Peter Tschudi

Le médecin de famille – une balle que se renvoient les patients et les politiciens de la santé?

4e partie. Tous les signaux sont au rouge: nous avons un urgent besoin de nouveaux médecins de famille!

Revenons au supposé «manque de médecins de famille» à Bâle-Ville et Bâle-Campagne. Je vous ai montré dans la troisième partie de cette série (publiée dans le numéro 7 de PrimaryCare – www.primary-care.ch) que le manque de médecins de famille n'avait pas encore pris pour l'heure des proportions alarmantes dans nos deux cantons. Mais qu'en sera-t-il à l'avenir?

Etude Workforce (2005)

L'étude Workforce nous a permis d'interroger pratiquement tous les médecins de famille des cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne à propos:

– de leur temps de travail en équivalent de temps complet;
– de leurs plans d'avenir en matière d'activité professionnelle, de réduction d'activité au cabinet et de retraite.

Nous avons trouvé dans ces deux cantons une population vieillissante de médecins de famille avec une distribution légèrement plus défavorable dans le canton de Bâle-Campagne, où le pic d'âge se situe vers 55 ans [1].

Bâle-Ville

Tableau 1
Heures de travail annuelles en fonction des catégories d'âge.

Catégorie d'âge	n	HTA cumulées	HTA Ø	
<36 ans	2	2631.2	1315.6	**50 ans et moins**
36–40 ans	12	27282.8	2273.6	n = 66 (42.3%)
41–45 ans	21	40191.4	1913.9	HTA = 132145 (40.3%)
46–50 ans	31	62039.6	2001.3	HTA Ø = 2002 h/an
51–55 ans	36	79657.6	2212.7	
56–60 ans	36	78236.2	2173.2	**51 ans et plus**
61–65 ans	13	27834.4	2141.1	n = 90 (57.7%)
>65 ans	5	9688.8	1937.8	HTA = 195417 (59.7%)
Total	156	327562.0	2088.4	HTA Ø = 2171 h/an

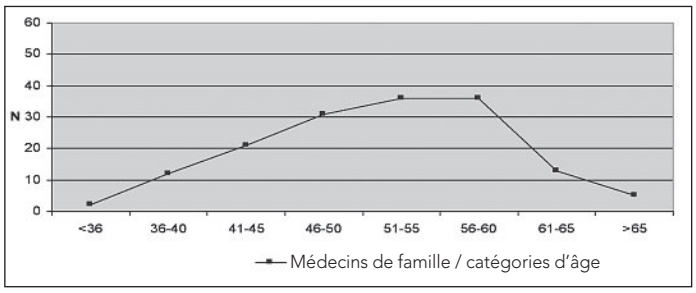

Figure 1
Pyramide des âges des médecins de famille de Bâle-Ville.

Bâle-Campagne

Tableau 2
Heures de travail annuelles à Bâle-Campagne en fonction des catégories d'âge.

Catégories d'âge	n	HTA totales	HTA Ø	
<36 ans	5	9948.2	1989.6	**50 ans et moins**
36–40 ans	15	30391.4	2026.1	n = 82 (42.3%)
41–45 ans	28	58782.2	2099.4	HTA = 172714 (41.2%)
46–50 ans	34	73592.2	2164.5	HTA Ø = 2106 h/an
51–55 ans	50	109191.0	2228.4	
56–60 ans	37	81488.2	2202.4	**dès 51 ans**
61–65 ans	22	49225.8	2237.5	n = 112 (57.7%)
>65 ans	3	6992.8	2330.9	HTA = 246'898 (58.8%)
Total	194	419611.8	2162.9	HTA Ø = 2204 h/an

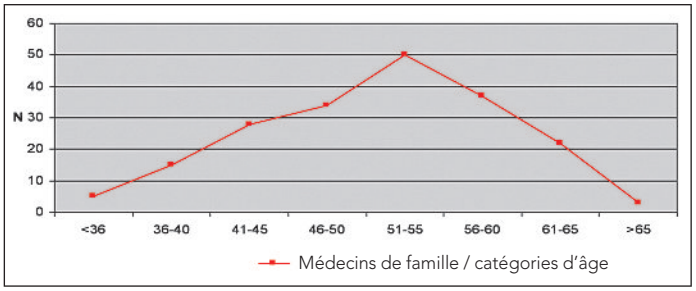

Figure 2
Pyramide des âges des médecins de famille de Bâle-Campagne.

En tenant compte des intentions de retraite anticipée, des réductions du temps de travail et des retraites différées, nous avons calculé les pertes de temps de travail prévus en 2005 chez les médecins de famille des deux cantons.

Dans l'hypothèse où chaque médecin de famille travaillerait 30 ans dans son cabinet et où la distribution des années de naissance serait normale (régulière), la réduction du temps de travail devrait suivre une droite au niveau zéro jusqu'en l'an 2035 (cf. fig. 3 et 4). Pour Bâle-Ville, on observe cependant dès 2014 un nombre de retraites disproportionné. Ce surplus de réduction du temps de travail résulte d'un creux. Ce n'est ainsi qu'en 2020 que l'on devrait observer la perte de la moitié des heures de travail fournies. Or, ce sont près de deux tiers de la totalité des heures de travail fournies qui auront déjà disparu à cette échéance.

Cela signifie concrètement pour Bâle-Ville que 50% du volume de travail auront disparu en 2017, donc dans à peine 8 ans, et qu'en 2022, soit dans seulement 13 ans, les heures de travail «perdues» – et donc à remplacer – atteindront 75% du pensum actuel! Autrement dit, il faudra en 2017 93 nouveaux médecins de famille à Bâle-Ville, travaillant dans des proportions (temps de travail hebdomadaire et carrière professionnelle dans son ensemble) identiques à

celles des praticiens actuels pour absorber les tâches à accomplir; jusqu'en 2022, il faudra quelques 140 nouveaux médecins de famille. Si l'on songe en outre au fait que la majorité des étudiants en médecine d'aujourd'hui sont des femmes, qui souhaitent réduire d'au moins un quart leur temps de travail par rapport à celui des hommes, le nombre de médecins de famille demandés est donc encore bien plus important!
Les chiffres et le pronostic pour Bâle-Campagne sont pratiquement les mêmes.
Uniquement pour Bâle-Ville et Bâle-Campagne, il faudra donc d'ici 8 ans pas moins de 200 et d'ici 13 ans environ 300 nouveaux médecins travaillant à temps complet et ceci simplement pour maintenir le statu quo en matière de couverture médicale de famille! Il est aujourd'hui déjà clair cela sera impossible! N'oublions pas non plus que les besoins en médecins de famille vont encore augmenter en raison du vieillissement de la population.
Jetons encore un coup d'œil à l'évolution de la population: nous voyons que la proportion des plus de 65 ans augmente de façon importante et rapide en Suisse – ligne violette.
L'espérance de vie globale a augmenté en Suisse de 6,6 ans entre 1975 et 2004, pour atteindre 81,2 ans. La population globale vieillit et les maladies augmentent avec l'âge. Certaines maladies connaissent une incidence croissante et sont aujourd'hui considérées

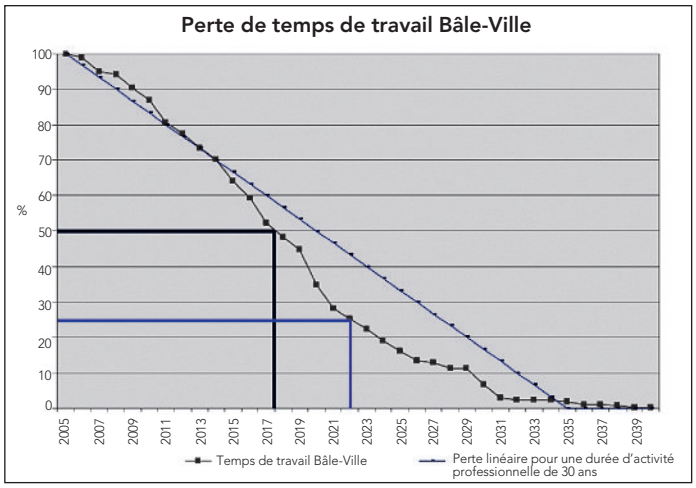

Figure 3
Perte prévisible du pensum fourni par les médecins de famille à **Bâle-Ville** [1].

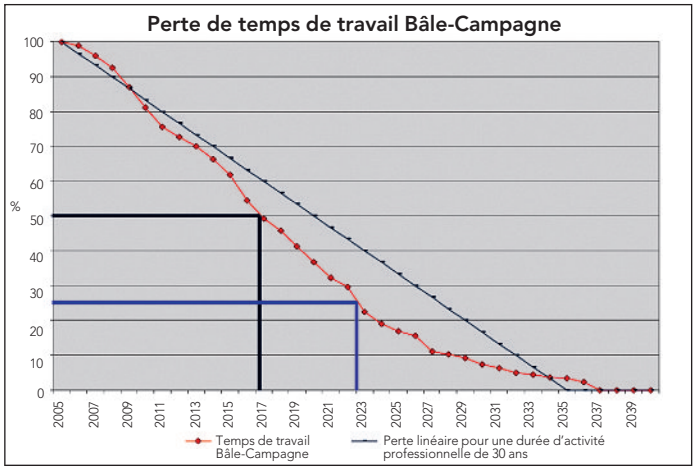

Figure 4
Perte prévisible du pensum fourni par les médecins de famille à **Bâle-Campagne** [1].

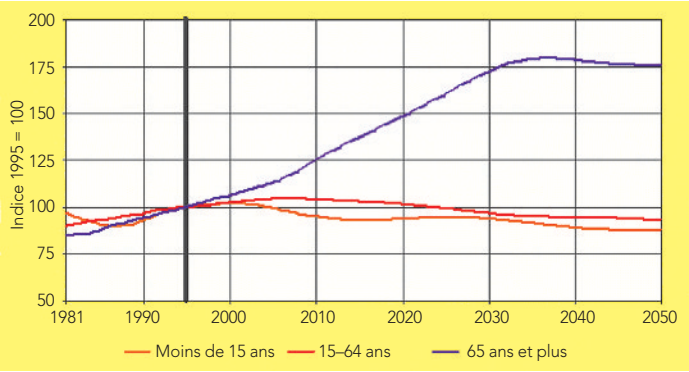

Figure 5
Evolution de la population selon trois groupes de travail, 1981–2050.
(D'après: Scénarios de l'évolution démographique 1996, Scénario «Trend», Office fédéral de la statistique.)

comme des maladies de civilisation, notamment l'obésité, le diabète de type 2, les dyslipidémies, l'hypertension artérielle, en partie aussi la dépression et les maladies pulmonaires chroniques. Les démences augmentent également avec l'âge. Parallèlement, de nouvelles interventions visant le maintien de la vie ont fait la preuve de leur efficacité en termes de survie, mais elles ont également augmenté les besoins en médecins de famille pour le suivi médical, ainsi que l'application des mesures de prévention tertiaire.
Il faudra donc sans aucun doute à l'avenir encore beaucoup plus de médecins de famille pour assurer le suivi médical des personnes âgées polymorbides, pour coordonner les soins et pour assister les patients – dès 2017, donc dans 8 ans, le manque de médecins de famille atteindra déjà 50% et dès 2022, il avoisinera les 75%!
Vous vous dites peut-être: pas de problème; il y a les universités qui assurent la formation des étudiants en médecine et la formation de jeunes médecins engagés et dynamiques.
Faux: la relève des médecins de famille fait sérieusement défaut!

Etudes sur les objectifs de formation

L'Institut de médecine de famille de l'Université de Bâle est la seule entité académique de Suisse à mener chaque année depuis 2002 une enquête auprès des étudiants de 1re, 3e, 4e et 6e année sur leurs objectifs professionnels, sur l'attrait de la médecine de famille, sur la planification de carrière, sur le temps de travail envisagé, etc.
Nos études sur les objectifs de formation nous ont appris que seuls 10% des étudiants choisissent la médecine de famille (cf. tab. 3). Ce nombre ne suffira même pas à remplacer les seuls médecins de famille de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne fermant leur cabinet!

Féminisation de la médecine, pensum et augmentation des cabinets de groupe

Nous savons aussi que les femmes seront les futurs piliers du système de santé. La féminisation de la médecine est une bonne évolution, mais cette dernière aura un certain nombre de conséquences importantes, dans la mesure où l'allongement de la durée de la formation continue jusqu'à l'acquisition du titre de spécialiste raccourcira considérablement la durée de la carrière active, compte tenu aussi des pauses pour avoir les enfants et de la tendance croissante à choisir un modèle de travail à temps partiel.
Et ce phénomène touchera la médecine de famille de plein fouet!
Nos enquêtes auprès des étudiants ont clairement montré que 60–70% des futurs médecins de famille seront des femmes.
75% des futurs médecins de sexe masculin – colonnes en jaune – prévoient de travailler plus tard à 100%, alors que les futures

Tableau 3
Etude sur les objectifs de formation IAHMB 2002–2008 [2–5].

Etudiants à Bâle	Objectif de formation Médecin de famille	Indécis
2002–2004 (n = 1382)	**8%** H = 30% F = 70%	1 JK: 25.4% 6. JK: 19.5%
2005 (n = 477)	**11%** H = 39% F = 61%	26%
2006 (n = 312)	**9%** H = 48% F = 52%	28%
2007 (n = 443)	**8%** M = 58% F = 42%	30%
2008 (n = 457)	**12%** H = 30% F = 70%	24%

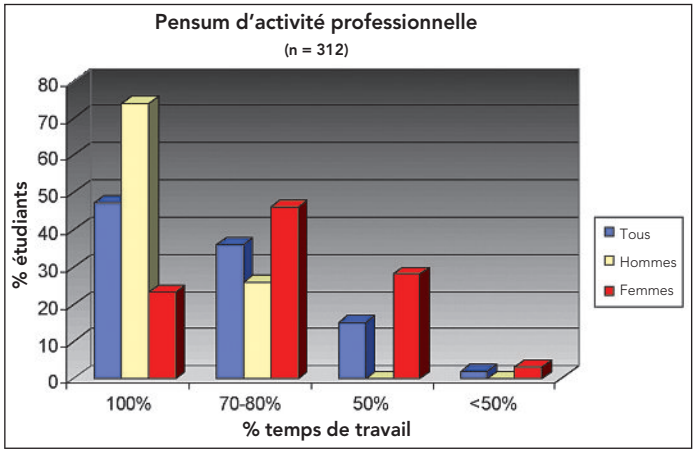

Figure 6
Etude sur les objectifs de formation IHAMB Basel 2006/2007 [4].

femmes médecins – colonnes rouges – ne sont que 20% à envisager pour l'avenir un temps plein!
Par ailleurs, la tendance est clairement à une augmentation du nombre de cabinets de groupes. A l'occasion de l'examen final de 2006, 100% des femmes ont pour la première fois émis le vœu de travailler un jour dans un cabinet de groupe!

Comment susciter davantage l'intérêt des étudiants pour la médecine de famille?
Nous nous posons évidemment depuis des années la question de savoir pourquoi l'intérêt pour la médecine de famille est si faible chez les étudiants. Nous savons que le modèle actuel de formation continue trop peu proche de la pratique, la question des responsabilités, les horaires de travail, la forme des cabinets, les gardes et surtout le faible niveau du revenu associé à la médecine de famille par rapport aux autres spécialités jouent un grand rôle. Nous nous sommes également demandé quelles étaient les erreurs que nous faisions au niveau de la médecine de famille universitaire pour qu'il n'y ait pas davantage d'étudiants décidés à embrasser cette carrière? Devons-nous faire une promotion plus active de cette profession? Ou devrions-nous, comme aux Etats-Unis, passer par les médias pour produire des séries mettant en scène des médecins de famille?

Aux Etats-Unis, on a pu suivre durant les années 90 des séries télévisées telles que «Emergency Room», «Chicago Hope», etc., donnant l'image de médecins urgentistes jeunes, dynamiques, cools et sexy. Quels en ont été les effets sur les étudiants?
Il se trouve que ces séries ont profondément influencé le choix professionnel des étudiants de 4e année: en l'espace de 2 ans, deux fois plus d'étudiants ont déclaré vouloir se consacrer à la médecine d'urgence [6]!

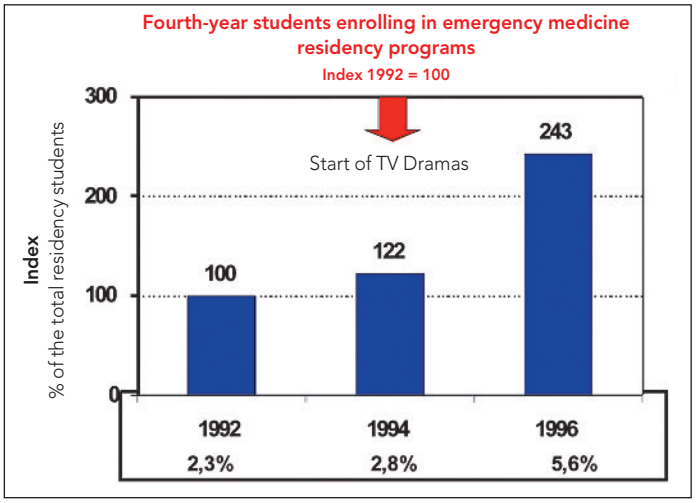

Figure 7
Influence des séries télévisées sur le choix professionnel. Figure du Pr G. Domenighetti d'après: Wallack EM, Bingle GJ. Cardiopulmonary resuscitation on television. N Engl J Med. 1996;335(21):1606.

Ce que les Américains sont capables de faire avec leurs séries télévisées, nous pouvons sans aucun doute encore l'améliorer à Bâle avec notre système de tuteur personnel!
Les médecins de la région de Bâle sont indubitablement de meilleurs motivateurs que n'importe quelle série télévisée, si l'on en juge par le triplement du nombre d'étudiants intéressés à la médecine de famille au cours du stage avec le tuteur personnel!
Malheureusement, le taux de «passage de l'intention à l'acte» reste faible et le «zapping» vers une formation menant à une autre spécialité est très tentant!
La diminution du nombre d'étudiants parvenant à la fin de leur formation universitaire est un autre facteur qui accentuera encore le manque de médecins de famille. Entre 1999 et 2005, le nombre

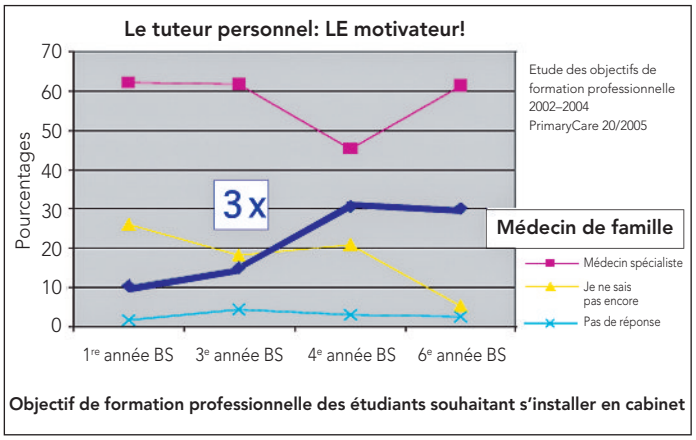

Figure 8
Objectif de formation des étudiants souhaitant s'installer en cabinet.
(D'après [7].)

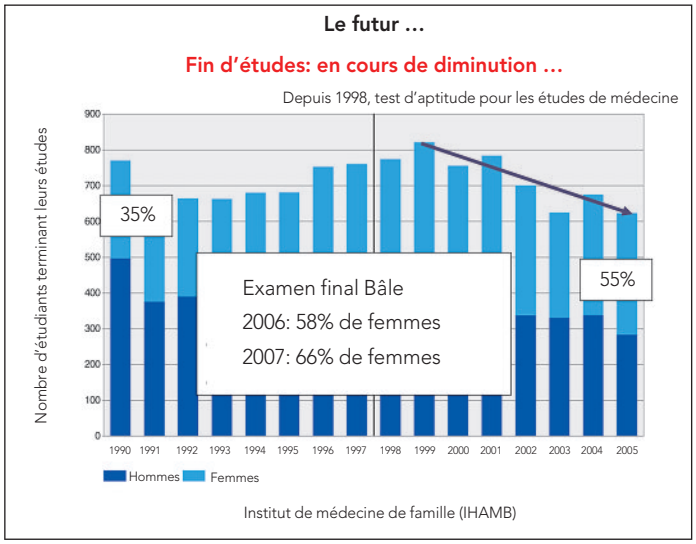

Figure 9
Diminution du nombre d'étudiants terminant leur formation universitaire.

d'étudiants terminant leurs examens finaux a reculé de 25%, tandis que la proportion des femmes a passé de 35% à 55% au cours des 15 dernières années.
A Bâle, la proportion des femmes ayant passé les examens finaux de médecine en 2007 a même atteint 66%!

Stop des installations

Le stop des autorisations d'installations de cabinets est un autre agent de destruction de la médecine de famille. Comme le montre la figure 6 de façon impressionnante, le nombre de médecins de famille a globalement augmenté de 2,4% entre 1998 et 2004, contre 14,2% pour les spécialistes. Et qu'a provoqué le stop des installations en Suisse – à partir de la ligne jaune de la figure 10 –: la proportion des médecins de famille a légèrement reculé, alors que le nombre de spécialistes continue à croître de manière pratiquement inchangée. La balle est donc maintenant dans le camp des politiciens, qui doivent absolument donner un signal fort: le stop des installations doit dès maintenant être sélectif; en d'autres termes, le stop des installations doit être immédiatement levé pour les médecins de famille. Les étudiants et les assistants comprendront ainsi que la politique a une réelle volonté de soutien et de promotion de la médecine de famille.
Pour résumer, je dirais que nous n'avons malheureusement pas encore pu provoquer le tournant espéré dans notre médecine de famille. Nous ne sommes et ne serons même pas en mesure à l'avenir de maintenir le statu quo dans le domaine de la médecine de famille et les courbes de l'offre et de la demande vont continuer à s'éloigner l'une de l'autre au cours des prochaines années. Les politiciens ont donc une grande responsabilité pour enrayer cette dérive néfaste!

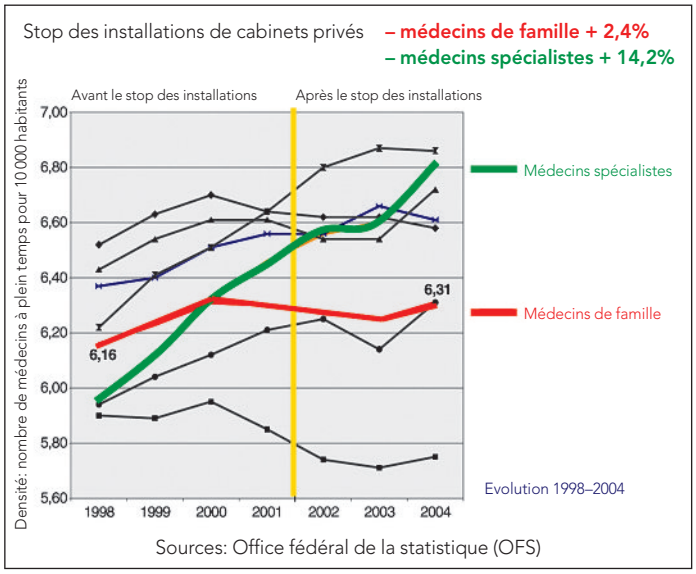

Figure 10
Effets du stop des installations.

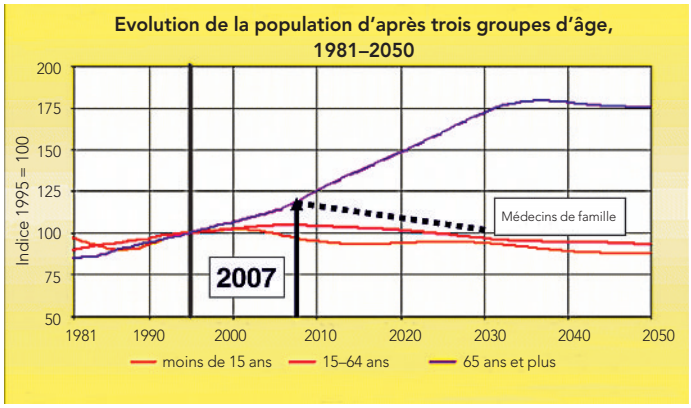

Figure 11
Evolution de la population.

Les médecins de famille sont-ils le ballon de jeu des politiciens de la santé?

OUI ET NON! Ces dernières années, les politiciens et les politiciennes ont beaucoup fait en faveur de la médecine de famille, tout particulièrement à Bâle-Ville, et ils se sont fortement engagés pour soutenir les médecins de famille. Je tiens à leur exprimer à cette occasion mes plus sincères remerciements. Mais est-ce que cela sera suffisant? Je vous ai montré que les mesures actuelles ne nous permettront pas de pallier le manque de médecins de famille. Le soutien est encore toujours trop timide et ne suffit de loin pas dans les questions cruciales de la formation continue appliquée, de l'organisation du service de la garde, de l'encouragement à l'établissement de cabinets de groupe comprenant des infrastructures et des instruments de travail appropriés et de l'amélioration de la situation économique des médecins de famille.

Perspectives

Nous devons formuler, montrer et présenter publiquement pour le ou la future spécialiste en médecine de famille une nouvelle image de la profession, à la fois claire et conforme à l'évolution des mentalités dans ce domaine. L'enjeu est ni plus ni moins de renforcer l'attrait de la médecine de famille. Le futur médecin de famille sera le plus souvent une femme: une **praticienne** de médecine de famille ouverte, flexible et sûre d'elle: au bénéfice d'une excellente formation et d'une formation postgraduée impliquant un tuteur, principalement dans le cadre d'un assistanat dans un cabinet dans le domaine ambulatoire, intégrée dans l'équipe d'un cabinet de groupe et habituée à travailler en réseau. Elle cherchera à concilier vie professionnelle et familiale grâce à un travail à temps partiel avec un horaire réglé et ses compétences seront moins limitées qu'elles ne le sont aujourd'hui. Elle travaillera dans un team d'infirmières soignantes et d'autres professionnels de soins. Elle pourra

assumer les services de garde dans le cadre de nouveaux modèles beaucoup moins stressants, en collaboration avec les hôpitaux. Elle pourra travailler sur une base économiquement sûre, parce que les politiciens de la santé favoriseront l'accès à la médecine de famille, ne la confronteront pas avec un stop des installations et n'auront pas levé l'obligation de contracter pour les médecins de famille. D'autres carrières lui seront ouvertes. Et finalement, elle restera en contact étroit avec l'université et participera volontiers, dans son cabinet, à l'enseignement et à une recherche clinique orientée vers le patient.
Enfin, last but not least, elle en sera convaincue: «General Practice is probably the best job in the world!». Et je ne voudrais pas terminer sans ajouter que les hommes seront bien entendu pleinement partie prenante dans cette mutation!
Permettez-moi de clore la description de cette vision d'avenir par une citation d'Antoine de Saint-Exupéry:

> Créer le navire,
> ce n'est point tisser les toiles,
> forger les clous, lire les astres,
> mais bien donner le goût de la mer.[1]

1 Saint-Exupéry A. Citadelle. Paris: Gallimard;1948. chap. LXXV.

En septembre 2009 aura lieu pour la première fois en Suisse, plus précisément à Bâle, le congrès européen des médecins de famille, la Wonca Europe 2009. Nous attendons plus de 4000 médecins de famille de Suisse et d'ailleurs. C'est une très grande chance qui s'offre à nous de montrer au public et à l'Europe que la médecine de famille n'est pas seulement florissante dans les cabinets de Suisse, mais qu'elle est en passe d'acquérir aussi ses lettres de noblesse dans l'enseignement et la recherche! Je m'en réjouis tout particulièrement – surtout des présentations des projets de recherche de Suisse et du très grand nombre de participants et de participantes suisses!

Références

1 Etude Workforce IHAMB 2005 BS und BL, Hausärztliche Versorgungssituation 2005 in Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Leçon inaugurale de Pascal Suda à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle (IHAMB).
2 Auswirkungen des Einzeltutoriates auf das Berufsziel angehender Ärzte. Leçon inaugurale de T. Hoffmann à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle (IHAMB), 2009.
3 Wie lässt sich die Attraktivität des Berufsbildes «Hausarzt/ärztin» steigern? Eine qualitative Analyse. Leçon inaugurale de S. Isik à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle (IHAMB), 2009.
4 Zukunftsvorstellungen von Medizinstudierenden und dem Hausarztberuf auf der Spur. Leçon inaugurale de P.C. Zimmermann à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle (IHAMB), 2009.
5 Hausarzt – ein Traumberuf? Leçon inaugurale de A. Dikkes à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle (IHAMB), 2009.
6 Wallack EM, Bingle GJ. Cardiopulmonary resuscitation on television. N Engl J Med. 1996;335(21):1606.
7 Halter U, Tschudi P, Bally K, Isler R. Berufsziel von Medizinstudierenden. PrimaryCare. 2005;5(20):468–72.

Pr Peter Tschudi
Spécialiste en médecine générale FMH
Directeur de l'Institut de médecine de famille IHAMB
Université de Bâle, Petersgraben 4, 4031 Bâle
Peter.Tschudi@unibas.ch