

La colère des médecins de famille

- Plus de bureaucratie, moins de prestige, un avenir menacé. La qualité de vie des médecins généralistes se dégrade



- Ils descendent dans la rue pour le dire le 1er avril.

En ville, le généraliste soigne surtout des personnes âgées, des malades chroniques et des éclopés de la vie.
Photo: Keystone

Sylvie Arsever
Lundi 27 mars 2006

«Quand je fais les ascenseurs avec ma petite valise, je me fais l'effet d'un vendeur de lacets.» Philippe Fontaine, président du groupe genevois des généralistes dit pourtant «adorer» les visites à domicile - «ça me sort de la routine du cabinet et on apprend des tas de choses. On repère dans l'appartement d'une vieille dame les tapis dans lesquels elle risque de se prendre les pieds, on guigne dans son frigo pour voir comment elle se nourrit». ? Mais il peine parfois à convaincre ses confrères que leur métier est toujours le plus beau du monde.

En cause, en vrac: une image en perte de vitesse face à la montée en puissance des technologies médicales, des journées grignotées par toujours plus de tâches administratives, le sentiment agaçant de n'être plus perçus que comme des fauteurs de coûts, la crainte de voir, demain, abolir le droit des patients de choisir librement leur médecin. Et une dévalorisation économique très réelle de la profession.

Cela fait beaucoup. Assez pour pousser la Société suisse de médecine générale et le Collège de médecine de premier recours à passer l'action. Une pétition «contre l'affaiblissement de la médecine de famille» circule, déjà forte de plus de 160000 signatures. Et le 1er avril, du jamais-vu de mémoire de toubib, les médecins de premier recours manifesteront sur la place fédérale.

Il s'agit surtout, résume Christophe Chapuis, généraliste à Lutry et enseignant à la Faculté de Lausanne, de dire: «Nous existons. Il faut cesser de nous démolir.» Comme Philippe Fontaine, Christophe Chapuis aime son métier qui continue à lui apporter plus de joies que de tracas. Comme lui, il approche de l'âge de la retraite. Et tous deux se font du souci pour la relève.

«Si vous demandez à un groupe d'étudiants en médecine ce à quoi ils se destinent, assure Pierre-Antoine Pradervand, lui-même en dernière année de médecine, vous en aurez six ou sept qui mentionneront la pédiatrie et tout au plus un qui veut faire de la médecine générale.» Le sondage auquel procède régulièrement l'Université de Zurich parmi ceux qui viennent de passer leurs examens finaux fournit des proportions moins spectaculaires: 7,5% de candidats à la médecine générale, 9,2% à la pédiatrie. Mais l'écart se creuse. Et, vu de l'Université, la médecine générale tend à ressembler à un second choix.

Le phénomène n'est pas nouveau. L'hôpital enseigne une médecine bien différente de celle qui se

pratique en cabinet. Une intervention ponctuelle et souvent technique dans des situations aiguës quand le généraliste travaille à établir une relation thérapeutique sur le long terme (lire ci-dessous).

«La relation avec le patient est un des attraits de la spécialité, ajoute Pierre-Antoine Pradervand. Mais les conditions économiques font que le temps pour la construire manque toujours plus.» Et, si le généraliste, en région périphérique, continue de suivre ses patients pratiquement du berceau - ou du moins de la préadolescence - jusqu'à la tombe, il tend, en ville, à traiter surtout des malades chroniques et des personnes âgées. Plus les écopés de la vie. Ceux qui manquent au travail parce qu'ils ne supportent plus l'ambiance ou le rythme, ceux qui n'en peuvent plus d'être au chômage, ceux que torture un mal de dos impossible à objectiver, ceux qui ne se remettent décidément pas de ce petit accident dont les séquelles devraient avoir disparu depuis longtemps. Une pratique de généraliste, aujourd'hui, c'est au moins à 50% un travail de psy.

«C'est une partie passionnante de mon métier, estime François Héritier, médecin à Courfaivre, cette façon d'utiliser son corps pour dire une souffrance psychique, en avoir littéralement plein le dos, ou la gorge qui se noue. Mais c'est aussi une activité très chargée émotionnellement, épuisante. Et très difficile à évaluer sur le plan économique: combien de suicides permet-elle d'éviter, combien remet-elle de personnes au travail, combien soulage-t-elle de souffrances? C'est très difficile à dire.»

Pour compliquer les choses, c'est justement dans la zone grise où se meut le généraliste que le discours politique discerne le plus de potentiel d'abus - et donc d'économies. Jusqu'où l'assurance sociale peut-elle prendre en charge les coûts sanitaires liés au vieillissement? Doit-elle payer pour le mal-être grandissant d'une société plus excluante?

Les médecins sont ouverts à la discussion. Mais pas telle qu'elle s'amorce aujourd'hui. «Les politiques, assène Christophe Chapuis, ont démissionné face aux assurances. Et c'est le monde du business qui fait la politique de santé. Ce n'est pas le rôle d'une assurance de décider si l'accès à une prestation doit être limité.»

On touche là à un point névralgique. Dans le débat sur les coûts de la santé, la voix des caisses, estiment les médecins, résonne toujours plus haut, la leur se perd toujours plus. Et le pire est à venir avec le projet de Pascal Couchepin de donner aux caisses la possibilité de choisir les médecins avec lesquelles elles acceptent de travailler. Aujourd'hui déjà, les praticiens qui dépassent de 20% le coût moyen de leur spécialité reçoivent des mises en garde de Santésuisse. «En général, je me situe plutôt en dessous de la moyenne. Dans ce cas on ne me dit rien. Mais il suffit qu'une fois je génère des coûts supérieurs parce que j'ai des patients plus lourds pour qu'on me demande d'y mettre bon ordre. Qu'est-ce que je suis supposé faire: changer de patients?» s'énerve Christophe Chapuis.

La hausse des coûts, encore une affaire qui n'est pas simple. «Nous subissons une pression énorme, des firmes pharmaceutiques et des spécialistes pour prescrire toujours le dernier médicament en date, celui qui coûte le plus cher, note Philippe Fontaine. On essaie de résister, on sent intuitivement qu'on exagère. Mais ce n'est pas facile.»

Dans ce climat, l'annonce par Pascal Couchepin, le 9 novembre, d'une baisse de 10% du point tarifaire des analyses médicales a été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase. La mesure touche, outre les laboratoires spécialisés, de nombreux généralistes qui effectuent certaines analyses à leur cabinet.

La blessure est économique - les analyses peuvent représenter jusqu'à 30% du chiffre d'affaires d'une pratique. Mais elle est aussi symbolique à une époque où le prestige du médecin tend à se mesurer au nombre d'appareils qu'il commande. Et où les exigences de sécurité accrues rendent déjà plus difficile d'avoir une radio à son cabinet.

Le TarMed était supposé revaloriser l'acte intellectuel qui reste le cœur de la pratique des généralistes. C'est, assène Philippe Fontaine, «un échec complet». Le nouveau tarif a augmenté le travail administratif exigé des praticiens sans leur apporter les avantages économiques attendus. Les week-ends et les nuits de garde, eux, sont restés, sauf à Genève (lire ci-contre). Alors, quand vous demandez à un généraliste de «vendre» son métier à la relève, il vous dit que c'est un métier

formidable, riche, varié, essentiel. Mais qu'il comprend que les jeunes ne veulent plus le faire.

L'incertitude pour métier

Etre généraliste, c'est savoir prendre des risques avec le temps pour allié.

Sylvie Arsever

Médecin de famille? Généraliste? Interniste? Médecin de premier recours? Ces mots différents peuvent désigner des réalités très semblables. Mais ne recouvrent pas exactement le même champ: le dernier, ainsi, comprend les pédiatres.

Tous ont en commun deux choses: un spectre d'intervention large combiné avec une fonction d'interface, dans les cas les plus graves, avec les spécialistes plus pointus. Et un savoir-aire qui ne s'apprend pas - ou presque pas - à l'université. Raison pour laquelle les étudiants ont tant de peine à se l'approprier.

«Face à un problème, on apprend à l'hôpital à le décrire le mieux possible. On fait tous les examens, et quand on a toutes les données, on s'efforce de poser un diagnostic. Le généraliste doit procéder différemment. Il doit limiter ses investigations aux données qui lui permettront de prendre une décision. Et compter sur le temps pour affiner son intervention.» Marc-André Raetzo s'est spécialisé dans la théorie du diagnostic clinique. D'autres le disent en termes plus simples. Leur pratique tient en deux mots: le temps et l'incertitude.

Le temps, c'est celui qu'on se donne pour lever un doute que l'hôpital éliminera à coup d'examens. Le «prenez un antidouleur et si ça ne va pas mieux dans trois jours, rappelez-moi». C'est aussi celui qu'on prend pour nouer une relation qui permettra de mieux évaluer les plaintes en fonction du contexte de vie du patient, de mieux moduler, aussi, les réponses qu'on lui proposera.

La relève devient urgente

L'incertitude découle du risque, impossible à éliminer complètement, de passer à côté du signe d'alarme qui aurait justifié, dans ce cas précis, de déployer immédiatement tout l'arsenal des examens radiologiques et des analyses. On apprend à vivre avec elle. Mais vu de la faculté, où l'élimination du risque est le souci dominant, cela peut faire très peur.

Des mesures sont en cours pour faire face à cette difficulté. Des enseignements de médecine générale figurent depuis peu au programme des cours dispensés à Lausanne et à Genève, des stages de sensibilisation en cabinet et des parrainages sont mis sur pied. Il est même possible, en très petite quantité, d'effectuer des assistanats en cabinet. Mais les choses bougent très lentement, les facultés montrent peu d'empressement à s'ouvrir à des praticiens qui ne présentent pas le profil académique idéal ou à investir des fonds en dehors de «leur» hôpital.

Pour de nombreux généralistes, cette évolution est trop lente. D'autant plus que la préparation de la relève devient urgente: de nombreux médecins installés approchent de l'âge de la retraite. Et si, en ville, il reste difficile à un nouveau venu de se constituer une patientèle, dans les régions périphériques, la pénurie commence déjà à se faire sentir.

Et si c'était la profession de l'avenir?

Aujourd'hui déjà, plusieurs assurances proposent des rabais à leurs affiliés qui acceptent de se choisir un généraliste sur une liste limitative et de passer systématiquement par lui en premier recours.

Près de 4000 médecins sont dans de tels réseaux. Marc-André Raetzo a participé, à Onex (GE), à la création du premier d'entre eux, qu'il anime toujours, le réseau Delta. Son originalité: il repose sur un système de financement forfaitaire. Les caisses versent au réseau des montants calculés sur la base de la composition de la patientèle (âge, sexe et séjours à l'hôpital pendant l'année écoulée) des médecins qui le composent. Le réseau, constitué en société anonyme, encaisse ces montants et rémunère les médecins à l'acte selon le TarMed.

Les économies par la qualité

Cela marche si le système permet de faire des économies. C'est le cas: les caisses associées sont en mesure de proposer jusqu'à 30% de rabais aux patients du réseau. Et même en étant lui-même payé au rabais, ce dernier réussit à réaliser un bénéfice qui lui sert à financer l'organisation de sa formation continue.

Cette économie, estime Marc-André Raetzo, est entièrement réalisée grâce aux efforts pour améliorer la pertinence des diagnostics et des prises en charge. «Nous ne faisons pas de comparaison des coûts par type de diagnostic. Nous nous réunissons simplement une fois par semaine pour discuter nos cas et nos approches. Cela nous permet d'affiner nos compétences, et d'apprendre à mieux négocier nos angoisses et celles de nos patients.» Résultat: un peu plus de temps passé avec ces derniers, beaucoup moins d'investigations lourdes - radios et analyses.

Spécialité: visites à domicile

En ville, la profession connaît une autre évolution: la spécialisation dans les gardes de week-end et de nuit. A Genève, la société SOS médecins a occupé ce créneau dès 1987 avec des interventions fortement axées sur l'urgence. Né en 2004 d'une sécession, Genève-Médecins a légèrement déplacé l'axe: sa spécialité, c'est la visite à domicile, que beaucoup de médecins de famille ont abandonnée. En complémentarité avec les médecins de ville dont Philippe Vandeplas, le président de l'association, se voit comme le «remplaçant».

La différence? Le temps, justement: «nous voulons éviter de générer une demande. Nous refusons de répondre à tous les appels lorsque l'intervention peut attendre les heures ouvrables.» On retrouve le «prenez un antalgique et rappelez-moi dans deux heures» du médecin de famille. Avec la même exigence de disponibilité en dehors des consultations. Et, par ailleurs, un rôle de soutien auprès des infirmières à domicile, des médecins dont des patients gravement atteints sont soignés à la maison.

Travail et discussion des cas en groupe, insertion forte dans le réseau des soins sont les caractéristiques de ce type d'approches. Ceux qui les pratiquent apprécient de pouvoir sortir de la solitude du cabinet. Au prix, là encore d'un changement d'image: «le» docteur d'antan était un individualiste. C'est encore une caractéristique de la profession dont il faudra peut-être, à l'avenir, faire le deuil. S. A.