

Abstract

- Objectif:** Ce rapport établit une comparaison entre la pratique de la médecine générale en ville et en périphérie. Il s'intéresse à la collaboration entre les généralistes et les spécialistes, à la pratique quotidienne, aux infrastructures à disposition au cabinet, au type de relation médecin-malade ainsi qu'à l'aspect économique. La différence de densité médicale en Suisse et les répartitions entre spécialistes et généralistes y sont également étudiées.
- Méthode:** Des interviews de médecins généralistes en ville et en périphérie ont servi de base pour ce rapport. Il s'appuie également sur diverses statistiques.
- Résultats:** Les généralistes en périphérie ont une pratique qui comprend des domaines plus vastes que ceux de la ville. Ces derniers ne sont pas obligés d'assumer les gardes et les urgences en raison de la proximité des infrastructures médicales. Au contraire, en périphérie, le médecin doit être très disponible pour assurer ces tâches. Dans les deux localisations, le réseau des généralistes et des spécialistes est primordial pour le praticien. Les cabinets de périphérie doivent en général être dotés de moyens diagnostiques, ce qui est moins nécessaire en ville en raison des nombreuses infrastructures médicales. La pratique en ville est anonyme, alors que la gestion du secret médical peut s'avérer difficile en périphérie car les patients se côtoient. Economiquement, le cabinet est considéré rentable, mais les médecins ne s'estiment pas rétribués à leur juste valeur. Une pénurie de généralistes est à prévoir d'ici dix à quinze ans.
- Conclusion:** Les médecins généralistes en périphérie ont d'avantage de travail et ont des patients plus diversifiés qu'en ville. La relation avec les patients ainsi que le secret médical sont fortement influencés par l'environnement. L'éloignement ne joue qu'un faible rôle dans la collaboration avec les spécialistes.

Table des matières

Motivations

Nous avons choisi de comparer la médecine de campagne et de ville, car au cours de nos études nous avons été uniquement confrontées à la pratique en ville. Notre but était de mettre en évidence les différences de pratiques ainsi que les difficultés rencontrées dans ces deux environnements. Nous voulions également vérifier certaines idées très répandues concernant la pratique des généralistes de périphérie et des régions urbaines.

Nous nous sommes penchées sur la question de l'intégration du médecin au sein de la communauté, ainsi que sur la relation qu'il entretient avec les patients, selon le lieu de pratique.

Etant donné qu'à l'heure actuelle nous nous dirigeons vers une pénurie de généraliste, il nous semblait intéressant d'en connaître les raisons et de connaître les moyens mis en oeuvre pour pallier à ce problème.

L'une d'entre nous se destine à la médecine générale en périphérie et désire voir concrètement ce que ce travail implique.

Démarche et méthode

Pour recueillir les informations nécessaires à notre projet, nous avons procédé de la manière suivante :

- établissement d'un questionnaire pertinent pour notre sujet
- interviews avec deux médecins installés en ville (Genève)
- interviews avec 4 médecins installés en campagne (Valais et Vaud),

Les interviews ont eu lieu au cabinet des médecins pour mieux voir la situation des généralistes.

Le fait de se déplacer en périphérie nous a permis de mieux nous rendre compte de la région qu'ils couvrent et de leur quotidien.

- recherches sur Internet pour compléter nos données.

Introduction

« Les médecins généralistes sont des médecins qui travaillent en cabinet privé. [...] . Ils constituent le premier maillon de la chaîne de traitement, qui peut faire intervenir des processus complexes. [...] . Le médecin généraliste entretient en principe une relation de confiance durable avec son client et sa famille. Le profil requis est le suivant : empathie et sens du contact humain ; sens de la communication ; expertise clinique ; capacité à résoudre les problèmes ; résistance psychologique ; aptitude à travailler en équipe ; conscience des questions éthiques, juridiques et politiques ; flexibilité et motivation personnelle ».¹

L'augmentation de la densité médicale au cours de ces dernières années est au centre de nombreuses préoccupations. « Toutefois, le métier de médecin généraliste pourrait être menacé de disparition en Suisse. Bien que les étudiants en fin d'étude perçoivent le métier de médecin généraliste comme un défi, les places de formation correspondantes font défaut, et le prestige de cette profession n'a cessé de régresser au cours de ces dernières décennies »¹. De nos jours, le problème de la reprise des cabinets de généralistes est, pour le moment, essentiellement ressenti dans les régions rurales.

Ce rapport élabore une comparaison entre la médecine générale, pratiquée en cabinet privé, en ville et en périphérie. Il est constitué d'une première partie statistique contenant des graphiques qui illustrent les différences de densité médicale existant entre les cantons suisses ainsi que la répartition entre généralistes et spécialistes. Une deuxième partie est issue d'interviews effectuées avec des généralistes, en ville et en périphérie. Les points essentiels de leur pratique y sont relevés, tels que la collaboration avec les divers professionnels de la santé et les institutions médicales, les moyens diagnostiques disponibles en cabinet, la pratique quotidienne, le point de vue économique, la relation médecin-malade, etc.

¹ Observatoire suisse de la santé, mars 2005, 6.5.1.1. Taux de consultation des médecins généralistes

Première partie : statistiques



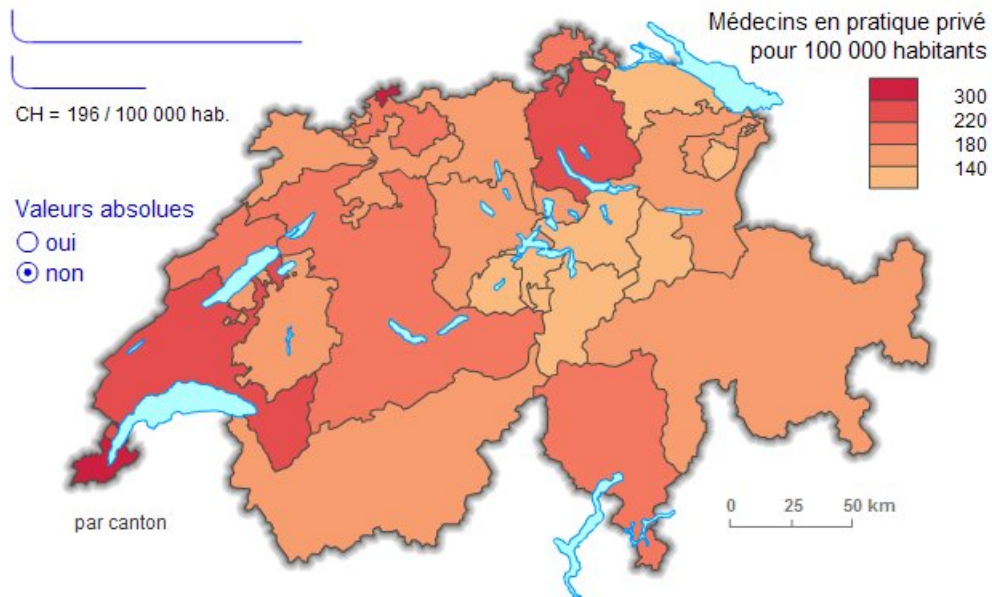
1) Densité médicale en Suisse

1.1. Densité médicale globale (généralistes et spécialistes)

Selon la localisation, la densité des médecins en cabinet privé est très variable.
« [elle] est fortement corrélée avec le type de région : dans les agglomérations

des grands centres urbains, elle est trois fois supérieure à celle que l'on peut observer dans les régions périphériques rurales ».

Densité des médecins, en 2002

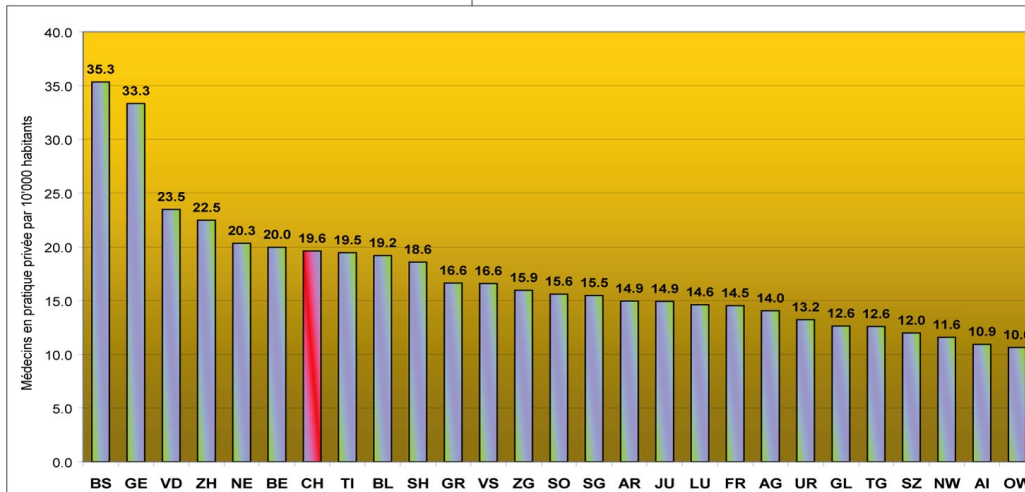


© OFS, ThemaKart - Neuchâtel 2004



santésuisse

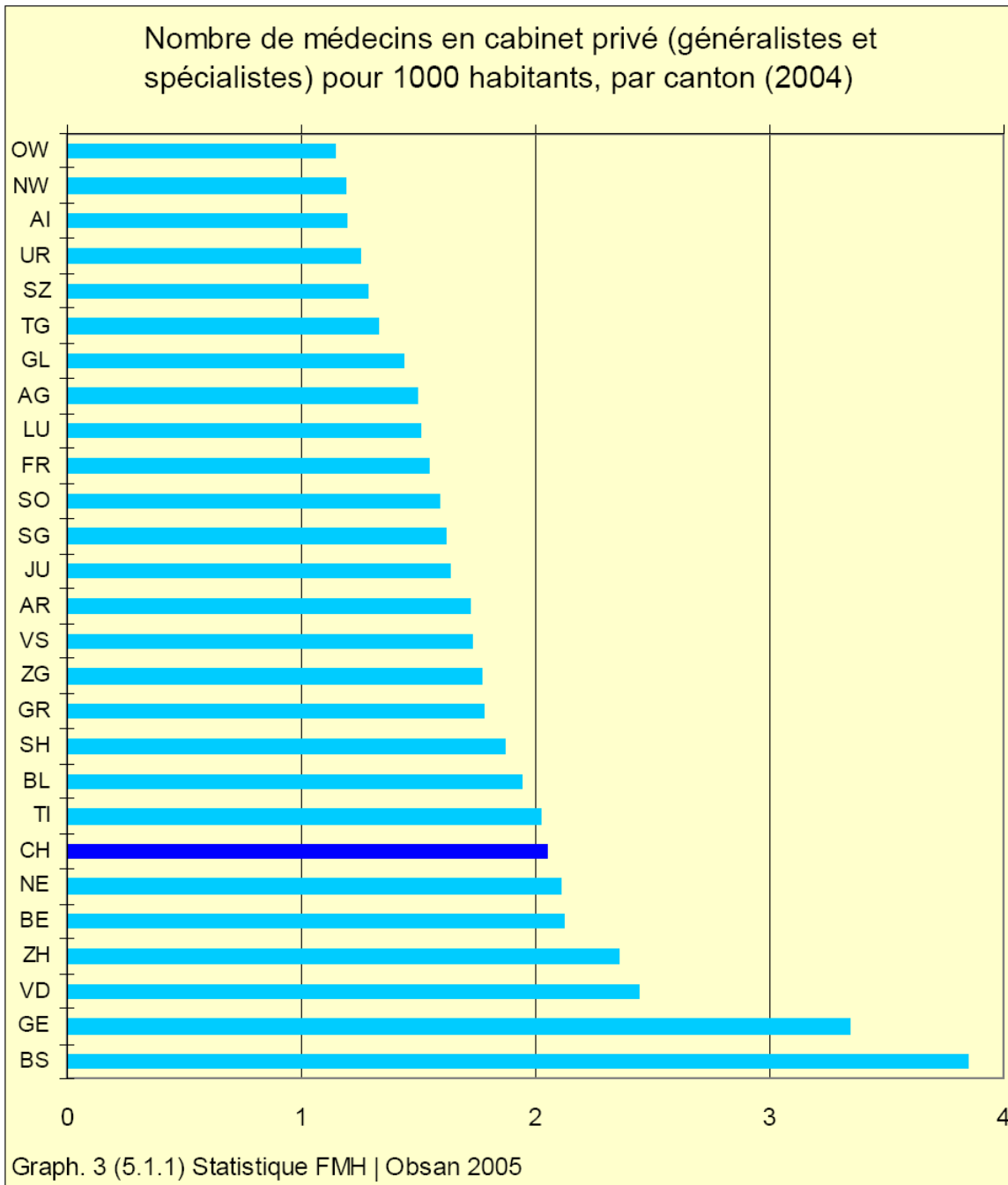
Densité médicale par canton en 2002



Par rapport à la moyenne suisse, les médecins sont nettement plus nombreux dans les cantons Bâle-ville et Genève. Ces cantons ont même trois fois plus de médecins par habitant que le canton d'Obwalden où la densité de médecins est la plus basse.

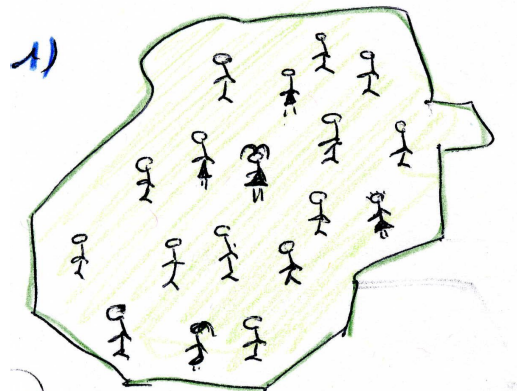
Source: Statistique FMH

Février 2004

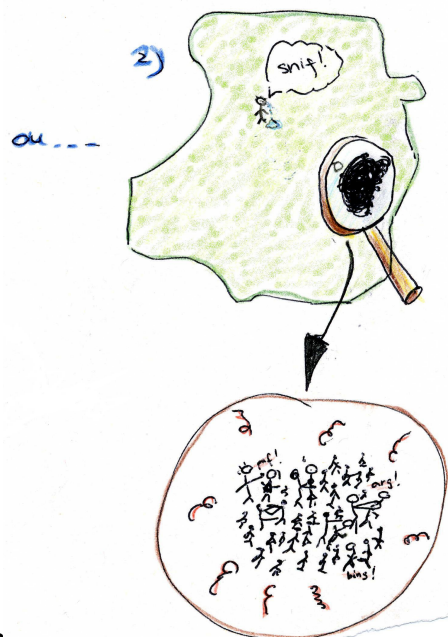


(Rem : pour les données précises, se référer aux annexes)

La densité d'un canton n'est pas répartie uniformément, de ce fait ces graphiques sont à considérer avec précaution.

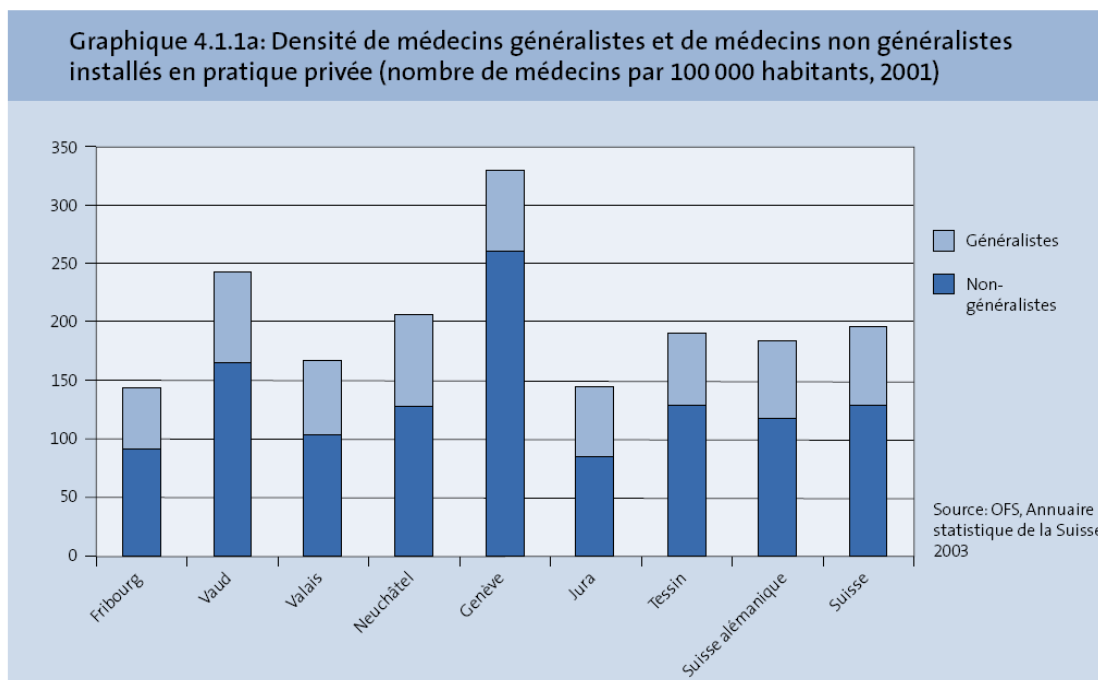


ou ...



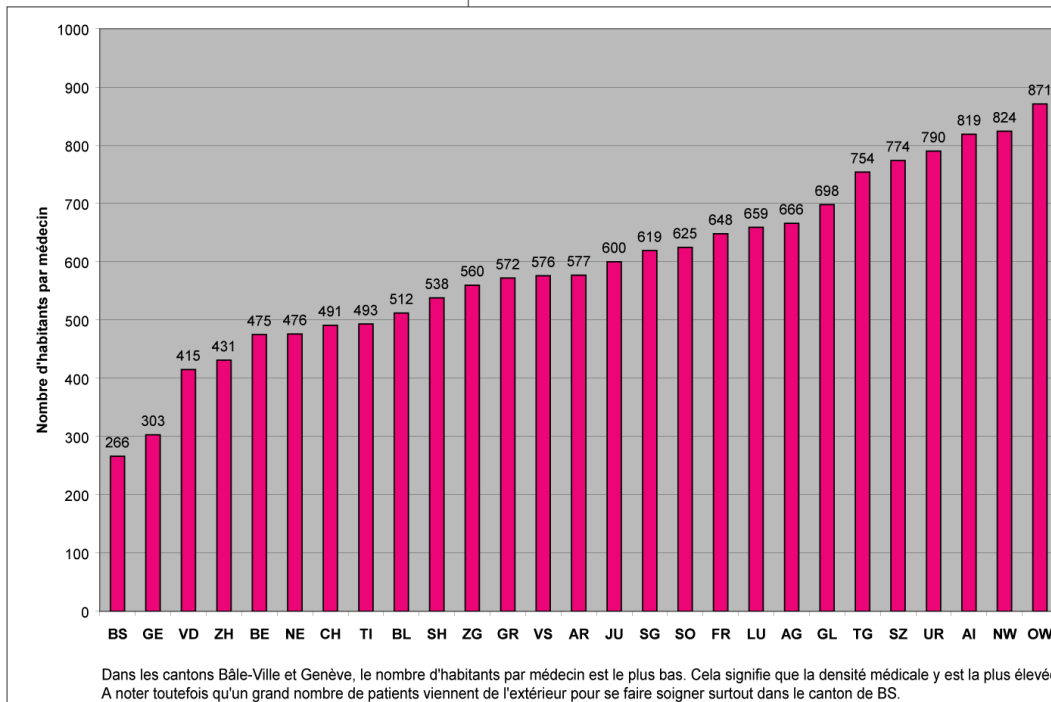
1.2 Proportion entre généralistes et spécialistes

Cette densité globale se répartit entre généralistes et spécialistes. Il ressort du graphique suivant que la densité des généralistes est relativement constante entre les cantons. La différence provient donc essentiellement de celle des spécialistes. La disparité de répartition entre ces deux groupes est plus marquée dans les cantons urbains. Cet histogramme révèle que la densité de spécialistes est plus élevée que celle des généralistes pour une même région.



beaucoup moins élevé en ville. Ceci montre que beaucoup plus de médecins sont installés en ville.

Nombre des habitants par médecin exerçant en cabinet en 2004

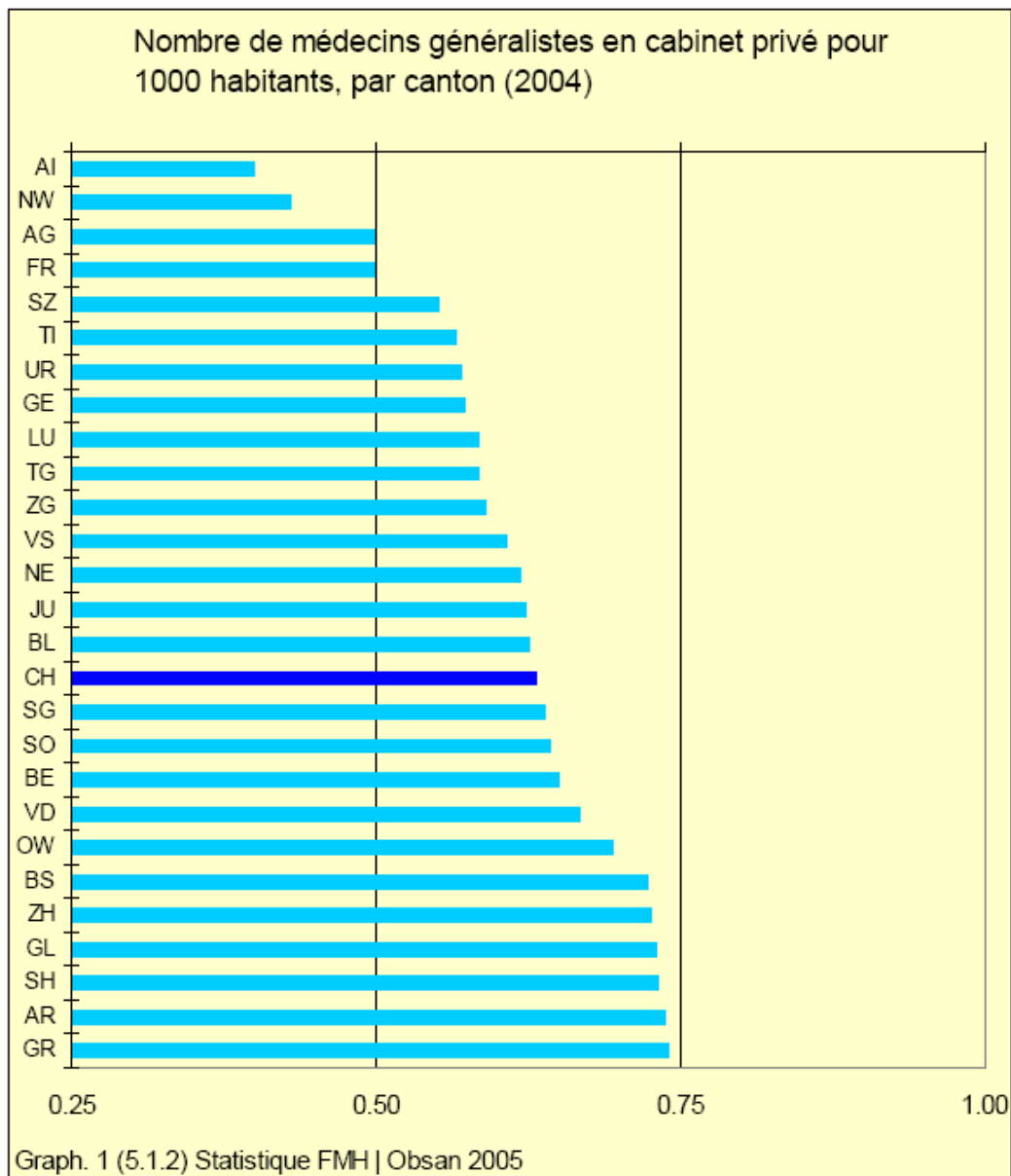


Source: FMH

avril 2006

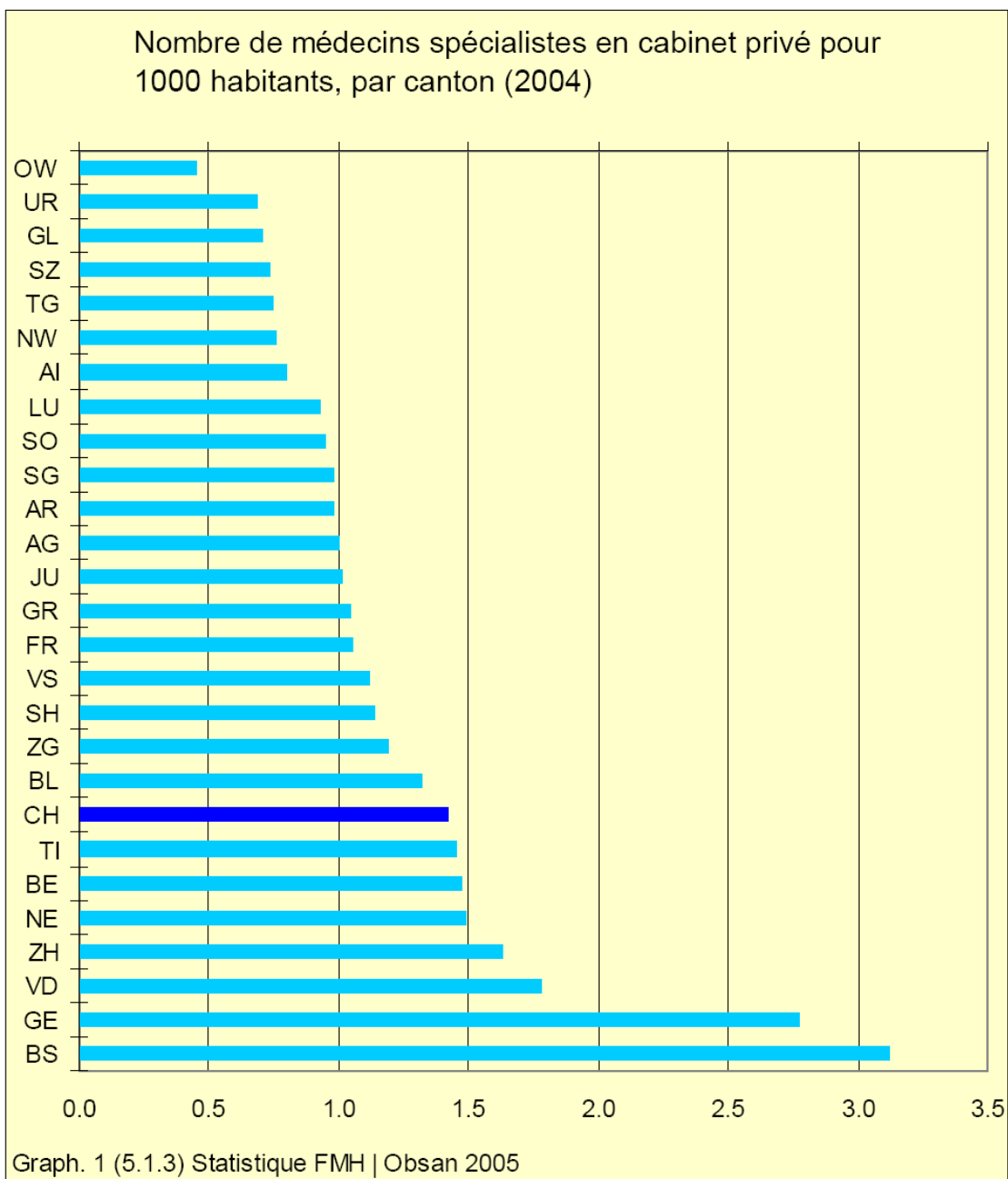
1.3 Nombre de généralistes en cabinet privé par canton

Le nombre de généraliste est nettement plus élevé en ville. Cependant la population y étant plus nombreuse, il est impossible de conclure de façon certaine à partir de ce graphique qu'il y a d'avantage de médecins par habitant en ville.



1.4 Nombre de spécialistes en cabinet privé par canton

Le nombre de spécialistes par habitants est largement plus élevé en ville. Il y a de très grandes différences entre les cantons. D'après les données, le canton d'Obwald (0,43) a une densité environ sept fois plus faible que celui de Bâle ville (3,12). Avec une densité de 2,77, Genève se situe en deuxième position des plus grandes densités

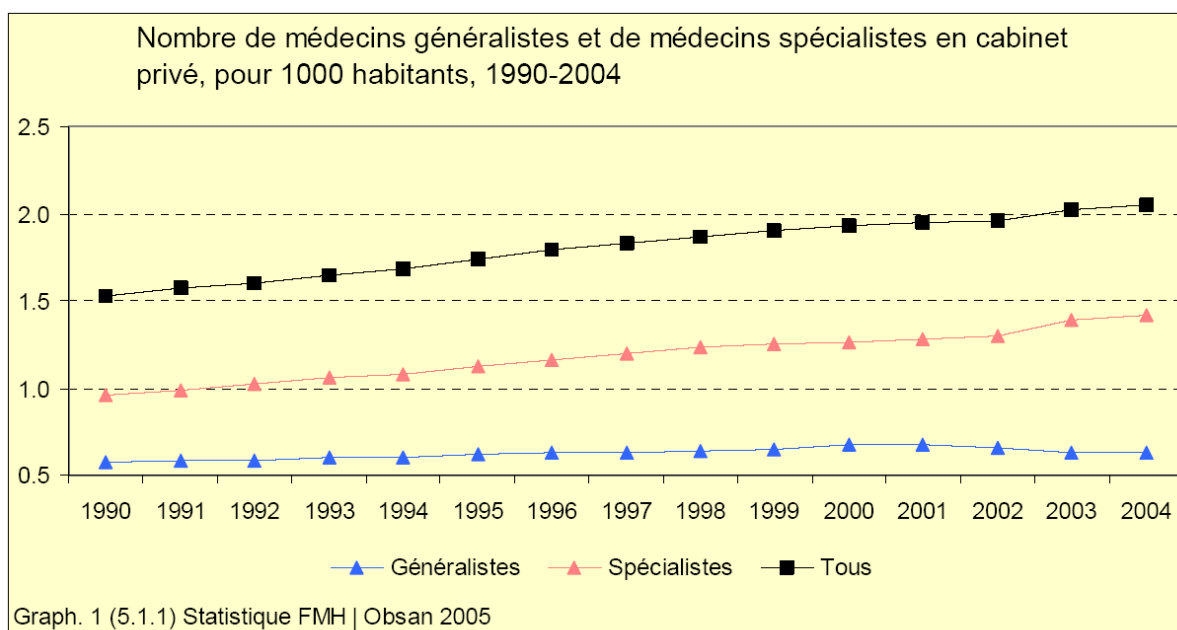


(Rem : pour les données précises, se référer aux annexes)

Il existe des spécialités qui ne sont pas disponibles dans certains cantons ruraux, tandis qu'elles sont parfois surreprésentées dans les cantons-villes (cf. annexe, tableau « médecins en exercice par canton et spécialité en 2005, suisse santé, statistique FMH 2005). Cette différence est probablement en partie causée par la présence de grands hôpitaux dans ces régions.

1.5 Evolution du nombre de médecins généralistes et spécialistes en cabinet privé

On peut observer une augmentation globale d'environ 50% du nombre de médecins au cours de ces quinze dernières années. Cette croissance est nettement plus prononcée pour les spécialistes dont le nombre a augmenté de 50% dans cette même période. Le nombre de généralistes est, quant à lui, resté relativement stable. Il est intéressant de constater que « dans la majorité des cantons ruraux, [la croissance du nombre de spécialistes] est moins élevée que dans les cantons à population majoritairement urbaine. »¹. L'une des plus fortes augmentations de densité a été observée dans le canton de Genève, dont le nombre de spécialistes a été multiplié par 1,5 en quinze ans passant de 1,96 à 2,77 pour 1000 habitants de 1990 à 2004¹. (¹ Obsan, novembre 2005, 5.1.3, comparaison des données 1990-2004)

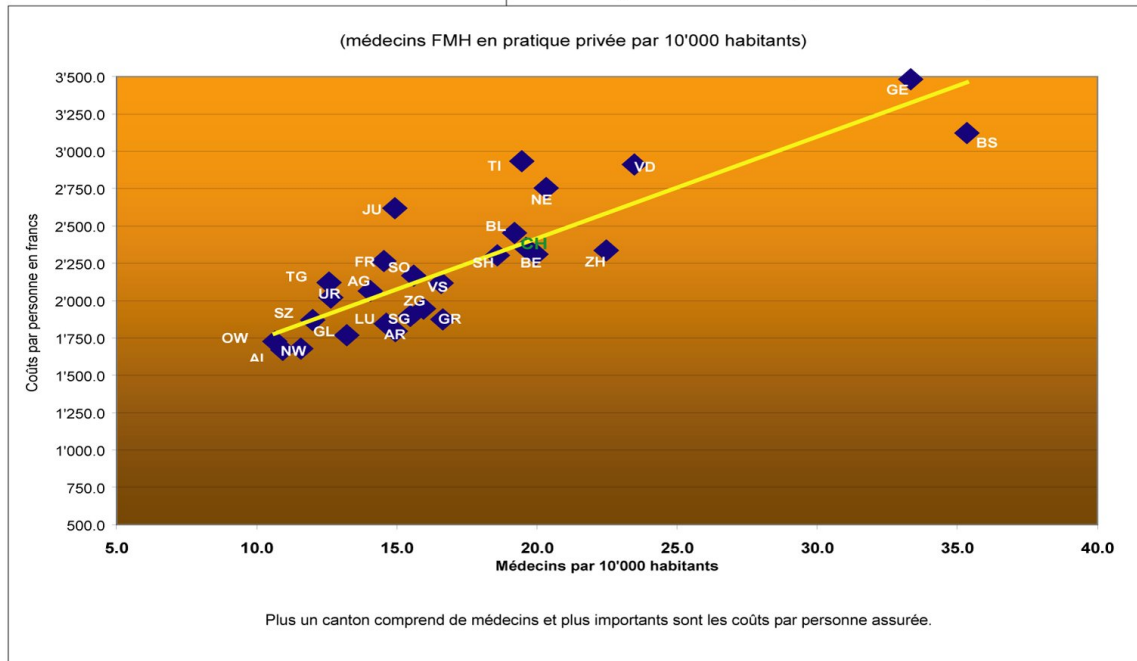


« Depuis des années, le nombre de médecins exerçant en cabinet n'a cessé d'augmenter. En moyenne, on a recensé ces dernières années près de 300 ouvertures de cabinet par année [entre 1993 et 2002] » (santé suisse, statistique FMH, médecins en pratique privée en Suisse de 1993 à 2002). Cependant cette croissance a diminué depuis l'entrée en vigueur du gel des cabinets.

1.6 Rapport entre densité médicale et coûts

On remarque d'après ce graphique que plus la densité médicale est élevée plus les coûts par personne sont élevés. Ceci explique la différence marquée entre les cantons-villes (GE, BS) et les cantons principalement ruraux. L'augmentation actuelle des coûts dans les cantons urbains est provoquée par le nombre important de spécialistes, et non par celui des généralistes qui est resté constant.

Rapport entre densité médicale et coûts par assuré, par canton, en 2002

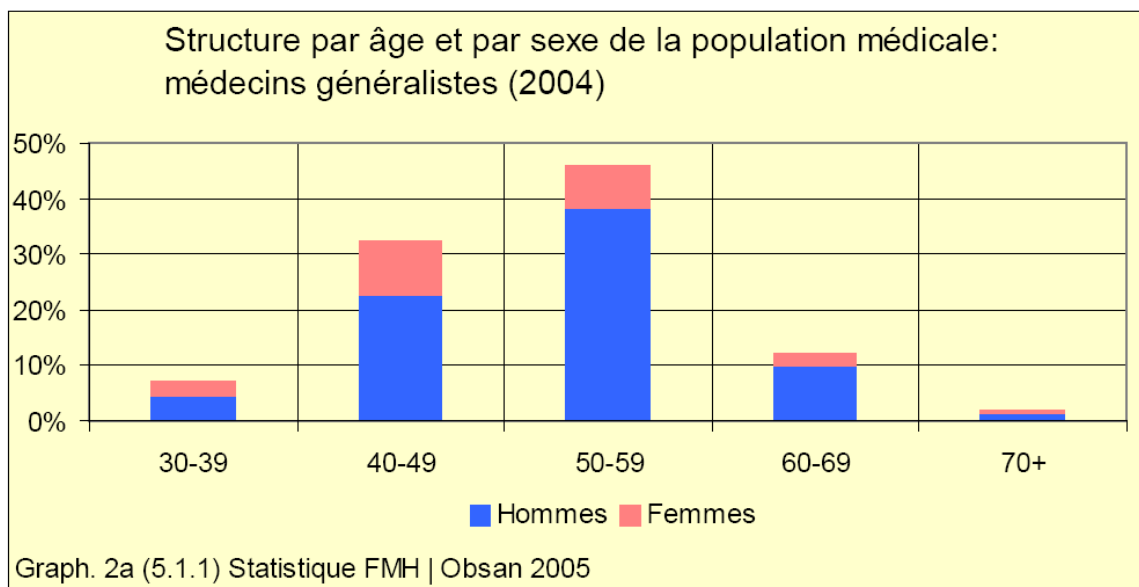


Source: Statistique FMH

Février 2004

1.7 Pénurie à moyen terme des médecins généralistes

Le graphique suivant montre qu'environ 45 % des généralistes pratiquant actuellement atteindront l'âge de la retraite dans 10 à 15 ans. Parallèlement, il n'y a pas assez de généralistes formés (30-39 ans) pour combler le déficit engendré par leur départ.



1.8 Féminisation des médecins en pratique privée

Depuis quelques années, on peut observer une féminisation de la pratique en cabinet privé. Ceci est aussi en corrélation avec le nombre plus élevé de femmes étudiant la médecine. Entre 2004 et 2005, il y a eu une augmentation de 3,2 % du nombre de femmes exerçant en cabinet, contre 0.0 % pour les hommes (Santé suisse, statistique FMH 2005, médecins en pratique privée par canton en 2005, cf. annexe pour détail des données)

Il est également avéré que les femmes travaillent globalement à un pourcentage moins élevé que les hommes en raison des nombreux temps partiels. Pour cette raison, la formation des femmes coûte donc plus chère que celle des hommes qui travaillent majoritairement à plein temps.

Ceci pose également des problèmes pour la relève, car il faudrait augmenter le nombre de médecins formés pour compenser le départ en retraite des hommes. Il faut en effet plus d'une femme pour équivaloir au temps de travail fourni par un homme.

1.9 Formation complémentaire des médecins en pratique privée

En 2005, la principale formation complémentaire effectuée par les médecins en pratique privée concernait la pratique du laboratoire au cabinet médical. La deuxième formation la plus suivie représentait les examens radiologiques à forte dose.

La médecine manuelle et l'ultrasonographie prénatale constituaient également une part importante des formations suivies, mais dans une moins grande proportion. Le détail de ces données peut être consulté en annexe (suisse santé,

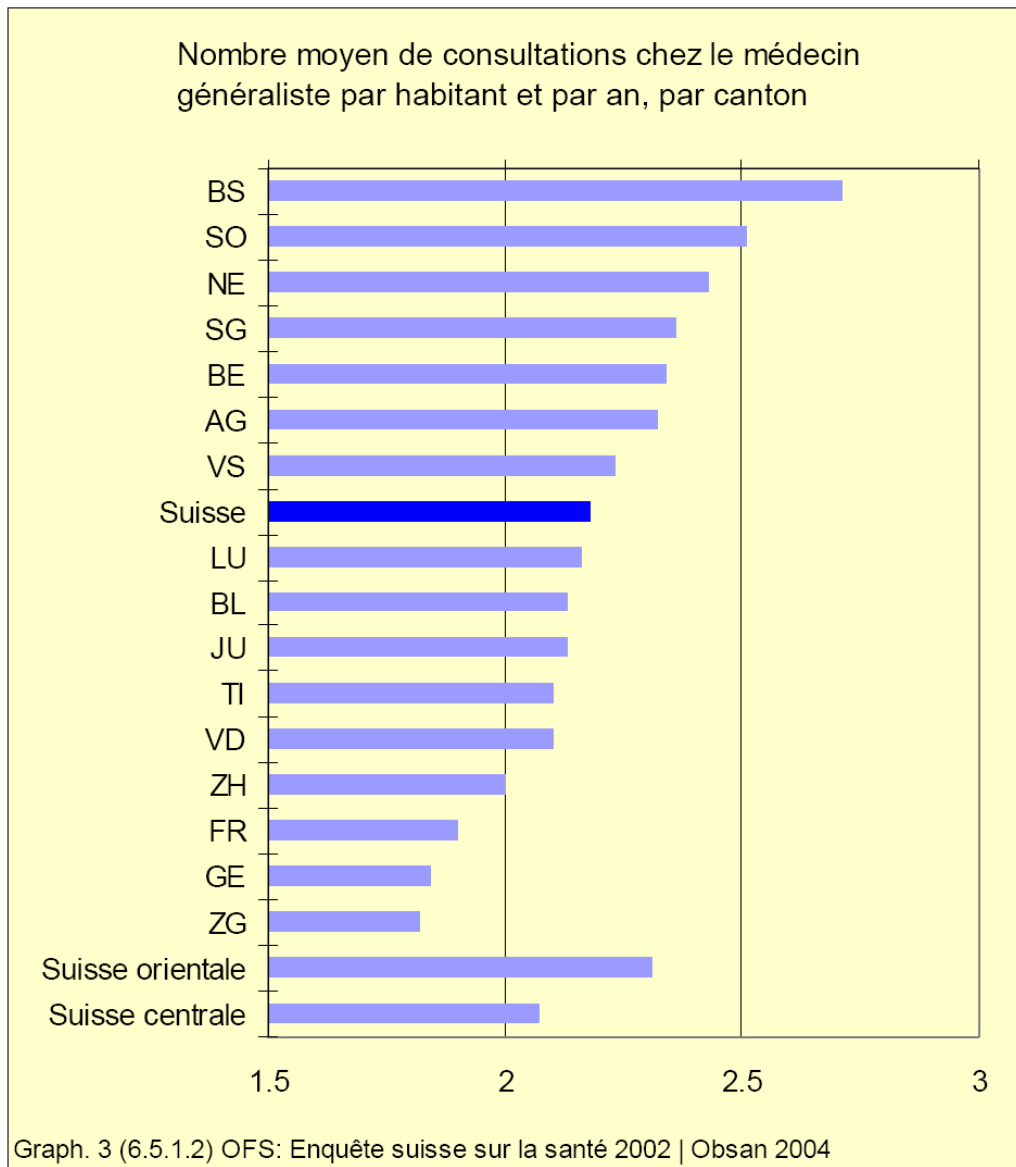
statistique FMH 2005, Médecins en pratique privée par canton en 2005, attestation de formation complémentaire).

Ces quatre formations semblent les plus utiles pour les généralistes (cf. interviews).

2) Statistiques sur les patients

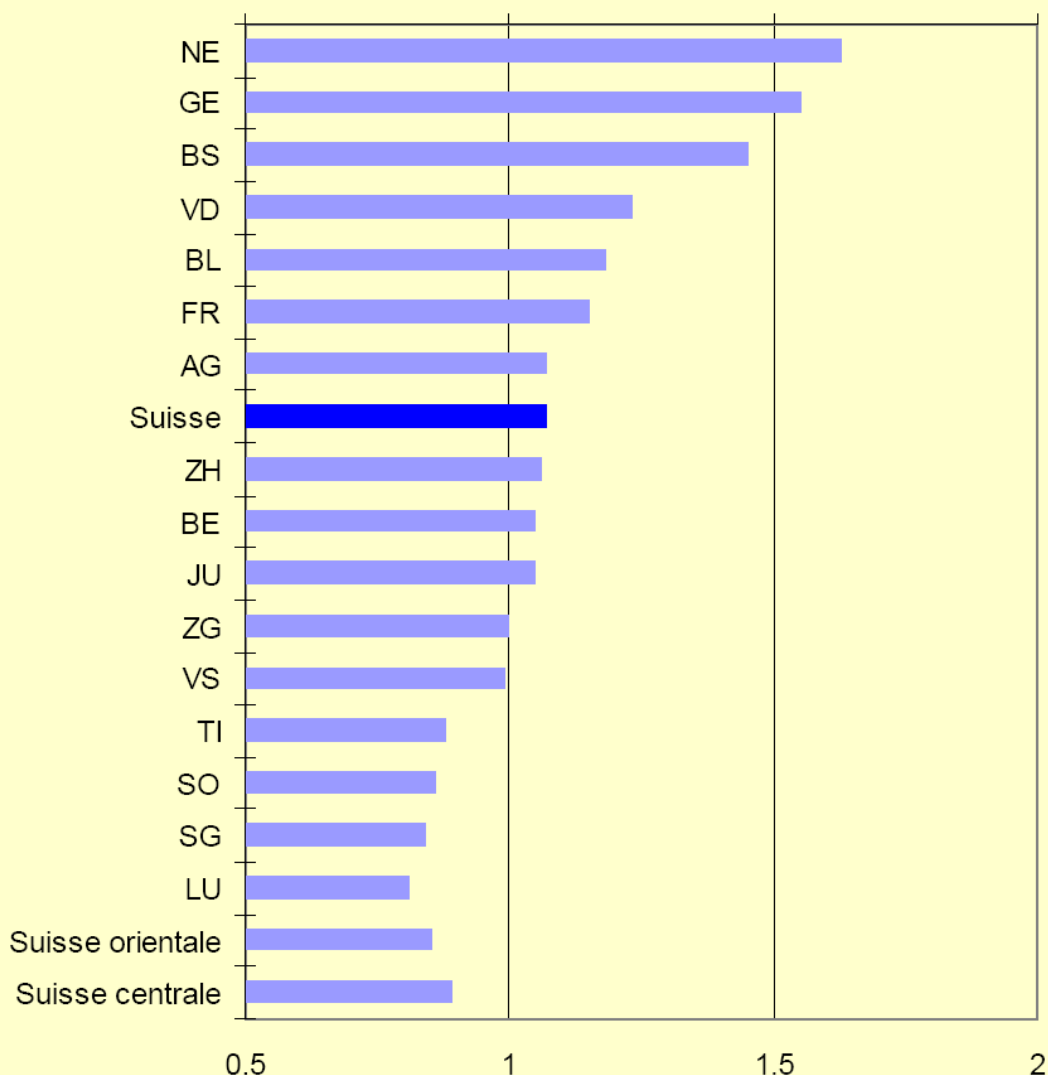
2.1 Nombre de consultations chez un généraliste et un spécialiste par habitant et par an

Ce graphique démontre qu'il y a moins de consultation chez les généralistes en ville qu'en périphérie, à l'exception notable de Bâle ville. Genève illustre bien cette tendance.



Inversement, le graphique suivant permet de constater qu'il existe en ville d'avantage de consultations chez les spécialistes. Sachant qu'ils y sont plus nombreux, cette disparité semble logique. En effet, les patients des régions rurales ayant besoin de consulter un spécialiste se déplacent en ville, augmentant ainsi le nombre de consultation totale du canton-ville.

Nombre moyen de consultations chez un médecin spécialiste (non-gynécologue) par habitant et par an, selon les indications de la population, par canton

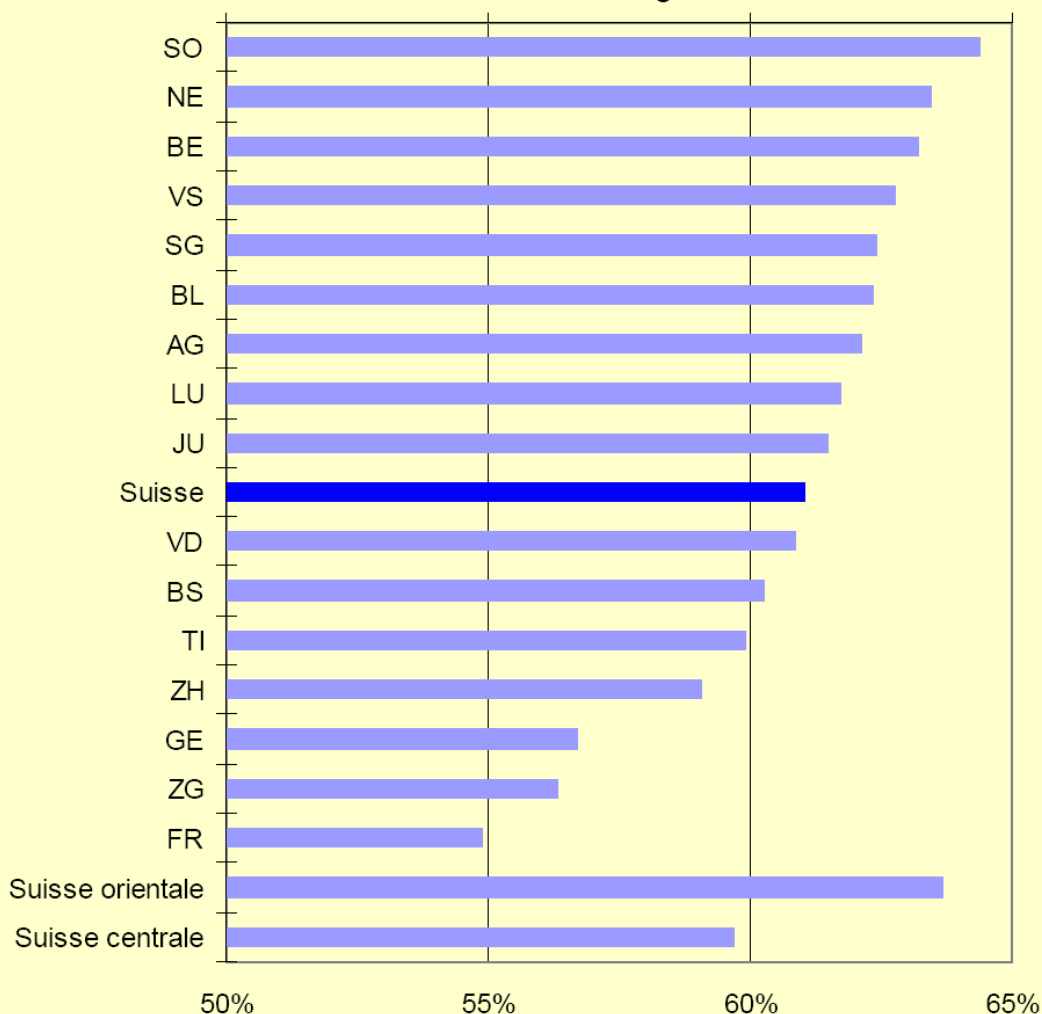


Graph. 3 (6.5.2.2) OFS: Enquête suisse sur la santé 2002 | Obsan 2004

La répartition des consultations entre les généralistes et les spécialistes est très variable selon les cantons. Plusieurs facteurs peuvent probablement influencer cette proportion : le déplacement des habitants ruraux, comme expliqué précédemment, ou les habitudes culturelles des patients.

Le graphique suivant démontre que les patients habitant en périphérie consultent d'avantage les généralistes. Les citadins contactent plus facilement les spécialistes sans passer par les généralistes, ce qui explique le nombre peu élevé de consultation chez les généralistes.

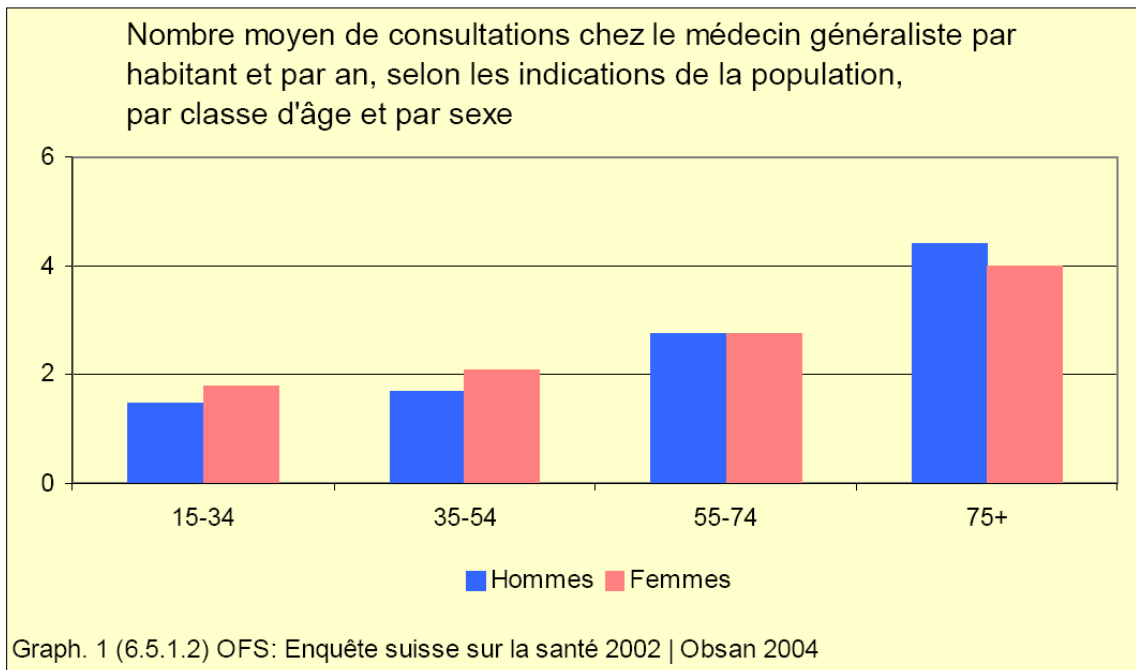
Pourcentage de la population ayant déclaré avoir consulté un médecin généraliste au moins une fois en douze mois, selon le canton et la région



Graph. 3 (6.5.1.1) OFS: Enquête suisse sur la santé 2002 | Obsan 2004

2.2 Âge des patients consultant un généraliste

Cet histogramme montre que les personnes âgées représentent une grande partie de la clientèle du médecin généraliste. Jusqu'aux environ de 55 ans le taux de consultations est stable, puis il augmente, probablement en raison d'une moins bonne santé. A partir de 75 ans, il y a une moyenne de quatre consultations par année.



3) Enquête sur la profession et le lieu d'installation envisagés par les étudiants de fin de troisième année de médecine 2005-06

La raison pour laquelle nous avons fait cette étude, était de voir si les étudiants de fin de troisième année sont intéressés à faire de la médecine générale. En effet, ils finiront leurs études au moment de la pénurie de généralistes. Néanmoins l'étude ne porte pas sur un nombre suffisant de personnes pour établir des chiffres significatifs. L'étude a montré qu'un cinquième des étudiants envisage de façon relativement certaine de pratiquer la médecine générale. La répartition entre la ville et

périphérie est très égale, avec trois personnes pour la campagne et deux pour la ville. La campagne est préférée pour le contact humain, tandis que la ville est choisie par les citadins.

Les motivations les plus citées pour devenir médecin généraliste sont, dans l'ordre décroissant :

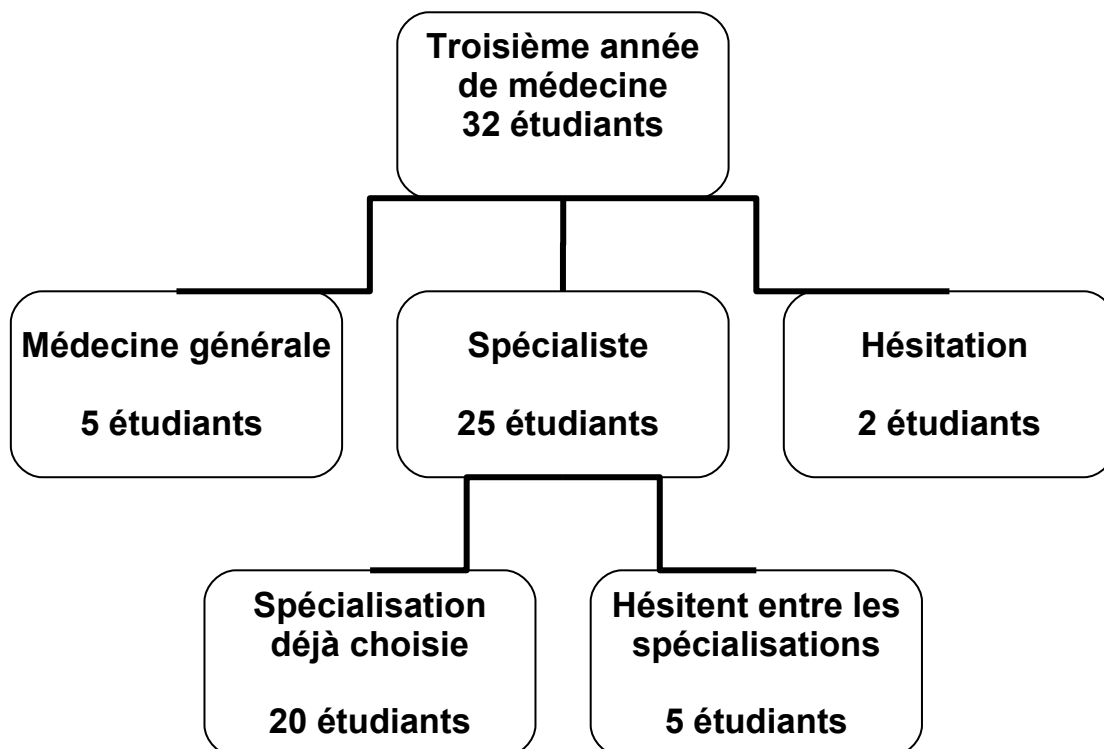
- diversité des cas
- qualité du contact avec le patient
- prise en charge du patient dans sa globalité (famille, etc.)
- relation à long terme

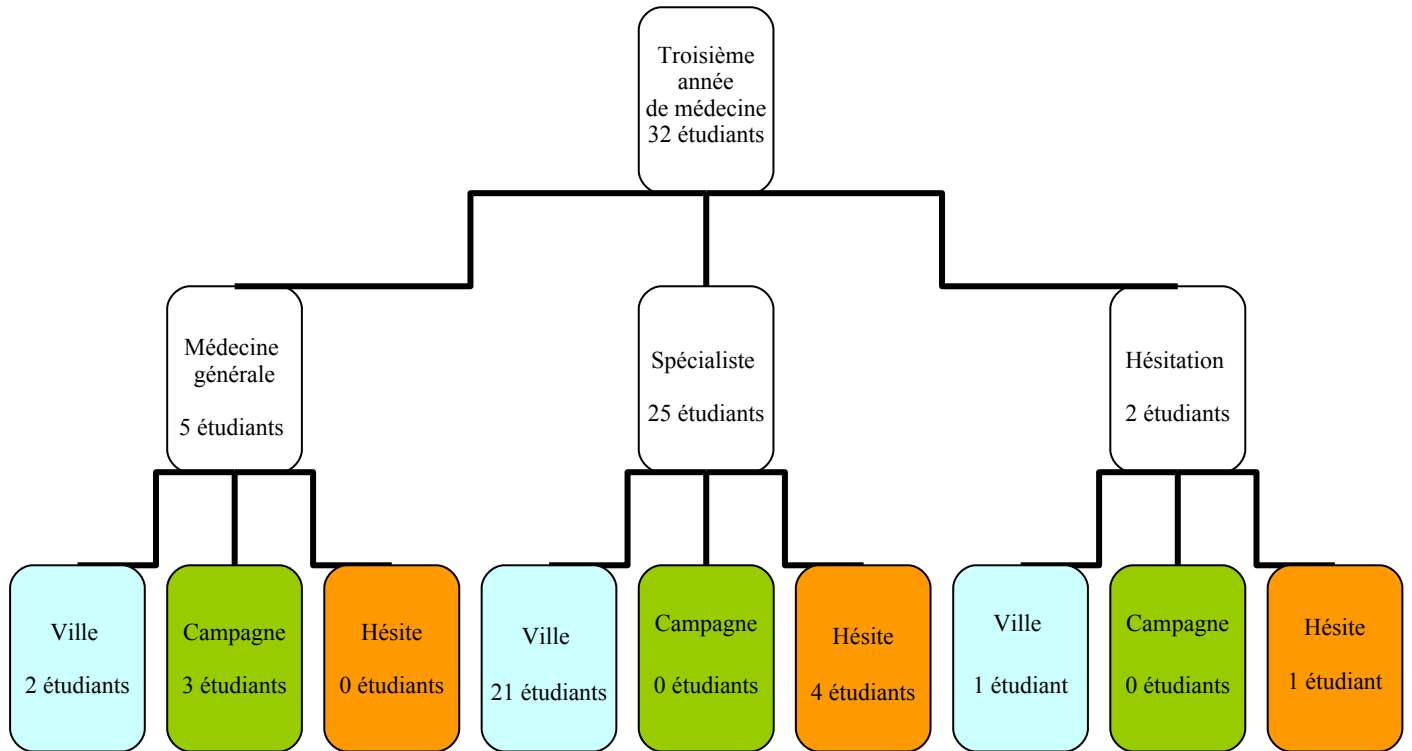
Deux étudiants hésitent encore entre généraliste et spécialiste.

Vingt-cinq étudiants sont pour l'instant certains de devenir spécialistes. Parmi eux, vingt ont déjà choisi leur spécialisation ou ont des idées très précises. Ils ne sont pas intéressés par la médecine générale car ils la considèrent comme trop vaste et, surtout, ont déjà un autre domaine d'intérêt.

Vingt étudiants de cette catégorie désirent rester en ville car :

- localisation obligatoire pour la spécialisation choisie
- âme de citadin
- autres





Deuxième partie :

Synthèse des interviews des médecins généralistes de ville et de périphérie

1) Définition de la médecine générale en périphérie et en ville

La plupart des médecins pratiquant en périphérie se considèrent comme des omnipraticiens. Ce qui signifie qu'ils traitent une grande diversité de problèmes, dans le sens où ils font de tout. Ils passent de la traumatologie à l'orthopédie, la gynécologie, la pédiatrie, l'obstétrique et la dermatologie, sans oublier une médecine sociale, psychologique et psychiatrique.

Le praticien de ville, quant à lui, exerce également une médecine très variée, mais ne fait pas, voire très peu, d'obstétrique, petites chirurgies ou pédiatrie, radiologie, plâtres, sutures et autres gestes techniques. Il a également moins de traumatologie. Ceci en raison de la proximité d'endroits où l'on peut accomplir ces actes.

2) Pratique quotidienne en ville

2.1 Temps de travail:

a) Horaire de travail en moyenne par jour et par semaine.

Le médecin en ville travaille environ huit heures par jour pour une journée normale. De 8 heures jusqu'à midi et de 14 heures jusqu'à 18 heures. Parfois il enchaîne ses consultations avec des visites qu'il fait entre midi et 14 heures.

Le médecin travaille à 120 pourcent pendant l'hiver car il y a plus d'infections et de contrôles annuels. En effet, la franchise d'assurance pousse d'avantage les gens à faire leur contrôle avant la fin de l'année. Certains médecins pensent qu'il n'est pas possible de travailler à temps partiel, car les frais généraux (salaire de l'assistante, loyer, assurances, etc.) représentent une charge qui correspond environ à la moitié des revenus. Ainsi pratiquer à mi-temps avec un cabinet fixe ne serait pas rentable.

Les horaires de travail en campagne sont normalement de huit à dix heures par jour. Les médecins que nous avons rencontrés prennent normalement leur pause entre midi et quinze heures et en profitent parfois pour s'occuper des affaires administratives ou des visites. Quand il y a beaucoup de patients, ils sont obligés de travailler jusqu'au soir. Les horaires varient aussi selon les saisons. Par exemple, pendant la saison touristique en montagne, ils sont très occupés. Par contre c'est relativement calme durant le reste l'année.

b) Horaire de travail pendant le week-end.

L'avantage d'être en ville est que le médecin travaille du lundi au vendredi. Parfois il fait quelques visites le samedi matin, mais en principe, le week-end est libre. Pendant le week-end le patient est pris en charge par des services de garde qui fonctionnent très bien, tels que SOS médecins ou Genève médecin. Le médecin en ville est très peu dérangé à domicile ou par téléphone. C'est un des grands privilèges de la ville. Il doit de toute façon donner son numéro de téléphone au patient en cas de besoin, mais s'il n'est pas disponible, le patient peut prendre contact avec les services de garde à Genève.

Contrairement à celui de la ville, le praticien en périphérie doit aussi travailler pendant le week-end. S'il n'y a qu'un médecin dans le village, il est obligé d'être disponible tous les week-ends. Mais s'il y en a d'autres dans la même région, ils peuvent travailler en alternance. Ceci facilite la vie du médecin de périphérie.

c) Répartition des gardes de nuit et des urgences

À Genève, tous les médecins généralistes ne sont pas obligés de faire des gardes de nuit, car ils sont suffisamment nombreux. De plus il existe à nouveau les deux systèmes complémentaires : SOS médecins et Genève médecins.

Inversement, les médecins de périphérie ont généralement la charge

des gardes de nuit et, dans une certaine mesure, des urgences.

Prenons comme exemple les cas des médecins C. et D. :

Le docteur C. s'est installé à la campagne dans les années quatre-vingt. Il a vécu l'évolution des gardes de nuit et des urgences. En ce qui concerne les gardes de nuit, c'était le médecin installé qui devait être disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Pour les urgences, il y avait des ambulanciers, mais ils étaient présents seulement durant les mois d'hiver et ils n'étaient pas accompagnés d'un médecin. Le généraliste devait donc prendre en charge le patient. Lorsque les ambulanciers n'étaient pas disponibles, le médecin était obligé de transporter lui-même le patient à l'hôpital, ce qu'il fait rarement aujourd'hui.

Maintenant il y a en permanence une ambulance dans la vallée qui assure le service du 144. Les gardes de nuit (de dix-huit heures à huit heures du matin) sont prises en charge par le médecin généraliste. Dans certaines régions, le praticien participe aux gardes régionales. Par exemple dans le cas du docteur D., ils sont six médecins à faire à tour de rôle une garde de sept jours toutes les six semaines. Si le médecin de garde n'est pas disponible, il y a un déviateur du numéro d'urgence vers le 144.

Pendant la journée, le médecin n'est atteignable que pour les urgences vitales du 144 ou comme SMUP (service médical d'urgence de proximité).

D'une façon générale les médecins en périphérie essaient qu'il y ait toujours au moins l'un d'eux présent dans la région.

d) Remplacement en cas d'absence et de vacances

En ville:

1) absence

En cas d'absence, par exemple si le praticien tombe malade, il demande à un autre confrère de le remplacer. Mais ce remplacement ne se fait pas au cabinet du médecin absent. Le confrère n'a donc pas accès au dossier du patient. Il est obligé de reprendre toute l'anamnèse, ce qui est difficile en une seule consultation.

2) vacances

Puisque les vacances sont prévisibles pour le médecin, il lui est facile de s'organiser. Il prend normalement ses vacances durant les semaines où il a le moins de patients. Pendant son absence le médecin demande à un collègue de le remplacer. Il essaye également d'apprendre aux patients de réactiver leurs propres réseaux médicaux en cas d'urgence.

En périphérie:

1)absence

En cas de brèves absences (exemple : maladie), les médecins en périphérie se remplacent mutuellement pour les situations urgentes.

2)vacances

Le médecin s'arrange avec un collègue qui n'est pas en vacances aux mêmes dates et lui réfère ses patients. Il lui donne des informations sur ceux qui risquent de venir le consulter. Ceci permet de planifier les éventuels cas à problème.

2.2 Typologie des patients:

a) Type de patients

Il n'existe pas de typologie type du patient, que ce soit en ville ou en périphérie.

En effet, le praticien de campagne, ou de montagne, a des patients de tout âge. Il voit donc des nouveaux-nés comme des nonagénaires. Alors que celui de la ville n'aura pas de petits enfants en raison de la proximité des pédiatres. Ils ont, cependant, tout les deux une prédominance de personnes âgées car se sont elles qu'ils suivent le plus souvent avec les malades chroniques, à cause de leur moins bonne santé. Dans ces cas, ils les suivent tous les mois, voire toutes les semaines. En ce qui concerne les enfants, le généraliste de périphérie les suit jusqu'à l'âge scolaire, puis après il les voit très rarement, uniquement pour les contrôles. En effet, les jeunes viennent en général pour des raisons temporaires comme, par exemple, une maladie aiguë. Le médecin ne les voit plus pendant plusieurs années, soit parce qu'ils ne sont pas malades, soit parce qu'ils vont ailleurs. Pour ce dernier aspect, la médecine est aussi un peu "un supermarché" (Dr. Co.); on va où ça nous convient, au moment où on en a envie.

En périphérie, il faut aussi considérer les cas d'urgence. Par exemple, un patient qui s'est coupé devra être suturé, ou alors, celui qui a une fracture devra recevoir un plâtre, etc. Ce sont des cas que le médecin ne voit pas tous les jours. Il s'occupe du problème actuel et après, durant 2 à 3 ans, il ne voit plus le patient.

Le praticien de ville, quant à lui, ne pratique pas de tels gestes techniques. Il les délègue à des institutions médicales pouvant les réaliser.

Le médecin de périphérie a aussi parfois des gens de passages qui tombent malades durant leurs vacances. "Par exemple le Hollandais qui vient faire du vélo dans le jura". Ce sont donc des gens qu'il ne voit pas deux fois.

b) Nombre de patients en tout

Pour les médecins de la campagne et de la ville, il est difficile de connaître le nombre total de leurs patients. Ceci pour de nombreuses raisons: il y a les patients qui viennent une seule fois, ceux qui ont visiblement déménagé et ne reviendront plus jamais, ou encore ceux qui sont mécontents et choisissent un autre généraliste, enfin, il y a les gens qui ne reviennent pas sur une longue période. Le tourisme médical est également un facteur important à prendre en considération, mais ceci surtout en ville, en raison de la densité élevée de cabinets.

Les médecins préfèrent quand leurs patients donnent les raisons de leur désir de changement car ceci leur permet d'améliorer leur pratique.

c) Nombre moyen de patients par jour et par semaine.

Le nombre de patients par jour est très variable, autant à la campagne qu'en ville. Il y a les « vraies » consultations et il y a les pseudo consultations, où les gens viennent pour demander un médicament ou un renseignement, ce qui prend aussi du temps.

En moyenne le médecin a une vingtaine de patients en « vraies » consultations par jour, plus les urgences.

d) Variations saisonnières des patients selon les périodes touristiques

Il existe une variation saisonnière dans le nombre de patients à la campagne ou à la montagne. Bien entendu celle-ci dépend de la localisation du cabinet. Par exemple, le médecin Ca. en Valais couvre 2'500 habitants durant les saisons "mortes", alors qu'en hiver, ce nombre peut monter jusqu'à 17'000. Ceci montre donc que la charge de travail du médecin varie suivant les saisons.

e) Prévalence de certaines maladies propres à la campagne ou à la montagne

Il n'y a pas de maladies fortement prévalentes en périphérie. Cependant le médecin constate quand même un plus grand nombre de problèmes dorsolombaires, dus au travail dans les secteurs primaires.

2.3 Visite à domicile:

Les patients que le médecin de ville et de périphérie rencontre chez eux sont principalement des personnes âgées, qui ne peuvent pas marcher et/ou qui sont gravement malades. Il visite également certains établissements médico-sociaux.

Pour beaucoup de généralistes en ville, les visites à domicile ne sont plus rentables, donc ils les limitent. De plus les visites sont moins nécessaires en ville car le patient peut facilement aller dans un EMS ou à l'hôpital.

Le médecin de périphérie limite ses visites à domicile car il y a le problème de disponibilité du médecin. Par exemple, il ne se déplace pas pour une maladie simple, car il perdrait beaucoup trop de temps en transport. De plus il serait absent de son cabinet sur une longue période, ce qui limiterait sa disponibilité pour les autres patients. De nos jours, la majorité des gens ont une voiture pour se déplacer au cabinet, ce qui diminue considérablement les visites.

a) Fréquence des visites à domicile

La fréquence des visites à domicile est très variable selon le type de patients et la saison. Le nombre de patients augmente si le médecin a plus de personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer. Pendant l'hiver il y a plus des gens qui sont malades donc il y a d'avantage de visites.

b) Apport des visites à domicile

Les visites à domicile permettent au médecin, de ville, comme de périphérie, "de voir le cadre, la façon de vivre du patient, et de découvrir l'univers très personnel de celui-ci, tels que les photos, ses passions ou ses voyages" (Dr. Co.). Ainsi la relation médecin-malade devient différente, car la distance entre le patient et le docteur se fait moins visible.

Pour des raisons pratiques, il n'est pas toujours facile de travailler à domicile car, quand le praticien doit examiner quelqu'un, il n'est pas aussi bien installé qu'au cabinet. Ainsi, la qualité de la consultation est meilleure au cabinet, mais le côté personnel et subjectif est beaucoup plus développé à domicile.

2.4 Formation

a) Formation suivie par le médecin généraliste.

En général, après avoir obtenu le diplôme de médecine, les nouveaux praticiens se destinant à la médecine générale deviennent assistants à l'hôpital. Puis ils font de la polyclinique dans différentes spécialités, comme par exemple la chirurgie afin d'apprendre la petite chirurgie (exemple : sutures). Ils acquièrent les plus importantes expériences dans le cadre de la polyclinique de médecine, où ils voient beaucoup de cas proches de ce qu'ils pourront rencontrer dans un cabinet médical. En effet, ils y font de la médecine générale, de la cardiologie, de la diabétologie, de la pneumologie, etc. Le médecin en formation peut de cette manière approcher tous les domaines ambulatoires de la médecine interne.

b) Formation nécessaire pour pratiquer dans un cabinet, selon les généralistes.

Selon les généralistes interrogés, la polyclinique est le lieu de formation adéquat. Le médecin y apprend beaucoup sur le côté pratique car il rencontre les mêmes types de maladies qu'au cabinet.

À l'hôpital, le médecin apprend à connaître des maladies intéressantes, rares et compliquées qu'il ne rencontrera cependant pas forcément dans un cabinet médical. Ceci est aussi valable pour les gestes techniques. Par exemple, un médecin de premier recours n'a pas besoin de savoir faire des actes complexes et peu usuels, comme une dialyse. Inversement, il existe aussi toute une série de maladies que les médecins travaillant à l'hôpital ne rencontrent jamais car elles sont traitées au cabinet. Par exemple, une tendinite de l'épaule ne sera jamais vue par un clinicien de l'hôpital. Ainsi les médecins qui n'ont fait que du service des lits auront beaucoup plus de peine au début de leur installation car, au cours de leur formation, ils n'auront pas été confrontés aux « pathologies de cabinet ».

Un autre aspect de la formation dans un cadre ambulatoire est le type de relation que le médecin entretient avec les patients. En polyclinique, le médecin est amené à revoir le patient, et même à l'occasion, la famille. La relation est donc très différente de celle qu'il peut y avoir dans le cadre d'un service des lits où le médecin voit un patient uniquement pour une période donnée.

La polyclinique permet aussi d'approcher tous les gestes qui sont autour de la consultation, tel qu'un arrêt de travail, un certificat, une prescription ou une ordonnance. Tout cela se pratique quotidiennement au cabinet, mais ne s'apprend pas au cours de la formation de base d'un médecin.

Pour toutes ces raisons, le fait de pouvoir pratiquer en ambulatoire permet de diminuer le fossé entre l'hôpital et le cabinet.

Il n'existe pas de formation spécifique aux médecins de périphérie. Ils suivent le même programme que les autres médecins généralistes. La formation post-grade est une grande aide quand un médecin s'installe dans son cabinet, surtout en campagne. A l'hôpital les praticiens sont d'avantage entourés. Pour cette raison, le métier du médecin à l'hôpital n'est pas le même que celui au cabinet. Comme il a déjà été dit, les médecins en périphérie se trouvant isolés dans une région, doivent connaître un peu de tout dans la médecine pour être indépendants. Il peut donc arriver qu'ils sentent des lacunes pour prendre en charge un patient. Ceci arrive moins à l'hôpital ou dans un cabinet de ville car le patient peut être plus vite référé à des spécialistes. Pour combler ces lacunes, il arrive fréquemment que les médecins prennent des cours complémentaires pour être plus performants et indépendants.

c) Formation continue

Elle est assurée essentiellement par les lectures et les colloques. Les médecins suivent également régulièrement des cours pour maintenir leur pratique à jour.

La participation financière ainsi que l'absence au cabinet posent néanmoins des problèmes pour les médecins hors de la structure universitaire.

De nos jours, la plupart des lectures se font via Internet, mais les magazines spécialisés sont toujours utilisés.

Pour finir, les contacts entre généralistes et spécialistes apportent également un type de formation continue.

2.5 Collaboration

2.5.1 Collaboration avec les spécialistes

Qu'il soit en ville ou en périphérie, le médecin généraliste collabore étroitement avec un vaste réseau de spécialistes. C'est pour lui un grand soutien dans la prise en charge des pathologies complexes.

a) spécialistes constituant le réseau

Les personnes qui constituent le réseau des spécialistes sont généralement choisies selon les affinités personnelles du médecin de premier recours. Il s'agit

le plus souvent d'anciens collègues de travail (de l'époque de la clinique) ou d'amis.

Il est important de distinguer les spécialités auxquelles le généraliste fait appel selon sa localisation:

En principe, le médecin généraliste en ville n'est pas omnipraticien. Il y a donc certaines catégories de patients qu'il ne sera pratiquement jamais amené à rencontrer, comme par exemple les enfants en bas âge. Dans cet exemple, les contacts avec les pédiatres seront donc très peu étendus voire inexistantes. Le médecin aura donc tendance à laisser les spécialistes s'occuper de domaines très précis comme par exemple la pédiatrie, l'ophtalmologie ou la gynécologie, car il sait que ses collègues auront d'avantage d'expérience.

Inversement, les médecins de la périphérie ont des catégories de patients très diversifiées. Ils sont le plus souvent les premiers à traiter une pathologie, quelle qu'elle soit. Il est donc impératif qu'ils aient des contacts avec des spécialistes dans tous les domaines.

Néanmoins, dès que la spécialité « manquante » devient disponible dans la région, les médecins généralistes cessent de la pratiquer au cabinet. (Ex : le docteur du Châble ne fait plus les examens gynécologiques depuis qu'un gynécologue est facilement atteignable).

Le nombre de spécialistes disponibles en périphérie a considérablement augmenté par rapport au passé et les moyens de transport se sont fortement développés. De ce fait, aucun des médecins interviewés en périphérie ne s'est plaint d'un manque de disponibilité de spécialistes.

b) A quel moment le médecin délègue-il au spécialiste ?

Il est très intéressant de constater que, au niveau des médecins de premier recours, il n'y a pas de grandes différences temporelles entre la ville et la périphérie. « On est censé gérer les 3 ou 4 premières consultations, puis ensuite envoyer [le patient] chez le spécialiste » (Dr. S.). Les médecins de périphérie ont tous insisté sur le fait qu'ils ne « font pas de l'héroïsme » : « Si je ne sais pas faire quelque chose, je dois accepter que je doive déléguer. » (Dr. A.).

La clé de la différence temporelle se trouve en réalité au niveau de l'attente des patients ! En effet, ce ne sont pas les médecins de ville qui dirigent leurs patients chez le spécialiste de manière excessive, mais ce sont les patients qui le demandent d'avantage et plus tôt! « En ville, les patients vont malheureusement trop vite chez le spécialiste, ils le veulent tout de suite [...] Les gens sont beaucoup plus demandeurs dans les grandes villes » (Dr. C.). La grande densité des spécialistes en ville est sans doute en partie responsable de ce type d'approche, tout comme l'accès aisé aux informations médicales. Le rôle du

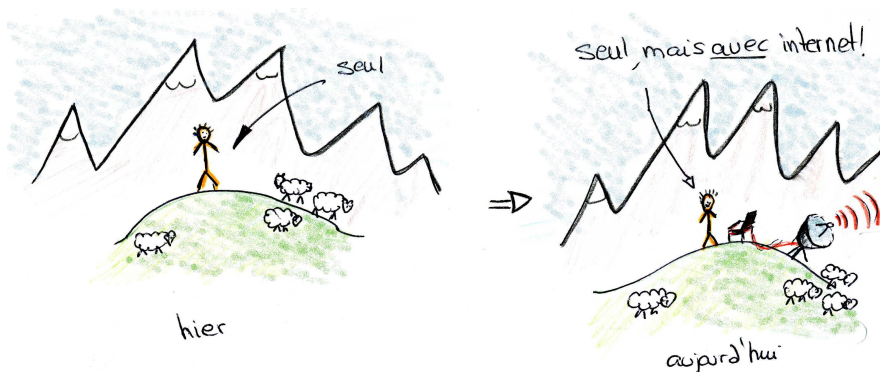
médecin est alors de faire comprendre à ses patients qu'ils peuvent encore attendre avant de se rendre chez un spécialiste.

Les patients ont encore tendance à se rendre chez le généraliste avant le spécialiste. Cette pratique est cependant légèrement moins courante en ville. De plus, quel que soit le lieu de pratique, tous les médecins remarquent une faible augmentation de cas qui s'adressent directement au spécialiste.

Pour finir, certains contrats d'assurance obligent le patient à se rendre en premier chez son généraliste.

c) Moyens de collaboration

Les médecins en périphérie utilisent tous les moyens de communication actuels pour optimiser les échanges avec les spécialistes. Ils utilisent bien sûr le téléphone, mais également le fax et surtout Internet. Par exemple, il est très précieux de pouvoir faxer un électrocardiogramme ou de scanner des photos pour un dermatologue. Ces moyens de communications ont beaucoup diminué l'isolement des médecins de périphérie.



Les médecins de ville utilisent aussi ces moyens de communication.

Le grand avantage de ce type de pratique est que les réponses parviennent rapidement au médecin de premier recours et que de nombreuses consultations inutiles sont évitées.

d) autres

Le contact avec les spécialistes assure aussi une possibilité de formation continue pour le médecin généraliste. « En deux minutes [le spécialiste]

m'apprend, ce qu'il a appris par des lectures, des colloques ou un congrès » (Dr. C.).

Avant de conclure, il est important de se pencher brièvement sur la manière dont les médecins généralistes sont parfois perçus par leurs collègues spécialistes. « Parfois on a la sensation de ne pas être considéré à notre juste valeur. Nous avons l'impression d'être des gens qui ne savent rien sur rien ou tout sur tout. » (Dr. S.). Ce type d'interaction n'est sans doute pas le meilleur moyen d'obtenir une collaboration de qualité...

2.5.2 Collaboration avec d'autres médecins généralistes

La collaboration entre médecins généralistes peut s'envisager de manière plus ou moins rapprochée. Nous allons traiter ici chaque cas de façon séparée :

a) Cabinet de groupe

Il en existe tant en périphérie qu'en ville. Cependant ce type de cabinet présente le plus grand nombre d'avantages pour les médecins installés en périphérie.

Avantages :

- autre avis médical directement disponible (i.e. les cas difficiles sont discutés ensemble ou le second médecin vient examiner un patient)
- partage des expériences
- partage des gardes
- remplacement durant les absences, avec les dossiers complets du patient à disposition
- Possibilité d'exprimer ses sentiments (« soupape » en cas de crise)

Cette manière de fonctionner a été évoquée à de nombreuses reprises, si le médecin envisage de travailler à temps partiel. Ce serait une bonne alternative pour exercer en périphérie sans une trop grande surcharge de travail. Selon certains médecins, c'est une des solutions d'avenir pour que de jeunes médecins soient intéressés à s'installer en périphérie.

b) autres généralistes de la région

La plupart des médecins que nous avons rencontrés participent régulièrement à des rencontres avec des généralistes de leur région. C'est l'occasion « de partager ses expériences, de tenter d'améliorer sa pratique et d'évaluer la qualité de ce que l'on fait » (Dr. A.). Ils comparent aussi les divers moyens de prises en charge d'une même pathologie (Dr. C.).

En périphérie, les médecins se répartissent les gardes, et assurent un minimum de remplacements si un confrère est en vacances. Les médecins de périphérie sont d'avantage amenés à collaborer ensemble.

Il existe aussi diverses associations qui regroupent entre autre des médecins généralistes, comme les sociétés cantonales de médecine, la FMH ou le réseau des médecins de premiers recours. Néanmoins les contacts y sont moins développés qu'au sein des réseaux locaux.

c) Pas de collaboration

Etonnamment, un des médecins de ville que nous avons rencontré a dit ne pas entretenir du tout de contacts proches avec ses collègues généralistes même s'il les rencontre au sein de diverses associations. La cause principale de cette retenue est la compétition ressentie entre les divers médecins généralistes de la ville. Cette compétition proviendrait de l'aspect « commercial » du cabinet. « Les gens [médecins généralistes] ne disent pas forcément la vérité car c'est un commerce [...] je préfère rester discret » (Dr. S.).

Ce médecin se sentait très isolé malgré la grande densité de médecins.

2.5.3 Collaboration avec les autres intervenants médicaux

a) au cabinet

Certains médecins que nous avons interviewés emploient une assistante ou une secrétaire.

Il est néanmoins difficile de dégager une tendance générale permettant de comparer la ville à la campagne à partir des données que nous avons recueillies, car les situations sont très diverses, et il n'y a pas suffisamment de cabinets pris en considération. De plus les cabinets de groupe ne peuvent pas être comparés avec les cabinets tenus par un seul médecin.

Il est cependant ressorti qu'une aide de ce type est un lourd investissement financier. Pour cette raison, plusieurs médecins ont préféré assumer ce rôle eux-mêmes. D'autres emploient leur assistante à temps partiel.

b) à l'extérieur du cabinet

Les médecins sont amenés à avoir des contacts avec un grand nombre de professions rattachées au domaine médical, quelle que soit leur localisation.

La liste comprend entre autre:

- médecins spécialistes
- médecins généralistes
- infirmières
- assistantes sociales
- assurances
- physiothérapeutes
- ergothérapeutes
- kinésithérapeutes
- ...
- hôpitaux
- centres médico-sociaux
- EMS
- services d'urgence (144, SOS médecin,...)
- centre de radiologie
- laboratoire
- service d'aide à domicile

Il semble ressortir que les médecins de périphérie sont d'avantage impliqués dans l'organisation et la coordination d'un certain nombre de ces points (ex : infirmières à domicile, SMUP, ...).

Selon les médecins de périphérie contactés, il existe à l'heure actuelle une offre relativement satisfaisante de moyens auxiliaires. Par exemple, les régions possèdent très souvent des infirmières à domicile ainsi qu'un physiothérapeute accessible sans grandes difficultés.

Remarque : Dans le cadre de la comparaison ville – périphérie nous n'avons pas tenu compte des pharmacies, car le mode de distribution des médicaments est régi au niveau cantonal.

2.6 Moyens de diagnostique à disposition au cabinet, en périphérie et en ville

a) Laboratoire

1) périphérie

En périphérie, le cabinet est équipé d'un laboratoire, car il permet au médecin de faire rapidement un diagnostique. Etant donné l'éloignement de la région par rapport à l'hôpital, le praticien en a besoin. Cependant en cas d'urgence vitale, les médecins préfèrent envoyer le patient directement à l'hôpital où ils feront des examens plus complets.

2) ville

Certains praticiens en ville possèdent également des laboratoires, mais ceci concerne nettement moins de cabinets qu'en périphérie. Cela provient du fait qu'il existe en ville des laboratoires spécialisés (exemple : Unilabs). De plus la rentabilité de cette installation a diminuée, ce qui conduit certains médecins à envisager de ne plus la garder.

b) Radiologie

1) ville

Les généralistes ne voient en général pas la nécessité de posséder une radiologie car il existe largement assez d'instituts de radiologie. De plus, cette branche de la médecine exige une formation particulière que les généralistes n'ont pas forcément.

2) périphérie

Contrairement à la ville, le cabinet en périphérie est souvent équipé de radiologie. Le médecin a besoin de posséder un équipement radiologique pour les mêmes raisons que le laboratoire.

2.7 Economie



Depuis Tarmed ...

« Avec les collègues, on a l'impression de faire de l'épicerie » (Dr. D.)

a) Tarmed

Entré en vigueur en 2003, le nouveau principe de facturation Tarmed reste décrié par la plupart des médecins généralistes que nous avons rencontrés, quelle que soit leur localisation. Un des buts avoués de Tarmed était de rehausser l'attractivité financière de la médecine de premier recours. Il semble cependant que cet objectif soit aujourd'hui loin d'être atteint.

Selon les médecins de premiers recours consultés (ville et périphérie), les revenus annuels ont peu ou pas changé, au contraire des spécialistes qui auraient vu leur salaire légèrement augmenter (Non vérifié dans le cadre de ce rapport). La plupart des médecins ont simplement retranscrits leurs anciennes facturations en mode Tarmed.

La complexité de la facturation reste un problème largement mentionné. Il faut en effet comptabiliser chaque geste pour être rentable. Des facturations mal effectuées suite à une méconnaissance du système Tarmed pourraient induire une perte de salaire annuel allant jusqu'à 10 ou 15%.

La découpe temporelle de la consultation en tranche de 5 minutes que Tarmed impose est unanimement dénoncée par tous les médecins consultés. Selon eux, il faut considérer une consultation dans sa globalité. En effet, tous les moments

d'une consultation n'ont pas la même qualité : il peut y avoir des interruptions (ex : téléphone), ou le médecin prend du temps pour discuter avec le patient de choses et d'autres. Ce moment de discussion libre est reconnu comme primordial par tous les médecins, mais peu d'entre eux se sentent à l'aise de facturer ce temps comme un acte médical pur. Pour éviter cette facturation, certains médecins préfèrent comptabiliser le « temps subjectif » (Dr A.).

Les médecins sont aussi quasiment unanimes quant à l'introduction trop hâtive de Tarmed. Ils ont le sentiments d'avoir été en quelque sorte piégés par une machine qu'ils n'étaient plus à même de contrôler. Certains d'entre eux y voient le spectre des assurances.



La mise en place d'un contrôle central de la facturation est très bien acceptée par les médecins interviewés. Ceci permet d'éviter les éventuels excès de médecins peu scrupuleux.

La récente diminution des points attribués aux analyses en laboratoire est un souci majeur des médecins de périphérie. En effet, il est essentiel pour eux d'avoir ce moyen diagnostique pour rester autonome. Or l'importante dévalorisation des analyses pourrait ne plus engendrer suffisamment de revenus pour couvrir les nombreux frais liés au fonctionnement du laboratoire (maintenance, contrôles,...). « Les actes techniques que l'on peut faire dans un cabinet de premier recours sont de moins en moins intéressants [financièrement]» (Dr A).

Les praticiens urbains qui possèdent encore un laboratoire, envisagent d'arrêter cette activité si le nombre de points diminue encore. Ceci pose cependant nettement moins de problèmes, étant donné la proximité des laboratoires spécialisés.

La dévalorisation progressive de la valeur numérique du point Tarmed, et donc des revenus, est une crainte exprimée à plusieurs reprises par les médecins (ville et campagne confondues). Ceci se produirait en raison du fort poids décisionnel des assurances qui n'est pour l'instant pas réellement contrôlé.

Pour terminer, il est utile de considérer que la valeur numérique du point Tarmed est propre à chaque canton. De ce fait, il ne devrait en théorie pas y avoir de différence de revenus entre des généralistes de ville et de périphérie installés dans un même canton. Ce point n'a pas été vérifié au cours de ce rapport.

La tarification cantonale a involontairement introduit une légère modification du comportement de certains patients. Il devient en effet avantageux d'aller consulter dans les cantons qui ont un point Tarmed bas, car une consultation identique y coûtera moins chère. Ceci se remarque surtout dans les lieux de villégiature (ex : Valais).



L'influence de Tarmed sur la pratique médicale elle-même est globalement très faible. Néanmoins il y a une diminution des actes de laboratoire (quand c'est possible) et parfois une diminution du nombre de visites à domicile, qui sont considérés comme moins rentables.

b) Rentabilité actuelle d'un cabinet de généraliste

De manière générale les médecins interviewés admettent gagner suffisamment pour « vivre bien ». Néanmoins la plupart s'estiment probablement pas assez reconnus en fonction des nombreux efforts consentis pour leur métier (longue formation, grandes responsabilités, charge de travail importante, dérangements, ...). « Même un patron de garage gagne mieux sa vie qu'un médecin ! » (Dr. A.). Possédant un statut d'indépendant sur le plan fiscal, les médecins ayant leur propre cabinet se trouvent en réalité à la tête d'une petite PME. En plus du travail médical, ils doivent en effet gérer leurs employés (assistants, secrétaires, femme de ménage, ...) et les coûts indirects du cabinet (ex : location). Au cours de nos entretiens, de nombreux médecins ont déploré leur manque de formation dans ce domaine.

La nécessité de dégager un revenu minimum suffisant pour assumer les charges du cabinet et les obligations familiales contraignent souvent de travailler à 100%. Ceci concerne plutôt les hommes. Les femmes pouvant en effet compter sur leur partenaire pour les soutenir face aux charges du ménage (avis par ailleurs partagé par les hommes et les femmes).

Le statut d'indépendant oblige à ne pas s'absenter de trop longues périodes, car si le médecin est absent, il n'y a plus de revenus (et parallèlement les coûts indirects sont toujours présents). Cette raison a été évoquée à deux reprises, et concernait les missions à moyens termes à l'étranger et l'impossibilité de faire de la recherche conjointement au cabinet.

Il est ressorti des interviews que les moyens diagnostiques sont ce qui revient le plus cher dans un cabinet (maintenance, contrôles, formation, ...).

La période d'installation en cabinet est vécue comme un moment de grande instabilité financière, étant donné les sommes considérables que cela exige.

Pour conclure, il est intéressant de noter que, pour beaucoup, l'amour du métier les incite à surpasser les considérations salariales et ainsi ne pas revendiquer une meilleure considération financière avec trop de véhémence.

Citons enfin l'intéressant point de vue du seul médecin pleinement satisfait de sa rétribution que nous avons rencontré : « Je connais beaucoup de médecins qui sont révoltés [par leur salaire], mais nous sommes payés par les assurances, donc on ne peut pas faire comme on veut. » (Dr. C.).

2.8 La relation médecin-patient

a) En périphérie

Elle dépend pour beaucoup de l'origine du médecin, de sa personnalité et depuis combien de temps il est installé. Le type de population du village est également très important, c'est-à-dire s'il est constitué par des villageois ayant toujours vécu là ou au contraire, par de nombreuses nationalités différentes avec un turnover conséquent des habitants.

Un médecin qui est né dans le village, ou qui y réside depuis longtemps, connaît forcément tous les habitants. Puisqu'il fait partie de la communauté, il rencontre ses patients dans des circonstances hors du cabinet. Cela implique qu'il faut accepter d'être dérangé et consulté en dehors du travail, lors de fêtes du village et d'autres moments. Il a également des amis et de la famille parmi sa clientèle. Mais ceci peut représenter un problème dans la relation avec ses patients car il est parfois trop impliqué et n'a plus la distance nécessaire pour prendre certaines décisions.

Inversément, il y a le médecin qui vient d'une autre région et qui ne connaît personne dans le village. Il doit s'adapter au mode de vie des habitants et se faire accepter. Son intégration peut être facilitée par une hétérogénéité de nationalités au sein de la communauté. De nos jours les gens se déplacent facilement, ils déménagent plus souvent et de nombreux étrangers viennent

s'installer en Suisse. Mais s'il arrive dans un village composé de personnes majoritairement indigènes, il aura peut-être plus de peine à s'intégrer et percevra une distance entre lui et la population. Il devra gagner sa confiance et faire ses preuves. Ceci pourra prendre du temps. Les habitants de l'ancienne génération ou ceux qui exercent un métier primaire ont souvent une mentalité plus rude, mais en règle générale ils ne sont pas très différents de ceux de la ville. Ils veulent aussi être soignés tout suite pour le moindre bobo.

Il ne faut pas oublier que dans un village, généralement tous les habitants se connaissent et se rencontrent dans la salle d'attente du cabinet. Ce qui peut dans certains cas interférer avec le secret médical.

Le médecin de famille d'un village a souvent dans sa clientèle plusieurs membres d'une même famille. Là encore il faut faire attention au secret médical. Mais cela peut aussi représenter un avantage conséquent car le docteur connaît les facteurs de risque pour certaines pathologies ou des maladies héréditaires propre à chaque famille. Ces liens permettent également de prendre en compte des éléments importants que le patient ne mentionnerait pas forcément.

b) En ville

Dans les villes il y a tellement d'habitants que le médecin ne connaît en principe pas personnellement ses patients. C'est ce côté anonyme qui pousse certains praticiens à s'installer en ville. Ils ne veulent pas se lier à leurs clients car cela viendrait compliquer la relation qu'ils entretiennent avec eux. Ainsi ils n'habitent généralement pas dans le même quartier que leur cabinet et font leurs courses ailleurs. Bien sûr cela dépend du praticien.

Un autre aspect de la ville est l'internationalité de la population. Ceci pourrait constituer un obstacle dans la communication au niveau de la langue, de la culture, des croyances ou de la religion. Certaines catégories de personnes ont des demandes médicales très précises qui ne correspondent pas à ce que le docteur a appris ou à son fonctionnement.

Le patient cherche donc le médecin qui lui correspond le mieux et comme en ville il y a une densité élevée de cabinet, il a tout loisir de changer de médecin traitant autant qu'il le désire. Ce dernier aspect est l'un des facteurs importants du tourisme médical. Au contraire, en campagne le nombre de médecins dans la région étant restreint, le client n'a pas beaucoup de choix.

De nos jours, grâce à la modernité technologique, telle que les portables, Internet,... les patients sont devenus plus exigeants car ils sont d'avantage renseignés. Ils veulent être soignés le plus vite possible. Ils viennent au cabinet avec des informations recueillies sur Internet ou lues dans des articles. Ils veulent une copie de leurs examens, que le médecin doit tenter de leur expliquer.

Les gens sont devenus plus demandeurs. Ils sont parfois trop gâtés par la disponibilité médicale.

De plus, il existe actuellement une tendance à aller trop vite consulter un spécialiste, alors que le médecin généraliste pourrait très bien résoudre le problème. Ceci se rencontre moins en campagne ou à la montagne, en raison d'une faible densité de spécialistes dans les environs.

2.9 La famille

a) Rôle de la famille et du village dans la prise en charge du malade et des personnes âgées

Comme nous pouvions nous y attendre, la famille a généralement un grand rôle dans la prise en charge des malades ou des personnes âgées. Elle s'occupe des médicaments, du ménage, des courses et, dans la mesure du possible, des soins. Mais il existe également des aides à domicile qui peuvent prendre en main ces tâches.

Le voisinage est aussi très important; Une personne âgée ou ne pouvant plus se déplacer, trouve toujours quelqu'un pour l'aider ou la transporter vers une institution médicale. Les personnes âgées de la périphérie sont moins seules et isolées que celles de la ville. Les services de proximité (poste, épicerie, ...) sont également un lien social fort entre les patients isolés et la communauté.

b) Rôle de la famille dans la prise en charge d'un malade en ville

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la famille joue encore un rôle important dans la prise en charge du malade. Cela est indépendant de la culture. Néanmoins, la famille a tendance à moins s'impliquer qu'en périphérie, sans doute en raison de la disponibilité des soins tel que les aides à domicile ou les EMS.

2.10 Les motivations du médecin:

a) Pour exercer en périphérie

Les motivations sont diverses et dépendent du praticien. Elles peuvent être familiales, s'il a de la famille dans la région, ou alors venir du désir d'exercer une « médecine complète, familiale, sociale et traumatologique » (Dr. D.). Dans la majorité des cas, la décision de s'installer à la montagne ou à la

campagne apparaît dès le début des études de médecine et émane d'un choix personnel. L'ensemble des docteurs que nous avons rencontrés nous ont clairement dit qu'ils ne se voyaient pas ouvrir un cabinet en ville. L'une des raisons évoquées était qu'il y avait déjà beaucoup de médecins installés et donc une concurrence directe avec « le voisin de palier » pour les mêmes patients. Alors que dans un village, il n'existe généralement qu'un, voire deux médecins. Ce qui leur amène une « clientèle plus ou moins automatique ». (Dr. A.)

En général les médecins de la nouvelle génération, installés en périphérie ont repris un cabinet existant. Alors que ceux de l'ancienne génération ont été les premiers dans la région. Aujourd'hui la plupart des docteurs établis à la montagne ou à la campagne sont des personnes proche de la retraite et qui ont des problèmes pour trouver des praticiens prêts à reprendre leur cabinet.

b) Pour exercer en ville

D'après les médecins que nous avons rencontrés, la densité médicale en ville leurs permet de ne pas être débordés de travail et d'avoir ainsi plus de temps libre pour la famille et les loisirs. Mais ils ne sont pas non plus “à attendre le client” (Dr. C.).

Quand ils ne sont pas là, ils peuvent plus facilement se décharger sur d'autres institutions médicales. Ils ont ainsi la possibilité d'être moins disponibles en dehors des heures de travail. Ceci est un avantage pour les femmes médecins, car elles peuvent se permettre de travailler à temps partiel, ce qui serait plus difficile en périphérie.

Vivre en ville offre aussi une qualité de vie que les médecins citadins apprécient. Les personnes qui ont besoin d'un certain confort, d'avoir tout sous la main et qui ont toujours habité en ville auront de la peine à s'installer en périphérie.

Une autre source de motivation peut aussi être la résidence de la famille du praticien dans la même ville.

Une autre raison d'exercer en ville est le côté anonyme, mentionné plus haut. Le médecin rencontre moins facilement ses patients dans la vie de tous les jours et est par conséquent moins dérangé hors de son cadre de travail par des questions au sujet de la santé.

Et enfin, l'un des derniers aspects cités est le réseau de soin. “ On reste en principe proche des gens avec qui on a fait ses études et avec qui on a travaillé” (Dr. S.).

2.11 La famille et la vie d'un médecin en périphérie

Beaucoup d'entre eux sont originaires de régions périphériques.

Étonnamment, les médecins que nous avons rencontrés n'avaient aucun proche dans la profession qui aurait pu influencer leur choix du lieu d'installation.

Ils habitent dans le village même ou dans ses environs.

Pratiquer la médecine générale a dans tous les cas un impact sur la vie familiale, quelle que soit la localisation du praticien. Cela est dû à la profession qui veut que l'on soit le plus disponible possible. Ceci est sans doute encore plus prononcé en montagne ou en campagne en raison du manque d'hôpitaux et d'autres médecins dans la région. Ceci dépend beaucoup de la personnalité du docteur. Il y a des généralistes qui privilégient leur vie familiale et d'autres qui la sacrifient. Habituellement, quand nous leur avons demandé s'ils pensaient que vivre dans des lieux retirés pouvaient poser un problème pratique pour leur famille (par exemple, les études des enfants), ils nous ont répondu négativement en affirmant qu'il y a tout ce qu'il faut à disposition dans la région.

2.12 Avenir de la médecine générale

La profession de médecin généraliste semble être aujourd'hui arrivée à un tournant de son histoire. De nombreux aspects de la profession ont fortement évolués depuis quelques décennies, tant au niveau des moyens de communications que de l'économie, et de la manière dont le médecin conçoit son métier. De façon globale, les praticiens que nous avons rencontrés avaient de la peine à se projeter dans l'avenir car de multiples domaines sont sur le point de changer radicalement et pourraient avoir une influence majeure sur la profession (exemple : fin de l'obligation de contracter).

Il y a également un grand flou quant à l'avenir économique du métier. Ce dernier point pèse sans doute beaucoup dans l'éventuel choix de devenir médecin généraliste. « Il y a la formation d'une part, mais il y a aussi l'aspect politico-sanitaire qui pose actuellement le plus grand problème » (Dr. A.).

L'idée que « beaucoup de jeunes médecins ne seront plus aussi disponibles dans les années futures » (Dr. D.) est ressortie fréquemment au cours des interviews. Ceci représente un important obstacle pour la reprise des cabinets en périphérie qui demandent un très grand investissement de temps.

Il est important de souligner qu'un des avantages non négligeables de la médecine générale est l'assurance de trouver une place de travail après ses études. « Je peux affirmer que [les nouveaux généralistes] ne ser



chômage avec la médecine générale. De très nombreux généralistes vont prendre leur retraite dans les dix à quinze ans à venir, et il n'y aura personne pour leur succéder » (Dr. A.).



Pénurie !

Même si le manque à court terme de généralistes est un point très souvent évoqué, seul un des médecins interrogés était impliqué (dans le cadre du stage CMA) pour faire connaître le métier de généralistes aux étudiants et leur donner envie de former la relève.

2.13 Profil requis d'un médecin généraliste

Pour finir, il est intéressant de relever les qualités qu'un médecin généraliste devrait posséder pour faire ce métier, selon les praticiens interrogés :

- « Si on aime la communication, travailler en groupe et qu'on a aussi la bosse du commerce, je pense qu'on est très bien en médecine générale » (Dr. S.).
- « Il faut avoir l'esprit ouvert » (Dr. A.).
- Le médecin qui travaille en périphérie doit aussi accepter que « ça demande beaucoup de disponibilité et de diversité » (Dr. D.).

Tous les médecins que nous avons rencontrés ont affirmé beaucoup aimer leur profession.

Ils nous ont tous, sans exception, vivement encouragés à devenir médecin généraliste, malgré les incertitudes du futur.

3) Tableau comparatif de la médecine générale de ville et de périphérie

<i>Médecine générale de périphérie</i>	<i>Médecine générale de ville</i>
Isolement	Densité élevée des cabinets Qualité de vie pour un/e citoyen/e
Omnipraticien	Pas de pédiatrie, de gynécologie, etc.
Eloignement du réseau de soins	Réseau de soin très développé
Peu de spécialistes	Beaucoup de spécialistes
Plus grandes responsabilités	Infrastructures médicales toutes proches permettant de déléguer plus aisément
Plus de problèmes d'organisation pour les remplacements durant les vacances	
Laboratoire, radiologie au cabinet	Pas de nécessité d'avoir un laboratoire ou une radiologie
Charge de travail importante	Plus de temps libre Meilleure possibilité de vie familiale Possibilité de travailler à temps partiel (utile pour les femmes)
Gardes de nuit et de week-end	Pas ou peu de gardes de nuit et de week-end
Urgences	Pas de grosses urgences
Dérangement hors du cabinet	Moins dérangés en dehors du travail
Clientèle "automatique"	Tourisme médical plus élevé
Pas de concurrence directe	Risque de concurrence directe pour les mêmes patients
Connaissance personnelle des patients	Anonymat
Difficulté à gérer le secret médical	
Médecin familial	
Intégration parfois difficile	population internationale (différentes cultures, religions, croyances, ...)
Mentalité habituellement plus rude	
Consulte le généraliste avant les spécialistes	Ne consulte pas forcément le généraliste avant le spécialiste
Aide de la famille	Aide de la famille, mais moins importante
Esprit de voisinage dans le village	
Personnes âgées moins seules	
	Manque de considération
	Les généralistes sont très critiqués car ils sont considérés comme trop nombreux
Travail très diversifié	
Collaboration avec les médecins et les auxiliaires médicaux (infirmières, etc.)	
Crainte d'une prise de pouvoir excessive des assurances	
Problème de relève des généralistes dans les années à venir	

Remerciements

Nous remercions les médecins interviewés pour leur disponibilité et leur collaboration.

Merci également à nos deux tuteurs: Mme Astrid Stuckenelberger et Mr Max Klohn.



Annexes

Annexe I :
- Interviews de médecins généralistes de périphérie
- Interview d'un médecin généraliste de périphérie sur les problèmes rencontrés pour la remise de son cabinet
- Interviews patient de périphérie
- Interviews de médecins généralistes de ville

Annexe II : Tableaux et données des graphiques

Annexe I :

Retranscription des interviews

Dans cette annexe sont retranscrites toutes les interviews réalisées pour ce rapport. Nous avons tenté de restituer le plus fidèlement possible les idées exprimées par les médecins. Nous tenons cependant à signaler que quelques adaptations ont été nécessaires en raison de la langue orale.

Retranscription des interviews des médecins de périphérie

A) Interview Dr. A. (VD)

Quel nom donneriez-vous à votre profession?

Je suis médecin de premier recours. Le fait d'être à la montagne ou à la campagne n'est pas très important. Quand je me suis installé il y a plus de 20 ans, je venais de Genève. J'avais fait ma formation à Genève et je n'avais pas envie de rester à Genève. A l'époque, nous étions trop à nous installer et j'avais vraiment envie de faire une médecine où je ne serais pas en concurrence directe avec mon voisin de palier pour les mêmes patients.

Pourquoi avez-vous choisi St.-Cergues ?

C'est tout à fait pas hasard. C'est parce que la commune cherchait un médecin ; c'était la dernière commune du canton de Vaud qui en cherchait un !

Cela fait combien de temps que vous êtes ici ?

Cela fait 21 ans.

Quels sont les avantages d'être le seul médecin ici ?

Du fait que je sois le seul, j'ai une clientèle « automatique » sur place. A mes yeux, c'est le seul véritable avantage par rapport au type de médecine que je pratique.

Des désavantages ?

Ce sont surtout des désavantages d'organisation ; c'est plus compliqué pour trouver un remplaçant pour partir en vacances, c'est plus compliqué pour les gardes car il y a la distance –en hiver notamment-. Au début, j'étais assez souvent réveillé la nuit : on m'appelait pour un oui ou pour un non et ce n'était pas toujours agréable, mais ce n'est plus le cas aujourd'hui. Ce sont là des inconvénients que l'on n'a pas en ville.

Actuellement, vous ne faites plus de gardes ?

Si ! Si ! Mais aujourd'hui les gens sont pour la plupart motorisés et c'est donc rare que je sois dérangé la nuit parce que les gens vont eux-même à l'hôpital. Et puis, on a des systèmes que l'on n'avait pas à l'époque, comme le 144 avec des ambulances médicalisées. Les grosses urgences, ce n'est plus nous qui devons nous en occuper. Au début de mon installation, s'il y avait un infarctus, je devais y aller, tandis que maintenant, c'est l'ambulance qui y va, voire l'hélicoptère dans certains cas.

Où habitez-vous vous-même ?

J'habite dans la région.

Quelqu'un vous a-t-il motivé pour travailler ainsi en montagne ?

Non, c'est venu comme ça.

Quelles formations avez-vous suivies avant de vous établir ?

J'ai fait un peu tout : je suis généraliste. J'ai tout d'abord fait une année et demi d'épidémiologie à Lausanne dans la recherche ; je ne voyais pas de patients, je ne voyais que des chiffres et des dossiers, mais ça a été très intéressant. Après, j'ai fait une année de chirurgie, ensuite 2 ans de médecine interne gériatrie, puis de la pédiatrie, de la gynécologie et de la psychiatrie (l'ordre n'est peut-être pas exact !).

Cela vous a-t-il beaucoup servi pour ouvrir votre cabinet ?

Oui, c'est sur. Quand on finit les études, à l'époque en tout cas, on avait fait des études de médecine mais on ne savait pas notre métier, malgré quelques stages. Mais je pense que la formation post-grade était importante.

Quand vous vous êtes installé ici, avez-vous été surpris par certains aspects auxquels vous ne vous attendiez pas ?

Oui. Le métier que l'on fait à l'hôpital n'est pas le même que celui que l'on fait en cabinet et cela pour des tas de raisons. D'abord parce que, à l'hôpital, les gens sont totalement dépendant ; ils sont obligés de faire ce qu'on leur dit : en tout cas il n'y a pas si longtemps, les patients ne discutaient pas, il n'y avait pas de problème. Quand je me suis retrouvé là, il y a des gens qui ont dit : « on n'a pas besoin de médecin à St.-Cergues mais on a besoin d'un autre bistrot ! ... Ici on est toujours en bonne santé, ... ». Moi je ne pensais pas que je serais accueilli avec de l'hostilité. Je ne m'attendais donc pas du tout à des réactions négatives.

Autre chose. Il y a le type de médecine que l'on pratique. En médecine ambulatoire pure, on voit de tout mais on a surtout le suivi des patients, c'est-à-dire la durée. Ça, c'est quelque chose que je n'avais jamais fait dans ma formation. Parce que même lorsqu'on faisait de la polyclinique, on tournait tellement souvent entre les patients qu'en 3 mois on ne peut pas parler de durée. Mais lorsque l'on a des patients qui sont là au bout d'une année, deux ans, trois ans et puis qu'on leur répète par exemple toujours les mêmes choses, on se rend compte que la relation est différente. C'est peut-être aussi vrai pour les médecins de ville, mais c'est la différence que moi j'ai vécue par rapport à la médecine qu'on avait faite à l'hôpital. Car à l'époque, il n'y avait pas de formation post-graduée en dehors de l'hôpital : les polycliniques étaient tellement rattachées à l'hôpital qu'il y avait peu de différence par rapport à la médecine purement hospitalière des patients alités.

L'intégration dans la communauté a-t-elle été facile pour vous ?

Oui et non. Oui dans le sens que je me suis fait rapidement des relations et non dans le sens qu'il y a un certain esprit de village où le Genevois qui vient ici est un étranger : « il est différent, il ne vient pas de chez nous, il a une profession qu'on a pas, donc on va chez lui parce qu'il faut bien... »... Il y a une distance que j'ai vécue et qui existe encore. Mais bon, la population a tellement changé. En arrivant, la population était en majorité des gens de souche, du village, qui étaient là depuis des générations et puis en quelques années ils sont devenus totalement minoritaires. Maintenant, la majorité sont des pendulaires, avec des nationalités de toutes sortes. Le noyau dur des villageois « irréductibles » est complètement réduit à sa portion congrue. Même le syndic ici est un étranger (italien naturalisé).

Aviez-vous toujours vécu en ville ?

Oui, avant toujours.

Combien d'heures travaillez-vous par jour ?

J'ai un peu réduit ma pratique suite à un pépin de santé que j'ai eu il y a quelques années. Maintenant, je fais à peu près 8 à 10h par jour.

Combien accueillez-vous de patients ?

C'est très variable. J'ai des consultations « vraies » et puis j'ai des gens qui débarquent pour demander un médicament ou un renseignement, beaucoup de téléphones, etc. Donc il y a aussi des pseudo consultations qui me prennent aussi du temps. Je vois ainsi en moyenne une 20aine de patients en « vraie » consultation par jour, auxquelles s'additionnent donc pas mal de choses.

Constatez-vous une variation saisonnière ?

Au début oui. Car lorsqu'on n'a pas encore sa propre clientèle, je voyais plus de patients en hiver et pendant les vacances d'été.

En tout, savez-vous combien vous avez de patients ?

Difficile à dire. Je peux vous dire que j'en ai 6'000 ; mais il y a des gens qui sont morts, des gens qui sont partis, qui ne viennent plus chez moi, donc cela ne veut pas dire grand chose. Donc je ne sais pas très bien.

Quelle est la typologie type du patient qui vient vous voir ?

Je n'ai pas de typologie type, j'ai vraiment de zéro à cent ans comme spectre d'âge. Je vois des nouveaux nés comme je vois des nonagénaires. Mais peut-être que j'ai une prédominance de personnes âgées parce que se sont ceux que l'on suit le plus parce que se sont ceux qui sont le plus malade. Et puis j'ai tous les jeunes qui viennent pour des raisons temporaires : ils viennent par exemple pour une maladie aiguë puis on ne les voit plus pendant plusieurs années parce qu'ils ne sont pas malades ou parce qu'ils vont ailleurs. Car la médecine c'est aussi un peu le supermarché : on va où ça nous convient au moment où on a envie.

Pour les enfants, on les suit un peu au début jusqu'à l'âge scolaire, puis après ça s'étirole parce qu'ils sont en bonne santé ; bon on les verra pour une angine, pour une varicelle, mais de manière moins suivie parce qu'ils ne viennent pas malgré le fait que l'on recommande un contrôle annuel.

Il y a aussi des urgences: des patients qui viennent parce qu'ils se sont coupés, il faut les suturer, ou il faut mettre un plâtre parce qu'ils ont une fracture, etc. Et ça, ce sont des patients que l'on ne va pas voir tout le temps ; on va s'occuper du problème temporel et après, durant 2 à 3 ans, je ne les verrai plus.

J'ai aussi parfois des gens de passage qui s'arrêtent ; le Hollandais qui vient faire du vélo dans le jura !! Donc ce sont des gens que je ne verrai pas deux fois.

Et puis il y a des gens qui ont des maladies chroniques, que l'on suit toutes les semaines, tous les mois. Donc je peux vraiment dire que je n'ai pas de typologie type.

Il n'y a donc même pas de pédiatre dans le village ?

Il n'y a pas d'autre médecin, rien du tout. Mais je ne suis pas loin des spécialistes : il y a la clinique de Génolier qui a pas mal de spécialistes et qui a un bon institut de radiologie qui se trouve à 7 à 8 kilomètres. Il y a l'hôpital de Nyon qui est à 9 à 10 kilomètres. Donc je ne suis pas au milieu de la brousse : les distances sont courtes quand même !

Vous travaillez avec d'autres médecins ou spécialistes ?

Oui. Nous avons notre réseau de spécialistes avec lesquels on se sent bien, avec lesquels on aime bien collaborer. Donc il est vrai que j'aime mieux travailler avec certains spécialistes qu'avec d'autres pour des raisons d'affinités personnelles. Parfois ce sont les patients qui exigent d'aller chez tel et tel spécialistes... Il faut dire que lorsque je me suis installé, il y avait peu de spécialistes, même ici dans le district de Nyon où il y avait un cardiologue, 2 gynécologues, chirurgie à l'hôpital (orthopédie et chirurgie générale), 1 ou 2 psychiatres et c'était à peu près tout. Il n'y avait pas d'urologue, pas d'angiologue, pas de gastroentérologue... Alors soit on se débrouillait tout seul, soit on les envoyait à Genève ou à Lausanne. Maintenant, ici, on a tout ce qu'on veut : dans le district, on est sur doté.

Travaillez-vous beaucoup avec des infirmières ou des aides à domicile ?

Oui. Il n'y a pas d'infirmière qui travaille dans le village mais c'est un système de centre médico-social, basé à Gland. Il s'occupe de la commune de St.-Cergues. Pour le maintien à domicile, il y a un réseau d'aides à domicile avec les infirmières, les ergothérapeutes, les assistantes sociales et puis les auxiliaires.

Comment les patients se déplacent-ils quand ils doivent consulter du personnel médical en dehors du village ?

A l'exception de personnes âgées qui n'ont jamais appris à conduire et qui vivent seules et pour lesquelles en général -parce que dans un village il y a encore un esprit de voisinage-, c'est très facile de demander au voisin ou à quelqu'un dans le village de conduire Madame X chez l'ophtalmologue... Et puis il y a un système de bénévoles : si on s'y prend un petit peu à l'avance, ce sont des chauffeurs qui ne font que réclamer le prix des kilomètres qui se proposent : on peut presque dire que c'est gratuit et ça permet de dépanner dans certain cas.

Faites vous souvent des visites à domicile ?

Oui, en tout cas toutes les semaines, mais je limite. Je ne vais voir les gens que pour qui cela est justifié car je ne veux pas rentrer dans un processus où l'on considère juste que la venue du médecin est plus pratique. En pratique, les gens ont presque tous des voitures... Il faut vraiment être alité et ne pas pouvoir se lever ou alors des personnes très âgées qui ne peuvent pas marcher.

Le fait de pratiquer en périphérie a-t-il un impact sur votre vie de famille ?

Oui, mais je crois que cela se produit pour n'importe quel médecin qui travaille. Je travaille beaucoup d'heures et cela a des retombées sur ma vie familiale dans la mesure où on n'est pas toujours présent au bon moment, on arrive en retard pour les repas, on est dérangé lors d'une soirée alors même qu'on est invité.

Je ne concevais pas de pratiquer ici et habiter ailleurs. Ca n'a pas de sens d'être le pendulaire à l'envers ! Je ne vis pas dans la maison de mon cabinet, mais j'ai une maison pas très loin qui est assez isolée. En voiture je ne mets que deux minutes pour venir ou dix quand je suis à pieds.

Avez-vous déjà pensé pratiquer en ville ?

Je ne suis absolument pas attiré par la ville. J'aime la ville pour les loisirs pour un certains nombres d'activités qui manquent ici, tel que l'aspect culturel. De plus les relations sont assez limitées si on reste seulement dans le village, mais je ne désirerais pas pour autant travailler en ville.

Avez-vous des collaborateurs directs ?

Ma femme m'aide un peu, mais je n'ai pas d'assistante car j'ai fait de mauvaises expériences. Il est en effet difficile de trouver quelqu'un de qualifié. De plus j'ai un petit cabinet et l'espace à disposition ne permettrait pas d'être deux. Je me suis donc organisé pour faire beaucoup de choses par moi-même.

Collaborez-vous avec d'autres médecins généralistes de la région ?

Je collabore avec eux pour les remplacements lors des vacances. Mais ce n'est pas une collaboration de cabinet, on ne se partage pas les patients. Je collabore avec des généralistes au sein d'un groupe local de généralistes qui est assez actif. On y partage nos expériences, on tente d'améliorer notre pratique et on évalue la qualité de notre pratique.

Faites-vous partie d'une association de médecins ?

Pour ouvrir un cabinet nous sommes de toute façon plus ou moins obligé de faire partie de la FMH et de la société cantonale.

Collaborez-vous avec d'autres corps de métiers ?

J'ai contact avec des infirmières qui travaillent pour le maintien à domicile car je suis leur médecin conseil. J'ai donc des relations à titre de médecin conseil mais pas spécifiquement pour mes propres patients. Je suis également médecin des écoles.

Comment assurez-vous votre formation continue ?

Au travers de colloques universitaires à Genève, au CHUV ou à Nyon. Mais je suis aussi des colloques non universitaires organisés dans la région et qui sont plus ou moins sponsorisés par les firmes pharmaceutiques. J'en fais un à deux par mois. Je lis également beaucoup, je reçois de nombreuses revues. Quand je rencontre des problèmes je vais souvent consulter Internet car on trouve plus vite ce qu'on cherche. C'est un grand changement par rapport au passé, c'est une nouvelles forme de formation. Je suis aussi des cours pour me former dans des domaines spécifiques. Par exemple après m'être installé j'ai suivi une formation de médecine manuelle. De nombreux cours sont disponibles pour parfaire ses connaissances dans un domaine précis. Il y a

de nombreuses offres, mais il est vrai que ceci coûte cher et prend du temps. Ce temps est pris sur notre temps de travail. Ceci ne m'empêche néanmoins pas de suivre de temps en temps une formation.

En théorie, nous sommes obligé de faire 50 heures de cours et environ 50 heures de lecture. Ceci est exigé par les caisses maladies, et fait parti du concordat pour être remboursé par les caisses d'assurances. Mais dans la pratique on consacre largement plus de temps à notre formation que ces heures obligatoires.

Les nouvelles formations que je suis sont essentiellement pratiques car c'est ce qui est utile pour notre quotidien. Par exemple, apprendre à pratiquer correctement une spirométrie était autrefois réservé aux pneumologues, maintenant pratiquement tous les jeunes généralistes ont un spiromètre, donc ils doivent se former. Les formations théoriques pures ne nous servent à rien.

Avez-vous un laboratoire ?

J'ai un laboratoire et une radiologie.

Je n'ai pas besoin de plus de matériel car il faut des formations supplémentaires. De plus il faut avoir assez de patients pour rentabiliser et surtout pour garder la main quand il s'agit d'appareil opérateur-dépendant tel qu'une écographie.

Que pensez-vous de la densité médicale de la région ?

Elle est trop élevée.

Ceci n'est cependant pas le cas des généralistes. Le moratoire actuel empêche l'installation de nouveaux généralistes mais, en même temps, la population augmente, donc on serait plutôt sous doté en généralistes.

C'est un peu différent pour les spécialistes. Dans certains domaines il y a trop de spécialistes, et dans d'autres on a dû se battre pour obtenir un second spécialiste. Par exemple en urologie il y avait un refus du canton qu'un nouvel urologue s'installe dans le district malgré les besoins. Pour prendre un exemple de surdensité on peut citer les instituts de radiologie.

Quels sont vos horaires ?

En général je travaille tous les matins, samedi compris. Puis je fais une longue pause et je reprends vers 15 heures jusqu'à 20 heures.

Mais j'ai un travail très variable. Je ne sais jamais de quoi ma journée sera faite quand j'arrive le matin au cabinet. J'ignore si je vais avoir une journée tranquille ou stressante. Ca peut commencer très lentement puis c'est suivi par quelques urgences et tout mon planning est désorganisé.

Comment se répartissent les gardes de nuit ?

Au début de mon installation j'étais dérangé pour un oui ou un non. Maintenant il y a une garde qui est organisé au niveau du district. Nous sommes de garde à tour de rôle, mais comme nous sommes nombreux ça représente peu de gardes par année. J'ai néanmoins encore quelques patients qui m'appellent en cas de besoin.

Comment est assurée la garde du week-end ?

C'est aussi assuré par la garde de district.

Qui vous remplace si vous tombez malade?

On ne s'attend pas à tomber malade, donc c'est assez compliqué pour s'organiser. J'ai deux ou trois confrères dans la région que je connais bien et qui peuvent me dépanner. Je laisse un message sur mon répondeur et mes patients s'adressent à l'autre médecin. Les gens comprennent bien, ils acceptent qu'ils doivent changer leurs habitudes.

Qui prend en charge vos patients si vous êtes en vacances ?

Les vacances sont prévisibles, donc c'est plus facile de s'organiser. Je m'arrange avec un collègue qui n'est pas en vacances aux mêmes dates et je réfère mes patients chez lui. Je peux lui donner des informations sur les patients qu'il va voir, ce qui permet de planifier les cas à problèmes qu'il va rencontrer de manière prévisible au cours de mon absence.

Les patients viennent-ils vous voir avant d'aller consulter un spécialiste ?

Je pense que c'est plus souvent moi qui les adresse au spécialiste, mais j'ai aussi des patients qui y vont directement. Ceci dépend aussi du type de spécialiste ; par exemple les gens vont directement voir l'ophtalmologue car ils savent que je ne suis ni équipé ni formé pour ce travail.

Je fais un premier bilan avant de référer à un spécialiste, et souvent je n'ai pas besoin de le contacter. Par exemple il y a des maladies de peau que je sais reconnaître et traiter, donc je ne vais pas diriger mon patient vers un dermatologue. C'est vraiment quand je n'y arrive pas que je réfère aux collègues.

Au début je faisais beaucoup de gynécologie, de suivi de grossesses, etc., mais je ne le fais plus maintenant car il y a des spécialistes installés. A l'époque de mon installation il n'y en avait que deux qui étaient constamment débordés car ils devaient assurer tous les accouchements, les consultations à l'hôpital, ... ils ne parvenaient donc pas à faire les contrôles gynécologiques ou les suivis de grossesses normales. C'est donc nous qui assumions. Maintenant je ne le fais plus car je n'ai pas non plus le matériel adéquat (écographie). Je fais encore un peu de gynécologie, je fais les contrôles. Il est clair qu'on n'a pas toujours besoin d'un spécialiste.

Etes-vous souvent amené à être « au-delà » d'un généraliste ?

Il faut faire ce que l'on sait faire. Si je ne sais pas faire quelque chose, je dois accepter que je doive référer. Même s'il y a des choses qui changent, il faut qu'on continue de pratiquer ce qu'on sait faire.

Pensez-vous que vous délégueriez plus vite si vous étiez installé en ville ?

Je ne sais pas.

Où les patients se procurent-ils leurs médicaments?

Je suis aussi pharmacien car il n'y a pas de pharmacie dans la région. C'est un aspect de mon travail qui est purement lié à la pratique dans un cabinet isolé. Cette façon de faire est liée au canton, mais je crois que sur le canton de Vaud nous ne sommes que deux médecins en périphérie à le faire. En principe je me limite à mes propres patients, mais dans les cas urgents je peux aussi dépanner.

Combien y a-t-il de temps d'attente avant une consultation non urgente ?

Si ce n'est vraiment pas urgent, ça dépend de ma disponibilité et de celle des gens. Si le gens ont mal, ont de la fièvre ou ne se sentent pas bien, j'essai d'être assez souple car j'estime qu'il faut si possible les voir dans la journée.

Combien de temps attend le patient avant de venir consulter ?

Il y a de tout. Je crois néanmoins que notre patientelle n'est maintenant plus très différente de celle de la ville. Les gens veulent être traité tout de suite pour n'importe quel bobo. Il y a 20 ans c'était un peu différent, je voyais des cas qui avaient traînés. Ils étaient de la montagne et ils se disaient que ça allait passer de soi-même. Je vois moins de cas semblables maintenant, les gens sont plus sensibles, ils veulent être soignés et qu'on s'occupe de leur douleur.

Mais ça arrive encore ; la semaine dernière j'ai vu quelqu'un qui s'était brûlé le doigt depuis deux mois, la moitié de la pulpe était infectée. Il laissait le tout à l'air en travaillant à l'alpage. C'est des gens qui l'ont persuadé de venir me voir. A mon avis ceci aurait nécessité une greffe de peau, mais il a refusé. J'ai fais de mon mieux, mais je sais qu'à son avis il se considère comme guéri et qu'il va donc continuer son travail, même si son doigt est encore entamé. De plus il va le laisser à l'air car selon lui c'est comme ça qu'il faut traiter.

Il y a peut-être quand même une différence par rapport à la ville, car je remarque que quand je traite des citoyens ils sont encore plus exigeants que les gens d'ici. Ils ont tendance à vouloir encore plus vite être bichonné.

La mentalité des patients interfère-t-elle beaucoup dans votre pratique ?

Oui je pense, car on est maintenant dans une société pour laquelle la relation médecin-patient est très importante. Ce n'était peut-être pas le cas il y a vingt ans. Je vois ça comme une sorte de négociation entre deux partenaires, ils sont donc automatiquement plus exigeants. On doit en tenir compte ; parfois on doit essayer de cadrer, de moduler leurs demandes. Il faut leur dire que ce n'est pas si grave et qu'on peut attendre. Ça fait partie de notre travail d'expliquer qu'on peut attendre, que si l'on doit faire des examens on n'a pas besoin de les faire aujourd'hui mais on peut sans problème attendre la semaine prochaine si le problème ne s'est pas résolu.

La famille du patient joue-elle un grand rôle ?

Dans certains cas oui. Je soigne très souvent des familles entières, donc je connais toutes les générations et je suis à même de me rendre compte des interférences qu'il peut y avoir, même si elles ne sont pas exprimées verbalement.

La plupart du temps je ne vois qu'une seule personne à la consultation. Parfois le conjoint vient avec, ou les parents pour les petits enfants. Mais je vois parfois des enfants de sept ou huit ans venir seuls parce que la mère n'a pas le temps. Dans le village ce n'est pas dangereux de traverser la route. En général je reçois souvent un téléphone de la mère avant et après la consultation des enfants.

J'ai aussi des gens qui prennent rendez-vous pour d'autre membre de leur famille afin qu'il soit obligé de venir me voir.

J'ai parfois un grand nombre de personnes à la fois dans mon cabinet. Parfois c'est aussi un problème systémique, le patient désigné n'est peut-être pas le « vrai » patient.

J'ai également des patients très divers. Je fais de la traumatologie, de la gynécologie, de la pédiatrie, de la psychiatrie, ...

Avez-vous parfois l'impression de trop intervenir au sein d'une famille ?

C'est compliqué, car quand on est dans un village les gens se connaissent. Néanmoins je ne connais pas tout le monde et tout le monde ne me connaît pas. Surtout car il y a un turnover assez important, les gens déménagent puis reviennent. Il n'y a pas que des gens originaires du village qui viennent consulter.

L'avantage d'être en ville c'est que c'est vraiment anonyme. C'est-à-dire qu'on ne rencontre pas nos patients ailleurs. Tandis qu'ici, je rencontre mes patients dans d'autres circonstances. Il y a des patients avec qui j'ai tissé des liens d'amitié qui ont fait que je ne pouvais presque plus être leur médecin. A un moment donné il fallait choisir, soit on était amis soit j'étais le médecin. La relation amicale ne permet plus d'avoir la distance nécessaire. Ils ont donc changé de médecin. Dans ce sens là, il est vrai que le fait d'être en campagne et de connaître les gens peut être un obstacle. Laisser partir un patient-ami n'est pas non plus facile à vivre, car on a travaillé pour lui, on l'a suivi pendant longtemps et tout d'un coup ça s'interrompt. Connaître tous les membres de la famille peut aussi être une difficulté. Par exemple quand vous savez qu'un couple va mal et que vous suivez les deux, vous être un peu juge et partie, ce qui n'est pas toujours souhaitable. Il arrive que dans des cas de séparation ou de divorce un des conjoint me quitte en tant que médecin traitant, car ce n'est pas possible d'avoir le même médecin que son ex-conjoint.

Faites-vous beaucoup d'écoute ?

Oui. Je pense que ceci représente environ vingt pourcent de mon temps, mais je n'ai jamais fait de statistique précise à ce sujet.

Quelle est la participation de la famille dans la prise en charge des patients ?

Le réseau social est la caractéristique d'un village. C'est-à-dire que quand une personne d'âge vit seule et possède encore de la famille proche au village, elle est prise beaucoup plus en charge qu'en ville. La personne valide, la famille va faire beaucoup pour la personne non valide. Ce qui n'est pas le cas en ville. La famille aide dans beaucoup de domaines ; la préparation des repas, des médicaments, elle prend en charge certains soins, comme les pansements par exemple. Ce réseau est très précieux, les gens souffrent ainsi moins de solitude. Quand il y a plusieurs générations dans le même village, les personnes d'âge qui vivent seules sont régulièrement visitées. De plus, elles ne sont pas aussi seules qu'en ville car elles savent que si elles ont un problème elles peuvent appeler tout de suite quelqu'un.

Etes-vous souvent confronté à la médecine traditionnelle ?

J'ai été confronté à la médecine traditionnelle. Quand je suis arrivé, il y avait un rebouteux dans le village qui remettait les dos en place. J'ai fait la médecine manuelle et il est parti... ! Je ne sais cependant pas s'il est parti à cause de ça ! Je trouvais que j'étais mal formé en rhumatologie ou en médecine physique. C'était une de mes lacunes principales lorsque je me suis installé. Je savais seulement donner des médicaments tandis que le rebouteux savait remettre les gens en place, alors qu'il

n'avait aucune formation médicale... J'étais un peu vexé! Maintenant j'utilise fréquemment la médecine manuelle.

Il y avait également un herboriste, mais il est parti avant que j'arrive. Il était un peu sorcier, il faisait ses propres mélanges qui n'étaient pas des recettes connues. Le village avait encore quelques-unes de ses recettes quand je me suis installé.

Etes-vous confronté à la médecine parallèle ?

C'est comme partout. Certaines personnes sont intéressées par l'homéopathie, par l'acupuncture,... Je ne connais rien à ces domaines donc je ne m'oppose pas à ce que les gens aillent ailleurs s'ils le désirent. Je leur dis que je n'y crois pas trop mais que, s'ils le désirent, ils peuvent essayer. J'ai quelques adresses, par exemple pour l'acupuncture.

Il arrive aussi que les gens viennent me voir après avoir essayé de se traiter eux-mêmes, avec l'homéopathie par exemple.

J'ai actuellement moins de revendication de la part de patients qui affirment qu'ils ne veulent pas de la chimie ou une certaine technique. Dans ce sens, l'homéopathie est en large diminution. Maintenant, c'est plutôt la médecine chinoise qui attire les gens.

Est-il rentable d'avoir un cabinet en périphérie à l'heure actuelle ?

On arrive à tourner, c'est sûr. Je ne me plains pas, je vis bien.

Ca dépend à quoi on se compare. Par rapport à ce qu'on a investi en formation, en travail, en responsabilité, en heures de dérangement, etc. on n'est sans doute pas payé ni reconnu à la juste valeur. Par exemple si on se compare à un avocat, on trouve qu'on est franchement mal rétribué. Même un patron de garage gagne mieux sa vie qu'un médecin, c'est évident. Mais c'est quelque chose qui est semblable pour tous les médecins de premier recours, que ce soit en ville ou en campagne. Tarmed n'a rien changé à ce problème.

Tarmed a-t-il eu une influence sur votre pratique ?

Non. Je croyais que ça allait changer certaines choses mais en fait ça ne change rien. Tarmed voudrait nous faire travailler à la minute. C'est aberrant de compter le temps aux cinq minutes, il faudrait mettre une grosse horloge sur le bureau, et moi je refuse de le faire. Je facture le temps subjectif. Parfois il y a des moments de la consultation qui ne doivent pas être facturés parce qu'on a parlé de la pluie et du beau temps ou parce que, ayant été dérangé plusieurs fois, ce n'était pas un temps de qualité,...

Inversement, il y a des gens qui viennent pour des petites choses qui prennent très peu de temps avec le patient mais qui représentent au final un investissement temps bien plus important que la consultation réelle, par exemple écrire dans le dossier, ou faire un certain nombre de choses qui ne nécessitent pas la présence du patient.

Tarmed a-t-il changé vos revenus ?

Non. J'ai simplement traduit en Tarmed l'ancien tarif. J'applique à peu près les mêmes choses et je m'aperçois qu'en gros les revenus finaux sont les mêmes qu'avant. Ca n'a vraiment rien changé sinon compliqué notre facturation. On a perdu beaucoup de temps et d'argent mais le résultat est identique.

Pensez-vous que la formation actuelle encourage assez la pratique de médecin généraliste ?

Les études actuelles ont beaucoup changées par rapport aux miennes. Je trouve le cursus des études de médecine plus intéressant maintenant. J'ai donc l'impression que vous aurez une meilleure formation.

Mais il ne faut pas oublier que ce qui attire les gens à faire ou non de la médecine de premier recours est essentiellement lié aux circonstances. Il y a la formation d'une part, mais il y a aussi l'aspect politico-sanitaire qui pose actuellement le plus grand problème.

On ne peut pas toujours faire la spécialisation que l'on désirerait. Par exemple il est très difficile de se faire former en ORL car il y a une sorte de chasse gardée qui fait qu'on engage très peu de nouveaux ORL. Il y a une politique de dissuasion qui se dessine à tous les niveaux, autant au niveau cantonal et fédéral qu'au niveau des hôpitaux universitaires. Ces aspects jouent encore plus de rôle que nos désirs propre de formation.

La rémunération est aussi un élément de choix. Tarmed était sensé améliorer l'attractivité de la médecine de premier recours mais ce n'a pas été le cas. De plus, ils veulent nous supprimer le labo et d'autres choses encore. Les actes techniques qu'on peut faire dans un cabinet de premier recours sont de moins en moins intéressants. On se dirige vers une situation où nous n'avons pas l'impression que c'est nous qui tenons les cartes, ce qui est fort dommage.

Recommanderiez-vous aux jeunes médecins de faire médecin généraliste ?

OUI, car je peux leur affirmer qu'ils ne seront pas au chômage avec la médecine générale. De très nombreux généralistes vont prendre leur retraite dans les dix quinze ans à venir, et il n'y aura personne pour leur succéder. Il y aura donc des possibilités assez importantes, les places vont être très nombreuses.

A votre avis, quelles sont les qualités essentielles pour exercer en périphérie ?

La souplesse d'esprit. Si on a envie de faire exactement la médecine qu'on aime dans un domaine très précis, on se sentira probablement très mal dans le cadre de la réalité du terrain. Il faut avoir l'esprit ouvert, se dire qu'on doit s'adapter à certaines choses, certains patients. Il faut aussi tenir compte des besoins des patients et pas seulement de ses propres envies.

B) Interview Dr. D (VS)

- *Nom de sa profession : omnipraticien*

Cela implique une diversité des problèmes. Un médecin de ville fait surtout de la médecine interne. Alors qu'un médecin de campagne fait de tout, c'est-à-dire de la traumatologie, orthopédie, de gynécologie, de la pédiatrie, de l'obstétrique, de la dermatologie. C'est son quotidien. Il fait de tout, peut-être pas en grande quantité, mais de tout.

Il fait également de la médecine sociale, psychologique, psychiatrique, qui représente environ 5% de son activité. Les gens viennent pour des problèmes de famille, de sexe, de couple, de finance, de dépression, pas uniquement de maladie.

Il a des réunions régulières avec le service d'aide sociale, les infirmières et pro Senectute pour résoudre les problèmes autres que médicaux.
Ça fait 8 mois (octobre 2005) qu'il est installé.

- *Quels sont les avantages de la médecine en périphérie ?*

C'est une médecine qu'il a toujours souhaitée parce qu'elle est la plus complète possible, elle est familiale, sociale, et elle inclut la traumatologie.
Il n'envisageait pas de faire uniquement de la médecine interne, hyper intellectuelle comme dans les hôpitaux, à la recherche parfois de rien. Rester assez large dans les diagnostics. Plus de 80% des problèmes médicaux sont résolus par le médecin traitant.

- *Avez-vous toujours voulu faire cela ?*

Depuis qu'il a commencé la médecine, il voulait faire de la médecine sociale. Au début il a fait de la médecine dans le Tiers monde, puis de la médecine tropicale, et ensuite il a travaillé avec Médecins sans frontières.

- *Quelles ont été vos motivations ?*

C'est un choix personnel. Durant ses études en Belgique, il a beaucoup travaillé dans des régions du Quart monde avec des problèmes sociaux importants. Dans le sud de la Belgique, il y a d'anciennes mines, donc des gens du peuple. C'est de là que lui est venue la motivation.

Il habitait en périphérie, dans un petit village de Belgique qui possédait un médecin traitant.

Ses premiers stages étaient en médecine générale dans un petit village, avec un médecin avec qui il a gardé contact, un médecin de famille omnipraticien.

Un désavantage pour les omnipraticiens belges est qu'en cabinet ils n'ont pas de radio, ni de labo.

Il peut se vanter de faire de la médecine bon marché en périphérie.

- Quels moyens avez-vous à disposition?

J'ai un cabinet médical relativement fonctionnel avec une radio, un petit laboratoire de premier à point et une salle d'urgence, pour autant que l'on soit habilité à le faire. Ainsi quand il y a un problème urgent le labo de base permet de faire rapidement un diagnostic de première hypothèse.

Dans le Valais, les cabinets ont facilement un labo. Cela risque de changer dans les années à venir.

- Avez-vous un proche qui pratique la médecine ?

Non, il est le seul dans sa famille.

- Quel est votre parcours professionnel ?

Formation dans les hôpitaux, puis remplacements, urgences régionales (Belgique).

Médecine tropicale pendant 6 mois avec MSF.

Retour en suisse dans 2 cliniques de haut standing avec une population très différente des années antérieures.

Stages dans des petits hôpitaux, comme Neuchâtel, Yverdon, Genève et Martigny.

Beaucoup de pratique en cabinet, notamment à Crans Montana et à Verbier.

Tout ceci lui a apporté de l'expérience, qui, avec la pratique dans différents services et avec différents maîtres de stage, est très importante pour pouvoir ouvrir un cabinet.

Ceci lui a permis de mieux se sentir quand il s'est retrouvé seul au cabinet, car à ce moment là «on est seul à diriger le bateau».

- Avez-vous repris un cabinet ?

Il a repris un cabinet avec la clientèle d'un médecin parti en retraite partielle, car ce dernier est maintenant régulateur du 144 valaisan.

Ça n'a pas été dur de reprendre les patients, ni pour lui, ni pour eux, à entendre et à voir la continuité. C'est comme si rien ne s'était passé.

Ça faisait 4 ans que l'ancien médecin cherchait à remettre son cabinet. Il a eu plusieurs médecins intéressés avant de trouver le bon.

Il n'a pas eu de problème d'adaptation car il a beaucoup voyagé et rencontré énormément de personnes. Il a toujours vécu dans un petit village avec des agriculteurs et de mineurs. Il vient d'ailleurs de la classe sociale populaire (grands-parents mineurs), donc il connaît ce type de population. La population du village semble l'avoir bien accepté.

- Y a-t-il d'autres médecins dans le village ?

Ils sont 2 médecins dans le village.
L'autre est de la même génération que le médecin auquel il a repris le cabinet. Donc dans 5, ans il va essayer de remettre son cabinet. Il se retrouvera donc seul au village.

- Quels sont vos horaires ?

Il travaille de 8h à 18h, mais le cabinet est fermé entre 12h et 14h. Il en profite pour faire de la paperasse, les assurances, les visites. Mais la journée commence d'abord à la maison avant 8h, et le soir il ramène du travail à la maison (paperasse, dictée, assurance).

- Comment s'organisent les gardes du week-end ?

Comme ils sont 2 médecins dans le village, ils font à tour de rôle 2 samedis matins par mois.
En semaine : ils alternent un mercredi après-midi et un jeudi complet (2 jeudis et 2 mercredis après-midi par mois).
En cas d'urgences et qu'il n'est pas atteignable, il y a un déviateur du numéro d'urgence. Si il n'est pas là il y a toujours l'autre médecin.
Ils essayent qu'il y ait toujours au moins un des 2 médecin dans le Val de Bagne.

- Quel rôle médical assumez-vous en dehors de votre pratique au cabinet ?

Médecin scolaire
Médecin répondant du centre médico-social
Un des médecins responsables du «Home providence»
SMUP : service médical d'urgence de proximité
Un des médecins du 144, avec lequel il a un contrat de disponibilité, il répond seulement si il le peut.

- Quels moyens de transports les patients utilisent-ils pour se déplacer ?

Les gens se déplacent beaucoup plus facilement maintenant.
Si le médecin ne peut pas se rendre à leur domicile ils sont suffisamment autonomes pour aller à l'hôpital de Martigny.

- Faites-vous des consultations à domicile ?

Pour l'instant très peu. Les gens sont habitués à se déplacer au cabinet car il y a tout sur place. Mais quand je visite, ce sont surtout des enfants et des personnes âgées. Je fais environ 4 à 5 visites par semaine.

- Combien de patients voyez-vous par jour ?

20 à 25 patients.

- *Existe-il des maladies prévalentes ?*

« Dos médico-traumatique », problèmes dorsolombaires, et des polyarthrites, car c'est une région agricole et les gens ont des activités assez lourdes.

- *Avez-vous remarqué une variation saisonnière du nombre de patients ?*

C'est difficile à dire car ça fait seulement 8 mois qu'il est ici. Mais pour l'instant c'est assez stable. De plus les touristes se trouvent d'avantage du côté de Verbier. Il y a actuellement un projet de construction proche d'ici (à Bruson) qui risque de changer la donne dans les 4 à 5 ans à venir.

- *Quel secteur couvrez-vous ?*

Partout dans la région

La garde comprend tout le Val de Bagne (Orsière, Grand-Saint-Bernard, La Fouly (40 min)) Ceci représente toute la vallée jusqu'au lac de mon voisin et Beau-Vernier.

Il couvre une très grande surface.

Pendant les saisons mortes les gens descendent de Verbier pour venir consulter.

- *Comment sont organisées les gardes de nuit ?*

Du lundi matin au lundi matin suivant, de 18h à 8h du matin. Il travaille en parallèle durant la journée à son cabinet. Si des urgences vitales arrivent au cours de la journée, elles sont déviées vers le 144, ou il est appelé en tant que médecin SMUP.

Ils sont 6 médecins à faire la garde régionale. Donc ceci représente une garde d'une semaine toute les 6 semaines.

- *Quelle influence à votre travail sur votre vie familiale ?*

Ca dépend de la personnalité du docteur. Lui a décidé de privilégier sa famille. Il a des enfants en bas âge (1; 3 et demi; 5 ans).

La qualité de vie dans un cabinet est nettement meilleure par rapport à celle d'un assistant ou d'un chef de clinique à l'hôpital. Il a au moins congé les mercredis après-midi et jeudis. Donc il est plus fréquemment à la maison. Il essaye d'être de retour à la maison à des heures correctes. 20h voir 18h30 lors de journées calmes. Puis quand les enfants sont couchés, il travaille encore 1 à 2 heures.

- *L'éloignement pourrait-il poser un problème pour votre famille (études des enfants, etc.) ?*

Non, il y a tout ce qu'il faut dans la région, notamment à Martigny.

Il n'a jamais voulu aller s'installer en ville. Il a faillit reprendre un cabinet à Verbier.

Là il aurait ressenti des variations saisonnières, ce qu'il ne ressent pas ici (tant mieux).

- *Avec qui collaborez-vous ?*

Réunion régulière de professionnels de la santé du village (médecins, centre médico-social, kinésithérapeute, pharmacien, médecins, infirmières,...) quand c'est nécessaire, au moins 2 fois par année pour discuter des problèmes.

Il travaille beaucoup avec des gens de la région. Les spécialistes sont plutôt en ville. Il les connaît presque tous, puisqu'il a travaillé autrefois à Martigny où il était chef de clinique. Il a gardé de bonnes relations et il leurs envoie ses patients quand il pense qu'ils ont en besoin. L'hôpital de Martigny est une petite structure où les soins sont très bons.

- Les patients viennent-ils vous consulter avant de se rendre chez le spécialiste ?

La majorité de ses patients passent d'abord par lui avant d'aller voir un spécialiste. Dans le cas où c'est nécessaire, il en discute avec le patient. C'est une proposition, il n'oblige pas ses patients à voir un spécialiste.

- Attendez-vous avant d'envoyer vos patients chez un spécialiste ?

Ça dépend de la sensibilité de chacun. C'est très variable. Généralement, il essaye de ne pas trop traîner. Quand il ne sait pas, ou qu'il a un doute, il envoie à ses collègues plus compétents dans le domaine, la plupart du temps à des internistes. Il n'a pas la prétention de faire une médecine hyper intellectuelle, ce qui ne l'intéresse pas forcément. Il a plus un caractère traumatologie, il traite les cas où c'est cartésien, là où c'est clair.

Il aime bien avoir l'avis d'un de ses collègues spécialistes en plus, puis ensuite il traite le patient en collaboration avec eux. Ça se passe toujours très bien.

Il va jusqu'à un certain point au niveau du laboratoire et de la recherche.

- Fait-il lui-même les analyses de laboratoire de base ?

Ça dépend pourquoi. Si le patient vient pour un diagnostic et que l'on tombe sur une anémie ou un diabète, il aime bien travailler en collaboration avec l'endocrinologue, ou le spécialiste compétent. Il travaille en réseau, il n'est pas tout seul. C'est pluridisciplinaire.

- Avez-vous un assistant ?

Il a une assistante médicale à 80% et une secrétaire à 50%.

- Quels moyens diagnostiques avez-vous dans le laboratoire ?

Tout ce qui est hémogramme, formules sanguines, chimie.

Il ne fait pas la sérologie (hémoglobine glyquée, troponine). Dans ces cas là, il travaille en collaboration avec un laboratoire. Il n'y a aucun intérêt à faire des examens d'urgence, comme par exemple dans le cadre d'un syndrome coronarien, car dans ce cas il déplace immédiatement le patient à l'hôpital. Il n'y a pas d'héroïsme. Si on sait pas on envoie à l'hôpital le plus vite possible. Ce sont des réflexes qu'on acquiert avec le temps. On ne perd pas de temps dans les urgences vitales. Ça sert à rien.

- Avez-vous suivi une formation, particulière pour devenir généraliste ?

Formation générale dans les hôpitaux, en cabinet médical. Il n'a jamais fait de gynécologie à l'hôpital mais il a fait de la gynécologie en cabinet médical. Pour ce qui est périnéal, il a eu l'occasion d'aller à la polyclinique de Genève. On a des formations mais pour le reste c'est surtout en cabinet médical qu'on apprend.

- *Collaborez-vous avec les hôpitaux ?*

Majoritairement avec celui de Martigny.

Pour la traumatologie et les cas chirurgicaux plus aigus c'est avec celui de Sion. Les cas sont distribués dans les différents hôpitaux selon ce que préconise l'institut central des hôpitaux valaisans. L'image du valais a changé en terme médical. Ça fait toujours polémique. On est toujours dans la période de probation, mais ça fonctionne plutôt bien.

- *Comment se fait le transport des patients jusqu'à l'hôpital ?*

En ambulance ou en hélicoptère.

- *Que pensez-vous de la densité médicale dans la région ?*

Un troisième médecin ne serait pas superflu.

- *Quel est le temps d'attente pour une consultation non urgente ?*

Les gens peuvent venir le jour même, mais c'est en cas d'urgence. Souvent ce ne sont pas des urgences vitales. Ça dépend comment on fait ses consultations. Se surcharger ne sert à rien, stresser non plus. Il essaye maintenant de voir le patient le lendemain, voire le surlendemain. Ça dépend. Les assistantes sont le premier filtre pour voir quel est le problème, et si nécessaire, donner une consultation en urgence.

- *Les patients de la campagne attendent-ils plus longtemps avant de consulter que ceux de la ville ?*

Non, il ne pense pas. Ils ont maintenant un accès assez facile à la consultation. Les médecins sont très complaisants, c'est-à-dire qu'ils facilitent l'accès aux soins tant que possible. C'est difficile de dire non au patient. Si il a mal, il a envie d'être traité le plus tôt possible.

Il y a toujours des gens qui attendent trop longtemps avant de consulter.

- *La mentalité du patient interfère-t-elle avec votre pratique ?*

Non car il s'adapte aux gens. C'est personnel. D'autres médecins le feraient-il ? Il ne sait pas. C'est probablement pour cela que beaucoup de médecins ne veulent pas venir dans cette région. Il faut cette volonté et cette capacité de s'adapter aux gens. Les différentes générations ont des éducations différentes, que ce soit les patients ou les médecins. Les gens de la région vivent dans des enclaves, ils restent là et ont de ce fait une mentalité rude. Maintenant avec les déplacements l'ouverture se fait plus facilement.

Parfois c'est limite. Les gens reçoivent difficilement les conseils d'un petit jeune et probablement aussi de quelqu'un qui n'est pas suisse. Mais à son avis ça ne joue qu'un rôle minime. Ils ne le lui font pas ressentir.

Ce qui est important c'est la communication. Il explique beaucoup en s'adaptant à leur manière, jamais comme entre médecins. Nous nous avons été à l'université. Beaucoup d'entre eux n'ont jamais terminés les bancs de l'école.

Économie

- Pensez-vous être reconnu à votre juste valeur en tant que médecin périphérique ?

C'est un peu le combat actuel avec les implications du TARMEC. On pensait qu'il allait revaloriser l'acte intellectuel produit par le médecin et je pense que l'on est largement en dessous, pour beaucoup, aussi suite à la mauvaise utilisation du TARMEC. On travaille maintenant en temps ; ce que l'on offre comme service c'est du temps et le TARMEC est notre outil de travail qui nous permet de comptabiliser le temps que l'on met. On comptabilise tout, les compresses, l'injection, les 5 minutes de discussion entre 2 portes, ... je n'irais pas jusque là car il y a quand même une relation de confiance.

Avec les collègues on a l'impression de faire de l'épicerie. On nous a donné un matériel de travail et c'est grâce à cela que l'on vit. C'est une implication personnelle. Notre cabinet est comme une petite PME qu'il faut faire vivre. J'ai 4 personnes sous mes ordres, il y a la radiologie qu'il faut faire travailler, le laboratoire qui est excessivement cher, et les maintenances que ce soit de la radio, du labo ou tout simplement du cabinet et de tout le matériel utilisé. On pourrait utiliser du matériel de bas de gamme, mais ça ne serait pas bien vu. Il faut être correct.

En terme d'économicité, on tourne bien. Pour autant que l'on nous laisse pratiquer une médecine qui nous semble correcte et économique.

Je pense qu'avec le TARMEC, certains médecins ont probablement eu une moins value de 10 à 15% du chiffre d'affaire annuel. Ceci concerne plutôt les anciens qui ne sont pas trop impliqués dans le TARMEC et qui n'ont pas essayé de comprendre comment ça fonctionne et qui laissent coder leur secrétaire ou leur assistante. C'est une perte énorme.

Dans les années à venir ils parlent de diminuer les points TARMEC. Ils ont déjà diminué les points traumatologiques, radiologiques et des labos. De plus d'un canton à l'autre la valeur du point change, à Genève c'est à 98, ici c'est à 79 centimes.

Si vous êtes genevois et que vous prenez un appartement à Verbier vous pouvez avoir votre médecin traitant en Valais. C'est un gain pour vos assurances à Genève d'au moins 20 %. Une consultation qui vous coûtera 100 franc à Genève, ne vous coûtera que 80 francs en Valais. Pour les Genevois c'est avantageux d'avoir un médecin en Valais. Tant mieux. Les gens attendent pour venir consulter le week-end, car ils sont en congé, ils ont plus de temps et la consultation est toujours ouverte. C'est comme un shopping, comme la Migros, on ne téléphone pas, on vient et puis voilà, on prend. Donc il y a toutes ces implications là.

Il ne faut pas oublier que lorsque l'on reprend un cabinet c'est un gros investissement. A l'heure actuelle quand on se lance dans une démarche fiscale comme celle là, les gens nous disent que nous sommes fous, que ça ne fonctionne plus. Et bien si, ça fonctionne, mais je pense que le gouvernement devrait faire attention à garder un esprit libre des médecins pour continuer à avoir une bonne médecine. Si maintenant on commence à imposer des clauses fiscales qui proviennent essentiellement des assurances, je pense que l'on va gentiment vers une catastrophe économique.

- *TARMED a-t-il changé votre pratique médicale ?*

Non, on essaye d'avoir un chronomètre mais ce n'est pas possible. Je n'arrive pas. Maintenant on a la possibilité de voir avec l'ordinateur ce qui est juste. On doit rester juste dans le timing et puis ça va. Mais c'est vrai que celui qui remplit mal ses factures, parce qu'il a oublié d'introduire des codes TARMED est malheureusement déficitaire.

Pensez-vous que la formation de médecin généraliste est suffisamment encouragée au cours des études ?

Oui, depuis quelques années. Mais nous sommes encore loin d'une formation spécifique pour la médecine générale qui fournisse des stages pratiques et utiles comme c'est le cas en Belgique par exemple.

Comment vous êtes-vous formé ?

Je voulais faire la médecine générale, rien d'autre. J'ai fait beaucoup d'urgence dans les services des hôpitaux. J'ai pu y pratiquer de la médecine de tous les jours, même si c'est 80 pourcent de bobologie. C'est de la médecine générale, c'est ce que l'on rencontre ici. C'est par exemple une écharde ou un bouton qui gratte depuis trois semaines. On y voit également 20 Pourcent d'autres choses qui sont plus graves.

Je suis arrivé en Suisse en 1995, j'étais alors déjà médecin généraliste. On a reconnu mon diplôme belge à cause des bilatérales. J'ai fait mon diplôme FMH.

On a déjà 33 ans quand on termine les études, si tout ce passe bien. Je me suis installé à 42 ans.

Ça fait un grand bout de pratique et d'expérience pendant lequel on ne travaille pas pour soi, ce que je désirais. J'ai été très content de travailler pour moi ; maintenant c'est moi qui gère mon temps de travail, je fonctionne à ma manière.

Actuellement recommanderiez-vous de s'installer en campagne ?

Mais oui on peut ! Par exemple, dans les 5 prochaines années il y a au moins 5 médecins dans la région qui vont partir. Il y a en a un qui a déjà 70 ans et qui devrait en principe arrêter ou qui a déjà envisagé d'arrêter mais il ne trouve personne. Ils arrivent tous à la 60 aine. Faut il continuer jusqu'à 65 ans ? Est-ce un de nos futurs de pratiquer jusqu'à 70 ans ? Peut-être ? Pourquoi ? Est-ce par vocation ? Par gain ? En effet, on a le statut d'indépendant, on est soumis aux impôts comme indépendant. Il faut réfléchir à tout ça avant de s'arrêter.

On n'est pas formé pour l'installation et la gestion du cabinet. Par exemple on n'a pas de formation de comptabilité. Il faut toujours aller chercher les informations. A notre grand désarroi, on n'est pas toujours très bien renseigné. Il devrait avoir un module d'installation au cours de notre formation. Il faut chercher par vous-même les informations partout et parfois on a des informations paradoxales. On demande toutes sortes de papiers, on ne vous prévient pas. On n'est vraiment pas facilité en terme d'installation. Il faut y aller si vous voulez vous installer, ça ne se fait pas comme ça, il faut du temps. Il faut préparer ça assez longtemps à l'avance.

Y a -t- autre chose que vous aimeriez nous dire ?

Oui, que je recommande aux jeunes médecins de faire la médecine générale. Bien sûr ça dépend d'où vous venez de ce que vous voulez faire. Je pense que nous avons une mentalité différente en tant que plus jeunes médecins par rapport à nos prédécesseurs. Ca va donc aussi dépendre de la manière dont la médecine va évoluer. Serez-vous prêt à donner autant de temps pour votre profession? Et puis vous êtes des femmes, il ne faut pas se faire d'illusion, vous être plus de 50 pourcent à faire la médecine ; Votre formation coûte très chère à la société, plus que celle des garçons. En effet les garçons travaillent en général à 100 pourcent. Il fait la médecine pour faire de la médecine. Vous, les filles, vous allez être maman et probablement faire un pourcentage à un moment donné. Allez-vous le faire dans un cadre d'urgence ? Vous aller peut-être faire de la dermatologie, avec des métiers à horaires fixes. C'est peinard, vous faites deux jours par semaine et vous avez le temps de vous occuper de vos enfants... Tout à votre honneur car c'est un beau métier que d'être maman ! Il est vrai qu'on s'en va vers une féminisation de la médecine qui a tendance à réduire l'activité médicale. En terme de travail, il y a une perte de temps et de faculté intellectuelle énorme. C'est là où la société paye cher, car c'est des études très longues pour ensuite choisir un temps de travail partiel. On devrait donc produire encore plus de médecins pour éviter une pénurie médicale à cause des pourcentages. Cet équilibre rationnel hommes-femmes est-il bon pour la médecine ? On verra ça dans les années futures...

Oui, faites de la médecine générale, c'est génial. Mais ça demande beaucoup de disponibilité et de diversité. Il faut s'intéresser à tout ! Mais il faut surtout de la disponibilité, on doit bien garder cet aspect en tête. Même si je pense que les médecins ne seront plus aussi disponibles dans les années futures qu'ils ne le sont maintenant.

Il faut aussi savoir qu'en terme de gain on va aller d'année en année vers des gains moins importants. Les assurances font pression pour nous couper l'herbe sous les pieds, en précisant que c'est à cause de nous que la médecine coûte cher. Par exemple, Actuellement, il est de loin préférable c'être radiologue que généraliste sur le plan financier.

Si vous travaillez dans une clinique la qualité de vie n'est pas la même qu'avec un cabinet. Par exemple si la clinique ferme le week-end, il n'y a pas besoin de faire les gardes, il n'y a pas d'urgences,... Quand c'est fermé, tout s'arrête.

Il y a aussi une grande question en ce qui concerne la fin de l'obligation de contracter. Actuellement les assurances poussent de plus en plus vers cette révision, il faut que les médecins agissent s'ils veulent conserver l'obligation de contracter.

C) Interview Dr. Ca. (VS)

-Comment vous définissez-vous ? Etes-vous un médecin de campagne, de périphérie, ... ?

Je suis un médecin de campagne, de montagne, de famille, mais aussi « touristique » car je suis généraliste de stations hivernales. J'ai donc aussi de la traumatologie.

-Quels types de patient vous consultent-ils ?

J'ai 3 sortes de patients :

- 1) des familles de la région (différentes générations)
- 2) des gens qui viennent en Valais pour les vacances et qui ont besoin d'un médecin
- 3) des « traumatologies touristiques », c'est à dire les accidents ou les petits bobos où une seule consultation suffit. Ce sont donc des gens qui ne passent qu'une fois au Valais.

-Avez-vous observé une variation saisonnière de vos patients ?

J'ai plus ou moins de patients selon le moment de l'année. La vallée a 2'500 habitants, et il y a 2 cabinets médicaux. Durant l'année il y a relativement peu de travail pour deux médecins (et un collègue qui ne travaille pas à 100 pourcent). Mais en hiver, le nombre de patients monte à 17'000, donc là il y a beaucoup de travail. Il y a aussi une grande charge de travail le week-end, car il y a toujours des accidents qui arrivent à ce moment là.

-Y a-t-il un renforcement de l'équipe médicale pendant les mois d'hiver ?

Non. Normalement on arrive à répondre aux attentes des patients. De plus il est difficile d'avoir des médecins que pour 3 mois. Je n'aime pas travailler avec une équipe renforcée car il y a longtemps que je travaille seul et je n'aime pas être dépendant. Je n'ai pas l'habitude.

-Pensez-vous qu'il y ait besoin d'un autre médecin dans le village ?

Pour l'année non, pour l'hiver c'est à discuter. La période touristique est courte, 4 mois en hiver et 2 mois en été. On peut aussi compter septembre et octobre, mais il y en a moins.

Donc si on se base sur les 2'500 habitants de la vallée comme patients, il n'y en a pas suffisamment pour avoir des revenus corrects. Même s'il y a 4 mois de travaux importants, il faut faire attention aux coûts engendrés par le cabinet et par les appareils. C'est comme une petite entreprise à gérer.

- Quels moyens diagnostiques avez-vous à disposition dans le cabinet ?

J'ai une radiologie où je peux faire des radios des os, du thorax et de l'abdomen. Je possède également un laboratoire en commun avec mon collègue, qui, lui, fait aussi l'ultrason.

- A votre avis vous manque-il des appareils ?

Il y a les derniers appareils courants, mais pour un grand nombre d'examens, il y a les spécialistes avec qui je collabore depuis 20 ans. Par exemple j'envoie les radios ou j'envoie les photos aux dermatologues ou les ECG au cardiologue. Je fonctionne donc en réseau avec des spécialistes qui se trouvent essentiellement à Sierre.

Si on a d'avantage de matériel au cabinet mais qu'on n'a que 4 ou 5 patients qui l'utilisent, ça ne sert à rien. Par exemple je ne fais plus les sutures au cabinet, car il y a le service de médecine qui le fait.

Comme il existe maintenant des réseaux de spécialistes, le médecin généraliste n'a plus besoin de suivre des formations continues pour certaines pratiques médicales, dont il avait besoin il y a 20 ans.

Des auxiliaires :

Il y a des services médico-sociaux qui sont rattachés à Sierre. Le médecin fait une sorte de petit sous-centre, qui permet de régler les problèmes rapidement. En cas de besoin je fais monter le matériel depuis Sierre.

-Que faites-vous quand un patient à besoin de rééducation ou de physiothérapie ?

Il y a un physiothérapeute installé depuis 5 ans dans le village, nous travaillons donc ensemble. Il y a aussi une pharmacie qui s'est installée en même temps que le physiothérapeute. Ce dernier vend les médicaments quand la pharmacienne n'est pas disponible, comme le dimanche par exemple.

- Quel moyen de transport les patients utilisent-ils ?

Ca dépend de la saison. Généralement ils déplacent par eux-mêmes. En hiver il y a une ambulance qui reste dans la vallée. Il y a 20 ans, un ambulancier non professionnel était installé pendant tout hiver dans la vallée, mais il ne restait pas toute l'année. Il était seul et, puisque les ambulanciers n'étaient pas professionnels, je devais me déplacer avec eux. Maintenant ils sont équipés de médecins professionnels, formés aux cas d'urgence. Je ne fais plus d'urgence aujourd'hui, je n'ai pas suivi la formation nécessaire.

Avez-vous vu une évolution au cours des années ?

Il y a 20 ans, il n'y avait pas cette organisation de réseau de médecins spécialisés dans les urgences. Ils n'étaient pas équipés avec les moyens de transports modernes comme l'hélicoptère. Il y avait des groupes de médecins formés par eux même, et qui n'étaient donc pas très bien équipés pour ce travail. Maintenant il y a des organisations avec des équipes professionnelles.

Maintenant les exigences sont différentes, par exemple s'il y a un infarctus, l'hélicoptère vient, auparavant le patient aurait dû se déplacer lui-même. J'ai descendu des patients à l'hôpital de Sierre dans ma voiture privée.

Le type de décision est aussi différent. Avant j'amenaient tout de suite le patient à l'hôpital en utilisant seulement des antalgiques et des médicaments pour le trouble de rythme. Je le descendais vite car ce n'est pas simple de réanimer tout seul ! Maintenant je peux attendre ici car il y a l'ambulance qui vient le chercher.

- Avez-vous un assistant ou des collaborateurs directs ?

J'ai des assistantes médicales qui font les analyses courantes du laboratoire.

De plus ma femme est infirmière, mais elle n'est pas toujours là.

-Quelle est votre formation médicale ?

J'ai fait mes études à Genève, dans le but d'être généraliste. Toute de suite après mes études je suis venu travailler en périphérie, dans les hôpitaux de Sierre et de Sion. J'ai aussi fait la pédiatrie à Genève.

Pour moi, la pratique est très importante, donc je me suis tout de suite installé en campagne.

- Comment voyez-vous l'avenir médical du village ?

La plupart des médecins installés dans ce village sont de la même génération; ils vont tous prendre leur retraite presque en même temps, donc il y aura un problème pour le remplacement des médecins.

Ceci m'inquiète. Il me reste 7 ans de travail, donc je me fais aussi du souci pour la reprise de mon cabinet.

- Comment gérez-vous le secret médical dans une communauté qui se côtoie régulièrement ?

C'est délicat car les gens se connaissent. Déjà dans la salle attente il y a ce problème, les patients savent qui est venu chez moi. Je suis très strict avec mon personnel car ils connaissent tous les patients et ils vivent dans le même lieu. Le désavantage de vivre à la campagne, c'est de connaître les gens de manière très proche. Certains médecins ne peuvent pas supporter cette façon de vivre et la mentalité de la campagne.

J'écris très peu dans mes dossiers et mon écriture est illisible. Je n'écris pas les choses très personnelles, par exemple ce qui concerne le côté psychiatrique. Je le garde en mémoire.

-Y a-t-il des désavantages à connaître la famille du patient ?

La famille d'un patient est aussi rapidement au courant de tout. Par exemple, si l'un de mes patients a un cancer et que je dois le lui annoncer, comment la famille peut-elle ne pas être au courant? Pratiquement ce n'est pas possible. Lorsque l'on vit dans un petit village, on connaît l'entourage du patient et on est obligé de mettre la famille au courant. Mais ceci se fait avec l'accord du patient.

-Y a-t-il des avantages à connaître la famille du patient ?

Oui, en connaissant la santé spécifique des familles, on peut suspecter certains facteurs de risque pour le patient sans le lui demander. Par exemple, il y a dans la région des familles qui ont de l'arthrose déjà quand ils sont très jeunes.

Pratique quotidienne :

-Combien d'heures travaillez-vous par semaine ?

C'est variable. C'est relativement calme durant les semaines entre Pâques et fin juin, ou entre septembre et Noël. A ce moment-là je ne vois que les gens qui habitent dans le village, ou qui viennent d'autre village de la région. En saison, il y a beaucoup plus de travail.

En même temps je dois aussi suivre des cours de formation.

Je travaille aussi le samedi et dimanche. Je travaille également en fin de journée et, s'il y a beaucoup de monde, je dois travailler de nuit. J'arrive cependant à prendre une pause entre 12h et 15h.

Comment se passent les urgences ?

Pendant 22 ans je faisais la garde une semaine sur deux, mais maintenant je la fais seulement pendant la saison. Entre saisons, les urgences vitales passent par le 144, qui peut parfois me contacter en cas de besoin.

Je donne aussi mon numéro de natel pour que les gens puissent me joindre. Je les vois au cabinet ou je fais une visite chez eux. Je suis donc disponible pour mes patients à n'importe quelle heure.

Dans le cas où je ne serais pas disponible, mes patients passent par l'hôpital. A l'époque de mon installation (1983), les ambulanciers jouaient seulement le rôle de transporteur, donc le médecin de campagne devait les accompagner. C'était à cette période que j'étais 100 pourcent atteignable.

-Comment assurez-vous votre formation continue ?

Il y a des cours du 144, qui sont des rappels sur la médecine d'urgence ou des cours pour l'urgence pédiatrie. Le problème, c'est que si on ne pratique pas ces gestes, on les oublie. Un des problèmes de pratiquer en périphérie est qu'il n'y a pas de personnes ultra spécialisés qui peuvent faire tous les gestes techniques. En plus, un médecin généraliste ne connaît pas tous les détails des différentes spécialités.

- Le fait de pratiquer en périphérie ouvre-il un domaine plus large de pratique médicale ?

Oui, c'est le cas et à mon avis c'est un avantage.

Ca permet d'avoir d'avantage contact avec les gens, ce que je désirais. Je couvre aussi un domaine plus large dans ma pratique quotidienne.

-Avez-vous toujours voulu vous installer en périphérie ?

Avant de m'installer en périphérie, j'ai travaillé avec la Croix Rouge. J'ai donc quand même hésité avant de m'installer en campagne. Maintenant que je suis en campagne et que j'ai ma famille, il serait difficile de rester quelques années à l'étranger même si je voulais le faire. Il m'arrive cependant de partir pour des missions.

- Qui vous remplace en cas d'absence ? :

En cas de petites absences, mon collègue de cabinet me remplace. Je fais de même quand il s'absente.

Mais dans le cas où je pars pour une mission, je prends un remplaçant. Je le fais aussi si ça surcharge trop le travail de mes collègues.

Toutefois je ne peux pas m'absenter trop longtemps, car il faut faire tourner le cabinet. Mais c'est très difficile des trouver des remplaçants car c'est un travail assez chargé. En effet, je travaille seul, donc j'ai de grandes responsabilités même si j'ai toujours mon réseau de médecins spécialistes qui est très important pour moi. Ca me permet de sécuriser mes décisions car je n'ai pas le soutien de l'hôpital ou de l'université. Travailler de façon autonome peut devenir problématique si on pas ce réseau.

- *Qui constitue ce réseau ?*

Ce sont des copains spécialistes, mais aussi du groupe de généralistes que je rencontre souvent pour parler des différents problèmes médicaux, financiers, etc.... On monte nous-même notre réseau et en travaillant ensemble, on a d'avantage confiance. Selon le problème que je rencontre, je peux demander conseil à mon collègue spécialiste ou généraliste.

- *Les spécialistes sont-ils facilement disponibles depuis le village ?*

Il n'y en a pas dans le village, les patients doivent descendre en plaine.

- *Envoyez-vous rapidement vos patients auprès des spécialistes ?*

En cas d'urgence j'envoie les patients tout de suite aux spécialistes. Mais le plus fréquemment je discute des problèmes de mes patients avec eux, sans envoyer le patient consulter.

Pour moi, ce réseau fonctionne aussi comme une formation continue, car j'apprends beaucoup de choses de la part de mes collègues spécialistes.

- *Faites-vous des visites à domicile ?*

Je fais des visites à domicile mais je les limite. Par exemple, je ne fais pas une visite pour un enfant qui a la fièvre. Par contre je visite des personnes âgés et des patients qui ne peuvent pas sortir de leur maison. Je me limite à ces cas car je dois rester disponible pour les cas d'urgence surtout.

- *Quelle proportion de votre activité les visites à domicile représentent-elles ?*

Très peu car je les limite; je pense 4 à 5 pourcent de mon travail.

- *Avez-vous remarqué un type de maladie prévalent dans la région ?*

Non il n'y en a pas. Peut-être qu'il y a plus de patients qui ont de la goutte.

- *Le fait de s'installer en périphérie a-t-il posé un problème pour votre famille ?*

Ma femme vient du village, donc je n'ai pas eu de problème !

- *Vos horaires ont-ils joué un rôle dans votre disponibilité pour votre famille ?*

Ce n'est pas seulement les absences qui jouent un rôle, mais aussi le fait de toujours devoir penser à ses patients. Je dois toujours être atteignable, même le week-end. C'est une grande différence entre la ville et la campagne.

- *Avez-vous déjà pensé vous déplacer en ville ?*

Non, car les deux ont des avantages et des désavantages, mais je préfère rester en campagne.

- *Que pensez-vous de Tarmed ?*

Je suis contre Tarmed car la consultation est une prestation globale qui ne peut pas se découper en 5 minutes. Il faut connaître les patients autrement que uniquement les problèmes médicaux pour mieux cerner le patient; c'est nécessaire pour la pratique médicale.

Il y a aussi un désaccord entre ma définition d'un cas urgence et celle des assurances.

- *Est-ce que Tarmed a changé votre façon de pratiquer ?*

Non, mais j'explique à mes patients que je dois parfois m'adapter au nouveau système. La seule chose qui a changée, c'est la facturation. Par exemple avant je ne facturais pas le téléphone, mais maintenant je le fais.

- *Est-ce économiquement rentable d'avoir un cabinet en périphérie ?*

Mon cabinet marche bien, je suis content de mon métier. Tarmed n'a pas engendré d'améliorations pour les généralistes; il y a d'avantage de profits pour les spécialistes. Je n'apprécie pas que l'on donne le pouvoir aux assurances. Pour moi c'est le gouvernement qui devrait avoir ce rôle.

Ce qui coûte, ce sont les contrôles obligatoires des pratiques médicales telles que la radiologie et le laboratoire. Il faut contrôler mais pas de manière excessive. J'ai besoin d'un petit laboratoire et de la radiologie, donc il faut me laisser le minimum de choses utiles. Si je n'étais pas équipé d'un laboratoire, il faudrait envoyer toutes les analyses et ça prendrait trop de temps.

- *Les patients demandent-ils souvent des médecines parallèles ?*

Oui, certains patients vont chez les homéopathes, mais je n'y crois pas. Pour moi, un traitement important ne doit pas être supprimé par la médecine parallèle.

- *Etes-vous confronté à la médecine traditionnelle ?*

C'est moins prononcé maintenant, mais ça existe. Je ne suis pas contre tant que ça n'interfère pas avec le traitement.

- *Est-ce que la famille joue un rôle important ?*

Oui, elle joue un rôle important mais les services médico-sociaux aident aussi les patients.

- *Est-ce que la famille interfère parfois avec vos décisions ?*

Oui, c'est normal qu'elle interfère un peu. Je pense que c'est le droit de la famille qu'on lui explique la situation du patient et qu'on lui montre comment elle peut aider le patient. Comme les gens du village me connaissent, ça leur permet d'être plus à l'aise avec moi et de coopérer d'avantage.

- *Comment pensez-vous être perçu par la communauté ? En tant qu'ami ou comme docteur ?*

C'est un mélange ! Je ne suis en tout cas pas mal perçu.

- *Pensez-vous que la formation actuelle encourage assez les étudiants à faire de la médecine générale ?*

Non, pas assez. La vision de la médecine générale a changée depuis 20 ans. Les gens ne veulent plus travailler seul, comme je l'ai fait par le passé.

- *A votre avis, quelles sont les qualités nécessaires pour devenir médecin en périphérie ?*

Aimer les gens, ne pas avoir peur d'être disponible et d'être au milieu des gens du village. Il faut aussi garder en tête les avantages et les inconvénients. À la base, il faut aimer son métier.

Il faut aussi aimer la nature, donc c'est une décision personnelle. Je ne suis pas isolé, je communique avec mes amis par Internet, etc.... J'ai donc accès à différents moyens de communication.

Il faut aussi regarder par rapport à la famille. En effet si on désire rester en périphérie il est difficile de trouver un temps partiel, par exemple pour les femmes.

- *Recommanderiez-vous à un jeune médecin de faire la médecine en périphérie ?*

Oui. Mais en prenant en compte les conditions que je viens d'exposer. En travaillant en périphérie le médecin est isolé par rapport à la ville, mais ça dépend beaucoup du médecin lui-même. Par exemple j'ai beaucoup de communication avec la ville que je peux atteindre en 25 minutes. Je pars aussi parfois en mission pour élargir mon horizon.

- *Avez-vous un message important à nous laisser ?*

Il y a toujours des inconvénients, mais je fais aussi beaucoup de choses que je ne ferais pas en ville. Ici, je fais de la vraie médecine générale, je fais des sutures, des plâtres et des urgences, toutes des techniques que les médecins généralistes installés en ville ne font plus.

Médecin de périphérie n'ayant pas pu remettre son cabinet

Interview Dr. U. (périphérie BE)

J'ai cherché pendant 5 ans quelqu'un qui soit disposée à reprendre mon cabinet. Je n'ai pas trouvé. Aujourd'hui j'ai 70 ans, j'ai été médecin chef jusqu'à 68 ans et j'ai arrêté mon cabinet il y a 11 mois. J'ai continué d'ouvrir mon cabinet jusqu'à cet âge car mes patients étaient encore là.

En tout, six personnes ont été momentanément intéressées à reprendre ; 5 Suisses et une Canadienne, mais le diplôme de cette dernière n'a pas été reconnu.

Beaucoup de médecins étaient des femmes qui désiraient travailler avec un pourcentage réduit. Or un 50% n'est pas envisageable ici. Ils auraient aimé avoir un temps partiel et pas de gardes; ce n'est pas possible dans cette région.

Il est peut-être envisageable de faire un pourcentage dans le cadre d'un cabinet de groupe.

A votre avis pourquoi les jeunes médecins ne désirent-ils pas s'installer en périphérie ?

Je pense que c'est une nouvelle génération qui n'a pas les mêmes idées du métier. Elle n'a peut être pas tort. J'ai sacrifié beaucoup, peut-être trop, à mon métier. Même ma famille.

Je pense qu'on travaille d'avantage en périphérie.

Les nouveaux médecins veulent être tranquilles, avoir du temps libre, des activités en dehors de leur métier, préparer leur retraite ... en quelque sorte devenir fonctionnaires. Ils veulent du temps libre, un bon salaire et travailler moins de 40 heures par semaine. Ici le temps de travail varie de 60 à 80 heures par semaine.

Les futurs médecins veulent voir leur confort d'existence avant leur profession.

Les femmes pensent d'abord à leur famille. On dit que 4 femmes formées équivalent à un homme. En effet l'une d'elles ne travaille jamais, les trois autres travaillent en pourcentage partiel.

Quand on travail à temps partiel, on ne peut pas appréhender ses patients, on ne peut pas les connaître.

A votre avis, l'éloignement a-il une influence sur l'installation des jeunes médecins ?

L'éloignement est une barrière à l'installation de nouveaux médecins. Cependant c'est un éloignement perçu et non réel. Je ne mets que deux heures pour venir à Genève. Les citadins ont l'impression de venir dans un lieu très éloigné mais ce n'est pas le cas. Cet éloignement est tout à fait gérable, même en collaborant avec Genève ou Lausanne, ce que j'ai fais durant de nombreuses années.

Comment s'organisent les gardes de nuits ?

Les régions à couvrir sont extrêmement étendues. Par exemple, un des districts à 45 km de long, il n'est donc pas possible d'intervenir sur plusieurs urgences à la fois. Mais on reprochera quand même au médecin de ne pas avoir été là.

Ce type de problème ne se rencontre pas en ville car l'hôpital se charge de tout cela.

Que sont devenus vos patients suite à la fermeture de votre cabinet ?

J'ai remis mes consultations à d'autres médecins, mais ils se trouvent tous loin d'ici (25km ou 35 km jusqu'à la prochaine ville).

Deux tiers de mes patients se sont distribués parmi les médecins de la région. Les médecins chez qui je les ai adressés ne les ont pas refusés car je les avais tous eu comme assistants auparavant, mais sans cela ils auraient probablement refusé, car ils ont déjà trop de travail.

Que pensez-vous de la densité médicale de votre région ?

Ici, il y a un médecin pour 10'000 habitant et la densité des médecins diminue de plus en plus. De plus, aucun des médecins de la région a moins de 50 ans, ils vont donc bientôt partir à leur tour.

Aujourd'hui, il y a 1 ou 2 médecins disponibles à l'hôpital de la région, qui sont débordés.

La densité médicale de certaines villes est beaucoup trop élevée, comme c'est le cas de Genève par exemple. Là il y a un médecin pour 250 habitants, tandis qu'ici c'est un pour 10'000...

Je crois que les caisses maladies règnent de plus en plus sur la profession. Par exemple, elles sont parvenues à geler l'installation de nouveaux cabinets sur le canton de Berne car les statistiques ont montré qu'il y avait assez de médecins par habitant. Mais la densité n'est pas égale partout ! Il y a sans doute assez de médecins en ville de Berne, mais pas ici ! On ne peut pas compter ainsi. En réalité ce type de statistique ne dit pas grand-chose.

Avez-vous une solution pour enrayer ce problème ?

Je ne vois pas de solution à court terme, c'est un problème politico-économique.

Si le travail disponible diminue en ville, les jeunes médecins seront obligés de s'expatrier en campagne. La ville a trop de médecin et en campagne on a besoin d'eux.

La solution de la médecine de campagne se trouve sans doute dans les cabinets de groupe.

Interview d'un patient de périphérie (VS)

- *Depuis combien de temps habitez-vous au Châble ?*

Depuis 53 ans. Je suis né au Châble.

- *Que faites-vous dans la vie ?*

J'ai une entreprise de transport.

- *Que représente le médecin généraliste pour vous ?*

Il est indispensable autant pour le village que la commune.
S'il y a un problème important il envoie son patient chez un spécialiste ou à l'hôpital.

- *Est-ce que vous pensez que c'est important que le médecin fasse des visites à domicile ?*

C'est important pour les personnes âgées.

- *Avez-vous un bon accès aux soins dans le village ?*

Oui. Il y a un réseau efficace, par exemple pour la physio.

- *A partir de quel moment jugez-vous utile de consulter un médecin ?*

Je ne viens pas tout de suite chez le médecin.

- *Est-ce que le médecin répond toujours à votre demande ?*

Oui. Il est suffisant pour répondre aux soins sinon on va chez un spécialiste.

- *Comment allez-vous chez le spécialiste ?*

C'est ma famille qui m'y conduit.

- *Êtes-vous satisfait de la disponibilité de votre médecin traitant ?*

Oui. Il est très disponible.

- *Pensez-vous que vous seriez mieux soigné en ville qu'ici ?*

Je ne sais pas car je n'ai jamais vécu en ville, mais je pense qu'il y a plus de facilité en ville par rapport à la campagne.

- *Depuis combien de temps connaissez/ consultez-vous votre médecin généraliste ?*

Un mois.

- *La relation avec votre médecin est bonne ?*

Oui très bien.

- *Est-ce un ami ?*

Le médecin actuel non, mais celui à qui il a repris le cabinet, oui. C'est un enfant de la région.

- *Rencontriez-vous l'ancien médecin en dehors du cadre médical ?*

Oui

- *Est-ce que le fait qu'il était en même temps votre médecin et ami vous dérangeait ?*

Non. Parfois le contact était plus facile.

- *Trouvez-vous que le médecin intervient trop, parfois, dans la vie personnelle ?*

Non.

- *Quel est votre avis sur la médecine traditionnelle ?*

Parfois, ma femme l'utilise afin d'éviter de venir chez le médecin pour des petites choses.

- *Avez-vous confiance dans la médecine traditionnelle ?*

J'ai plutôt confiance en mon médecin.

- *Avez-vous vu un progrès dans la pratique médicale en campagne*

Oui. Par exemple dans les moyens de transport. Il est maintenant facile d'aller à l'hôpital.

- *Pensez-vous qu'il y ait des améliorations à faire dans le système de santé en campagne ? Par exemple plus de médecins ?*

Non, il y en a assez maintenant.

Interviews de deux médecins généralistes en ville

A) Interview Dr. S. (VD)

A votre avis, en quoi la médecine générale en ville diffère-t-elle de celle de la campagne ?

A mon avis, on est plus isolé quand on est en campagne. On a aussi des ressources différentes, ainsi que des pathologies et des patients très différents.

Par exemple en psychiatrie, les pathologies sont très différentes par rapport à la ville. Les décompensations psychiatriques sont plus lourdes à la campagne. Probablement, les gens ont moins de contact les uns avec les autres et on s'alerte moins vite quand on a une décompensation psychiatrique en campagne. Bien que le réseau familial peut être plus élevé à la campagne, un comportement bizarre de quelqu'un en ville sera plus mal supporté. La campagne aura plutôt tendance à le prendre plus en charge. Il faudra donc une grosse décompensation pour qu'il soit remarqué. En ville on n'a pas du tout de traumatologie car on est bien outillé pour que les gens aillent ailleurs que chez le médecin de premier recours pour ce type de pathologie.

Avez-vous déjà travaillé en périphérie ?

J'ai travaillé dans un hôpital périphérique où il y avait des consultations ambulatoires et des gardes. Ce n'était donc pas une relation de cabinet. C'est sur ce type de population que je me base pour établir une comparaison ville-campagne. J'ai exercé une année comme assistante à Billance (FR).

Venez-vous de la ville ?

J'ai toujours habité en ville

Pourquoi avez-vous décidé de vous installer en ville ?

Pour rester en ville et pour rester là où j'ai ma famille, où j'ai mes infrastructures. Si j'avais eu le choix, par exemple si ma famille avait émigré en campagne, j'y serai aussi allé volontiers. Ce n'était pas ou l'un ou l'autre. Ce choix est plutôt lié à ma situation familiale.

Je trouve que la médecine en ville me correspond d'avantage car elle est moins physique. Plus je vieilli, plus je préfère ce genre de médecine. Plus jeune ça aurait été plus facile de travailler en périphérie. Il faut être solide pour travailler en périphérie.

A mon avis, il y a une charge de travail beaucoup plus grande en périphérie.

Quels sont les avantages en pratiquant en ville ?

Le réseau de soin. On reste près des gens avec qui on a fait ses études, avec lesquels on a travaillé.

La qualité de vie pour une citadine.

La possibilité d'avoir assez facilement une famille, de faire des temps partiels pour une femme.

De plus, j'aurais de la peine à refuser des patients si j'étais le seul médecin d'une région périphérique. Ici je sais qu'il y a une infrastructure toute proche (Les Grangettes) qui est prête à accueillir les patients, donc je culpabilise moins de les refuser. Si j'étais seule, je me sentirais obligée de leur donner du temps.

Avez-vous monté votre cabinet ou l'avez-vous repris?

J'ai commencé à zéro dans un appartement-cabinet qui m'a permis d'attendre mes patients car au début on n'a pas de patients du tout! Puis presque tous mes patients m'ont suivie dans ce nouveau cabinet.

Voyez-vous des désavantages au fait de travailler en ville ?

Actuellement, du fait qu'on est beaucoup en ville, on est très décriés et on a peu de considération pour nous car on estime qu'on est beaucoup. Or paradoxalement on a beaucoup de travail.

On entend souvent dire qu'on ferait mieux d'aller s'établir en périphérie, dans un endroit où on a d'avantage besoin de nous. Je pense que c'est un travail totalement différent. Je ne pourrais pas comme ça d'emblée travailler en périphérie après 15 ans de pratique urbaine. Il me faudrait bien une année pour retrouver certains réflexes.

Un autre point important est l'absence de reconnaissance sociale qui est de plus en plus dure.

Il y a également une surcharge de travail administratif. La périphérie rencontre aussi ce genre de problèmes mais ils délèguent probablement plus, car ce n'est pas une priorité, ils sont obligés. Tandis que nous, nous sommes obligés de le prendre pour nous même.

Il y a 10 ans de cela, je n'aurai pas trouvé de désavantages à travailler en ville.

Ca doit être plus facile de gérer ça en ville qu'en périphérie. Quand on est seule on a une certaine pression à donner de son temps, à se réveiller la nuit,... C'est plus facile de s'organiser quand on est beaucoup avec des structures de garde, un hôpital universitaire tout proche,...

Faites-vous des gardes de nuit?

J'en ai fait, mais je n'en fais plus actuellement. Sur Genève, nous ne sommes pas obligés de les faire. Ce sont des gardes qui tournent en ville dans une voiture avec tous les problèmes d'insécurité que cela pose pour une femme, ou même, actuellement, pour un homme. Nous avons des moyens très très limités, car nous voyons des pathologies extrêmement diverses qui peuvent aller du cas social à la pathologie lourde. De plus ceci est à nouveau mal rémunéré et mal reconnu. Donc dès que c'est possible, je pense qu'on arrête de faire des gardes. Et à long terme, au niveau de la fatigue, du rythme de vie et de la famille, il reste peu de marge pour faire les gardes de nuit.

Faites vous des gardes lors des week-ends ?

Non, car les gardes sont organisées comme pour les gardes de nuit. Ce qui manque comme infrastructure, c'est que les gardes aient lieu au cabinet, comme ceci se pratique dans beaucoup de pays. Ceci n'est malheureusement pas organisé à Genève. Dans ces conditions là ce serait beaucoup plus tolérable de faire des gardes.

Pensez-vous qu'il soit envisageable de travailler en pourcentage en périphérie ?

Oui je pense que c'est faisable. Mais à nouveau c'est quelque chose qui ne se fait pas. Ce serait néanmoins tout à fait faisable s'il y a des confrères avec qui il soit possible de travailler en commun. Ceci serait surtout utile entre femmes qui ont des familles. Il serait alors possible de combiner un 100 % entre deux, voire trois personnes. C'est aussi une question financière, mais comme c'est maintenant théoriquement bien rémunéré, autant qu'en ville (heureusement qu'il n'y a pas encore de différence!), ceci devrait être envisageable. Cette solution serait sans doute organisable.

Quelle formation avez-vous suivie ?

J'ai terminé en 1983, puis j'ai travaillé un an comme assistante à l'hôpital de district de Billance dans la Glane. Je suis ensuite retournée en hôpital universitaire à Genève où j'ai essentiellement fait des soins intensifs, de la médecine d'urgence et de l'étage. J'ai ensuite fait une année d'endocrinologie clinique à l'étranger. Je suis revenue à Genève et j'ai fait beaucoup de cardiologie. Puis j'ai fait trois ans d'endocrinologie en recherche clinique. Je suis ensuite partie deux ans aux USA pour faire de la médecine de premier recours. J'ai ensuite fait trois ans chef de clinique à la polyclinique de médecine. Puis j'ai ouvert mon propre cabinet il y a environ 11 ans.

A votre avis, cette formation vous a-t-elle bien préparée à la pratique en cabinet ?

Seule la formation de médecin de premier recours que j'ai suivie aux USA m'a été utile. Rien d'autre.

Il m'a manqué très très fortement la psychiatrie (ou la psychosomatique). Et si on envisage de s'installer dans un cabinet de premier recours en périphérie, il faut très certainement de la chirurgie (abdominale, petite traumatologie,...). Il faudrait aussi de la pédiatrie.

Faites-vous encore de la recherche?

Non, plus du tout. J'en ai déjà fait suffisamment par le passé. Ceci demande beaucoup de temps universitaire. Le temps c'est de l'argent, et pour faire tourner le cabinet (qui tourne déjà limite) je n'aurais pas le temps d'aller à l'hôpital faire de la recherche. Ce n'est pas possible. De plus il faut une grande infrastructure pour faire de la recherche (ex. statisticiens, comité d'éthique, de gens qui relisent les papiers, de sponsors pour aider à la publication,...). Il faut également des fonds.

La solution devrait venir de la polyclinique de médecine où l'on forme les gens à avoir un cabinet dans un milieu hospitalier. A mon avis, seul ceux-là peuvent faire de la recherche.

Avez-vous beaucoup de patients qui viennent essentiellement pour parler de leurs problèmes ?

Beaucoup. C'est un problème de société. J'ai huit consultations par jour, je pense que je fais facilement au moins trois consultations comme ça au cours d'une journée.

Il y a des jours où je me force à me lever pour aller prendre une tension, un poids ou mettre un stéthoscope sur un dos pour au moins avoir l'impression de faire de la médecine, celle que j'ai apprise. Il y a beaucoup de jours comme ça.

J'ai aussi beaucoup de suivi chronique, où il y a beaucoup de choses à se dire et peu de choses à examiner. Le geste fait néanmoins partie de la visite, on doit en tenir compte car ceci fait partie de toute l'image de la visite. Mais il y a beaucoup de gens qui ne viennent que pour parler, pour un conseil, pour un problème de couple, une décision,...

Combien de patients avez-vous en tout ?

Je vois 40 patients par semaine. Je ne sais pas combien il y en a en tout, car certains ne viennent qu'une seule fois.

Y a-t-il beaucoup de gens qui viennent ainsi ponctuellement ?

Il n'y en a pas beaucoup, mais il y en a qui passent des périodes de leur vie. Je les vois pendant trois ans, puis je ne les vois plus. Soit ils n'ont plus de problèmes, soit ils ont déménagé, soit ils ont trouvé un autre médecin. Je suis rarement confrontée au « tourisme médical ».

Faites-vous des visites à domicile ?

Plus maintenant car ce n'est plus rentable du tout, je perds trop d'argent. C'est un contrat que j'établis avec mes patients. J'explique que je ne peux pas venir à domicile pour diverses raisons (famille, transport,...). Je mets en place une autre structure. Je le fais un tout petit peu, mais pour de très très vieilles personnes, mais toujours dans un cadre très précis: il faut que l'infirmière soit là, que ce soit à heure fixe, que ça ne bouscule pas complètement ma vie.

Si le patient ne peut plus se déplacer, il finit par aller dans un EMS ou à l'hôpital. Il y a une période transitoire difficile, mais en général la famille comprend très bien.

Je vais dans les EMS car les visites sont plus faciles à organiser.

Si le patient veut vraiment rester à la maison, je laisse le choix à la famille de trouver un autre médecin qui fait encore des visites. Il y en a encore quelques uns.

Quelle est la typologie des patients qui viennent vous consulter ?

Il y a de tout ; cardiaque, pulmonaire, infectieux, psychiatrique, ... Toute la médecine interne. Je ne vois pas d'enfants ni de femme enceinte. Je suis interniste de formation.

Avez-vous des collaborateurs directs ?

J'emploie deux retraitées, une qui fait office de secrétaire, l'autre qui fait d'avantage d'administratif. Sinon c'est tout moi qui fait pour des raisons d'économie.

Avez-vous un laboratoire ?

Oui. On a un refletron. Ca me permet d'avoir des résultats immédiats et de faire les prélèvements, ce que j'aime beaucoup. Mais il est probable que je ne le garde plus pendant longtemps car il commence à me coûter trop cher. Il y a beaucoup de contrôles à faire, et le prix de l'acte et des analyses diminue. Bientôt ça ne vaudra plus le coup.

Avez-vous une radiologie ?

Non, je ne fais pas non plus de radio. Même quand je me suis installée je n'ai pas voulu de radiologie car il fallait repasser un examen entier de radioprotection qu'on n'était même pas sûr de réussir. Et à nouveau, la médecine actuellement devient de plus en plus spécialisée, et je pense qu'on doit malgré tout offrir aux gens le meilleur de ce qu'on a. On a des radiologues ici, donc pourquoi avoir de la radiologie quand on est en ville?

Collaborez-vous avec d'autres généralistes installés en ville ?

Non. Pas du tout.

Collaborez-vous avec des spécialistes ?

Oui évidemment ; il y a tout un réseau de spécialistes autour de nous. Deux ou trois par spécialité, qu'on réactive tout le temps. On est sensés savoir gérer les trois ou quatre premières consultations puis envoyer aux spécialistes. Ensuite ce sont eux qui nous renvoient le patient. On décide avec le patient si on fait juste ou faux.

Qui vous remplace en cas de maladie?

Au début j'avais des remplaçants, mais le problème c'est qu'on ne donne pas nos dossiers, ils restent au cabinet. Les remplacements ne se faisant pas au cabinet, on ne peut jamais savoir qui va tomber malade quand on n'est pas là. Donc ceci implique de refaire toute une anamnèse, si on est consciencieux, et reprendre en charge toute une histoire. En une demi heure c'est vraiment difficile. C'est devenu de plus en plus difficile car les gens sont devenus de plus en plus exigeants. Même quand ils venaient pour un remplacement il fallait reprendre toute l'histoire. Le mieux serait d'avoir un remplaçant qui vienne sur place, comme ça se passe en France. Ceci fait 6-7 ans que quand je pars en vacances je délègue à la consultation des Grangettes. Mais surtout je rééduque mes patients, j'essaie de leur apprendre qu'on réactive ses propres réseaux. Si un de mes patients à un cardiologue, un ORL, il sait où aller. Mes patients finissent par ne plus avoir besoin d'aller dans les urgences.

Comment se passent les vacances ?

Pour gagner correctement sa vie, on ne peut pas partir trop longtemps. Je pense que quand on commence on ne peut pas s'absenter longtemps, il faut faire comme si on là était tout le temps. Il faut donc s'absenter sur des petites périodes, maximum une semaine. Puis après, au fil du temps, on se rend très bien compte à quel moment nos patients ne sont pas là. Par exemple, j'ai beaucoup de patients espagnols et portugais qui partent souvent en août. Je sais maintenant que ça sert à rien que je sois là les trois premières semaines d'août. Ou je m'ennuie, ou je ne prends que des choses très difficiles et ce n'est finalement pas agréable. Je pense que ça dépend de la conjoncture, de ce qu'on doit ramener à la maison comme argent. Si on a les moyens, on peut partir. Je pense que les patients vous restent fidèles même si vous partez, pourvu que vous leur ayez donné des solutions de remplacement. Actuellement, je vais partir 7 semaines au cours de l'été, je suis obligée de le faire. Tous mes patients me disent « bonne vacances, bon voyage,... ». D'autre part, l'agenda est déjà plein pour septembre. Je n'ai donc pas de soucis, je ne me dis pas que je ne vais rien retrouver au retour.

Le fait qu'il y ait autant d'autres généralistes en ville influence-t-il votre pratique ?

Non.

Sentez-vous une compétition entre généralistes de la ville?

Oui. On est très isolé. C'est quelque chose dont les gens ne se rendent pas compte. On a l'AEMG mais on a pas de réunion pour discuter de comment on fonctionne et de ce qu'il en est. J'ai des rapports avec d'autres généralistes, mais les gens ne disent pas forcément la vérité car c'est un commerce. L'argent est tabou, on ne raconte pas combien on gagne ni ce qu'on fait. Depuis Tarmed, c'est devenu encore plus difficile. Ceci fait que j'évite de me comparer aux autres car ça me rend malade. C'est ça le problème. Donc à moins d'avoir un cabinet de groupe où on délègue à la personne qu'on connaît bien, je préfère rester discrète. Je sais que si un collègue me dit qu'il voit 80 ou 100 patients au cours de la semaine, je me demande ce que je fais moi avec mes 40 patients par semaine. Est-ce parce que je travaille pas assez, parce qu'il n'y a pas assez de gens qui viennent, parce qu'on ne me connaît pas ? Il ne faut pas oublier qu'on n'a toujours pas le droit de faire de la publicité, donc on se fait connaître uniquement grâce au bouche à oreille. Je sais qu'il y a des cabinets qui font faillite.

Faites-vous partie d'une association ?

Oui, l'AEMG, la FMH, et le groupe des médecins de premier recours. C'est un système de réseau de santé qui a conclu un contrat avec les assurances dans lequel on s'engage à traiter les gens au mieux pour le moins cher. C'est à dire ne pas les envoyer sans cesse chez le spécialiste, ne pas prescrire les examens les plus chers, ... Mais ceci est un peu un leurre, car on est de toute manière sensé travailler ainsi. Pour que les patients reviennent, pour que les assurances nous payent, on ne va pas multiplier les examens pour certaines personnes et pas pour les autres. Donc on va avoir un politique de santé identique pour tous nos patients, car on ne leur demande pas s'ils font parti du réseau et à partir de là les soigner à moindre frais. Pour le moment ceci ne nous rapporte rien, le jour où ça nous rapportera ou que nous seront obligé de le faire (comme c'est le cas en France), on demandera qui fait parti d'un réseau et qui a une assurance privé. Et de là on soignera les gens différemment, ce qui n'est heureusement pas encore le cas maintenant.

Avez-vous des contacts avec des médecins de campagne ?

Non jamais. Genève est un canton de ville. Doit-on considérer le médecin de Bernex comme étant à la campagne ? Je ne suis pas sûre. Genève est tout petit.

De façon générale, avec qui collaborez-vous ?

Les collègues spécialistes, les assistantes sociales du quartier (mais pas beaucoup car j'ai peu de patients chroniques à la maison), les infirmières du quartier du centre social dont chaque quartier de la ville dépend. Je parle aussi énormément avec les assurances. Les pharmacies.

Quels liens entretenez-vous avec l'hôpital ?

Quasi zéro. Pour des raisons de taille de l'hôpital. Il y a toujours eu un antagonisme entre les médecins de la ville et les médecins de l'hôpital. Qu'on soit à l'hôpital ou qu'on soit en ville, on l'a toujours vécu, dans le sens où à l'hôpital on pensait être les meilleurs et faire ce que les autres n'avaient pas fait, et en ville on est exaspéré car quand on arrive au bout et qu'on envoie notre patient à l'hôpital c'est vraiment qu'on a fait tout ce qu'on pouvait. En général ils ne peuvent pas faire beaucoup plus que nous, si ce n'est avoir une consultation spécialisée, avec un peu plus d'expérience.

C'est aussi un challenge de ne pas envoyer son patient à l'hôpital. Quel que part, envoyer son patient à l'hôpital, ce n'est pas vraiment un échec car parfois il le faut, mais c'est souvent vécu par les patients comme un échec, ceci dans le cadre de la médecine de premier recours.

Voyez-vous toujours vos patients avant de les envoyer à l'hôpital ?

Non, la manière de faire la médecine a aussi évolué, Les gens sont plus pressés, ils veulent la consultation tout de suite, s'ils ne l'ont pas tout de suite ils vont ailleurs. Donc très souvent ils me téléphonent et je leur dis d'aller à l'hôpital si je pense que ça ne va pas. J'essai encore d'appeler l'hôpital, mais ça ne sert à rien du tout. C'est tellement grand que même si on annonce l'arrivée à quelqu'un, c'est une autre personne qui va l'accueillir à l'arrivée.

La même chose à la sortie, C'est tellement grand que même si l'hôpital appelle pour dire que le patient sort (ce qu'ils font très consciencieusement), il y a un décalage dans le temps. Il arrive que vous ne voyez le patient que deux ou trois mois après, ou alors vous l'avez déjà vu. Il n'y a pas de synchronisation du tout. Mais aussi par manque de volonté.

Pensez-vous que la densité des médecins en ville est excessive ?

Je ne pense pas que ça soit excessif. Je ne pense pas non plus qu'il en manque. C'est peut-être un peu excessif selon les spécialités. Mais je pense que la société va mal, et que le médecin est encore l'endroit où l'on peut se parler. Il n'y a pas beaucoup de repères familiaux, de repères culturels, pas ou peu de repères religieux, je pense donc que le médecin a une place importante à jouer. Je ne pense pas que les gens vont pour rien chez le médecin. Je n'arrive pas à le croire. Je pense donc qu'il y a assez de médecins, voir même pas assez. Je pense que la politique de santé est déplorable actuellement par rapport au fait de ne pas pouvoir ouvrir un nouveau cabinet.

Les patients viennent-ils vous voir avant de s'adresser à un spécialiste ?

Mes patients passent en général d'abord par moi ou ils m'appellent pour avoir le nom d'un spécialiste. Mais ils viennent aussi car je suis disponible. Par exemple pour un mal de tête persistant, je vais d'abord dire de venir me voir, même si il s'avère que c'est une migraine et que je vais ensuite l'envoyer chez le neurologue.

Quel est le temps d'attente pour une consultation non urgente ?

Environ dix jours, deux semaines.

Combien de temps attend le patient avant de venir vous consulter ?

Les patients viennent en général après une semaine, dix jours suite à l'apparition du problème. J'entends souvent des histoires qui commencent par « Il y a dix jours... ». Bien sûr ceci dépend des patients, certains viennent avec raison après deux jours seulement et certains viennent après trois mois et ont attendu trop longtemps. Mais je trouve que dans l'ensemble les gens sont adéquats.

La mentalité des patients interfère-t-elle avec vous ?

C'est certain. La mentalité, la culture, le caractère,... On a les patients qu'on mérite, ceux avec qui on s'entend. Les autres ne restent pas. De nous-mêmes on ne les garde pas, on fait tout, même inconsciemment pour les faire repartir.

Genève est cosmopolite, ceci pose-t-il des problèmes de culture ?

C'est certain. On voit des gens de toutes les cultures, mais ceux qui restent sont ceux qui vous correspondent. J'ai par exemple beaucoup de peine avec les gens de l'ex. URSS qui ont une demande médicale très précise qui ne correspond pas du tout à ce que j'ai appris ou à mon fonctionnement intellectuel. Ils ont tendance à pratiquer le tourisme médical. Je me sens en échec complet face à ces gens là. Et je sais qu'ils ne reviennent pas non plus.

L'autre exemple serait les gens de race noire qui ont une notion du temps totalement différente de la notre. Dans le cadre d'un cabinet médical, c'est difficile à gérer.

On sent très bien que les gens se sectorisent en fonction des différents médecins qu'ils rencontrent. Ceci dépend de la tolérance, de la disponibilité du médecin, etc. Après mes années de pratique, je dois reconnaître qu'il y a des gens avec qui le contact passe mieux. Ce n'est pas qu'une question de caractère, c'est aussi une question d'attente de la part du patient.

Etes-vous souvent confrontée à la médecine parallèle ?

Oui. Facilement deux fois par jour.

Je n'ai jamais eu aucun problème avec ça. Si on arrive à dialoguer, si le patient dit toujours où il va et que, de mon côté, je lui dis toujours ce que je lui donne et ce que je lui fais. Tant qu'on n'est pas dans des positions opposées avec l'autre thérapeute et que le patient n'est pas pris en otage entre les deux, la médecine parallèle ne me pose aucun souci.

La famille s'implique-t-elle auprès du patient ?

Oui énormément. C'est impressionnant de voir cela en ville. Je n'imaginai pas autant. Je pensais que c'était plutôt lié à la périphérie. C'est quelque chose que je remarque chez beaucoup de mes patients, indépendamment de leur culture.

La chance du médecin de famille est aussi de connaître les membres d'une même famille. Un membre amène l'autre. Je connais également plusieurs générations.

Quel rôle joue la connaissance de plusieurs membres d'une même famille ?

Ca complique un peu, car il y a un gros problème de confidentialité, mais ça aide également beaucoup. Il faut faire très attention à ce qu'on dit, mais d'autre part, ça permet une vue de l'histoire exceptionnelle. C'est une autre histoire qui s'inscrit.

J'ai étudié la systémique de l'adolescent, c'est-à-dire la place de l'adolescent au sein de la famille ainsi que tous les enjeux liés à cette période de vie ; dans ce cadre là, il est fréquent de demander les histoires familiales, donc c'est très important de connaître la famille. Connaître la famille est quelque chose de génial ! Voir des gens qui se marient, qui ont des enfants, ...

Le mode de vie de la population a-t-il changé, les gens ont-ils davantage d'informations à disposition ?

Auparavant personne n'arrivait avec une feuille tirée d'Internet, mais ceci n'est pas si fréquent. Mais souvent après avoir posé un diagnostic les patients reviennent avec des informations qui n'étaient pas aisément faciles d'accès par le passé.

Beaucoup de gens demandent maintenant d'avoir des copies de leurs labos, même s'ils ne savent pas les lire et qu'elles sont plutôt source d'angoisse. Ceci augmente la durée des consultations, car il faut tout leur expliquer; ce n'est pas qu'on ne le veut pas, mais malgré tout on a appris des choses qu'ils n'ont pas apprises.

Traitez-vous vos amis ?

Pas de proches ni la famille. Des amis parfois, mais c'est une erreur que j'ai fait en début d'installation et que je ne referai plus. Ça fait cinq ans que j'ai décidé de ne plus le faire, car il y a une implication affective énorme, une très grande résonance aussi. Dans la mythologie de la Grèce antique on tue le porteur de mauvaises nouvelles ; C'est assez vrai, le jour où vous annoncez que quelque chose ne va pas, vous n'êtes pas en odeur de sainteté et on vous en veut par la suite. Vous ne retrouvez plus jamais le lien que vous aviez auparavant.

C'est aussi vrai dans l'autre sens, il y a plusieurs personnes qui ont essayé de devenir amis avec moi, j'ai fait l'erreur deux fois, mais je ne le referai plus jamais. Personnellement je n'arrive pas à être le docteur et une amie en même temps, je n'arrive pas à mélanger ces rôles.

Habitez-vous loin de votre cabinet ?

Actuellement oui, depuis quelques mois, mais ce n'est pas une situation que j'aimerais prolonger à long terme. Néanmoins c'est encore sur Genève donc c'est quand même très raisonnable.

Avez-vous vu un changement avec l'arrivée de Tarmed ?

Ça a complètement changé ma gestion du cabinet. J'ai eu beaucoup de soucis, encore plus que lors de mon installation. Tarmed a à peine

augmenté ce que je gagne, mais vraiment un tout petit peu. Maintenant je n'ai plus de remords à passer du temps avec quelqu'un. Même si parfois ça me dérange de passer du temps avec quelqu'un, je me raisonne en me disant que je gagne un peu d'argent, que c'est aussi mon travail. Je le considère alors le comme un client.

Quel est votre point de vue sur Tarmed ?

Je pense que c'est bien d'évoluer, qu'il le fallait absolument, mais il y a eu beaucoup de dérapages, on en a profité pour régler beaucoup de comptes personnels, et enrichir largement les gens qui ont fait les programmes. Certaines personnes ont fait pression pour que tout soit fait vite, pour payer des consultants, pour désorganiser au niveau des assurances,...

Ils nous accusent de beaucoup de choses sans qu'il y aie de transparence. Pour moi c'est une grosse tempête dans un grand verre d'eau.

Pourquoi continuez-vous ce métier si ce n'est pas rentable ?

Parce que je l'aime !

Et aussi parce que j'aurais de la difficulté à me dire que je sais faire autre chose. Je suis certaine que je pourrais faire autre chose, mais j'adore être ici ! J'adore venir le matin et me dire que je vais voir des gens. J'aime l'indépendance que ce cabinet me donne. J'aurais de la peine à me mettre avec quelqu'un et monter un cabinet de groupe.

J'ai beaucoup travaillé pour obtenir ce que j'ai, je n'ai pas envie de le lâcher maintenant.

Comment assurez-vous votre formation continue ?

En allant à des colloques, essentiellement sur Genève, la plupart du temps non payants. Parfois je paye aussi, mais plus rarement car c'est très cher. Le problème de ne pas être dans une structure universitaire est qu'on n'a aucun sponsoring. De plus, quand on n'est pas au cabinet on ne gagne pas d'argent. J'ai pu faire un congrès de médecine interne une fois en 10 ans. J'ai aussi des stagiaires au cabinet, ça fait aussi partie de ma formation. Je suis également des cours organisés par le réseau, mais tout ceci exclusivement à Genève.

Pensez-vous être assez rétribuée pour votre travail ?

Non. Absolument pas. Surtout pas assez considéré socialement.

Comment êtes-vous considérée par les autres médecins en tant que médecin de premier recours ?

Je pense qu'on n'est pas considéré à notre juste valeur. On a l'impression d'être des gens qui ne savent rien sur rien, ou tout sur tout. On se demande à quoi on sert. Si on écoutait les spécialistes, l'électrocardiogramme doit aller au cardiologue, la radio de poumon au pneumologue, les dépressions au psychiatre... et nous à quoi on sert là dedans?

Mais je reste persuadée qu'on est probablement les seuls qui gardons un peu les pieds sur terre et qui sommes capables de décider de mettre un terme à une certaine machine médicale. On arrive à stopper, à voir qu'on va au-delà des désires probables des patients.

Pensez que la formation actuelle encourage assez à devenir médecin généraliste ?

Je ne suis pas sûre que je puisse répondre.

A mon avis, c'est au delà de la formation, c'est savoir ce qu'on va vous offrir comme type de médecine. Vers quoi va-t-on aller ? Il faut quand même vivre ! C'est bien beau d'aimer son métier, mais vous allez avoir des familles, il faut donc aussi assurer le côté économique. Il faut placer tout cela dans la décision, ça ne se résume pas uniquement à la formation.

Actuellement, recommanderiez-vous de s'installer en ville en tant que médecin généraliste ?

Oui, si on aime la ville. En ayant vécu aux USA la question se pose autrement, voulez-vous vivre à New York ou dans l'Ohio... Si vous êtes New Yorkais vous allez vivre à New York, vous n'allez pas aller en périphérie, simplement parce que c'est votre vie !

C'est quelque chose à laquelle on ne songe peut-être pas quand on s'installe, mais la véritable question est de savoir où j'ai envie de vivre, d'élever mes enfants ? Quelle qualité de vie j'ai envie de leur offrir ? De plus en tant que femme, on peut être d'avantage flexible en ville pour travailler à temps partiel, il y aura sans doute un homme pour aider à vivre. Je pense que ce n'est pas comme pour les hommes; ils doivent assumer beaucoup, il faut que leur cabinet tourne à 100 pourcent.

Est-ce à votre avis une bonne chose de débiter maintenant une formation de généraliste ?

Oui parce que j'y crois. Je crois encore que si on aime ce genre de travail, c'est-à-dire écouter les gens, savoir tout sur rien et rien sur tout, savoir travailler en groupe, mais surtout savoir monter des réseaux, c'est un très bon métier. Si on aime tout cela et qu'on a aussi la bosse du commerce et de la communication, je pense qu'on est très bien en médecine générale.

Avez-vous autre chose à nous dire ?

Continuer, aller-y !

Maintenant on ne sait pas de quoi sera fait le lendemain.

En quoi le métier de généraliste a-il changé ?

Avant on prévoyait sur le long terme, autant le patient que le médecin.

Maintenant on ne sait plus du tout de quoi vont être faits les prochains six mois. Par exemple au niveau du laboratoire, je ne sais pas du tout comment ça va évoluer dans les prochains mois.

Cette instabilité touche tous les domaines: Votre installation aura-t-elle lieu en ville ou vous obligera-t-on à travailler en campagne ?

Je pense que si vous avez choisi ce métier, c'est que malgré tout, vous y avez un intérêt. On ne vous a sûrement pas tout montré, et heureusement, mais si vous aimez ce que vous faites maintenant, continuez !

B) Interview Dr. Co. (GE)

Pour vous, existe-t-il une différence entre la pratique de généraliste en ville et en périphérie ?

Je suis convaincu qu'il y a une différence.

Tout d'abord par rapport à la demande des patients; En ville les patients veulent maintenant malheureusement trop vite avoir tout de suite un spécialiste spécifique. C'est une tendance que l'on rencontre peut-être moins en campagne. Dans les grandes villes telles que Genève, Bâle ou

Zürich, les gens sont beaucoup plus demandeurs. Ils sont parfois presque trop gâtés, il y a presque trop de médecins disponibles. De ce fait, les gens vont trop souvent chez les spécialistes. C'est pour cela qu'on essaye que le patient passe si possible par son médecin de famille avant d'aller consulter le spécialiste. Il se pourrait en effet très bien que ce soit une chose courante qu'un médecin de premier recours est à même de régler par lui-même. La plupart des patients passent quand même par nous, mais on voit de plus en plus de gens qui ne le font plus. Je suis installée depuis une vingtaine d'année et je vois maintenant une tendance à demander le spécialiste, surtout après être allé consulté Internet ou avoir entendu des émissions médicales.

Je pense qu'un comportement semble est moins courant, voire n'existe pas, en campagne car les spécialistes ne sont pas sous la main.

Les patients viennent-ils vous voir avant de consulter un spécialiste ?

Dans la mesure du possible, oui. De plus, il y a maintenant des assurances qui proposent des contrats particuliers dans lesquels les patients s'engagent à voir un médecin de premier recours avant le spécialiste. Ceci exclu évidemment les cas d'urgence, ou d'une consultation spécialisée telle que la gynécologie ou l'ophtalmologie que le médecin de premier recours ne fait de toute façon pas.

Pensez-vous que votre pratique est influencée par le fait d'être installé en ville ?

Oui, malgré une formation que je qualifierais de globale (i.e. : un peu de chirurgie, ...), j'ai laissé tomber un certain nombre de choses, tel que la petite chirurgie. Par exemple, je ne vais pas suturer dans mon cabinet car il y a suffisamment de lieux proches d'ici où l'on peut le faire. Je ne vais pas non plus faire des plâtres ou d'autres gestes techniques qu'on peut aisément faire ailleurs. J'ai donc laissé tomber des choses que je savais faire à un moment donné, mais qui n'ont pas de raison d'être dans le cadre d'une pratique en ville. Par exemple, je ne veux pas faire de la pédiatrie avec les tout petits bébés, même si j'ai eu fait de la pédiatrie par le passé. Probablement que si j'étais seul dans une vallée retirée, je le ferais pour rendre service au patient.

De plus, la médecine devient si vaste qu'il est impossible de tout maîtriser.

Je pense donc que le médecin de campagne fait plus de petites choses, comme un peu de chirurgie ou d'ophtalmologie. Ici on ne le fait pas car le voisin le fait mieux que nous puisqu'il est spécialiste pour ce domaine précis.

Sinon je ne vois pas trop de différences, car pour ma part je fais beaucoup de visites à domicile.

A quelle fréquence faites-vous des visites à domicile ?

C'est variable. Il y a des personnes âgées que je ne vois qu'à domicile. Je visite également régulièrement un ou deux établissements médico-sociaux. Je visite aussi les gens s'ils sont trop malades ou s'ils ont une fièvre trop importante. En moyenne je fais cinq à dix visites par semaine. En hivers j'en fais sans doute plus.

Aller à domicile vous apporte-il d'avantage ?

Ha, énormément! Il faut aller à domicile! Il y a des choses extraordinaires; Ca permet de voir le cadre de vie, la façon de vivre des patients, de découvrir leur univers très personnel tels que les photos, les passions ou les voyages. Le patient est souvent différent du cabinet, il n'y a pas la même distance. De plus on n'arrive pas avec la blouse.

Ce n'est pas toujours facile de travailler à domicile car pour examiner quelqu'un on est mieux installé au cabinet. Il faut parfois le faire sur un canapé ou un lit, ce qui n'est pas évident. Pour la qualité de la consultation on est mieux au cabinet, mais pour le côté personnel et subjectif de la consultation on est beaucoup mieux à domicile.

J'ai appris des choses fantastiques en allant à domicile; Il y a des patients que je connaissais depuis très longtemps au cabinet et dont j'ai découvert des pans de vie que j'ignorais totalement, grâce à une photo par exemple. Ce sont des choses qui n'étaient jamais ressorties au cabinet, même si elles étaient parfois extrêmement fortes.

Pourquoi avez-vous choisi de pratiquer en ville ?

Je ne sais pas vraiment. Je suis originaire de La Chaux-de-Fonds, et j'y ai travaillé à l'hôpital. Mais je ne me voyais pas m'installer là pour des questions de ville et d'environnement. Il est vrai que le fait d'être en ville a des côtés agréables, mais pas tant pour le travail que pour le reste. Je pense que pour pratiquer dans certaines régions de campagne isolées, il faut en être originaire. Je pense par exemple au Valais, où il n'est pas évident de s'adapter et d'être accepté.

Il y a un petit avantage de la ville qui est le côté anonyme. Ce n'est pas désagréable. Si vous êtes dans un village, dès le moment où vous sortez, allez au magasin ou au concert, vous êtes reconnu comme le docteur par tout le monde. Ceci peut être pesant. Pour moi ça le serait. J'évite même

de faire mes courses dans certains magasins proches d'ici car il est inévitable que je rencontre un de mes patients et qu'il me parle de sa santé. Mais certains de mes collègues en campagne apprécient cela, ils font parti de nombreuses associations de village, des fanfares,...

Voyez-vous des désavantages à pratiquer en ville ?

Non, pas actuellement.

Je pense que le désavantage pour les futurs médecins est le nombre de médecins. La densité commence à devenir forte en ville et ceci risque de poser des problèmes pour ceux qui s'installent. La population ne croît pas, et dans certaines spécialités telles que la médecine interne ou la médecine générale on ne peut pas augmenter sans cesse le nombre de médecins.

La densité peut être un inconvénient mais elle peut aussi avoir des avantages; par exemple j'ai des bonnes semaines qui sont normalement remplies, mais j'ai aussi du temps libre pour faire d'autres choses. Je ne suis pas du tout débordé et je ne suis pas non plus à attendre le client. Je pense qu'on est plus facilement débordé en campagne. Ils ont moins de vie privé et familiale. J'ai trois enfants dont je profite beaucoup.

J'aurais dû commencer par vous dire que je suis très heureux dans ce que je fais ! J'ai le temps de faire d'autres choses, entre autre la vie de famille qui, je pense, est une difficulté plus grande en campagne.

Néanmoins pour tourner et vivre, il faut quand même avoir un certain nombre de patients en consultation. Si la densité médicale augmente dans les grandes villes, ça va poser un problème pour les nouveaux médecins qui s'installent.

Quelle formation avez-vous suivie?

J'ai fait mon final en 1975, puis j'ai fait sept ans d'assistantat dans différents hôpitaux. J'ai fait une année de polyclinique en chirurgie à Genève où j'ai appris la petite chirurgie. J'ai été deux ans en médecine à l'hôpital de la Chaux-de-Fonds. J'ai ensuite été à l'hôpital de gériatrie, puis j'ai pu remplacer pendant trois mois un médecin qui pratiquait dans la campagne genevoise. J'ai ensuite fait trois ans à temps plein à la polyclinique de médecine, où l'on voit beaucoup de cas proche de ce que l'on peut rencontrer dans un cabinet médical. On touche à la médecine générale, à la cardiologie, à la diabétologie, à la pneumologie, ... on approche donc tous les domaines ambulatoires de la médecine interne.

Puis je me suis installé, mais j'ai conservé un poste à mi-temps à la polyclinique durant trois ans. J'ai donc fait une transition douce.

C'est à la polyclinique que j'ai le plus appris pour le côté pratique, car on rencontre vraiment le même type de maladies qu'au cabinet. A l'hôpital

on rencontre des maladies intéressantes, rares et compliquées mais on ne les rencontre pas forcément dans un cabinet médical. On ne rencontre pas le même type de maladies à l'hôpital et au cabinet. Il y a toute une série de maladies que les médecins de l'hôpital ne voient jamais car on les traite dans le cadre du cabinet. Par exemple une tendinite de l'épaule reste au cabinet et ne sera jamais vu par un clinicien de l'hôpital. Inversement un médecin de premier recours de fait pas des choses compliquées et rares, comme par exemple une dialyse.

Pensez-vous que votre formation était adéquate pour s'installer en cabinet ?

Honnêtement, oui, car j'ai eu la chance de pouvoir faire de la polyclinique. Je pense qu'un médecin qui ne fait que du service des lits aura beaucoup plus de peine au début de son installation.

Il y a également la notion de durée qu'on acquière; Dans un cadre ambulatoire on revoit le patient au bout de un, deux mois ou plus, et on a également l'occasion de voir la famille. Dans un service des lits on voit un patient uniquement pour une période donnée.

Je pense qu'on devrait tous pouvoir faire de l'ambulatoire car ça permet de diminuer le fossé entre l'hôpital et le cabinet.

Il y a aussi tout ce qui est autour de la pratique quotidienne d'un médecin au cabinet qu'on n'apprend pas au cours de notre formation. Par exemple les arrêts de travail, un certificat, une prescription, une ordonnance, un bon de physiothérapie,... Tous ces gestes sont autour de la consultation. L'hôpital ne fait pas ce genre de choses, on les apprend avec la pratique. On a donc des maladies et des patients différents entre l'hôpital et le cabinet.

La relation avec le patient est aussi très différente, ne serait-ce qu'en raison de la présentation du patient en chemise de nuit couché dans un lit dominé par les médecins debout, et au cabinet quand le patient est habillé et assis dans un fauteuil face à moi.

Quels sont vos horaires de travail ?

Je compte environ huit heures par jour pour une journée normale. Je suis là de 8 heures à midi et de deux heures à six heures, ceci avec une certaine souplesse. J'enchaîne parfois avec des visites, ou je les fais entre midi et deux heures.

Je passe encore en moyenne une heure le soir à la maison, où je fais les certificats, les rapports AI, les lettres, ... je préfère faire cela à la maison après avoir vu ma famille.

Si j'ai envie de réserver une tranche horaire précise pour des raisons personnelles, j'ai la capacité de barrer cette tranche horaire de mon livre de rendez-vous.

Je ne suis ni débordé ni surmené, je travaille normalement.

L'avantage d'être en ville est que si je ferme momentanément mon cabinet, je ne suis plus là aux yeux des patients. Si je pratiquais dans un village je ne serais pas aussi libre. En effet si les patients vous voient dans votre jardin ou sur la terrasse, c'est difficile de ne pas être là !
Je travail du lundi au vendredi et je fais parfois quelques visites le samedi matin. Mais en principe le week-end est libre.

Qui prend en charge vos patients pendant le week-end ?

A Genève, il existe des services de garde qui fonctionnent très bien, tels que Sos médecins ou Genève médecins. On est donc très peu dérangé à domicile ou au téléphone. C'est un des grands privilèges de la ville.

Communiquez-vous votre numéro de téléphone aux patients ?

Très peu, car ça implique que je sois là. Si je suis en montagne et qu'on me téléphone pour me dire qu'on a de la peine à respirer, je ne suis que très peu utile.

Les infirmières des EMS peuvent me joindre en cas de problème.

Il arrive que je voie un patient qui est très peu bien le vendredi soir avec des douleurs suspectes. Dans ce cas, je lui communique mon numéro pour qu'il puisse m'appeler en cas d'aggravation. Mais c'est très rare qu'ils appellent.

J'ai une disponibilité nuancée, à la carte.

Faites-vous des gardes de nuit ?

Je ne fais plus de garde de nuit. J'en faisais au début de mon installation mais j'ai diminué progressivement. Il y a tellement de médecins à Genève que suffisamment de médecins font des gardes. De plus il y a à nouveau les deux systèmes, Sos médecins et Genève médecins.

Avez-vous déjà pensez travailler à temps partiel ?

Non. En plus je pense que c'est difficile et illusoire dans la pratique. En effet les frais généraux (salaire de l'assistante, le loyer, les assurances...) représentent environ la moitié des revenus. Ainsi travailler à mi-temps avec un cabinet fixe ne serait à mon avis pas rentable.

Ce serait peut-être envisageable si on se partage un poste pour deux.

Selon les période de l'année je travaille d'avantage, ça se rapproche d'un 120% et à d'autres moments je ferais plutôt un 80%. Il n'est pas possible d'avoir toute l'année la même quantité de patients. Il y a plus d'infections en hivers, les contrôles annuels ne se font pas dans les mois d'été, la

franchise d'assurance pousse parfois les gens à faire leur contrôle avant la fin de l'année. Il y a beaucoup de facteurs qui sont imprévisibles.

Combien avez-vous de patients en tout ?

C'est difficile à dire. Je sais que j'ai six mille dossiers (je n'ouvre pas un dossier pour les patients qui ne viennent qu'une fois), mais ça ne veut pas dire que les patients sont toujours chez moi. Je vois certains patients qu'une seule fois, il y a des gens de passage,... C'est très difficile de savoir lesquels sont fidèles; il y a des patients qu'on ne voit plus et qui reviennent tout à coup, d'autres qui ont visiblement déménagé et ne reviendront plus jamais, d'autres qui ont été mécontents (ils ont le droit) ou pour qui on n'a pas pu répondre à leur demande et qui ne sont pas revenus. Ca bouge beaucoup.

Je pense qu'en campagne la clientèle est plus fidèle car il n'y a pas de nombreux médecins dans un village. De ce fait, ils ne peuvent pas non plus aller chez d'autres médecins. Je pense qu'en ville le patient change de médecin comme il change de dentiste, de garage ou de restaurant. Il se dit qu'il y a un autre médecin et veut voir ce qu'il pense. Les gens encouragent aussi les autres à aller voir leur médecin, et le patient y va. Je pense qu'en campagne c'est beaucoup plus rare.

Etes-vous souvent confronté au tourisme médical ?

Oui, certaines personnes changent de médecin. Certains nous le disent et on envoie le dossier au nouveau collègue, ce qui est très bien. Quelques patients ont parfois le courage de nous dire pourquoi ils ne sont pas contents et pourquoi ils veulent changer. C'est très bien car au début quand les gens ne reviennent pas c'est perturbant, on se demande ce qu'on a fait ou pas fait. Puis on se rend compte que c'est normal, tous les collègues ont ça.

Donc c'est normal de changer. Il y a la façon d'approcher les problèmes et puis il y a des patients qui veulent tout à coup d'autres médecines, des médecines plus naturelles. Ils veulent de l'homéopathie, des choses que forcément, je ne fais pas. Pour le tourisme médical lui-même, c'est difficile à sentir parce qu'on ne sait pas que la personne qu'on a vue ce matin ira chez un autre médecin demain. Je ne peux pas le deviner. Ce serait l'avantage de ces cartes où l'on note les consultations. Ils essaient de trouver un système pour éviter le gaspillage. Je pense par exemple aux prises de sang. Quelqu'un qui a fait une prise de sang ce matin et qui a fait la même la semaine dernière, en aura fait deux alors que une seule suffit. On fait ainsi des examens inutiles.

- *Quelle est la typologie de vos patients ?*

Ils viennent me voir pour tout. C'est le gros avantage de la médecine interne ou de la médecine générale. J'ai fait de la diabétologie, de la rhumatologie, ... Je n'ai pas envie de faire qu'une seule branche. Je suis content qu'il y en ait qui le fassent. Mais je suis très content de ne pas l'avoir fait, car je fais de tout.

Si je prends l'exemple de ce matin, j'ai eu quelqu'un pour de l'asthme, après j'ai eu un monsieur qui avait des crises d'angoisse, c'était une consultation modestement psy, une j'ai vu une patiente pour un certificat médical pour l'école d'infirmières, un autre pour une hypertension et un pour un problème d'épaule. On passe de la rhumatologie à la pneumologie, au diabète, à parler existentiel, fatigue, malaise, etc. Je fais de tout sauf de la petite chirurgie, de l'ophtalmologie, de la gynécologie et de la pédiatrie des enfants en très bas âge. J'ai des enfants dès la préadolescence. C'est passionnant. C'est varié, c'est pour cela que c'est génial. Même si je connais le patient qui a pris rendez-vous, je ne sais pas s'il vient pour un problème d'oreille ou de pied. C'est pour ça que la journée est très variée.

Par contre ce qui est dur, c'est que le temps de consultation est difficile à prévoir, car je ne sais pas si le patient vient pour une petite grippe, pour un bouton ou parce qu'il vient de perdre toute sa famille dans un accident de voiture. Le temps de consultation est parfois difficile à gérer. Des fois, des patients viennent pour des raisons personnelles qu'ils n'ont pas envie de révéler à l'assistante qui en principe demande brièvement la raison de la consultation. Un patient qui a un problème d'impuissance ne va pas le dire à l'assistante. Il va lui dire qu'il vient pour une grippe. Et puis il y a des patients qui prendront de toute façon une demi-heure même si c'est pour une grippe, car ils parlent beaucoup. Au lieu de dire « j'ai mal à la gorge, j'ai de la fièvre » ils vont dire : « Alors mardi ... » et on commence seulement au bout d'un quart d'heure.

- *Avez-vous un rôle d'écoute important ? Quel pourcentage de votre activité représente-t-il ?*

Une bonne partie de la semaine. La proportion des patients qui viennent avec une plainte qui correspond à un diagnostic et un traitement précis est petite. (Exemple : « J'ai mal à la gorge ». C'est une angine.

Antibiotique.)

Une grande partie de mes patients me disent « j'ai ressenti ça, j'ai eu mal, j'ai eu un vertige, qu'est-ce que c'est ? ». Ceci ne veut pas non plus dire que c'est psychologique. Il y a beaucoup de diagnostics d'exclusion, c'est à dire expliquer au patient « vous n'avez pas ça, vous n'avez pas ça, ... ».

Et puis à part ça, il y a tous les gens qui ressentent des choses plus ou moins désagréables dans leur corps à cause de problèmes familiaux, existentiels ou du surmenage. On ne peut pas leur dire qu'ils n'ont rien. On essaye de faire la relation entre ce qui déclenche cette sensation dans leur corps et un événement extérieur. C'est ça qui est passionnant, mais ce n'est pas toujours facile.

- *Avez-vous une aide au cabinet ?*

J'ai deux assistantes à mi-temps. Leur travail est de répondre au téléphone, de faire un premier débrouillage, de voir si c'est urgent ou non. Si quelqu'un dit « j'ai de la peine à respirer, et je ressens une douleur thoracique », elle lui donne rendez-vous rapidement. Inversement si quelqu'un dit « depuis deux mois j'ai mal au dos », ça peut peut-être attendre jusqu'à lundi. Etc.

Elles font également les prises de sang, l'électrocardiogramme et les petits gestes de laboratoire.

- *Avez-vous un laboratoire ?*

Oui, pour les examens courants.

- *Possédez-vous une radio ?*

Non. A mon avis en ville ça ne sert à rien du tout. D'abord parce que l'on n'est pas compétent, on n'a pas la formation, et puis on est inondé d'instituts de radiologie. Il y en a ici, il y en a partout. Je pense qu'actuellement la radiologie en cabinet est soit trop coûteuse car on n'en fait pas assez, soit on est poussé à faire des radios pour faire marcher l'appareil.

- *Quels moyens de diagnostic avez-vous au cabinet ?*

J'ai un petit laboratoire courant, un électrocardiogramme, un petit appareil pour évaluer les fonctions respiratoires, comme mesurer les traitements de l'asthme, un petit doppler qui permet de faire un examen des veines et des artères. C'est mon assistante qui fait les labos, moi je ne saurais plus le faire maintenant.

- *Collaborez-vous avec d'autres généralistes ?*

On est deux dans le cabinet. On avait longtemps travaillé ensemble à la polyclinique, donc on se connaissait bien. On collabore beaucoup ensemble. Chaque jour on parle. « Qu'est-ce que tu en penses, qu'est-ce que tu ferais, j'ai vu une dame qui..., j'ai vu un monsieur que... ». C'est

très utile d'avoir le diapason de l'autre. Ou de pouvoir dire « j'en ai marre, elle m'agace, il m'agace », des fois ça fait du bien de le dire à l'autre parce qu'on a parfois des consultations frustrantes.

- Avez-vous des réunions avec d'autres professionnelles de la santé ?

Une fois par mois on se retrouve avec les médecins du quartier. On est une quinzaine qui faisons partie du réseau que l'on appelle le REMET. On se réunit pour aborder divers sujets tel que le diabète, la ménopause, les migraines, etc. Le but est de voir ce que les autres médecins font dans ces cas. Ça nous permet de voir pourquoi il y a de telles différences dans la prise en charge d'une même maladie. C'est ça qui est fascinant. Un patient avec une même plainte ou une même maladie sera pris en charge complètement différemment suivant chez quel médecin il va aller. Même une grippe ou un lumbago vont être pris différemment. C'est tout un côté subjectif.

- Comment faites-vous pour les vacances ?

En principe avec mon collègue qui est dans le même cabinet on ne part jamais en même temps. Les vacances ne sont pas un problème C'est pareil pour nos deux assistantes. En gros, le cabinet est toujours ouvert. Si je pars deux semaines et qu'un patient téléphone au cabinet, l'assistante lui répond que je ne suis pas là, mais que, si c'est urgent, mon collègue est là. Il lui donne rendez-vous et prend mon dossier, comme ça il est au courant. C'est une chance d'être à deux. De pouvoir partager des émotions, des problèmes techniques ou de diagnostics. Parfois, avec l'accord du patient, mon collègue vient regarder un examen surprenant. C'est utile d'avoir son avis. Ça permet aussi de garder un baromètre, car avec les années on peut déraiser.

- Percevez-vous une compétition entre les généralistes en ville ?

Non, pas de compétition. Peut-être pour certains qui n'ont pas assez de patients, peut-être, je me hasarde sur la pointe des pieds, peut-être que parfois certains ont une tendance à avoir plus de clientèle, mais je ne pense pas qu'il y ait de compétition ou de rivalité. Surtout pas entre deux personnes qui font la même chose. Il peut parfois y avoir des petits problèmes, mais c'est rare, avec certains spécialistes à qui l'on envoie un patient et qui a un peu tendance à garder le patient. Normalement il devrait donner un avis ou faire ce qu'il faut, puis nous renvoyer le patient avec ses conclusions. Parfois, ça peut arriver que le patient ne revienne pas. Autrement je ne pense pas qu'il y ait des compétitions. Il n'y a pas de

« venez chez-moi je suis meilleur que le voisin ». Heureusement. Contrairement aux Etats-Unis ou dans certains pays où l'on peut faire de la publicité, mettre un écriteau « venez chez moi je suis meilleur que l'autre ». En principe au niveau de la déontologie ce genre de choses n'existe pas. Ou alors je suis naïf et je ne le sais pas.

- *Collaborez-vous avec des spécialistes ?*

Oui, la collaboration est très bonne. On est très gâté à Genève, on a de nombreux bons spécialistes dans chaque domaine. Il y a forcément certains spécialistes que l'on connaît bien ou d'autres avec qui l'on a travaillé l'hôpital. Dans une spécialité on choisit plutôt ceux avec qui on a déjà travaillé.

Il y a aussi une collaboration qui peut se faire par téléphone, ce qui est très agréable pour le patient. Le patient est au cabinet, et, sans que je l'envoie chez le spécialiste, je peux téléphoner devant lui et demander au spécialiste de me donner son avis. Je peux également faxer des examens, comme par exemple un électrocardiogramme. Donc ça m'arrive de dire au patient « écoutez, là vous avez un trouble du rythme du coeur qui me paraît bizarre », je faxe et le cardiologue, me répond « oui effectivement, ou non, ce n'est pas du tout ça ». Donc on évite parfois des consultations. L'hématologue, par exemple peut donner son avis sur une formule sanguine sans avoir besoin d'envoyer le patient auprès de lui. Il n'y a rien à voir, ni à palper. On peut régler beaucoup de choses par téléphone. Pour moi aussi c'est très utile, car c'est comme ça que l'on se tient au courant des traitements. Si le cardiologue me dit, par exemple, « alors voilà actuellement ce que l'on fait pour la fibrillation auriculaire ... », en deux minutes il m'apprend ce qu'il a appris par des lectures, par des colloques ou par un congrès. C'est aussi un type de formation continue. Le problème c'est que l'on sort avec un certain bagage de nos années d'études, mais la médecine continue à avancer et il faut essayer de rester dans le coup.

- *Comment assurez-vous votre formation continue ?*

On le fait par des lectures. On a beaucoup de colloques où l'on peut aller, qui sont très bien. Et puis on a tous les amis spécialistes qui nous font le résumé. Exemple : telle maladie de la thyroïde, voilà ce que l'on fait actuellement en 2006 ... en deux mots on sait, au lieu de lire 50 articles.

- *Vu la proximité des spécialistes, avez-vous l'impression de leur déléguer plus rapidement vos patients ?*

Non, je ne pense pas. Je n'espère pas. Peut-être pour une radio. C'est vrai que s'il faut faire trois heures de voiture pour faire une radio du thorax, je vais peut-être d'avantage hésiter que s'il y a l'appareil tout près. Par

contre, si quelqu'un a vraiment besoin d'un geste technique comme d'une gastroscopie, d'une coloscopie ou un test d'effort, je le dirige vers un spécialiste qui est souvent équipé pour cela. Je dirige plus chez le spécialiste pour les examens que pour les traitements. Le traitement de la gastrite je le connais. Donc si j'estime qu'il faut faire un examen, que je sois à cinq ou à dix kilomètres du lieu de l'examen, je vais le faire. Quand je travaillais à l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, il n'y avait pas de scanner sur place. Maintenant je crois qu'il y en a dix à Genève. Quand il fallait un scanner on se réunissait avec le patron, les chefs de clinique, « est-ce que c'est vraiment un examen utile, nécessaire ? » et on envoyait le patient à Berne ou à Lausanne en ambulance. Maintenant les gens ont mal à la tête et on ordonne un scanner qui se fait immédiatement « ah oui demain matin... c'est bon ». J'exagère un peu mais c'est l'idée. Il arrive que le patient me dise « j'ai mal au genou, il faut me faire une IRM ». Je vais lui dire « attendez, attendez il y a d'abord d'autres choses que l'on peut faire avant ».

- *Collaborez-vous avec des auxiliaires médicaux (aides à domicile, infirmières à domicile,...) ?*

Dans chaque quartier de la ville il y a le CAS, qui regroupe des infirmières à domicile, des assistantes sociales, des aides infirmières et ménagères, et les repas à domicile. En fait tout est regroupé. Donc tous les patients à domicile qui ne sont pas suffisamment indépendants sont suivis par cette équipe. Nous, nous collaborons régulièrement avec eux, soit par téléphone, soit par fax soit en allant au domicile en même temps qu'eux. On se retrouve une fois par mois avec les infirmières du quartier pour discuter de la prise en charge des patients. Donc la collaboration est très bonne.

Après il y a les physio, les ostéopathes,... La collaboration par téléphone se fait bien en général.

- *Collaborez-vous beaucoup avec l'hôpital ?*

Oui, pour nous c'est très utile. On collabore beaucoup. La communication est des fois plus difficile, mais c'est des questions de pratique; arriver sur le bon bip, trouver la bonne personne au bon moment,... Mais on a une chance énorme d'avoir dans chaque domaine des gens pointus qui sont vraiment au courant d'un tout petit domaine. Récemment j'avais un problème génétique, d'hérédité d'une maladie rare, j'ai eu la réponse en deux jours du spécialiste de ce domaine.

Puis après, ça dépend des services. La communication des sorties est plus ou moins bonne. Parfois ça suit très bien, parfois il peut s'écouler quelques mois avant que je ne revoie le patient, donc la situation peut avoir beaucoup évolué entre temps.

Mais si je veux appeler des médecins à l'hôpital, en général, ça se passe relativement bien. Sauf que l'on se perd dans les numéros, tellement il y en a dans le gros livre de l'hôpital.

- Quel est le temps d'attente avant une consultation non urgente ?

Je reçois mes patients dans la semaine. Chaque jour je peux rajouter plusieurs personnes, dites « en urgence ». Si vous regardez mon livre dans quelques jours, vous verrez qu'il y a la moitié de la journée qui est encore libre. Ainsi j'ai suffisamment de places pour recevoir des nouveaux patients dans un délai d'une semaine.

Une journée correspond environ à 15-20 patients.

Quelques patients appellent le jour même, surtout le lundi en disant « j'ai eu de la fièvre ce week-end, des vomissements, j'ai mal, j'ai de la peine à respirer, mon diabète ne va pas,... ». Et là, c'est très agréable de leur dire « venez cet après-midi ». Donc la disponibilité est très bonne. Chaque jour je peux mettre des rendez-vous pour le jour même.

- Pensez-vous que les patients de la ville attendent moins longtemps que ceux de la campagne pour venir vous voir ?

Beaucoup sont devenus exigeants et pénibles. C'est tout, tout de suite. Mais ça, c'est lié à l'époque. J'ai parfois des téléphones « Bonjour, est-ce que je peux venir cet après-midi à trois heures ? ». Donc ce n'est même pas « Est-ce que je peux venir aujourd'hui ? ». C'est incroyable. Et quand on leur dit « Écoutez, à trois heures ça ne va pas, venez à cinq heures et demi en fin de consultation » ils nous répondent « ah non, à cinq heures et demi ça ne va pas car j'ai le coiffeur ».

Mais ça c'est aussi chez tous mes collègues.

C'est surtout la clientèle jeune et active qui agit ainsi. Ils sont encore plus demandeurs d'examen car ils se sont informés sur Internet, ou parce qu'ils ont lu des articles ou parce qu'on leur a dit qu'avec une telle maladie il faut faire tel examen. C'est une tendance qui vient. Les personnes âgées sont encore moins exigeantes.

- Est-ce que le mode de vie de la population a changé ?

Ça change. On en discute avec les collègues. Il y a maintenant des téléphones comme la semaine passée ; je pense qu'il était sur l'autoroute : « Dites au docteur que j'ai une demi-heure de retard », point à la ligne. Ce n'est pas « Écoutez, j'ai du retard, qu'est-ce que je fais ? ». C'est simplement « j'arrive dans une demi-heure ». L'assistante a rappelé pour lui dire qu'il y avait quelqu'un d'autre dans une demi-heure. Je ne peux pas mettre deux patients en même temps !

C'est des petites choses comme ça. Mais je ne suis pas du tout aigri. Donc on doit donc parfois dire « Écoutez, ce n'est pas si urgent que ça ».

- Êtes-vous souvent confronté à la médecine parallèle ?

Oui, enfin ça dépend ce que vous entendez par médecine parallèle. Je n'aime pas trop le mot « médecine douce », car ça voudrait dire que la nôtre est dure, alors que ce n'est pas vrai, car dans une bonne partie de la consultation on ne fait que parler.

Il y a des approches pour lesquelles j'ai plus de sympathie que pour d'autres. J'ai plus de sympathie pour l'acupuncture que pour l'homéopathie par exemple. Mais ça c'est personnel. Je suis plus convaincu par certaines choses.

Le travail c'est souvent de discuter et d'informer. Et puis ça dépend, ... Il ne faut pas oublier qu'en médecine le plus important c'est le diagnostique. On parle souvent de médecines parallèles, de traitements, de thérapies, mais avant le traitement il faut d'abord savoir ce que l'on a. Une fois que l'on a telle ou telle maladie, il faut voir quel est le meilleur traitement.

Vous n'allez pas soigner un diabète ou une pneumonie avec de l'acupuncture, ou alors l'acupuncteur qui le ferait, ferait à mon avis, une faute ou il serait bête. Par contre il peut peut-être agir pour une douleur, une névralgie,...

Je pense que ce qui est important c'est avant tout le diagnostique.

Ce que je reproche à certaines médecines parallèles, c'est qu'elles sont souvent pratiquées par des gens qui ont une formation dans leur domaine mais qui ne sont pas eux-mêmes médecin. Ils posent un diagnostique ou un traitement un peu comme ça, sans se baser sur quelque chose de stable. Les médecins n'ont pas le monopole, mais ils ont quand même une certaine connaissance.

Il y a pas longtemps, j'ai vu un jeune à qui quelqu'un avait palpé le dos, je ne sais pas par quelle technique, et qui lui avait dit « Oulala, vous avez le foie engorgé ! ». Il est venu au cabinet, paniqué, en disant « il paraît que j'ai une maladie du foie ».

Donc je dirais que ça dépend de quelle médecine parallèle et comment c'est fait. Et puis les patients demandent « qu'est-ce que vous pensez de l'homéopathie, des vaccins, etc. ? ». Je pense que c'est sympa d'échanger. Après chacun est libre de faire ce qu'il veut. Il ne faut pas être critique, il faut être septique, je pense.

- Est-ce que le niveau de croyance des gens influence/interfère avec votre pratique médicale ?

En tant que patient il est important de croire à une technique, une approche, ou une philosophie. Mais en tant que soignant la croyance ne

suffit pas. Je ne peux pas croire au traitement, il faut qu'il soit valable et reproductif. Nous ne pouvons pas nous baser sur la croyance. En tant que patient on peut croire, être pour ou contre des traitements, mais en tant que médecin on doit se baser sur des traitements rationnels et scientifiques. La croyance est importante pour le patient. On doit être convaincu par le traitement qu'on prescrit et par le diagnostic. Il faut convaincre et convaincant.

- Avez-vous une grande diversité culturelle parmi vos patients ? Si oui, comment la gérez-vous ?

Oui. En raison de la communication, je ne suis pas capable de faire une consultation dans une autre langue que le français. Il faut faire la différence entre les gens qui sont bien intégrés et qui habitent depuis longtemps en Suisse et ceux qui sont juste de passage. C'est un aspect très important dans la prise en charge du patient. Il faut d'abord demander aux gens ce qu'ils pensent et imaginent. Par exemple, il est intéressant de savoir de quelle manière on résout ce problème dans le pays d'origine du patient. Il faut laisser la possibilité au patient de dire ce qu'il pense, de dire de quoi il a peur, en effet ça peut être différent selon les différentes cultures, philosophies ou expériences vécues.

- Est-ce un obstacle dans la relation/communication avec vous ?

Oui. Il y a par exemple des patients qui sont contre les médicaments ou les transfusions de sang. Je respecte ces choix. Ça peut influencer l'approche, la manière de se plaindre ainsi que la manière d'examiner. La pudeur est aussi différente selon les gens. Tous ces obstacles sont à discuter précisément avec le patient, c'est pour cette raison que je préfère faire la consultation dans ma propre langue. Ici, le patient a son mot à dire !

- Dans quelle proportion la famille s'implique-t-elle avec le patient ?

C'est très variable. Il y a des consultations qui ne se font qu'en famille. Par exemple certains couples viennent toujours ensemble, et, des fois, ce n'est pas facile pour moi. Dans les pays du Sud, comme les espagnols et les portugais, je pense que cette façon de faire est une question de politesse. Par exemple si madame tousse, le mari prend congé pour assister à la consultation, pas pour vérifier ce qui est dit, mais par politesse. Il y a aussi des différences entre les familles. Il y a des grands adolescents qui viennent avec un de leurs parents qui parle à leur place (« il m'a fait de la fièvre, ... »), et il y a l'enfant de 12 ans qui prend

rendez-vous tout seul. Il y a de grandes différences de maturité. C'est des choses comme ça qui rendent la consultation intéressante.

- Avez-vous l'ensemble des membres d'une même famille qui consulte chez vous ?

Oui, j'en ai beaucoup. Par exemple, j'ai une mère de famille de 24 ans qui a un nouveau-né, et elle est elle-même ma patiente depuis qu'elle a 10 ans.

Il faut toujours expliquer de façon très précise le secret médical. Par exemple, il faut dire aux adolescents qu'en aucun cas on a le droit de parler aux parents. Les gens ne savent souvent pas ce qu'est le secret médical. Par exemple il n'est pas correct que je dise à une mère que j'ai vu son fils hier ou inversement. Ce n'est pas toujours facile d'expliquer à une mère qu'on n'a pas le droit de lui communiquer des informations sur ses propres enfants.

- Traitez-vous votre famille ou des amis ?

Le moins possible. Je n'aime pas. Il ne faut pas s'occuper de la famille. On n'a pas la bonne distance, soit on banalise trop soit on s'inquiète trop. J'ai un beau frère qui s'entête à venir chez moi, mais chaque fois je lui demande de choisir un autre médecin car je n'aime pas discuter de ma sœur, je suis trop impliqué. Ça va pour des choses très simples, mais pas comme médecin traitant.

Pour moi non plus, ce n'est pas agréable d'avoir fait durant la journée une consultation avec un ami et le revoir le soir même.

Il y a aussi des patients qu'on ne connaît pas mais qui veulent trop s'approcher, ils sont trop sympathiques. Par exemple j'ai des patients qui ont un restaurant ou un magasin, ils m'y invitent mais je n'y vais jamais. Il faut toujours garder la bonne distance. Si on sympathise trop avec quelqu'un, il pourrait en profiter, par exemple venir tout à coup avec une demande d'arrêt de travail. Il y a des patients qui font de petits cadeaux à la fin d'année ; pour certains, c'est touchant et pour d'autres, c'est un cadeau intéressé.

- Estimez-vous être rétribué de façon qui vous semble correcte pour ce que vous faites ?

Oui. Beaucoup de généralistes et de spécialistes, qui gagnent beaucoup plus que nous, se plaignent. Honnêtement, on a une qualité de vie normale. J'ai 3 enfants, j'ai une femme qui travaille à temps partiel et ça suffit, pour autant de ne pas vouloir une Mercedes ou un chalet à Verbier. Une fois toutes les autres charges enlevées, je dois avoir un salaire proche

de celui d'un professeur au collège. Je vis, j'ai aussi du temps pour ma famille et les loisirs.

Je n'envie pas du tout certains spécialistes qui travaillent comme des dingues pendant des heures et qui ne mettent pas de temps pour la famille. Ils accumulent l'argent, je ne sais pas ce qu'ils en font. Si on a assez de patients, on peut gagner suffisamment sans faire des examens ou des consultations inutiles.

- *Tarmed a-t-il eu une influence sur votre pratique ?*

Non. Seule la facturation a changé. Ils ont tout coupé en petits morceaux. Le coût de consultation est en fonction du temps passé avec le patient. Ce n'est pas agréable pour le patient de recevoir une facture détaillée aux 5 minutes. Les premiers mois, les gens étaient surpris, mais maintenant ils ont compris que c'est partout comme ça.

Les rumeurs qui disent aux patients qu'il faut regarder leur montre sont fausses. Si j'ai fini ma consultation, et que j'ai envie de parler de tout autre chose, Tarmed ne m'en empêchera pas. Je n'ai pas besoin de comptabiliser ce temps. On est souple.

- *Quel est votre point de vue sur Tarmed ?*

Naïvement j'espérais que ça neutralise les autres médecins qui veulent gagner plus qu'il ne faut. Je trouve en effet qu'il y a énormément de différences entre le salaire des médecins alors qu'on a tous fait la même profession. Avec les mêmes journées de travail, certains gagnent beaucoup plus que d'autres. Il n'y a aucune raison.

Tarmed n'a pas limité ceux qui veulent gagner plus, ils trouvent des moyens pour rajouter des points. Je me suis déjà bagarré avec ce type de facture. Je suis au tribunal arbitral, et je peux voir que les abus continuent, qu'il y a toujours des médecins qui surfacturent.

J'aimais bien l'idée que la même pathologie coûte partout le même prix. Malheureusement dans la pratique, il reste encore de grandes différences.

Par contre, puisque on est tous sur ordinateur central, la surveillance de certains abus est normalement possible. (Par exemple faire un électrocardiogramme à tous mes patients sera perçu comme douteux).

- *Pensez-vous que la formation des médecins encourage assez la pratique de généraliste ? Si non, avez-vous une idée comment revaloriser ce métier ?*

Je ne pense pas que ce soit assez encouragé. Il a une attirance beaucoup plus grande pour les spécialités. Je ne sais pas pourquoi. Est-ce à cause de l'appât du gain ? Du fait de savoir qu'il y a peut-être d'avantage de places

disponibles dans certaines spécialités qui manquent ? Je pense qu'il est actuellement plus facile de s'installer en tant qu'ORL que comme médecin généraliste.

C'est peut-être plus réconfortant de connaître bien un petit domaine. Il est peut-être plus facile d'être un bon ORL que de faire quelque chose de très vaste, comme la médecine générale.

Les étudiants préfèrent peut-être les branches plus techniques.

Personnellement, je trouve qu'avec les années, le côté technique passe loin derrière le côté relationnel. On finit par se lasser de pratiquer un geste technique quand on l'a fait de nombreuses fois.

- Dans les circonstances actuelles, recommanderiez-vous à un médecin généraliste de s'installer en ville ?

Ca dépend de la ville choisie. À Genève, en raison de la clause du besoin, il n'est pas possible pour l'instant d'obtenir un droit de pratique et ouvrir un cabinet, tant qu'un médecin ne s'arrête pas. Je pense que c'est dur et injuste pour les étudiants qui finissent. Je pense néanmoins que plus il y a de cabinets disponibles, plus il y a de coûts car la consommation augmente. Un médecin qui n'a que deux patients par jours aura d'avantage tendance à ajouter des rendez-vous inutiles. Celui qui a beaucoup de patients va probablement leur demander de le rappeler uniquement en cas de problème, ce qui limite les consultations inutiles.

Actuellement à Genève il y a beaucoup de médecins généralistes et d'internistes. Cependant la situation va peut-être changer dans les années à venir. J'ai beaucoup d'amis qui vont prendre leur retraite dans les 10 ans. Il y aura la place pour les nouveaux médecins. Personnellement, si je devais m'installer maintenant, je regarderais dans quelles villes ou quelles régions il y a un manque de médecins et, en fonction de ce critère, j'ouvrerais mon cabinet.

-Avez-vous quelque chose de particulier à nous dire en plus de nos questions ?

Non, simplement que c'est un très bon métier ! Il y a une bonne formation à Genève et de bonnes conditions de travail. Je suis très enthousiaste au sujet de ma profession, mais il y a également beaucoup de choses à améliorer. Contrairement à beaucoup de médecin je ne suis pas révolté contre Tarmed, les assurances et l'Etat. On est obligé de faire quelque chose pour contenir les coûts de médecine. On ne peut pas continuer à ce rythme. Les traitements et les examens deviennent de plus en plus compliqués et chers. Je connais beaucoup de médecins qui sont révoltés de la situation actuelle. Oui, nous sommes une profession libérale, mais en

même temps on est quand même payé par les assurances et, de ce fait, on ne peut pas non plus faire ce que l'on veut.

Annexe II :

Tableaux et données des graphiques

Tab. 3 : Nombre de médecins généralistes et de médecins spécialistes en cabinet privé pour 1000 habitants, par canton (2004) [▲](#)

Cantons	2004
OW	1.15
NW	1.19
AI	1.20
UR	1.25
SZ	1.29
TG	1.33
GL	1.44
AG	1.50
LU	1.51
FR	1.55
SO	1.59
SG	1.62
JU	1.64
AR	1.72
VS	1.73
ZG	1.78
GR	1.78
SH	1.87
BL	1.94
TI	2.02
Suisse	2.05
NE	2.11
BE	2.12
ZH	2.35
VD	2.45
GE	3.35
BS	3.84

Tab. 1 : Nombre de médecins généralistes en cabinet privé pour 1000 habitants, par canton (2004) [▲](#)

Cantons	2004
AI	0.40
NW	0.43
AG	0.50
FR	0.50
SZ	0.55
TI	0.57
UR	0.57
GE	0.57
LU	0.58
TG	0.58
ZG	0.59
VS	0.61
NE	0.62
JU	0.62
BL	0.63
Suisse	0.63
SG	0.64
SO	0.64
BE	0.65
VD	0.67
OW	0.69
BS	0.72
ZH	0.73
GL	0.73
SH	0.73
AR	0.74
GR	0.74

4. Ärzte mit Praxistätigkeit nach Kanton und Fachgebiet 2005 /

Médecins en pratique privée par canton et spécialité en 2005

Facharzttitel / Titres de spécialiste ¹	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU	Total	
Allergologie und klinische Immunologie / Allergologie et immunologie clinique	22	17	1						1	3	3	7	2	1			5	4	3		7	22	5	6	25	2	136	
Allgemeinmedizin / Médecine générale	689	499	168	14	61	21	14	22	55	98	128	91	133	46	27	6	214	101	219	113	112	275	125	70	142	35	3476	
Anästhesiologie / Anesthésiologie	81	58	13		5	2			5	14	6	8	7	2	5		9	9	36	3	11	58	13	6	33	3	387	
Angiologie / Angiologie	22	15	5						3	1		6	2		1		5	2	3	1	5	11	2	1	10		95	
Arbeitsmedizin / Médecine du travail	10	3	1								1	7					1		1		2	4	3		2		35	
Chirurgie / Chirurgie	121	108	18	1	8	2	1	4	9	15	18	21	11	6	7	4	25	17	41	8	28	56	17	14	42	5	605	
Dermatologie und Venerologie / Dermatologie et vénéréologie	68	37	10		3			2	3	7	6	12	12	2			10	7	14	5	17	36	6	6	39	1	303	
Endokrinologie/Diabetologie / Endocrinologie/diabétologie	10	14	3								6	1	9	3				1	1	2		6	17	3	4	18	98	
Gastroenterologie / Gastroentérologie	39	24	8	1	4		1	2	4	4	8	9	5	3	3		10	6	14	3	13	21	8	5	21	2	217	
Gynäkologie und Geburtshilfe / Gynécologie et obstétrique	186	120	34	3	13	1	3	5	12	23	22	47	31	9	6	1	45	13	56	17	44	95	26	18	82	6	918	
Hämатologie / Hématologie	14	15	1	1			1			1							4				3	1	4	16	5	2	18	92
Herz- und thorakale Gefässchirurgie / Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	6	5	1						1		1		1							3	1		5		1	7	32	
Infektiologie / Infectiologie	3	4	1						2	1		4	2		1		1			1	1	3	7	3	3	2	1	40
Innere Medizin / Médecine interne	540	483	108	12	31	6	14	6	34	87	87	178	114	29	15	5	133	75	158	58	182	337	131	89	402	25	3335	
Intensivmedizin / Médecine intensive	33	19	6		4	1			3	3	5	9	3		1		2	3	13	1	5	22	6	2	6	4	150	
Kardiologie / Cardiologie	58	49	10	1	4		1		5	8	8	14	9	2	1		11	6	15	6	11	45	12	7	37	4	324	
Kiefer- und Gesichtschirurgie / Chirurgie maxillo-faciale	11	5	3		2				1	1		4	1				5		3		1	5	1			5	48	
Kinder- und Jugendmedizin / Pédiatrie	145	82	19	3	11	1	2	2	12	17	19	26	31	6	4		35	12	47	13	39	88	23	26	87	6	754	
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents	93	39	9		1			1	2	7	5	31	19	3	1		17	7	15	5	9	54	7	10	70	4	409	
Kinderchirurgie / Chirurgie pédiatrique	3	4	1									1	1				2		1			3	1		2		19	
Klinische Pharmakologie und Toxikologie / Pharmacologie et toxicologie cliniques		2																				1				3	6	
Medizinische Genetik / Génétique médicale	1	1																				3				1	6	
Medizinische Onkologie / Oncologie médicale	22	22	4	1	1			1	2	3	4	6	4	1		1	6		6	1	12	15	6	2	14	2	136	
Nephrologie / Néphrologie	15	8	3						1	3	2	2	4	1	1		3		4	1	4	5	7	4	8	1	77	
Neurochirurgie / Neurochirurgie	10	8	2						1	1		2	1				4	2	2		3	5	1			7	50	
Neurologie / Neurologie	42	19	8		1		1		2	6	5	16	7	1	1		13	3	14	4	11	28	11	5	22	1	219	
Nuklearmedizin / Médecine nucléaire	5	2	1								1							1	1		1	7				4	24	
Ophthalmologie / Ophtalmologie	110	61	28	2	8	1	3	2	9	11	12	24	21	3	4	1	27	11	28	7	18	67	13	17	55	3	544	
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates / Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	74	62	14	1	8		1	2	8	19	12	23	15	6	2	1	25	12	24	7	16	49	15	13	41	2	452	
Oto-Rhino-Laryngologie / Oto-rhino-laryngologie	52	38	11	1	4		1	2	4	9	8	17	6	4			19	6	14	4	11	34	10	6	26	3	290	
Pathologie / Pathologie	6	2										4	1				2		3	2	3	1	1	1	1	2	28	
Pharmazeutische Medizin / Médecine pharmaceutique	3	1			1							1										1	1				8	
Physikalische Medizin und Rehabilitation / Médecine physique et réadaptation	41	16	3		2				4	3	2	15	3	2	1		12	5	24	4	10	11	14	1	14	1	188	
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie / Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	19	8	3						1	2	1	6	3	1			3	1	6		5	18	4	2	18	1	102	
Pneumologie / Pneumologie	27	25	5	1	1				2	5	3	7	7	1	1		9	4	11	2	9	22	12	4	19	1	178	
Prävention und Gesundheitswesen / Prévention et santé publique	3	2																				1	1			1	8	
Psychiatrie und Psychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie	480	248	51	1	9	2	3	4	17	36	31	149	75	14	8		63	22	79	32	57	203	30	39	241	9	1882	
Radiologie / Radiologie	37	27	8		1				3	9	7	15	3				11	2	15	2	10	42	13	6	41		252	
Radio-Onkologie / Strahlentherapie / Radio-oncologie / radiothérapie	2	6								1		1	1					1	2	1		3	2				20	
Rechtsmedizin / Médecine légale																									1		1	
Rheumatologie / Rhumatologie	73	33	9	2	1	1	2	1	4	11	7	25	9	4	3		15	8	24	7	15	27	14	6	43	3	347	
Tropen- und Reisemedizin / Médecine tropicale et médecine de voyages	9	4	1							2	1	4		1			4	1	2		1	4		1	2	1	38	
Urologie / Urologie	30	21	3		1	1	1		4	4	4	7	3	2			9	2	7	2	6	17	6	3	14	1	148	
Total Facharzttitel / Total titres de spécialiste ¹	3195	2214	570	44	186	39	48	57	214	421	416	808	550	151	93	19	761	344	913	313	692	1737	557	391	1626	128	18477	
Praktischer Arzt/Praktische Ärztin / Médecin praticien	86	39	10	2	5	1	2	2	9	9	12	19	15	6	3	19	15	23	10	15	43	8	6	34	3		395	

1) Ärzte, die mehrere Facharzttitel führen, werden in allen entsprechenden Rubriken gezählt / Les médecins porteurs de plusieurs titres figurent dans toutes les rubriques

Tab. 1 : Nombre de médecins spécialistes en cabinet privé pour 1000 habitants, par canton (2004) [▲](#)

Cantons	2004
OW	0.45
UR	0.68
GL	0.70
SZ	0.74
TG	0.74
NW	0.76
AI	0.80
LU	0.93
SO	0.95
SG	0.98
AR	0.98
AG	1.00
JU	1.01
GR	1.04
FR	1.05
VS	1.12
SH	1.14
ZG	1.19
BL	1.32
Suisse	1.42
TI	1.45
BE	1.47
NE	1.49
ZH	1.63
VD	1.78
GE	2.77
BS	3.12

Source: [Statistique FMH](#)

6. Berufstätige Ärzte nach Kanton und Fachgebiet 2005 / Médecins en exercice par canton et spécialité en 2005

Facharzttitel / Titres de spécialiste ¹	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU	Total
Allergologie und klinische Immunologie / Allergologie et immunologie clinique	32	23	2						2	3	3	8	2	1			6	4	4	1	8	29	5	6	31	2	172
Allgemeinmedizin / Médecine générale	793	562	191	14	66	22	15	23	58	100	129	114	142	48	31	6	235	114	242	116	122	298	133	75	157	36	3842
Anästhesiologie / Anesthésiologie	230	166	49	2	10	5		2	15	32	17	65	24	9	9		46	30	80	21	36	115	25	21	89	7	1105
Angiologie / Angiologie	30	21	6						3	1	1	9	4		1		6	3	7	2	8	16	2	1	12		133
Arbeitsmedizin / Médecine du travail	16	10	12									1	13	1			1			3		2	12	3	1	6	81
Chirurgie / Chirurgie	221	159	39	1	11	5	3	6	14	22	24	48	22	11	8	4	51	37	70	26	48	76	22	22	72	7	1029
Dermatologie und Venerologie / Dermatologie et vénéréologie	86	50	12		3			2	3	9	6	18	13	2			12	8	17	6	18	42	6	7	53	1	374
Endokrinologie/Diabetologie / Endocrinologie/diabétologie	14	15	4						1	6	3	11	3				3	1	4	1	9	21	3	4	25		128
Gastroenterologie / Gastroentérologie	46	28	13	2	4		2	2	4	4	8	13	8	3	3		14	6	16	5	13	25	8	5	32	2	266
Gynäkologie und Geburtshilfe / Gynécologie et obstétrique	235	148	41	3	17	3	4	5	15	26	24	65	36	9	7	1	63	19	71	20	59	114	28	21	113	6	1153
Hämatologie / Hématologie	25	27	4		1			1		2	2	13		1			5	1	8	1	6	20	5	2	26	1	151
Herz- und thorakale Gefässchirurgie / Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	19	12	2						1		1	2	1	1						4	2	3	11		1	11	71
Infektiologie / Infectiologie	18	13	1						2	2	1	12	4		1		3	1	3	1	4	18	4	3	15	1	107
Innere Medizin / Médecine interne	860	734	162	15	38	8	16	7	47	105	109	292	176	32	19	5	212	102	228	85	240	507	145	97	594	30	4865
Intensivmedizin / Médecine intensive	95	48	17	1	4	1			6	6	9	38	9	1	1		22	7	24	6	13	50	9	4	31	5	407
Kardiologie / Cardiologie	90	64	13	1	4		1	1	5	8	8	23	14	2	1		21	6	20	7	17	58	13	7	48	5	437
Kiefer- und Gesichtschirurgie / Chirurgie maxillo-faciale	18	5	4		2				1	1		6	2				5		5		3	5	1			5	63
Kinder- und Jugendmedizin / Pédiatrie	245	121	29	4	12	1	3	2	13	20	22	49	42	6	4		58	24	70	20	49	144	25	27	143	6	1139
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents	111	49	11		1			1	2	8	11	36	23	3	1		25	9	19	8	9	68	8	11	88	7	509
Kinderchirurgie / Chirurgie pédiatrique	11	7	6									2	2				6		1		1	9	2		5		52
Klinische Pharmakologie und Toxikologie / Pharmacologie et toxicologie cliniques	5	6										2								1		4				9	27
Medizinische Genetik / Génétique médicale	3	1										3										5				5	17
Medizinische Onkologie / Oncologie médicale	36	25	7	2	1			1	2	3	4	12	7	1		1	13	2	15	3	19	21	7	2	21	3	208
Nephrologie / Néphrologie	22	20	4		1				2	5	2	8	4	2	2		6	1	6	1	7	13	8	5	13	1	133
Neurochirurgie / Neurochirurgie	21	16	2					1	1			6	1		1		9	3	5	3	6	9	3		9		96
Neurologie / Neurologie	80	38	13		2	1		2	7	6	25	8	3	3			18	4	19	8	15	44	13	5	44	1	359
Nuklearmedizin / Médecine nucléaire	12	6	2		1				1	1	1	1	1				2	1	3	2	3	10	1	1	8		57
Ophthalmologie / Ophtalmologie	134	72	33	2	9	1	3	2	10	12	16	34	28	3	5	1	33	12	33	9	22	80	13	18	62	3	650
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates / Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	117	92	20	2	10		2	2	10	24	21	40	25	6	2	1	43	18	34	14	23	63	19	16	53	3	660
Oto-Rhino-Laryngologie / Oto-rhino-laryngologie	68	45	18	1	4		1	2	5	9	9	26	12	4			22	7	18	4	12	38	10	7	34	3	359
Pathologie / Pathologie	30	23	4						1	3		20	3				12	2	11	6	7	21	5	3	19		170
Pharmazeutische Medizin / Médecine pharmaceutique	15	12	1		1				5	1	1	6	5				1				3	3				1	55
Physikalische Medizin und Rehabilitation / Médecine physique et réadaptation	56	16	10		2			1	5	6	2	19	9	3	1		13	8	35	10	13	18	18	1	21	2	269
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie / Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	25	12	4						1	3	1	8	3	1	1		3	2	7		6	22	5	3	21	1	129
Pneumologie / Pneumologie	39	32	9	1	1				2	5	3	16	8	1	1		11	5	12	2	10	28	13	4	26	1	230
Prävention und Gesundheitswesen / Prévention et santé publique	10	16	1								1	2	6	1							2	7	1	1	14		62
Psychiatrie und Psychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie	556	312	63	2	12	3	3	4	24	44	37	169	85	17	10		86	29	94	51	80	255	40	47	307	10	2340
Radiologie / Radiologie	96	69	17		5			1	5	16	12	35	9	1			22	9	26	9	23	62	19	11	68	2	517
Radio-Onkologie / Strahlentherapie / Radio-oncologie / radiothérapie	6	8	2							1		2	3				3	4	6	1	2	5	2		1		46
Rechtsmedizin / Médecine légale	7	9							1			2					5	1	1			4			1	5	36
Rheumatologie / Rhumatologie	91	38	15	2	1	1	2	1	4	13	7	28	13	4	3		19	9	32	11	18	34	16	7	51	3	423
Tropen- und Reisemedizin / Médecine tropicale et médecine de voyages	12	5	1						2	2		4	1	1			4	1	3		1	5		1	5	2	50
Urologie / Urologie	38	26	9		1	1	1		4	4	6	9	9	3			15	3	7	3	6	21	6	3	17	1	193
Total Facharzttitel / Total titres de spécialiste	4674	3161	853	55	224	51	57	66	277	516	511	1318	763	179	115	19	1134	493	1263	466	946	2410	646	451	2370	152	23170
Praktischer Arzt / Praktische Ärztin / Médecin praticien	187	68	17	2	6	2	3	5	19	11	21	28	22	6	3	1	34	23	45	18	30	78	15	15	83	5	747

1) Ärzte, die mehrere Facharzttitel führen, werden in allen entsprechenden Rubriken gezählt / Les médecins porteurs de plusieurs titres figurent dans toutes les rubriques

© FMH-Generalsekretariat 2006, Stand per 31.12.2005

Tab. 1 : Nombre de médecins généralistes et de médecins spécialistes en cabinet privé pour 1000 habitants (1990-2004) [▲](#)

Années	Généralistes	Spécialistes	Tous
1990	0.57	0.96	1.53
1991	0.58	0.99	1.57
1992	0.58	1.02	1.60
1993	0.60	1.06	1.65
1994	0.60	1.08	1.68
1995	0.62	1.12	1.74
1996	0.63	1.16	1.79
1997	0.63	1.20	1.83
1998	0.64	1.23	1.87
1999	0.65	1.25	1.90
2000	0.67	1.26	1.93
2001	0.67	1.28	1.95
2002	0.66	1.30	1.97
2003	0.63	1.39	2.02
2004	0.63	1.42	2.05

2. Ärzte mit Praxistätigkeit nach Kanton 2005 / Médecins en pratique privée par canton en 2005

Kanton / Canton	Frauen / Femmes			Männer / Hommes			Total			Anzahl Einwohner / Nombre d'habitants			Anzahl Einwohner pro Arzt / Nombre d'habitants par médecin		
	2005	2004	Veränd. / Variation	2005	2004	Veränd. / Variation	2005	2004	Veränd. / Variation	2005	2004	Veränd. / Variation	2005	2004	Veränd. / Variation
Zürich	867	857	+1.2%	2'105	2'114	-0.4%	2'972	2'971	+0.0%	1'293'112	1'280'985	+0.9%	435	431	+0.9%
Bern	430	420	+2.4%	1'609	1'606	+0.2%	2'039	2'026	+0.6%	964'113	962'027	+0.2%	473	475	-0.4%
Luzern	107	104	+2.9%	430	433	-0.7%	537	537	+0.0%	355'724	353'974	+0.5%	662	659	+0.5%
Uri	4	4	+0.0%	39	40	-2.5%	43	44	-2.3%	34'631	34'770	-0.4%	805	790	+1.9%
Schwyz	43	37	+16.2%	136	138	-1.4%	179	175	+2.3%	136'530	135'466	+0.8%	763	774	-1.4%
Obwalden	7	6	+16.7%	32	32	+0.0%	39	38	+2.6%	33'015	33'114	-0.3%	847	871	-2.8%
Nidwalden	6	6	+0.0%	40	41	-2.4%	46	47	-2.1%	39'141	38'740	+1.0%	851	824	+3.3%
Glarus	12	9	+33.3%	46	46	+0.0%	58	55	+5.5%	38'030	38'377	-0.9%	656	698	-6.0%
Zug	43	41	+4.9%	152	146	+4.1%	195	187	+4.3%	106'529	104'664	+1.8%	546	560	-2.5%
Fribourg	92	92	+0.0%	300	296	+1.4%	392	388	+1.0%	255'436	251'571	+1.5%	652	648	+0.6%
Solothurn	82	78	+5.1%	320	316	+1.3%	402	394	+2.0%	246'977	246'172	+0.3%	614	625	-1.8%
Basel-Stadt	209	205	+2.0%	505	513	-1.6%	714	718	-0.6%	190'875	190'981	-0.1%	267	266	+0.4%
Basel-Land	141	130	+8.5%	380	386	-1.6%	521	516	+1.0%	264'747	264'261	+0.2%	508	512	-0.8%
Schaffhausen	35	32	+9.4%	111	106	+4.7%	146	138	+5.8%	74'105	74'201	-0.1%	508	538	-5.6%
Appenzell A.-Rh.	15	14	+7.1%	75	77	-2.6%	90	91	-1.1%	52'535	52'531	+0.0%	584	577	+1.2%
Appenzell I.-Rh.	2	2	+0.0%	16	16	+0.0%	18	18	+0.0%	14'741	14'739	+0.0%	819	819	+0.0%
St. Gallen	134	126	+6.3%	606	616	-1.6%	740	742	-0.3%	460'990	459'529	+0.3%	623	619	+0.6%
Graubünden	52	54	-3.7%	284	281	+1.1%	336	335	+0.3%	191'321	191'599	-0.1%	569	572	-0.5%
Aargau	181	175	+3.4%	674	671	+0.4%	855	846	+1.1%	567'277	563'462	+0.7%	663	666	-0.5%
Thurgau	64	65	-1.5%	245	244	+0.4%	309	309	+0.0%	233'954	233'081	+0.4%	757	754	+0.4%
Ticino	128	120	+6.7%	521	526	-1.0%	649	646	+0.5%	320'765	318'370	+0.8%	494	493	+0.2%
Vaud	450	427	+5.4%	1'169	1'156	+1.1%	1'619	1'583	+2.3%	663'379	656'536	+1.0%	410	415	-1.2%
Valais	100	94	+6.4%	409	404	+1.2%	509	498	+2.2%	289'512	286'947	+0.9%	569	576	-1.2%
Neuchâtel	88	83	+6.0%	269	271	-0.7%	357	354	+0.8%	169'580	168'482	+0.7%	475	476	-0.2%
Genève	467	459	+1.7%	970	971	-0.1%	1'437	1'430	+0.5%	437'267	433'426	+0.9%	304	303	+0.3%
Jura	17	18	-5.6%	94	95	-1.1%	111	113	-1.8%	67'894	67'851	+0.1%	612	600	+2.0%
Total	3'776	3'658	+3.2%	11'537	11'541	-0.0%	15'313	15'199	+0.75%	7'502'180	7'455'856	+0.62%	490	491	-0.1%

© FMH-Generalsekretariat 2006, Stand per 31.12.2005

**5b. Ärzte mit Praxistätigkeit nach Kanton 2005, FMH-Fähigkeitsausweise /
Médecins en pratique privée par canton en 2005, attestations de formation complémentaire**

Fähigkeitsausweise / Attestations de formation complémentaire	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU	Total
Akupunktur-TCM (ASA) / Acupuncture-MTC (ASA)	126	87	20	3	12	2		2	7	11	18	19	26	5	3		31	14	30	10	16	22	15	6	25	1	511
Anthroposophisch erweiterte Medizin (VAOAS) / Médecine d'orientation anthroposophique (ASMOA)	12	13	2								2	10	11	1			3	1	4	2	3	3		2	2		71
Delegierte Psychotherapie (FMPP) / Psychothérapie déléguée (FMPP)	17	4	1	1					1		2	2		1			1	1	7	1		1	2				42
Elektroencephalographie (SGKN) / Électroencephalographie (SSNC)	30	15	6		1				3	5	4	13	4	1	1		8	2	11	3	8	15	6	4	9	1	150
Elektroneuromyographie (SGKN) / Électroneuromyographie (SSNC)	31	19	7		1				3	5	5	15	5	1	1		9	2	13	4	8	17	6	4	9	1	166
Endoskopisch Retrograde Cholangio-Pankreatographie ERCP (SGG) / Cholangio-pancréatographie endoscopique rétrograde ERCP (SSG)	7	6	3	1					2		2	1	1		1		1	2	3	1	2	3	1			1	38
Gastroskopie (SGG) / Gastroscopie (SSG)	4	4			1					1	1						1	2	3			1					18
Homöopathie (SVHA) / Homéopathie (SSMH)	48	44	18		5		2	1	2	10	7	8	9	3			8	6	12	4	13	37	13	6	14	2	272
Hüftsonographie (SGUM) / Sonographie de la hanche (SSUM)	44	37	10	3	5	1			6	4	10	8	18	2	4		28	9	22	9	10	4	3	3			240
Laserbehandlungen der Haut und hautnahen Schleimhäute (FMS) / Laserthérapie de la peau et des muqueuses orificielles (FMS)	51	54	10		3		2		3	7	8	6	9	3	1		18	4	17	12	10	33	8	5	31	3	298
Manuelle Medizin (SAMM) / Médecine manuelle (SMSMM)	229	169	42	8	7	8	8	9	12	13	39	29	41	20	6	4	57	35	78	46	29	30	54	8	20	4	1005
Medizinische Hypnose (SMSh/GHypS) / Hypnose médicale (SMSh/SHypS)	31	23	2	2					2	4	2	21	11	1	1		1	3	11	2	1	21	9	3	13		164
Neuraltherapie (SANTH) / Thérapie neurale (SMSTN)	18	24	3		3				2		1	4	3	2	3		6	6	6	2	3	4	5		2		97
Notarzt SGNOR / Médecin d'urgence SSMUS	33	20	5		4	3	1	1	2	11	4	3	4	1	2	1	9	10	14	2	12	21	34	6	8	4	215
Phlebologie (USGG) / Phlébologie (USSMV)	31	14	9		3		1		1	3	6	6	4	3			7	2	8	4	4	10	2	2	6		126
Praxislabor (KHM) / Pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR)	1428	1056	284	31	113	25	28	36	100	179	241	290	302	83	48	12	441	200	456	192	362	638	282	173	525	60	7585
Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (APPM) / Médecine psychosomatique et psychosociale de l'AMPP	143	81	12	1			1	1	4	13	15	35	17	4	2		12	6	24	10	34	33	13	15	30	3	509
Sachkunde f.dosisint. Untersuchungen & therapeut. Eingriffe i.d. Angiologie (USGG) / Qual. pour les ex. et traitements radiol. à fortes doses en angiologie (USSMV)	7	5	1						2	1	1	2			1		1	1	1	1		1					25
Sachkunde für dosisintensive Röntgenuntersuchungen in der Kardiologie (SGK) / Qualification pour les ex. radiologiques à fortes doses en cardiologie (SSC)	28	34	8	1	4				3	5	5	9	4	1	2		6	4	9	6	8	27	8	2	22	3	199
Sachkunde für dosisintensive Röntgen (KHM) / Qualification pour les examens radiologiques à fortes doses (CMPR)	975	740	248	26	85	25	24	30	80	138	181	184	212	67	34	8	358	165	355	161	284	442	247	129	308	39	5545
Schwangerschaftsulttraschall (SGUM) / Ultrasonographie prénatale (SSUM)	243	114	50	5	14	3	4	10	11	22	27	43	30	6	5	2	60	28	74	32	40	91	24	15	58	5	1016
Sonographie des Abdomens (SGUM) / Ultrasonographie de l'abdomen (SSUM)	173	100	46	7	24	7	6	5	10	10	17	17	35	12	10	4	71	45	58	48	44	8	18		8	1	784
Sportmedizin (SGSM) / Médecine du sport (SSMS)	48	46	11		2			2	6	5	13	9	11	4	2	1	13	9	5	5	12	14	13	8	17	3	259
Tauchmedizin (SUHMS) / Médecine de plongée (SUHMS)	5	6			1					2	1	4					1		2	1	3	3	1		1		31
Vertrauensarzt (SGV) / Médecin-conseil (SSMC)	22	18	3				1		1	5	6	12	5		1		8	2	7	3	15	12	5	2	10		138
Zerebrovaskuläre Krankheiten (SGKN) / Maladies cérébrovasculaires (SSNC)	25	3	3		1				1	4	1	7	2	1	1		4	2	6	2	4	13	4		5	1	90
Total Fähigkeitsausweise / Attestations de formation complémentaire	3809	2736	804	89	289	75	77	97	264	458	619	757	764	222	129	32	1163	561	1236	563	925	1504	773	393	1123	132	19594

© FMH-Generalsekretariat 2006, Stand per 31.12.2005

Tab. 3 Nombre moyen de consultations chez le médecin généraliste par habitant et par an, selon les indications de la population, par canton [▲](#)

Cantons	Mh
BS	2.7
SO	2.5
NE	2.4
SG	2.4
BE	2.3
AG	2.3
VS	2.2
Suisse	2.2
LU	2.2
BL	2.1
JU	2.1
TI	2.1
VD	2.1
ZH	2.0
FR	1.9
GE	1.8
ZG	1.8
Suisse orientale*	2.3
Suisse centrale**	2.1

Source: [Enquête suisse sur la santé 2002](#)

Remarque: Les chiffres indiqués entre parenthèse n'offrent qu'une fiabilité statistique restreinte (N<30).

* Suisse orientale: AR, AI, GL, GR, SG, SH et TG.

** Suisse centrale: LU, NW, OW, SZ, UR et ZG.

Tab. 3 Nombre moyen de consultations chez un médecin spécialiste (non-gynécologue) par habitant et par an, selon les indications de la population, par canton [▲](#)

Cantons	Nombre moyen de consultations
NE	1.6
GE	1.6
BS	1.5
VD	1.2
BL	1.2
FR	1.2
AG	1.1
Suisse	1.1
ZH	1.1
BE	1.1
JU	1.1
ZG	1.0
VS	1.0
TI	0.9
SO	0.9
SG	0.8
LU	0.8
Suisse orientale*	0.9
Suisse centrale**	0.9

Tab. 3 Pourcentage de la population ayant déclaré avoir consulté un médecin généraliste au moins une fois en douze mois, selon le canton et la région [▲](#)

Cantons	Consultation
SO	64.4
NE	63.4
BE	63.2
VS	62.8
SG	62.4
BL	62.3
AG	62.1
LU	61.8
JU	61.5
Suisse	61.1
VD	60.9
BS	60.3
TI	59.9
ZH	59.1
GE	56.7
ZG	56.3
FR	54.9
Suisse orientale*	63.7
Suisse centrale**	59.7

Bibliographie

1- Observatoire Suisse de la santé, “la santé en Suisse romande et au Tessin en 2002”, édition obsan

2- Statistique médicale FMH 2002

http://www.fmh.ch/ww/fr/pub/fmh/statistique_medicale_2002/fmh_rztestatistiken_1930_20/statistique_medicale_2002.htm

3- Enquête Suisse santé, observatoire suisse de la santé 2002

Consultable sur le site www.obsan.ch

4- Emission “les médecins de famille en petite forme”, mise au point, TSR 26 mars 2006

Visible sur :

<http://www.tsr.ch/tsr/index.html?siteSect=343901&sid=6566036&cKey=1143646048000>

Sites Internet :

- www.fmh.ch
- www.obsan.ch
- www.ofsp.ch