

# **Design de service : L'ouverture d'un cabinet médical pour un médecin de premier recours, sans radiologie**



**Travail de Bachelor réalisé en vue de l'obtention du Bachelor HES**

Par :

**Arnaud Henke**

Conseiller au travail de Bachelor :

**(Emmanuel Fragnière, Professeur HES)**

**Genève, le 04.06.2010**

**Haute École de Gestion de Genève (HEG-GE)**

**Filière (Economie d'entreprise)**

## Déclaration

Ce travail de Bachelor est réalisé dans le cadre de l'examen final de la Haute école de gestion de Genève, en vue de l'obtention du titre Bachelor d'économiste d'entreprise. L'étudiant accepte, le cas échéant, la clause de confidentialité. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité de l'auteur, ni celle du conseiller au travail de Bachelor, du juré et de la HEG.

« J'atteste avoir réalisé seul le présent travail, sans avoir utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. »

Fait à Genève, le 04.06.2010

Arnaud Henke

# Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes parents, qui m'ont toujours soutenu le long de mes études. Merci de m'avoir apporté un cadre de vie chaleureux et propice à ma réussite scolaire.

Je tiens aussi à remercier mon conseiller pour ce travail de Bachelor, Monsieur Emmanuel Fragnière, qui m'a orienté et donné des pistes de réflexions intéressantes qui ont permis la réalisation de ce travail, en plus des cours dispensés durant mon cursus à la HEG de Genève dont le contenu m'a été fort utile.

Un merci tout particulier à mon père, Dr. Ralph Henke ainsi qu'au Dr. Marc Von Rotz pour m'avoir aiguillé et donné de précieuses informations tout le long de la création de ce document.

Enfin pour terminer je souhaite remercier chaleureusement tous les autres médecins qui se sont impliqués dans ce travail, Dr. Jean-Marie Dubas, Dr Jacques Dubas, et le Dr Michel Patry qui m'ont consacré beaucoup de leur temps précieux.

# Sommaire

Le présent document cherche à traiter de tous les processus opérationnels qui constituent l'exploitation de l'activité d'un médecin de premier recours. Le but est d'obtenir un manuel d'utilisateur qui puisse aider les nouveaux médecins qui désirent s'installer à comprendre les enjeux qui les attendent. Etant moi-même étroitement lié au domaine médical de par la profession de mon père, j'ai vu bon nombre de jeunes médecins démarrer leur activité avec de bonnes compétences techniques, mais que très peu de connaissances concernant le fonctionnement global de leur métier. J'ai pour objectif de démystifier toutes les tâches, autres que celles techniques, que les futurs lecteurs devront réaliser et maîtriser.

Dans une première et seconde partie je vais traiter le sujet en me basant sur les méthodes d'analyse de gestion des services afin de pouvoir décomposer toutes les tâches nécessaires au bon fonctionnement de l'activité, ainsi que les services additionnels qui peuvent être faits afin de fidéliser les patients. J'ai l'intention de mettre en évidence les éléments qui sont valorisés par la patientèle pour que les futurs professionnels de la santé sachent quels éléments mettre en évidence lors du démarrage de leur activité.

Dans la troisième partie je vais expliquer le fonctionnement du Tarmed, le système suisse de facturation des prestations médicales, les diverses méthodes de facturation et les rapports entre le médecin, le patient et l'assurance afin de donner une vision aussi complète que possible.

Je vais aussi appliquer une gestion des risques à l'activité médicale dans la quatrième partie de ce document, non pas comme une méthode qui doit absolument être respectée, mais plutôt dans l'idée de montrer comment se déroule une gestion des risques et quels sont les facteurs à considérer. Les futurs médecins qui utiliseront ce document seront en mesure d'appliquer ces méthodes à leur activité afin de se prémunir contre les risques éventuels.

Afin de réaliser ce travail, beaucoup de recherche personnelle a été nécessaire. Mais plus que tout ce sont les entretiens que j'ai pu avoir avec les médecins qui m'ont permis de comprendre en détail le fonctionnement d'un cabinet médical. J'ai réalisé des entretiens après mes recherches pour chaque phase du travail, une fois pour la modélisation du service, une autre fois pour la tarification et finalement pour la gestion des risques. Les réponses et discussions avec les professionnels de la santé étaient

nécessaire afin d'obtenir une étude valable. Les quelques patients avec lesquels j'ai eu l'opportunité de discuter ont fait ressortir des éléments vitaux que je n'avais pas forcément perçu dans un premier temps, et que j'ai eu l'occasion de développer au cours de ce projet.

Les résultats qui découlent de ce document mettent beaucoup en valeur les services additionnels ainsi que des éléments comportementaux que les médecins doivent maîtriser ; des compétences sociales. Il apparaît clairement que les patients attendent de manière automatique que leur médecin détienne de bonnes compétences techniques. Si celles-ci ne sont pas suffisantes, alors ils changeront de médecin. En revanche, pour tous ceux dont les compétences techniques sont égales, ce sont justement les services additionnels qu'ils proposent ainsi que leurs compétences sociales qui vont être perçues, et donc valorisées par les patients. C'est ce que vous pourrez découvrir à la lecture de ce dossier.

J'ai terminé ce document par des recommandations managériales en guise de conclusion. Ces recommandations ont été validées par le corps médical, puisqu'elles sont issues d'un entretien final avec chacun des cinq médecins impliqué dans cette étude.

J'espère que ce document vous sera utile dans un futur proche.

# Table des matières

Déclaration.....	i
Remerciements .....	ii
Sommaire.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des Tableaux .....	vii
Liste des Figures.....	vii
Introduction .....	1
<b>1. Présentation d'un cabinet médical type .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Description du service standard .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Les nouvelles dimensions sociales dans le domaine de la santé.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Analyse selon le modèle IHIP .....</b>	<b>9</b>
1.3.1 <i>Intangibilité .....</i>	<i>9</i>
1.3.2 <i>Hétérogénéité .....</i>	<i>10</i>
1.3.3 <i>Instantanéité .....</i>	<i>10</i>
1.3.4 <i>Périssabilité .....</i>	<i>11</i>
<b>2. Modélisation d'un service proposé par un médecin de premier recours indépendant.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Service de base.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Service additionnel (ce qui pourrait être fait) .....</b>	<b>13</b>
<b>2.3 Attributs saillants de la prestation .....</b>	<b>15</b>
2.3.1 <i>La ponctualité .....</i>	<i>15</i>
2.3.2 <i>La flexibilité.....</i>	<i>15</i>
2.3.3 <i>Un diagnostic de qualité.....</i>	<i>15</i>
2.3.4 <i>De bonnes compétences sociales.....</i>	<i>16</i>
2.3.5 <i>La disponibilité.....</i>	<i>16</i>
<b>2.4 Modélisation de la chaine de valeur .....</b>	<b>17</b>
2.4.1 <i>Explications de la chaine de valeur.....</i>	<i>18</i>
<b>3. Tarification .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Introduction aux problèmes de tarification des services .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 Ancien système de tarification .....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 Nouveau système de tarification .....</b>	<b>22</b>
3.3.1 <i>Tarmed .....</i>	<i>22</i>
3.3.2 <i>Positions Tarmed couramment utilisées.....</i>	<i>24</i>
3.3.3 <i>Factures types et méthodes de facturation .....</i>	<i>24</i>
<b>3.4 Impact sur le métier .....</b>	<b>28</b>
<b>4. Gestion des Risques .....</b>	<b>30</b>
<b>4.1 Définitions des risques .....</b>	<b>30</b>
<b>4.2 Evaluation des risques.....</b>	<b>34</b>
<b>4.3 Gérer les risques .....</b>	<b>37</b>
<b>4.4 Contrôle des risques .....</b>	<b>41</b>

<b>5. Conclusion - Recommandations managériales .....</b>	<b>43</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>45</b>
<b>Annexe 1 Figure 1 : Evolution des cancers malins.....</b>	<b>47</b>
<b>Annexe 2 Figure 2 : Prévalence d'un problème de santé longue durée.....</b>	<b>48</b>
<b>Annexe 3 Figure 3 : Evolution du nombre de médecins en Suisse .....</b>	<b>49</b>
<b>Annexe 4 Page source BMS (bulletin des médecins suisses) .....</b>	<b>50</b>
<b>Annexe 5 Figure 4 : Blueprint .....</b>	<b>51</b>
<b>Annexe 6 Tableau 1 : valeur du point Tarmed par canton.....</b>	<b>52</b>
<b>Annexe 7 Positions Tarmed couramment utilisées .....</b>	<b>53</b>
<b>Annexe 8 Détail d'un petit examen .....</b>	<b>55</b>
<b>Annexe 9 Détail d'un grand examen.....</b>	<b>56</b>
<b>Annexe 10 Figure 5 : Le tiers payant.....</b>	<b>57</b>
<b>Annexe 11 Figure 6 : Le tiers garant .....</b>	<b>58</b>
<b>Annexe 12 Serment d'Hippocrate .....</b>	<b>59</b>
<b>Annexe 13 Figure 7 : Relations entre les risques.....</b>	<b>60</b>
<b>Annexe 14 Figure 8 : Cartographie des risques .....</b>	<b>61</b>
<b>Annexe 15 Figure 9 : Classification des risques ABC .....</b>	<b>62</b>
<b>Annexe 16 Figure 10 : Gestion des risques .....</b>	<b>63</b>
<b>Annexe 17 Figure 12 : Diagramme d'Ishikawa.....</b>	<b>64</b>
<b>Annexe 18 Synthèse des Interviews.....</b>	<b>65</b>

## Liste des Tableaux

Tableau 1	Coefficient des points Tarmed par canton .....	23
-----------	--	----

## Liste des Figures

Figure 1	Evolution des cancers malins .....	2
Figure 2	Prévalence d'un problème de santé longue durée.....	3
Figure 3	Evolution du nombre de médecins en Suisse .....	4
Figure 4	Blueprint.....	17
Figure 5	Le tiers payant .....	27
Figure 6	Le tiers garant .....	28
Figure 7	Relation entre les risques.....	33
Figure 8	Cartographie des risques .....	34
Figure 9	Classification des risques ABC.....	35
Figure 10	Gestion des risques .....	38
Figure 11	Courbe de tolérance / coûts .....	40
Figure 12	Diagramme d'Ishikawa (Fishbone Diagram).....	42

## Introduction

Ma première idée de réalisation dans le cadre de ce travail de Bachelor était de faire le Business Plan d'un cabinet médical pour un ami ayant récemment terminé ses trois ans de stage en hôpital. Désireux de s'installer dans la région de Terre Sainte et n'ayant pas de connaissances particulières concernant la création d'entreprise, il m'a contacté dans l'intention de me mandater afin de réaliser la conception de son cabinet médical, pour la gestion opérationnelle des processus de son activité ainsi que pour faire une estimation des besoins d'investissements, accompagnés d'un plan financier.

C'est en discutant de ce projet avec M. Emmanuel Fragnières que je me suis vite rendu compte des limites d'un tel travail. Un business plan ne semblait pas pertinent, du fait que les médecins sont nombreux et que ce n'est pas particulièrement leurs compétences en tant que telles qui attirent la patientèle dans un premier temps, mais beaucoup plus leurs lieux d'implantation ainsi que leurs facultés comportementales. Ce sont aussi ces mêmes capacités qui vont permettre une fidélisation des patients.

C'est alors qu'il m'a aiguillé vers un travail de design de service, dans l'idée de concevoir une sorte de « guide d'utilisateur » pouvant être utilisé par n'importe quel jeune médecin ayant envie de devenir indépendant et d'ouvrir son propre cabinet. Ce concept m'a tout de suite beaucoup plu car ce projet semblait avoir une utilité beaucoup plus grande que celle d'aider simplement un médecin. L'idée de pouvoir réaliser un ouvrage qui puisse avoir du sens pour de nombreuses personnes est une source de motivation pour la réalisation de ce travail de Bachelor.

Etant moi-même fils de médecin, j'ai rapidement contacté des personnes de mon entourage dans le milieu médical afin de leur demander s'ils désiraient apporter leur contribution à cette étude et j'ai immédiatement eu quelques réponses positives de médecins, autant dans le canton de Genève que dans le canton de Vaud. Lors des premières discussions déjà, certains thèmes revenaient souvent et m'ont orienté vers les points que j'allais pouvoir aborder par la suite et m'ont donné directement des pistes de réflexion qui ont permis la réalisation de ce travail.

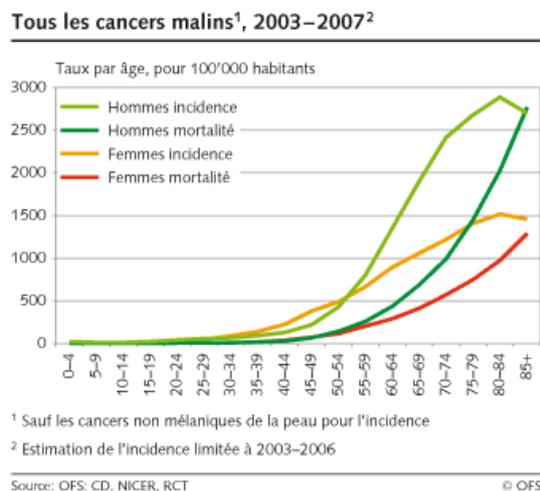
Mon ami médecin qui m'avait mandaté initialement, ainsi que mon père, m'ont autorisé à les contacter n'importe quand pour des compléments d'informations. Une fois que la structure avait pris forme et que cela donnait du sens à mon travail, j'ai pu entreprendre des recherches personnelles et réaliser un travail de terrain.

Ce travail s'adresse donc à tous les médecins de premier recours, sans radiologie, ayant l'envie de s'installer et désirant le faire l'esprit tranquille, en comprenant et en anticipant les difficultés qu'il pourrait rencontrer.

### Evolution de la médecine en Suisse au cours 20 dernières années

Ce paragraphe sert à introduire le thème de la médecine en Suisse en regardant l'évolution chiffrée de certains paramètres au cours des 20 dernières années. Cela permettra de se rendre compte de l'état actuel des choses.

**Figure 1**  
**Evolution des cancers malins<sup>1</sup>**



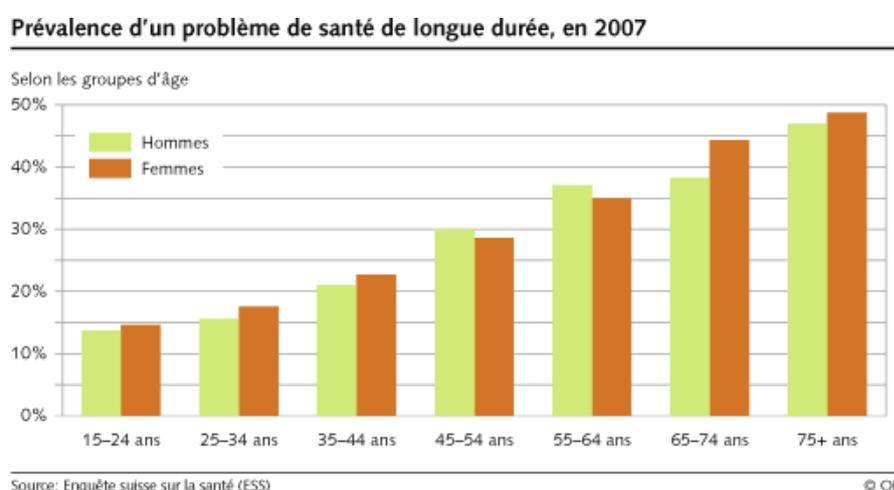
Source : OFS (2003-2007)

Cette première figure montre le nombre de cancer en Suisse ainsi que la mortalité qui en résulte. Il apparaît clairement que les cancers sont nombreux à partir d'une quarantaine d'années. J'ai choisi les cas particuliers de ce type de

<sup>1</sup> Figure 1 en Annexe 1

maladies car celles-ci sont en augmentation croissante et sont au centre de nombreuses discussions puisque l'homme n'a toujours pas trouvé de solution définitive à ce problème. La population de plus en plus vieillissante en Suisse veut donc qu'un nombre croissant de gens rentrent dans la catégorie des plus de 40 ans qui nécessitent une attention toujours plus grande de la part du corps médical. De la même manière, un grand nombre d'autres maladies font leur apparition jour après jour et nécessitent d'employer des chercheurs ainsi que des médecins pour tenter d'apporter des solutions à ces maladies émergentes.

**Figure 2**  
**Prévalence d'un problème de santé longue durée<sup>2</sup>**

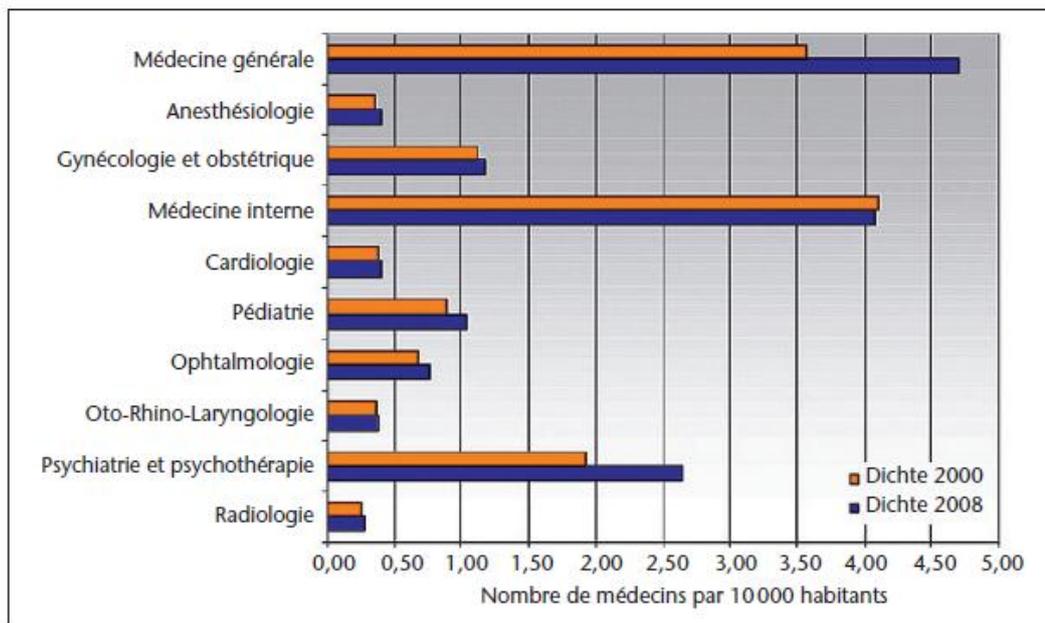


Source : OFS (2007)

Ce deuxième graphique illustre le pourcentage de population en Suisse ayant un problème de santé s'étalant dans le temps. Il confirme la même tendance que pour le graphique précédent, plus les gens vieillissent plus la probabilité qu'ils aient un problème de santé augmente. On remarque qu'à partir de 50 ans, un tiers de la population doit être suivi régulièrement par un médecin pour un problème de santé longue durée. La plupart du temps, ils s'orienteront vers leur médecin de famille, médecin de premier recours, pour leur suivi médical. La demande en médecin est donc forte sur la base de ces deux premières analyses de l'OFS.

<sup>2</sup> Figure 2 en Annexe 2

**Figure 3**  
**Evolution du nombre de médecins en Suisse<sup>3</sup>**



Source : Bulletin Médecins Suisses (2009)

Le nombre de médecin augmente lui aussi en Suisse de manière régulière. On remarque que le nombre de médecins pratiquant la médecine générale a beaucoup augmenté en 8 ans, sans pour autant qu'ils se fassent de l'ombre entre eux. L'évolution du nombre de médecin correspond à l'augmentation des problèmes de santé de la population. De manière empirique, on voit beaucoup de médecins s'étant installés dans des régions déjà fortement occupées, n'ayant eu aucun problème à trouver de la patientèle, sans pour autant diminuer la fréquentation des autres cabinets alentours. Le fait d'ouvrir un cabinet crée une demande supplémentaire, ou du moins encourage les gens à consulter plus régulièrement. Mais comme pour toutes choses, des effets négatifs surviennent souvent. Du fait de la facilité pour les médecins de trouver de la patientèle rapidement, la tendance depuis plusieurs années était, pour les étudiants en médecine, de devenir spécialistes et de s'installer en ville. Ces deux critères étaient valorisés car la rémunération d'un spécialiste est plus élevée que celle d'un médecin de premier recours, et que le travail en ville est agréable, car il se trouve relativement proche du lieu de domicile et touche un grand nombre de

<sup>3</sup> Figure 3 en Annexe 3

patients potentiels. Cette tendance a très vite créé ce qu'on appelle des « déserts médicaux » en Suisse. Il manque cruellement des médecins généralistes dans toutes les régions campagnardes ainsi que le Jura. Ces régions n'attirent que très faiblement les médecins fraîchement diplômés. Aujourd'hui, le lieu d'implantation d'un cabinet médical est devenu primordial !

Dans un tel contexte il est important de comprendre qu'il faudrait essayer de favoriser l'implantation de médecins de premier recours en zones campagnardes. Mais un autre problème réside encore au niveau des gardes. En région décentrée, la fréquence des gardes est plus élevée et le travail d'autant plus pénible. D'autre part, l'isolement est un facteur de stress supplémentaire, car il y a moins de possibilités de référer le patient à un spécialiste.

Depuis 2002, l'Etat avait instauré une « clause du besoin » dont le but était de limiter l'ouverture de cabinets médicaux afin de faire des économies. Cette clause était reconduite régulièrement malgré les vives oppositions du corps médical.

Depuis le 1er janvier 2010, les médecins de premier recours sont à nouveau libres d'ouvrir un cabinet. En revanche la « clause du besoin » reste en vigueur pour les spécialistes jusqu'en décembre 2011 à Genève.

# 1. Présentation d'un cabinet médical type

Ce chapitre sert à mieux se représenter et visualiser les différentes tâches et fonctions qu'un médecin et son assistante vont devoir remplir dans le cadre de l'exploitation quotidienne d'un cabinet médical.

L'analyse des nouvelles tendances sociales en matière de santé, appuyée par l'analyse du service selon le modèle IHIP va permettre de faire ressortir les premiers éléments qui vont pouvoir être perçus par les patients, étant donné le caractère intangible d'une prestation médicale.

## 1.1 Description du service standard

Le concept de base d'un service médical est relativement simple et tout le monde en a plus ou moins une bonne représentation car les visites chez le médecin, dentiste ou autres sont assez régulières pour la plupart des gens.

Le service lui-même consiste en l'accueil du client, la gestion des papiers administratifs le traitement du patient, puis la gestion de la comptabilité, pouvant être effectué par un organisme comptable spécialisé ou directement par le médecin ou son assistante.

En moyenne, un médecin doit pouvoir recevoir entre 20 et 25 patients dans la journée, en fonction de la gravité des cas à traiter. Le temps nécessaire en moyenne par patient est de plus ou moins 20 minutes, ce qui limite l'activité du médecin et l'oblige à avoir une gestion efficace de son temps. Il doit veiller à mener une analyse pertinente mais tout de même rapide de la situation du patient ainsi que de se laisser des plages horaires disponibles dans la journée de manière à pouvoir recevoir des cas exceptionnels ou des urgences.

Pour illustrer ce service je vais prendre l'exemple type standard d'un cabinet médical pour donner une vision globale du déroulement des processus.

Le premier contact du patient se fait généralement par l'accueil de l'assistante médicale qui, en dehors de ses compétences pour lesquelles elle a été formée, fait office de lien entre le patient et son médecin. Il est important que le contact passe bien et qu'elle soit chaleureuse, aimable avec les gens.

Elle est souvent responsable des prises de sang, de certaines analyses qu'elle peut effectuer rapidement sur place, de la gestion du temps du médecin (planning, rendez-vous, visites à domicile) de la gestion des dossiers clients, ainsi que de la saisie des factures. Le choix de l'assistante médicale est donc central.

Le patient s'installe dans une salle d'attente prévue à cet effet avant de rencontrer le médecin. Celle-ci doit si possible être accueillante et contenir des éléments permettant de distraire les gens (journaux, jeux, BD,...) afin que les patients se sentent tout de suite bien, en confiance. Ce rapport de confiance entre le patient et son équipe médicale (assistant et médecin) est essentiel et doit être maintenu par tous les moyens. Lorsque celui-ci est rompu le patient changera souvent de médecin par la suite. On perçoit déjà le rôle primordial des aptitudes sociales et comportementales d'un docteur.

Ensuite vient l'entretien avec le médecin. Il se déroule en plusieurs phases distinctes :

1. La première phase s'appelle l'anamnèse. Elle consiste en une discussion entre le médecin et son patient afin de déterminer ce qui l'amène à consulter, les symptômes qu'il ressent, ses antécédents médicaux, les activités qu'il pratique ainsi que ses habitudes de comportements (alimentaires, fumeur, ...).L'anamnèse est dirigée par le médecin, qui précise les symptômes, leur fréquence et mode d'apparition ou de disparition. Cette étape est essentielle, elle va permettre au médecin d'orienter son diagnostic.
2. Puis vient l'examen clinique, ou le médecin ausculte le patient et tente de préciser le problème. Dans le cas où il peut intervenir directement, le docteur va traiter et soigner son patient à l'aide des outils qu'il maîtrise. Dans le cas échéant, il va définir au mieux la source du problème afin de rediriger son patient vers un spécialiste.
3. Il va ensuite mener des examens complémentaires tels que, parmi les plus connus, des analyses de sang, un électrocardiogramme (ECG), et éventuellement des radios pour les médecins installés depuis longtemps ayant fait il y a longtemps l'acquisition d'une radiologie.
4. L'entretien se termine ensuite par une synthèse du médecin de l'état du patient et des mesures à prendre afin d'améliorer la situation actuelle.

Puis le patient repart alors que le docteur prend encore quelques minutes le temps de compléter et de mettre à jour le dossier de son patient et, si nécessaire, transfère le dossier vers un spécialiste concerné.

Comme je l'ai déjà mentionné, l'assistante médicale termine l'opération en enregistrant dans le système de comptabilité les soins qui ont été effectués. Elle envoie aussi au laboratoire d'analyse les échantillons de sang qui doivent être traités.

Ce déroulement des opérations est un schéma standard que l'on retrouve dans la plupart des cabinets médicaux.

## **1.2 Les nouvelles dimensions sociales dans le domaine de la santé**

Dans notre société actuelle, les compétences dans le domaine de la santé jouent un rôle qui gagne de plus en plus d'importance. L'offre en matière de soins médicaux se diversifie et s'étoffe de plus en plus. Cela a pour effet de forcer les individus à prendre des décisions de plus en plus compliquées concernant leurs choix médicaux. Dans un tel contexte, les professionnels de la santé sont menés à jouer un rôle de conseiller, en plus du rôle de médecin qu'ils endossent déjà.

Au jour d'aujourd'hui, la compétence d'un docteur englobe des compétences personnelles, sociales, méthodologiques et techniques. Il est impératif qu'ils aient conscience de l'aspect « psycho-social » de leur tâche !

Les choses changeant et évoluant de plus en plus vite, les médecins ne peuvent plus se contenter d'un simple diplôme de généraliste ou de spécialiste. Ils doivent être capables de s'adapter à un environnement changeant, autant au niveau de l'évolution des techniques que des attentes du patient. Et c'est bel et bien la perception que le patient aura de la prestation de service effectuée qui déterminera la qualité du service.

Dans un tel contexte, on comprend qu'un service prend de la valeur seulement lorsque les avantages qu'il comporte sont perçus par les clients ! Dans le domaine de la santé ainsi que dans les services en général, ces avantages ne sont pas directement perceptibles car ils sont immatériels.

Afin d'illustrer la part d'immatériel intervenant lors d'un traitement médical, j'ai décidé d'utiliser le modèle IHIP. Cela va me permettre de faire ressortir les éléments valorisés par les patients que le médecin devra maîtriser et d'expliquer comment il peut rendre ces éléments perceptibles pour ses patients.

Plus que les simples outils techniques qu'un médecin maîtrise, c'est la tangibilisation qu'il va être capable de faire des éléments immatériels qui vont pleinement satisfaire sa patientèle et favoriser la fidélisation de celle-ci.

### **1.3 Analyse selon le modèle IHIP**

Le principe du modèle IHIP tend à expliquer les composantes immatérielles des services. Dans le domaine de la santé, la population a une tendance naturelle à penser à aller voir un médecin que lorsque quelque chose ne va pas ou qu'ils ont besoin de se faire soigner.

Prenons l'exemple d'une maladie, la grippe. Les patients pourraient attendre de contracter le virus avant d'aller chez le médecin pour se faire soigner, sachant que la grippe se traite facilement. Si maintenant on fait prendre conscience aux patients des risques liés à la maladie en question ainsi que des dangers qui y sont relatifs, ils vont adapter leur comportement car ils comprennent que cela pourrait péjorer leur état de santé ou même leur coûter la vie. Ce n'est donc qu'au moment où les patients se rendent vraiment compte des risques et des dangers qu'ils vont vouloir bénéficier des avantages que constitue le service médical. Ils pourront donc rendre visite au médecin de manière préventive.

Ce n'est qu'au moment où le patient est en mesure de percevoir les avantages d'un service que celui-ci acquiert de la valeur !

#### **1.3.1 Intangibilité**

Il est toujours difficile de se représenter la dimension physique d'un service médical. Le souvenir que l'on garde en tête est souvent à propos des moments désagréables ou douloureux. Ce n'est donc souvent que par les effets de la prestation que l'on juge de sa qualité. L'utilité ressentie par le patient définit l'efficience, et donc la valeur du service.

Comme la prestation de service est toujours intangible, le médecin peut adopter une démarche pédagogique visant à expliquer au mieux les actions qu'il entreprend tout au long du traitement. Il pourrait aussi veiller à tenir ses patients informés du mieux que possible afin qu'ils aient une bonne compréhension du traitement effectué ainsi qu'une bonne perception des risques. Ce comportement aura pour effet de rassurer les patients, tout en les encourageant à consulter plus régulièrement de manière préventive.

### **1.3.2 Hétérogénéité**

La nature immatérielle de la prestation médicale la rend facilement transformable afin de correspondre aux attentes des patients. Le médecin doit donc être flexible et avoir une bonne capacité d'adaptation. Le médecin étant la personne qui exécute directement la prestation, le niveau de qualité de celle-ci ainsi que la perception qu'en aura le patient dépendra de lui.

Il est impossible de vouloir supprimer les effets de l'hétérogénéité par une standardisation des processus. Seul l'analyse, le diagnostic du médecin sont déterminants. Par la suite, il est toujours possible de rediriger un patient vers un spécialiste si la situation l'exige. Le médecin peut lui-même appeler son confrère devant le patient. La satisfaction et la perception positive que celui-ci retirera de son expérience de service sera d'autant plus renforcée !

De manière synthétique, le médecin doit maîtriser la composante personnelle du service, telle que le savoir-faire, l'amabilité ou la capacité d'adaptation et de réaction ; ainsi que la composante technique.

### **1.3.3 Instantanéité**

Les services et soins médicaux sont consommés à l'instant où ils sont prodigués par le médecin. En revanche les effets du traitement n'apparaissent que plus tard. A nouveau, les facultés comportementales du docteur détermineront la qualité de la visite médicale. Le patient a une grande influence sur les autres patients potentiels. Le bouche-à-oreille fonctionne très bien dans ce domaine. La satisfaction d'une personne va vite se diffuser.

Le patient est coproducteur du service dans le sens où il occupe une part active dans la prestation. Le patient est celui à qui est destiné le service, mais aussi

l'objet du service. Ce n'est, par exemple, qu'après avoir écouté les explications et les symptômes du patient qu'un médecin peut entamer un diagnostic précis. Il est important de se rendre compte qu'une bonne anamnèse représente environ 60% du diagnostic (selon les entretiens avec les médecins).

Les employés influencent le résultat du service, c'est pourquoi le choix de l'assistante médicale doit être fait rigoureusement. Elle devra avoir les capacités pour réaliser un travail de qualité mais aussi correspondre à ce dont la patientèle a besoin ou envie.

#### **1.3.4 Périssabilité**

Le service fourni au patient ne s'applique qu'à lui et à lui seul.

Dans tous les cas le service ne peut être retourné ou échangé. Si le patient n'est pas satisfait du résultat il ne peut que changer de médecin.

Le problème du jugement de la compétence du médecin par le patient existe. Un bon médecin, avec un bon diagnostic et un traitement adapté peut obtenir un mauvais résultat (dépendant de la gravité de la maladie), et inversement. D'où l'importance des services de base et additionnels dont je vais parler.

Une des compétences que doit posséder un médecin de premier recours de nos jours est de savoir communiquer de manière efficiente avec les patients et leur entourage.

Les demandes et attentes des patients changent constamment et il est difficile de leur faire percevoir la qualité d'une prestation, du fait de son caractère immatériel. C'est pourquoi le médecin doit développer une écoute attentive et empathique, doit adapter ses réponses aux caractéristiques personnelles du patient ainsi que tenir compte des émotions de celui-ci afin de rendre son expérience de service aussi agréable que possible.

## **2. Modélisation d'un service proposé par un médecin de premier recours indépendant**

Ce chapitre fait le détail des services qui constituent une visite médicale. Je vais traiter dans ces prochains paragraphes des services de base que doivent remplir un médecin et son assistante, ainsi que divers services additionnels qui peuvent être mis à disposition des patients afin de leur faire percevoir les avantages qui vont permettre leur fidélisation. Puis je vais parler des éléments fortement valorisés par les patients, qui permettent au médecin qui y prêter attention de se distinguer des autres : ce sont les attributs saillants.

Je terminerai ce chapitre par une modélisation de la chaîne de valeur pour illustrer les fonctions qui prennent part à l'activité d'un médecin, pour percevoir comment se décomposent les tâches à effectuer ainsi que pour déterminer sur quels éléments de la prestation le médecin crée sa valeur ajoutée.

### **2.1 Service de base**

L'activité principale consiste en la définition de diagnostics, la réalisation de soins médicaux, mais également un peu de médecine préventive et des conseils de santé. Cette partie de l'activité est fondamentale mais ne suffit pas à l'exploitation d'un cabinet médical. Une assistante médicale est nécessaire. Elle sert de premier contact avec les patients, gère par la même occasion les rendez-vous et le planning du médecin et prépare les dossiers de chaque patient. Ces opérations se déroulent avant, pendant et après l'arrivée des patients.

- Prise de rendez-vous / Gestion du planning / Préparation des dossiers

Lors de l'arrivée au cabinet médical, la personne est reçue par l'assistante. Une salle d'attente doit être mise à disposition. On y trouve régulièrement des magazines ainsi qu'une musique d'ambiance.

- Accueil
- Salle d'attente à disposition

Puis vient l'entretien avec le docteur, l'examen et le diagnostic. Une ou plusieurs prises de sang peuvent être faites. Dans ce cas l'assistante médicale sera sollicitée soit pour analyser ce qui est de sa compétence, soit pour préparer les analyses de sang qui seront envoyées à un laboratoire.

- Entretien / Examen / Diagnostic
- Analyses de sang



Une fois le rendez-vous terminé, le patient s'en va sans complications. L'assistante clôt et range le dossier du patient concerné et s'occupe de facturer les soins effectués selon le système du Tarmed dont je parlerai par la suite. La plupart des médecins établis utilisent un organisme comptable spécialisé, comme par exemple « La caisse des médecins » ou « VisualGest » qui se charge de la comptabilité.

1. Facturation : Gestion par l'assistante et/ou collaboration avec un organisme comptable spécialisé.
2. Gestion des dossiers

## **2.2 Service additionnel (ce qui pourrait être fait)**

Les services additionnels que j'ai pu identifier sont pour la plupart des services visant à faciliter la vie du patient et de lui faire passer un aussi bon moment que possible.

Tout d'abord, les actions comportementales peuvent faire une grande différence dans le but de se différencier des concurrents. Le fait par exemple d'aider une vieille personne à marcher et s'installer en salle d'attente sera particulièrement bien perçu. Ou alors proposer un café ou un thé aux personnes qui se présentent peut valoriser le service.

- Attentions particulières

Une autre option qui me semble intéressante pour les médecins ayant suffisamment d'espace à disposition est de créer une salle de jeux pour les enfants comme celles que l'on voit régulièrement chez les pédiatres, dans l'unique but de décharger leurs parents quelques instants. Cela aura pour effet de détendre le père ou la mère et de rendre ainsi l'entretien futur plus agréable. Tout tend à rendre l'expérience de service aussi plaisante que possible.

- Salle de jeux pour les enfants, atmosphère plus détendue

Suivant la zone d'activité, il y a la possibilité de créer des places de parking spécialement réservées à sa clientèle. Dans le domaine médical, il n'est pas possible (ou difficile) de faire de la publicité. De ce fait, favoriser l'accès est un bon moyen de satisfaire les patients et de les faire revenir.

- Places de parking spécifiques

Un dernier élément me semble réalisable mais un peu moins pertinent à mon sens que les 3 précédents. Le fait de créer un site Internet, relativement sobre, où l'on y trouve toutes les coordonnées nécessaires pour joindre le médecin, un plan d'accès ainsi que des horaires d'ouverture peuvent renforcer son image.

- Site Internet avec références, plan d'accès et horaires

## **2.3 Attributs saillants de la prestation**

La valeur ajoutée du service proposé correspond aux avantages ou aux bénéfices qui seront perçus par les patients. Il est nécessaire de les identifier et de les valoriser. C'est-à-dire les mettre en avant, les rendre important aux yeux des patients. C'est cela qui va permettre de se différencier des autres médecins.

Dans le but de rendre perceptible aux yeux de sa patientèle les avantages d'une consultation médicale, il était pour moi nécessaire d'identifier les éléments clés d'une consultation. J'ai, comme à chaque fois lors de ce travail, été discuter avec divers médecins pour qu'ils puissent m'orienter sur les facteurs clés de réussite d'un entretien avec un patient.

Ces discussions ont débouché sur cinq points essentiels qu'on appelle les attributs saillants :

### **2.3.1 La ponctualité**

Les gens ont souvent beaucoup d'histoire et d'anecdotes concernant le manque de ponctualité de nombreux médecins, du fait de la mauvaise gestion du planning (mauvaise correspondance entre temps estimé et temps nécessaire). Il semble important de mettre l'accent sur ce facteur. Il est très facile pour un patient quelconque de percevoir la ponctualité de son docteur.

### **2.3.2 La flexibilité**

Elle est définie dans ce cas comme la capacité d'un médecin à modifier et adapter ses horaires et rendez-vous en fonction des cas survenant dans la journée.

### **2.3.3 Un diagnostic de qualité**

C'est bien entendu le service que l'on attend de tous les médecins. Mais comme partout, toutes les prestations ne sont pas de la même qualité. Il est donc

important pour un médecin de réaliser un diagnostic aussi juste et précis que possible pour l'état et la santé du patient.

#### **2.3.4 De bonnes compétences sociales**

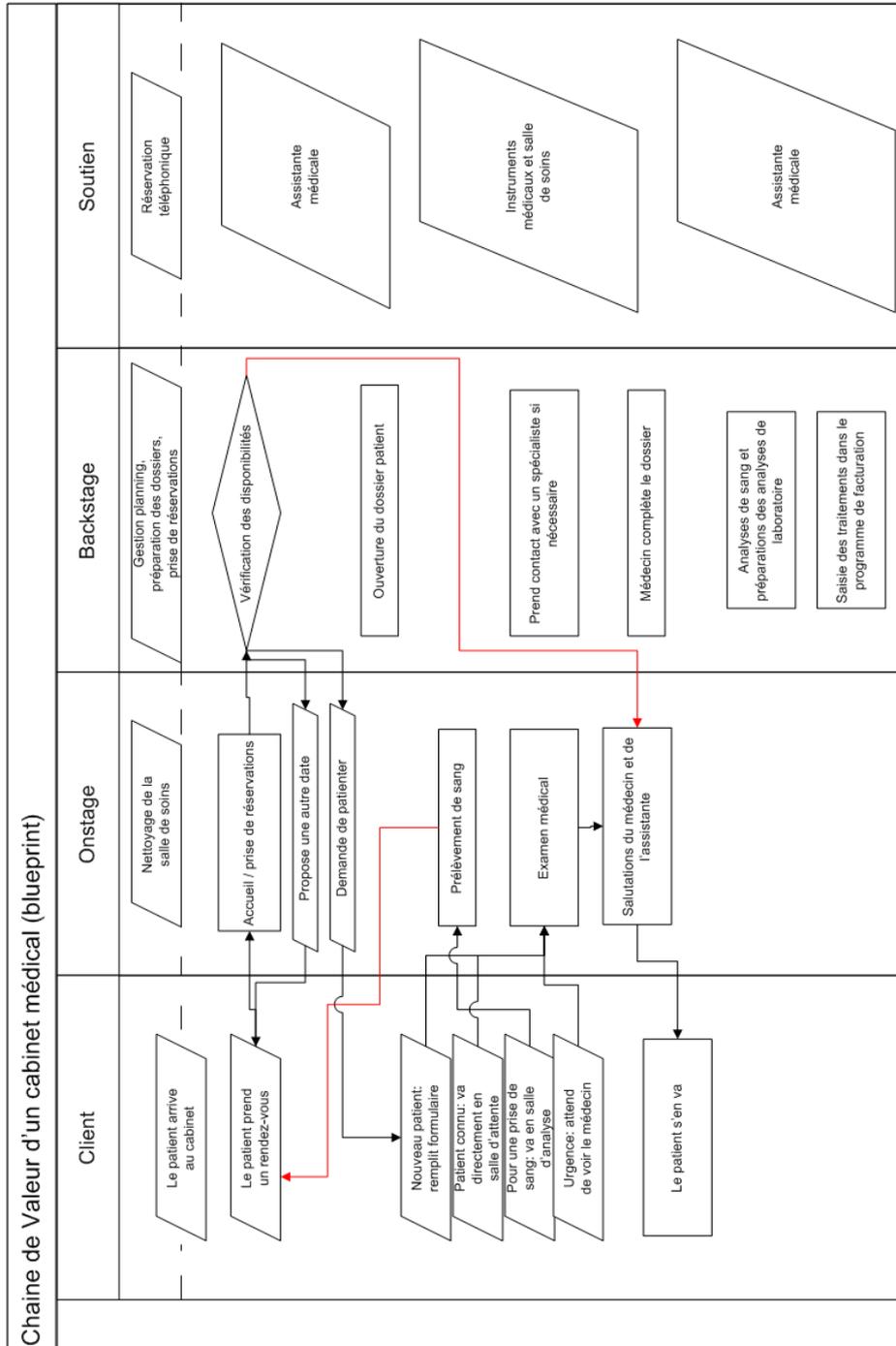
Comme je l'ai dit précédemment, les compétences sociales ont pris une importance considérable dans le domaine de la santé et il est important pour les médecins de les maîtriser. Cela implique une bonne formation post graduée (FMH)

#### **2.3.5 La disponibilité**

Certains médecins, en dehors des gardes, sont plus disponibles que d'autres en dehors de leurs heures normales de travail. Il est important de faire la part des choses entre vie privée et vie professionnelle, mais la disponibilité d'un docteur est à nouveau facilement perceptible et a une forte valeur ajoutée.

## 2.4 Modélisation de la chaîne de valeur

Figure 4  
Blueprint<sup>4</sup>



<sup>4</sup> Figure 4 en Annexe 5

## 2.4.1 Explications de la chaine de valeur

### Client :

La première colonne de cette chaine de valeur représente l'expérience de service du point de vue du patient et comprend l'ensemble des actions qu'il effectue pendant sa visite médicale.

Le patient a la possibilité de réserver un rendez-vous avec son médecin par téléphone. C'est l'assistante qui gère le planning quotidien. Dans le cas où le patient se présente directement au cabinet, il a la possibilité de prendre rendez-vous sur place.

Une fois l'accueil effectué, plusieurs options s'offrent à lui en fonction du motif de sa visite. Tout d'abord un nouveau patient se verra ouvrir un dossier qui permettra de se souvenir des soins et traitements prodigués d'une fois à l'autre. Un patient habituel ira directement s'installer en salle d'attente tandis qu'une personne venant pour une prise de sang va être pris en charge par l'assistante médicale qui l'emmène en salle d'analyse pour lui faire un prélèvement. Une personne ayant un problème urgent patientera en salle d'attente et sera vu en priorité par le médecin.

Ensuite le patient est examiné en salle de soin par le médecin. Celui-ci prendra la liberté de contacter un collègue spécialiste s'il en juge la nécessité.

Le patient passe au bureau de l'assistante afin de récupérer d'éventuelles prescriptions ou afin de prendre un nouveau rendez-vous. Il est remercié par le docteur et/ou son assistante avant de s'en aller.

### Onstage :

La deuxième colonne représente tout ce que l'assistante médicale et le médecin exécutent et que le patient peut directement observer. Ce sont des éléments essentiels de la chaine de valeur qu'il va être nécessaire de maîtriser. Ils agissent directement sur la perception du patient, qui va déterminer à ses yeux, la qualité du service. Ce sont surtout des compétences techniques et sociales qui sont requises dans cette partie.

Cette phase englobe notamment tout le rapport à la patientèle qu'entretient l'assistante, comme l'accueil et les prises de sang.

L'examen médical pratiqué par le médecin figure aussi dans cette phase. Une grande partie de la qualité du service est perçue durant cet entretien. D'où l'importance d'avoir de bonnes connaissances techniques ainsi que de bonnes aptitudes sociales.

### Backstage :

La fonction backstage comprend tout ce que le médecin ou l'assistante réalise sans que le patient ne puisse le voir. L'ouverture d'un dossier lors de l'arrivée d'un nouveau patient est une activité invisible pour la personne malade mais nécessaire pour le suivi du patient. Par exemple, la plupart des médecins interrogés n'appellent que leurs confrères après le départ du patient pour discuter de son cas et décider des mesures à adopter.

Les analyses de sang pratiquées par l'assistante se font aussi « dans l'ombre », pourtant la qualité de celles-ci peut avoir un impact direct sur le diagnostic, et donc sur la santé du patient.

### Soutien :

Cette dernière partie de la chaîne de valeur contient tout ce qui est fait chaque jour dans le but d'apporter le meilleur service possible au patient. La fonction de soutien comprend aussi bien, les uniformes propres du métier, les machines d'analyses fonctionnelles, les outils qu'utilise un médecin dans son activité quotidienne que le système de gestion de la comptabilité.

J'ai fait apparaître l'assistante médicale dans la fonction de soutien car c'est justement sa tâche principale. Elle est là pour décharger le docteur des gestes médicaux basiques afin qu'il puisse se concentrer toute son attention sur le traitement des patients."

Tous les docteurs avec lesquels j'ai pu m'entretenir ne remplissent pas tous les services additionnels énumérés ci-dessus. En revanche, ils ont tous un élément qui les distinguent de leurs concurrents. L'un a une salle de jeu, un des places de parking et un autre est de plein pied et donc très facile d'accès.

Il s'agit donc clairement de déterminer les avantages concurrentiels que l'on détient et les communiquer aux patients. A compétences égales, c'est ce genre d'éléments qui feront la différence.

En plus de cela, il est nécessaire pour le médecin d'aujourd'hui d'avoir de bonnes connaissances techniques, afin d'effectuer avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents, mais aussi être à l'écoute de ses patients et être disponible.

### **3. Tarification**

A travers ce chapitre, j'entends donner un aperçu général du fonctionnement du Tarmed, le système suisse de facturation en vigueur actuellement.

Je débiterai ce chapitre par un bref historique, avant d'expliquer les principes fondamentaux du Tarmed. Je donnerai une liste des quelques positions Tarmed de facturation qu'un médecin de premier recours utilise. Comme il en existe plus de 4'000, cela représentera un gain de temps énorme pour sa facturation. Je traiterai aussi quelques exemples de factures avant de terminer par une explication des rapports qu'entretiennent le médecin, son patient et l'assurance.

#### **3.1 Introduction aux problèmes de tarification des services**

La tarification d'un service est loin d'être une chose simple. Elle comprend, comme pour toute entreprise, les coûts internes relatifs à la bonne marche de l'activité, mais ça ne s'arrête pas là. Il faut tenir compte de certains éléments exogènes, comme le niveau de concurrence ou encore la valeur perçue par le client. Dans le cas d'une entreprise, les coûts fixes additionnés aux coûts variables et à la marge déterminent le prix. Ce prix sera déterminant pour se positionner par rapport à la concurrence. Dans l'approche de la médecine, la concurrence est un élément qui rentre en ligne de compte mais pas au niveau des prix, mais plus au niveau des services additionnels et des facultés comportementales. C'est pour cela qu'il faut toujours essayer de les valoriser aux yeux des patients.

Comme énoncé précédemment, la valeur perçue par le patient ne reflète pas forcément ni la qualité ni le prix de la prestation. Il peut donc y avoir un décalage entre le traitement lui-même et la perception que le patient en a. Il existe souvent une grande différence entre la valeur estimée par le patient et la valeur réelle du service en question. Le problème est que dans le cas du patient, sa perception influence ses comportements de consommation, et influencera le choix de son médecin.

Les chercheurs en gestion des services connaissent bien les difficultés que rencontrent les gens en essayant de trouver la juste tarification de leur service de par leur expérience en la matière. C'est pourquoi ils ont développé des méthodes d'évaluation de la perception des gens vis-à-vis d'un service ainsi que leur

propension à payer, telle que la méthode CVM, afin d'évaluer de la manière la plus précise qu'il soit la tarification des services. Dans le cas qui me concerne il ne conviendra pas d'utiliser ce type de méthodes pour deux raisons :

1. Les gens ont besoins de médecins. Ce n'est pas vraiment un choix que d'aller consulter un médecin de premier recours mais bel et bien une nécessité et un droit pour tous, donc cette méthode serait difficilement applicable.
2. Une méthode de facturation a déjà été établie par l'état afin de réguler et uniformiser le coût des prestations.

### **3.2 Ancien système de tarification**

L'ancien système de tarification en vigueur en Suisse jusqu'à la fin de l'année 2006 était premièrement, un système cantonal et non fédéral de facturation. Les mêmes prestations pouvaient grandement différer en termes de coûts pour le patient d'un canton à l'autre, rendant de plus l'accès aux soins inégalitaire en Suisse.

Ce système était basé sur une tarification dite « à l'acte ». Le médecin devait facturer ses prestations en fonction des divers examens réalisés sur son patient. Cette manière de faire était un peu subjective et relativement difficile à comprendre pour les assurances. De plus, cela laissait une grande marge de manœuvre aux professionnels de la santé qui pouvaient facilement manipuler les factures, pour les plus malhonnêtes.

Il y avait dans le secteur de la santé un manque de contrôle évident. Une régulation à ce niveau était nécessaire et c'est comme cela que le Tarmed a fait son apparition.

### **3.3 Nouveau système de tarification**

#### **3.3.1 Tarmed**

L'histoire du Tarmed commence avec le projet « GRAT » qui avait pour but la révision totale des tarifs médicaux. Il fut accepté en 1994 par le peuple suisse. C'est alors que la Lamal (Loi sur l'assurance maladie) a décidé que les tarifs des

prestations médicales devront être établis sur la base d'une structure tarifaire uniforme au niveau national. (Art 43, al5))

C'est de l'union de ses deux projets que le Tarmed voit le jour en 1999, mais il ne sera qu'approuvé par le conseil fédéral seulement en 2002 pour être introduit de manière globale le 1er janvier 2004.

Les objectifs de la société Tarmed étaient de promouvoir « le maintien et le développement de la structure des tarifs Tarmed » tout en diminuant et en uniformisant les coûts de la santé. Les grands changements au niveau du Tarmed est que l'on passe d'une tarification à l'acte à une tarification au temps et à l'acte.

Le temps que dure la prestation est décomposé en tranches de cinq minutes valant un certain nombre de points, à cela se rajoutent les actes et examens médicaux ayant été effectués sur le patient. Les examens ont eux-aussi une valeur de points qui leur est propre. Au final, le montant de la facture est déterminé par le résultat de la multiplication des points des prestations par la valeur de point cantonale.

**Tableau 1**  
**Coefficient des points Tarmed par canton<sup>5</sup>**

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
TARMED: Taxpunktwerte 2009 Ärzte / Valeurs du point tarifaire 2009 médecins							Stand / état 23.09.2009		
Gemeinschaft / Communauté	Zahlungsmodus / mode de facturation (TG: tiers garant / TP: tiers payant)	Taxpunktwert 1.1.2009 / valeur de point tarifaire 1.1.2009	Taxpunktwert 1.7.2009 / valeur de point tarifaire 1.7.2009	Eingung Taxpunktwert / accord valeur de point tarifaire	In Verhandlung / en négociation	Verhandlungen gescheitert / négociations échoué	provisorische Waasnahme Kantonsregierung / décision provisoire gouvernement cantonal	Entscheid Kantonsregierung Bundesverwaltungsgericht 2009 / décision gouvernement cantonal, tribunal administratif	Entscheid Kantonsregierung Bundesverwaltungsgericht vor 2009 / décision gouvernement cantonal, tribunal administratif fédéral avant 2009
AGAE	TG	0.89		<					
BEAE	TG	0.86		<					
BLAE	TG	0.94	0.93	<					
BSAE	TG	0.89					<		
FRAE	TG/TP	0.92					<		
GEAE	TG	0.96							<
GRAE	TG	0.80		<					
JUAE	TG	0.99		<					
LUAE	TG	0.80		<					
NEAE	TG	0.92		<				<	
OSTAE (AI,AR,GL,SG,SH,TG)	TG	0.82		<					
SOAE	TG	0.84		<					
SZAE	TP	0.80		<					
TIAE	TG	0.95		<					
UNOAE (UR,NW,OW)	TG(NW,OW) / TP(UR)	0.86		<					
VDAE*	TG	0.99		<					
VSAE	TG	0.81		<					
ZGAE	TG	0.80		<					
ZHAE	TG	0.89		<					

Source : SANTE SUISSE. Site de la santé suisse.[en ligne]  
[http://www.santesuisse.ch/fr/dyn\\_output.html?content.vcid=6&content.cdId=24896&detail=yes&navid=1452](http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdId=24896&detail=yes&navid=1452) (consulté le 08.05.2010)

<sup>5</sup> Tableau 1 en Annexe 6

On retrouvera donc encore des différences de facturation entre les cantons mais les écarts entre les coefficients ne varient que très peu. Ils sont réévalués régulièrement par le Tarmed en fonction de la richesse des cantons ainsi que des coûts de la santé.

Il est évident que désormais les factures sont beaucoup plus facile à interpréter pour les assurances, mais sont en revanche plus difficile à comprendre pour les patients.

### **3.3.2 Positions Tarmed couramment utilisées**

Il existe plus de 4'000 positions recensées par le Tarmed. Chacune de ses positions est attribuée à un traitement spécifique qui sera cumulé aux positions concernant les durées de traitement. Je montrerai par la suite la représentation de plusieurs factures types pour comprendre plus en détail le fonctionnement du système. Pour l'instant, il est important de comprendre qu'un médecin de premier recours n'a presque aucune utilité du 95% de ces positions. Il n'en utilise qu'une centaine dans le cadre de son activité quotidienne. Tous les médecins que j'ai eu l'occasion de rencontrer utilisent tous, à peu de choses près, la même liste de positions que vous trouverez en annexe.<sup>6</sup>

### **3.3.3 Factures types et méthodes de facturation**

Afin de correspondre au système de facturation imposé par le Tarmed, il est important de pouvoir se représenter une facture type. Je vais, au travers des paragraphes suivants, illustrer et décomposer une facture standard, en fonction du temps du traitement mais aussi des actes qui sont prodigués.

Tout d'abord étudions la facturation du temps. Comme vu dans la liste des positions annexée, il existe des positions correspondant à chaque cinq minutes de traitement. Le 00.0010 correspond aux cinq premières minutes, le 00.0020 à chaque tranche de cinq minutes intermédiaire, puis le 00.0030 qui correspond aux cinq dernières minutes de consultation.

---

<sup>6</sup> Liste des positions couramment utilisées en Annexe 7

Par exemple, voyons les 3 cas les plus fréquents :

- Consultation de 10 minutes :

***00.0010 + 00.0030***

- Consultation de 15 minutes :

***00.0010 + 00.0020 + 00.0030***

- Consultation de 20 minutes :

***00.0010 + 00.0020 + 00.0020 + 00.0030***

Il en est de même pour toutes les consultations qui durent plus de vingt minutes, il suffit de rajouter un code 0.0020 par tranche de cinq minutes supplémentaires.

Puis viennent se rajouter au montant de la facture les différents examens pratiqués. Un acte correspond, par exemple, à un ECG (électrocardiogramme), une incision, une cryothérapie, etc...

Un petit examen clinique physique (00.0410) comprend un contrôle du poids, de la taille, de la tension artérielle, un examen pulmonaire et cardiaque. Il correspond normalement à 15 minutes, qui peuvent varier en fonction de l'expérience et la rapidité de l'examineur.<sup>7</sup>

Un grand examen clinique physique (00.0420) englobe un examen de la tête, du cou, du thorax, de l'abdomen ainsi qu'un examen neurologique. On appelle souvent cet examen un « check up complet ».<sup>8</sup>

Si l'on reprend les exemples précédents, un médecin facturera :

Consultation de 15 minutes avec petit examen :

***00.0010 + 00.0030 + 00.0410***

---

<sup>7</sup> Détail d'un petit examen en Annexe 8

<sup>8</sup> Détail d'un grand examen en Annexe 9

Le médecin doit commencer la facturation de la consultation médicale par un 00.0010 ainsi que la terminer par un 00.0030. Ceci est obligatoire ! Il y rajoute ensuite le petit examen pratiqué. On peut se rendre compte de la différence qui peut exister entre le traitement réel et la facturation. Cette facture pourrait aussi correspondre à 25 minutes (5+5+15). Tout comme un médecin frauduleux pourrait la facturer en y rajoutant encore un 00.0020.

Consultation de 20 minutes avec petit examen :

***00.0010 + 00.0020 + 00.0030 + 00.0410***

La même remarque que précédemment est applicable. On visualise bien la manière dont le Tarmed est modulable. Mais il faut noter qu'il existe un organe de contrôle.

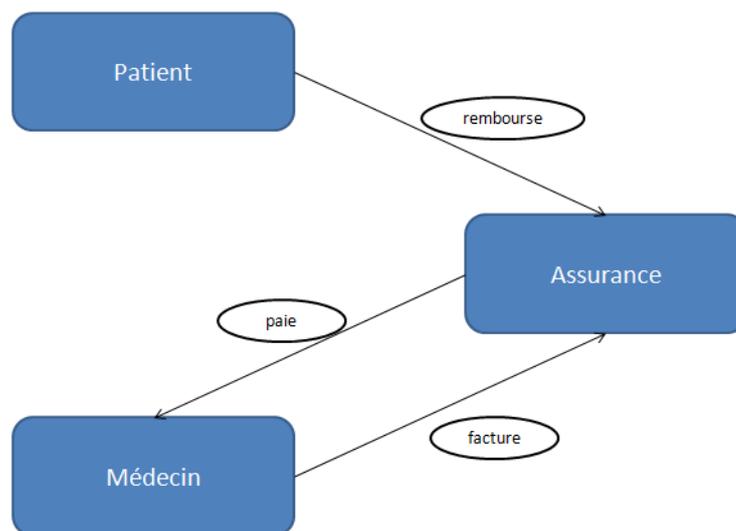
De plus, le Tarmed donne désormais au corps médical la possibilité de facturer tout ce qui est fait en l'absence du patient (00.0140) tel que par exemple de passer des coups de téléphone pour discuter d'un cas ou encore rédiger des ordonnances.

Notons encore qu'il existe une majoration possible si un médecin traite un patient étranger bénéficiant d'une assurance privée comme c'est souvent le cas dans la région genevoise en raison du grand nombre d'organisations internationales. A ce sujet, certains des médecins avec lesquels j'ai discuté ne majorent pas les étrangers (corps diplomatiques). Cela se sait et ramène de la patientèle supplémentaire et devient un atout !

Il me semble encore important de définir la relation qui existe entre le médecin, son patient et l'assurance. Il existe deux modes de facturation qui dépendent principalement de la nature de la visite médicale : le tiers payant ou le tiers garant.

**Le tiers payant** s'applique lorsqu'un patient se rend chez le médecin pour un motif accidentel. Cela signifie que le docteur enverra la facture directement à l'assurance du patient concerné, et que ce dernier n'aura pas de franchise à payer. Le médecin peut aussi appliquer la méthode du tiers payant lors des gardes, car il ne connaît pas les patients. Si ceux-ci sont des mauvais payeurs, il a alors le droit de facturer ses prestations directement à l'assurance maladie, qui ensuite réclamera le montant au patient jusqu'à concurrence de sa franchise. Une fois la franchise atteinte, l'assurance réclamera au patient le 10% du montant des factures jusqu'à concurrence de 700 CHF par année. La franchise correspond au montant à payer au départ en totalité par le patient et peut varier de 300 CHF à 2'500 CHF.

**Figure 5**  
**Le tiers payant<sup>9</sup>**

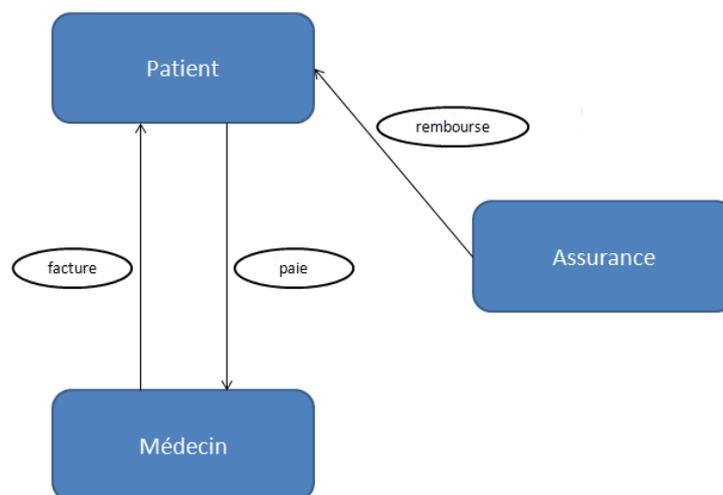


---

<sup>9</sup> Figure 5 en Annexe 10

**Le tiers garant** s'applique lorsqu'un patient se rend chez le médecin pour cause de maladie, ce qui est la formule habituelle. Dans ce cas le médecin envoie la facture directement au patient qui est tenu de la payer. L'assurance rembourse ensuite le patient une fois que les montants cumulés de ses frais médicaux annuels ont atteint sa franchise. Une fois la franchise atteinte, la formule est identique au tiers payant. Les 90% sont couverts par l'assurance et les 10% restants sont payés par le patient jusqu'à concurrence de 700 CHF par année.

**Figure 6**  
**Le tiers garant<sup>10</sup>**



### **3.4 Impact sur le métier**

Le Tarmed a créé une sorte de double tarification puisque les médecins facturent désormais en fonction non seulement du temps de la prestation, mais aussi des actes effectués. On comprend rapidement qu'en fonction de l'expérience du docteur, ou de sa vitesse de travail, des mêmes prestations peuvent être facturées à des prix différents, ou à l'inverse on peut payer un prix différent pour une même prestation. Les capacités techniques du médecin influencent donc non seulement la santé du patient mais aussi le prix de la facture.

---

<sup>10</sup> Figure 6 en Annexe 11

Le fait de pouvoir facturer tout ce qui est fait en l'absence du patient laisse aussi la possibilité aux médecins de facturer le temps réel qu'ils consacrent à un patient, même si celui-ci n'est plus en consultation.

Tous les médecins avec lesquels j'ai pu discuter ont perçu une légère diminution du chiffre d'affaire, de l'ordre de 10% en moyenne lors du passage de l'ancien système de tarification au Tarmed. Ensuite la situation s'est équilibrée, raison pour laquelle les assurances cherchent à diminuer les coûts de la santé par d'autres moyens, comme la baisse du tarif des examens de laboratoire survenue en 2009.

La facture, autrefois compliquée à comprendre et à décrypter pour les assurances est aujourd'hui beaucoup plus lisible. L'effet inverse se produit pour le patient, qui lui a plus de difficultés à la comprendre.

Les professionnels de la santé ont désormais toutes les clés en main pour s'occuper de la gestion de leur facturation. Toute l'étendue du fonctionnement du Tarmed a été passée en revue afin de clarifier l'état des choses pour les lecteurs. La relation qui lie le médecin, son patient et son assurance a été définie afin que le docteur sache toujours comment facturer la prestation qu'il aura effectuée.

## 4. Gestion des Risques

La gestion des risques est un élément essentiel au bon fonctionnement d'une activité professionnelle. Les risques sont présents tout le long de notre vie, autant dans nos activités professionnelles que privées. La plupart du temps ces risques sont d'ordre financier ou physiques (ou opérationnels). Ces risques surviennent de manière aléatoire, on ne peut pas forcément les éviter mais l'on peut essayer d'imaginer les conséquences afin de se prémunir et de savoir comment réagir en cas de problèmes. Dans le cas d'une activité médicale, la plupart des risques sont d'ordre opérationnel, et relativement complexe à traiter.

Afin de réaliser cette partie sur la gestion des risques, je me suis basé sur un livre édité par les professeurs Emmanuel Fragnières et Georges Sullivan (FRAGNIERE Emmanuel et SULLIVAN Georges. *Risk Management : Safeguarding Company Assets*. Crisp series. Ann Gosch, 2007. (133). Ce livre propose une méthode d'analyse et de gestion des risques applicables à toutes activités. J'espère à travers ce chapitre pouvoir donner des pistes de réflexions aux futurs médecins.

### 4.1 Définitions des risques

Tout d'abord, ma démarche a consisté à identifier les principaux risques qui pourraient influencer le bon déroulement de l'activité professionnelle d'un médecin. Le but est d'analyser les cinq risques principaux qui pourraient affecter l'exploitation d'un cabinet médical et de comprendre leurs impacts. Pour ce faire, il s'agit d'identifier la nature spécifique de chaque risque.

#### Risque 1 : Mauvais / Erreur de diagnostic

C'est un risque grave pour le médecin. Cela peut compromettre sa réputation, son image. On sait qu'il existe une marge d'erreur acceptable dans tout domaine d'activité, mais dans le cadre de la santé les erreurs sont un sujet délicat. Si cela provient d'une erreur médicale (un médecin n'a pas le devoir de réussite, il ne doit pas nuire et mettre tout en œuvre pour que la santé du patient ne se péjore

pas selon le serment d'Hippocrate<sup>11</sup>), cela n'aura pas de conséquence grave. En cas de faute professionnelle, cela peut aussi avoir des effets financiers néfastes pour le docteur en cas de poursuites pénales (comme c'est si souvent le cas aux Etats-Unis notamment). Ce risque implique souvent une diminution de la fréquentation du cabinet médical et doit être évité.

Les capacités techniques et les compétences du médecin interviennent directement dans la fréquence de survenance d'un tel risque.

**Risque 2 : Perte de patients : Départ ou décès**

Ce risque touche directement au fonds de commerce du professionnel de la santé. Ce risque est en étroite relation avec l'erreur de diagnostic traitée précédemment. Il y a un impact financier pour le docteur qui voit son revenu varier proportionnellement à la fréquentation de son cabinet. Le décès d'un patient est une chose inévitable qui survient de temps à autre, tout comme de nouveaux patients font leur apparition au fil du temps.

**Risque 3 : Manque de qualifications : Médecin et assistante**

Ce risque n'a pas d'impact financier direct. Il peut être la cause initiale d'une erreur de diagnostic et peut entraîner le départ de certains patients. Le médecin dispose du savoir qui lui a été enseigné, mais il est libre de se documenter ou de se renseigner concernant les domaines qui l'intéressent. La formation médicale est dite continue car elle comporte des formations et séminaires obligatoires que chaque médecin doit effectuer dans l'année. Un médecin qui sent l'effet de ses lacunes dans des domaines particuliers devrait profiter de sélectionner soigneusement les stages auxquels il va participer afin de compléter au mieux ses connaissances médicales. Ces formations ne sont pas payantes, puisqu'obligatoires. C'est un risque qui est contrôlable dans une certaine mesure puisqu'un docteur décide des séminaires auxquels il va participer. Cela aura aussi pour effet de diminuer les deux premiers risques énoncés.

---

<sup>11</sup> Serment d'Hippocrate en Annexe 12

**Risque 4 : Problème de comptabilité et factures impayées**

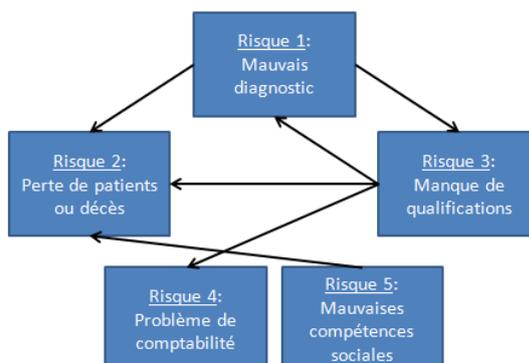
Ceci est un risque purement financier. Il peut provenir de fautes de facturation de la part de l'assistante médicale, ou encore de factures impayées de certains patients. Ce risque est contrôlable puisqu'il existe des organismes spécialisés pouvant s'occuper de la comptabilité du cabinet médical, ne déléguant qu'un travail de saisie à l'assistante. Il faut comprendre que d'une manière générale, ce risque ne va pas mettre en danger l'exploitation de l'activité. Mais il convient de la faire figurer parmi les risques à gérer car il est pertinent de mesurer le coût de l'organisme de gestion en comparaison aux coûts des erreurs de facturation.

**Risque 5 : Mauvaises compétences sociales**

C'est un risque opérationnel qui va influencer de manière négative tout ce que va percevoir le patient. La médecine contemporaine intègre beaucoup plus de facteurs psychologiques et comportementaux qu'autrefois. Les dimensions sociales font le lien entre les compétences du médecin et le jugement du patient. Ce n'est donc pas un risque ayant un impact financier, mais il est primordial de maîtriser cette partie de la prestation puisque le patient est lui-même coproducteur du service. C'est un aspect comportemental difficile à modifier pour certaines personnes, mais pourtant assez facilement contrôlable. Adapter son comportement à une situation donnée afin de correspondre à ce qu'attend le patient ne relève presque que de l'effort sur soi-même.

Il est normal de pouvoir tisser des liens entre les différentes catégories de risques. La compréhension des liens qui existent seront essentiels afin de gérer les risques. Le Schéma suivant illustre les risques en relation les uns avec les autres.

**Figure 7**  
**Relations entre les risques<sup>12</sup>**



Le monde médical a une aversion très faible aux risques car la profession le veut. En cas de doute, un médecin de premiers recours redirigera son patient vers un spécialiste pour un second avis. De plus, le bouche-à-oreille colporte très rapidement des cas d'erreurs médicales et peuvent porter préjudice à la carrière d'un médecin. Lorsqu'on s'attarde sur le système américain, on voit un grand nombre de poursuites judiciaires à l'encontre des médecins. C'est pourquoi les docteurs font signer aux patients des décharges avant toute opération comportant un risque, c'est-à-dire à chaque fois !

Un médecin doit tout de même savoir accepter le risque lorsque, par exemple, il doit prendre une décision dans l'urgence afin d'améliorer l'état de santé d'un patient et que lui seul est à même de pouvoir l'aider à temps.

J'ai choisi de ne pas traiter de risque concernant la crise économique ou la baisse substantielle de la fréquentation d'un cabinet médical. Contrairement à une activité commerciale qui perd en fréquentation lors d'une crise économique, la fréquentation d'un cabinet est toujours relativement stable puisque il est vital de consulter un médecin lorsque l'on est malade ou blessé !

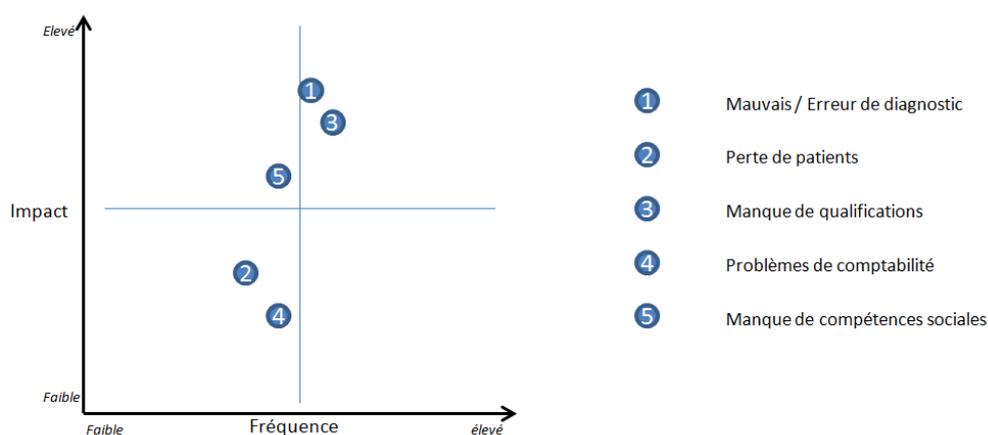
---

<sup>12</sup> Figure 7 en Annexe 13

## 4.2 Evaluation des risques

Sur la base des risques identifiés précédemment j'ai réalisé une cartographie des risques afin de pouvoir effectuer un classement, tout d'abord sur la base de deux critères : La fréquence et l'impact. Puis une transposition des risques sous forme de criticité, divisée en 3 catégories : très important, modéré et peu important. C'est la méthode dite ABC.

**Figure 8**  
**Cartographie des risques<sup>13</sup>**



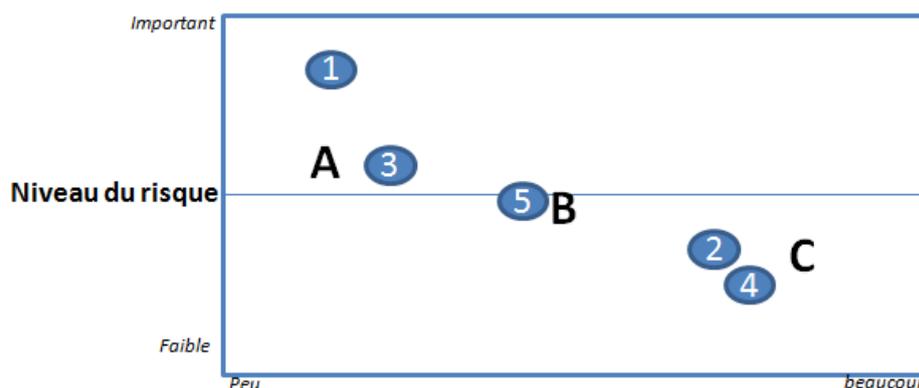
Les risques identifiés dans la cartographie précédente ne permettent pas vraiment une planification financière du budget car ils découlent les uns des autres et leur impact financier est difficilement quantifiable. En revanche on sait que certains risques vont amener des répercussions négatives plus grandes que d'autres. La loi de Pareto, toujours prise comme référence dans la gestion des risques, tend à démontrer que seul le 20% des risques les plus dangereux constituent le 80% des impacts sur une activité.

---

<sup>13</sup> Figure 8 en Annexe 14

Il convient donc de classer les risques liés à l'activité médicale selon la méthode ABC afin de déterminer l'importance ainsi que l'impact de chaque risque.

**Figure 9**  
**Classification des risques ABC<sup>14</sup>**



On remarque clairement que l'erreur de diagnostic et que le manque de qualifications sont les risques qui auront le plus grand impact sur l'exploitation d'un cabinet médical. Ce sont évidemment les deux aspects les plus facilement perceptibles par les patients. De plus ils correspondent à la pire prestation qui puisse exister : un diagnostic erroné de la part d'un médecin non-qualifié. En résumé, cela représente l'inverse des attentes d'un patient alpha lors d'une consultation.

Comme je l'ai dit au long de ce dossier, les compétences sociales des docteurs prennent de plus en plus d'ampleur et sont directement jugées par le patient, presque au même titre que les compétences techniques (car les patients ne peuvent juger les actes, mais principalement leurs effets, qui ne surviennent que plus tard).

On retrouve ensuite la perte de patients ainsi que les erreurs de comptabilité dans les risques les moins graves. Les erreurs de comptabilité peuvent arriver et n'ont pas un gros impact financier, les mauvais payeurs non plus. J'ai placé le

---

<sup>14</sup> Figure 9 en Annexe 15

décès des patients dans la même zone car il est normal pour un médecin que certains de ses patients décèdent, cela fait partie du cycle normal des choses. Ce risque est compensé de manière « automatique » par l'arrivée régulière de nouveaux patients. Dans le cas d'un départ volontaire, il ne faut pas non plus s'inquiéter car un médecin ne peut convenir à tout le monde. C'est au patient de trouver le médecin qui lui convient. Le docteur, lui, pourra remettre en question les causes qui sont à l'origine du départ du patient, ses compétences techniques (en faisant des formations là où il a des lacunes) et ses compétences sociales (en suivant des formations pédagogiques).

Le message qu'il me semble important de faire passer aux jeunes médecins est de bien comprendre que ce n'est pas forcément le risque réel qui existe qui fait peur à la patientèle, mais le risque perçu. Et qu'il y a souvent une différence notoire entre les deux ! L'exemple de la grippe aviaire ou porcine en est un exemple pertinent puisque les gens ont perçu un risque élevé, dû à ce que l'homme connaît de manière empirique des épidémies. En réalité les morts relatifs à ces gripes furent bien éloignés de la frénésie qui a tenu le monde en haleine pendant quelques temps.

Il est nécessaire pour le professionnel de la santé d'imaginer le pire scénario qui puisse arriver et d'essayer d'imaginer les conséquences sur son activité, afin de pouvoir déterminer un plan d'action visant à éviter la survenance de ce risque. Voyons un exemple :

*Scénario catastrophe :*

Un patient se rend à la consultation pour un problème (quelconque ou citer). Le médecin établit un diagnostic, le traite et le renvoie à son domicile avec des recommandations à suivre ces prochains jours. Le patient décède pourtant dans la nuit.

*Description de l'impact :*

Evidemment c'est un risque qui existe, qui ne devrait pas se produire souvent mais dont l'impact est tout de même élevé. Cela pourrait être désastreux pour les finances et la réputation du médecin en cas de faute professionnelle si la famille du défunt décide de le poursuivre pénalement tout en alertant la presse. Le médecin devrait pouvoir résister aux coûts financiers mais sa réputation restera ternie là où il est installé et devra probablement changer de lieu pour retrouver une patientèle confiante et fidèle.

### Plan d'action :

Le médecin pourrait standardiser le fait de renvoyer ses patients vers des spécialistes dès qu'un doute subsiste. Si nécessaire, le médecin appelle lui-même une ambulance qui viendra récupérer le patient au cabinet. Il peut aussi rentrer dans une association de médecins, ou alors créer son propre réseau pour pouvoir discuter des cas les plus complexes afin d'obtenir d'autres avis médicaux. Des recherches complémentaires doivent être effectuées.

Souvent on ne perçoit le danger que lorsque celui-ci survient. Le fait d'anticiper de tels scénarios qui pourraient survenir oblige le médecin à se placer en situation pour y trouver des solutions appropriées.

## **4.3 Gérer les risques**

Une fois que les risques principaux de l'activité sont définis, il est essentiel de savoir que faire de cette information et de savoir gérer le risque. Différentes stratégies existent pour les gérer

1. Transférer le risque
2. Eviter / Eliminer le risque
3. Réduire le risque
4. Accepter le risque

La décision à prendre pour chaque risque va directement dépendre de la gravité en cas de survenance, de sa fréquence de survenance et de l'impact que celui-ci aura sur l'activité quotidienne.

Le transfert d'un risque est une chose connue de tous, qu'on le sache ou pas. L'exemple standard est le fait de contracter une assurance, pour tous les dégâts physique qui pourraient survenir à notre domicile, tel qu'un incendie ou une tempête. Il semble normal de contracter une assurance, mais pourquoi le fait-on ? Car cela nous coûterait trop cher que de devoir payer nous même les réparations en cas d'incident !

Le fait d'éviter ou d'éliminer un risque dépend de l'activité elle-même. Par exemple, un médecin qui détient une radiologie depuis longtemps pourrait décider d'arrêter de faire de la radiologie, bien que cela lui rapporte de l'argent,

tout simplement car il estime ne pas avoir les mêmes connaissances et capacités qu'un spécialiste en imagerie. Il pense donc qu'il est préférable de laisser ce corps de métier aux spécialistes plutôt que de faire une erreur d'analyse qui pourrait mettre en danger son patient, et mettre en péril sa propre activité.

Et pour terminer, le fait de réduire un risque consiste à réduire soit sa fréquence d'apparition, soit l'impact qu'il aura sur l'activité.

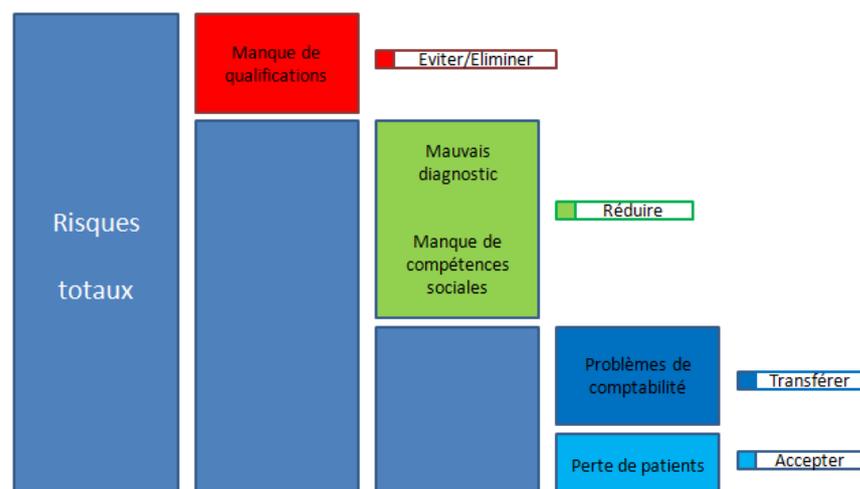
Il existe une multitude de risques qui peuvent être transférés, évités ou réduits en termes de coûts, mais il faut toujours avoir à l'esprit que votre réputation, qui a une importance considérable dans ce domaine d'activité, ne peut être assurée. C'est pourquoi il faut la préserver et l'entretenir au mieux. Et cela passe par une grande aversion aux risques !

Il s'agit maintenant de déterminer comment gérer les risques de manière la plus rigoureuse que possible afin de limiter au maximum la survenance d'un de ceux-ci.

J'ai ensuite défini la manière de traiter chaque risque identifié précédemment puis les ai fait apparaître sous forme de figure pour une représentation plus simple de la manière que j'estime idéale de les gérer.

La figure suivante illustre la méthode de gestion des risques appliquée à l'activité médicale.

**Figure 10**  
**Gestion des risques<sup>15</sup>**



<sup>15</sup> Figure 10 en Annexe 16

Bien que j'aie placé le « mauvais diagnostic » comme risque principal précédemment, j'ai constaté, à l'aide de la figure des relations entre les risques, que le facteur déterminant qui influence beaucoup les autres risques est le « manque de qualifications ». Il est vital pour le médecin d'identifier ses faiblesses et de faire en sorte de combler ses lacunes. Il peut éliminer ce risque en effectuant des formations supplémentaires concernant les problèmes médicaux qu'il est souvent amené à traiter et où il rencontre des difficultés. Comme je l'ai déjà mentionné, il peut rentrer dans des associations ou créer son propre réseau de docteurs pour pouvoir discuter des cas les plus sensibles. Et il a aussi tout le loisir de se documenter et se renseigner sur les sujets où il ne se sent pas forcément à l'aise.

J'ai ensuite décidé de réduire les erreurs de diagnostic et les lacunes dans les compétences sociales. Un médecin est régulièrement amené à prendre des décisions dans l'urgence avec des informations incomplètes. Cela fait partie de son devoir que de faire ce qu'il estime être le « geste juste » s'il pense que l'état de son patient va se dégrader s'il ne fait rien (selon le serment d'Hippocrate que sur lequel tous les médecins doivent prêter serment). Il y a donc une part d'erreur que le médecin peut commettre qui est inévitable. C'est pour cette raison que ce risque apparaît sous la rubrique « réduire » plutôt que « transférer », bien qu'il ait la possibilité, dans la plupart des autres cas, de référer son patient à un collègue pour un second avis, ou à un spécialiste pour un complément d'informations.

En ce qui concerne les compétences sociales, certes elles sont de plus en plus considérées et valorisées par la patientèle, mais la fonction principale d'un docteur reste tout de même ses compétences techniques. Un très bon médecin mais désagréable aura sûrement des patients, tandis que la situation sera plus compliquée dans le cas d'un gentil médecin, mais incompetent ! Le médecin est à même de réduire les effets de ses compétences sociales, déjà d'une part en reconnaissant ses torts comportementaux, ainsi que les effets négatifs qu'ils ont sur son activité, et d'autre part en essayant d'adapter son comportement en fonction du patient.

Les problèmes de comptabilité n'ont, en général, que peu d'impact sur l'activité elle-même mais influencent forcément les revenus du médecin. C'est pourquoi la plupart des médecins (ainsi que la totalité de ceux interrogés pour ce travail) délèguent cette tâche à un organisme comptable spécialisé. Lequel installe un

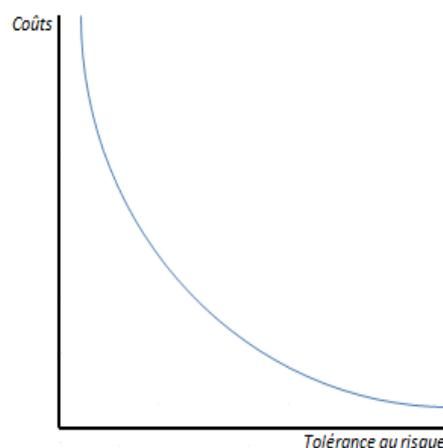
programme informatique au cabinet qui laisse à l'assistante médicale une simple tâche de saisie pour la facturation.

J'ai terminé en acceptant la perte de patients. Le fait qu'un patient décède est une chose courante lorsqu'on exerce une activité médicale, et ce indépendamment des qualifications. C'est une chose inhérente à la médecine. Le départ de patients insatisfaits tend à perdre un peu d'importance ces dernières décennies. Car de nos jours, le choix d'un médecin par un patient rencontre les mêmes caractéristiques que le choix d'un psychologue. J'entends par là qu'un patient doit parfois rencontrer une dizaine de médecins avant de trouver celui qui lui convient, en termes de compétences techniques, sociales et des services additionnels qu'il propose. C'est pourquoi la médecine connaît actuellement beaucoup de « tourisme médical », défini par des patients qui ne font que changer de médecins.

Ces quelques paragraphes tendent à faire ressortir que le risque zéro n'existe pas, d'autant plus dans une activité médicale !

A présent voilà un aperçu de la courbe qui met en relation la tolérance au risque (représentée par les risques qu'on décide d'accepter) avec les coûts qui en découlent qui illustre très bien le fait qu'il faut estimer le coût lié à la survenance de chaque risque afin de déterminer son niveau de criticité, qui déterminera ainsi le montant raisonnable à investir afin de se prémunir.

**Figure 11**  
**Courbe de tolérance / coûts**



On remarque très vite que dans tous les cas il faudrait éviter les 2 extrêmes, si la tolérance au risque est proche de zéro coût est infini, et réciproquement si la tolérance au risque est élevée les coûts seront moindres.

Il est toutefois beaucoup plus compliqué d'estimer un risque lié à un facteur humain que cela ne le serait pour un risque opérationnel dans une fabrique quelconque. Ces estimations nécessiteront surtout du sens commun de la part des médecins car un certain nombre d'éléments sont incontrôlables. Mais dans tous les cas le médecin devra assumer, s'il s'est mal prémuni, sa part de responsabilité en cas d'incident.

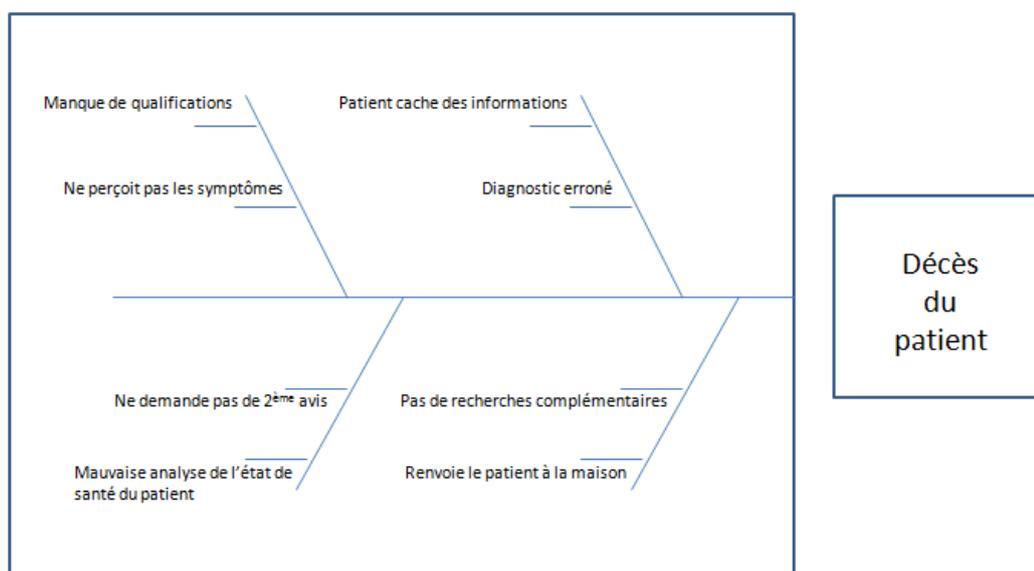
#### **4.4 Contrôle des risques**

La fonction du contrôle des risques telle qu'elle s'effectuerait dans une autre activité n'est pas complètement applicable au cas d'un service médical car les risques principaux provenant de l'exploitation de l'activité sont directement liés au médecin et à ses compétences.

Il est intéressant de reprendre l'exemple de scénario que j'ai pris à la page 36-37 et de le décomposer à travers un diagramme d'Ishikawa (ou « Fishbone diagram ») afin de déterminer quels éléments peuvent provoquer un incident. En se servant de cette méthode, les professionnels de la santé peuvent anticiper les causes d'un risque et essayer de prévenir au mieux sa survenance.

Voici donc un exemple pour le cas du décès d'un patient ayant consulté un médecin au préalable.

**Figure 12**  
**Diagramme d'Ishikawa<sup>16</sup>**



Plus que des mesures de contrôle, qui ne sont pas vraiment pertinentes dans le contexte dont je parle, les médecins peuvent utiliser ce genre de techniques afin de faire de la prévention du risque. Ils peuvent aussi utiliser d'autres méthodes ayant plus ou moins la même utilité de détection des causes d'un risque.

Finalement, à l'aide des outils utilisés dans ce chapitre, les médecins pourront faire leur propre analyse de la gestion des risques. Dans une telle activité, il est essentiel d'anticiper les risques qui peuvent survenir. D'ailleurs, rien que le fait de réfléchir à un risque possible, son impact et les manières de se protéger est une gestion du risque. Ce chapitre est censé faire comprendre aux lecteurs l'utilité de la prévention du risque afin qu'ils l'utilisent à bon escient.

---

<sup>16</sup> Figure 12 en Annexe 17

## 5. Conclusion - Recommandations managériales

Après ces quelques mois de travail en étroite relation avec des professionnels de la santé, mes recherches ont débouché sur quelques recommandations. Ces recommandations managériales découlent de l'étude menée sur la gestion des services dans le cadre d'un cabinet médical et ont été validées par les docteurs qui ont participé à la réalisation de ce projet.

Le secteur de la médecine a beaucoup évolué durant ces dernières décennies. La médecine comprend aujourd'hui bon nombres de facteurs comportementaux et sociaux qui font partie intégrante d'une prestation médicale. Cet aspect social que revêt le titre de médecin actuellement prend de l'importance, à tel point qu'il devient presque déterminant pour les patients dans le choix de leur médecin.

A compétences égales entre médecins compétents, le choix du patient va se porter sur les compétences sociales du docteur, qui doivent correspondre aux attentes de celui-ci. A cela viennent s'ajouter tous les services complémentaires qu'offrent les médecins. Il est important de communiquer ces services additionnels aux patients. Ils permettent de se distinguer de la concurrence.

Sur la base de ces deux constatations, je suis en mesure de proposer quelques recommandations qui seront déterminantes lors du démarrage de l'exploitation d'un cabinet médical.

Premièrement, le médecin devra toujours centrer sa démarche sur le patient et essayer de prendre en compte son environnement. Il est important qu'il développe des qualités d'écoute attentive et empathique. Il lui faudra communiquer de manière efficiente avec ses patients et adapter ses réponses en fonctions de leurs caractéristiques personnelles. De manière globale, le médecin de demain sait prendre en compte les émotions de son patient et s'adapte à toutes les circonstances afin de correspondre à ce que les patients attendent de lui, toujours dans le respect de sa profession.

Ensuite, il faut essayer de fournir un service additionnel différent de ses concurrents et le communiquer à sa patientèle de manière à rendre perceptible l'avantage que vous représentez. Des places de parking spécifiques, offrir le café aux patients, ou mettre une salle spécifique à leur disposition, dans la mesure du possible, tend à rendre l'expérience de service agréable pour la personne, qui va

ensuite valoriser ce service. Il s'agit donc d'identifier les forces qui vous distinguent des autres et qui attirent la patientèle que vous désirez, puis les mettre en avant.

Mon objectif personnel au travers de ce projet était vraiment de pouvoir apporter quelque chose de constructif aux futurs professionnels de la santé. Je suis satisfait d'avoir pu, dans le cadre de ce travail de Bachelor, contribuer à l'amélioration future des rapports qui lient les docteurs à leurs patients.

Le travail sur le terrain m'a apporté beaucoup de choses sur le plan personnel puisqu'il m'a permis de réaliser que la fonction de médecin de premier recours englobe bien plus de composantes que le simple traitement médical. De manière réciproque, j'ai pu communiquer une bonne image de la HEG Genève auprès des médecins, en montrant les liens étroits qui existent entre leur domaine d'activité et notre domaine de compétence. Je me réjouis du fait que ma branche d'étude m'ait permis d'apporter quelque chose à la médecine contemporaine.

## Bibliographie

CATENAZZO Giuseppe et FRAGNIERE Emmanuel. *La Gestion des Services*. Connaissance de la gestion. Paris : Economica, 2008. (110)

(FRAGNIERE Emmanuel et SULLIVAN Georges. *Risk Management : Safeguarding Company Assets*. Crisp series. Ann Gosch, 2007. 133)

*Site internet de l'OFS*                      [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) (consulté le 28.04.2010)

*Site du FMH*                              [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) (consulté le 29.04.2010)

*Site de santé publique suisse*      [www.public-health.ch](http://www.public-health.ch)      (consulté le 29.04.2010)

*Site du Tarmed*                         [www.tarmedsuisse.ch](http://www.tarmedsuisse.ch)      (consulté le 07.05.2010)

*Site de la santé suisse*                [www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch) (consulté le 08.05)

Entretien avec le Dr. Jean-Marie Dubas : *modélisation du service*. Du 23.03.2010

Entretien avec le Dr. Jacques Dubas : *modélisation du service*. Du 04.04.2010

Entretien avec le Dr. Patry *modélisation du service*. Du 13.04.2010

Entretiens avec le Dr. Von Rotz : *modélisation du service*. 2 entretiens du 27.03 au 30.04.2010

Entretiens avec le Dr. Henke : *modélisation du service*. ~5 entretiens du 27.03 au 30.04.2010

Entretiens avec le Dr. Von Rotz : *tarification / Tarmed*. 2 entretiens le 01 et 04.05.2010

Entretiens avec le Dr. Henke : *tarification / Tarmed*. 3 entretiens du 01 au 05.05.2010

Entretien avec le Dr Patry : *tarification / Tarmed*. 1 entretien du 07.05.2010

Entretien avec le Dr. Jean-Marie Dubas : *Gestion des risques*. Du 14.05.2010

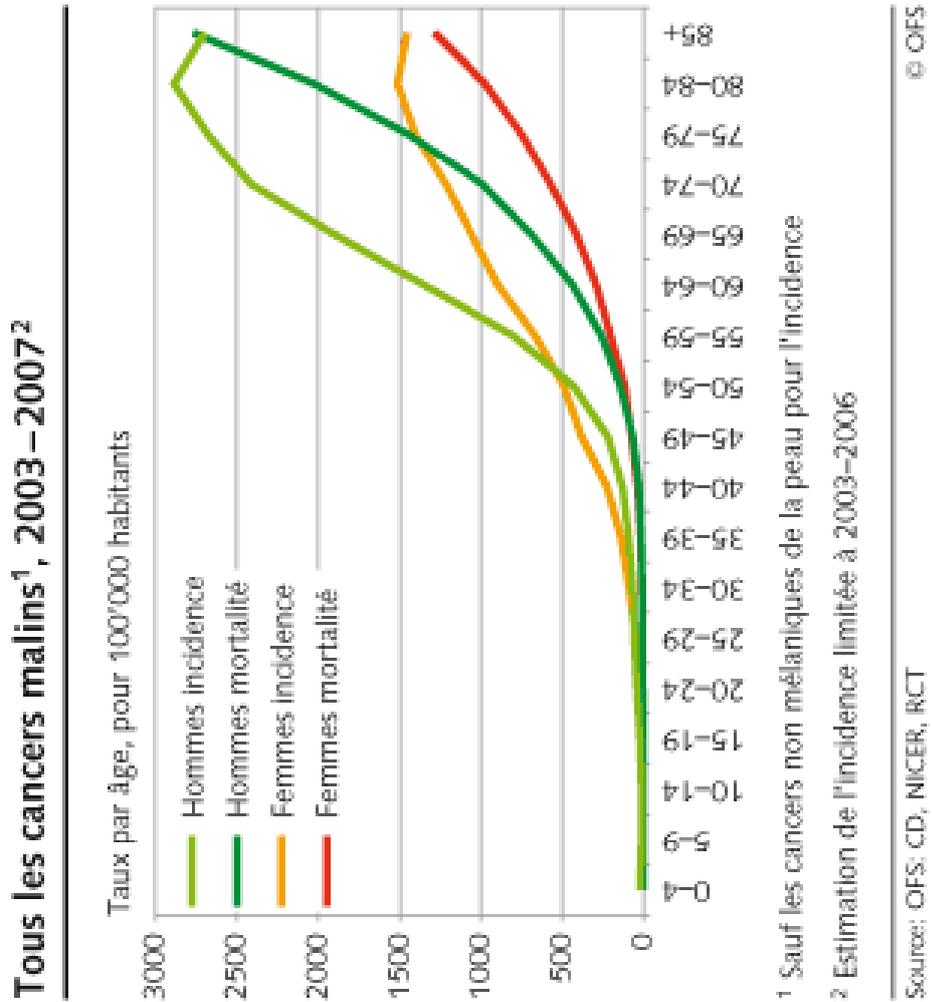
Entretien avec le Dr. Michel Patry : *Gestion des risques*. Du 14.05.2010

Entretien avec le Dr. Von Rotz : *Gestion des risques*. Du 18.05.2010

Entretien avec le Dr. Henke : *Gestion des risques*. Du 20.05.2010

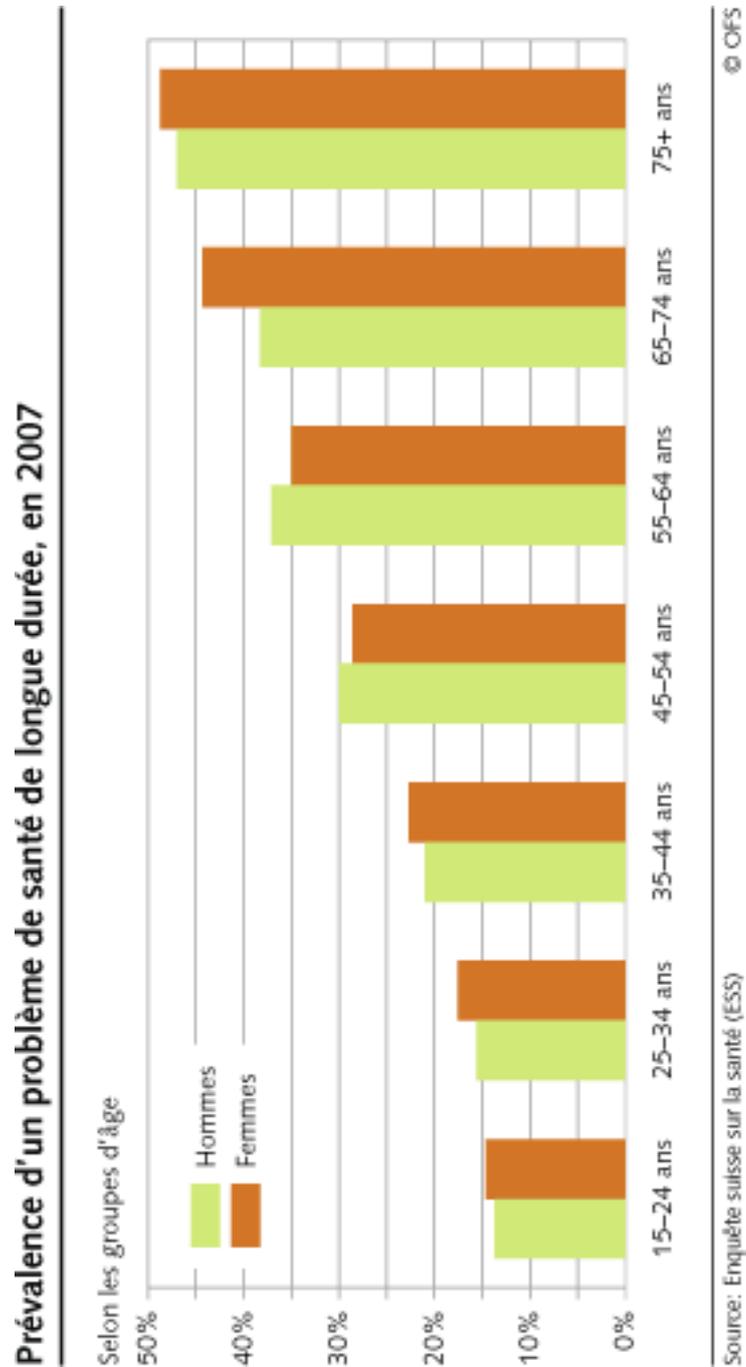
## Annexe 1

### Figure 1 : Evolution des cancers malins



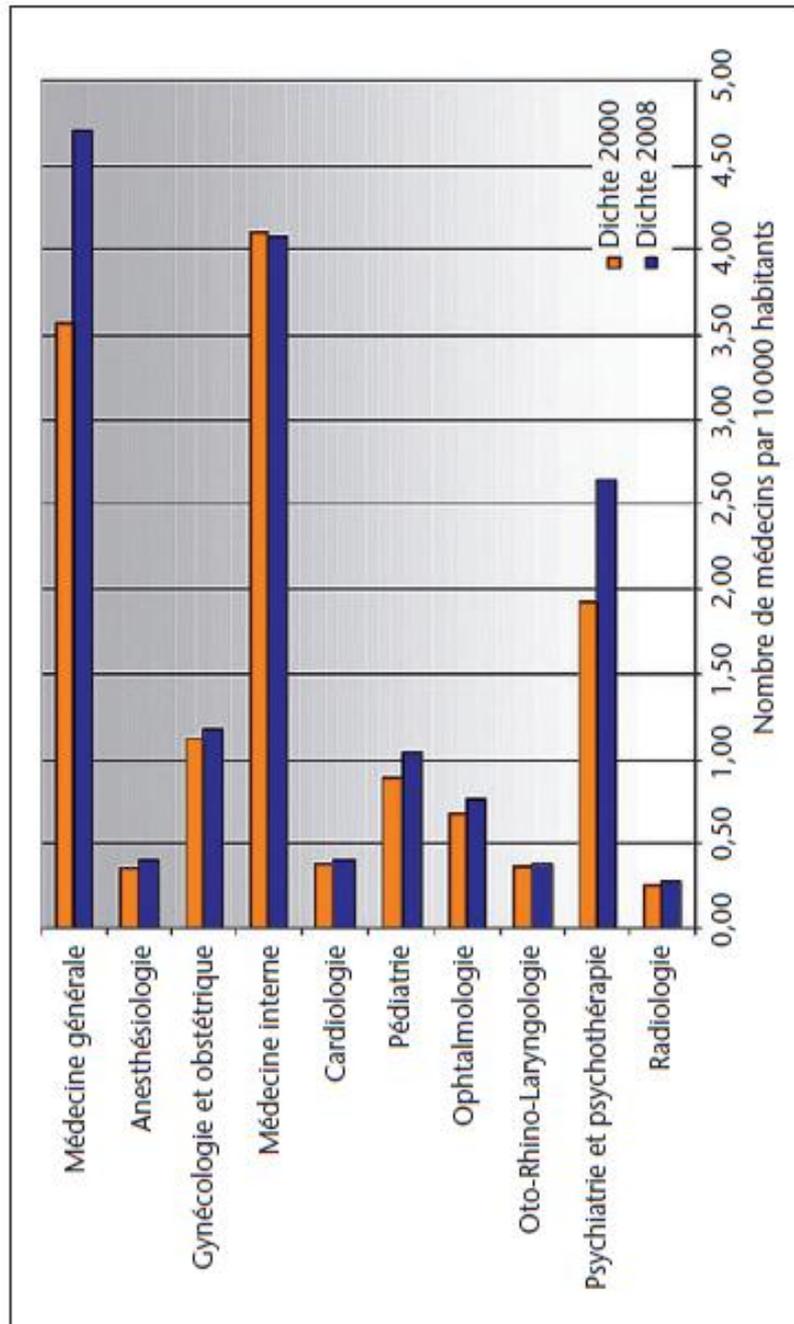
## Annexe 2

Figure 2 : Prévalence d'un problème de santé longue durée



### Annexe 3

Figure 3 : Evolution du nombre de médecins en Suisse



# Annexe 4

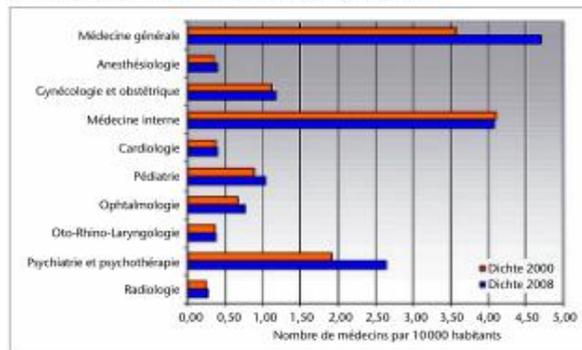
## Page source BMS (bulletin des médecins suisses)

L'avenir encore plus frappée par la pénurie de médecins. Les observations faites indiquent toutefois aussi qu'il faut faire la distinction entre la question de la densité médicale et celle du surplus de médecins versus pénurie de médecins. On constate que la Suisse dépend, aujourd'hui, déjà, de l'engagement de médecins étrangers dans différents domaines pour garantir la couverture des soins médicaux. La discussion sur les solutions possibles, par exemple la suppression du

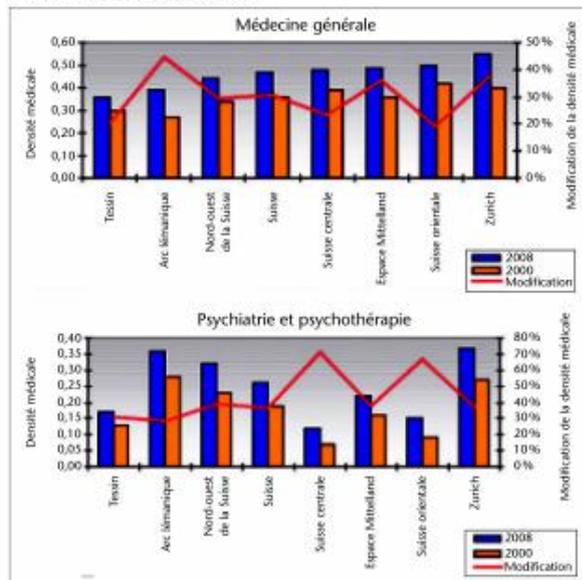
numerus clausus, la création de postes à temps partiel dans les hôpitaux, etc., va bon train.

Le prochain article de la série présentée dans le BMS «Données et démographie – Informatif et passionnant» sera spécialement consacré à la formation postgraduée et continue. Ce 4<sup>e</sup> article paraîtra le 4 novembre 2009 dans le n° 45 du Bulletin des médecins suisses. Le premier article de cette série a été publié dans le n° 39.

**Figure 4**  
Evolution de la densité médicale d'après certaines disciplines (nombre de médecins par 10000 habitants) dans le secteur ambulatoire entre 2000 et 2008.



**Figure 5**  
Densité médicale et sa modification entre 2000 et 2008 pour la médecine générale et pour la psychiatrie et psychothérapie.



### Références

- 1 Abrahamsen Y et al. Empirische Analyse des Gesundheitssystem Schweiz. Publikation der Konjunkturforschungsstelle (KOF) der ETH Zürich; 2005.
- 2 Eco-Santé OCDE 2009. Statistique et indicateurs pour 30 pays.
- 3 Médecins en cabinet privé (généralistes et spécialistes) pour 1000 habitants. [www.obsandaten.ch/indikatoren/5\\_1\\_1/2006/d/511.pdf](http://www.obsandaten.ch/indikatoren/5_1_1/2006/d/511.pdf); 23.10.2009
- 4 Jaccard Ruedin H. et al. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse, Document de travail. 22.2007;p. 25.
- 5 Communiqué de presse H+. Journée des hôpitaux 2009: Des métiers de tête et de cœur. Berne. [www.hplus.ch/fileadmin/user\\_upload/Aktuell\\_Medien/Medienkonferenzen/Nat\\_Spittagtag\\_2009/Deutsch/04\\_MM\\_Nationaler\\_Spittagtag\\_2009\\_D.pdf](http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Aktuell_Medien/Medienkonferenzen/Nat_Spittagtag_2009/Deutsch/04_MM_Nationaler_Spittagtag_2009_D.pdf), 25.09.09
- 6 Seematter-Bagnoud L. et al. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030; Document de travail 33. 2008; p. 20.

### La statistique médicale de la FMH: données de qualité grâce à vous!

Afin que la FMH puisse répondre aussi à l'avenir aux questions relatives à la démographie actuelle des médecins, la statistique révisée contient depuis 2008 également des précisions sur l'activité menée par les médecins.

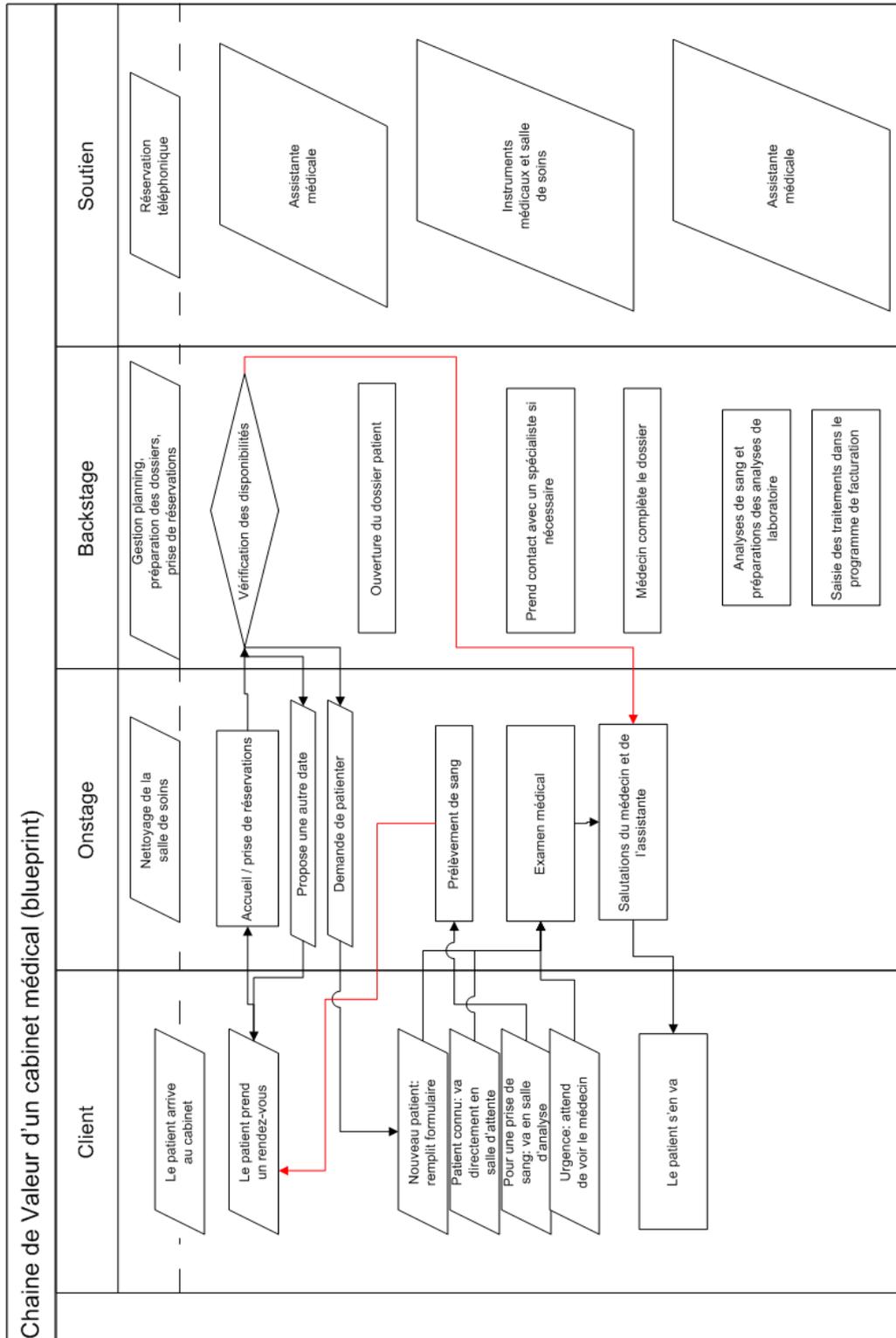
En déclarant vos données, vous fournissez une contribution essentielle à une base de discussion et d'argumentation solide pour la régulation du corps médical.

Le nouveau questionnaire figure sur le portail internet [www.myfmh.ch](http://www.myfmh.ch) sous «Activité professionnelle, questions pour la statistique médicale de la FMH».

Vous trouverez la statistique médicale de la FMH et les évaluations détaillées sous [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch). Celle-ci est également présentée de manière compacte et claire dans notre dépliant disponible gratuitement (jusqu'à épuisement du stock) à l'adresse suivante: [ddq@fmh.ch](mailto:ddq@fmh.ch)



## Annexe 5 Figure 4 : Blueprint



## Annexe 6

### Tableau 1 : valeur du point Tarmed par canton

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
TARMED: Taxpunktwerte 2009 Ärzte / Valeurs du point tarifaire 2009 médecins							Stand / état 23.09.2009			
Gemeinschaft / Communauté	Zahlungsmodus / mode de facturation (TG: tiers garant / TP: tiers payant)	Taxpunktwert 1.1.2009 / valeur de point tarifaire 1.1.2009	Taxpunktwert 1.7.2009 / valeur de point tarifaire 1.7.2009	Eingung Taxpunktwert / accord valeur de point tarifaire	in Verhandlung / en négociation	Verhandlungen gescheitert / négociations échoué	provisorische Massnahme Kantonsregierung / décision provisoire gouvernement	Entscheid Kantonsregierung, Bundesverwaltungsgericht 2009 / décision gouvernement cantonal, tribunal administratif	Entscheid Kantonsregierung, Bundesverwaltungsgericht vor 2009 / décision gouvernement cantonal, tribunal administratif	Entscheid Kantonsregierung, Bundesverwaltungsgericht vor 2009 / décision gouvernement cantonal, tribunal administratif
AGAE	TG	0.89		✓						
BEAE	TG	0.86		✓						
BLAE	TG	0.94	0.93	✓						
BSAE	TG	0.89					✓			
FRAE	TG/TP	0.92					✓			
GEAE	TG	0.96								✓
GRAE	TG	0.80		✓						
JUAE	TG	0.99		✓						
LUAE	TG	0.80		✓						
NEAE	TG	0.92		✓						
OSTAE (AI,AR,GL,SG,SH,TG)	TG	0.82		✓						✓
SOAE	TG	0.84		✓						
SZAE	TP	0.80		✓						
TIAE	TG	0.95		✓						
UNOAE (UR,NW,OW)	TG(NW,OW) / TP(UR)	0.86		✓						
VDAE*	TG	0.99		✓						
VSAE	TG	0.81		✓						
ZGAE	TG	0.80		✓						
ZHAE	TG	0.89		✓						

## **Annexe 7**

### **Positions Tarmed couramment utilisées**

#### **Positions Tarmed totales : plus de 4'000**

Le nombre de points par prestation est le même dans toute la Suisse, mais la valeur de ce point diffère selon les cantons

La valeur du point diffère selon que l'on facture en tarif maladie, accident, ou Tarmed garde.

#### **Positions Tarmed utilisées par un généraliste, sans radiologie**

- 00.0010 Consultation 5 premières min
- 00.0020 Consultation 5 min suivantes
- 00.0030 Consultation 5 dernières min
- 00.0040 Supplément enfant moins de 6 ans
- 00.0050 Entretien d'information / 5 min
- 00.0520 Consultation psy / 5 min
- 00.0510 Conseil diététique / sportif
- 00.0610 Instruction du patient
  
- 00.0060 Visite 5 premières min
- 00.0070 Visite 5 min suivantes
- 00.0080 Visite 5 dernières min
- 00.0090 Indemnité déplacement / 5 min
  
- 00.0110 Consultation tél 5 premières min
- 00.0120 Consultation tél 5 min suivantes
- 00.0130 Consultation tél 5 dernières min
- 00.0140 Prestation en l'absence du patient
  
- 00.0120 Ponction cyto aiguille fine
- 24.0120 Ponction goigt
- 24.0130 Ponction artic. épaule/coude/genou
- 24.0140 Ponction hanche/carpe
- 24.0180 Ponction bourse
  
- 00.0715 Ponction veineuse par personnel non médical
- 00.0750 Injection par personnel non médical
  
- 00.2210 Rapport sur formulaire LAA/AI/AMF
- 00.2220 Rapport intermédiaire
- 00.0230 Rapport AI par 10 min
- 00.2250 Rapport sommaire assurance
- 00.2260 Photocopies documents (forfait)
- 00.2285 Rapport 11-35 lignes
  
- 04.0010 Examen de la peau 12 min

- 04.0290 Cryothérapie 7 min
- 04.0210 Curetage lésions cut.
- 04.0520 Incision abcès/kyste/hématome
- 00.0410 Petit examen 15 min
- 00.0420 Grand examen 25 min
  
- 17.0010 ECG
  
- 24.3610 Traitement panaris doigt (7 min)
- 24.9010 Traitement panaris orteil (10 min)
  
- 04.1010 Traitement plaie visage/cou/main
- 04.1020 Traitement plaie vis...3 cm supplém.
- 04.1030 Traitement plaie autre loc. 6 cm
- 04.1040 Traitement plaie 6 cm suivants
- 04.1360 Excision phlyctènes visage/main
- 12.0110 Extraction corps étranger oropharynx
- 11.0210 Extraction corps étranger cavité buccale
  
- 00.1180 Anesthésie visage
- 00.1190 Anesthésie autre loc
- 00.1310 Surveillance désensibilisation
- 00.1370 Surveillance au cabinet post traitement
- 00.1390 Examen cadavre
  
- 00.2510 Urgence A, lu-ven 7h/19h, sa 7h/ 12h (forfait)
- 00.2520 Urgence B, lu-di 19h/22h, sa 12h/19h, di 7h/19h
- 00.2530 Majoration urgence B
- 00.2540 Urgence C, lu-di 22h/7h
- 00.2550 Majoration urgence C
- 00.2560 Tél. urgence D, lu-di 19h/22h, sa 12h/19h, di 7h/19h (forfait)
- 00.2570 Majoration du tel. d'urgence D
- 00.2580 Forfait tél. urgence E lu-di 22h/7h
- 00.2590 Majoration du tél. urgence D

Ces forfaits d'urgence viennent s'additionner aux prestations normales  
(consultations, tél ou visite)

A ces positions viennent s'ajouter les positions du laboratoire

## Annexe 8

### Détail d'un petit examen

#### 00.0410 Petit examen par le spécialiste de premier recours 00.0410

<b>Valeur intrinsèque quantitative</b> FMH 5	<b>Valeur intrinsèque qualitative</b> Médecine interne Pédiatrie Médecine générale	<b>Unité fonctionnelle</b> Salle d'examen et de traitement, médecine de premier recours	<b>Classe de risque anesthésique</b>
<b>PM (assistance comprise)</b> 28.70 pts	<b>Assistance</b>	<b>Préparation et prestation au sens restreint</b> 15 min	<b>Rapport</b>
	<b>Nombre d'assistants</b>	<b>Préparation et finition</b>	<b>Temps supplémentaire médical lié à la prestation</b>
<b>PT</b> 28.01 pts	<b>Temps d'occupation du local</b> 15 min	<b>Facteur de supplément, de réduction PM</b> 1.00	<b>Temps d'attente</b>
<b>Sexe</b>	<b>Type de prestation</b> Prestation principale	<b>Facteur de supplément, de réduction PT</b> 1.00	

#### **Interprétation**

La prestation comprend au moins:

- la mesure du poids et éventuellement de la taille,
- un examen général d'orientation,
- un examen (cursif) de la peau, de la bouche et des dents, du pharynx et de la gorge, de la membrane du tympan (enfant),
- un examen physique des organes thoraciques,
- la prise du pouls et de la pression sanguine (adultes),
- un examen physique de l'abdomen.

#### **Règles**

Age: -  
Quantité: max. 2 fois par 3 mois Cette restriction ne concerne pas les spécialistes facturant par voie électronique  
Côté: -  
Loi: -  
Non cumulable avec: [\(00.0420\)](#), [\(00.0490\)](#).

## Annexe 9

### Détail d'un grand examen

00.0420	Examen complet par le spécialiste de premier recours				00.0420	
<b>Valeur intrinsèque quantitative</b> FMH 5	<b>Valeur intrinsèque qualitative</b> Médecine interne Pédiatrie Médecine générale		<b>Unité fonctionnelle</b> Salle d'examen et de traitement, médecine de premier recours		<b>Classe de risque anesthésique</b> -	
<b>PM (assistance comprise)</b> 47.83 pts	<b>Assistance</b> -	<b>Nombre d'assistants</b> -	<b>Prestation au sens restreint</b> 25 min	<b>Préparation et finition</b> -	<b>Rapport</b> -	<b>Temps supplémentaire médical lié à la prestation</b> -
<b>PT</b> 46.68 pts	<b>Temps d'occupation du local</b> 25 min				<b>Temps d'attente</b> -	
<b>Sexe</b> -	<b>Type de prestation</b> Prestation principale	<b>Type de traitement</b> -	<b>Facteur de supplément, de réduction PM</b> 1.00		<b>Facteur de supplément, de réduction PT</b> 1.00	

16

TARMED Version 01.07.01

00	Prestations de base	00
00.02	Paquets de prestations	00.02
00.02.01	Examens	00.02.01

#### Interprétation

Cette position tarifaire comprend le petit examen par le spécialiste de premier recours (en entier) et au moins 4 compléments à choix de la liste ci-après ou toutes les parties de l'examen d'orientation neurologique.

#### 1. Compléments:

- inspection des yeux à la lumière directe, inspection à la lampe à fente, fondoscopie (avec ophtalmoscope manuel);
- acuité visuelle et champ visuel (doigt), éventuellement vision des couleurs et stéréoscopie (échelles optométriques, doigt);
- examen simple de l'ouïe (chuchotement de chiffres ou audiométrie de dépistage, éventuellement tests au diapason);
- rhinoscopie antérieure ou otoscopie;
- examen neurologique partiel (deux parties de l'examen d'orientation neurologique ou un examen neurologique régional, par exemple du bras);
- examen d'orientation de l'appareil locomoteur;
- examen physique des vaisseaux, y compris éventuel Doppler CW;
- status des ganglions lymphatiques, examen physique de la thyroïde;
- examen d'orientation génital externe;
- toucher rectal, y compris un examen éventuel de la prostate.

#### 2. Parties de l'examen d'orientation neurologique:

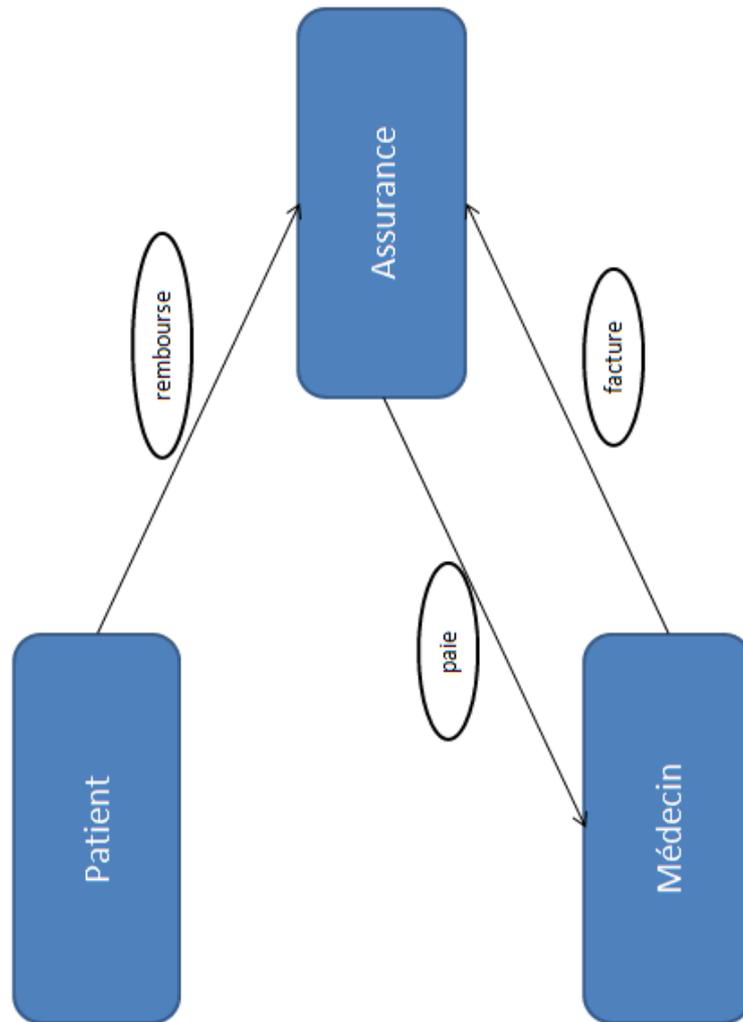
- nerfs crâniens, y compris un examen cursif du champ visuel;
- motricité spontanée, tonus musculaire et force brute des membres;
- réflexe des tendons des membres (au moins 4 paires);
- tests de coordination, y compris le test de marche;
- signes pyramidaux;
- sensibilité superficielle et profonde.

#### Règles

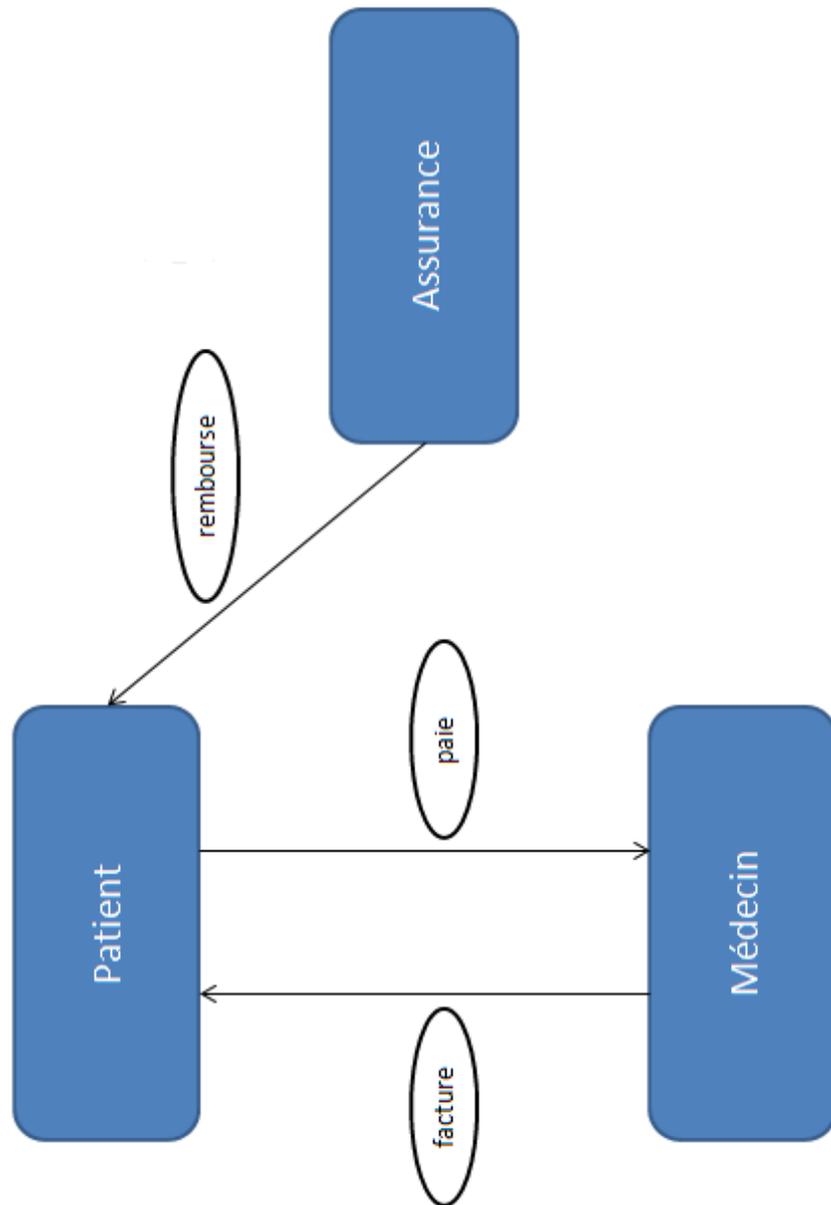
- Age: -
- Quantité: max. 2 fois par 3 mois -
- Côté: -
- Loi: -

## Annexe 10

### Figure 5 : Le tiers payant

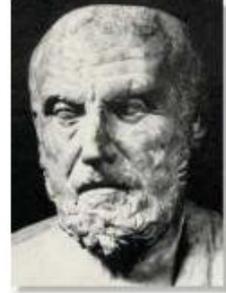


**Annexe 11**  
**Figure 6 : Le tiers garant**



## Annexe 12

# Serment d'Hippocrate



### SERMENT D'HIPPOCRATE

Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivant :

Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon savoir, et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part des préceptes, des leçons morales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître, et aux disciples liés par un engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne de poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif.

Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté. Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent. Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrompue, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves. Quoi que je vois ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.

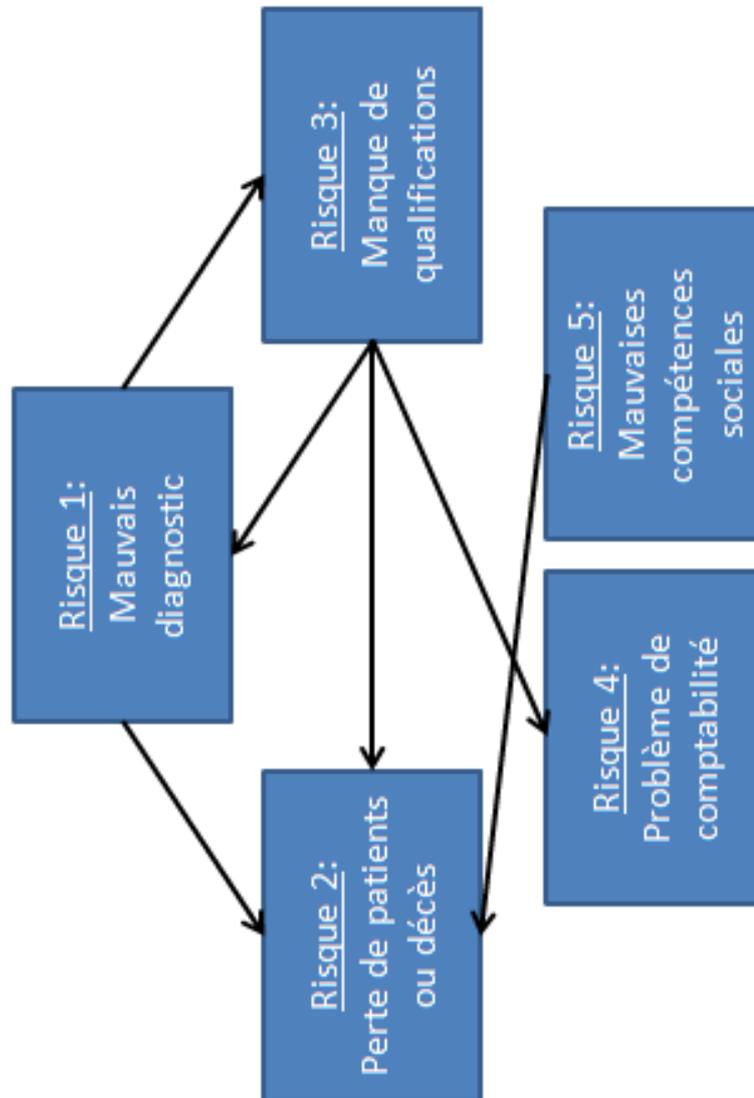
Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire !

**Hippocrate (460-375 av JC)**

**Traduction d'E. Littré. (1844)**

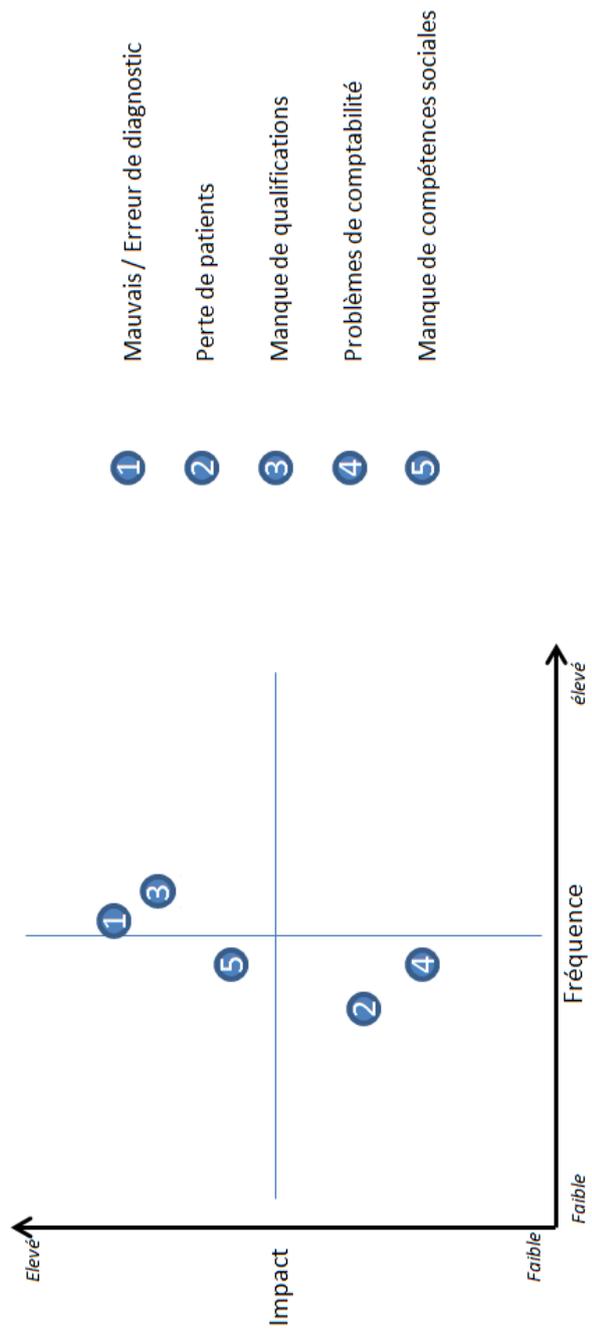
## Annexe 13

Figure 7 : Relations entre les risques



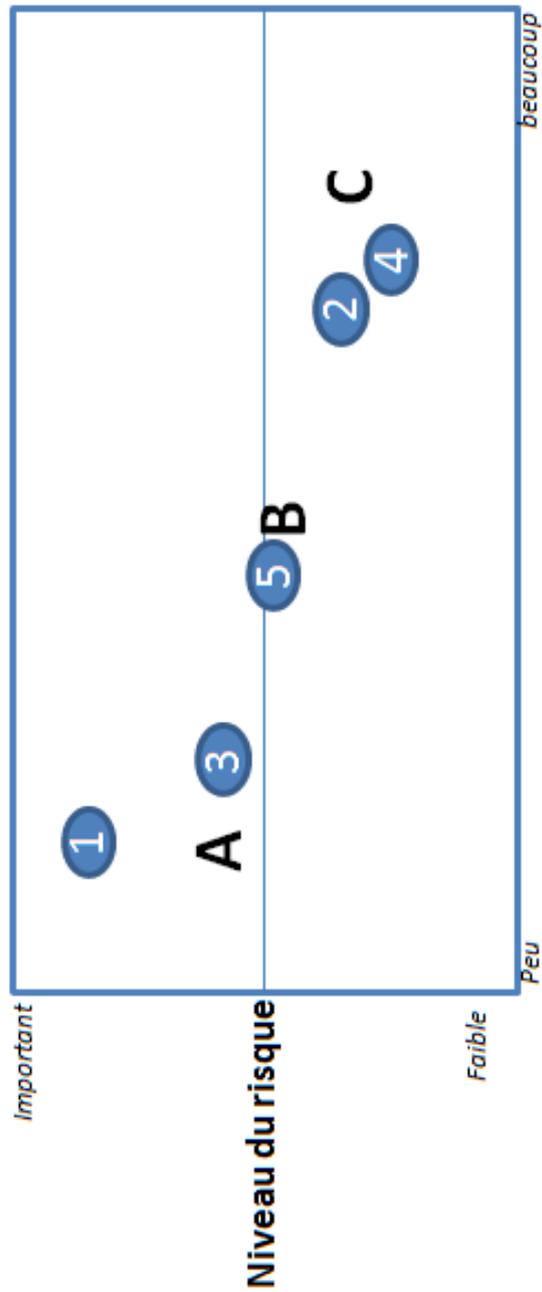
## Annexe 14

### Figure 8 : Cartographie des risques



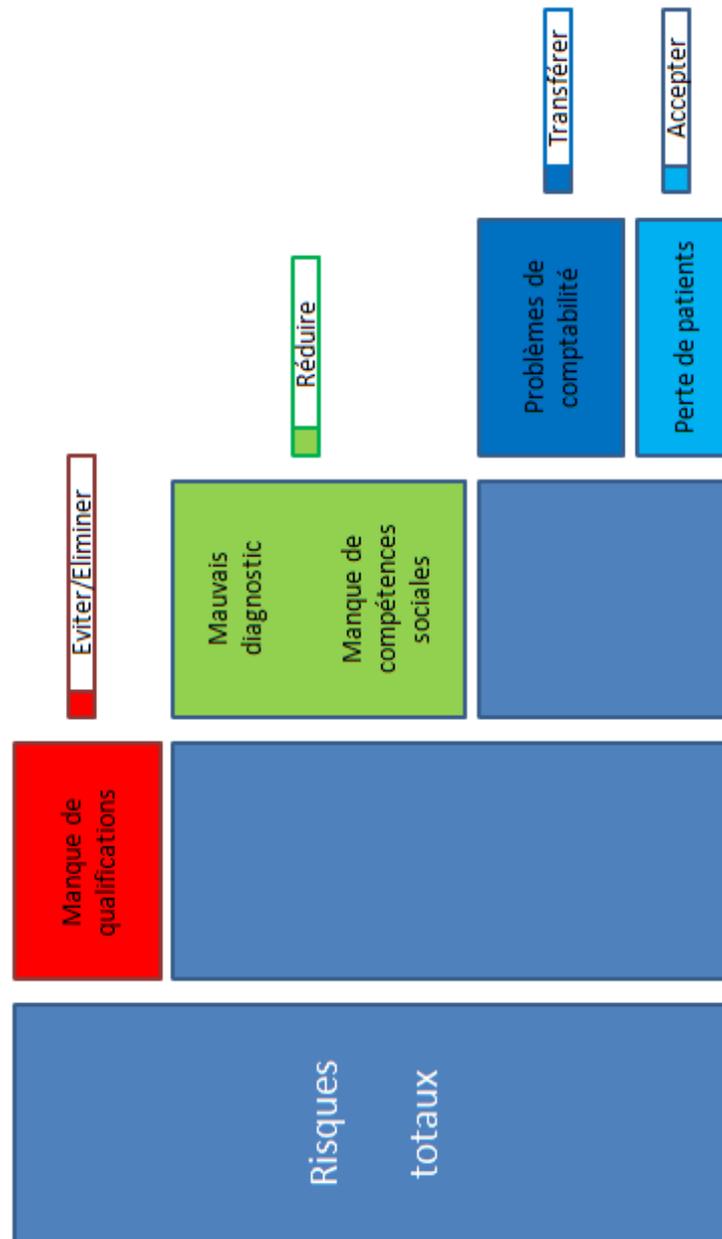
## Annexe 15

### Figure 9 : Classification des risques ABC

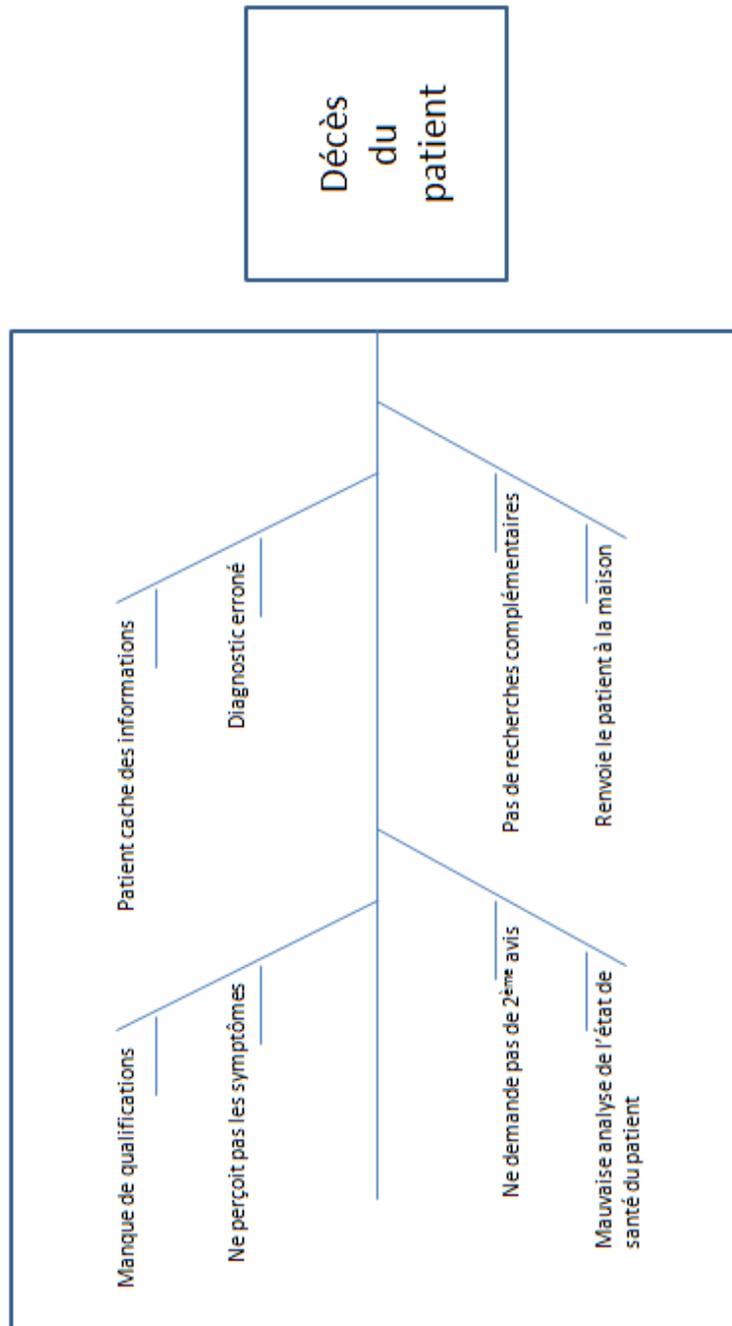


## Annexe 16

### Figure 10 : Gestion des risques



**Annexe 17**  
**Figure 12 : Diagramme d'Ishikawa**



## **Annexe 18**

### **Synthèse des Interviews**

L'évolution de ce travail n'a été possible qu'avec le soutien des médecins qui m'ont guidé, aiguillé et m'ont permis d'effectuer un travail sur le terrain afin de pouvoir préciser les résultats de mes recherches.

J'ai eu l'occasion de passer du temps dans différents cabinets dans le but de me représenter le fonctionnement des processus de l'activité ainsi que le déroulement des opérations quotidiennes, en ce qui concerne le médecin comme l'assistante. J'ai pu réaliser, durant ces quelques mois de travail, plusieurs entretiens informels avec les médecins concernés, pour pouvoir modéliser le service et de comprendre les éléments valorisés par la patientèle. J'ai pu identifier de cette manière les processus qui composent l'activité d'un médecin. Afin d'obtenir une perspective différente, je me suis adressés à quelques patients en salle d'attente avec l'autorisation des médecins. Ces brefs entretiens m'ont fait prendre conscience de certains éléments qui avaient de l'importance pour les patients, que les médecins faisaient sans se rendre compte de la manière dont leur patientèle les valorisait, comme la flexibilité, la disponibilité ou encore la ponctualité. Ces discussions avec les patients m'ont permis d'en déduire les attributs saillants de la prestation.

Après avoir modélisé la chaîne de valeur, j'ai repris contact avec les médecins, cette fois dans le but de parler du Tarmed et des différentes méthodes de facturation. Mes recherches personnelles n'étaient pas suffisantes pour comprendre en détail tous les principes en vigueur. Ces entretiens m'ont permis de décortiquer toute la tarification.

Puis j'ai adopté la même démarche pour faire l'analyse de la gestion des risques. Cette partie a débouché sur le fait qu'il vaut mieux faire de la gestion des risques préventive dans le cas d'un médecin. C'est-à-dire être préparé à de mauvais cas de figure afin de savoir comment réagir en cas de survenance.

Ce travail s'est donc formé sur la base d'un aller-retour d'informations entre les professionnels de la santé et moi-même. D'une approche quantitative, environ la moitié de l'information contenue dans ce travail provient de mes recherches personnelles et l'autre moitié est ressortie des interviews et des entretiens. Cette

recherche aurait été difficilement réalisable sans l'appui du Dr. Ralph Henke, Dr. Marc Von Rotz, Dr. Jean-Marie Dubas, Dr. Jacques Dubas et du Dr. Patry-

## **Modélisation du service**

### **Dr. Jean Marie Dubas**

L'entretien avec le Dr Jean-Marie Dubas était le premier que je réalisais. J'en ai surtout profité pour regarder comment se déroulaient la visite d'un patient, de son entrée dans le cabinet à sa sortie. Je percevais déjà ce jour la capacité d'adaptation du médecin en fonction de sa patientèle. Il m'a fait part du fait que ses patients valorisent le fait qu'il soit de plein pied sur une place calme et bien située. Il bénéficie aussi d'une bonne visibilité. Une autre de ses forces est qu'il réside près du lieu de son activité et peut être vite opérationnel en cas d'urgence.

### **Dr. Jacques Dubas**

Les premières heures chez le Dr. Jacques Dubas furent aussi de l'observation. Il était important pour moi de voir si je percevais des différences dans la manière de procéder. Les étapes que suit patient pendant sa visite étaient sensiblement identiques. La grande notoire entre les deux était le lieu d'emplacement. Son cabinet est situé en ville et est relativement compliqué d'accès. C'est là que j'ai commencé à orienter mes observations vers les compétences sociales que détiennent les médecins. Lors de ma discussion avec le Dr. Jacques Dubas, je lui ai demandé ce qui justifiait le fort taux de remplissage de son cabinet. Réponse : sa notoriété ! En effet, il a été médecin chef de SOS médecins pendant de nombreuses années, ce qui lui a permis de se faire connaître par un grand nombre de patients.

### **Dr. Michel Patry**

L'entretien avec le Dr. Patry fut intéressant car il en est ressorti des choses un peu différentes de premières fois qui me donnaient des pistes de réflexion.

Tout d'abord son lieu d'emplacement est à St-Jean et il a plutôt une clientèle de personnes âgées. Lors du changement de tarification pour le Tarmed, le Dr. Patry a eu des difficultés à s'adapter au système car il ne voulait pas changer les habitudes de ses patients. Par exemple, il se refusait de facturer les heures consacrées à ses patients en dehors de la consultation ainsi que toutes les ordonnances qu'il rédigeait. On pourrait penser que cela est une chose valorisée par les patients, mais ceux-ci trouvaient juste « normal » étant donné qu'ils ne payaient pas auparavant. Voyant une baisse de ses revenus substantielle, il a dû finir par s'adapter à ce nouveau système.

### *Dr. Marc Von Rotz*

Installé que depuis peu de temps, le Dr. Von Rotz bénéficie d'une excellente situation, autant au niveau des services additionnels que de sa réputation. Son cabinet est situé au centre du village de Founex, village dans lequel il a grandi et passé toute sa jeunesse. De ce fait il est bien connu des habitants locaux et bénéficie du fait que les gens le connaissent depuis longtemps. En plus de cela, son cabinet se trouve dans le même bâtiment qu'une école infantile. Il a donc à sa disposition le parc de jeux à l'extérieur, pour distraire les enfants, ainsi qu'une salle d'attente avec des jouets spécifiques pour les enfants.

Il bénéficie aussi de places de parking qui lui sont réservées devant son cabinet. Mais par contre il faut obligatoirement marcher une trentaine de mètres pour accéder à la porte d'entrée.

Lors de notre entretien à propos des processus qui composent une visite médicale, le Dr. Von Rotz me dit qu'une bonne anamnèse représente environ 60% du diagnostic. Chose que j'avais déjà entendue de la part du Dr. Jean-Marie Dubas.

### *Dr. Ralph Henke*

Son cabinet se situe dans une zone quelque peu décentrée et a donc une clientèle importante. Son atout majeur est son accessibilité. Il se situe à proximité d'une école et se trouve de plein pied. Sa facilité d'accès est une de ses forces puisque les gens peuvent se faire déposer devant et n'ont que 5 mètres à marcher pour se retrouver dans la salle d'attente.

Lors de nos discussions je lui ai demandé la part qu'il attribuait à l'anamnèse et sa réponse a confirmé celles données auparavant. Il a aussi mis l'accent sur l'importance du lieu d'implantation ainsi que sur le phénomène des « déserts médicaux » en Suisse. Il a aussi mis en évidence le problème du jugement de la compétence du médecin par les patients, parfois indépendant des compétences techniques de celui-ci.

## **Tarification**

Ma démarche a été un peu différente dans mon approche de la tarification des prestations médicales. J'ai tout d'abord commencé par faire des recherches concernant l'ancien système de facturation, puis sur le Tarmed. Une fois le contexte bien cerné j'ai pu m'attaquer au vif du sujet. Le problème rencontré est que le Tarmed comprend plus de 4'000 positions et qu'il m'était impossible de cibler celles utiles pour la profession de médecin de premier recours.

Je suis retourné voir seulement trois des cinq premiers médecins pour avoir des précisions. Ils ont été en mesure de me donner des listes exhaustives des positions qu'eux utilisent au quotidien, qui étaient semblables à peu de choses près. Cela m'était d'une grande utilité et allait pouvoir servir aux futurs médecins. Le Dr. Von Rotz a été en mesure de m'expliquer la base de facturation du Tarmed mais un certains nombres d'éléments restaient abstraits. J'ai à nouveau interrogé mon père qui a pris le temps de m'expliquer en détail. Il a aussi soulevé certains problèmes tels que des prix variables pour une même prestation en fonction de l'expérience du médecin. Il a aussi pu compléter mes recherches à propos des incidences du nouveau système de facturation sur l'activité de manière globale.

J'ai ensuite pris contact avec le Dr. Patry, toujours très au courant des règles, afin qu'il puisse m'expliquer la manière de déterminer le montant d'une prestation médicale suivant les traitements effectués, ainsi que le temps nécessaire. Il m'a aussi parlé du rapport entre le médecin, le patient et l'assurance. Comme ce thème a été difficile à cerner dans un premier temps, j'ai décidé d'en parler à la fin du chapitre concernant la tarification.

## **Gestion des risques**

Afin de réaliser cette partie sur la gestion des risques, j'ai commencé par lire attentivement le livre d'Emmanuel Fragnière et Georges Sullivan cité dans la bibliographie. C'est avec ces notions en tête que je suis retourné voir quatre docteurs afin d'appliquer avec eux les méthodes d'analyse des risques à leur activité.

Les cinq risques principaux déterminés dans cette étude, à savoir l'erreur de diagnostic, la perte de patients, le manque de qualifications, le manque de compétences sociales et les erreurs de comptabilité sont ressorti de ces discussions.

Une fois les risques majeurs identifiés, j'ai appliqué seul les outils de gestion des risques proposé dans le livre afin de minimiser leur impact ou leur fréquence.

## **Validation du corps médical**

Une fois mon travail presque terminé, je suis retourné à la rencontre des médecins pour le montrer le fruit de notre collaboration. J'en ai profité, sur les conseils de Mr, Fragnière, pour leur demander de me dire les éléments qui ressortent et qu'ils estiment être essentiels à la bonne marche du cabinet médical afin d'en faire mes recommandations managériales.