

MEDECINE DE CAMPAGNE :

IMMERSION EN COMMUNAUTE DANS LE JURA

2009



Amandine Berner
Anne Fichtenthal
Viviane Donner

SOMMAIRE

- INTRODUCTION
- PARTIE A : Aspects historiques et évolution de la médecine de campagne
 1. Introduction
 2. A propos du médecin de campagne
 3. Médecin des villes, officiers de santé des champs, charlatans
 4. Etudes médicales
 5. Fonctions endossées
 6. Revenu
 7. Conclusion
- PARTIE B : Etat des lieux de la médecine de premiers recours et aspects politiques
 1. Introduction
 2. Démographie médicale : vers une pénurie
 3. Les causes de pénuries en médecine de premier recours
 - 3.1. Féminisation de la profession
 - 3.2. Attractivité de la médecine de premier recours
 - 3.3. Formation inadéquate : la relève fait défaut
 - 3.4. Mesures politiques inadéquates
 4. Solutions à envisager pour éviter la pénurie
- PARTIE C : Système de santé à la campagne: l'exemple de Tramelan
 1. Introduction
 2. Les acteurs du réseau de santé
 3. Cahier des charges du médecin généraliste
 - 3.1. Semaine type
 - 3.2. Tâches particulières
 4. Analyse
 5. Projet de centre de santé
- PARTIE D: Film documentaire «médecine de campagne»
- PARTIE E : Stage en cabinet : trois regards différents
 1. vision personnelle de la médecine de campagne
 2. Le médecin de campagne, un héros ?
 3. De ta mallette en cuir à ma blouse blanche
- CONCLUSION

- ANNEXES :
 1. Annexe 1 : *La densité médicale influe-t-elle sur les coûts ?*
 2. Annexe 2 : *Le généraliste ne doit pas devenir un trieurl*
 3. Annexe 3 : *Le médecin de premier recours condamné ?*
 4. Annexe 4 : *Initiative populaire «OUI à la médecine de famille»*
 5. Annexe 5 : *Tramelan refuse de tomber malade*

- BIBLIOGRAPHIE

Introduction

A l'heure des grèves des médecins de famille et des polémiques concernant l'explosion des coûts de la santé, notre stage d'immersion se fonde dans le débat. A vrai dire, au-delà de ces aspects politiques et économiques, c'est notre désir de découvrir la réalité quotidienne du médecin de campagne, d'explorer l'accès aux soins de la population qui y réside et de participer pratiquement à la vie de cabinet, qui a motivé notre intérêt.

A partir d'une représentation propre à chacune et certainement de nombreux a priori, notre intérêt s'est porté sur des zones à faible densité médicale, dans l'espoir d'y être confrontées à une infrastructure médicale minimale et de pouvoir ainsi observer le médecin généraliste dans sa pleine autonomie. L'opportunité unique que nous offrait l'unité d'immersion en communauté de satisfaire notre curiosité, nous a conduites à contacter un généraliste des Franches Montagnes, le Dr. Anker, de Saignelégier. Il nous a d'emblée proposé de contacter deux de ses collègues, le Dr. Maître, exerçant également à Saignelégier et le Dr. Geering de Tramelan, prêts à nous accueillir pour un stage de trois semaines dans leur cabinet.

Notre rapport se propose de donner un aperçu de cette riche expérience. Alors que la première partie nous offre un panorama historique de la médecine de campagne, de quoi saisir d'où viennent certaines de nos représentations actuelles sur ce métier, la deuxième s'efforce de brosser un tableau succinct de l'état de la médecine de premier recours en Suisse romande. Elle s'intéresse notamment à la démographie médicale. Le problème de la pénurie est abordé dans le contexte politique actuel. La troisième partie nous plonge davantage dans la réalité de notre stage: elle vise à décrire le système de santé à la campagne, en se basant sur l'exemple de Tramelan. La description du travail du généraliste dans cette région y est entreprise. Un film tourné avec la collaboration des médecins illustre également notre expérience. La dernière partie, quant à elle, contraste avec les précédentes par son aspect beaucoup plus personnel. Elle est un condensé des impressions de chacune, expression et style libre y sont de rigueur pour décrire ce stage, non seulement comme analyse mais surtout comme une expérience humaine.

PARTIE A :

Aspects historiques et évolution de la médecine de campagne

1. Introduction

Il n'est pas question de retracer entièrement l'histoire de la médecine mais plutôt de se focaliser sur la pratique rurale de l'art d'Esculape. En effet, l'histoire de la médecine est avant tout celle des maladies et des découvertes scientifiques médicales, tandis que notre travail porte plutôt sur la figure du médecin de campagne et de son évolution. Ainsi, nous nous arrêterons notamment sur le statut du médecin par rapport aux autres «soignants», sur les mesures d'incitation de l'installation d'un cabinet en périphérie ou, encore, sur les différences entre pratique urbaine et pratique rurale de la médecine. Ces points nous ont paru intéressants à explorer et à mettre en résonance avec la situation actuelle. Notons, il fût tâche quasi impossible de récolter des documents historiques d'origine helvétique, ainsi la majeure partie de nos sources manuscrites se basent sur l'histoire française. De plus, il a été difficile de rassembler des références autres qu'autobiographiques ou romanesques (pensons au Médecin de campagne de Balzac ou au Récit d'un jeune médecin de Boulgakov)

2. A propos du médecin de campagne

«Des charlatans aux médecins», tel pourrait être résumée l'histoire de la médecine de campagne du XVIIIème siècle à nos jours. Si aujourd'hui, la majorité de la population mondiale vit dans des zones urbaines, il n'en a pas toujours été ainsi. Par exemple, la France de 1789 était paysanne à 85%. En terme de proportion, la médecine de campagne devait représenter la plus grande part de la médecine, mais il en était rien et il semble que les campagnes étaient livrées aux charlatans et autres rebouteux locaux. L'image du médecin de campagne alimente les représentations d'une mémoire collective qui l'imagine pauvre comme ses patients, débordé, limité par les ressources techniques, se déplaçant de village en village, soignant vieux et enfants. Il est donc intéressant de se pencher sur les différentes représentations attribuées à cette figure médicale.

Un point récurrent chez le médecin rural est son attachement à sa campagne. Le plus souvent, il exerce au sein même de ses terres natales, comprenant les paysans et parlant le même dialecte qu'eux. A ce titre, notons que la moitié des médecins que nous avons rencontrés durant notre stage sont natifs de la région où ils exercent leur activité médicale. D'après ce que nous ont relaté les médecins avec lesquels nous avons pu discuter, le fait d'être médecin dans le village dont on est originaire est à double tranchant. D'une part, le médecin est au courant de toutes les histoires familiales et comprend en profondeur ses patients. Mais d'autre part, il peut souffrir d'un manque de recul par rapport à ces mêmes patients. Pour l'anecdote, lors de notre stage, nous avons été étonnées du nombre de consultations où le tutoiement était de rigueur.

«Une expression revient, pour qualifier le praticien de campagne du temps jadis: pauvre et simple.» Non seulement il était pauvre et simple, mais en plus il n'était pas reconnu par ses pairs, médecins en ville. Une fois les portes de la ville franchies, la campagne

était un monde de pauvreté. En 1912, un jeune médecin décrit dans sa thèse, les conditions de travail du médecin de campagne, « *les conditions les plus défavorables se rencontrent certainement dans l'exercice de la médecine de campagne. Mauvaises conditions hygiéniques du malade, ignorance, mauvaise volonté, défiance et entêtement de l'entourage, surmenage du médecin, insuffisance de son outillage, difficultés pour l'amener auprès du malade, tout concourt à rendre ici notre tâche pénible, et peu probants les résultats de nos soins. Heureusement, ici, la résistance des sujets, leur endurcissement à la douleur, leur hygiène alimentaire, l'influence d'une atmosphère pure, sont une compensation à l'insuffisance thérapeutique*¹» En effet, le médecin de campagne était limité dans son exercice. Muni de son seul stéthoscope, il devait se débrouiller avec ses connaissances et travaillait bien souvent dans des conditions difficiles, au domicile des gens où la luminosité n'était pas optimale et l'hygiène contestable. Au sujet de la situation sanitaire des zones rurales en France, un député français du 19ème siècle dénonce: «*nous avons 24 millions de paysans payant l'impôt et faisant le service militaire auxquels nous ne donnons rien en échange. Vous leur avez donné des chemins, des écoles ... mais où sont les crèches, les asiles, l'hospitalité de nuit, les dispensaires, les maternités, les secours d'allaitement dont vous avez doté les cités? Qui a soin d'eux? Qui a pitié d'eux dans les maladies aiguës, dans les épidémies? Où est le médecin? Où est l'argent?...*»

La densité de médecins variait beaucoup d'une région à une autre. Si la Provence comptait un médecin pour 1800 habitants, cette proportion dégringolait à un médecin pour 5000 habitants en Bretagne. Cette disparité est également observable dans la Suisse actuelle. Les grandes agglomérations, telles que Genève ou Zurich, ne souffrent pas de la pénurie des généralistes. Les régions sub-urbaines, par contre, commencent à en pâtir. D'autre part, certaines zones périphériques se retrouvent dans des situations plus alarmantes que d'autres. Si les Franches-Montagnes comptent cinq médecins pour dix mille habitants -idéalement, il faudrait deux fois plus de médecins pour assurer un système médical optimal-, la grande vallée de l'Entremont (canton du Valais) ne compte plus que deux médecins pour 4500 habitants.

Face à la pénurie de médecins dans les zones rurales, il semble que déjà à cette époque, les journaux médicaux relayaient les appels de communes désespérées offrant des aides financières généreuses à tout médecin prêt à s'installer chez eux. Mais il a fallu attendre la Seconde Guerre mondiale pour que le système de santé en zone rurale se rapproche du niveau des villes. Actuellement, il n'existe pas de mesures incitatives pour pousser les jeunes praticiens à s'installer en périphérie. Néanmoins, face à la pénurie de médecins généralistes dans les zones reculées, la société suisse de médecine générale, en association avec les responsables politiques en matière de santé, réfléchissent à l'instauration de facilitations financières concernant l'ouverture de cabinet à la campagne. Le problème de la désertification des cabinets médicaux de périphérie

¹ *La médecine à la campagne, son outillage*, thèse pour le doctorat en médecine, Victor-Jules-Marie-Joseph-Isidore Ranvoizé, Université de Bordeaux, 1912

est toujours d'actualité. Un médecin installé depuis 25 ans à Tramelan, village dans le Jura bernois, a dû attendre 2 ans avant de trouver un médecin acceptant de le remplacer ne serait-ce que 2 mois, le temps pour lui de se faire opérer d'une arthrose de la hanche. Ce même médecin partira à la retraite d'ici un an ou deux et n'a toujours pas trouvé de repreneur pour son cabinet.

3. Médecin des villes, officier de santé des champs, charlatan : 3 conceptions de la médecine.

«A ces malades pauvres et simples, il faut un médecin pauvre et simple.»

Bonjean, 1848, conseiller d'Etat français

Face à la pénurie de médecins, le gouvernement mit en place en 1794 un diplôme d'officier de santé. Il s'agissait d'une formation accélérée, peu coûteuse dispensée dans de nombreuses provinces. Ainsi, les jeunes issus des zones rurales préféreraient suivre cette formation pratique aux dépens d'études universitaires longues, éprouvantes qui les auraient obligés à quitter leur campagne. Le monde rural était donc déserté par les médecins. A cette époque, on comptait 10'000 à 15'000 médecins pour soigner 80% de la population française. La périphérie était donc livrée aux officiers de santé et aux charlatans. Progressivement, le fossé entre ville et campagne se fit de plus en plus large: alors que les sciences médicales se développaient à grand pas dans la capitale parisienne et que le niveau des études médicales universitaires devenait pointu, les officiers de santé dans les zones rurales en étaient encore à réfuter les règles d'asepsie. Vers 1845, des voix s'élevèrent enfin pour dénoncer le chaos sanitaire des campagnes, livrées aux mains d'officiers de santé très limités dans leurs capacités diagnostiques et thérapeutiques. C'est seulement en 1892 que la formation d'officiers de santé fût supprimée.

Quant aux charlatans, ils profitaient du fait que les moyens thérapeutiques (remèdes et médicaments) utilisés par les médecins de campagne étaient limités et faciles d'accès. Il existait pourtant, depuis le XVIème siècle, époque de l'extension des routes maritimes au Nouveau Monde, une pharmacopée importante mais rare et chère donc inabordable pour les simples médecins de campagne.

Même si les médecins possédaient les connaissances diagnostiques, ils étaient presque tout aussi impuissants devant les maladies graves que les rebouteux. De plus, lorsqu'un médecin échouait dans sa fonction de guérison, c'est la science tout entière qui était remise en cause. Tandis que lorsqu'un guérisseur occulte faillait à sa tâche, on invoquait «seulement» la fatalité.

4. Etudes médicales

Sous l'Ancien Régime et jusqu'au début du XIX^{ème} siècle, le niveau des études médicales était très disparate et dépendait des différentes facultés. Les connaissances acquises se bornaient à quelques notions d'anatomie, de physiologie et de philosophie. Toute la médecine s'expliquait par le biais de la théorie des humeurs dont le déséquilibre et l'altération, disait-on, étaient à l'origine de toutes les pathologies. A côté des médecins académiques, ayant reçu une formation universitaire de plusieurs années, il existait de courtes études dispensant le titre de «chirurgien». Ces derniers étaient vingt fois plus nombreux dans les zones rurales que leurs homologues «chirurgiens académiques». Ce n'est qu'en 1803 que la France édicta une loi stipulant que: «nul ne peut exercer l'art de guérir s'il n'est titulaire du diplôme de docteur en médecine délivré par l'Etat français». A quelques détails près, cette loi régit encore la profession médicale.

Aperçu des découvertes médicales du XIX^{ème} siècle

Médicaments

1. 1806 morphine
2. 1853 aspirine
3. 1867 trinitrine
4. 1879 digitaline
5. 1884 cocaïne en anesthésie locale
6. 1894 sérum antidiphthérique
7. 1902 barbituriques

Découvertes de techniques médicales

Au début du XVIII^{ème} siècle, Carret, un politique, a déclaré: *«les habitants des campagnes ayant des moeurs plus pures que celles des habitants des villes ont des maladies plus simples qui exigent par cette raison moins d'instruction et moins d'apprêts. D'ailleurs lorsque des hommes ont fait de grands sacrifices pour leur éducation et qu'ils ont acquis une connaissance profonde de la médecine, il serait injuste et difficile de les obliger à enfouir leurs talents dans les campagnes.»* Cette discrimination ville-campagne était extrêmement forte et un médecin de campagne avait, aux yeux du statut social, moins de valeur que le médecin de la ville. Ce distinguo tient certainement à la différence de patientèle; d'un côté les pauvres paysans ou artisans et de rares bourgeois retirés dans leurs résidences secondaires, et de l'autre, les artisans certes, mais aussi les petits bourgeois, les aristocrates ou les nobles vivant en ville. Aujourd'hui, la situation est toute autre et les médecins, qu'ils soient installés en périphérie ou en ville sont parfaitement égaux. Une discrimination persiste cependant quant à l'opposition du généraliste face au spécialiste. Beaucoup de profanes croient encore qu'un généraliste est une sorte de «sous-médecin», ayant effectué moins d'années de formation. Si cette idée est encore répandue au sein de la population, la médecine générale est bel et bien reconnue en tant que telle, même si des efforts doivent encore être menés pour redorer le blason de cette spécialité à part entière.

A l'époque, un grand nombre de praticiens ruraux étaient abonnés à des journaux médicaux, preuve qu'ils étaient conscients de leur isolement intellectuel et y palliaient. Il ne faut pas oublier que le médecin de campagne se devait d'avoir des connaissances

dans tous les domaines: gynécologie-obstétrique (accouchement notamment), dermatologie, petite chirurgie (kystes, sutures) ou encore pédiatrie et infectiologie. A ce propos, le Dr Ranvoizé écrit cette très belle phrase : *«le médecin de campagne sera donc spécialiste universel encore bien longtemps.»*

5. Fonctions endossées

Comme cité ci-dessus, le praticien de campagne exerçait une médecine très diversifiée. En voici quelques exemples. Le plus souvent c'était le médecin qui se déplaçait au domicile du patient. Les progrès de l'hygiène au sein de la population améliorèrent significativement le niveau de santé des habitants, beaucoup plus que les découvertes médicales majeures telles que l'appendicectomie ou le sérum antidiphtérique. Les sages-femmes faisaient appel au médecin dans les cas d'accouchement compliqué et il n'était pas rare qu'il doive effectuer une césarienne chez la parturiente. A côté de ces exercices périlleux, le médecin prenait soin des «petits bobos» du quotidien: angine, goutte, rhumatisme des paysans ou encore sutures de petites plaies. Une part importante de sa fonction était également dédiée à l'accompagnement des personnes en fin de vie. Jusqu'au milieu du XXème siècle, et même encore maintenant, la majorité des personnes malades et des personnes âgées mourraient à la maison. Lors des grandes épidémies qui ont sévi -peste, diphtérie, choléra par exemple- le médecin de campagne était au premier plan dans l'organisation de leur prise en charge. Le médecin rural cumulait bien souvent les fonctions de médecin et de pharmacien, dans les zones trop peu peuplées pour assurer la subsistance d'une pharmacie. La vente de remède pouvait représenter jusqu'à 50% du revenu du praticien.

Le praticien exerçant dans des zones isolées était, le plus souvent, le seul représentant médical à des dizaines de kilomètres alentours. Il devait donc être capable de prendre en charge toute sorte de pathologies, les médecins spécialistes étant rares et concentrés dans les villes. Ainsi, en plus des urgences, le médecin rural prenait en charge les insuffisances cardiaques, les bronchites chroniques ou encore le diabète. Dans sa thèse, le Dr, Ranvoizé explique:« nous ne pouvons envoyer notre client chez un spécialiste: le dit spécialiste réside très loin souvent, et, d'ailleurs, il faut remarquer que si la clientèle citadine va d'instinct presque, chez le médecin spécialiste de son affection, le campagnard n'admet pas facilement que son médecin ne sache pas tout son métier, et qu'il faille un nouveau docteur pour chaque partie endommagée de son individu.» Cette distinction entre spécialiste et généraliste est toujours d'actualité et ce, d'autant plus si ledit médecin généraliste est installé en périphérie. En effet, installé à la campagne, loin des spécialistes, le médecin hésitera à expédier ses patients consulter à des dizaines de kilomètres, préférant demander un avis téléphonique à l'un de ses confrères spécialisés. Au regard de notre expérience du CMA² et du stage IMC dans le Jura, nous avons pu constater, de manière subjective certes, que les médecins généralistes dans le Jura

² Stage de compétences en médecine ambulatoire effectué lors de la deuxième année d'étude à la Faculté de Médecine de Genève.

adressent moins vite leur patient chez le spécialiste. De plus, les citoyens se rendent volontiers chez le dermatologue ou l'ORL sans passer par la case généraliste.

6. Revenu

La situation matérielle et financière du médecin de campagne a toujours été très modeste. Jusqu'à la fin du Second Empire, son salaire équivalait au salaire d'un ouvrier moyen. La différence de revenu entre praticien des villes et praticien de campagne était flagrante. Pour permettre une comparaison juste, voici quelques repères économiques de l'époque. En 1850, le salaire d'un ouvrier était de 2 ou 3 francs par jour de travail, celui d'un artisan était de 5 à 10 francs. A la campagne, le valet et la servante recevaient respectivement 350 et 150 francs par année. Un repas coûtait 0.30 franc, un pain 0.15 le kilo, la viande 1.50 frs et une paire de chaussure se payait environ 5 francs. La visite à domicile de l'officier de santé coûtait entre 0.50 et 1 franc, celle du docteur en médecine, 2 à 5 francs, auxquels il faut ajouter entre 1.0 et 1.5 francs par lieue parcourue si le patient se trouvait dans une zone reculée. En ville, la visite du médecin coûtait le salaire d'une journée de travail. A la campagne, dans les zones isolées, une consultation du médecin se payait avec le salaire de toute une semaine. Quant aux médicaments, ils étaient bien souvent inabordables pour les simples habitants des campagnes; encore pouvaient-ils s'offrir quelques remèdes par les plantes locales. Le troc régnait en tant que moyen de commerce et les médecins n'y échappaient pas. Ainsi en échange d'une consultation, le docteur pouvait recevoir, par exemple, de la viande ou du bois. D'après les informations de l'époque, il est estimé que 20% des consultations restaient impayées, la loi sur l'Assistance médicale ne datant que de 1893.

7. Conclusion

«Le médecin du XVII^e siècle pouvait se contenter de parler latin au chevet de son malade, aujourd'hui, le plus humble praticien de campagne doit disposer des ressources de l'art médical moderne.»

Victor-Jules-Marie-Joseph-Isidore Ranvoizé

Au fil des documents historiques, des récits ou encore des films, nous avons pu constater que l'image populaire du médecin de campagne modeste, dévoué mais limité dans ses ressources s'est confirmée. L'archétype du médecin disponible 24 heures sur 24, sillonnant les routes de sa campagne à la rencontre de ses patients, qu'ils soient jeunes ou vieux, est récurrente. L'évolution du statut et de la fonction de ce dernier correspond au progrès de la médecine – vaccins, médicaments, chirurgies et règles d'asepsies- mais également à la meilleure communication entre campagne et ville. L'amélioration des routes et des transports, réduisant la distance entre les zones

reculées et les grands centres médicaux, situés dans les villes ont grandement participé à l'alignement de la qualité des soins en campagne par rapport aux zones urbaines. L'apparition de ressources matérielles et le respect des règles d'hygiène ont permis au médecin de campagne d'exercer son art dans de meilleures conditions.

Aujourd'hui, les médecins installés en périphérie ne sont plus considérés comme des «sous-médecins», au contraire, leurs qualités dans des domaines aussi divers que la petite chirurgie, la radiologie ou encore la pédiatrie attestent de leur excellent niveau d'étude et de leur amour du métier. Reste cependant le problème de la pénurie des médecins généralistes dans des zones reculées, qui semble être une problématique vieille de plusieurs siècles. Finalement, cette image du médecin de campagne dévoué et à l'écoute de ses patients, qui peut dans la même journée mettre un enfant au monde, soigner un bras cassé puis rendre visite à une personne en fin de vie, sont autant de raisons qui nous ont poussées à effectuer un stage de «médecine de campagne» afin de comprendre de l'intérieur ce que signifie être généraliste en 2009.

PARTIE B:

Etat des lieux de la médecine de premier recours et aspects politiques

1. Introduction

Les paragraphes qui suivent visent à brosser un tableau de l'état général de la médecine de premier recours³ en Suisse romande. Vers quelle démographie médicale évoluons-nous et pourquoi ?

2. Démographie médicale : vers une pénurie

Les avis divergent concernant la démographie médicale : selon le point de vue de Santésuisse⁴ la couverture médicale n'est pas en péril, au contraire, le nombre de prestataires de santé ne cesse d'augmenter, participant à la croissance des coûts de la santé⁵. Ce point de vue a été longtemps soutenu par le milieu politique avec le gel des autorisations de pratiquer (voir plus loin). L'autre point de vue se situe aux antipodes, tirant la sonnette d'alarme en prévision de la pénurie à venir des médecins de premiers recours. Pour 91,8 % des médecins, de la campagne ou de la ville, la démographie évolue vers une pénurie inquiétante. Qu'en est-il réellement ?

Les études estiment idéale une répartition d'un médecin de premier recours pour mille habitants, ainsi que d'un spécialiste par généraliste. Selon L'OFSP, on note une tendance à l'augmentation des prestataires de santé tant chez les médecins de premiers recours (généralistes, internistes généralistes, pédiatres sans sous spécialité avec une augmentation modeste de 2.1 %) que chez les spécialistes où elle est considérable (11.5%). A tel point qu'on compte actuellement un médecin de famille pour 5 spécialistes.

Tableau 1⁶.

Tableau 3. On remarque que la densité de médecins de 1^{er} recours est plus forte en ville (1/800 hab.) qu'à la campagne (1/1500 hab.) La densité de spécialistes est particulièrement élevée en ville et à Genève en particulier (1/400 hab.), alors que dans les cantons peu urbains (p. ex. Fribourg) elle tombe à 1/1600 habitants. Le ratio idéal serait d'environ un spécialiste pour un médecin de 1^{er} recours.

Densité médicale

canton	habitants	méd. pratique privée	% de femmes	densité hab./méd.privé	médecins de 1 ^{er} recours	densité hab./méd.1 ^{er} rec.	spécialistes	densité hab./spécialiste	rapport spéc./ med.1 ^{er} rec.
Vaud	643 804	1513	26,4	426	721	883	792	813	1,10
Genève	421 536	1404	31,2	300	439	960	965	437	2,19
Fribourg	243 637	354	21,1	688	194	1255	160	1522	0,82
Neuchâtel	167 827	341	23,7	492	167	1004	174	964	1,04
Jura	67 636	101	15,8	670	63	1073	38	1779	0,60
Valais	278 536	462	17,0	603	226	1232	236	1180	1,04
Total	1 822 976	4175	26,1	437	1810	1007	2365	771	1,31

³ Médecine de premier recours, MPR dans le texte

⁴ Association faïtière des assureurs maladie

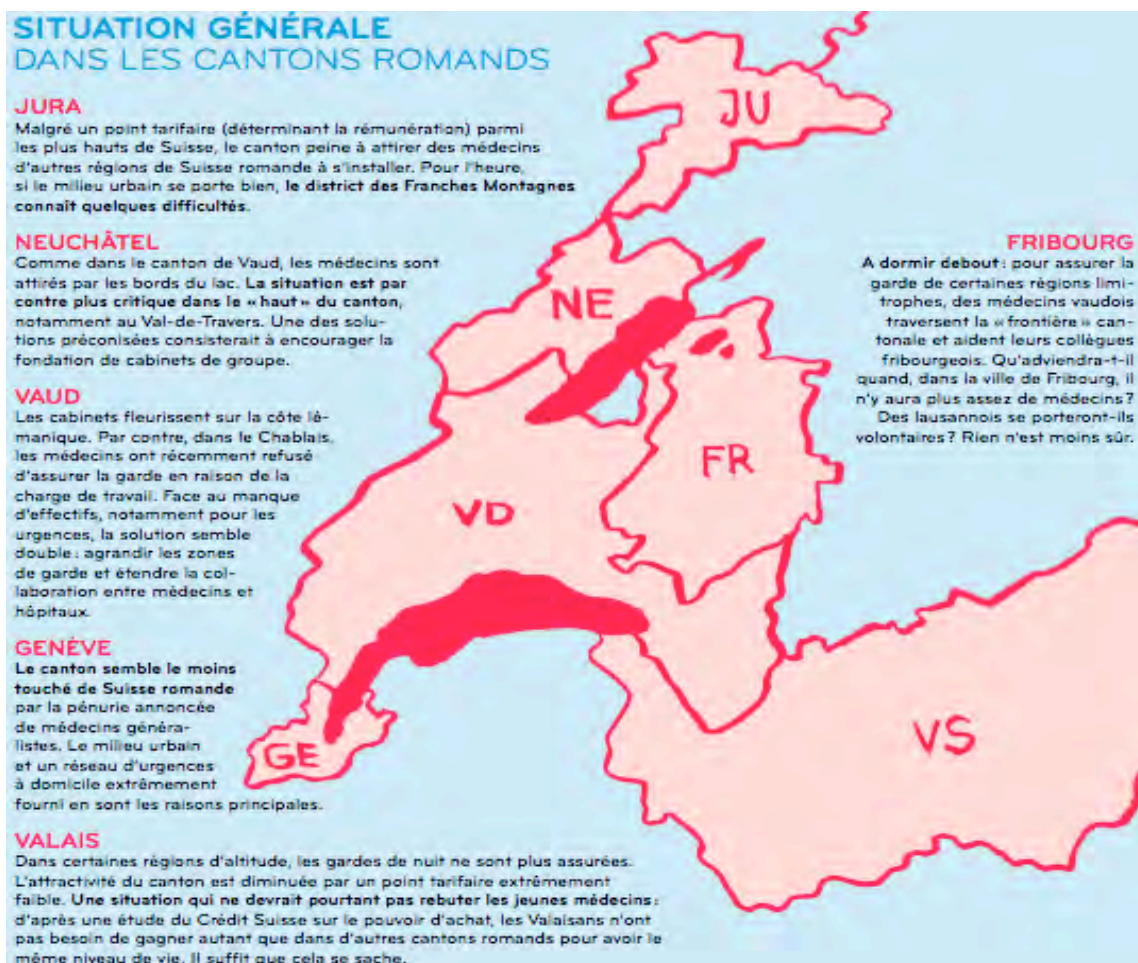
⁵ Voir annexe 1 : *La densité médicale influe-t-elle sur les coûts? Une étude en accédite la thèse*, Le Temps, 15 mai 2009

⁶ Tableau 1, tiré de : *Médecins de premiers recours : pénurie ou pléthore ?*, Michel Monnier, PrimaryCare 2004 ; 4 : Nr.40

En 2004, une étude dénombrait 1800 médecins de premier recours en Suisse romande pour 1'800'000 habitants, une proportion considérée comme satisfaisante mais qui masque la réalité d'une répartition géographique déséquilibrée entre ville et campagne. Ce facteur s'ajoute au déséquilibre croissant entre médecins de premier recours et spécialistes, accentué par les dispositions politiques sur l'ouverture de nouveaux cabinets et contribue à l'augmentation des coûts de la santé, notamment par l'accroissement de consultations des spécialistes en première intention.

Même si de façon générale la situation de la couverture médicale de base n'est pas catastrophique à l'heure actuelle, celle-ci, comme nous le verrons, ne se maintiendra certainement pas si des mesures concrètes ne sont pas envisagées au plus vite. Les régions périphériques sont aujourd'hui les plus menacées (figure 1). En effet, toujours plus de praticiens travaillant en cabinet comme indépendants se plaignent de ne plus trouver de repreneurs. On estime que 60 nouveaux médecins de premiers recours par an sont nécessaires à assurer la relève suisse, or, actuellement, on en dénombre seulement une vingtaine par année. Quels facteurs contribuent à défavoriser cette relève ?

Figure 1⁷



⁷ Figure 1, tirée de : *Médecins généralistes: chronique et dangers d'une pénurie annoncée*, Planète Santé, février 2009, Nr.2

3. Les causes de la pénurie de médecins de premier recours

Parmi les diverses hypothèses susceptibles d'expliquer cette évolution défavorable, nous retiendrons les suivantes :

- Féminisation de la profession
- Faible attractivité de la MPR par rapport à une spécialisation, faible attrait de la campagne
- Enseignement inadéquat
- Mesures politiques inadéquates
- Augmentation des besoins de la population (vieillesse, croissance démographique)



3.1. Féminisation de la profession

Le nombre de femmes médecins est en augmentation. Les sondages et les études montrent que les femmes ont tendance à :

- S'orienter vers une spécialité qui leur permette d'exercer à temps partiel et de diminuer les gardes
- Préférer s'installer en ville qu'à la campagne
- Voir moins de patients par semaine (accordent plus de temps par patient) par rapport à leurs collègues masculins
- Chercher à travailler en cabinet de groupe

La féminisation de la profession pourrait contribuer à accentuer la pénurie de médecins de premier recours dans les années à venir, et ceci particulièrement en campagne, compte tenu que cette activité professionnelle est réputée difficilement conciliable avec un travail à temps partiel et que les gardes demeurent une charge de travail non négligeable. De plus, les cabinets de groupe se développant préférentiellement en ville, cet état pourrait participer au déséquilibre de la répartition des médecins de premier recours entre ville et campagne⁸.

3.2. Attractivité de la médecine de premier recours

L'argument souvent avancé pour souligner la faible attractivité de la médecine de premier recours est que l'installation comme généraliste mène à la faillite. Cette idée est accentuée par les débats récents au sujet des laboratoires de cabinets privés qui témoignent d'une volonté politique à générer des économies même aux dépens de la médecine de famille. Qu'en est-il réellement du revenu des MPR par rapport aux

⁸ Voir notre paragraphe sur le développement d'un cabinet de groupe à Tramelan.

spécialistes ? Le tableau 2, tiré du BMS⁹, présente les revenus relatifs aux diverses spécialités, il en ressort une large inhomogénéité. L'entrée en vigueur du TarMed n'a pas eu l'effet escompté, c'est à dire la revalorisation du travail du généraliste vis à vis du spécialiste. Les discussions ne sont néanmoins pas terminées. Le Conseil Fédéral souhaiterait en effet obtenir la compétence de modifier la valeur du point TarMed en fonction de l'augmentation des coûts de la santé ou de moduler sa valeur suivant les régions en question. Par exemple, revaloriser le point TarMed dans les zones périphériques pourrait palier à la pénurie prévue¹⁰.

Définition du Tarmed¹

TARMED est le nouveau tarif des prestations, valable pour toutes les prestations médicales ambulantes à l'hôpital et dans le cabinet médical.

Ce projet ambitieux a commencé avec la révision totale des tarifs médicaux (GRAT). Avec l'admission de la loi sur l'assurance-maladie par le peuple Suisse en 1994 il a pris une toute autre dimension. L'art.43, alinéa 5 de LAMal prévoit que les tarifs des prestations médicales dans le domaine de l'assurance maladie se basent sur une structure de tarifs conclue pour toute la Suisse. La révision totale des tarifs des prestations hospitalières a commencé en 1997. De la fusion de ces deux projets est né TARMED en 1999.

En 2002 le conseil fédéral a approuvé la structure des tarifs TARMED 1.1r. Les assureurs accidents, militaire et invalidité ont introduit le tarif dès le 1er mai 2003. Depuis le 1er janvier 2004 le TARMED est appliqué globalement.

⁹ Bulletin des Médecins Suisses

¹⁰ Pascal Couchepin veut équilibrer les salaires des médecins, LE TEMPS, 21 mars 2009

Tableau 2: revenus assujettis à l'AVS de tous les médecins indépendants de moins de 66 ans, exerçant en cabinet privé, d'après les spécialisations, valeur centrale 2004 et 2005.

Spécialisation	Nombre	2004	Indice	+/-	Nombre	2005	Indice
Anesthésie	328	247 000	138,8%	-12,9%	258	215 200	126,1%
Chirurgie	523	208 700	117,3%	-19,3%	461	168 500	98,7%
Dermatologie	240	191 000	107,4%	+9,3%	213	208 700	122,3%
Gynécologie	731	213 200	119,8%	-0,8%	665	211 500	123,9%
Médecine interne	2 255	190 500	107,1%	-1,2%	2 049	188 300	110,3%
Neurochirurgie	35	286 200	160,9%	+6,8%	32	305 700	179,1%
Neurologie	149	160 800	90,4%	-5,8%	135	151 500	88,8%
Ophthalmologie	427	276 300	155,3%	-1,6%	377	272 000	159,3%
Orthopédie	282	266 300	149,7%	-4,6%	240	254 100	148,9%
ORL	208	251 700	141,5%	-3,4%	185	243 100	142,4%
Pédiatrie	569	154 800	87,0%	-3,7%	515	149 100	87,3%
Médecine physique	164	192 200	108,0%	-4,9%	147	182 700	107,0%
Psychiatrie	1 489	126 000	70,8%	-2,0%	1 403	123 500	72,3%
Psychiatrie des enfants	216	117 800	66,2%	-7,9%	192	108 500	63,6%
Radiologie	155	295 200	165,9%	-8,4%	131	270 500	158,5%
Urologie	110	284 200	159,8%	-22,0%	101	221 600	129,8%
Médecine générale	3 789	177 800	99,9%	+1,8%	3 441	181 000	106,0%
Spécialisations	7 893	177 900	100,0%	-4,0%	7 114	170 700	100,0%
Médecine générale	3 789	177 800	99,9%	+1,8%	3 441	181 000	106,0%
Tous	11 682	177 900	100,0%	-2,2%	10 555	173 900	100,0%

L'argument financier est de poids mais ne semble pas le seul à peser dans la balance. On reproche à la médecine de premier recours de n'être pas assez rigoureuse, pas assez technique, dépendante des spécialités et donc sans cesse dans la délégation. De plus, la faible reconnaissance liée au statut de généraliste, l'absence de possibilité de carrière académique, la quasi inexistence de programme de recherche en médecine de premier recours et de formation post graduée sont également fréquemment évoqués. Concernant la pénurie croissante en périphérie, la tendance à la centralisation, observée à toutes les échelles de la société, est aussi valable pour les médecins de premier recours. Les généralistes préfèrent s'installer en ville pour s'assurer ainsi qu'à leur famille l'accès aux commodités et à la vie sociale. La peur de la solitude et de la confrontation à l'incertitude dans les décisions thérapeutiques pourrait également jouer un rôle majeur dans cette tendance à désertifier la périphérie. Ces arguments expliqueraient pourquoi les futurs médecins de premier recours songent en majorité à s'installer en ville plutôt qu'à la campagne (53.5 % contre 43.6% et 2.8 % à la montagne).

Ces idées reçues contrastent fortement avec notre perception de l'activité professionnelle des médecins de premier recours lors de notre stage en cabinet médical.

3.3. Formation inadéquate : la relève fait défaut

Contrairement à notre opinion initiale, beaucoup d'étudiants songent à la médecine de premier recours durant leurs études de médecine. Selon un sondage réalisé parmi les étudiants de 5e et 6e année des facultés de Genève et Lausanne, 46.9% des étudiants de 5e année envisagent une formation de médecin de premier recours. Ce pourcentage tombe néanmoins à 37.5% en 6e, c'est-à-dire après les stages cliniques. Cette observation témoigne à quel point la formation universitaire et post graduée sont axées sur le milieu hospitalier ainsi que sur la carrière académique et ne parviennent pas à valoriser la médecine de premier recours.

De nombreuses initiatives visent à améliorer tant l'enseignement pré-gradué que post gradué. A citer: développement d'institut de médecine générale dans plusieurs universités de Suisse, la formation d'une chaire de médecine générale¹¹, le développement de groupe de recherche en médecine de premier recours, et du cursus romand de formation en médecine de premier recours¹².

3.4. Mesures politiques

Depuis quelques années, des mesures politiques ont contribué à décimer la médecine de premier recours.

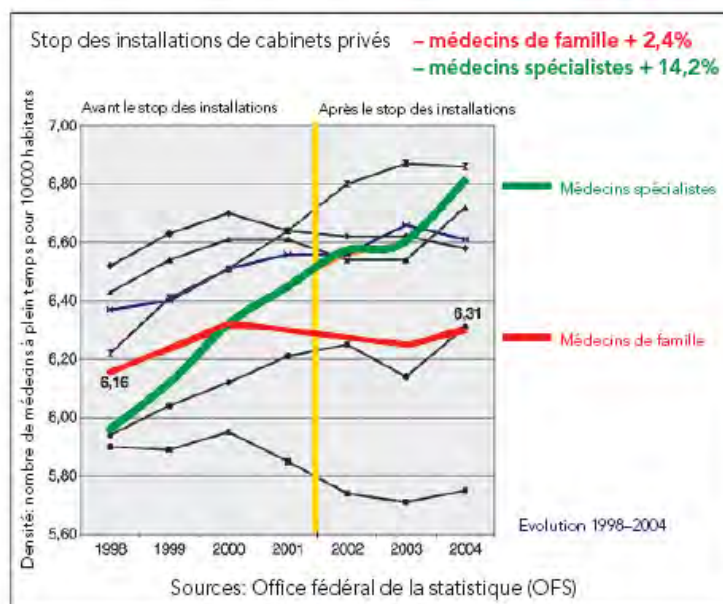
¹¹ Annexe 2 : LE TEMPS, *Le généraliste ne doit pas devenir un trieur*, 25 mai 2009

¹² À ce sujet, consulter le site www.devenirgeneraliste.ch

a. Moratoires sur les cabinets

Pour répondre à l'augmentation des prestataires des soins, en lien aussi avec la libre circulation, les instances politiques ont établi des mesures visant à stopper l'ouverture de nouveaux cabinets privés. Ce gel s'avère un agent de destruction de la médecine de famille comme en témoigne la figure 1 tiré de la revue PrimaryCare¹³. Le moratoire, qui est par définition une mesure politique provisoire, a déjà été prorogé. A la vue des effets catastrophiques générés par cette mesure instaurée en 2001, les politiques commencent à faire marche arrière, en suspendant l'interdiction de nouveaux cabinets pour les médecins de premier recours à partir de 2010.

Figure 2 : effet du gel des installations de nouveaux cabinets



b. Révisions des tarifs des analyses de laboratoire¹⁴

L'Office fédéral de la santé publique a décidé de réviser les tarifs des analyses de laboratoires remboursées par les caisses maladies. La baisse pourrait atteindre jusqu'à 40%, risquant de faire passer les petits laboratoires sous le seuil de la rentabilité. L'objectif serait de réduire les dépenses générées en centralisant les analyses dans quelques laboratoires. Ces nouveaux tarifs vont ainsi pousser les petits laboratoires de cabinets à fermer au profit de quelques entreprises professionnelles. Le ministre du département de l'intérieur projette de faire passer cette mesure d'ici au 1er juillet, malgré

¹³ Figure 2, tirée de : *Le médecin de famille- une balle que se renvoient les patients et les politiciens de la santé ?*, Peter Tschudi, PrimaryCare 2009 ; 9 : Nr. 8

¹⁴ Consulter l'Édition Spéciale: Laboratoire et grève des médecins, Planète Santé, mars 2009

des études ayant appuyé l'utilité des laboratoires de cabinets¹⁵ et les protestations de la FMH ainsi que les grèves entreprises depuis le 24 mars par les médecins de premier recours. La FMH juge dans son communiqué du 22 février 2009 que l'OFSP et le conseiller fédéral, Pascal Couchepin, prennent « de plus en plus souvent des décisions arbitraires révélatrices d'incompétences »¹⁶.

Quel serait l'impact de cette nouvelle mesure? Pour le médecin de premier recours, on cite en premier lieu (a) une diminution de son revenu (selon les statistiques le laboratoire compte en moyenne pour 17% du chiffre d'affaire d'un cabinet). (b) une perte de pouvoir décisionnel immédiat. Pour le patient (c) une augmentation de l'incertitude (d) une augmentation du risque d'une hospitalisation en cas de doute (e) une augmentation des déplacements surtout dans les régions périphériques. Pour l'économie du système de santé (f) une probable augmentation des coûts de la santé liée à des consultations et des hospitalisations supplémentaires. Pour l'écologie, (g) une augmentation de la pollution par des transports d'échantillons vers les laboratoires centralisés. (h) Quant aux assistantes médicales, elles verront leur profession réduite à un travail administratif. Cette atteinte à leur activité menace leur profession toute entière, n'étant désormais pas plus nécessaire qu'une secrétaire. Le rôle des assistantes est pourtant capital pour l'orientation initiale des patients par téléphone, capable de les rassurer ou au contraire de les inciter à consulter.

En réponse aux tendances politiques des dernières années affaiblissant passablement la médecine de famille¹⁷, sans parler d'une menace de suppression de l'obligation de contracter, une initiative populaire sera lancée à l'automne 2009¹⁸.

4. Solutions à envisager pour éviter la pénurie

Quelles mesures sont à envisager pour conserver une couverture de santé de base autant en ville qu'en périphérie ?

- Redonner une vision réaliste de la MPR notamment en périphérie.
- Créer davantage de cabinets de groupe, également en périphérie, pour répondre à une attente liée à la féminisation de la profession.
- Améliorer la formation pré-graduée, post-graduée et continue.
- Développer un axe de recherche en MPR.
- Améliorer l'indemnisation des activités diagnostiques, thérapeutiques et préventives.

¹⁵ Le laboratoire du praticien a-t-il un intérêt du point de vue médical et économique? qui conclut à la grande utilité des petits laboratoires de cabinets

¹⁶ Consulter le site de la FMH: www.fmh.ch

¹⁷ Voir annexe 3 : *Le médecin de premier recours condamné?*, Le Temps, 31 janvier 2009

¹⁸ Voir annexe 4 : *initiative populaire «oui à la médecine de famille»*

PARTIE C :

Systeme de sante à la campagne: l'exemple de Tramelan

1. Introduction

Tramelan est une commune suisse du canton de Berne, située dans le district de Courtelary. Elle fait partie de la région du Jura bernois, la partie francophone du canton de Berne. Dans la région, les pâturages et forêts dominent, par-ci et par-là on rencontre un village ou quelques fermes regroupées en hameau. La ville la plus proche est Bienne et se situe à 25 km, tandis que Berne et l'hôpital des Iles sont à 63 km. La frontière française est à 18 km et St-Imier, possédant l'hôpital le plus proche, se trouve à 15 km.

Le village compte 4500 habitants, les activités professionnelles se regroupent principalement dans les domaines de l'agriculture, l'élevage de bétail, la construction et la mécanique de précision (horlogerie). En cherchant à avoir une représentation complète de la population, il convient également de mentionner le centre de requérants d'asile. Etant un lieu de passage, il héberge des personnes d'origines multiples, en ce moment (mai 2009), la plupart des requérants viennent d'Erythrée et du Sri Lanka.



2. Les acteurs du réseau de santé

Le réseau de santé de Tramelan et alentours comprend trois cabinets de médecine générale, deux homes pour personnes âgées, comprenant en tout 66 places, un service de soins à domicile, un service d'assistance à domicile, un cabinet de médecine dentaire, deux pharmacies et deux cabinets de physiothérapie, tout ceci pour une population consultante d'environ 6000 personnes (4500 du village et 1500 des hameaux proches).

Ceci représente un système relativement bien développé. Concernant les médecins de famille, les habitants ont le choix entre cinq médecins (deux des cabinets sont partagés par deux médecins).

Un autre exemple : le réseau de soins des Franches Montagnes

Situé dans le canton du Jura, le district des Franches Montagnes, dont Saignelégier est le chef lieu, compte 5 généralistes à temps complets pour une population d'environ 9900 habitants (1 généraliste/ 1980 habitants). Comme exemple, le cabinet du Dr Anker, dispose de plus de 2500 dossiers de patient.

3. Le cahier des charges du médecin généraliste

3.1. Semaine type

Semaine «type» d'un généraliste à Tramelan.

Lundi et mardi : consultations au cabinet

Lors de la survenue de tout problème médical (sauf en cas d'accident grave), les personnes ont tout d'abord recours au généraliste. Il fait la première évaluation, met en place une prise en charge et décide, en accord avec le patient, si il y a besoin de consulter un spécialiste ou pas. C'est la raison pour laquelle ce métier demande des connaissances très vastes, autant de médecine interne que de pédiatrie, chirurgie, gynécologie, dermatologie, psychologie et autres. Lors du stage, nous avons pu constater que le recours au spécialiste est peu fréquent par rapport au nombre de consultations.

Tableau 3¹⁹ : différence entre activités médicales en ville et à la campagne

Tableau 1. Gestes techniques.

Type de geste	généraliste de ville	généraliste de campagne
Examens gynécologiques	35%	55%
Sutures	67%	88%
Petite chirurgie	54%	77%
Plâtres	40%	72%
Pédiatrie	77%	88%
Médecine complémentaire	34%	30%
Autres activités	30%	55%

¹⁹ Tableau 3 : *Médecin de premier recours en Suisse romande: Qui sont-ils? Que font-ils?*, Primary Care, 2004, Nr.41

Mercredi : le jour de garde

Vu l'absence d'hôpitaux et donc d'un service d'urgence dans le district, ce sont les médecins généralistes qui assurent l'accès aux soins 24 heures sur 24. Pour ceci, ils ont organisé un tournus, chacun est de garde un jour par semaine, pendant 24 heures, et un week-end par mois. Ceci signifie qu'en plus des consultations prévues, le généraliste prend en charge les urgences. Il peut s'agir d'une grippe, d'une blessure ou d'un autre problème, jugé urgent par le patient. Le nombre de demandes par week-end s'élève en moyenne à 15, dont la plupart peuvent être résolues au téléphone même. Quand le médecin de garde estime nécessaire de rencontrer le patient, il fait une consultation soit dans le cabinet, soit à domicile.

Jeudi : visite scolaire

Pendant leur scolarisation, les enfants sont soumis périodiquement à un examen médical. Ces examens ont pour but de détecter (et de traiter) d'éventuels problèmes de santé qui pourraient perturber leur scolarité (par exemple des troubles de la vue, de l'ouïe, du dos et autres). D'autres objectifs sont d'appliquer les vaccinations prévues pour ces tranches d'âge et la prévention. Ainsi, le médecin fait des visites dans les classes enfantines et les 8^{ème} années. Il mesure et pèse les enfants, leur fait faire plusieurs tests et les vaccine éventuellement.

Vendredi : visites à domicile

En voiture ou à vélo, le généraliste va chez les patients, que ce soit dans le village, aux homes ou dans les hameaux situés à quelques kilomètres. Selon le patient, ces visites peuvent être hebdomadaires et prévues ou bien sur demande. Cette prestation étant un service particulier pour des personnes à mobilité réduite, elle permet aussi de les rencontrer dans leur cadre de vie et de leur accorder une attention particulière. Pratiquées par tous les généralistes du village, les visites à domicile sont une prestation importante, puisque il n'existe pas de transports publics ni de transport spéciaux destinés aux personnes ayant de la difficulté à se déplacer. Grâce à ce service (et au service des soins à domicile), toute cette population a accès aux soins sans devoir vivre en institution.

3.2. Tâches particulières

Le médecin qui m'a accueillie délivre des attestations de capacité à conduire. Il considère lui-même important d'aborder le sujet de la capacité à conduire auprès des personnes âgées. Ainsi, il les rend attentives au fait qu'un jour ils devront déposer leur permis de conduire et s'habituer à utiliser d'autres moyens de transport. Cela suscite différentes réactions, certains y ont déjà réfléchi eux-mêmes, d'autres refusent toute mise en question concernant le sujet.

Une autre activité est la prise en charge des requérants d'asile. Ces consultations sont un défi particulier puisque souvent les requérants ne parlent pas la même langue, la consultation se fait donc soit en présence d'un autre requérant qui traduit, ou en se

débrouillant avec les quelques mots de français ou d'anglais que parle le patient. A part l'obstacle de la langue, il y a des différences culturelles (croyances et représentations de la maladie) entre médecin et patient, et certaines maladies peuvent être peu connues par le médecin suisse. Les raisons de consulter sont variées, que ce soit des problèmes dermatologiques, de diarrhée chez un nourrisson, des douleurs diverses, parfois psychosomatiques, ou autre. Il s'agit d'une population particulièrement vulnérable, en situation de vie difficile et il nous paraît essentiel de lui permettre l'accès aux soins, ainsi que prévu par les droits de l'homme, signés par la Suisse. Les lois sur l'asile deviennent de plus en plus restrictives et les centres se situent souvent dans des régions isolées de la Suisse, il est donc nécessaire qu'il y ait des généralistes en campagne qui puissent assurer leur prise en charge.

4. Analyse

A travers l'observation et les discussions avec les médecins et les habitants, nous avons essayé d'évaluer la question des besoins médicaux non couverts.

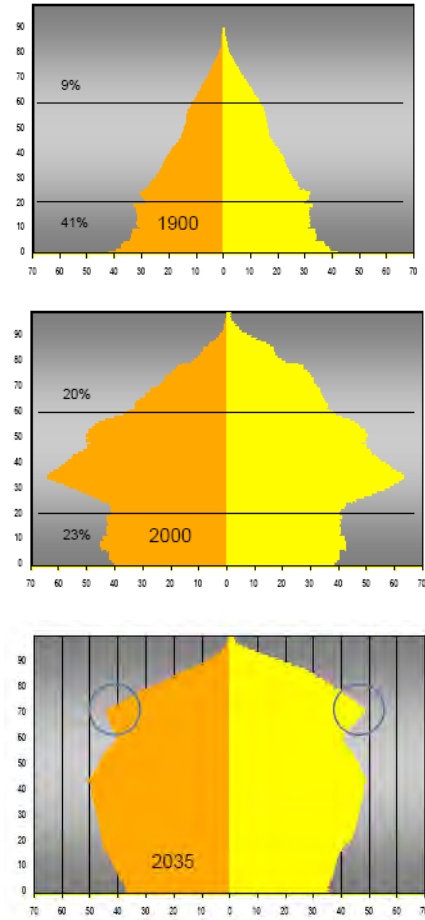
Parlons des examens complémentaires. Le généraliste en question a les outils suivants à disposition : radiographie, ultrason, ECG, analyses de laboratoire. Cette infrastructure coûteuse permet dans de nombreux cas d'obtenir ou de confirmer certains diagnostics en une seule consultation. Ainsi on peut diminuer les consultations chez les spécialistes (plus chers que les généralistes) et adapter les traitements plus facilement. Nous pensons que ces moyens augmentent en général le confort du patient, puisque il évite des trajets et peut faire toute la prise en charge chez son médecin de famille, qui est une personne de confiance. En dehors de cela, ce système abaisse probablement les coûts de la santé puisque il demande moins de consultations pour obtenir le même résultat.

Malgré un réseau sanitaire étendu et le fait que les généralistes tramelots (comme beaucoup de généralistes en périphérie) couvrent aussi les demandes de base en pédiatrie, médecine interne et gynécologie, il existe des situations qui demandent des consultations à l'extérieur. Les cabinets des spécialistes, les infrastructures pour certains examens complémentaires (CT-Scan, IRM, etc.) et les hôpitaux se trouvent dans les villes proches, situées à 20 ou 30 minutes en voiture. Ayant l'habitude de se déplacer en ville pour diverses raisons, ce fait ne pose pas de problème aux personnes mobiles et en bon état général. Il peut néanmoins poser problème aux personnes à mobilité réduite (personnes âgées, handicapées, sans voiture, etc.) qui sont obligées de se faire aider par des proches. Malgré cela, les distances ne paraissent pas être un obstacle significatif à l'accès aux soins.

Concernant la prise en charge des personnes âgées, nous nous sommes demandé si 66 places en institution suffisent pour une population de 6000 personnes (Tramelan et hameaux environnants). D'après un des généralistes, la durée d'attente pour une place est de un à cinq mois, ce qui est relativement court et gérable. Ceci s'explique probablement par le fait qu'un nombre

considérable de la population choisit de vieillir et si possible d'achever sa vie à la maison, le plus souvent entouré par les proches. Tenu compte du vieillissement de la population, cette dynamique changera peut-être dans quelques années.

Manque-t-il de médecins généralistes ? En Suisse, la densité médicale est de 0,63 généraliste (en équivalents plein temps) pour mille habitants, et de 1,23 pour les médecins de premier recours (généralistes, internistes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres). A Tramelan, les trois cabinets de médecine générale prennent en charge 6000 personnes, ce qui représente une densité médicale de 0,5 généralistes pour 1000 personnes et correspond donc grossièrement à la moyenne suisse. Les autres médecins de premier recours (gynécologues-obstétriciens, pédiatres) se trouvent à St-Imier et à Bienne.



Graphique 1 ²⁰ : Pyramide démographique

En Suisse, actuellement il n'y a que quelques rares régions où l'offre médicale pourrait paraître insuffisante. La marge est toutefois limitée dans la plupart des régions périphériques et des goulets d'étranglement pourraient y apparaître si le besoin de services médicaux commençait à augmenter ou si des cabinets fermaient. Ceci pourra être le cas à Tramelan où trois des cinq médecins ont passé l'âge de 60 ans et deux ont passé 50 ans. Eux-mêmes et la commune craignent de ne pas trouver de relève lors de leur retraite proche.

5. Projet de centre de santé²¹

Dans l'idée de prévenir un manque de médecins et d'améliorer le système de santé, la commune a le projet de construire un centre de santé. Ce projet, qui coûtera 8,7 millions,

²⁰ Graphique 1 : Office fédéral de la statistique : http://www.ecoparc.ch/pdf/fr/S.COTTER_ForumEcoparc2005.pdf

²¹ Voir annexe 5 : *Tramelan refuse de tomber malade*, Le Temps, 31 janvier 2009

prévoit de démolir une vieille ferme voisine d'un EMS, et d'y construire un bâtiment qui permettra d'étendre les locaux du home, d'aménager un étage pour les médecins, avec six salles de consultation et un laboratoire commun, ainsi qu'un deuxième étage pour une clinique dentaire, un physiothérapeute, un psychologue, une puéricultrice, le service de soins à domicile. La commune a persuadé une caisse de pension d'y investir son argent. Le bâtiment ne sera terminé qu'à fin 2010. Le cabinet médical commun est prévu pour accueillir l'équivalent de trois postes de travail et permettra de proposer aux médecins des postes à temps partiels. Avec ce projet, la commune souhaite rendre la pratique de la médecine générale en campagne plus attirante, particulièrement pour les femmes. A ce sujet, le Conseil suisse de la science et de la technologie relève dans son rapport²² «*Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins*» que «*les nouveaux types de cabinets connaissent un vif succès parmi les étudiants de médecine. Selon l'étude de Tschudi et al. réalisée à Bâle, 84 % des futurs médecins souhaitant ouvrir un cabinet envisagent un cabinet de groupe. Les auteurs estiment que dans le futur, la médecine de premier recours s'appuiera en majeure partie sur des cabinets de groupe à forte composante féminine (...) Dans les centres, la médecine de premier recours serait donc surtout assurée par des femmes travaillant à temps partiel.*»

D'autres communes en Suisse, comme Baden, Meyriez ou le Val-de-Travers mettent en route des infrastructures semblables, il reste à voir si elles suffisent pour pallier à la pénurie annoncée. La problématique des raisons poussant les jeunes médecins à désertir les zones périphériques a déjà été traitée dans la partie B de ce présent travail.

En guise de conclusion, nous pensons que l'exemple de Tramelan reflète les réseaux de santé d'une grande partie des régions périphériques en Suisse, autant par la multitude des acteurs que par la tendance au manque de médecins généralistes.

²² Rapport du conseil suisse de la science et de la technologie, *Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins* ; « http://www.swtr.ch/f/ablage/dokumentation/publikationen/swtr_demmed2007F.pdf »



PARTIE D :

Film documentaire «médecine de campagne»

Film : Médecine de campagne

Ce film documentaire, réalisé par nos soins (et avec très peu de moyens), donne un aperçu de notre immersion jurassienne. Nous avons suivi trois des médecins jurassiens qui ont accepté la présence de la caméra durant leur quotidien de médecin. Au fil des discussions, les médecins généralistes dépeignent leur situation et la vision qu'ils ont de leur métier.

PARTIE E :

Stage en cabinet : expériences personnelles

1. Vision personnelle de la médecine de campagne

En mai 2009, j'ai eu la chance de pouvoir accompagner des médecins généralistes dans leur activité quotidienne dans le Jura bernois. Trois semaines riches en impressions, émotions et apprentissages qui m'ont permise d'explorer de plus près ce que peut être la médecine de campagne au 21ème siècle. Ce récit cherche à transmettre quelques impressions de l'immersion, et, fortement touchée par ce que j'ai vécu, n'a pas l'ambition de donner un aperçu objectif, mais de partager des réflexions et expériences personnelles.

Avant de rencontrer les docteur Geering et Würth (qui partagent un cabinet), ma représentation du médecin de campagne était fortement marquée par le double rôle de médecin et habitant au sein d'une communauté et par l'idée de devoir se débrouiller avec des moyens techniques modestes. Je voyais le médecin de campagne comme le médecin de premier recours dans le «vrai» sens du mot : c'est à lui que la population s'adresse lors de toute question touchant à la santé, assurant lui-même la prise en charge du début à la fin. Dans ce sens, il s'occupe autant des accompagnements de grossesse, accouchements, nourrissons, enfants, interventions chirurgicales et fins de vie. L'hospitalisation « ailleurs » est rare. Ceci implique que la famille ou les proches des patients jouent un rôle actif et important dans les soins du malade. Ils s'occupent de la toilette, du changement de pansements et de toute autre aide dont pourrait bénéficier le malade. Parallèlement à cela, je pensais que les personnes pratiquent d'avantage d'automédication et ont recours au médecin seulement lorsque la situation devient « réellement » ingérable pour eux.

A la campagne, j'imaginai les supports techniques dont disposent le médecin comme limités, les outils principaux étant ses connaissances, son stéthoscope, son marteau réflexe, éventuellement un microscope et surtout le bon sens et l'expérience. La radiographie, d'autres techniques d'imagerie ou les analyses de laboratoire ne sont accessibles qu'en ville, nécessitant des déplacements, et sont donc réservées aux situations plus graves. Dans ce sens, le généraliste en campagne doit se débrouiller autrement qu'en ville et s'aider « soi-même ».

Le médecin de campagne vit au même endroit qu'il travaille, il est intégré au village en ayant un double rôle. Ceci implique d'un côté qu'il suit les patients à long terme, qu'il connaît toute la famille et l'histoire de vie de chacun et qu'il croise les patients dans la rue, au bistrot et le week-end. La relation entre médecin et patient est évidemment influencée par cette proximité qui peut renforcer la confiance et la compréhension et individualiser la prise en charge. Ceci implique aussi que le médecin est à tout moment accessible aux patients. En cas de question ou urgence, les villageois peuvent simplement aller sonner à sa porte. Ceci représente des avantages, par exemple l'accès permanent aux soins, et des désavantages, comme de pouvoir être appelé à tout moment. J'imaginai que le médecin de campagne garde le statut de médecin aussi en dehors des heures de travail et que ceci marque, voir complique, les liens amicaux.

Au niveau des activités quotidiennes, il s'occupe aussi d'accouchements à la maison et fait beaucoup de visites à domicile. Sa formation serait essentiellement pratique et à l'ancienne, c'est-à-dire que son prédécesseur l'aurait instruit à travers la pratique quotidienne.

Cette représentation était fortement marquée par la lecture de différents livres, par des histoires qui ont eu lieu dans des époques passées. Dans ce sens, j'étais consciente du fait que cette image ne corresponde pas à la réalité actuelle et d'autant plus curieuse de pouvoir la confronter à la situation d'aujourd'hui.

Impressions du stage

Revenons aux activités quotidiennes observées en accompagnant les médecins à Tramelan. La plupart des visites ont lieu au cabinet, à peu près 10% ont lieu à domicile. Les visites à domicile sont très enrichissantes, tant au niveau thérapeutique qu'au niveau relationnel. Les patients sont reconnaissants et se réjouissent d'avoir la visite du médecin. La plupart du temps, ce sont des personnes suivies depuis longtemps par ces deux médecins, mais il arrive aussi qu'il s'agisse d'un appel en urgence. Les deux médecins ne manquent pas de travail, les salles d'attente sont toujours remplies et il n'est pas rare qu'ils finissent leur journée vers 21h et qu'ils fassent une visite ou du travail administratif (remplir les dossiers, écrire des lettres etc.) pendant leur temps « libre ».

J'avais l'impression qu'ils ont une grande écoute envers les gens et prennent du temps pour bien faire leur travail. Même si les consultations durent en moyenne 20 minutes, ils adaptent la durée au patient et à sa demande. Ceci est favorisé par le fait que ils savent souvent à l'avance pourquoi la personne vient et qu'est-ce qu'il faudra faire. En effet, il est impressionnant de voir à quel point ils connaissent les patients, leur histoire de vie, leur famille, leur employeur et leurs soucis quotidiens. Ceci permet d'adapter la prise en charge et de s'occuper aussi des aspects psychosociaux. Ainsi, il y a des patients qui viennent pour partager leurs soucis, d'autres où la « raison cachée » de la consultation est plutôt la solitude et la recherche de contact, d'autres où le médecin prend contact avec le service social ou l'école pour que la situation de vie de la personne s'améliore. Dans ce sens, ils élargissent leur champ d'activités afin de proposer une prise en charge globale, ils cherchent de « vraies » solutions même si cela dépasse leur fonction de médecin qui s'occupe des maladies physiques.

Est-ce que cela crée un entrelacement entre la vie professionnelle et la vie privée ? Comme mentionné précédemment, les médecins ne connaissent pas seulement l'histoire médicale de leurs patients mais le plus souvent aussi l'histoire de vie privée. Il n'est pas rare qu'ils se tutoient et évidemment médecin et patients se croisent dans la rue ou à la piscine. Concernant la population, il paraîtrait que le fait que les deux médecins sont originaires d'ailleurs, et donc pas en parenté avec les habitants, aide les patients à partager certains soucis intimes. De la part des médecins, cette proximité n'est pas ressentie comme envahissante. Les rares questions médicales posées en dehors des heures de travail ne les importunent pas. Pour ma part, je pense que le partage du lieu de vie et les rencontres « en civil » peuvent aussi stimuler une certaine complicité, propice à une relation de confiance.

Un événement particulièrement touchant était la consultation d'un jeune requérant d'asile du Sri Lanka. Il parlait quelques mots d'anglais et venait pour des douleurs huméro-scapulaires depuis quatre mois. En cherchant l'origine de ces douleurs, on a découvert que cet homme de 28 ans avait été torturé et que son frère avait été tué lors de la guerre récente au Sri Lanka. Il racontait cela

d'un air plutôt timide, sans exprimer ses ressentis vis-à-vis de cette situation. Que faire en tant que médecin ? Aller explorer d'avantage ce que le patient a vécu ou bien répondre uniquement à la demande actuelle, c'est-à-dire s'occuper de son épaule ? Les nombreuses consultations de part des requérants sont sans doute une affaire délicate qui demande des connaissances et une sensibilité particulière. Dans le cas de ce jeune homme, le médecin l'a examiné, a fait une radiographie et lui a demandé de revenir dans quelques semaines.

La diversité et les défis de ce métier résident autant au niveau scientifique et relationnel que dans l'importance de certaines décisions à prendre, comme l'illustre la situation suivante : un après midi, le médecin était appelé par le home pour personnes âgées au sujet d'une dame qui avait fait une chute. Il allait sur place et soupçonnait que la dame avait subi un accident vasculaire, de type ischémique transitoire. Il s'agissait d'une dame de 87 ans, qui n'était pas en très bonne santé générale. Le lendemain, il est retourné la voir et l'a retrouvée difficilement réveillable (sous morphine). La famille de la patiente était présente, ce qui a permis de décider ensemble de ce qu'il fallait faire. La famille préférait qu'elle ne soit pas nourrie et hydratée artificiellement, mais qu'on la laisse « partir ». Deux jours plus tard la dame est décédée.

La mort et l'accompagnement de fin de vie font partie du travail du généraliste en campagne. Lors de certaines consultations, la mort était abordée, que ce soit parce que le médecin le considérait indiqué ou parce que le patient souhaitait échanger à ce sujet. Il me paraît important d'en parler, nous vivons dans une culture où la mort est plutôt un sujet tabou et je pense que chacun devrait se confronter au fait qu'il va mourir un jour. Dans ce sens, ces discussions peuvent soulager le patient et permettre au médecin de savoir quelle est l'attitude de la personne en prévision d'un jour où elle ne pourrait plus s'exprimer. Pendant les trois semaines de stage, plusieurs patients m'ont spontanément confié qu'ils sont inscrits chez Exit où qu'ils souhaitent le faire.

En rétrospective, ce stage m'a permis d'élargir mon horizon et de faire évoluer mon image de la médecine de campagne. J'ai pu observer et participer à la pratique d'une médecine bio-psycho-sociale, d'une prise en charge globale qui est en harmonie avec le cadre de vie. A ce titre, c'était une expérience qui m'a donnée envie de retourner travailler dans un cadre rural et de relever le défi que cela signifie ! Au passage je désirerais exprimer toute ma reconnaissance à Jacques, Elisabeth et Jean-Paul.

2. Le médecin de campagne, un héros ?

La médecine de campagne

J'ignore si c'est Michael Boulgakov qui m'a influencée ou si c'est une perception qui remonte à un imaginaire plus intime...

Médecin de campagne... Je l'imagine dans le froid d'une nuit d'hiver, sur son cheval, à lutter contre un vent de face. Bien accrochée à sa selle, une mallette en cuire, assez carrée, pas si grosse et qui contient tout un laboratoire et tout un cabinet, sauf la table d'auscultation... Une mallette pour tout faire avec presque rien. Un stéthoscope, une lampe, un otoscope, un abaisse-langue, de quoi désinfecter, suturer, de quoi calmer la douleur, quelques plantes même. C'est le seul dans la région, à des kilomètres à la ronde peut-être ; le seul recours en cas de maladie, le seul pour soulager la douleur ou pour rassurer par quelques conseils. Un médecin un peu toujours en route, dans l'obscurité ou l'aube matinale, appelé en urgence pour un accouchement qui tourne mal, un accident de chasse au fond des bois, une jambe qui vire à la gangrène. Dans cette solitude rurale, pointe aussi peut-être une note d'héroïsme dans cette responsabilité qui lui incombe.

Ces patients, il les connaît dans leur vie quotidienne, il les tutoie, parfois il les aide pour la récolte, ou soigne une vache au passage. On l'interpelle à la boulangerie pour prendre rendez-vous, à la sauvette on lui montre une vilaine plaie. Parfois, il ne reste plus qu'un pot de miel ou une douzaine d'œufs pour le rémunérer et toujours il accepte. Il n'est pas qu'un médecin, il peut aussi être un ami, et parfois il est même conseiller communal. Ces enfants côtoient les enfants de ses patients à l'école du village. On connaît un peu tout de lui et il connaît un peu tout d'eux. La certitude de pouvoir faire la différence entre la vie professionnelle et la vie privée s'est envolée. Il ne reste plus qu'une personne, un villageois, considéré comme spécial par ces pairs pour son caractère peut-être, pour sa nécessité certainement. Ici, médecin ce n'est pas qu'un simple métier, c'est une vocation tout entière.

A réfléchir, ce n'est pas tant l'idée d'un aventurier rustique et héroïque qui me plaît dans cette figure archaïque du médecin de campagne mais plutôt cette sensation de liberté qui se dégage d'entre mille connotations quelque peu romanesques. La sensation que ce médecin n'a que ses mains, sa mallette et son savoir pour mener à bien sa tâche. Ses sens et son observation sont ses meilleurs alliés. C'est par lui que se fait le diagnostic, les analyses, le traitement et le suivi de ses patients. Il évolue loin des considérations académiques, loin des revues, loin des statistiques. Il est seul à décider. Son métier est un tout, loin de la fragmentation, loin des spécialités, il est un peu obstétricien, un peu chirurgien, un peu diagnosticien, un peu psychologue, un peu pédiatre et un peu pédagogue et même parfois un peu vétérinaire. Un peu de tout, mais tout si bien : son savoir faire, il le tient dans sa main par l'attention qu'il porte à l'humain. Mais dans cette solitude où s'ouvre un espace d'intuition, peuvent se révéler les plus grands talents comme les plus infâmes aberrations qu'ait connues la pratique médicale.

Cabinet médical du Dr Anker, Saignelégier, Mai 2009

Quelques virages à 100 km/h sur les routes principales des franches montagnes ont contribué à finir de me réveiller. Il était temps à 8h30, certains ont déjà presque fini leur journée lorsque je descends la route de France à Saignelégier un jour de semaine comme un autre pour me rendre au cabinet du Dr Anker. En montant les quelques mètres qui mènent au cabinet, je ne peux réprimer un espoir secret de tout voir ce matin... Ah ce serait bien des urgences, pleins d'urgences et d'imprévus. Une chute par exemple ! Une morsure de cobra échappé d'un vivarium clandestin ou bien mieux, oui, une hémorragie ! Quinze points de suture ou alors pourquoi pas, à la limite, une ponction lombaire, on pourrait aussi s'en contenter. Oui, quelques espoirs qui peinent à rester secrets, espoirs carrément honteux d'une étudiante novice qui se figure pouvoir ingérer toute l'expérience du monde en une matinée et qui pousse l'aberration jusqu'à souhaiter indirectement le malheur de quelques-uns de ces braves Franc-Montagnards. Conscience que trois années de médecine, trois années de travail de bibliothèque ne donnent que peu d'accès au monde de la médecine clinique. C'est le tout début me direz-vous ! Mais diantre ! trois ans passés sans n'avoir jamais réalisé de vraie prise de sang, ni écouté des sibilances lors d'une crise d'asthme, ni avoir interprété un ECG, ni n'avoir appris à suturer une plaie ou même utiliser un otoscope.

Fort de ces considérations, je pousse la première porte du cabinet, puis la seconde et je tombe nez à nez avec deux chaises souvent occupées par je ne sais quel patient en attente du médecin- vite au passage entre deux consultations, on le chope ! Une paire de chaises, en poste, juste en face de la réception où s'affairent deux assistantes médicales. Des perles autant le dire tout de suite, des sortes de déesses à 40 bras, et 8 oreilles, qui répondent au téléphone entre deux prises de sang, une photocopieuse récalcitrante, un temps de prothrombine, un rendez-vous, et trois tonnes de lettres et de facturations Tarmed. Dans leur bureau, une énorme armoire qui stocke des montagnes de dossiers de patients, 2500 à ce qu'elles disent, classés avec rigueur. Des bleus, des rouges, qu'elles sortent et déposent méthodiquement sur le bureau lors de l'annonce de chaque patient à la réception. A côté des dossiers, des lettres, des rapports médicaux, résultats d'analyses et imageries qu'elles empilent en attente du signal de classement : un vu au crayon à papier laissé à la dérobade en bas de page par le Dr Anker. Des fées ces assistantes !

J'entre dans le bureau et j'enfile ma magnifique blouse blanche, prête pour le départ. Je regarde la salle de consultation, vide ! 8h30 et pas de Dr.Anker.... mais bien sûr : pendant que certaines stagiaires font la grâce matinée d'autre commencent leurs consultations à l'hôpital, bien avant 8h ! Alors j'attends dans le bureau, l'arrivée du docteur. J'en profite pour feuilleter les dossiers, histoire de ne pas trop m'égarer durant la consultation. A chaque page, je réactive mes capacités résiduelles de déchiffrement, champollion ne devait certainement pas être un de mes ancêtres : j'avoue tout, je bute un peu sur cette écriture... mais de W-O-R-D ne lui en parlez pas, au docteur : cette bête-là le laisse particulièrement perplexe.

Il débarque, en coup de vent, il enfle sa blouse courte ; petit coup d'œil imperceptible au bureau pour constater l'ampleur du retard : quatre dossiers empilés, trois patients en salle d'attente, un dans la salle de labo pour le contrôle d'une plaie. Sans tarder, il démarre, cap sur la salle d'attente du couloir, appelle Monsieur ou Madame Télétel, et se dirige vers la consultation. Debout à l'entrée, salue son patient en lui donnant la main. Moi postée un peu plus loin, je salue, je donne la

main et à la dixième fois je cesse de m'étonner ou de sourire en entendant le docteur me présenter à son patient « doctresse Donner qui travaille avec moi en ce moment ». C'est fou à quel point je me sens à des galaxies d'une quelconque doctresse que ce soit ! Mais finalement je trouve que pour le patient, ça sonne quand même nettement mieux que « stagiaire Donner, qui n'a jamais utilisé d'otoscope, et qui travaille avec moi en ce moment ». C'est quand même plus rassurant...

La porte de la salle se referme et donne sur une pièce assez grande et bien éclairée. Ce qui est frappant, c'est la simplicité de ce cabinet. Le bureau est une table en bois, un peu vieille et sans tiroir, au dessus de laquelle est disposée un sous main qui fait aussi office de calendrier, à côté de quelques livres et quelques documents. Deux armoires fermées, en bois simples, elles aussi, une pour la bibliothèque, une pour quelques documents et échantillons de médicaments. Une table d'auscultation, une petite commode qui range l'otoscope, les abaisses langues, le stéthoscope, l'appareil à tension et l'électrocardiogramme. De l'autre côté de la pièce, un lavabo, contigu à une zone spéciale pédiatrie : une table à langer, au dessus un petit chauffage. C'est tout ! et ma foi bien suffisant ! Chacun s'assied et ici les consultations ne durent pas 20 minutes... certainement pas. La consultation ne commence pas par une question ouverte, mais par un dossier qui s'ouvre sur le bureau et par un regard attentif. Ici, il n'en faut pas plus pour que le patient expose la raison de sa venue.

Anamnèse actuelle :

« Ah docteur, je viens parce que j'ai mal à la jambe... ça ne peut plus durer. Ça fait mal droit jusqu'à en bas, jusqu'au pied, je peux plus marcher, regardez comme je boite. La dernière fois vous m'aviez fait une piqûre quand j'avais mal à l'épaule et ça m'avait tellement aidé, vous pourriez pas m'en faire une dans la jambe pour calmer tout ça ? C'est que comme ça je peux plus travailler, ça me gêne sans cesse, pour s'occuper des chevaux c'est devenu difficile et c'est pas mon mari avec ses deux hanches qui pourra faire davantage à la ferme... »

« J'ai de nouveau bu cette semaine... Ça m'est arrivé trois fois ces derniers temps. Je voulais vous mettre au courant. J'veux pas recommencer, je veux pas tout foutre en l'air, c'est exclu... »

« Ben tu vois, j'ai ce truc, un bout de bois là, dans la main. Ça me chicane depuis une semaine. Y a bien ma femme qui a trafiqué mais on a enlevé que des petits bouts. Y doit y avoir un morceau de bois encore coincé. Si tu presses comme ça je sens, voilà dans ce sens, si tu presses dans l'autre sens ça fait pas mal. Tu sens ? Là ouais, tu fais mal. J'ai bien essayé de tremper ça dans du lait chaud rien à faire, pourtant c'est droit le bon truc en général. Faut ouvrir, voir ce qu'il y a là dedans.»

« Docteur j'ai mal au thorax, là juste sous le sein. Depuis 10 jours, c'est ma physio qui m'a dit de venir. On ne sait jamais. Vaux mieux être prudent... c'est pas le cœur dites ? »

« Je tousse mais ça dure depuis cinq jours. Et les médicaments que j'ai pris ça change rien. Regardez « Amoxicilline », vous me l'aviez prescrit la dernière fois que j'avais mal à la gorge. Ça aide pas. »

« Ce week-end j'ai failli faire une connerie. J'avais le couteau de cuisine prêt. »

« Ca me démange là et j'ai une grosse plaque rouge et franchement je commence à m'inquiéter»

« C'est le petit, il a de la fièvre depuis 3 jours et il a mal à la gorge »

« Dites c'est ma jambe qui me fait mal, elle est de nouveau toute gonflée, comme l'année dernière. C'est cette charogne d'aspirine. Faut arrêter l'aspirine, je prends plus c'truc »

« Salut ! ça va pas mieux ! Toujours du sang dans les urines, un peu moins qu'avant mais il y en a toujours. Je suis crevé. Et le résultat de la prise de sang ? L'hémoglobine en est où ? T'as pas un truc pour me remonter, là je suis au bout, plus d'énergie. Même un truc de médecine alternative »

« Ah docteur, j'ai pris vos antibiotiques pendant mes vacances. Je voulais pas louper mon voyage, mon mari il aurait été déçu. Ça m'a bien aidée au début mais depuis plus rien j'ai toujours très mal à la jambe. Regardez, c'est rouge ici, tout là, c'est toujours enflé. J'suis pas sûr qu'ils ont servi vraiment. »

« Docteur, on a vu l'oncologue, on s'est mis d'accord pour une chimiothérapie de confort, enfin palliative. Le scanner il disait quoi ? »

« Oui, j'ai vu le psychiatre. Mais j'vais te dire, il est fou ! il est fou... enfin il a sa chemise ouverte et plein de poils qui sortent sur le torse. Pis, tu sais pas ce qu'il dit, qu'il faudrait faire l'amour tout le temps, partout. Il est un peu fou... mais bon ça me dérange pas. »

« C'est pour renouveler mon ordonnance... mais alors celui-là, tu peux droit me l'enlever parce que je sais que c'est lui qui me donne la nausée. Tu peux pas me mettre les mêmes que prend mon mari, lui il dort bien... »

« J'ai fais une chute en moto et j'ai mal au pouce »

« J'ai mal là quand je plie, juste là, mais alors pas quand je fais comme ça, ni comme ça d'ailleurs. C'est curieux. Par contre si je tourne comme ça, c'est douloureux, voyez docteur. Oui je pouvais encore faire ça avant mais là ça se coince et quand je me couche, alors quand je me couche, mais pas tout de suite, après quelques minutes. Oui docteur, ça me réveille durant la nuit, vers 2h30-3h00 toujours vers le même moment. C'est curieux. Alors je vais aux toilettes puis je me retourne au lit et ça passe en général, mais depuis plusieurs jours ça passe plus, alors je prends un de ces somnifères qui restent depuis l'année dernière, vous savez ceux que vous m'aviez prescrits... enfin je sais pas si c'est à cause de mon mari que je ne peux pas me rendormir, il ronfle un peu à côté. Enfin, il ronfle vraiment Vous savez, vous lui avez donné cette machine qui fait du bruit, mais il la met pas, il dit que ça lui fait faire des mauvais rêves. J'ose pas lui dire que ça me gêne sinon il s'énerve. Mais pour ma jambe, faut faire quelque chose docteur. Enfin si je tourne comme ça dans mon lit ça va mieux. Pis sinon vous savez pour mon frère ? »

« ah oui aussi, docteur, je voulais vous demander, j'ai une bosse, regardez »

« Je fais pipi trois gouttes, mais j'ai toujours besoin et pendant la nuit je dois me lever tellement souvent. Mais j'fais rien. C'est pas bon si je garde toute l'eau docteur, regardez ma jambe gauche elle gonfle...c'est cette charogne d'aspirine je vous dis »

Qui est qui ?

Résumé d'une consultation de 45 minutes

« Docteur, c'est pour renouveler mon arrêt maladie. Ah ! mais je vous dis c'est pas possible il y a tout en même temps... Mais oui, entre le Jean-Yves et la Mélanie. La petite elle va au centre médico-psychologique. Mais oui, elle est suivie parce que l'ancienne, l'autre de Jean-Yves, elle était vraiment mauvaise. Même qu'elle a dit à la petite que sa maman est mangée par les vers. Mais ça lui fait du mal. Surtout ça fait 3 fois qu'il a déménagé en 2 ans, pour elle ; elle le faisait déménager tout le temps. Et elle payait rien, c'est tout Jean-Yves. Maintenant, il y a la grand-mère, elle ne comprend pas et c'est tout le temps des reproches qu'elle nous fait. Comme la fois où Mélanie n'a juste pas compris : on lui avait dit d'attendre Catherine jusqu'à 12h30 d'ici qu'elle revienne du dentiste mais elle n'a pas retenu, la gamine, et elle s'est rendue chez la grand-mère alors que c'est juste un malentendu et depuis c'est les reproches sans cesse. Comme quoi, on s'occupe pas, mais moi je reste calme, heureusement parce que sinon Jean-Yves il ne pourrait plus. Mais Rose, elle est vraiment têtue, on a beau lui expliquer elle dit que c'est nous qui ne savons pas y faire et elle voulait pas comprendre que la petite, elle, ne voulait pas se couper les cheveux tout droit mais plutôt faire un dégradé bien arrangé, mettre des sictus et moi tout ça je l'avais bien compris, pour moi c'est évident mais Rose elle reste têtue... c'est vraiment moi qui tient à l'accompagner au centre médico psychologique, je viens même si j'ai d'autres rendez-vous...mais vous savez ce qu'ils me disent là-bas ? ils me disent qu'il faut tout de suite contacter le père, après le premier rendez-vous... c'est la grand-mère qui doit raconter des histoires par là-bas... »

Portrait d'un médecin de campagne

Docteur Anker : c'est comme ça que je l'appelle, même si d'emblée il m'a invitée à le tutoyer et que je sais pertinemment qu'il s'appelle Nicolas.... Pour une étudiante qui envie vaguement, nostalgiquement, une époque qu'elle n'a jamais connue, un règne d'enseignement patriarcal, de la transmission de tradition orale, et bien pour cette étudiante, ce praticien reste « docteur-Anker-tu... ».

On dit toujours que les médecins de campagne sont débordés, et c'est un peu vrai... 2500 dossiers pour un cabinet... c'est quand même impressionnant. Mais malgré la salle d'attente qui attend, attend, et attend et qui presse un peu derrière, je n'ai jamais vu le docteur Anker expédier un seul de ses patients. Même pas lors de la consultation du « Qui est qui ? »..., ni lors de celle qui avait duré 1h pour une histoire de chat, une histoire d'un homme qui s'exprime un peu par détours, une histoire d'un homme qui devait certainement se sentir très seul et qui cherchait à parler. Peut être que, parfois, lorsque ça dure, ça dure, ça dure et que la salle d'attente attend, attend et attend... et bien il se lève et se dirige progressivement vers la porte, un pas entre chaque histoire de chat, jusqu'à atteindre la poignée...

Mais son travail ce n'est pas simplement de s'occuper de l'anamnèse des chats du patient esseulé... c'est aussi interrompre ses consultations pour une urgence. Comme la fois où il avait

enfourché son vélo pour se rendre à l'hôpital où un de ses patients s'était enfin décidé à ce qu'on soigne son épaule luxée depuis 4 jours... Injection de morphine, de diazépam, abduction lente du membre supérieur ne suffirent pas à la réduire... Au final, il a fallu une anesthésie générale à l'hôpital de St-Imier... C'est aussi cette visite à domicile, pour un patient en fin de vie, atteint d'un cancer pulmonaire métastaté. Une visite pour assurer la prise en charge de la douleur, pour organiser les soins à domicile, pour soutenir la famille et répondre à leurs questions.

Lors de ses consultations, il fait usage de tout ce qu'il a pu apprendre durant sa formation... de la pédiatrie à la dermatologie. Me voilà impressionnée lorsqu'il diagnostique une roséole en quelques questions, qu'il prélève quelques squames, puis, après analyse avec son microscope pose un nom imprononçable sur des filaments fongiques. Après ces études de médecine à Genève, le tournus des généralistes l'a amené à exercer dans divers hôpitaux : Delémont, La Chaux-de-Fond, Genève dans un clinique de la main et d'autres encore, avant de s'installer. A cette époque, il en profite pour faire du ski de fond dans les Franches. Il part ensuite deux ans exercer au Tchad. C'est drôle comme il me le raconte « pour moi c'était ou l'Afrique ou les Franches... » et c'est ce qu'il a fait au final, il a choisi les Franches où il exerce maintenant depuis une quinzaine d'années. Son cabinet au-dessous, sa maison au-dessus.

Voilà pourquoi il ne faut pas s'étonner si, lorsque la porte des escaliers n'a pas été bien fermée, un chien pointe son museau au cabinet, ou si vers midi et demi, quand c'est vraiment plus possible d'attendre davantage avant de manger, ses enfants se glissent jusqu'au bureau et motivent prestement leur père à monter et cesser enfin de répondre à toutes les questions de la stagiaire.

La stagiaire, elle, se trouve un peu rassurée, à cette époque ou tout semble aller mal pour la médecine de premier recours, d'entendre le docteur Anker affirmer qu'il exerce exactement la médecine qu'il espérait et, lorsqu'on aborde la question des laboratoires, de ne pas l'entendre gémir sur sa situation financière mais au contraire affirmer qu'il vit plutôt bien et que c'est pas son revenu qu'il voudrait défendre, mais l'intérêt des patients.

Expérience personnelle

C'est la soif du savoir qui me démange un peu...la sensation que je n'ai encore rien vu ni rien vécu de ce métier. Un désir qui se manifeste comme je l'ai décrit plus haut, lorsque je pousse la porte du cabinet, de voir toutes les curiosités médicales de la région en une matinée. L'attente de voir des cas concrets, de l'action.

D'ailleurs en échangeant nos expériences, le soir avec mes collègues, je parle souvent de ce que j'ai vu...J'énumère les cas : une hernie de la ligne blanche, un érysipèle, une opération d'un kyste sébacés, une roséole, un souffle holosystolique. Ah ! il y aussi eu la chirurgie exploratrice de la main, il y a eu ces reins polykystiques, cette rectocolite ulcéreuse hémorragique et parfois, pour décrire une banalité, on aime rajouter des éponymes avec un peu d'emphase professionnelle : il y a eu un syndrome de Tietze ! Et puis ensuite vient l'énumération des actions, de ces « faïres » attendus avec impatience depuis trois ans de médecine pré-clinique : une prise de sang, non deux !

non trois ! jusqu'à ce que la prise de sang qui paraissait au départ une montagne se transforme progressivement en banalité. Une injection intramusculaire, une IV de Tora-dol, un venflon...

Mais plus rarement cependant, je n'ose parler de cette sensation tout à fait réaliste, de n'être qu'une novice, mais qui amène aussi à quelque peu d'insécurité : une peur. Celle de ne pas être à la hauteur, de ne pas savoir comment soigner, comment rassurer, comment conseiller, comment écouter, de ne pas savoir si je ferai un bon médecin. Parfois aussi, je me demande même si je suis sensée en parler...si en parler ce n'est pas dévoiler mon insécurité, ce n'est pas perdre ma place. Si ce qui se passe au-dedans doit être réprimé comme ma main tremblante dans mes premières prises de sang. Comme si cette peur de ne pas savoir faire était un reflet de ma crainte de ne pas savoir être. Rarement, je parle de ces moments de consultations où je suis restée muette et immobile alors qu'en face quelqu'un se retenait de pleurer ou même éclatait en sanglot. Si peu ai-je parlé de cette sensation de ne pas savoir que dire à une femme qui se présente à la consultation pour demander de l'aide car elle le sent, son mari va mal et s'apprête à la quitter. De cet homme qui parle de sa maladie, une rectocolite hémorragique, avec tant de lucidité, où de cet autre qui décrit sa maladie de Bechterev, de ses sensations, de comment il ressent son corps évoluer et comment et où il ressent la douleur à certains moments, de la connaissance qu'il acquiert de lui-même et de son corps, au fil de sa maladie, et qui me vide moi et ma blouse de mes prétentions d'héroïsme.

Ainsi, la médecine de campagne, c'est souvent tutoyer la moitié de ses patients, connaître non seulement le dossier de la femme, du fils, de la grand-mère, du cousin, de l'arrière grand-oncle, et de la petite copine qui vient de Paris, se faire prêter une montre par le mari de son assistante médicale, mais c'est aussi, dans tout cet imbroglio relationnel, savoir jongler avec le secret professionnel, préserver sa vie personnelle, savoir faire fi de ce que pensent les gens. Bien que parfois, ça jase au Café du Jura.

Même si la médecine de campagne c'est peut être une réanimation, un accouchement en catastrophe, la suture d'une vilaine plaie, même si c'est peut-être une fracture ouverte, une opération d'un doigt de pied entamé à la tronçonneuse, même si c'est partir en vélo faire une visite à domicile, où aller chercher une vieille dame qui a fait une chute dans son appartement, la médecine de campagne n'est certainement pas héroïque.

La médecine de campagne ne s'ancre pas dans cet imaginaire disparate, héroïque, mais elle s'incrit dans une réalité plus profonde et riche, plus complexe, celle de l'humain et de la personne comme un tout.

Comment apprendre...

Déjà lors de mon premier stage de soins aux malades, j'avais réalisé que l'émotion est le substrat de la mémoire. En regardant en arrière, je m'étonne de me rappeler, après trois ans, que c'est à madame R que je dois d'avoir appris le type de dérégulation des enzymes hépatiques lors d'un alcoolisme chronique. Je lui dois d'avoir pris conscience du risque de delirium tremens lors d'un sevrage. Je me rappelle de son visage, rosé sur des joues bien rondes... C'est par contre à

monsieur J que je dois d'avoir appris l'utilité de l'Antabuse dans les désintoxications. C'est madame S qui m'a fait découvrir le syndrome de Sjörger. A Madame B, je lui dois d'avoir observé une ponction lombaire pour la première fois. Des troubles optiques faisaient suspecter une sclérose en plaque. Mais c'est madame D qui m'a fait connaître les ravages d'une telle maladie. C'est monsieur Q qui m'a appris les soins portés à un membre amputé. C'est monsieur C qui m'a appris l'utilisation du Méthotrexate dans le traitement d'une polyarthrite rhumatoïde, monsieur D, quant à lui m'a appris celle du Remicade, dans les rectocolites ulcérales hémorragiques... C'est par monsieur F que j'ai entendu parler de cyclosporine, de dermatopolymyosite et de néphrotoxicité. A monsieur P, je dois d'avoir compris combien vite peuvent progresser les cancers, et c'est monsieur T qui m'a fait comprendre que les apnées se multiplient lorsque qu'on s'approche de la fin.

Tous ces visages portent une histoire, leur rencontre laisse en moi une trace, mille questions médicales, mille questions de physiopathologie, mais surtout mille émotions... qui restent et ne s'en iront jamais... Ce n'est pas comme tous ces médicaments que j'ai appris il y a à peine un mois, pour un de ces modules et qui s'en sont déjà allés loin, loin, loin... Une chose est sûre, c'est que leur rencontre m'a donné envie d'apprendre comment s'expliquent et évoluent toutes ces maladies, quelles en sont les causes et les traitements, mais surtout elle m'a donné envie d'apprendre à me remettre en question, à travailler mon écoute, mon attention et toutes ces autres qualités qui pourraient m'amener à être un médecin qui sait soigner.

Ce stage, certainement, s'est avéré un moyen d'apprendre, apprendre pour de vrai...

3. Autour du médecin de campagne

De ta mallette en cuir...

Une mallette en cuir noir dans la main, tu descends de ta vieille Ford poussiéreuse et réajustes ton béret, dissimulant une calvitie naissante. Tu es grand et plutôt maigre. Tout le monde te connaît au village et toi, tu salues par leur nom tous les villageois que tu croises: « Bonjour Madame Boillat, comment allez-vous? Et votre petite dernière, elle a fait ses dents? » « Mes hommages, Monsieur le Docteur, dites, il faut que je vienne vous voir, mon dos me fait vraiment souffrir. »

Il est 20 heures et tu rentres chez toi. Tu habites une maison, proche du centre du village et ton cabinet ne se trouve qu'à 100 mètres de ton logement. Tu as terminé tôt ce soir mais ton repos sera de courte durée car Monsieur Dupont va t'appeler dans 34 minutes car il s'est blessé en chutant de sa grange. Dans 36 minutes, tu sortiras donc de ton bain, enfileras ton vieux pantalon en velours côtelé et ton gilet marron, n'oublieras pas ta fidèle mallette et parcourras les 10 kilomètres qui te séparent de la ferme de Monsieur Dupont. Après quinze points de suture et un tour dans l'étable - parce que vous comprenez docteur ça m'inquiète, cette vache là c'est ma meilleure laitière et voilà que depuis qu'elle a vêlé elle veut plus rien avaler; qu'est-ce que j'dois lui faire pour qu'elle aille mieux docteur?- tu comptes rentrer chez toi pour dormir un peu mais voilà que Madame Sidonie a choisi cette nuit de pleine lune pour s'éteindre dans son lit. C'est toi qui signes le certificat de décès. Tu l'aimais bien, Madame Sidonie, depuis le temps que tu la soignais, à chaque fois qu'elle venait te consulter au cabinet elle t'apportait une tarte aux pommes; elle te manquera. A minuit et demi tu peux enfin rentrer et dormir un peu. Tu te réveilles à l'aube. Il fait froid en cette période de l'année et tu resterais bien au chaud sous ta couette. D'ailleurs, tu y penses; cela fait presque 3 ans que tu n'as pas pris de vacances, tu te dis que tu devrais au moins prendre le temps d'aller rendre visite à ta mère. Mais tes patients sont déjà dans la salle d'attente. C'est qu'ils viennent de loin, tes patients.

Parfois le soir, quand tu ne rentres pas trop tard, tu apprécies un bon verre de vin rouge. Il est un peu âpre et tu te dis qu'il aurait meilleur goût si tu le partageais avec quelqu'un. La médecine de campagne est une amante passionnée et passionnante. Elle est très jalouse et t'oblige au célibat. Mais c'est un choix et pour rien au monde tu ne troquerais ta vie de médecin, car ta campagne, tes patients, tu ne les aimes que trop.

Parfois le soir, tu ne rentres pas trop tard et tu as le temps de passer chercher tes enfants à l'école. Ensuite tu emmèneras ton fils cadet au football, il est capitaine de l'équipe et tu en es très fier. De ta fille aussi d'ailleurs. Elle ne vit plus à la maison car «elle s'emmerdait trop à la campagne» et suit des études de commerce. «je ne pourrai jamais être médecin, moi, j'ai l'intention d'avoir une vie» te dit-elle depuis son plus jeune âge. C'est vrai que tu es souvent absent et qu'ils t'en veulent, tes enfants d'avoir été aussi souvent absent, surtout quand ils étaient plus jeunes. Il t'est souvent arrivé de devoir partir en urgence pour un patient, laissant ton fils et ta fille en plan. Ils ne comprennent pas comment tu peux les «abandonner» pour aller prendre soin d'une autre personne alors qu'eux ont tout autant besoin de toi. Parfois, tu culpabilises et plusieurs fois tu as pensé à arrêter ton métier pour te consacrer à eux et à ta femme. Mais la médecine, cette amante passionnée et passionnante, te rattrape toujours.

Parfois le soir, quand tu ne rentres pas trop tard, tu prends un bon bain chaud. Tes muscles se détendent mais ton dos et tes articulations te font souffrir et te rappellent ton âge. La grande majorité des gens de ta génération sont à la retraite mais toi tu ne peux pas. Non, tu ne peux pas! Tes patients comptent sur toi. Il t'est arrivé de prendre des vacances, mais tes patients ensuite te le reprochent: «vous savez, docteur quand vous n'êtes pas là, je ne me sens pas en sécurité. S'il arrive le moindre souci, vous savez j'ai le coeur fragile, à qui ferai-je appel? ». De toute façon, après une semaine de pause, tu t'ennuies à mourir. Tu sais bien qu'un jour tu devras t'arrêter, d'ailleurs tu te sens de plus en plus souvent fatigué, moralement et physiquement. Mais la médecine est une amante passionnée et passionnante. Chaque année tu repousses la date de ta retraite. Personne ne veut reprendre ton cabinet alors tu es bien obligé de continuer car tes patients ont besoin de toi.

... à ma blouse blanche

Autant être honnête, cet IMC fût avant tout une expérience personnelle, donc subjective. Ce rapport écrit sera donc un reflet de cette aventure: d'une part, une approche globale au sujet de la médecine générale de périphérie et surtout d'autre part trois ressentis, trois regards différents sur la manière dont nous avons appréhendé cette immersion dans la médecine de campagne.

Le hasard fait parfois très bien les choses. Une liste des médecins généralistes de Suisse, une carte de la Suisse et trois étudiantes genevoises qui rêvent d'aller confronter leur représentation du médecin de campagne à la réalité quotidienne de ce dernier.

Lundi 18 mai. Réunion IMC contournée et départ pour Tramelan, dans le Jura bernois. Nous sommes accueillies par le médecin du village et sa femme, également médecin. Ils nous hébergeront dans leur ancien appartement, juste au dessus du cabinet médical. Vous connaissez beaucoup de médecins prêts à vous loger à l'oeil et à vous ouvrir les portes de sa pratique de la médecine, et ce pendant trois semaines? Et si ce couple de médecin nous invite plusieurs fois à leur table, vous me croyez? Le hasard vous dis-je. Nous arrivons donc tel les trois rois mages apportant miel, vin et pain... la comparaison s'arrête là car au-delà de ces quelques denrées alimentaires, nous, les profanes, arrivons avides de rencontres, de consultations, d'adrénaline, de médecine, bref nous sommes celles qui avons le plus reçu et appris de cette expérience. Grâce au hasard et à ces trois médecins jurassiens. Au-delà même de l'expérience médicale inoubliable que j'ai pu vivre, l'humanité des ces femmes et hommes qui nous ont accueilli m'a profondément touchée, émue. L'humanité, la générosité et le partage ont bercé ce stage, au rythme des rencontres, des consultations et des discussions avec les médecins jurassiens. Trêve d'envolées lyriques. Oui, j'avais besoin de ces belles rencontres pour me rassurer d'une part -oui, un bon médecin est avant tout une belle personne- et d'autre part m'a réconforter dans mon choix -oui, je deviendrai médecin.

Nous sommes donc trois à nous être lancées à la conquête de la médecine rurale, l'une chez le médecin de Tramelan et deux autres, dont moi, à Saignelégier, un village situé dix kilomètres plus loin, dans le canton du Jura. Le médecin chez qui j'ai passé ces trois semaines est installé dans la région depuis 5 ans. Comme il me l'a expliqué, il était plutôt destiné à une carrière hospitalière

mais l'opportunité de reprendre un cabinet médical dans la région dont il est natif l'a poussé à s'installer à Saignelégier. Si j'entame ce récit par la question du choix, ce que cette problématique me touche particulièrement. En effet, lors de ce stage j'avais dans l'attente de trouver une réponse à la question du choix. Quel médecin veux-je devenir? Est-ce que la médecine générale est réellement telle que je l'imagine? La médecine générale m'intéresse mais hormis le CMA, duquel j'ai été un peu déçue, je me demandais si la réalité de ce métier correspondait à ce que j'imaginai. Je n'ai pas été déçue. J'ai pu rencontrer des médecins à l'écoute, attentifs à leurs patients, n'hésitant pas à mordre sur les «20 minutes Tarmed», quitte à finir plus tard le soir. La diversité des pathologies rencontrées, la «débrouille», les urgences, les gardes, la pédiatrie, les visites à domicile... En trois semaines j'ai l'impression d'avoir accumulé des tonnes d'anecdotes et me suis délectée des récits héroïques de ces médecins: infarctus du myocarde dans la salle d'attente, accouchement à domicile ou encore fin de vie. Alors je me prends au jeu et lorsque je commence ma journée, j'attends avidement du sang, des problèmes aigus – une fracture ouverte s'il vous plaît-, un diagnostic hors du commun ou encore une suture... espérant presque qu'un paysan ait un geste maladroit avec sa bêche. Et puis il y a les consultations «psychosociales», où parfois je me sens de trop. Parfois, elles sont soporifiques à souhait quand on ne connaît pas l'histoire de vie d'un patient, ni la relation qu'il entretient avec son médecin. Mais j'observe la confiance du patient, l'écoute du médecin et je me dis que j'ai finalement hâte d'avoir mes patients à moi, à qui ils confieraient leurs problèmes. Il me semble essentiel qu'un patient sente qu'il peut compter sur son médecin. Comment fait-il, ce médecin pour enchaîner les consultations, se souvenir de chacun de ses patients, de les écouter même quand il est 18h30 et qu'il a envie de retrouver ses enfants et sa femme? La journée se termine. J'ai hâte de retrouver mes deux compères pour partager nos impressions personnelles. On a les yeux qui brillent et plein de choses à se raconter: -j'ai fait ma première prise de sang, -et moi j'ai trouvé un signe du flot sur le genou gauche d'un patient! Premier TR (comprendrons ceux qui peuvent...), premier diagnostic d'angine à streptocoque, premières injections in vivo sur patients. Bref, mes premiers contacts avec la pratique véritable de la médecine. Un constat évident: quel chemin encore à parcourir! Loin d'en être découragée, les prochaines années d'études et la vie clinique à venir sont synonymes d'apprentissage et d'expérience.

Conclusion

Même si l'on est à mille lieues de l'image archaïque d'un médecin de campagne, ne disposant d'aucune ressource, travaillant dans des conditions hygiéniques douteuses et débordant de travail, il persiste néanmoins une différence entre la pratique de ville et celle de campagne. Celle-ci se situe davantage dans le rapport que le médecin peut entretenir avec ses patients, dans le contexte social, que dans la manière de pratiquer son art. Même dans des régions comme le Jura, l'accès aux infrastructures et moyens diagnostiques, certainement plus éloignés qu'en ville, ne constitue pas une barrière pour une médecine de qualité.

Il n'en demeure pas moins que la situation des généralistes risque de se précariser dans les années à venir, si ceux-ci ne parviennent pas à trouver repereur pour leur cabinet. Ceci est en lien avec la pénurie des médecins de premier recours qui se profile et qui sévit déjà dans certaines régions. Dans ce contexte, les mesures politiques récentes, souvent inefficaces ou inappropriées, participent à dévaloriser une profession d'une importance pourtant capitale pour le bon fonctionnement du système de santé.

Malgré les efforts des Universités pour redorer le blason de la médecine générale, les étudiants en fin de cycle demeurent pour l'heure largement distants et ignorants des défis et réalités du métier de généraliste, surtout à la campagne. Ce manque de contact avec la profession contribue à notre sens au maintien de certains préjugés qui participent à saper la relève.

Notre stage a été l'occasion d'évacuer nombre de nos préjugés concernant la médecine de campagne. Il nous a permis d'entrer en relation avec des médecins passionnés et satisfaits de leur travail. La diversité et la complexité de leur tâche nous ont impressionnées. Nous restons également marquées par leur savoir-faire mais aussi par l'intérêt porté à notre travail, par leur hospitalité et leur ouverture.

ANNEXES

Annexe 1

LE TEMPS

Santé vendredi 15 mai 2009

La densité médicale influe-t-elle sur les coûts? Une étude en accrédite la thèse

[Valentine Zubler](#)

Selon une étude pilote réalisée en collaboration avec tous les acteurs de la santé, les médecins installés à Genève disposeraient d'un revenu inférieur à leurs collègues. Paradoxalement, le coût par assuré reste élevé dans ce canton...

Une forte densité de médecins va-t-elle de pair avec des assurés coûteux? A l'heure où des hausses de primes de 10% au minimum sont annoncées pour 2010, une étude pilote inédite, publiée ce mois-ci par le Département genevois de la santé (DES), tend à accréditer cette thèse controversée. Et suscite un vif intérêt, bien au-delà des frontières cantonales.

Pour la première fois au niveau suisse, le dicastère de Pierre-François Unger a inauguré un suivi systématique des prestations de santé dans son canton. Après parfois de longues négociations, médecins, hôpitaux et caisses maladie ont accepté de livrer des données. Et maintenant? C'est là que l'affaire se corse. Car si les partenaires se félicitent d'avoir joué le jeu, il s'agit désormais d'analyser le document de trente pages et d'en tirer des enseignements au niveau national. Le secrétaire général adjoint du DES, Adrien Bron, assure qu'«il ne s'agit pas de pointer des responsabilités. Aucune conclusion ne sera tirée sans avoir été validée par tous les acteurs.» Pourtant, un élément de cette étude risque de faire débat.

La comparaison est inédite: les médecins genevois en cabinet disposeraient d'un revenu inférieur à leurs collègues suisses. En 2008, le chiffre d'affaires mensuel global d'un cabinet privé, à Genève, s'élevait ainsi à 33425 francs brut. De cette somme, facturée à l'assurance obligatoire, sont ensuite retranchés le loyer, les charges sociales du personnel, le matériel, etc. Or la facturation mensuelle d'un cabinet, au niveau national, atteignait 49741 francs... Globalement, le revenu des médecins du bout du Léman, qui a priori ne pratiqueraient pas davantage de temps partiel qu'ailleurs, estime le DES, serait d'un tiers inférieur à celui de leurs confrères.

Comment expliquer, alors, que le coût par assuré dans l'ambulatorie privé soit nettement supérieur à Genève que la moyenne suisse: 1043 francs en 2008, contre 680? Aux yeux du DES, plusieurs pistes sont à étudier. A commencer par la forte densité médicale du canton, qui totalise 32 médecins en pratique privée pour 10000 habitants, tandis qu'au niveau suisse, on compte 20 praticiens pour le même nombre de personnes. Les Genevois ne se rendant pas nécessairement plus souvent chez le docteur, selon le DES, la masse des assurés se «diluerait» donc dans un bassin plus dense de cabinets.

En conséquence, les patients, moins nombreux à consulter le même médecin, ont peut-être tendance à y rester plus longtemps. «Nous étudions effectivement cette piste», explique Adrien Bron. «Il faudra également examiner si les praticiens genevois effectuent davantage d'actes médicaux par assuré.» Pourquoi le revenu des docteurs genevois est-il inférieur, sachant que leur point de facturation Tarmed est le troisième le plus élevé de Suisse? Parce que les cabinets genevois semblent accueillir moins de patients par jour. Or les premières minutes d'une visite sont facturées plus cher que les suivantes.

Coût des médicaments

Mais le DES compte examiner d'autres hypothèses avec les partenaires. Il s'agit également de déterminer si les patients genevois ont davantage tendance à consulter directement un spécialiste, sans passer par un généraliste. Cela étant, insiste Adrien Bron, d'autres éléments entrent en compte lorsque l'on analyse la rémunération des médecins. Ainsi, la dispense de médicaments par les généralistes et spécialistes, répandue en Suisse alémanique et interdite à Genève, rapporte une large part de leur revenu à ceux qui la pratiquent régulièrement. Ceci étant, la facturation par Tarmed uniquement reste inférieure à Genève qu'ailleurs.

En conclusion, souligne Adrien Bron, «le revenu des médecins genevois tend à montrer qu'ils sont consciencieux. Mais qu'il y a trop de prestataires en soins ambulatoires qui veulent travailler à Genève.»

«Une culture différente»

Cette étude pilote éveille toutefois l'intérêt des assureurs. Pour Nello Castelli, membre de la direction générale de l'organisme faitier des assureurs, Santésuisse, l'étude genevoise pointe clairement un problème de «volume de l'offre». «On le constate, ajoute-t-il: certains actes médicaux sont plus souvent facturés dans des agglomérations comme Bâle ou Genève.»

Du côté des médecins, en revanche, cette assertion passe mal. «La vision de la prise en charge est culturellement différente à Genève, il n'y a rien de mercantile», estime le président de la FMH, Jacques de Haller. «Cela répond peut-être davantage aux attentes des patients.» Le président de l'association des médecins du canton de Genève (AMG), Pierre-Alain Schneider, abonde dans le même sens: «Un médecin qui est débordé a peut-être tendance à voir les gens très rapidement. Dans les villes, les patients sont plus attentifs à une prise en charge approfondie.»

Annexe 2

LE TEMPS

medecine lundi 25 mai 2009

«Le généraliste ne doit pas devenir un trieur»

[Marie-Christine Petit-Pierre](#)

La création d'une chaire de professeur de médecine générale à Lausanne est une première en Suisse romande. Une marque de reconnaissance pour une discipline discrète mais essentielle. Interview de Thomas Bischoff, son premier titulaire



Thomas Bischoff. (veroniquebotteron.com)

En théorie, le médecin de premier recours est considéré comme la pierre angulaire de notre système de santé. Dans les faits, il a longtemps souffert d'un certain manque de reconnaissance. Conséquence, les jeunes médecins ont tendance à se désintéresser de cette formation. La création à Lausanne du premier poste de professeur de médecine générale pour la Suisse romande, après Bâle et Zurich, constitue à cet égard un signal fort. Explications de Thomas Bischoff, professeur titulaire de la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne.

Le Temps: Votre nomination constitue-t-elle une reconnaissance de la médecine générale?

Thomas Bischoff: C'est l'aboutissement de vingt ans de lutte pour la reconnaissance de la médecine de famille au sein de la faculté. Elle s'est faite partiellement sous pression politique.

– Qu'y a-t-il de si particulier dans l'enseignement de la médecine générale?

– On entre dans une autre logique que la logique hospitalière. L'approche est centrée sur le patient, dans une prise en charge globale et, souvent, sur la durée. Des caractéristiques que l'on ne retrouve que très peu dans l'institution hospitalière. Or 95% de la recherche médicale est réalisée à l'hôpital. Cela signifie que la prise en charge des patients est définie dans le contexte hospitalier et n'est, la plupart du temps, pas adaptée à la pratique en cabinet. Alors même que, si nous considérons une population de 1000 personnes pendant un mois, 9 seront hospitalisées, dont une seule dans un établissement universitaire, et 250 iront consulter un médecin de premier recours.

– En quoi la logique médicale diffère-t-elle en cabinet?

– Nous l’avons montré dans une étude dans le cadre de l’Institut universitaire de Médecine générale. Aux urgences de l’hôpital, trois quarts des gens consultant pour des douleurs thoraciques souffraient d’un problème cardiovasculaire, avec un bon nombre d’affections dangereuses, des infarctus ou des embolies pulmonaires. Par contre, lors d’une consultation dans un cabinet médical, la probabilité d’avoir un problème cardiaque grave était minime; la moitié des patients souffraient de douleurs musculaires bénignes. Dans ce contexte, la démarche diagnostique change évidemment et tout l’art du généraliste consiste à ne pas manquer les cas rares d’une affection grave. Il doit aussi davantage savoir s’occuper de ces patients qui «n’ont rien», mais qui, malgré tout, ont mal.

– **Cette discrédence entre la formation hospitalière et la réalité d’un cabinet peut-elle être atténuée?**

– Nous essayons, dans l’enseignement, de donner aux étudiants une perspective qui soit extérieure à l’hôpital et aux spécialités. Nous leur proposons par exemple un stage en cabinet. Là, ils rencontrent les patients dans un autre contexte et nous pouvons leur montrer et leur enseigner des notions de complexité. Et cela constitue une expérience particulièrement impressionnante pour eux. Ce stage sera bientôt obligatoire. Dans la formation postgrade, nous soutenons le passage en cabinet des assistants.

– **Les étudiants ont-ils peur de la responsabilité qui incombe au généraliste?**

– Il est vrai que le côté technique de la médecine parle aux jeunes. Alors que la médecine générale valorise le côté humain et relationnel. Plus la formation des médecins leur fournira d’outils pour gérer la relation et les situations complexes, moins ils auront peur.

– **Le médecin généraliste risque-t-il de devenir un trieur?**

– C’est un choix de société et un choix politique. Le travail de généraliste risque de se restreindre au triage si l’on décide par exemple de réduire sa formation à trois ans, au lieu de cinq, comme cela se fait dans certains pays européens. Ou si certaines prestations ne sont plus reconnues par la LAMal. Le cadre financier joue aussi un rôle: si le système favorise les consultations courtes, le médecin n’aura plus le temps de faire autre chose que du triage.

– **Comment voyez-vous votre nouvelle fonction?**

– Nous devons nous efforcer de devenir une référence pour aider à construire un système de santé cohérent, en nous appuyant à la fois sur la recherche et la formation. Il faut pouvoir fournir des arguments solides à ceux qui s’engagent politiquement. Notre rôle consiste également à donner envie à un maximum d’étudiants de devenir généralistes et à maintenir leur enthousiasme. Ce malgré les tracasseries imaginées à Berne, comme le gel des installations, la clause du besoin, la menace sur l’obligation de contracter, la diminution des tarifs de laboratoire, la diminution de la valeur du point et la taxe de 30 francs par consultation demandée au patient.

– **Que pensez-vous de cette mesure?**

– C’est une catastrophe, toutes ces solutions sont bricolées dans une improvisation qui n’est fondée sur aucune analyse sérieuse. Dans mon cabinet, personne ne vient consulter sans raison. Le message donné est contradictoire. D’un côté on nous demande d’avoir un rôle de prévention, de l’autre on veut exiger 30 francs du patient afin de modérer sa consommation médicale. Mais la prévention ne se fait pas dans l’urgence. Combien de souffrances faut-il pour 30 francs? Je suis persuadé que cela va amener une inégalité dans les soins. Pascal Couchepin compte probablement sur le fait que le médecin paie lui-même cette somme pour les patients en difficulté.

– **Risque-t-on une pénurie de généralistes?**

– Oui, si l’on ne réussit pas à augmenter le nombre de jeunes qui s’engagent dans cette voie. Or la qualité d’un système de santé s’évalue à l’aune de sa médecine de premier recours. De nombreuses études montrent que l’espérance de vie, la mortalité infantile, la qualité de la prise en charge de multiples maladies sont liées à l’importance donnée à la médecine de premier recours

Annexe 3

LE TEMPS

Suisse samedi 31 janvier 2009

Le médecin de premier recours condamné?

[Pierre-Emmanuel Buss](#)

La réforme du tarif des laboratoires renforce l'effet repoussoir d'une profession qui a besoin de forces vives

Le médecin généraliste est une espèce menacée. Avec près de 50% de praticiens âgés de plus de 55 ans, la pénurie guette. Dans ce contexte tendu, la décision du conseiller fédéral Pascal Couchepin de réformer les tarifs des laboratoires, jugés trop onéreux (LT du 30.01.2009), suscite la colère de la profession. La société vaudoise de médecine a annoncé vendredi qu'elle organisera «une journée de grève» pour protester contre une mesure qui va «sonner le glas de la grande majorité des laboratoires médicaux de proximité».

Président de la Société suisse de médecine générale (SSMG), François Héritier reconnaît que les laboratoires coûtent plus cher en Suisse que dans les pays voisins. Mais selon lui, il ne faut pas mélanger les pommes et les poires. «Il y a une distinction à faire entre les grands laboratoires et les laboratoires des cabinets, qui n'existent pas à l'étranger. Nous l'avions proposé à Pascal Couchepin. Il ne nous a pas écoutés. Il ne pense qu'à réduire les coûts à court terme, sans se soucier des incidences que cela aura à l'avenir. Il n'a aucune vision.»

Une pénurie qui se précise

Pour Thomas Bischoff, chef de l'Institut de médecine générale du CHUV, cette décision menace «un outil indispensable, en particulier pour les cabinets situés loin des centres urbains». Elle donne un coup supplémentaire à l'image du médecin de premier recours. De quoi «démotiver les jeunes à embrasser une discipline qu'il faudrait pourtant promouvoir pour éviter l'engorgement des services d'urgence».

Annoncée depuis plusieurs années, la pénurie de généralistes se précise dans les régions périphériques. Du Chablais à la Gruyère en passant par les Franches-Montagnes, les futurs retraités ont d'immenses difficultés à remettre leur cabinet. Ce n'est pas fini. Si rien ne change, l'offre en consultations pourrait diminuer de 33% d'ici à 2030, selon une étude de l'Observatoire de la santé de Neuchâtel. Selon différents scénarios alternatifs, «entre 20% et 50% du recours à la médecine de base ne serait pas couvert».

«Les médecins, les facultés, les autorités politiques locales et cantonales ont pris conscience du sérieux de la situation, estime Thomas Bischoff. Pas la Confédération. On a l'impression qu'elle sabote notre travail.»

Les médecins souhaiteraient notamment que les autorités fédérales mettent en place un cadre légal qui facilite l'installation de jeunes médecins où il y a des besoins. Car, comme à Tramelan (lire ci-dessus), la tendance est au regroupement des forces, ce qui nécessite un investissement de départ important.

François Héritier considère que les cabinets individuels – largement majoritaires aujourd'hui – vont progressivement disparaître. «A mon avis, c'est une évolution inéluctable. Avec la féminisation du métier (plus de la moitié des étudiants), il y aura de plus en plus de demandes pour des postes à temps partiel. C'est plus facile à offrir quand plusieurs médecins collaborent étroitement. Cela permet aussi de se répartir les gardes. En terme d'attractivité, ce n'est pas négligeable.»

Annexe 4



Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
Société Suisse de Médecine Générale
Società Svizzera di Medicina Generale

Chargée d'information SSMG

Eliane Gerber
Rue des Prés 25
2720 Tramelan

☎ 032 / 487 42 26
Fax 032 / 487 42 11
Courriel eliger@bluewin.ch

COMMUNIQUE

Berne/Bürgenstock, le 9 mai 2009

Les médecins de famille lancent l'initiative populaire « OUI à la médecine de famille »

Lors du séminaire annuel des cadres SSMG au Bürgenstock, les médecins de famille ont décidé de lancer, à l'automne 2009, une initiative populaire « OUI à la médecine de famille ». Le comité d'initiative sera exclusivement composé de médecins de famille.

« Qui aura encore besoin de la médecine de famille dans le futur ? » C'est la question débattue au colloque des cadres de la Société Suisse de Médecine Générale SSMG, les 7, 8 et 9 mai 2009 au Bürgenstock. De nombreux intervenants - représentant le monde politique, l'administration, les assureurs et la science - y ont défendu des points de vue parfois très divergents. Se sont exprimés, entre autres, Peter Gomm, conseiller d'Etat soleurois, Stefan Kaufmann, directeur de santésuisse, Jacqueline Fehr, conseillère nationale et Erika Zeltener, présidente de l'organisation faïtière des services aux patients.

Résultat des discussions : **on aura besoin plus que jamais de la médecine de famille.** Non seulement pour des considérations économiques (la médecine de premier recours offre le meilleur rapport coût-prestation), mais également en raison de l'éclatement croissant de la médecine spécialisée. Plus le nombre de spécialistes intervenant dans le traitement d'un patient est grand, plus le rôle du médecin de famille est capital, car lui seul est en mesure de garder une vue d'ensemble et de coordonner les thérapies, du cas d'urgence jusqu'aux soins de longue durée en EMS. Mais en premier lieu, on aura besoin des médecins de famille en raison du vieillissement progressif de la société. Ils sont les véritables spécialistes des poly-morbidités du grand âge.

Initiative populaire « OUI à la médecine de famille » pour éviter une pénurie en médecins de famille et pour revaloriser la profession

La décision prise par la SSMG de lancer une initiative populaire « OUI à la médecine de famille » est la conséquence logique de ces constats. Elle fut précédée d'une longue phase de minutieuse préparation qui avait commencé par un sondage auprès des médecins de famille, fin novembre 2008.

Les médecins de famille ont accepté un article constitutionnel (texte de l'initiative) qui a pour objectif essentiel - surtout face à la menace d'un manque de médecins de famille - **de garantir à la population la médecine de famille comme « composante fondamentale des soins de base »** : accessible à tous, professionnellement approfondie et d'excellente qualité. Afin de pouvoir réaliser cela, quelques conditions cadre politiques devront être modifiées ou introduites en faveur de la médecine de famille. Parmi celles-ci, entre autres, l'amélioration de la formation pré-graduée, post-graduée et continue, le développement et une meilleure indemnisation des activités diagnostiques, thérapeutiques et préventives de la médecine de famille et l'amélioration du cadre financier. Toutes ces mesures ont également pour objectif de rendre la profession plus attrayante aux yeux de la relève médicale.

Principal artisan du texte de l'initiative présenté sous forme de projet peaufiné, Heinrich Koller, Dr jur. et lic. oec., professeur de droit public à la faculté de droit de l'université de Bâle et ancien Directeur de l'Office fédéral de la justice (1988-2006), a préparé un article constitutionnel en collaboration avec deux juristes de la santé, le professeur Dr jur. Thomas Gächter (en charge de la chaire de droit public, administratif et des assurances sociales de l'université de Zurich) et le professeur Dr jur. Tomas Poledna (professeur titulaire de droit public à l'université de Zurich).

L'initiative sera portée par un comité d'initiative formé exclusivement de médecins de famille représentant toutes les organisations de la médecine de premier recours en Suisse, afin de s'assurer le soutien intégral de tous les médecins de famille.

Le lancement de l'initiative est prévu à l'automne 2009, immédiatement après la création de la nouvelle organisation faîtière „Hausärzte Schweiz“.

En prenant la décision de lancer une initiative populaire, les médecins de famille empruntent de nouvelles voies dans leur politique corporative et de santé : ils font de leurs patientes et patients des partenaires politiques, car ceux-ci ont tout intérêt à disposer d'une médecine de famille optimale. Ensemble, ils forment un « pouvoir plébiscitaire » qui apparaît pour la première fois sur la scène politique dans cette constellation. Car la relation entre le médecin et son patient possède non seulement une dimension humaine et médicale, mais également politique. Pour la première fois, cette dimension politique est utilisée dans le cadre d'une initiative populaire afin de permettre à la médecine de famille - et, partant, aux meilleurs soins de base pour la population - de percer durablement.

Dans cette perspective, les médecins de famille sont persuadés qu'ils ont une réelle chance de voir leur idée triompher. Une victoire devant le peuple permettrait non seulement d'ancrer la médecine de famille dans la Constitution fédérale, mais également d'inverser l'équilibre des forces dans la politique de la santé. Mais avant tout, une initiative victorieuse débloquerait les discussions et négociations dans le domaine de la santé qui sont actuellement au point mort, en fixant de nouvelles priorités et en indiquant de nouvelles pistes.

Pour tout renseignement :

- Dr méd. François Héritier, président SSMG, tél. mobile 079 / 280 09 89
- Dr méd. Margot Enz Kuhn, vice-présidente SSMG, tél. mobile 079 / 480 80 67
- Dr méd. Franziska Zogg, vice-présidente SSMG, tél. mobile 079 / 208 86 02

Annexe 5

LE TEMPS

Jura bernois samedi 31 janvier 2009

Tramelan refuse de tomber malade

[Serge Jubin](#)



Le docteur Guy de Watteville en consultation. (Jacques Bélat)

Dans cinq ans, les cinq généralistes de Tramelan seront en retraite. Le village ouvrira un centre de santé pour 8,7 millions. Reportage

Tramelan, bourg de 4238 habitants, calé entre les chaînes montagneuses jurassiennes, intégré au paysage des Franches-Montagnes mais orienté vers la vallée industrielle de Tavannes. Une localité «perdue», à une petite demi-heure de Bienne et La Chaux-de-Fonds. Mais un village qui sait «se débrouiller par lui-même», dit sa maire, la socialiste Milly Bregnard. Presque autarcique, il a su tirer profit de sa prospérité horlogère du XX^e siècle, lorsque sa population dépassait les 5000 âmes. «Contrairement aux clichés, nous sommes ouverts, audacieux et accueillants», corrige Madame la maire.

«Nous sommes gâtés»

«Et nous sommes gâtés, reconnaît-elle. Nous avons une activité débordante, industrielle, culturelle, sportive, commerciale.» Tramelan dispose d'un cinéma, d'une patinoire couverte, de salles de sport, de deux pharmacies, de commerces spécialisés, 21 hôtels et restaurants, un centre de formation des adultes d'importance nationale – le CIP, cadeau du canton de Berne à ses «loyalistes» – et de «la plus belle piscine à ciel ouvert de Suisse romande selon la télévision alémanique», rapporte Milly Bregnard. Qui ajoute: «Le climat est excellent à Tramelan. Notre doyenne a 106 ans, pas parce que nous sommes un village de vieux, mais parce qu'on y vit bien.»

Tramelan possède un autre «avantage»: il abrite trois cabinets médicaux et cinq médecins. Milly Bregnard mesure l'importance de «cette chance» quand, partout alentour, dans les campagnes, les médecins de famille partent en retraite à la pelle sans avoir trouvé de successeur.

«Ici, le boulot est archi-intéressant», s'enflamme Guy de Watteville, 59 ans, médecin généraliste établi depuis neuf ans à Tramelan. Il avait auparavant un cabinet indépendant dans un autre village du Jura bernois, Corgémont, jusqu'en 1997. Qu'il a fermé pour partir deux ans en mer. Avant de venir faire équipe avec Pierre Graden, médecin déjà établi à Tramelan. Ils pratiquent à 50%, «ce qui fait tout de même 50 heures chacun par semaine», sourit Guy de Watteville. «Nous n'avons pas d'hôpital ni de spécialiste sur place, nous recevons toutes sortes de patients, poursuit-il. Ces jours, j'en accompagne un en fin de vie.»

Pourtant, à deux dans un cabinet, les médecins peuvent se répartir les «spécialités» selon leurs affinités. «Je fais presque 30% de pédiatrie», précise Guy de Watteville, laissant à son collègue «les plâtres et les fractures». Ils participent au tournus des gardes dans la région: 35 nuits et 5 week-ends par an et par médecin.

«Luxueuse» aujourd'hui, l'offre médicale sera tout autre à Tramelan dans cinq ans. Tous les médecins seront retraités. Et personne à l'horizon pour assurer la relève. «C'est un gros souci», concède Milly Bregnard.

Fidèles à leur tempérament «débrouillard», les Tramelots ont imaginé une formule inédite, «pionnière à la campagne», selon Madame la maire: créer un centre de santé, médical et thérapeutique.

Un luxe médical

Le projet, qui coûtera 8,7 millions, prévoit de démolir une vieille ferme voisine de l'EMS parapublic des Lovières, et d'y construire un bâtiment qui permettra d'étendre les locaux du home, d'aménager «un étage pour les médecins», avec six salles de consultation et un laboratoire commun, ainsi qu'un «deuxième étage» pour une clinique dentaire, un physiothérapeute, un psychologue, une puéricultrice, le service de soins à domicile. La commune a persuadé une caisse de pension d'y investir son argent. «Les médecins souscrivent à ce programme, à condition de ne pas devoir y investir directement, précise Guy de Watteville. Sinon pour notre propre matériel. A Tramelan, un généraliste vit bien, mais ne gagne pas les 200 000 francs annuels évoqués par Pascal Couchepin.» Le cabinet médical commun est prévu pour accueillir l'équivalent de trois postes de travail. «Notre idée, c'est d'y proposer des temps partiels, pour cinq ou six personnes, poursuit le médecin. Cette structure conviendrait en particulier pour des femmes généralistes.» Le bâtiment ne sera terminé qu'à fin 2010. Mais Tramelan part déjà à la chasse aux nouveaux médecins, vantant la dynamique du projet commun de centre de santé.

«Aller à Tavannes, ce serait un drame»

Dans le village, peu de réactions. Ce n'est pas dans les gènes de s'enthousiasmer. On attend de voir. «Le système exigera, de la part des patients, d'être pris en charge par le médecin présent au moment de la consultation, précise Guy de Watteville. Ce sera un moindre mal, car s'il fallait se rendre ne serait-ce que dans le village voisin de Tavannes pour voir le médecin, ce serait un drame.»

«Concentrer les activités médicales et de santé à une seule adresse facilitera la vie des Tramelots», s'enflamme Milly Bregnard, dont on salue un «volontarisme têtue» dans sa commune. «Et, si plusieurs professionnels de la santé travaillent au même endroit, on se verra au café et on aura un meilleur suivi des patients, renchérit Guy de Watteville. Aujourd'hui, quand j'envoie quelqu'un chez la psychologue, je n'ai pas de retour.»

BIBLIOGRAPHIE

Livres

Michaïl BOULGAKOV, *Récits d'un jeune médecin*,

Dr Germain GALERANT, *médecine de campagne, de la Révolution à la Belle Epoque*, Plon, Paris, 1988

Noah GORDON, *Le médecin d'Isphan*, Paris, Le livre de Poche, 1986

Victor-Jules-Marie Joseph-Isidore RANVOIZE, *La médecine à la campagne, son outillage*, thèse pour le doctorat en médecine, Université de Bordeaux, 1912

Martin WINCKLER, *Les Trois Médecins*, Paris, Folio, 2004

Martin WINKLER, *La maladie de Sachs*, Paris, Folio, 2004

Articles

BULLETIN DES MEDECINS SUISSES, *Revenus des médecins indépendants de Suisse en 2004 et 2005*, BMS 2009; 90.11

LE COURRIER, *Le Val-de-Travers s'attaque à la relève des généralistes*, 13 juin 2009

LE TEMPS, *Le médecin de premier recours condamné ?*, 31 janvier 2009

LE TEMPS, *Tramelan refuse de tomber malade*, 31 janvier 2009

LE TEMPS, *La densité médicale influe-t-elle sur les coûts? Une étude en accrédite la thèse*, 15 mai 2009

LE TEMPS, *Pascal Couchepin veut équilibrer les salaires des médecins*, 21 mars 2009

LE TEMPS, *Le généraliste ne doit pas devenir un trieur*, 25 mai 2009

M. MONNIER, *Médecins de premiers recours: pénurie ou pléthore?*, PrimaryCare 2004; 4: Nr.40

M. PERRENOUD, *Place de la médecine scolaire dans la gestion de la santé publique et de la santé publique dans la gestion de la médecine scolaire*, Primary Care 2002; 2 : Nr.531

PLANETE SANTE, *Médecins généralistes: chronique et dangers d'une pénurie annoncée*, février 2009, Nr.2

PLANETE SANTE, *Laboratoire et grève des médecins*, Edition Spéciale: mars 2009

P. TSCHUDI, *Le médecin de famille- une balle que se renvoient les patients et les politiciens de la santé ?*, PrimaryCare 2009 ; 9 : Nr. 8

Médecin de premier recours en Suisse romande: Qui sont-ils? Que font-ils?, Primary Care, 2004, Nr.41

LA TRIBUNE DE GENEVE, *Gel d'ouverture de nouveaux cabinets médicaux jusqu'en 2011*, 27 mai 2009

Sites internet

Rapport du conseil suisse de la science et de la technologie, « Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins »

http://www.swtr.ch/f/ablage/dokumentation/publikationen/swtr_demmed2007F.pdf

Office fédéral de la statistique :

http://www.ecoparc.ch/pdf/fr/S.COTTER_ForumEcoparc2005.pdf

Wikipedia, article sur Tramelan

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Tramelan>

Cursus romand de médecine générale

www.devenirgeneraliste.ch

Fédération des Médecins Helvétiques

www.fmh.ch

Films

La maladie de Sachs, enregistrement vidéo, réalisé par Michel Deville; d'après le roman de Martin Winckler; adapt. Rosalinde et Michel Deville, Paris, Eléfilm, Renn Pros, France 2 Cinéma, cop.1999

Le serment d'Hippocrate, film documentaire de Dominique Gros, Paris, les Films d'ici, Arte France, cop. 2003

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à ce travail, directement ou indirectement. Jacques et Elisabeth Geering pour leur hospitalité, leur générosité et leur gentillesse. Nicolas Anker et sa femme pour l'accueil et les cours « cathéter ». Thierry Maître et Jean-Paul Würth pour leur disponibilité et leurs enseignements. Philippe Chastonay pour sa flexibilité et la confiance accordée. Tous les patients rencontrés qui nous ont permis d'entrer dans leur intimité.