Bull Acad Natl Med 209 (2025) 429—431

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

VIE DE L'ACADÉMIE

Quels médecins pour demain ? Perspective néerlandaise☆

Rutger Jan van der Gaag☆, Radboudumc Nymèges

Académie nationale de médecine, 16, rue Bonaparte, 75006 Paris, France

Disponible sur Internet le 11 février 2025

Une situation alarmante !

La population des Pays-Bas vieillit et va continuer à vieillir d'ici à 2040. La demande en santé va crescendo. Les dépenses de santé représentent un peu moins de 10 % du produit intérieur brut, mais presque 25 % du budget de l'État. Actuellement, 15 % de la population active, travaille dans l'ensemble des services de soins (de la prévention, au généraliste, tout le personnel des hôpitaux, EPHADS, centre de revalidation... cabinet kinési/psycho-thérapeutes, etc.). Pour maintenir le niveau de soins actuels, il faudrait en 2040 y affecter plus de deux tiers du budget national et 25 % de la population active. Une situation tout à fait illusoire vu la pénurie déjà actuelle de soignants.

Au Pays-Bas, il y avait 50 000 médecins en 2000 (55 % d'hommes et 45 % de femmes), en 2024, il y en a 80 000 (41 % d'hommes et 59 % de femmes). Mais comme en moyenne, les médecins travaillent à 75 % d'un emploi à temps plein (le temps plein pour un médecin est considéré être de 59 heures par semaine, gardes incluses). L'offre reste bien inférieure à la demande qui a presque doublé dans les vingt ans passés.

Cet accroissement de la consommation médicale a plusieurs causes : — le nombre de personnes âgées augmente fortement — la population est beaucoup plus avertie et exigeante — les possibilités en termes de traitement ont beaucoup augmenté — le nombre de médecins de famille/généralistes a augmenté, mais le nombre de cabinets en ville ou centre de santé pluridisciplinaires a diminué, beaucoup de généralistes préférant travailler à temps partiel sans s'établir ou même n'assumant, pour certains d'entre eux, que des gardes. Du fait de cette évolution, le triage à la base a beaucoup souffert et bien plus de patients sont adressés à l'hôpital — bien que les personnes âgées soient encouragées à rester autonomes le plus longtemps possible, avec une espérance de vie, qui dépasse en moyenne les 80 ans tant pour les hommes que pour les femmes. Les équivalents des EHPAD sont beaucoup sollicités, malgré le manque de personnel.

Comment les médecins au Pays-Bas réagissent-t-ils à cette situation ?

Dès 2015, les facultés de médecine et l'Ordre des médecins ont pris conscience de cette évolution inquiétante. En conséquence, le curriculum médical a été adapté. Mais avec une durée d'études de six à sept années en moyenne, l'effet ne portera ses fruits qu'après 2025. Heureusement, la Fédération des médecins spécialistes a produit un rapport « Le Médecin en 2025 » qui a été largement implémenté.

Ce rapport connaît deux points de départs importants : la version 2019 du Serment d'Hippocrate et une redéfinition de la Santé (Huber 2011).

Tout médecin en activité aux Pays-Bas s'est engagé à « dévouer sa vie à la santé et au bien-être de ses prochains, indistinctement, — de les écouter soigneusement et respecter leurs intérêt et choix, — de les informer honnêtement, — de ne pas nuire, ... — de connaître sa responsabilité sociétale et de promouvoir l'accès aux soins pour tous... ».

Si l'OMS définit la santé comme l'absence de maladie ou troubles, cette définition a été modifiée aux Pays-Bas par un large groupe de travail. Ainsi, l'actuelle définition de la santé est : « la santé est la capacité d'un individu à s'adapter à des conditions changeantes. Et cela en six domaines : — le physique, — le mental, — les conditions sociales, — la qualité de vie, — les aptitudes au quotidien, — la foi en sa vie.

☆ Colloque organisé conjointement par l'Académie nationale de médecine et la Conférence nationale des doyens de médecine le 17 octobre 2024. Lieu : Académie nationale de médecine, Paris.

* Auteur correspondant.
Adresses e-mail : r.vandergaag@radboudumc.nl, r.vandergaag@orange.fr (R.J. van der Gaag).

https://doi.org/10.1016/j.banm.2025.01.018
0001-4079/

Dans le rapport « Le Médecin en 2025 », basé sur ces deux principes de base, les médecins aux Pays-Bas ont été appelés à :

- sortir de leur « Tour d'Ivoire » et d'abandonner le « Pater-/Maternalisme Médical » ;
- promouvoir la santé (selon la nouvelle définition) et prêter attention au style de vie ;
- aider ses patients et leurs familles à prendre des décisions quant à leurs traitements après avoir été dument informés ;
- coopérer mieux en pluridisciplinarité ;
- favoriser le partage des données pour faire avancer notre savoir et notre science ;
- repenser les prises en charge en termes d'efficacité (télémédecine — suppression des contrôles répétitifs de patients en situation stable — favoriser l'autogestion ou le transfert de compétences par exemple aux infirmier/ières (spécialisés).

Ce mouvement a été favorisé par diverses circonstances :

- le rapport de l'Ordre royal de l'art de la médecine KNMG (2021) « Niet alles wat kan hoeft ! » qui signifie : « tout ce qui est possible, n'est pas toujours nécessaire » appelle à une prise en conscience responsable aussi bien de la part des patients que de leurs médecins. Ceci a conduit à changer le discours de prolongation de la vie coûte que coûte, en considérant d'abord la qualité de vie ; à bien informer les patients et leurs proches et à agir, ou justement ne pas agir (sauf en soins palliatifs) en conséquence ;
- l'épidémie covid, aura eu, en dehors de toutes les souffrances, l'effet bénéfique d'avoir donné une énorme impulsion à la télémédecine et à la réévaluation des consultations policliniques dont beaucoup peuvent être remplacées par de courtes conversations en ligne, ou se sont avérés superflues puisque beaucoup de patients atteints de maladies chroniques sont de plus en plus compétents en auto-gestion.

Actuellement, les médecins néerlandais sont tous consultés pour évaluer les changements en cours et contribuer à redéfinir le médecin 2030. Il est certain que la prévention, la meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé et la prise en compte de l'expression des patients et citoyens seront au cœur de ce nouveau rapport. Ces considérations ont déjà été prises en compte sérieusement dans le renouvellement du curriculum médical tel qu'il a été mis en place il y a maintenant cinq ans dans toutes nos facultés. En outre, comme partout dans le monde, la transition s'est opérée vers le développement de « compétences » plutôt que de « connaissances » qui évoluent en permanence et à grande vitesse.

Les grands accents de cette réforme du curriculum portent sur :

- prévention et sobriété des soins afin de diminuer autant que possible les soins inutiles ;
- s'ouvrir à l'innovation ;
- favoriser la prise en charge responsable et personnalisée ;
- surtout considérer le patient/citoyen comme partenaire.

Si tous ces mouvements contribuent à faire évoluer la pratique médicale traditionnelle vers une pratique qui offre un meilleur équilibre avec la vie privée et la santé des médecins et autres personnels soignants, et contribue à l'émancipation et la responsabilisation des patients et citoyens, il reste un certain nombre de questions qu'il faut bien prendre en compte.

Le rapport 2015—2025, qui va être évalué et remis à jour, était très prometteur et anticipait un grand changement.

Or quels sont les facteurs qui font que le médecin de demain ressemble encore à celui d'hier ou est diffèrent de ce que l'on aurait espéré ?

- le premier facteur à prendre en compte a déjà été adressé il y a tout juste un siècle par Jules Romains dans sa pièce « le docteur Knock » (1924) : c'est la perversité de la rémunération des médecins et services dits de « santé », qu'il faudrait plutôt appeler « services de maladies », puisqu'ils ne sont pas rémunérés pour plus de santé, mais « à l'acte ». Pour le médecin il est plus facile (et en un sens nécessaire) de prescrire plutôt que de s'abstenir, ou au moins conseiller au malade et ses proches moins de soins ;
- un deuxième facteur est que, vu le progrès vertigineux de la science médicale et des possibilités thérapeutiques qui en résultent, le médecin très spécialisé a beaucoup plus à offrir. Bien des médecins sont tellement fiers de ce qu'ils peuvent, que la question de savoir si ce serait vraiment nécessaire, voir propice au patient, n'est pas toujours posée, ou discutée avec le malade (souvent fort âgé) et ses proches ;
- un troisième facteur est lié aux « sur-spécialisations » : on se demande souvent qui est vraiment le médecin traitant. Le patient, qui consulte bon nombre de spécialistes, se voit offrir des nombreux traitements sans qu'il soit en mesure d'en apprécier l'utilité ni la perspective, et il lui manque souvent « son » docteur en qui il a confiance et qui pourrait le conseiller et l'aiguiller. Les médecins sur-spécialisés ont tendance à se focaliser sur leur organe de prédilection, et oublient, par déformation professionnelle, de voir le patient dans son contexte psychosocial, voire sa phase de vie. Ceci a pour conséquence que l'attachement professionnel médecin-patient se dilue. Malheureux patient à qui manque « son médecin de confiance ». Le médecin qui travaille en temps partiel ne ressent plus une responsabilité éthique pour ses patients, puisque ce ne sont plus vraiment « ses » patients à proprement parler, mais des malades qu'il ou elle partage avec un bon nombre de collègues dans ou en dehors de leur spécialité propre ;
- de plus, le patient et ses proches, qui consultent Google en plus des médecins, sont devenus bien plus avisés et conscients et surtout plus exigeants. Les assurances et la solidarité des bien-portants aidant, le patient peut et veut être traité, littéralement à tout prix. Ceci conduit de plus en plus souvent à une exigence assertive, voire agressive, qui a pour conséquence que bien des soignants quittent les professions de santé. Cette fuite de personnels accentue le manque de personnels et alourdit la tâche de ceux qui restent.

Toutes ces considérations pourraient nous rendre sombres et pessimistes quant au futur du médecin aux Pays-Bas et par rapport au médecin du futur. Mais toute transition, comme nous le savons, est difficile. Et il suffit de rencontrer les étudiants actuels en médecine, enthousiastes, avides de savoir et dévoués, pour redevenir optimiste. Le médecin du

futur ne sera pas moindre, ni moins dévoué. Ils/elles seront différents et « en bonne santé », c'est-à-dire, adaptés à des situations qui changent à grande allure.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts. Rutger Jan van der Gaag est membre associé de l'Académie nationale de médecine.

Sources utilisées mais non référencées dans le texte

Les chiffres avancés proviennent du ministère de la Santé. https://www.staatvenz.nl/english.

Le médecin en 2025 (malheureusement seulement en néerlandais) https://demedischspecialist.nl/themas/thema/medisch-specialist-2025.

Rapport de la KNMG « Niet alles wat kan, hoeft » : https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/levenseinde-2/praten-over-levenseinde/niet-alles-wat-kan-hoeft.

Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AJ, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ 2011;343(4163):235—37.

Jules Romains (1924). Le Docteur Knock ou le Triomphe de la Médecine (éditions Folio).