de mise en place. En aucun cas je ne voudrais renoncer aux 10 années que j'ai passées en cabinet individuel à Schanfigg. Mon attachement à ce cabinet était toutefois plus fort qu'au MeZ, ce qui était néanmoins parfaitement adapté à ce stade de ma vie (enfants).

Je pense que «cabinet individuel contre cabinet de groupe» est une approche erronée. Il s'agit plutôt d'un «tant que». Avec une plus grande offre de types de cabinet, la médecine de famille gagne assurément en attractivité et le médecin de famille gagne en autonomie: il dispose de la flexibilité d'adapter et de réadapter son cadre professionnel à ses objectifs et préférences ainsi qu'à ses atouts et aux différentes étapes de sa vie. C'est un point que Bruno Kissling a souligné dans son article [7]. La médecine de famille est la spécialité médicale qui offre le lien le plus direct avec les différents milieux et communautés de la société. Elle s'est adaptée et s'adapte toujours à ces réalités et développe des structures et modèles de soins couvrant les besoins de la population en matière de soins de santé primaires.

Références

- 1 Loeb P. Die Einzelpraxis – wirklich ein Auslaufmodell? PrimaryCare. 2013;13(10):174–6.
- 2 Zürcher K. Verantwortung ist unteilbar. PrimaryCare. 2013;13(12):212.
- 3 Schalch E. Das Zauberwort heisst Delegation. PrimaryCare. 2013;13(12):212.
- 4 Heer G. Vielseitige Qualität. PrimaryCare. 2013;13(12):212.
- 5 Weber J. Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(45):1643.
- 6 Tandjung R, Garaventa-Tadres D, Rosemann T, Djalali S. Spezifische Weiterbildungsangebote für Hausarztmedizin in der Schweiz – Bestandsaufnahme verschiedener kantonaler Programme. Praxis. 2013;102(14):843–9.
- 7 Kissling B. Arzt- und Patiententreue in Zeiten einer mobilen Gesellschaft. PrimaryCare. 2013;13(5):93–4.

Correspondance:
Dr. Franz Marty
Erlenweg 8
7000 Chur
mesmeta[at]bluewin.ch