

Carnet de bord dans une maison médicale en Ecosse

Susan HENNESSY
Médecin généraliste,
Lille.

L'institution : le National Health Service (NHS)

J'ai passé un an en Ecosse comme « registrar », équivalent d'un stage chez le praticien en France. Il s'agissait d'un poste salarié avec un maître de stage : 3 jours et demi de travail par semaine (1/2 journée de cours et topos avec le médecin, 1/2 journée de travail seule sur des projets, présentation etc., et 1/2 journée d'atelier avec d'autres « registrars »).

Un examen écrit terminait l'année avec un audit et 12 consultations filmées pour évaluer nos compétences. Les médecins là-bas gagnent, en travaillant 40 h par semaine, au moins 50 % de plus que les généralistes français.

Le cabinet

- 4000 patients sur la liste.
- 4 médecins permanents et un autre à temps partiel. Pas de remplaçants, sauf pour des congés prolongés (maternité etc.) ; un tour de rôle est assuré pour les vacances.
- 2 infirmières à temps plein
- 4 secrétaires
- 1 « practice manager » : personne qui gère tout ce qui est administratif ; elle est présente dans les réunions, et assure le lien entre les personnels et les médecins.
- 2 sites (un deuxième cabinet proche, surtout pour les personnes âgées à mobilité réduite).
- 1 petite pharmacie sur place, un café (géré par des bénévoles), et une salle de conférence.

La structure elle-même peut énormément varier. Notre cabinet était rural, adapté aux besoins locaux et régionaux.

Depuis assez peu de temps, la permanence des soins la nuit est partagée avec les cabinets voisins. Le médecin peut être de garde une fois par mois ; c'est un choix qui donne un supplément de salaire. A côté, il y avait une équipe d'infirmières de ville qui travaillent parallèlement en

utilisant nos lieux de travail comme base.

Un petit hôpital local où des généralistes, des chirurgiens généraux, et des spécialistes consultent une ou deux fois par semaine. Un service psychiatrique dans un hôpital à proximité, mais avec une équipe ambulatoire.

1 ou 2 psys avec 3 infirmiers en psy consultent dans les 2 hôpitaux et visitent les cabinets pour des réunions multidisciplinaires sur les patients « difficiles ».

Les cas compliqués sont envoyés au centre spécialisé le plus proche. Dans notre cas, c'était Glasgow, à 2 heures de route ; les AVC¹ graves ou problèmes de maternité graves sont adressés par hélicoptère.

Le quotidien

2 séances de consultations par jour, et 10 minutes par patient.

Les dossiers sont informatisés mais le dossier papier existe (souvent c'est uniquement informatisé ailleurs). La plupart des patients sont reçus le jour même et au pire le lendemain, pratiquement toujours avec le médecin demandé. S'il n'y a plus de possibilité de rendez-vous, on donne un rendez-vous « d'urgence » de 5 minutes et on leur fait comprendre que la consultation va être brève.

Un tour de rôles est assuré entre les consultations pour les visites à domicile.

Nous avons plusieurs maisons de retraite y compris des maisons médicalisées.

Nos médecins étaient « les médecins » de ces maisons.

Les visites étaient regroupées et fonctionnaient comme à l'hôpital avec un tour des services.

Les dossiers papiers étaient utiles dans ces cas-là.

Le National Health Service

Un système public de médecine gratuite

Créé en 1948, le NHS offre une couverture universelle et gratuite pour tous.

L'accès aux médecins spécialistes du service public est conditionné par une visite chez le médecin généraliste, salarié du NHS, qui oriente le patient. La majorité des spécialistes sont hospitaliers, et comme les généralistes, ils sont salariés.

Ses services

- L'accès au médecin
- L'accès à l'hospitalisation
- La pharmacie
- Les soins ophtalmologiques

Les réformes successives du système

Les réformes qui traversent le système de soins britannique ne remettent pas en cause la légitimité du NHS, en dépit d'une dénonciation récurrente de ses dysfonctionnements (mauvaise qualité du système hospitalier, listes d'attente trop longues, manque de médecins...).

Depuis 2001, le NHS s'est vu allouer un financement en vue de recruter du personnel et d'investir. En 2003, plus de 60.000 emplois ont ainsi été créés dans le NHS, qui est le plus grand employeur national avec plus de 1 million de salariés. Le financement d'un programme de construction d'hôpitaux en 1997 est fondé sur un schéma de partenariat privé-public. Le NHS a par ailleurs décidé de moderniser sa gestion des dossiers médicaux des patients et de mettre en réseau tout le système de santé britannique ; les cabinets sont maintenant informatisés à 98 %.

¹ AVC : accident vasculaire cérébral.

Carnet de bord dans une maison médicale en Ecosse

(suite)

Il y avait des réunions entre médecins avec le practice manager au moins une fois par semaine et également une fois par semaine avec les infirmières du cabinet et de ville.

Une fois par mois le service psy nous rejoignait.

L'objectif de notre fonctionnement consistait à fournir un service holistique et un centre de la communauté, avec :

une coiffeuse sur place (ça n'était pas comme ça partout !); un petit café à côté de la salle d'attente géré par des bénévoles; une petite bibliothèque médicale avec vidéos et livres à la disposition des patients; une « newsletter » une fois par mois qui raconte les histoires locales et les mouvements du cabinet; des projets pour trouver des fonds (par exemple pour une chaise roulante destinée à un enfant...).
Egalement, un site internet sur le cabinet : <http://www.taynuiltmedical.co.uk/>.

Les différences qui existent avec le système français de médecine libérale sont nombreuses et souvent dues aux différences culturelles, politiques et économiques. A propos de la solidarité et de la précarité, je voudrais préciser :

- la visite chez le médecin est gratuite dans tous les cas,
- les médicaments sont gratuits pour ceux avec « exemption », les enfants, les personnes âgées, les maladies de longue durée.
- les gens prennent soin de leur voisin.
- le médecin se sent moins isolé puisqu'il travaille en équipe; même pour appeler les spécialistes, il y a toujours moyen. En France, je trouve que l'abysse qui existe entre médecine générale et l'extérieur du cabinet est immense.
- la démarcation entre les acteurs de la santé et les bénévoles, les groupes pour s'entraider etc., est moins

importante, ce qui donne lieu à une meilleure communication.

Par exemple une personne obèse peut profiter de séances à tarif réduit à la piscine avec un certificat du médecin; ou bien des groupes « troisième âge » nous envoient leurs coordonnées.

Nous étions au courant des ressources et possibilités qui existaient autour de nous.

Malgré l'énorme budget consacré à la santé en France, les IRM et les spécialistes qui « poussent » partout, je me dis qu'il nous manque quelque chose.

Une personne a besoin d'être entourée par la société dans laquelle elle vit, d'avoir l'impression que, s'il lui arrive quelque chose de « mauvais », quelqu'un viendra volontairement à son secours. Sinon, même si « la mauvaise chose » ne lui arrive jamais, elle meurt. ■

Paroles d'un médecin de banlieue

Dans une des villes les plus pauvres de France, « capitale de la CMU, titrait le journal local », une gamine dans la rue m'avait dit : « Si vous avez pas de cabinet, vous êtes pas un vrai médecin. » Les pauvres, ils veulent se soigner comme tout le monde, ils veulent des vrais médecins. La décision était prise. J'ouvrais un cabinet de ville. Les pauvres allaient pouvoir se soigner maintenant. Mais ma médecine de qualité certains n'en voulaient pas.

« Comment ? Faut se déshabiller ? Mais le médecin d'en face, il me demande pas ça pour mes médicaments ! » - « Comment ? Une prise de sang pour signer le papier de grossesse ? C'est bien la première fois ! Vous croyez que j'ai que ça à faire ? » - « Qu'est ce que c'est que ces conneries que j'ai un souffle au cœur ? Quel rapport ça à avec mon certificat de sport ? Moi on me l'a toujours signé comme ça... Et il faudrait payer en plus ? » - « Vous savez ce qu'on dit dans le quartier ? Le nouveau docteur il veut pas donner de médicaments » - « Mais c'est parce qu'il les connaît pas ! ».

Et puis il y a ceux avec qui ça marchait.

« Avec vous au moins, on peut parler à son compte ! » - « J'venais chercher des cachets, mais maintenant ça va mieux, j'en ai plus besoin ».

Au moment où je m'apprete à arrêter la pratique de soins, d'autres visages défilent encore. Quand épuisés, l'infirmière et moi on est tombé dans les bras l'un de l'autre, cette nuit-là. C'était devant Dédé. Il venait de mourir. Dans son lit, sans souffrir, comme il voulait. On était heureux d'avoir obéi à Dédé. Pour une fois qu'il obtenait ce qu'il demandait dans la vie Dédé. On avait fait du bon boulot. Il y avait le patient à la rue, sous insuline, qui arrivait à s'équilibrer. Il y avait Robert qui arrêtrait de boire pour la première fois. Il y avait Ahmed, asthmatique depuis dix ans qui, pour la première fois, enlevait le bouchon de son inhalateur et s'apercevait que, oui, il respirait mieux...

Il y a là un vrai défi pour la société et la médecine ! Saurons-nous le relever ?

Philippe FOUCRAS

Médecin généraliste, Roubaix

