

Primary Care and Hospital

Médecine interne générale

Entretien avec Isabelle Marguerat

1ere question ...

J'ai le titre depuis 2010. Comme j'ai eu une formation préalable partielle de psychiatrie, pour moi c'est venu confirmer la manière que j'ai eu envie d'exercer, à savoir une démarche intégrative médecine interne de premier recours, avec l'intégration, au fond, des aspects du vécu des patients et puis une démarche un petit peu plus fine au niveau du diagnostic de personnalité des gens et de fonctionnement. Cette formation pour moi elle a permis au fond d'officialiser ma manière de travailler. Elle ne l'a pas radicalement changée puisque j'ai l'impression que j'essayais de fonctionner déjà comme ça. Par contre elle a permis de formaliser cette manière de faire. Et puis de pratiquer régulièrement le Balint et la supervision. Donc je dirais que pouvoir affirmer d'être dans une démarche psychosomatique, ça permet peut-être de présenter mieux au patient la manière d'appréhender les choses qui est peut-être un peu différente d'une démarche classique, on va dire. Après, vis à vis des assurances ça permet aussi de justifier, puisqu'on doit tout justifier, des consultations plus longues, des patients plus difficiles, plus complexes. Et que de ce point de vue là, ce titre me permet actuellement de survivre.



De survivre... qu'est-ce que tu veux dire?

Je veux dire qu'en terme de score Anova, je suis dans le groupe des gens qui ont des scores très élevés parce que simplement mes consultations durent plus...

Tu t'es fait inquiéter?

Oui, j'ai eu un avertissement qui a nécessité que je justifie ma pratique et mon profil de patients. Donc de ce point de vue-là ce titre est indispensable.

Tu as été ré-attaquée après?

Pour l'instant ils se sont contentés de l'information mais je suis chaque année mes scores et je suis sur le qui-vive. A enlever de l'article....

Je ne sais pas c'est quand même assez important...

Disons que oui j'ai du justifier pourquoi mes patients étaient en moyenne plus jeunes et comment ça se faisait que j'avais besoin de les voir aussi longtemps et que je prescrivais si peu de traitements. Donc il a fallu que je présente la philosophie en disant que pour moi tout ne relevait pas des médicaments et que je pensais que mes évaluations globales pouvaient remplacer, disons diminuer certaines prescriptions de traitements. Donc oui, oui, je suis dans le viseur de santé suisse. Comme les autres collègues. C'est pour ça que de pouvoir utiliser la tarification qu'on a, ça me permet pour l'instant d'être à l'abri.

Tu t'es installée avec le titre?

Je me suis installée avec le titre et je faisais déjà les SPAC.

Primary **Care** and Hospital

Médecine interne générale

Donc le titre n'a pas changé ta patientèle?

Non.

Mais par rapport à ton travail de CdC à la PMU avant ton installation, tu travailles différemment?

J'ai l'impression que je travaillais déjà comme ça à la PMU.

Donc finalement si je résume, ça n'a pas changé ta façon de faire mais ça a changé ta légitimité.

Exactement et surtout pouvoir échanger avec mes pairs qui sont dans la même ligne, la même manière de travailler.

Donc tu as le sentiment d'appartenir à une communauté professionnelle?

Exactement... je le ressens de plus en plus fortement.

Qu'est-ce que tu veux dire?

Je trouve, j'imagine que nous prenons en charge des situations plus complexes. Et plus lourdes en termes de charges émotionnelles personnelles. Et le fait de pouvoir échanger avec d'autres, soit formellement soit informellement sur ce type de patients là, moi ça me... c'est la chose la plus importante, ça m'aide à continuer parfois. Parce que ce qui nous guette, je trouve, c'est toujours l'épuisement professionnel et émotionnel autour de ces situations super lourdes. C'est vrai qu'en proportion j'ai beaucoup de patients très lourds. C'est peut-être ça qui a changé ou qui décrit ma patientèle. J'ai beaucoup de patients qui me sont soit référés pour la lourdeur de la situation soit qui me reconsultent parce qu'ils ont eu l'impression que d'autres médecins n'entendaient pas suffisamment l'ensemble de leurs plaintes donc de ce point de vue là ça me fait une sur-sélection de patients difficiles.

Dans l'organisation de ton cabinet?

Alors j'ai dû réajuster un peu le tir depuis 2018, mais c'est des patients que je vois entre une demi heure, 40 minutes et pas rare plus longtemps. Alors je choisis en fonction du type de patient si c'est des gens que je vois à une demi heure ou plutôt à 40 minutes. Depuis 2018 j'essaye de fractionner des consultations pour certains que j'avais plutôt en une fois avant. J'essaye de les revoir pour reprendre la situation plus tard. Comme on le vit un petit peu tous. Mais c'est vrai que l'on a du coup des patients qui bougent peu donc peu de place et peu de nouveaux patients de ce point de vue. On a des consultations un peu fermées, à huis clos.

Pourquoi tu dis que tu as du fractionner tes consultations?

Parce que parfois certains patients me prenaient beaucoup plus de temps. Et puis je me suis clairement inquiétée début 2018 en me disant qu'il fallait que je change ma manière de fonctionner...

Mais à cause de santé suisse?

Oui... Ça pose la question de garder un équilibre. Je trouve que pouvoir bien fonctionner, j'ai besoin d'avoir des consultations qui sont, qui suivent sans accumuler trop de retard. Je les écarte suffisamment pour être confortable. Calme psychologiquement parlant et ça me donne aussi juste quelques minutes pour ventiler de l'un à l'autre et ça c'est indispensable vu les types de situations qu'on a. Et c'est vrai que je suis référente pour les requérants d'asile. Il y a aussi des dialogues, d'autres type d'entretien... je garde des plages d'urgence pour les autres situations mais c'est vrai que je ne peux pas me laisser bousculer dans le programme de la journée. Comme un petit peu une consultation par un psychiatre.

Primary Care and Hospital

Médecine interne générale

Du point de vue administratif? La paperasse?

Tu vois là je passe une journée à essayer de me mettre à jour. J'en ai énormément. Comme nous tous. J'ai l'impression pour parler avec d'autres, comme je suis censée être à temps partiel, que j'ai une immense part d'administratif, beaucoup de lettres et puis je passe beaucoup de temps à étudier des dossiers. Et ça il y a quelque chose qui va pas en fait.

C'est en rapport avec l'AI?

Pas uniquement mais aussi pour comprendre certaines situations cliniques, j'ai besoin de me replonger dans certains dossiers, relire, recomprendre. Oui il y a un certain nombre de personnes dans l'AI. D'autres personnes qui ont des syndromes que je ne comprends pas. Puis il faut simplement que je réfléchisse... ça prend du temps. Des lettres pour des investigations à des spécialistes et comme les situations sont complexes, ça fait des lettres qui prennent un peu plus de temps. Simplement à composer... J'ai l'impression que 85% de mes patients ont des co-morbidités psychiatriques. Plus ou moins graves.

Lettres avec les assurances pour des cas individuels?

De pire en pire... je crois que c'est pour tous la même chose. De moins en moins de crédit en tant que médecin traitant. Je trouve qu'on doit de plus en plus se justifier. Par rapport à tout arrêt de travail et j'ai l'impression que les assurances font beaucoup plus appel à leurs experts pour trancher dans les dossiers. J'ai l'impression d'être quelqu'un de droit et d'envoyer des choses relativement complètes mais je partage un sentiment d'assez haute révolte. Je trouve qu'on a de moins en moins de crédit comme médecin traitant. On nous prend pour des partisans de nos patients, conciliants et qu'on donne peu de crédit à nos évaluations. Je crois que c'est un petit peu partagé par d'autres. D'être assez défensifs au fond, ce que je trouve assez désagréable.

Par rapport aux finances, aux revenus?

En Suisse l'aspect financier est toujours très tabou donc on en parle peu. Je peux peu me comparer à des collègues, notamment femmes qui travailleraient un peu comme moi. Moi j'ai l'impression de pouvoir dégager un salaire qui me semble correct. J'ai pas encore les chiffres 2018 mais j'ai l'impression que la diminution de la rétribution du travail administratif 2018 va constituer pour moi une perte assez importante. Autrement j'ai l'impression que mon salaire correspond à ce que je fais. C'est un salaire qui est nettement moins important que d'autres qui voient beaucoup plus de gens et qui brassent beaucoup plus de choses. J'ai pas de prétentions de gagner mieux ma vie.

Le titre que tu as-tu l'affiches...

Non j'avais suivi le conseil de ... à l'époque avec qui je m'étais associé qui m'avait conseillé de ne pas le mettre pour éviter l'afflux de certaines personnes qui triangulent pas mal les médecins, de douloureux chroniques et autres et de fait, les gens le découvrent et le bouche à oreille fonctionne mais je ne l'ai pas mis en avant. Oui il est sur mes ordonnances mais pas sur le bottin ni sur la plaque. J'ai empêché que ce soit dans le bottin avec swisscom qui voulait faire toute une description de mon activité.

Comment se passe la formation continue pour toi?

Elle se passe bien du point de vue théorique, c'est à dire si on parle d'obtenir des points, j'ai l'impression de suivre régulièrement des formations type Crêt Bérard et autres... ensuite je suis enseignante aux SPAC. Ce qui pose souci c'est les crédits de supervision. Je trouve qu'il est difficile d'obtenir tous ses points entre la médecine interne, la MPS et autres. Pour avoir tous les points je trouve que c'est vraiment compliqué. J'ai participé à 2 reprises au Balint à Annecy

Primary Care and Hospital

Médecine interne générale

qui représente pour moi la formation qui m'a fait le plus avancer ces dernières années. Mais la mise en place des supervisions individuelles régulières est quelque chose de difficile à mettre dans mon programme. J'avais un Balint avec Vannotti qui n'a plus lieu d'être et l'on cherche à reformer un autre Balint. Pas en ce moment de supervision individuelle mais je cherche.

Les associations pourraient faire quelque chose de plus pour aider à la supervision?

Peut-être d'avoir des listes plus claires de personnes qui se proposent pour la supervision. Dans notre région. Il y a les points et la souffrance engendrée par certaines situations qui fait que on se dit qu'il faut absolument avoir une supervision individuelle. Je fais partie aussi du groupe Delta et nos groupes delta parfois servent aussi non pas de Balint mais de ventilation émotionnelle, dans certaines situations difficiles et ce sont des rencontres qui ont lieu de manière mensuelle avec des gens avec qui j'étais au Balint. De ce point de vue là c'est une utilisation quelque peu détournée. Mais d'avoir vraiment quelqu'un qui nous connaisse bien, notre manière de fonctionner... et qui puisse nous voir régulièrement, je pense que c'est absolument indispensable. Oui des listes de personnes parce que j'ai contacté quelques psychiatres mais qui sont très débordés ou ont déjà d'autres supervisions et qui sont relativement peu intéressés par la démarche.

Le développement futur de la MPS en Suisse?

Je fais partie des gens qui sont absolument convaincus par cette formation, qui encouragent beaucoup les collègues à le faire, parce que j'ai l'impression que c'est un outil qui est indispensable. Donc je souhaite que ce soit une formation qui se répande beaucoup plus. C'est impossible de bien soigner les gens sans avoir une approche intégrative. Donc je la souhaite la plus large possible.

Tu vois des besoins de formation particuliers?

Même si on nous dit que la médecine est de plus en plus numérique et autre, le fait que les gens aient plus accès au numérique, je trouve que ça les angoisse encore plus. Parce que souvent il y a un mauvais tri dans l'information qui est lue. Et ceux qui nous rapportent ça, sont beaucoup plus angoissés. Autant certaines consultations numériques à distance, par téléphone de gens qui te connaissent pas, Telmed et autres, peuvent dans certaines situations très très claires, rendre service et être très utile, je pense qu'on ne pourra pas faire l'impasse de nos consultations, de notre manière de faire même avec une ère plus numérique. Oui je suis beaucoup de mes patients et des catamnèses par sms quand je connais bien les gens, mais ça, j'estime pas que c'est du numérique, c'est des petits clin d'oeil, une manière de suivre une situation à distance de quelqu'un, mais je crois qu'on ne remplace pas le huis clos et ce moment où la personne s'arrête dans un rythme de plus en plus effréné par contre par rapport aux activités. Par rapport aux formations, c'est comment rester relativement intemporel dans nos consultations par rapport à une demande de beaucoup plus grande efficacité qu'on nous fait de plus en plus... du point de vue des assurances on nous parle d'efficacité, de cost effectiveness mais il y a un moment où pour être vraiment dans la rencontre ... où le temps s'arrête pour qu'elle puisse vraiment avoir lieu. Dès qu'on est dans ces démarches très pressées, je pense qu'on part à côté des gens. Nos formations à nous c'est pouvoir au mieux gérer ces rencontres-là. Et la prévention du burn-out est très importante. Je crois qu'on est plus à risque en s'exposant comme ça particulièrement dans la rencontre avec les patients. Se permettre de prendre le temps, pouvoir respirer, prendre le temps de digérer nos consultations en fin de journée, tous ces aspects là qu'on a tendance à gommer parce que c'est qu'on estime qu'il faut que ça continue...

Primary Care and Hospital

Médecine interne générale

Besoin d'organisation?

Visiblement plusieurs politiciens n'ont pas l'idée de comment s'organise une consultation médicale et un cabinet puisqu'ils n'ont pris en compte que les temps de consultation. Il n'ont aucune idée de comment s'organise tout le reste, tout ce qui se passe en coulisses. Ils n'ont pas non plus dans leurs mesures pris en compte la prise en charge globale. Elle est difficile à évaluer, appréhender puisqu'ils veulent des statistiques, des chiffres. Mais je pense qu'il y a d'autres mesures à faire comme la qualité de vie, comme évaluer par les patients la confiance dans son médecin, le recours ou non aux urgences ... parce qu'on apprend petit à petit à gérer l'anxiété qui peut être liée à un symptôme. Pour moi c'est des mesures, semble-t-il peu faites. Plusieurs d'entre nous font partie de groupes de qualité avec des pharmaciens, essayent de réfléchir à leur pratique internistique, ça c'est à préconiser d'accord mais après rendre compte aux politiciens que tout ne se résume pas à une consultation de 10 minutes où on va parler d'un problème mais qu'il y a l'ensemble.... pour une situation on passe pas mal de temps à travailler avec les collègues, se téléphoner, faire des réseaux... plus une situation est difficile, plus on prendra du temps mais plus je pense on va gagner en efficacité et ça c'est quelque chose qu'ils devraient connaître. C'est difficile d'être précis mais c'est ce type de choses qui ne ressort pas du tout.

Choses à rajouter?

Non si ce n'est que c'est difficile d'être précis mais pour moi ça vient du fond de mes tripes. Oui je crois que l'évolution, on nous parle beaucoup de l'horizon 2020, les personnes quelles qu'elles soient, polymorbides ou peu, sont à la demande d'une rencontre avec un médecin où ils puissent vraiment se livrer globalement y compris - puisqu'on dit qu'il est important d'évaluer des aspects spirituels par exemple des aspects de vision du monde ou existentiels, je pense que c'est important et que même avec les développements technologiques - auxquels pour ma part je crois peu - ils ne vont jamais venir supplanter cette rencontre-là... et c'est aussi le message qu'on essaye de faire passer aux étudiants en médecine.

Daniel Widmer

Il s'agit des verbatim d'entretiens téléphoniques qui ont servi à l'analyse et non de textes littéraires. La forme suit les expressions spontanées du discours.