Zeitschrift: Habitation : revue trimestrielle de la section romande de l'Association Suisse pour l'Habitat

Herausgeber: Société de communication de l'habitat social

Band: 42 (1969)

Heft: 2: Le logement des personnes âgées

Artikel: Urbanisme et exercice médical

Autor: Flament, Jean

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-126624

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

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

Urbanisme et exercice médical

par M. le Dr Jean Flament, Paris

On assiste de par le monde à une expansion continue des grandes agglomérations urbaines; c'est là un fait majeur de notre temps, qui n'est pas sans avoir ses répercussions sur le mode d'exercice de la médecine et les conditions du travail du médecin. Nous nous proposons d'évoquer quelques-unes des difficultés que rencontre le médecin urbain, et les effets de l'urbanisme sur ses conditions de travail.

Problèmes d'installation

La médecine omnipraticienne, en France du moins, garde dans son ensemble son caractère de médecine dispersée topographiquement, et cela nous semble bon: le médecin doit vivre au contact de ses malades.

Le plus souvent, il s'agit d'*installations individuelles*. La difficulté est grande pour le médecin de trouver un local parfaitement adapté à l'exercice de sa profession: il lui faut un local suffisamment vaste, et l'on connaît l'exiguïté de la plupart des logements neufs. Seul, cependant, un cabinet de consultation de dimensions correctes assurera au médecin des conditions de travail valables; on doit tenir compte également du grand nombre de patients ou de visiteurs qui passent chaque jour dans les pièces annexes, vestibule et salon d'attente, et là encore la place ne doit pas être trop chichement mesurée. Le bon isolement phonique des locaux est une autre qualité tout aussi essentielle: cet isolement n'est pas toujours la qualité dominante des immeubles modernes, et les rues bruyantes ne manquent pas. Il est souhaitable enfin que locaux professionnels et familiaux soient nettement séparés. Un local répondant à toutes ces exigences représente le plus souvent de gros frais (loyer professionnel élevé, droit légal en France pour transformer un local d'habitation en local professionnel).

Les difficultés d'installation expliquent les créations de plus en plus nombreuses, surtout dans les zones suburbaines, de *cabinets de groupe*. Ces cabinets permettent aux médecins de se décharger de tâches secondaires et de renouveler plus souvent un équipement qu'ils pourront prévoir plus complet. Ils ont surtout l'intérêt d'assurer une permanence de soins et un regroupement des médecins de ville, qui ont souvent le sentiment d'être très isolés. Les médecins spécialistes sont également souvent dispersés, mais leur regroupement dans le cadre du quartier, cabinet de groupe ou clinique, est plus facilement réalisable.

L'hôpital enfin trouve son implantation dans le cadre d'un groupe de quartiers, ce qui correspond à 30 000 ou 40 000 habitants.

Problèmes de déplacement

Ces problèmes de déplacement, entraînant pertes de temps et fatigues, chaque médecin les connaît, et nous pensons inutile de nous attarder à les décrire.

La situation peut différer quelque peu d'un médecin à l'autre. L'omnipraticien, par exemple, a un rayon d'action relativement peu étendu, mais ses déplacements sont nombreux, car ses visites et ses consultations se partagent en règle générale de manière à peu près égale. Le spécialiste fait moins de visites, mais l'étendue de ses déplacements peut être beaucoup plus grande, sa renommée s'étendant à la ville entière.

Selon les quartiers, les conditions de déplacement peuvent varier. Il en existait autrefois de calmes et tranquilles: il n'y en a plus. Cependant, selon que le médecin habitera un quartier résidentiel ou un quartier d'affaires, les heures de circulation les plus difficiles différeront.

On pourrait multiplier les cas d'espèces, mais on peut dire que, pour tous, la situation est difficile, qu'il s'agisse d'encombrements inextricables, du camion de bière qu'on décharge ou de celui de mazout, des éboueurs, du conducteur sans-gêne qui abandonne son véhicule en double file; j'en passe.

Aux difficultés de circulation s'ajoutent celles de stationnement, et alors là, c'est souvent le cauchemar. Il n'est pas rare, dans certains quartiers, qu'il n'y ait pas une seule place à prendre sur des kilomètres carrés, et le seul espoir est alors la voiture qui démarre devant vous, le bout de passage clouté encore inoccupé ou l'accès à un trottoir.

Au total, on peut dire que chaque médecin a ses difficultés de déplacement en ville; chacun s'ingénie à trouver ses petites solutions propres. L'organisation minutieuse des plans de chaque «tournée» fait gagner beaucoup de temps. Le médecin a intérêt à éviter autant que possible les heures dites de pointe, ces heures étant consacrées de préférence aux consultations à son cabinet. L'usage d'une petite voiture peut faciliter, sans toujours le résoudre, le problème du stationnement. Ces solutions ne vont cependant pas sans inconvénients. Il convient de chiffrer le coût d'une deuxième voiture à usage exclusivement professionnel; d'autre part, un horaire de travail décalé ou étalé, en fonction des temps morts de la circulation, est cause de désagrément et de fatigue. Ces solutions apparaissent donc insuffisantes. Il faut en trouver d'autres.

L'usage des transports publics est rarement possible; les autobus sont rares et irréguliers, le métro à Paris ne dessert que des axes précis, les taxis sont souvent introuva-

bles, et de plus leur usage régulier se révélerait extrêmement coûteux. La marche reste souvent la meilleure solution lorsque les déplacements sont de peu d'étendue, mais elle ne peut constituer qu'une solution très partielle. L'usage du vélomoteur est parfois proposé, mais il semble bien que les médecins ne soient pas «mûrs» pour cette solution radicale qui, pour être parfaite, exigerait d'ailleurs une tenue vestimentaire spéciale avec bottes et casque de protection, plus une bonne assurance contre les accidents.

Certaines mesures pourraient être prises par les autorités préfectorales:

- pour ce qui est de la circulation, signalons les essais timides de couloirs réservés pour le moment aux transports en commun et aux taxis; l'usage pourrait en être étendu aux voitures des médecins;
- pour ce qui est du stationnement, la solution est évidemment sur un plan général la construction de parkings et de garages et l'élimination des voitures «ventouses». Les médecins ne peuvent que souhaiter l'extension des «zones bleues» avec disques horaires de stationnement. On pourrait également envisager des places réservées aux médecins, par exemple dans chaque station de taxis.

Il apparaît vite que toutes les solutions proposées au problème du déplacement du médecin urbain sont ou insuffisantes ou problématiques. Le médecin sera en définitive réduit à limiter au minimum ses déplacements et à étudier au mieux l'organisation de ses conditions d'exercice.

Problèmes d'organisation

On aime à répéter que la médecine est un art et l'on pourrait craindre, à vouloir en organiser l'exercice, de la dénaturer et de la déshumaniser. Il nous semble cependant qu'une certaine organisation du travail médical est non seulement possible, mais souhaitable. A l'effort du médecin pour s'organiser doit correspondre un effort d'éducation des malades.

Cet effort d'organisation portera d'abord sur l'allègement de toutes les tâches accessoires et administratives, l'étalement des heures de consultation aux heures pouvant convenir aux travailleurs et aux écoliers, la généralisation des consultations sur rendez-vous pour éviter aux clients les longues heures d'attente.

Le médecin aura intérêt à diminuer le nombre de ses visites, en pourcentage, en faveur des consultations. Chaque fois qu'il s'agit d'un malade pouvant se déplacer aisément, il est préférable qu'il vienne au domicile du médecin. Indépendamment du temps gagné pour le médecin, le local permet à la consultation de se faire dans de meilleures conditions. On y trouve le minimum de petit matériel nécessaire. Le médecin peut établir une fiche, très utile ultérieurement, pour suivre l'état de son malade.

Le médecin doit également limiter ses déplacements en ayant la sagesse de refuser, dès que sa clientèle est assez «étoffée», les clients nouveaux un peu éloignés: c'est pour lui une économie de temps et de fatigue, et le malade aura à sa disposition un médecin plus disponible. Restent, bien sûr, les anciens clients qui changent de quartier, les amis; ce sont alors des cas d'espèce. Il faut que le médecin n'ait pas la vanité de se croire irremplaçable et, petit à petit, qu'il fasse partager son point de vue à ses malades.

La question des grandes urgences et des gardes des jours fériés est un problème essentiel, et cependant des plus difficiles à résoudre. Le médecin ne peut être immédiatement disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre, ne serait-ce que par la nécessité où il se trouve de visiter sa clientèle. Il lui faut également des moments de détente, et du temps libre pour son perfectionnement postuniversitaire. Les grandes urgences sont heureusement rares en médecine générale, et, si le malade ne peut toucher son médecin, il lui reste en ville la possibilité de se faire transporter d'urgence dans un service hospitalier. Des systèmes de garde sont organisés dans toutes les villes, mais les malades préféreraient, en cas d'urgence, avoir à faire à un médecin connu. C'est l'un des gros avantages des cabinets de groupe, où une permanence de soins peut être assurée.

Exercice de la médecine urbaine et pratique hospitalière

La proximité de centres hospitaliers et universitaires constitue un grand avantage pour le médecin urbain. Toutefois, les liaisons entre la médecine hospitalière et la médecine omnipraticienne ne sont pas toujours parfaites et ne vont pas sans créer de nombreux problèmes. Le médecin omnipraticien n'a pas toujours le large accès qui serait souhaitable aux services hospitaliers. L'insuffisance des moyens matériels mis à la disposition de ces établissements ne permet pas toujours aux chefs de service de tenir les médecins traitants au courant de l'état de leurs malades, du moins sans un certain retard.

Le cadre de l'hôpital est particulièrement indiqué pour le perfectionnement postuniversitaire du médecin. On peut espérer que se multiplieront les coloques et stages cliniques organisés ces dernières années dans certaines villes, constituant des expériences particulièrement intéressantes.

On aimerait voir se développer un contact permanent, très utile pour tout le monde, entre le médecin de ville et certains services hospitaliers. Le médecin de ville y serait connu du personnel, y aurait sa blouse et pourrait de la façon la plus normale, en fonction de son temps libre, non seulement venir voir ses malades, mais participer aux différentes activités du service: visites, contre-visites, consultations. Ce serait pour lui la meilleure façon de poursuivre son perfectionnement postuniversitaire, l'enseignement au lit du malade pouvant être complété

construisez
moderne

Tentes en toile
Parois mobiles
»holoplast«
Stores vénitiens
Volets roulants à
lames orientables
»solomatic«
Volets-contre-
vents »lamobil«
Volets roulants
»alucolor« en
aluminium
prélaqué
Volets roulants
métalliques

Marquises avec
bras articulés
Installations de
commandes
électroméc.
et à distance
Installations d'ob-
scurcissement

avec
GRIESSER

Aadorf
052 47 25 21
Bâle
061 34 63 63
Berne
031 25 28 55
Genève
022 44 72 74
Lausanne
021 26 18 40
Lugano
091 3 44 31
Lucerne
041 2 72 42
St-Gall
071 23 14 76
Zurich
051 23 73 98
Chaux-de-Fds
039 2 74 83
Venthône VS
027 5 07 54

par des colloques organisés le soir à des cadences quelconques. D'autre part le malade hospitalisé serait particulièrement heureux de revoir son médecin traitant; ce dernier pourrait également apporter bien souvent des renseignements précieux au chef de service sur les antécédents de son malade. Puisse une telle conception des relations entre médecins de ville et médecins hospitaliers se réaliser et se généraliser.

Il est une autre forme de collaboration entre médecine omnipraticienne et médecine hospitalière particulièrement intéressante, c'est celle de *l'hospitalisation à domicile* telle qu'elle est déjà réalisée à Paris depuis plusieurs années. Elle est réservée aux malades qui ont effectué un séjour plus ou moins prolongé dans un service hospitalier et pour qui, les investigations diagnostiques étant terminées, le séjour hospitalier ne s'impose plus. Ces malades sont alors confiés à la surveillance de leurs médecins traitants, auxquels les dossiers médicaux sont communiqués.

Chaque jour les infirmières dépendant d'un service hospitalier spécial viennent à domicile prodiguer les soins nécessaires; les médecins, de leur côté, renouvellent leurs visites au rythme qu'ils jugent opportun. Les malades règlent directement les honoraires du médecin, ces honoraires leur étant remboursés par le service hospitalier chaque semaine; si nécessaire, une avance peut leur être consentie. Cette organisation a le gros intérêt de replonger les malades dans leur milieu familial, de permettre de les soigner sans considérations financières, tout en faisant faire des économies appréciables à la collectivité; on admet en effet que le coût de la journée d'hospitalisation à domicile est environ de moitié inférieur à celui du séjour dans un service hospitalier. Il semble que ce système fonctionne à la satisfaction de tous.

Conclusions

Des études statistiques révèlent que, suivant en cela l'ensemble de la population, la médecine s'urbanise, et l'on admet que bientôt quatre médecins français sur cinq habiteront les villes moyennes et les grandes agglomérations.

Il n'est pas sûr cependant que la profession médicale soit l'une des plus «urbanisées». On doit tenir compte, dans cet état de fait, de ce qu'en ville la consommation médicale est généralement plus grande qu'à la campagne, et qu'avec le développement des moyens de communication, on vient plus aisément se faire soigner en ville où réside d'ailleurs la quasi-totalité des spécialistes.

Les médecins trouvent en ville certaines facilités d'exercice. Citons avant tout la proximité de leurs confrères spécialistes, et des centres hospitalo-universitaires. Ils y trouvent une clientèle où la demande médicale, du fait de différents facteurs, est d'autant plus grande qu'elle est «socialement» mieux protégée contre la maladie par différents systèmes d'assurances. Mais la vie du médecin urbain est presque toujours fatigante. On a évoqué les difficultés d'installation, de déplacement; il faut y ajouter l'atmosphère bruyante et agitée. De plus le médecin urbain a bien souvent le sentiment d'être noyé dans la grande ville, d'être isolé, et c'est ce qui explique les regroupements qui s'effectuent çà et là, malgré les difficultés que cela comporte, en cabinets de groupe.

Le Mouvement populaire des familles poursuit son enquête

par M. Jean-Marie Vodoz

Le «salarié romand moyen» paie un loyer mensuel de 194 fr.

Palais, chaumières et clapiers, avec leurs habitants: «veinards» simples mortels et pauvres lapins, sortent ces jours des gros dossiers que le Mouvement populaire des familles a méthodiquement constitués sur la vie matérielle et sociale des Romands. Le troisième fascicule de l'enquête vient, en effet, de paraître. On avait statistiquement décrit les «ménages salariés», ensuite estimé leur revenu moyen, qui se situait – à peu près tout compris – vers 1550 fr. par mois. On donne, maintenant, une image de leurs foyers.

Misérables ou cossus? Il n'est pas facile d'interpréter des moyennes formées d'éléments disparates à l'extrême. Néanmoins, les loyers sont plus bas, dans leur ensemble, que ne l'aurait prévu, d'après son expérience, un habitant de Lausanne ou de Genève. Et les commodités matérielles en rapide progrès.

On ajoutera, là-dessus, deux correctifs importants. Le premier, d'ailleurs, évident: le très grand luxe est tout simplement l'espace. Nous vivrions heureux si nous ne vivions pas serrés. Puis, en second lieu, les enquêteurs ont extrait du bas-fond de leur statistique un trop grand nombre de «cas marginaux», c'est-à-dire lamentables, et qui doivent évidemment blesser nos consciences. Car, sur les huit cents ménages interrogés, dix-huit (ou quinze avec un enfant, trois avec deux) s'encaquent dans une seule pièce; et neuf (dont un avec sept enfants, six avec trois) dans... le double, à savoir deux pièces. Arithmétiquement, la proportion, sans doute, est basse. Mais, sur l'ensemble des cantons romands, Jura compris, elle signifie que 5000 familles souffrent d'une promiscuité dans laquelle se détruit la santé physique, nerveuse et morale de l'être humain.

Pour le moment, revenons aux grandes moyennes. Il n'est possible de les exprimer, hélas, qu'en arrosant le papier de chiffres. Mais parlants. Voici les principaux:

1. Un «ménage salarié» sur cinq est propriétaire du logement qu'il occupe, un sur cinquante fait partie d'une coopérative d'habitation.

2. Les autres (78%) paient un loyer mensuel (et moyen toujours!) de 62 fr. par pièce et de 194 fr. au total, «charges» non comprises. (Les enquêteurs estiment que le chauffage, l'eau chaude et l'électricité coûtent une cinquantaine de francs supplémentaires). Mais ce loyer, bien entendu, varie beaucoup:

a) Selon que l'immeuble a été construit avant ou après 1947, l'année choisie par le contrôle fédéral: 170 fr. dans le premier cas, 235 fr. dans le second.

b) Selon que l'immeuble est ou non subventionné. L'aide des pouvoirs publics touche 11,2% des «ménages salariés». Leur moyenne descend alors à 172 fr.

c) Selon la grandeur des localités considérées. Dans un bourg de moins de 3000 âmes, le loyer théorique est de 173 fr. De 3000 à 100 000 habitants, il est de 185 fr. Et au-dessus de 100 000 habitants (c'est-à-dire à Lausanne et Genève), il saute à 216 fr.

Plus d'une personne par pièce

3. La progression montante des loyers s'accélère d'une à quatre pièces. En d'autres termes: qui échange une pièce contre deux paie un loyer supérieur de 5,6%; mais qui passe de deux à trois paie 9,6% de plus; et qui passe de trois à quatre fait un bond de 23%. Commentaire du MPF: on pénalise les familles nombreuses et beaucoup d'entre elles doivent s'entasser dans trois pièces.

4. L'occupation (moyenne) est d'ailleurs la suivante: 0,96 personne par pièce chez les salariés propriétaires et 1,13 chez les locataires, soit 1,09 dans l'ensemble. Mais, si la moyenne est ventilée d'après le nombre des enfants, elle devient: 0,84 personne par pièce dans les familles sans rejetons; 1,02 personne dans celles qui en ont un; 1,22 dans celles qui en ont deux; 1,45 (soit, en gros, une personne et demie par pièce) dans les familles à trois enfants. Remarque: ni la salle de bains, ni la cuisine, ni le «hall meublable» ne sont comptés comme pièces.

5. La grande majorité des appartements sont bien équipés. Ils ont tous l'eau courante à la cuisine. Un sur cent ne l'a pas aux toilettes, et six n'ont de toilettes qu'à l'extérieur. En outre 87% reçoivent l'eau chaude, et 87% aussi comprennent une salle d'eau (douche ou bain). Il faut noter enfin que 83% des ménages disposent d'une machine à laver, soit collective, soit particulière.

Le téléphone: 75 % d'abonnés

6. Quant aux appareils divers, 87% des ménages possèdent une armoire frigorifique, mais 2% une machine à laver la vaisselle. Et, côté «loisirs», 91% ont la radio, 57% la TV. Reste, enfin, le téléphone: il compte 75% d'abonnés.

Les médecins semblent s'installer de préférence dans les villes moyennes, plutôt que dans les très grandes villes. C'est que la grande ville est de plus en plus inhumaine à ses habitants. La preuve en est dans un phénomène nouveau, apparu ces dernières années parallèlement à celui de l'urbanisation: la ruralisation des populations urbaines. De plus en plus les citadins s'échappent de la ville en de longs week-ends, ou possèdent des résidences secondaires. Le médecin de ville peut difficilement suivre ce mouvement peu conciliable avec la notion de constance des soins à la clientèle. Or, le médecin de ville aurait besoin de moments de repos et de détente, pour sa santé et son équilibre psychologique, pour sa culture personnelle et professionnelle, et bien souvent, comme tous les citadins, il rêve d'aller cultiver son jardin.

(Documents Geigy)