

Peter Tschudi, Vorsteher Institut für Hausarztmedizin Universität Basel

Thomas Rosemann, Institutsdirektor Institut für Hausarztmedizin Universität Zürich

L'avenir de la médecine de famille!

Où trouver la relève? Comment motiver les jeunes médecins à choisir la «médecine de famille» comme but de formation?

Introduction

1. Le premier impératif est d'expliquer et de montrer à tous ce qu'est un médecin de famille.
2. Diverses analyses des besoins ont été faites et il est clairement apparu que nous manquons cruellement de médecins de famille qualifiés!
3. Les activités propres à notre spécialité doivent se refléter dans une formation postgraduée bien structurée et de haute qualité. Prenons l'exemple du pilote d'aviation, une profession de rêve pour beaucoup: le métier est attractif et jouit d'un prestige certain. Le chemin pour devenir pilote est long, cher et semé d'embûches, ce qui n'empêche pas les candidats d'affluer. Les compagnies d'aviation n'ont aucun problème de relève sur ce plan puisqu'il y a pléthore de pilotes à l'inverse de ce qui se passe chez les médecins de famille.

Il faut donc que le chemin vers la profession de «pilote» du système de santé soit lui aussi attrayant, bien structuré et clairement défini!

Alors qu'est-ce que cela signifie concrètement et comment transposer ceci sur la profession de «médecin de famille»? Il ne manque pas seulement aux médecins de famille l'image d'une profession séduisante! La situation actuelle avec trois titres de formation postgraduée différents, à savoir «Médecine générale FMH», «Médecine interne générale FMH» et «Médecin praticien», avec les différentes voies de formation qui y mènent, est absolument insatisfaisante, inefficace et totalement dépassée.

Notre objectif doit par conséquent être la constitution d'un seul titre de spécialiste fédéral pour le médecin de famille de demain. Peu importe la dénomination. Mais quelles peuvent bien être les chances d'un grand écart «médecin de famille» et «interniste hospitalier» ...?

L'important est certainement de parvenir à une distinction claire entre le «médecin de famille» et l'«interniste hospitalier». S'y ajoutera un critère de type «label de gestion de cabinet» pour les cabinets de médecine de famille certifiés, en tant que garantie de qualité et condition pour pouvoir facturer les prestations aux assurances. Ces critères doivent pouvoir être remplis dans le cadre de la formation postgraduée sur 5 ans, mais doivent aussi pouvoir être acquis après coup. Le laboratoire, la radiologie, l'échographie, les urgences médicales, la gestion du cabinet, etc. doivent faire partie intégrante de la formation postgraduée. Un tel titre unique, éventuellement scindé en deux voies, «médecine de famille» ou «interniste hospitalier», nous permettra d'atteindre au moins deux objectifs prioritaires:

1. permettre l'établissement de plans de carrière, sans porter atteinte à la liberté de pratique
2. favoriser la perméabilité des voies de formation postgraduée, par exemple par l'intermédiaire de modules de formation.

Le cursus de formation pour la spécialisation en médecine de famille ou en médecine interne générale ne se terminera alors plus

en cul-de-sac. Une formation postgraduée de qualité et bien structurée fera retrouver à la profession du «médecin de famille» son attrait et la clarté nécessaire pour intéresser la relève. La même remarque vaut pour l'interniste hospitalier. Cela permettra en outre d'ouvrir la voie à des carrières académiques en médecine de famille (enseignement et recherche).

Etudes réalisées sur les objectifs de formation professionnelle

L'Institut de médecine de famille de Bâle mène chaque année depuis 2002 des enquêtes auprès des étudiants de 1^{re} à 6^e année. Durant l'année académique 2006/2007, nous avons posé aux étudiants la question suivante: «Quelles sont les 5 mesures principales susceptibles de décider un maximum de jeunes médecins à embrasser la spécialité de médecin de famille?»

Les réponses ont été (n = 462):

1. une bonne intégration universitaire de la médecine de famille pendant les études et la promotion de la formation postgraduée avec des sites de formation de qualité dans le domaine de la médecine de famille;
2. une meilleure rémunération;
3. une diminution du nombre d'heures de travail;
4. la promotion des cabinets de groupe;
5. la possibilité de travailler à temps partiel.

Nos enquêtes font clairement ressortir chez les étudiants et étudiantes le souhait d'une formation postgraduée répondant aux véritables besoins de la médecine de famille du futur.

Qu'attend la population suisse de ses médecins de famille?

L'épidémiologie du cabinet de médecine de famille

Pour quelle raison le fait de connaître les données épidémiologiques est-il si important? Une bonne connaissance de son propre spectre de diagnostics permet de planifier les points importants à traiter durant la formation, la formation postgraduée et la formation continue et d'intégrer dans le programme d'enseignement et de formation du médecin de famille, pour ne citer qu'un exemple, les fondamentaux de la «petite» chirurgie et de la prise en charge des affections les plus fréquentes de l'appareil locomoteur.

Cabinet de médecine de famille en ville de Bâle (tab. 1)

Il n'est pas rare que les patients se présentent à la consultation avec plusieurs problèmes. Une analyse effectuée dans un cabinet de médecine de famille de Bâle-Ville (500 consultations initiales ou de contrôle consécutives en 2002) a donné les résultats suivants: seulement 173 des consultations, autrement dit une sur trois (34%), étaient motivées par un seul problème. Deux problèmes constituaient le motif de consultation dans 141 cas (28%). Dans 118 cas (28%), trois problèmes étaient à régler par patient et par consultation et dans une consultation sur 7 (14%), il y avait même 4 problèmes ou plus à traiter.

Une formation post-graduée de qualité et bien structurée fera retrouver à la profession du «médecin de famille» son attrait et la clarté nécessaire pour intéresser la relève.

Tableau 1

1112 problèmes abordés lors de 500 consultations.

	1 ^{er} problème (motif)	Autre problème	Total
Appareil locomoteur	67	43	110
Traumatologie, OP	61	12 = 2.0	73
Cardiovasculaire	59	153	212
Psychiatrie	59	137	196
Divers	45	64	109
Gastroentérologie	36	25	61
Pneumologie	36	12	48
Dermatologie	35	25	60
ORL	24	9	33
Neurologie	20	17	37
Endocrinologie	19	80	99
Urogénital	16	12	28
Pédiatrie	9	3	12
Gynécologie	6	13	19
Hématologie	6	4	10
Ophtalmologie	2	3	5
Total	500	612	1112

La plupart des motifs primaires de consultation concernaient l'appareil locomoteur avec 67 plaintes, suivis par les problèmes traumatologiques, les affections cardiovasculaires et les problèmes psychiques. Sous «Divers» ont été recensés 45 problèmes de toutes spécialités confondues.

612 problèmes ont été évoqués comme 2^e motif de consultation ou comme motif supplémentaire. On trouve au 1^{er} rang de cette colonne les problèmes cardiovasculaires, suivis des difficultés d'ordre psychique, de problèmes divers et des affections de l'appareil locomoteur.

Globalement, ce ne sont pas moins de 1112 problèmes qui ont été investigués, discutés et traités dans les combinaisons les plus variées dans le cadre de ces 500 consultations. Ils concernaient le plus souvent l'appareil cardiovasculaire, puis le psychisme et l'appareil locomoteur.

Projet FIRE du groupe de travail de la SSMG. Informatique et polymorbidité (tab. 2)

Depuis le 1^{er} janvier 2009, quelques collègues classent les consultations de médecine de famille selon l'ICPC-2. Plus de 100000 consultations et 120000 codes ICPC-2 concernant 25000 patients

Tableau 2

Nombre de problèmes traités par consultation.

Nombre de consultations	Nombre de problèmes par consultation	%
37767	1	59,5%
14681	2	23,1%
6538	3	10,3%
2740	4	4,3%
1046	5	1,6%
388	6	0,6%
340	>6	0,5%

distincts ont pu être saisis depuis lors. Une sélection des données du projet FIRE décrit le nombre de problèmes traités par consultation.

Données épidémiologiques de Suisse¹

Le tableau suivant (tab. 3) illustre la distribution des traitements effectués dans les cabinets de médecine ambulatoire au cours d'une année en fonction des domaines d'indication.

L'analyse épidémiologique limitée aux médecins généralistes, internistes et pédiatres a donné le classement suivant des 50 diagnostics les plus fréquents (tab. 4).

Tableau 3

Tous les traitements effectués durant l'année (juillet 1996 – juin 1997) dans les cabinets de médecine ambulatoire de Suisse en fonction des domaines d'indications: 71 312 800).

Complexes diagnostiques ICD

1. Examens particuliers	15,7%
2. Maladies cardiovasculaires	12,5%
3. Maladies du squelette, des muscles et du tissu conjonctif	11,5%
4. Maladies des organes respiratoires	9,2%
5. Maladies psychiatriques	9,2%
6. Maladies du système nerveux et des organes sensoriels	8%
7. Symptômes et affections mal déterminées	6%
8. Affections endocriniennes, maladies métaboliques et nutritionnelles, troubles du système immunitaire	4,7%
9. Traumatologie et intoxications	4,7%
10. Maladies de la peau et du tissu sous-cutané	4,3%
11. Maladies des organes de la digestion	4,2%
12. Maladies des voies urinaires et des organes génitaux	3,7%
13. Maladies infectieuses et parasitaires	2,9%
14. Tumeurs	2%
15. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,7%
16. Complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum	0,3%
17. Malformations congénitales	0,2%

Spectre des diagnostics observé à l'Unité des urgences médico-chirurgicales de l'Hôpital universitaire de Bâle²

Le but de cette étude était de décrire le spectre des diagnostics rencontrés dans le service des urgences médico-chirurgicales de l'Hôpital universitaire de Bâle. 1059 patients chirurgicaux (n = 621) et médicaux (n = 438) consécutifs de l'unité des urgences de l'Hôpital universitaire de Bâle ont été inclus et documentés, puis comparés d'une part à d'anciennes données de l'unité des urgences et d'autre part aux données recueillies dans un cabinet de médecine de famille (n = 500) (tab. 5 et 6).

La plupart des patients ont été reçus au service des urgences pluridisciplinaires de l'USB pour des problèmes touchant l'appareil locomoteur (32%), des problèmes traumatologiques (13%), des symptômes non-spécifiques (12%) et des problèmes gastro-entérologiques (9%). La plupart des patients ont également consulté leur médecin de famille pour des problèmes de l'appareil locomoteur (13%), autrement dit comme à l'unité des urgences. A l'inverse de l'unité des urgences, le médecin de famille est confronté aussi

¹ IMS Health GmbH, CH-6052 Hergiswil, 1997

² Dissertation de Daniel Ryser, IHAMB 2006

Tableau 4

Classement des 50 diagnostics les plus fréquents chez les médecins généralistes, internistes et pédiatres (période comprise entre le 1^{er} avril 1996 et le 31 mars 1997, nombre total de cas maladie: 54 042 600).

Hypertension artérielle	Troubles du rythme cardiaque	Rhinopharyngite aiguë
Contrôle de l'évolution	Examen du nourrisson/de l'enfant	Maladies de l'urètre et des voies urinaires
Affections du dos	Gastro entérite/colite	Affections de l'oreille externe
Diabète sucré	Affection des parties molles	Symptômes de la tête/du cou
Cardiopathies	Troubles fonctionnels de l'appareil digestif	Psychoses affectives
Symptômes généraux	Otite moyenne	Maladies virales/chlamydias
Arthrose	Suivi d'un cas suspect	Gastrite/duodénite
Etats dépressifs	Eczéma, dermatite de contact	Maladies articulaires
Asthme	Affections de l'os/du cartilage	Maladies de l'œsophage
Grippe	Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	Troubles fonctionnels d'origine psychique
Tendinopathies périphériques	Obésité, troubles alimentaires	Alcoolisme
Bronchite	Symptômes abdominaux/pelviens	Contusions/distorsions
Névroses	Sinusite aiguë	Aggravation d'une maladie chronique des voies respiratoires
Examen général	Bronchite chronique	Cardiopathie hypertensive
Trouble du métabolisme des lipides	Rhinite allergique	
Symptômes des organes respiratoires/thoraciques	Amygdalite aiguë	
Vaccins combinés		
Insuffisance cardiaque		
Affections touchant la région cervicale		
Vaccinations contre des virus isolés		

fréquemment à des problèmes cardiovasculaires et psychosomatiques qu'à des cas de traumatologie (1%).

Les diagnostics les plus fréquents retenus à l'unité des urgences étaient, chez les patients *chirurgicaux*, des plaies contuses ou franches (7,3%), des contusions/distorsions au niveau du membre inférieur (5,9%) et des contusions au niveau de la tête/du tronc (3,5%) et, chez les patients *médicaux*, des accidents cardiaques ischémiques aigus (2,8%), des états d'épuisement, des vertiges, des syncopes (1,9%) et des broncho-pneumopathies obstructives (2,0%).

Au cabinet du médecin de famille, les problèmes le plus souvent évoqués concernaient l'appareil locomoteur, la traumatologie et le système cardiovasculaire.

Le spectre des diagnostics à l'unité des urgences est étendu, relativement stable et ne se distingue pas beaucoup de celui des cabinets médicaux! Ce spectre ressemble à celui des autres grandes unités d'urgences avec une prédominance relative, du point de vue de la fréquence, des problèmes de (petite) chirurgie. La distribution des diagnostics médicaux à l'unité des urgences n'a guère changé au cours des 10 dernières années, si ce n'est peut-être au niveau de l'insuffisance cardiaque. L'incidence de l'insuffisance cardiaque est toujours en forte augmentation et est perçue comme une nouvelle épidémie et comme un important problème de santé public dans l'avenir. Étonnamment, le diagnostic d'insuffisance cardiaque est plus rarement posé à l'unité des urgences qu'il y a 10 ans (amélioration du diagnostic au cabinet?).

Les médecins de famille actuellement en exercice sont-ils encore à mêmes de répondre aux attentes de la population suisse?

Etude Workforce, Suisse 2005

Le but de l'enquête «Workforce» de 2005 (taux de réponse 67%) était de réunir des données fiables sur la médecine de premier recours et de documenter la situation effective de la couverture as-

surée par les médecins de famille. «Workforce» reflète les habitudes de travail, les projets, la motivation et le temps consacré à l'exercice de leur profession des médecins de famille actuellement en exercice.

Nous avons envoyé le questionnaire «Workforce» à un échantillon représentatif de 2837 praticiens de premier recours: 1642 spécialistes en médecine générale FMH (58%), 864 spécialistes en médecine interne FMH (30%), 81 pédiatres FMP (3%) et 250 autres spécialistes FMH (9%). 1905 (67,1%) ont été retournés, dont 1780 étaient interprétables. 1475 (83%) hommes et 305 (17%) femmes ont répondu. La distribution selon les groupes de spécialistes était la suivante: médecine générale FMH 1154 (64,8%), médecine interne FMH 529 (29,7%), aucun ou autre titre FMH 65 (3,7%); pas d'indications 32 (1,8%).

On peut en tirer les conclusions suivantes des résultats de cette enquête:

Les spécialistes en médecine générale fournissent environ un tiers de services de garde de plus que leurs collègues internistes.

31,5% des médecins de famille porteurs du titre FMH de médecine générale et 12,1% des porteurs du titre FMH de médecine interne remplissent les critères d'un médecin de famille entièrement polyvalent. Si on inclut l'échographie, ce sont 10,8% des spécialistes FMH en médecine générale et 5,5% des internistes FMH.

La formation postgraduée en vue du titre FMH de médecine générale apporte des compétences plus larges et plus complètes dans l'optique d'une pratique de médecine de famille.

Etude Workforce à Bâle-Ville et Bâle-Campagne 2005

Nous avons envoyé le même questionnaire à l'ensemble des médecins de famille des cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne⁴. Le taux de réponse de 91,3% a permis d'obtenir des résultats très significatifs.

Il est évident que l'offre de prestations diffère d'un cabinet à l'autre. Il n'en reste pas moins que les équipements et les aptitudes mentionnés dans le tableau 6 sont indispensables pour assurer des soins d'urgence exhaustifs. Seuls 12–48% des médecins de famille en activité en 2005 dans nos deux demi-cantons remplissaient ces critères (tab. 8)!

Un cabinet de médecine de famille moderne et attrayant doit pouvoir continuer à disposer de l'appareillage ci-dessous pour pouvoir effectuer les investigations et les traitements de base les plus importants et donc rester attractif (tab. 9).

Là aussi, seuls 11% des praticiens de médecine de famille des deux cantons disposaient en 2005 de l'équipement nécessaire à l'accomplissement de leurs tâches.

Admettons un instant que l'activité d'un cabinet de médecine de famille *lege artis* comprenne, outre la médecine interne et la chirurgie, la gynécologie, la pédiatrie, les bandages durcissants, les traitements de plaies, la prise en charge des fractures, la radiologie, l'ECG, la spirométrie et le laboratoire (sans ultrasonographie). Il n'y aurait alors plus que 3–25% des médecins interrogés dans le cadre de cette enquête qui rempliraient ces conditions: ville (3%); agglomération (9%); campagne (25%).

Et ces chiffres sont encore plus consternants si on ajoute à cette offre de prestations l'échographie dont on ne pourra plus se passer dans le cabinet de médecine de famille de demain: ville (1%); agglomération (3%); campagne (9%).

Conclusions

Les données ci-dessus indiquent clairement que:

- la formation postgraduée en médecine de famille n'a pas per-

Tableau 8

Soins d'urgence en médecine de famille dans les cantons de BS et BL en 2005.

	Ville (n = 156–158)	Agglomération (n = 110–114)	Campagne (n = 78–80)
Radiologie	54%	75%	87%
ECG	94%	95%	99%
Laboratoire	95%	94%	100%
Traitement de plaies	68%	85%	91%
Fractures	20%	36%	55%
Bandages durcissants	23%	41%	62%
Tout ensemble	12%	25%	48%

Tableau 9

Équipement de médecine interne des médecins de famille de BS et BL en 2005.

	Ville (n = 157–158)	Agglomération (n = 111–114)	Campagne (n = 78–80)
Spirométrie	75%	75%	84%
Ultrasonographie	29%	23%	36%
Radiologie	54%	75%	87%
Ergométrie	31%	21%	23%
Les 4 appareils	11%	8%	11%

- l'offre de prestations actuelle ne correspond pas à celle attendue d'un cabinet de médecine de famille moderne et attrayant, capable d'assurer les soins d'urgence à la population. Et nous aimerions insister sur le fait que les soins d'urgence figurent parmi les compétences de base essentielles du médecin de famille!

En d'autres termes: la formation postgraduée actuelle en médecine de famille dans les domaines décrits ci-dessus ne répond pas aux besoins de la population!

Il manque aujourd'hui chez de nombreux médecins de famille l'offre complète (appareillage et aptitudes) qui devrait être disponible dans chaque cabinet de médecine de premier recours.

Une formation postgraduée en médecine de famille ciblée sur les besoins de la population est aujourd'hui simplement inexistante en Suisse et il est devenu urgent de la mettre sur pied dans les plus brefs délais pour la jeune génération des médecins de famille des années à venir!

Nous avons volontairement renoncé à discuter et à analyser dans cet article les compétences de base exigées de la part du médecin de famille:

- le suivi des patients sur le long terme, c'est-à-dire durant plusieurs décennies;
- l'accompagnement des patients chroniques atteints de polymorbidités auxquelles s'ajoutent des maladies aiguës intercurrentes;
- les missions de prévention toujours davantage intégrées aux activités du cabinet de médecine de famille;
- l'implication de l'entourage;
- les particularités d'un collectif de patients non-sélectionné.

Pourquoi cela? Tout simplement parce qu'il n'existait jusqu'ici pratiquement aucune possibilité de formation postgraduée dans ces domaines – et il n'y en aura malheureusement pas non plus en quantités suffisantes dans un futur proche! Ces aptitudes ne peuvent s'acquérir et s'enseigner qu'au sein d'un cabinet de médecine

de famille. C'est la raison pour laquelle il est absolument évident qu'un programme de formation postgraduée moderne et tourné vers l'avenir doit *obligatoirement* inclure une année d'assistantat au cabinet d'un médecin de famille!

Propositions concrètes pour un nouveau programme de formation postgraduée en médecine de famille

Le but doit par conséquent être la constitution d'un seul titre fédéral de spécialiste pour le médecin de famille de demain. Et allons-nous réussir le grand écart consistant à distinguer les «médecins de famille» et les «internistes hospitaliers»? Nous l'espérons vraiment! Ce qui va être décisif, c'est la répartition en deux voies de formation clairement définies, conduisant soit vers la profession de «médecin de famille», soit vers celle d'«interniste hospitalier».

Doit s'y ajouter un «label de gestion du cabinet» pour les cabinets certifiés de médecine de famille, en guise de critère de qualité, voire, pourquoi pas, comme condition au remboursement par les assurances.

Les points principaux de la matière enseignée doivent pouvoir être couverts dans le cadre de la période de formation postgraduée de 5 ans. Le laboratoire, la radiologie, l'échographie, l'ergométrie, les soins d'urgence, la gestion du cabinet, etc. doivent faire partie intégrante du programme de formation de la spécialité. Ceci doit être la règle à l'avenir! Il devrait en outre être aussi possible d'acquérir ces aptitudes après coup.

Un nouveau curriculum, moderne et adapté aux besoins de la population et aux aspirations de la future génération de médecins de famille doit être structuré de la manière suivante:

- La médecine interne et la chirurgie/orthopédie/traumatologie constituent incontestablement l'ossature de base avec la médecine d'urgence.
- Les sites de formation postgraduée doivent être en mesure de répondre aux besoins particuliers et à l'épidémiologie spécifique de la médecine de premier recours.
 - L'assistantat au cabinet d'un an est un «must» (pas de formule putative ou conditionnelle). Les raisons ont été abondamment expliquées ci-dessus. Rien ne changera tant que ce stage restera «facultatif».
 - La même remarque vaut pour les sites de formation postgraduée dans les «petites branches» (ORL, dermatologie, etc.) et les disciplines spéciales, qui doivent également figurer obligatoirement dans le programme de formation avec une durée minimale de 3–6 mois. Là aussi: tant que ces postes n'auront pas été requis explicitement et ancrés dans le programme de formation postgraduée, ils ne seront pas mis à disposition des futurs médecins de famille en nombre suffisant.

- Il faut une perméabilité entre les deux voies médecin de famille interniste hospitalier (modules).
- Des opportunités de carrière (enseignement et recherche) doivent être créées dans le domaine de la médecine de famille.
- Il faut également réfléchir si un programme de formation postgraduée en médecine de famille de cette qualité ne pourrait pas aussi avoir un caractère *obligatoire* pour les médecins-assistants?

Alors osons donc une démarche vraiment visionnaire en faveur de la médecine de premier recours et pour l'avenir des médecins de famille!