

Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: - (1966)
Heft: 47

Titelseiten

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 13.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

J.A. Lausanne Domaine 47 public

Auscultation de quelques médecins

Nous avons l'habitude, lors des réunions de « Domaine Public » d'inviter, parfois, quelques « spécialistes ». Nous leur demandons de nous aider à mieux comprendre, de l'intérieur, un sujet mis à l'ordre du jour. Mercredi dernier, nous interrogeons plusieurs médecins. En profanes, nous les prions de répondre à cette seule question : « Qu'est-ce que la médecine de groupe ? ».

Situation de l'omnipraticien

Pour savoir à quels besoins répond une nouvelle organisation de la médecine, il faut partir de la situation de fait. Qu'est-ce aujourd'hui qu'un omnipraticien ? Quel est le travail de ce « médecin à tout faire », le généraliste, installé dans votre quartier, votre région ?

Tout d'abord il est un intermédiaire entre l'ensemble des malades et le corps des médecins spécialisés. Dans l'état actuel des connaissances médicales, il ne peut plus, bien évidemment, dominer tous les sujets. Et quand bien même il le pourrait, il ne disposerait pas de l'équipement indispensable dont sont munis, seuls, les cabinets spécialisés et les établissements hospitaliers.

Or la science médicale avance prodigieusement ; les spécialistes se multiplient d'autant. Et le généraliste doit accepter toujours plus les limites de son pouvoir. Il est celui que l'on appelle, il est le médecin d'urgence, le médecin qui est le premier confronté avec les exigences du malade, avec l'augmentation de la consommation médicale, il est celui que l'on déplace ; et pourtant il n'a plus le prestige de celui qui maîtrise toutes les données ; c'est un artisan ; il trie dans la masse ce qui est la part des spécialistes, ce qui est la sienne.

Le généraliste trie. Mais les clients qui lui restent acquis, qui sont-ils ? Dans leur grande majorité, ils ne sont pas des malades au sens étroit du terme. Beaucoup sont là pour des raisons administratives. Après trois jours de lit, il faut être en mesure de présenter une ordonnance médicale : le médecin est convoqué. La nature allait achever son travail thérapeutique. Il manquait pourtant une attestation.

D'autres patients, la majorité, plus de 70 %, souffrent de troubles fonctionnels, dont l'origine est en grande partie psychologique et non pas organique. Troubles digestifs, troubles circulatoires, troubles moteurs : autant de manières de réagir par un malaise physique à une difficulté qui ne peut être résolue. Un divorce malheureux, c'est une vésicule biliaire « malade ».

Le généraliste a bien devant lui des hommes et des femmes qui souffrent réellement, qui ont besoin de lui, mais la maladie n'est souvent que l'affleurement en surface d'un trouble qui en profondeur n'est pas physique uniquement et dont on ne triomphe pas aisément par la thérapeutique d'usage.

Surmenage et solitude

Ce travail complexe à la fois médical et médico-social est payé selon une tarification qui rétribue chaque acte. Mais le système veut que l'acte médical (la consultation, l'examen) soit moins bien rétribué que l'acte technique (contrôle radiologique, analyses, etc.). La tarification est donc particulièrement mal adaptée au travail du généraliste, puisqu'il n'est pas, d'abord, un technicien. D'où la tentation inévitable pour le généraliste d'ajuster sa manière au système tarifé qu'on lui impose. Il y trouvera son compte en multipliant les actes techniques, puisque « déboucher une oreille » est payé deux fois plus qu'un diagnostic. L'absurde voulant que le travail de son assistante médicale rapporte plus au médecin que le sien propre.

Les médecins qui acceptent de parler librement de leurs revenus admettent qu'un généraliste qui travaille raisonnablement gagne, brut, quelque 70 000 francs. Mais combien sont modérés dans leur ardeur au travail ? Quand la demande est là, ils y répondent, entraînés dans un travail épuisant, surmenés, c'est-

à-dire privés du temps libre qui leur permettrait, non seulement de se détendre, mais de lire et de se perfectionner professionnellement.

Ainsi, dans son quartier, dans sa région, chaque généraliste, surveillant de l'œil ses collègues (la jalousie est souvent confraternelle) se dépense sans compter pour tenir un rôle aujourd'hui mal défini. Les assurances le rétribuent d'abord comme médecin de laboratoire ; et pourtant ses patients ne sont pas, en majorité, des malades organiques. Il travaille seul, artisanalement, dans une sorte de solitude professionnelle. Au prix du travail, l'argent ne lui manque pas. Mais coïncé entre les exigences du public et la technicité des spécialistes, le sens de son métier s'effiloche.

Le recrutement même de la profession risque d'en souffrir. Trouvera-t-on, dans dix ans, assez de généralistes ? Probablement pas, à moins qu'on ne réorganise leur travail. Et il ne suffira pas, pour cela, de créer, comme on vient de le faire, un F.M.H. de médecine générale (qui permettrait aux généralistes d'appliquer les tarifs des spécialistes et qui revaloriserait en titre la profession).

La médecine de groupe

On voit maintenant à quels problèmes doit répondre la « médecine de groupe ». « Médecine de groupe » veut dire travail en équipe. Dans le cadre de cet article liminaire, nous ne décrirons pas en détails les formes de cette organisation coopérative. Posons toutefois deux principes essentiels. Le regroupement n'associe pas spécialistes et généralistes afin d'offrir dans le même immeuble ou sur le même étage l'éventail complet des soins médicaux, comme si le but était de permettre au patient d'économiser quelques pas : pour des soins plus poussés, c'est en face, deuxième sonnette à gauche.

On ne voit pas comment des médecins pourraient s'unir de façon à regrouper toutes les spécialisations ; et si un ou deux spécialistes seulement gravitaient autour d'un généraliste, on devrait alors se demander : pourquoi ceux-ci plutôt que ceux-là ? Cette manière de faire risquerait d'être attaquée pour dichotomie, (partage des honoraires).

Le regroupement unit donc des généralistes exclusivement.

L'effort porte sur l'organisation du travail. Si le groupe associe quatre médecins, deux reçoivent le matin et font leur tournée de malades l'après-midi. Un sur quatre est de garde chaque soir. Tout en respectant le libre choix du médecin, les médecins associés s'efforcent d'équilibrer leurs clientèles.

Le regroupement permet donc avant tout une meilleure organisation du travail.

Mais pourquoi plusieurs généralistes uniraient-ils leurs efforts ?

L'essentiel, on le comprend, n'est pas de répartir les frais de secrétariat et de machinerie. Parle-t-on d'avocats de groupe quand ils se partagent le même secrétariat ?

Il s'agit d'abord d'organiser le travail pour éviter le surmenage, la tension nerveuse des appels nocturnes, de retrouver ce luxe précieux entre tous des heures libres, d'échapper à la solitude professionnelle. Combien de médecins peuvent encore trouver les loisirs pour une activité non-professionnelle gratuite, combien ont l'occasion de discuter avec un confrère de cas qui les préoccupent et les inquiètent ?

D'autre part, réunis, les groupes pourraient être équipés en personnel (infirmière visiteuse, assistante sociale) de telle manière que dans le travail des médecins le geste médical redevienne l'essentiel.

Telles sont les intentions, sommairement définies. Ce premier article n'a pas d'autre ambition que de situer le problème. Nous le verrons ultérieurement, les obstacles à de telles réalisations sont nombreux,

(Suite page 2)

Bi-mensuel romand
N° 47 10 février 1966

Rédacteur responsable : André Gavillet
Le numéro : 70 centimes
Abonnement pour 20 numéros :
Pour la Suisse : 12 francs
Pour l'étranger : 15 francs

Changement d'adresse : 50 centimes
Administration, rédaction :
Lausanne, Case Chauderon 142
Chèque postal 10 - 155 27
Imprimerie Raymond Fawer S.A., Lausanne

Aux articles de ce numéro
ont collaboré :

Gaston Cherpillod
Jean-Claude Favez
Henri Galland
André Gavillet
Marx Lévy
Jacques Morier-Genoud
Jean-Jacques Leu
Christian Ogay
C.-F. Pochon

Le N° 48 sortira de presse le jeudi 3 mars 1966