



Situation actuelle de la médecine de premier recours

Rapport du Conseil fédéral

en exécution du postulat de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE) 07 3279 « Revalorisation de la médecine de famille » ainsi que du postulat de même teneur de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) 07.3561

Table des matières

0.	Vue d'ensemble	4
1.	Situation initiale	6
2.	Contenu des postulats 07.3279 et 07.3561	6
3.	Définitions	6
4.	Profil d'activités des médecins de premier recours	7
4.1.	Principaux résultats de l'analyse d'activité	9
4.2.	Conclusions.....	10
5.	Démographie médicale	11
5.1	Evolution de la spécialisation.....	11
5.2	Densité des médecins de premier recours	13
5.3	Conclusions.....	15
6.	Besoin de réforme pour la formation et la formation postgraduée - Question 1a des postulats	16
6.1	Amélioration de la formation et de la formation postgraduée	16
6.2	Système de soins intégrés.....	17
7.	Médecine de premier recours dans les régions périphériques – Question 1b des postulats	18
8.	Mesures pour revaloriser la médecine de premier recours – Question 2 des postulats	20
8.1	Mesures de la Confédération (DFI/OFSP).....	21
8.2	Mesures communes de la Confédération et des cantons (CDS et DFI/OFSP).....	21
8.3	Mesures de mise en œuvre dans les cantons	22
9.	Evolution des revenus – Question 3 du postulat	26
9.1	Principes du calcul des revenus	26
9.2	Revenu soumis à l'AVS selon les groupes de spécialistes	27
9.3	Chiffres clés sur le revenu soumis à l'AVS dans la médecine générale.....	29
9.4	Composition des coûts bruts du cabinet médical	30
9.5	Motifs possibles des écarts de revenu.....	30
9.6	Comparaison internationale des revenus des médecins.....	31
9.7	Conclusion sur l'évolution des revenus	33
10.	Synthèse	34

Abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
BMS	Bulletin des médecins suisses
Bureau BASS	Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CDS	Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé
CE	Communauté européenne
CMPR	Collège de médecine de premier recours
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil National
CSST	Conseil suisse de la science et de la technologie
DFI	Département fédéral de l'intérieur
FMH	Fédération des médecins suisses
FMP	Fédération des médecins praticiens
GRSP	Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LPMéd	Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (loi sur les professions médicales LPMéd)
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFSP	Office fédéral de la santé publique
santésuisse	Association faîtière de la branche de l'assurance maladie sociale suisse
SSMG	Société suisse de médecine générale
SSMI	Société suisse de médecine interne
SSP	Société suisse de pédiatrie
TARMED	Tarif uniforme pour toutes les prestations médicales ambulatoires prodiguées dans les cabinets médicaux et établissements hospitaliers en Suisse
UE	Union européenne
WONCA Europe	World Family Doctors. Caring For People. Europe

0. Vue d'ensemble

Le présent rapport en réponse aux postulats de même teneur 07.3279 et 07.3561 des commissions de la sécurité sociale et de la santé publique des deux Conseils a été mandaté suite à la pétition déposée le 1^{er} avril 2006 par la Société suisse de médecine générale et intitulée « Contre l'affaiblissement de la médecine de famille ». Le Conseil fédéral est chargé d'examiner les moyens d'améliorer la formation et le perfectionnement des médecins et de renforcer l'attrait des régions périphériques pour les médecins de famille, puis d'en rendre compte dans un rapport. Par ailleurs, il s'agira de mesurer l'efficacité des mesures convenues avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et d'évaluer l'évolution de la rémunération des médecins de famille. Les questions soulevées sont étroitement liées au thème de la motion Fehr (08.3608), déposée le 2 octobre 2008, et qui propose de développer une stratégie pour remédier à la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours. Les questions soulevées par les deux postulats expriment une inquiétude toujours plus forte quant à la possibilité d'assurer, à l'avenir, l'accès aux soins médicaux ambulatoires.

Il existe un intérêt général à un système de soins médicaux ambulatoires (et stationnaires) qui fonctionne et soit parfaitement adapté aux besoins des patients, avec un bon rapport coût-efficacité. Dans ce contexte, la question de la pénurie de médecins de premier recours est très importante. Le but d'un système de soins répondant aux besoins, avantageux et parfaitement coordonné ne pourra être atteint que si la coopération entre les différents groupes de médecins spécialistes et d'autres professions de la santé s'effectue de façon intégrée et coordonnée.

Comme il ressort des questions des deux postulats, on utilise actuellement de manière différente des termes fondamentaux tels que « médecine de famille », « soins de premier recours » et « praticien généraliste ». Afin de mieux comprendre la situation actuelle du système des soins médicaux de premier recours, une clarification de ces termes s'impose. Il est tout aussi important d'améliorer la compréhension de la répartition des tâches en matière de soins médicaux ambulatoires et du fonctionnement du tarif des prestations, TARMED. C'est la raison pour laquelle les chapitres 3 et 4 du rapport éclairent ces deux aspects. Ils mettent en évidence que les secteurs d'activité des divers groupes de spécialistes se recoupent plus ou moins. Dans la mesure où des spécialistes peuvent aussi intervenir pour les soins ambulatoires de premier recours, le potentiel de médecins de premier recours en principe disponible ne peut être déterminé uniquement par le nombre des disciplines médicales définies comme disciplines de médecine de premier recours dans le cadre de la solution transitoire de la clause du besoin.

Le chapitre 5 décrit la démographie de la médecine de premier recours. Il en ressort clairement qu'avec une multiplication par deux des orientations de spécialisation depuis 1980, la classification des domaines de spécialisation s'est décalée entre les deux catégories « médecine de premier recours » et « soins administrés par des spécialistes ». Ceci, de même que la forte augmentation des soins ambulatoire hospitalier, complique une évaluation définitive du potentiel réel des médecins de premier recours.

Le chapitre 6 étudie les moyens d'améliorer la formation et la formation postgraduée des médecins dans le domaine de la médecine de famille. Sur la base des débats de délimitation décrits aux chapitres précédents, quelques réflexions sur les réformes déjà effectuées ou encore à mettre en place dans le domaine de la formation et de la formation postgraduée des médecins de premier recours et de leurs rôles futurs sont esquissées. Elles devront faire l'objet d'une analyse et d'un débat approfondis avec les partenaires concernés.

Le chapitre 7 étudie la situation particulière de la médecine de premier recours dans les régions périphériques. Il apparaît ainsi que la perte d'attrait de la médecine de premier recours dans les régions périphériques ne peut être réduite exclusivement à une (supposée) réduction des possibilités de revenus.

Le chapitre 8 traite des mesures mises en place par la Confédération et les cantons pour améliorer la médecine de premier recours. En particulier, il énumère dans le détail les mesures mises en place

dans le domaine de la formation continue et des soins d'urgence par le groupe de travail commun « Médecine de premier recours ».

Le chapitre 9 présente l'évolution du revenu des divers spécialistes sur la base du revenu soumis à cotisations AVS des années 2004 et 2005 et explore quelques motifs expliquant les écarts de revenu. Il ressort de ces explications qu'il n'est pas possible de répondre de manière péremptoire à la question concernant l'évolution de la rémunération des médecins généralistes. En effet, les calculs comprennent aussi tous les revenus de temps partiels. Cela apparaît nettement lorsque l'on analyse les revenus en fonction des sexes : toutes disciplines médicales confondues, les femmes gagnent environ 50% de moins que les hommes. La tendance à réduire le degré d'activité est prouvée, la féminisation croissante est un fait.

Le chapitre 10, qui fait aussi office de conclusion, propose une synthèse des principales conclusions.

Le présent rapport répond aux questions des deux postulats. Il ne détaille pas toutefois les dispositions que le Conseil fédéral considère comme nécessaires pour résoudre les problèmes. Des mesures concrètes seront proposées dans le cadre de la mise en oeuvre de la motion Fehr (08.3608).

1. Situation initiale

Le 1^{er} avril 2006 a eu lieu à Berne une manifestation nationale de soutien à la médecine de famille. Elle a bénéficié d'une grande attention de la part des médias. Plus de 10 000 personnes ont participé à cette manifestation et parmi elles, plusieurs milliers de médecins de famille.

Lors de cette manifestation, la Société suisse de médecine générale (SSMG), soutenue par la Société suisse de médecine interne (SSMI), la Société suisse de pédiatrie (SSP), le Collège de médecine de premier recours (CMPR) et la Fédération des médecins praticiens (FMP) a remis au Conseil fédéral une pétition munie de plus de 300 000 signatures. Cette pétition était également soutenue par les comités des forums de consommateurs de Schaffhouse et de Suisse orientale.

La pétition vise à empêcher que les prestations de la médecine de famille (laboratoire de cabinet médical, radiographie, urgences et remise de médicaments) continuent à se réduire, ainsi qu'à promouvoir la formation de généralistes en nombre suffisant. Il faut aussi créer des possibilités de formation en nombre et en qualité suffisants pour les médecins de famille.

2. Contenu des postulats 07.3279 et 07.3561

Après le dépôt de nombreuses interventions visant à renforcer la médecine de premier recours devant les Conseils et après avoir auditionné le président de la SSMG, le 21 août 2006, la CSSS-CE a repris les demandes de la pétition dans le postulat 07.3279 du 26 mars 2007 et exigé que soient clarifiées les trois questions ci-dessous, et qu'il en soit rendu compte sous forme d'un rapport.

Le Conseil fédéral est chargé d'examiner, conjointement avec les cantons et d'établir un rapport sur les points suivants :

- 1a) les moyens d'améliorer la formation et le perfectionnement des médecins dans le domaine de la médecine de famille ;
- 1b) les moyens pour renforcer l'attrait des régions périphériques pour les médecins de famille ;
- 2) la mesure de l'efficacité des mesures convenues avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) pour améliorer les soins de base ;
- 3) l'évaluation de l'évolution de la rémunération des médecins de famille.

3. Définitions

Les questions des postulats utilisent les termes de médecine de premier recours, soins médicaux de base et praticien généraliste. Ces termes, bien qu'utilisés souvent comme des synonymes, n'ont pas la même signification.

Le terme de **médecine de famille** a été défini en 2002 par WONCA Europe (*World Family Doctors. Caring For People. Europe*), comme synonyme de médecine générale.

Dans les statistiques de la Fédération des médecins suisses (FMH), le terme de **praticien généraliste** est utilisé comme un terme générique pour les spécialistes en médecine générale, médecine interne, les praticiens et les cabinets de groupe. Il englobe donc plus de personnes que les seuls médecins généralistes.

Le 12 juin 2009, dans le cadre du moratoire de la clause du besoin, le Parlement a, sur la base d'une initiative parlementaire¹, établi définitivement la définition légale des **médecins de premier recours** pour le domaine de la clause du besoin, sur la base des titres de formation postgraduée suivants :

- médecine générale ;
- médecin praticien comme seul titre postgradué ;
- médecine interne comme seul titre postgradué ;
- pédiatre.

¹ Ip 09.400.

Le Conseil fédéral a repris la définition et a mis en œuvre la décision parlementaire le 21 octobre 2009, par une modification ² de l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire³.

L'énumération exhaustive des titres de formation postgraduée dans la loi simplifie l'exécution de la clause du besoin. Il ressort du rapport de la CSSS-CN sur l'initiative parlementaire⁴ que de nombreux médecins disposent de plusieurs titres de formations postgraduées en combinaisons les plus diverses. La loi ne règle pas expressément les combinaisons et il faudra déterminer, par interprétation, à quelle catégorie un médecin disposant de plusieurs titres de formation postgraduée appartient. Après que la FMH a constaté, dans sa prise de position de mai 2009 sur la solution transitoire⁵ qu'en raison des dispositions prévues de nombreux spécialistes avaient demandé le titre en médecine de premier recours de médecin praticien afin de pouvoir exercer dans cette discipline, la même restriction que celle qui avait été mise en place pour la médecine interne (un seul titre de formation postgraduée) a été introduite pour ce titre. Dans tous les cas, la question n'est pas, dans le cadre de la clause du besoin, de connaître la nature des prestations effectivement à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Du point de vue de la politique du système de santé, il faut se demander si d'autres disciplines, par exemple la psychiatrie ou la gynécologie, ne devraient pas être considérées comme faisant partie des soins de premier recours.

Bien que les divers termes soient employés de manière hétérogène, le **profil et la fonction** du mot « médecin de premiers recours » créent largement l'**unanimité** : sont considérés comme fournisseurs de prestations médicales tous les médecins de premier recours pour toutes les personnes, qu'elles souffrent de maladies aiguës ou de maux chroniques. Premier point de contact avec le système de santé, ils exercent une fonction de tri dans le cadre de laquelle ils assurent également le traitement des cas urgents. Ils coordonnent les prestations avec les soins ultérieurs dans le secteur ambulatoire ou stationnaire ainsi que les soins de longue durée. L'un des atouts particuliers des médecins de premier recours réside dans un abord personnalisé, prenant en compte l'environnement familial et général. Dans le cas de la pédiatrie, dont l'appartenance à la médecine de premier recours est aujourd'hui incontestée, le concept d'un médecin de premier recours compétent pour tous les groupes de personnes est toutefois rompu pour la première fois, la restriction à un groupe de personnes précis (enfants et adolescents) étant acceptée généralement.

Dans la mesure où l'on utilise généralement le terme de médecine de premier recours dans le discours politique, c'est ce terme que nous utiliserons dans le présent rapport.

4. Profil d'activités des médecins de premier recours

Par rapport aux prestations fournies, il est important de voir qu'il n'existe pas de catalogue clairement défini des prestations de la médecine de premier recours. En conséquence, en principe, n'importe quel médecin peut fournir des prestations de premier recours et en adresser le décompte à l'assureur-maladie.

Une étude mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)⁶ sur les profils d'activité des médecins exerçant en cabinet médical a permis d'analyser les activités médicales indépendamment du titre de spécialiste obtenu, sur la base des prestations réellement fournies à la charge de l'assurance de soins obligatoire. Onze orientations ont été prises en compte⁷; parmi elles, on trouve sept des dix groupes de spécialistes les plus importants. Cette analyse devait permettre de savoir quels médecins s'engagent, et dans quelle proportion, dans la médecine de premier recours. Les factures des médecins (données du pool tarifaire de santé-suisse) constituent une source de données

² Voir RO 2009 5339.

³ RS 832.103

⁴ FF 2009 2977.

⁵ Oui à une solution transitoire à la clause du besoin (FMH)

http://www.fmh.ch/files/pdf/zulassungsstopp_meinung_der_fmh_def_mai_f.pdf

⁶ Dubach, P., Künzi, K. 2008. Tätigkeitsstrukturen der Arzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung ? Eine Analyse von TARMED-Daten. Bureau BASS OFSP, 2008.

⁷ Médecine générale, médecine interne, médecin praticien, pédiatre, gynécologie, cardiologie, rhumatologie, chirurgie, radiologie, ophtalmologie, psychiatrie.

qui reproduit l'éventail des prestations des médecins (du moins partiellement). Depuis début 2004, on utilise le tarif médical unitaire TARMED dans les cabinets médicaux indépendants et les hôpitaux.

Il représente les prestations ambulatoires et comprend environ 4600 positions. Celles-ci peuvent être classées de la manière suivante :

A Positions pour les médecins de premier recours :

Il s'agit de positions explicitement désignées comme des prestations fournies par les médecins de premier recours dans TARMED. Dans ce contexte, seules quatre positions sont concernées. Compte tenu des directives d'application de TARMED, ces positions peuvent exclusivement être utilisées par les titulaires des quatre titres de spécialistes de médecine de premier recours mentionnés plus haut. Indiquons, en exemple d'une telle position « Petit examen par le spécialiste de premier recours » qui comporte au moins la mesure du poids et de la taille, un examen général d'orientation, un examen cursif de la peau, de la bouche et des dents, du pharynx et de la gorge, de la membrane du tympan (enfant), un examen physique des organes thoraciques, la prise du pouls et de la pression sanguine (adultes) et un examen physique de l'abdomen.

B Prestations de base générales :

Prestations qui n'impliquent pas de formation médicale de spécialiste (env. 440 positions). Elles se distinguent dans TARMED par le fait que ces positions peuvent être utilisées par tous les médecins, quel que soit leur titre de formation postgraduée⁸. Les prestations de base générales peuvent être dispensées sans précautions techniques complexes préalables. Il est plausible qu'on y retrouve de nombreuses prestations très importantes pour les soins de premiers recours à la population et qui ne sont pas ou ne peuvent pas être saisies par le biais des quatre positions pour les médecins de premiers recours. Citons ici en exemple d'une position de prestations de base générales « Ablation d'agrafes et/ou de matériel de suture »

C Prestations de spécialiste :

Prestations ne pouvant être effectuées que par des spécialistes. Les directives d'application de TARMED limitent l'application de ces positions aux titres de spécialistes correspondants. Citons ici en exemple les « soins pour une fracture complexe du coude, réduction fermée » qui ne peuvent être dispensés que par des spécialistes en chirurgie orthopédique.

D Consultations

Les positions de consultations constituent une sorte de réservoir pour des activités qui ne sont pas tarifées autrement, dans le cadre de réunions avec des patients (accueil, prise de congé, consultation du dossier, transferts et instructions au personnel auxiliaire, etc.). Elles ne permettent pas de tirer des conclusions sur le contenu médical de la séance. Les spécialistes utilisent aussi ces positions lorsqu'ils facturent des diagnostics et des thérapies. Mentionnons à titre d'exemple « Consultation, première période de 5 minutes » et « +Consultation, par période de 5 min de plus », qui comprennent toutes les prestations médicales fournies au patient par le médecin dans son cabinet, avec des moyens simples. L'accueil, des consultations et examens qui ne font pas l'objet d'un tarif particulier, des actes qui ne sont pas spécialement tarifés tels que certaines injections, des pansements, l'accompagnement du patient pour le confier au personnel auxiliaire (instructions comprises), etc. sont concernés.

Autres catégories : « Positions avec participation d'un médecin de premier recours », « Prise en charge et consultations », « Administration », « Consiliums », « Majorations pour urgence » et « Prestations non médicales ».

Il est important, pour le concept d'analyse, que les prescriptions qui limitent l'utilisation d'une position à certains titres de spécialistes, certaines priorités ou à certains certificats de capacités (valeur intrinsèque qualitative) ne soient pas strictement appliquées dans la pratique. Lors de l'introduction de

⁸ Le terme de spécialiste est utilisé comme un synonyme d'un titre de formation postgraduée (fédéral ou reconnu) selon la loi sur les professions médicales (LPMéd). Exceptions : les titres de spécialiste de droit privé FMH en neuropathologie et chirurgie de la main ne sont pas soumis à des dispositions de droit fédéral.

TARMED, le 1^{er} janvier 2004 (pour l'AOS), les médecins s'étaient vu assurer une garantie des droits acquis : les médecins déjà actifs avant l'introduction du TARMED pouvaient encore facturer des prestations en dehors de leur spécialité, même avec les nouveaux tarifs TARMED, s'ils les fournissaient régulièrement depuis trois ans au moment de l'entrée en vigueur de ceux-ci et n'avaient jamais eu à répondre à des réclamations portant sur la qualité de celles-ci. L'application concrète de TARMED permet donc à des spécialistes au bénéfice d'un titre de médecine de premier recours de facturer des positions de spécialité et inversement. En 2006, la banque de données de la valeur intrinsèque de la FMH recensait environ 23 000 médecins. Parmi eux, 18 400 ont déclaré des positions de droits acquis. Sur les 4500 positions de prestations du tarif TARMED, chaque médecin a intégré en moyenne 105 positions dans ses droits acquis personnels. Au total, la banque de données contient donc quelque 2 millions de prestations garanties par le principe des droits acquis.

4.1. Principaux résultats de l'analyse d'activité

Le tableau ci-dessous montre que les profils d'activités des médecins de premier recours se distinguent nettement de ceux des spécialistes.

Dans le même temps, au sein du groupe des spécialistes, on constate une délimitation plus ou moins marquée par rapport à la médecine de premier recours. Les différences apparaissent surtout dans trois catégories de prestations TARMED : prestations spéciales, positions de médecine de premier recours, consultations.

Tableau : Résultats des profils d'activités sur la base de l'analyse TARMED

Profil	Catégorie de prestations TARMED			Disciplines
	Prestations de spécialiste	Positions de médecine de premier recours	Consultations	
Médecins de premier recours	Petite quote-part (max. 10%)	Forte quote-part par rapport aux autres disciplines (env. 10-20%)	Forte quote-part (env. 40-60%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médecine générale ■ Médecine interne ■ Médecin praticien ■ Pédiatrie
Spécialiste proche de la médecine de premier recours	Quote-part moyenne (env. 30-50%)	Quote-part moyenne par rapport aux autres disciplines (env. 5-10%)	Quote-part moyenne (env. 20-30%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cardiologie ■ Rhumatologie ■ Gynécologie (réserve : peu de positions de médecine de premier recours mais forte quote-part de prestations de généraliste)
Autres spécialistes	Forte quote-part (env. 70-100%)	Très faible quote-part	Quote-part faible à moyenne (jusqu'à env. 25%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Radiologie ■ Ophtalmologie ■ Psychiatrie

S'agissant des spécialistes, **deux groupes** se dessinent : tout d'abord les disciplines avec **une quote-part très élevée d'activités de spécialiste**. En font partie la radiologie, l'ophtalmologie et la psychiatrie qui enregistrent plus des deux tiers du temps d'activité médicale sous des positions de spécialité. Ensuite, les disciplines avec une **quote-part « moyenne » d'activités de spécialiste** évoluant entre 18 et 44%. En conséquence, le profil d'activités de ces spécialistes est aussi plus vaste ou plus « coloré ». Font partie de ce groupe la cardiologie, la rhumatologie et la gynécologie. Le fait que deux groupes de spécialistes se distinguent confirme la supposition que leur domaine n'est pas homogène et que le niveau de délimitation par rapport à d'autres catégories de spécialistes et notamment par rapport à la médecine de premier recours peut fortement diverger. Il faudrait définir des valeurs-limite pour une ou plusieurs catégories afin d'affecter les cas individuels. Du point de vue de la méthode, ceci implique des analyses de fréquence sur la base des données personnelles des fournisseurs de prestation. Il faudrait étudier de manière approfondie la possibilité de définir des valeurs-limite pertinentes et consensuelles pour les catégories concernées.

4.2 Conclusions

L'analyse révèle que, sous certaines réserves, TARMED permet d'ébaucher des profils d'activités pour les médecins praticiens. Elle montre aussi que les activités de médecine de premier recours sont parfois assumées par certains spécialistes ou, à l'inverse, que des activités de spécialistes peuvent être ou sont assumées par des médecins de premier recours.

L'analyse TARMED ne permet toutefois aucune affirmation précise sur le niveau d'engagement d'un médecin dans la médecine de premier recours. En effet, pour toutes les disciplines médicales, une part relativement importante des positions de consultation ne permet pas de conclusions précises quant au contenu médical de cette dernière. Autre réserve : les différences entre les profils d'activités sont parfois le résultat de facteurs extérieurs, par exemple un comportement différent en matière de facturation selon les disciplines médicales.

- Si la pénurie de médecins de premier recours augmente, on pourrait envisager que **certains spécialistes s'engagent de plus en plus dans ce domaine**.
- Le **potentiel réel de médecins de premier recours** ne se compose pas uniquement du nombre de titulaires des quatre titres de spécialistes de la médecine de premier recours.
- Avec sa présentation du fonctionnement de TARMED, l'étude met en lumière une caractéristique du système pouvant peut-être expliquer que l'attrait d'une formation postgraduée (longue et exigeante) dans l'une des quatre disciplines de la médecine de premier recours est limité : même si la durée de la formation continue en médecine générale est comparable à celle d'autres disciplines (seule la formation postgraduée de médecin praticien ne nécessite que trois ans), TARMED ne prévoit **que quatre positions de facturation réservées exclusivement aux médecins de premier recours**. Les jeunes médecins de premier recours ne peuvent faire valoir aucune garantie des droits acquis concernant des activités de spécialiste comme ont pu le faire de nombreux médecins exerçant actuellement.
- Avec une spécialisation non comprise dans les quatre titres de médecins de premier recours, **le futur spécialiste** acquiert en revanche non seulement le droit d'utiliser des positions de spécialiste (souvent plus lucratives) qu'il peut de plus fréquemment facturer au tarif demi-privé ou privé dans le domaine stationnaire, **il obtient dans le même temps la possibilité de fournir des prestations de généraliste accessibles à toutes les disciplines** et donc également des prestations de médecine de premier recours.
- Avec seulement quatre positions de prestations exclusives, et **en dépit d'une longue et difficile formation postgraduée**, TARMED ne comprend pour les médecins de premier recours qu'un **spectre de prestations comparable à celui d'un spécialiste** et qui est de plus largement couplé à l'option médecine de premier recours.

5. Démographie médicale

La croissance relativement inférieure du nombre de médecins de premier de recours par rapport à celui des spécialistes a suscité un suivi attentif de cette progression. Dans la mesure où cette évolution est indissociablement liée à celle de la spécialisation, de premières explications sont présentées ci-dessous. Elles seront suivies d'une présentation de diverses études démographiques.

5.1 Evolution de la spécialisation

Selon la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (loi sur les professions médicales LPMéd)⁹, il existe 44 titres de formation postgraduée en médecine humaine. De plus, la FMH a mis en place deux titres de spécialiste (chirurgie de la main, neuropathologie) régis par le droit privé. S'ajoutent à ces titres 56 spécialisations FMH sous forme de formations approfondies et d'attestations de formation complémentaire, faisant l'objet d'un Règlementation de la FMH sur la formation postgraduée et qui autorisent la facturation de diverses prestations dans le cadre de TARMED. Seuls les membres de la FMH peuvent acquérir ces spécialisations et facturer les prestations correspondantes dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins¹⁰.

Un coup d'œil à l'évolution de la spécialisation de la FMH montre que les titres de spécialité ont doublé en Suisse, passant de 21 en 1980 à 44 en 2007.

En 1980, l'endocrinologie, la gastroentérologie, l'hématologie, la cardiologie, les maladies pulmonaires, les maladies rhumatismales, la néphrologie étaient considérées comme un domaine particulier de la spécialité médecine interne. Aujourd'hui, toutes ces sous-spécialités sont des domaines à part entière et relèvent de la catégorie « spécialistes ». Il apparaît clairement, sur la base de cet exemple de la médecine interne, comme il est difficile d'établir des comparaisons statistiques sur l'évolution du nombre des médecins de premier recours : les références n'ont cessé de se décaler au cours des années, suite à la spécialisation croissante et à des modifications de catégories.

Avec le nombre toujours croissant de spécialisations possibles, la répartition entre « praticiens généralistes¹¹ » et « médecins spécialistes en cabinet médical indépendant » a évolué comme suit selon la statistique de la FMH :

Rapport en pourcentage entre les praticiens généralistes et les médecins spécialistes de 1940 à 2008

Année	Praticien généraliste avec activité en cabinet médical (%)	Spécialiste avec activité en cabinet médical (%)
1940	55,9	44,1
1950	53,7	46,3
1960	46,3	53,7
1970	40,3	59,7
1980	36,5	63,5
1990	37,1*	62,9
2000	34,8*	65,2
2002	33,9*	66,2
2004	31,1*	69,3
2006	29,6*	70,4
2008	32,0*	67,8

* Les pourcentages avec un * désignent les praticiens généralistes et les médecins exerçant une activité en cabinet médical sans titre de spécialiste.

Le revirement de tendance a donc déjà eu lieu en 1960.

En ce qui concerne les médecins de premier recours concernés dans ce rapport, les **chiffres de l'octroi de titres fédéraux de formation postgraduée** présentent l'image suivante :

⁹ RS 811.11

¹⁰ Voir à ce sujet les art. 49 ss de la Règlementation pour la formation postgraduée (RFP) de la FMH sous http://www.fmh.ch/files/pdf2/wbo_f.pdf

¹¹ Spécialistes de médecine générale, médecine interne, médecins praticiens et cabinets de groupe

En 2008, la FMH a décerné au total 1344 titres de formation continue dont 545 ou 40,5% de titres de médecin de premier recours (151 médecine générale ; 244 médecine interne ; 87 médecin praticien ; 63 pédiatrie).

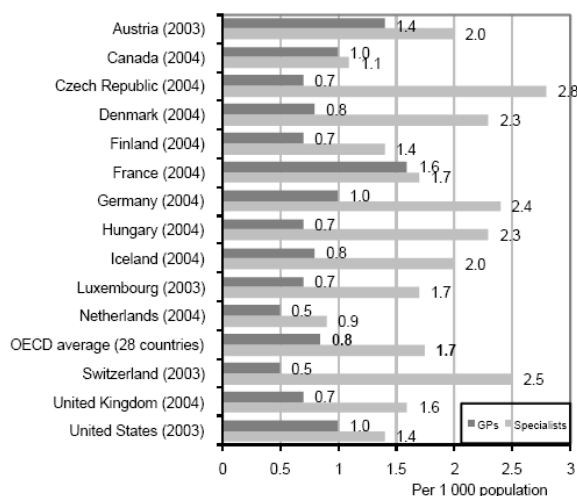
Les chiffres de l'OCDE : dans de nombreux pays, on trouve moins de médecins de premier recours que de spécialistes

Dans une étude comparative¹² sur 14 pays, l'OCDE constate que l'on trouvait deux fois plus de spécialistes que de médecins de premier recours dans la plupart des pays de l'OCDE en 2004.

Les chiffres suisses sur la densité des médecins de premier recours sont les plus pertinents dans la comparaison avec d'autres pays industrialisés.

A ce sujet, l'OCDE a établi l'aperçu suivant :

Figure 11. Number of GPs and specialists per 1 000 population, selected OECD countries, 2004 (or closest year available)



- Médecins de premier recours
- Spécialistes

Selon l'OCDE, l'évolution inégale entre les médecins de premier recours et les spécialistes était typique pour tous les pays examinés : alors que le nombre de médecins de premier recours restait stable au cours des dix dernières années, celui des spécialistes a progressé de plus de 20%. Sur la base des données, l'OCDE constate que seuls le Canada et la France présentent un rapport équilibré entre ces deux catégories. Le principal déséquilibre s'observe en revanche en Suisse et en République Tchèque.

Les chiffres (bas) des médecins de premier recours de l'étude de l'OCDE pour la Suisse indiquent toutefois que tous les titulaires d'un titre de spécialiste définis comme médecins de premier recours actuellement n'ont pas été pris en compte dans cette statistique.

Si l'on prend en compte tous les groupes de spécialistes décrits comme praticiens généralistes selon la statistique FMH (médecins de médecine générale, médecine interne, médecins praticiens et cabinets de groupe), le taux suisse s'établit à **0,94 médecin de premier recours pour 1000 habitants**.¹³ Les pédiatres ne sont pas pris en compte dans ce calcul.

Dans la comparaison de l'OCDE entre les pays en 2004, la Suisse n'est dépassée que par 5 des 14 pays comparés dans l'étude, avec une **densité de médecins de premier recours de 0,94 pour 1000 habitants**.

¹² Fujisawa, R., Lafortune, G. J., 2008. The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries :What are the Factors Influencing Variations across Countries ? OECD Health Working Papers No 41, December 2008. Paris

¹³ CSST. 2007. Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins. Conseil suisse de la science et de la technologie, Berne.

5.2 Densité des médecins de premier recours

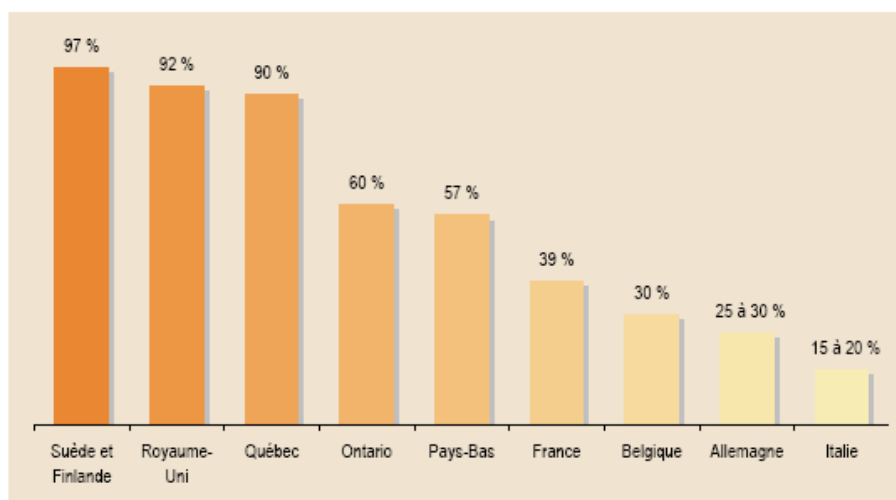
Données de l'Observatoire suisse de la santé (obsan) : des références standard sur la workforce

L'obsan a procédé à un suivi systématique de la médecine de premier recours. Les mesures sont effectuées sur la base de l'indicateur « Médecins en cabinet privé (généralistes et spécialistes) pour 1000 habitants » (obsan 2007)¹⁴. Il est décrit comme suit : « La densité de médecins généralistes exerçant en cabinet privé n'a cessé de progresser jusqu'en 2001 au niveau national. Dès 2002, elle a reculé. L'évolution varie cependant selon les cantons : cette densité est restée inchangée par rapport à l'année précédente seulement dans le canton de Soleure. Elle est en hausse depuis 2003 dans le canton de Schwyz et elle est remontée en 2006 à son niveau de 2004 dans le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures. Dans tous les autres cantons ainsi qu'au niveau national, la densité des médecins généralistes était en 2006 inférieure à celle observée en 2005.

Dans la réalité, cette constatation se superpose avec une autre tendance : le temps de travail des médecins diminue. Cette tendance s'observe tant à l'échelon national¹⁵ qu'à l'échelon international¹⁶

Le mouvement *managed care* : plus de réseaux et de centres

L'institut français de recherche IRDES étudie depuis plusieurs années l'évolution des soins médicaux et de la médecine de premier recours en France et dans d'autres pays. Une récente étude a analysé une tendance importante, le remplacement des cabinets médicaux individuels. L'étude de Bourgueil et al. (2007)¹⁸ sur divers pays donne le résultat suivant : Part des médecins travaillant dans des cabinets de groupe :



Source: Bourgueil et al 2007.

En Suisse, les chiffres ne peuvent pas faire l'objet d'une comparaison directe dans la mesure où il on encourage prioritairement la mise en place d'un processus de concentration sous forme de réseaux décentralisés et non la constitution de centres. Le Forum Managed Care est un stimulant important et observe l'évolution¹⁹.

14 Obsan 2007. Indicateur 5.1.2 : Médecins en cabinet privé (généralistes et spécialistes) pour 1000 habitants. <http://www.obsandaten.ch/indikatoren/f/#5>

15 Bétrisey, C., Hélène Jaccard Ruedin. 2007. Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004. Analyse de l'activité médicale à la charge de l'Assurance Obligatoire de Soins. Document de travail 29. Obsan. Neuchâtel.

16 Bourgueil, Y., Marek, A., Mousquès, J. 2007. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: quels enseignements pour la France ? Questions d'économie de la santé n° 127 - Novembre 2007, IRDES, Paris.

17 Fujisawa, R., Lafortune, G. J., 2008. The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries ? What are the Factors Influencing Variations across Countries ? OECD Health Working Papers No 41, December 2008. Paris <http://www.oecd.org/dataoecd/51/48/41925333.pdf>

18 Bourgueil, Y., Marek, A., Mousquès, J. 2007. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: quels enseignements pour la France ? Questions d'économie de la santé n° 127 - Novembre 2007, IRDES, Paris.

19 Berchtold, P. 2008. Ärztenetze in der Schweiz im Jahr 2008. Sowohl die Zahl der Netze steigt als auch deren Verbindlichkeit – die grosse Übersicht (Réseaux de médecins en Suisse en 2008. Tant le nombre de réseaux que leur engagement augmente). Dans : Care Management 6/2008: 25ss.

Dans une publication récemment publiée par le Bulletin des Médecins Suisses²⁰ on trouve à ce sujet les constatations suivantes :

- En 2008, on comptait en Suisse 86 réseaux de médecins. Parmi eux, 63% offrent un service d'urgence propre et 52% un conseil par téléphone. Au moment de l'enquête, 8 réseaux de médecins supplémentaires étaient en projet. A l'heure actuelle, ce type de réseaux se trouve principalement dans les régions urbaines.
- Les réseaux suivent des cercles de qualité impératifs et utilisent des directives de traitement, des informations institutionnalisées aux patients : ils proposent en outre un organe de médiation et un conseil aux patients.
- 79% des réseaux appliquent une forme de coresponsabilité budgétaire (systèmes de bonus-malus ou capitation).

Il ressort d'enquêtes^{21 22} auprès des étudiants qu'environ 80% des futurs médecins souhaitent travailler dans des cabinets de groupe.

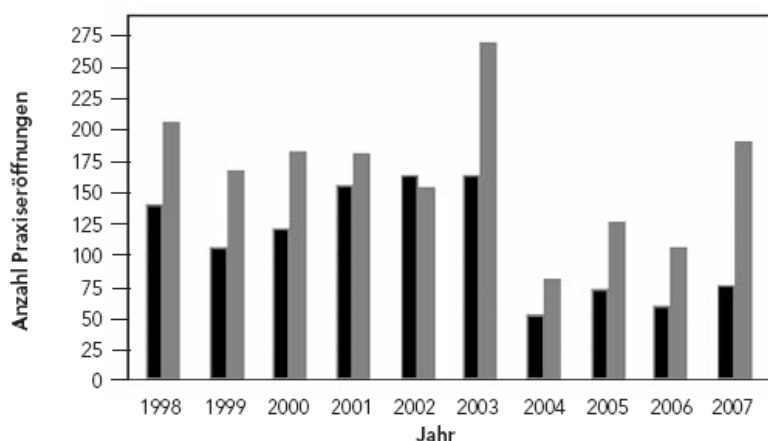
Données de la SSMG : le fait qu'il y a moins de cabinets médicaux ne signifie pas forcément qu'il y a moins de médecins de premier recours

Le « baromètre du cabinet médical » mesure le nombre d'ouvertures de cabinets par des spécialistes en médecine générale et reflète principalement, depuis 2004 en raison de la clause du besoin en fournisseurs de prestations (gel des admissions), le marché de l'offre en matière de reprises de cabinets médicaux. La chronologie ci-dessous présente l'évolution suivante, avec trois tendances très marquées :

Ouverture de cabinets par des médecins de famille et par des spécialistes depuis 1998

Nombre de cabinets ouverts

Praxiseröffnungen von HausärztInnen und SpezialärztInnen seit 1998.



■ Médecins de premier recours

■ Spécialistes

Source: Marty 2008)

Dans les années 1998-2000 (avant l'introduction de la clause du besoin), 120 nouveaux cabinets médicaux ouvraient chaque année.

Le faible nombre de nouvelles ouvertures de cabinets médicaux dans les années 2004 et 2005 pourrait être dû d'une part à la forte hausse des ouvertures en 2001 à 2003 en prévision de la mise en place du gel des admissions de cabinets médicaux. A partir de 2004, le nombre s'est stabilisé aux alentours de 60 à 70 ouvertures de cabinets médicaux par an, c'est-à-dire environ la moitié de ce qui avait été enregistré avant le changement de siècle.

D'autre part, jusqu'à l'entrée en vigueur des contrats sectoriels et de la nouvelle loi sur le libre passage (LFLP) le 1^{er} juin 2002, le seuil pour ouvrir ou reprendre un **cabinet médical** individuel était

20 Berchtold, P., Peier, K., Peier, C. 2008. Erfolgreiche Entwicklung der Ärztenetze in der Schweiz. Dans : BMS, 2008;89: 47, p. 2038 ss.

21 Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Marty, F., Buddeberg, C. 2007. Family Medicine in Medical School and Residency – Results of a Focus Group Interview. Rapport de recherche 01/2007. Université du Zurich, Zurich.

22 Marti, C., Fischer, B. 2008. Neue Praxisformen + Dans : Primary Care 2008;8: n°5, p. 88 ss

plus bas car il n'était **pas nécessaire de disposer d'un titre de spécialiste ou de formation postgraduée**. A cette époque, quelque 2000 médecins dirigeaient un cabinet médical sans avoir jamais obtenu de titre de spécialiste²³.

5.3 Conclusions

Comme nous l'avons déjà mentionné, il est extrêmement difficile de présenter et d'évaluer clairement l'évolution du nombre de médecins de premiers recours au fil des années. Une diminution du nombre des médecins de premier recours par rapport à celui des spécialistes résulte de l'interaction de nombreux facteurs et ne peut pas être assimilée automatiquement à une pénurie de médecins de premier recours au sens où on l'utilise en politique de la santé :

- Le recul du nombre de médecins de premier recours indépendants ou la réserve des jeunes médecins lorsqu'il s'agit de reprendre des cabinets médicaux individuels existants est aussi une conséquence de la **féminisation** croissante de la profession médicale et d'une **nouvelle vision de la profession**²⁴: la plupart des jeunes médecins souhaiteraient travailler soit à l'hôpital, soit dans des cabinets communautaires. En effet, nombre d'entre eux souhaitent travailler à **temps partiel**. Ces visions de la profession **sont inconciliables** avec les coûts d'infrastructure relativement élevés d'un **cabinet individuel** et un revenu (réduit) d'une activité à temps partiel.
- Si l'hôpital a été, dans le temps, une étape de quelques années pour les médecins assistants et les chefs de cliniques, avant qu'ils obtiennent les titres de spécialiste souhaités, les **jeunes médecins d'aujourd'hui poursuivent leur activité à l'hôpital après leur formation postgraduée**, notamment grâce à la création du nouveau profil de poste médical de spécialiste hospitalier. De plus, les conditions de travail à l'hôpital sont bonnes en termes de salaire, d'infrastructures et de possibilités de progression et de formation (→ **acquisition de plusieurs titres de formation postgraduée**). En particulier, on peut exercer l'activité médicale à temps partiel (→ aspect important dans le contexte d'une féminisation croissante).
- L'évolution structurelle rapide est due également en partie, outre à la nouvelle vision de la profession par les jeunes médecins, au développement des **réseaux de soins intégrés**. Les nouvelles formes de cabinets médicaux, notamment les **cabinets de groupe ou d'urgence avec des médecins salariés** présentent généralement une vaste étendue de connaissances (Berchtold 2008²⁵, Berchtold et al. 2008²⁶ ou Wirthner 2009²⁷).
- Le comportement de consultation des patients a généré un **important développement des soins hospitaliers ambulatoires**²⁸. Les soins ambulatoires (d'urgence) à l'hôpital sont développés surtout dans les régions urbaines.
- **Les spécialistes assument également des fonctions de médecine de premier recours**. Le flou de la définition traité en introduction est confirmé par une enquête menée en 2003 par la FMH, dans le cadre de laquelle quelque 10 000 médecins sur environ 15 000 ayant un cabinet médical ambulatoire ont déclaré qu'ils suivaient sans sélection des patients ambulatoires en situation aiguë, c'est-à-dire d'urgence mais assuraient aussi une médecine régulière et globale.

23 Hänggeli, Ch. 2002 : Facharzttitel für alle ? Dans : Bulletin des médecins suisses 2002 ;83 ; n° 23.

24 Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Marty, F., Buddeberg, C. 2007. Family Medicine in Medical School and Residency – Results of a Focus Group Interview. Rapport de recherche 01/2007. Université du Zurich, Zurich.

25 Berchtold, P. 2008. Ärztenetze in der Schweiz im Jahr 2008. Sowohl die Zahl der Netze steigt als auch deren Verbindlichkeit – die grosse Übersicht. Dans : Care Management 6/2008 : 25ss.

26 Berchtold, P., Peier, K., Peier, C. 2008. Erfolgreiche Entwicklung der Ärztenetze in der Schweiz. Dans : BMS, 2008;89: 47, p. 2038 ss

27 Wirthner, A. 2009. Vom Chef zum Teamplayer. Langjährige Einzelpraktiker werden zu Partnern in einer Grosspraxis. Dans : Care Management 1/2009: 35ss.

28 La part des hôpitaux dans l'ensemble des prestations ambulatoires financées par l'assurance obligatoire des soins a progressé de tout juste 35% en 2000 à largement 39% en 2007. En 2001 à 2003, le taux de progression moyen des prestations ambulatoires financées par l'assurance obligatoire des soins correspond au total à 4,1%, 3,4% pour les médecins et 5,3% pour les hôpitaux. Pour 2004 à 2007, les valeurs correspondantes se situent à resp. 4,7%, 3,4% et 7,0% (banque de donnée graphique sur www.santesuisse.ch).

6. Besoin de réforme pour la formation et la formation postgraduée - Question 1a des postulats

Le chapitre qui suit étudie le besoin de réforme dans le domaine de la médecine de premier recours. Il approfondit d'une part la question de savoir comment améliorer la formation et la formation postgraduée des médecins de premier recours et les mesures qui ont été mises en place à cet effet. Dans la mesure où l'attrait d'une formation et d'une formation postgraduée dépend de façon déterminante de la manière dont elle peut être « mise à profit » (droit de facturer de prestations selon TARMED), on s'interroge sur les règles actuelles dans le domaine de la formation postgraduée et de l'indemnisation des prestations ambulatoires (TARMED) dans la mesure où elles offrent peu d'incitations à choisir une formation postgraduée dans une spécialité de la médecine de premier recours. Finalement, il aborde la question des rôles et des possibilités d'évolution possibles pour les médecins de premier recours, dans le cadre d'un système de soins intégré. Le présent rapport ne peut répondre de manière exhaustive à toutes les questions. Une discussion détaillée des questions ouvertes et un approfondissement de l'analyse seront effectués dans le cadre de la réponse à la motion Fehr (08.3608). Il s'agit toutefois de souligner qu'une seule amélioration de la formation postgraduée des médecins de premier recours pourrait être insuffisante à améliorer l'attrait du domaine d'activités de la médecine de premier recours.

6.1 Amélioration de la formation et de la formation postgraduée

Le DFI/OFSP a discuté intensément de la situation des médecins de premier recours, en particulier dans le cadre de l'entrée en vigueur de l'accord sectoriel et la révision correspondante de la loi fédérale sur le libre-passage des personnels médicaux dans la Confédération suisse le 1^{er} juin 2002. Outre la nouvelle obligation de formation postgraduée pour l'activité indépendante, il a fallu reprendre le titre de formation postgraduée jusqu'à présent inconnu en Suisse de médecin praticien. Ces modifications ont généré de nombreux défis en particulier pour les médecins de premier recours : la médecine de premier recours est ainsi devenu une spécialité qui a dû et doit s'affirmer face aux autres spécialités. Depuis 2005, la plupart des facultés de médecine ont créé un institut de médecine générale afin d'encourager la recherche et la formation universitaires dans ce domaine. Désormais chaque médecin doit décider consciemment d'une orientation de spécialisation en médecine de premier recours, avec une formation postgraduée longue correspondante.

La réforme de la **formation** universitaire dans le cadre de la LPMéd a ancré, outre les compétences professionnelles, des compétences de communication et sociales qui sont importantes notamment pour la médecine de premier recours. Dans le nouveau catalogue des objectifs didactiques élaboré conformément à la LPMéd, un chapitre « General Objectives » explicite a été ajouté qui allie toutes ces compétences aux nombreux rôles des médecins (modèle CanMEDS.²⁹) Toutefois, comme la formation selon la LPMéd doit constituer prioritairement une base pour la formation postgraduée, elle ne peut pas être orientée exclusivement sur la médecine de premier recours.

La LPMéd se base sur une **cohérence et une continuité entre la formation et la formation postgraduée** et sur le fait que les compétences acquises pendant la formation doivent être approfondies et développées durant la formation postgraduée. Il existe ici un besoin de réforme ; avec la révision actuellement en cours des programmes de formation postgraduée en médecine générale et interne, le modèle CanMEDS intégré dans la formation doit désormais être mis en œuvre également, de manière systématique, dans la formation postgraduée. Le nouveau modèle de l'assistantat au cabinet médical permet, vu qu'il est proche de la réalité, d'approfondir les compétences nécessaires et de s'habituer à ses rôles futurs, comme il est souhaitable pour une formation postgraduée.

Dans la mesure où, comme nous l'avons vu, des spécialistes exercent également dans la médecine de premier recours ambulatoire et pénètrent le domaine de cette médecine³⁰, des questions supplémentaires se posent en ce qui concerne les objectifs des **44 programmes de formation**

29 Medical Expert Role, Communicator Role, Collaborator Role, Manager Role, Health Advocate Role, Scholar Role, Professional Role
30 voir à ce sujet http://www.fmh.ch/files/pdf1/zulassungsstopp_meinung_der_fmh_def_mai_f.pdf

postgraduée actuels. Des médecins formés comme spécialistes sont-ils suffisamment qualifiés pour la médecine de premier recours ambulatoire ? Est-il opportun de former des spécialistes dont tout ou partie de l'activité ne sera par la suite que de la médecine de premier recours? Il faudra que ces questions soient totalement clarifiées à l'avenir avec les partenaires concernés. La fonction et le profil de la formation postgraduée de trois ans de **médecin praticien** mériteraient aussi une mise au point. D'un point de vue professionnel, est-il justifié que des médecins formés comme spécialistes puissent obtenir sans autre le titre de médecine de premier recours de médecin praticien ? Le titre de médecin praticien qui a dû être repris dans le cadre des accords sectoriels pose notamment problème dans la mesure où la durée de formation postgraduée de trois ans est inférieure à celle de toutes les autres spécialisations du domaine de la médecine de premier recours (5 à 6 ans) mais où le titre est de fait à égalité avec les autres.

Dans la mesure où le nombre de spécialistes a augmenté de manière disproportionnée ces dernières décennies par rapport à celui des médecins de premier recours, il faut aussi s'interroger sur un pilotage des quantités dans le domaine de la formation postgraduée (par ex. sous forme d'un accès restreint à certaines spécialisations).

Ne faudrait-il pas, en conséquence des recoupements actuels ou possibles entre les spécialistes et les médecins de premier recours, **délimiter ainsi plus clairement le domaine d'activité des médecins de premier recours** de celui des spécialistes ? Ce mode opératoire permettrait d'orienter les programmes de formation postgraduée des spécialisations de manière encore plus ciblée en fonction des divers profils d'activités. Cette conclusion est évidente, mais probablement erronée. En effet, elle empêcherait une organisation efficace de la fourniture des prestations. Le cas échéant, des patients déjà malades, par exemple, qui seraient suivis par un médecin spécialiste, devraient, pour certaines prestations attribuées au domaine d'activités médecine de premier recours, consulter à nouveau un médecin de premier recours. De plus, il devrait aussi être possible pour un médecin de premier recours d'acquérir des compétences complémentaires ou spécialisées dans le cadre de programmes de priorités ou de capacités. Cette mesure lui offrirait des **possibilités d'évolution** sur une activité de plusieurs années et contribuerait à l'attrait de sa carrière. La condition serait toutefois que des offres de formations continue et postgraduée soient disponibles et accessibles aux médecins de premier recours.

6.2 Système de soins intégrés

Le système de soins intégrés permet de concrétiser davantage le *managed care*, qui à ce jour, représente l'ensemble des instruments de gestion et d'intégration utilisés dans le domaine de la santé publique. Les nouvelles formes de collaboration qu'offre le système de soins intégrés impliquent une évolution des compétences et des attributions des médecins.

Chez les médecins de premier recours, la **flexibilité professionnelle** est nécessaire dans la mesure où les **exigences** posées sont **toujours plus complexes** (par ex., plus de patients âgés avec des tableaux cliniques multiples). Outre une vaste et solide formation de base, l'acquisition de certaines connaissances spécialisées dans le cadre d'unités de soins ambulatoires plus importantes (par ex., centres de consultation sans rendez-vous, permanences) pourrait être utile. Pour les médecins de premiers recours qui sont responsables du suivi des résidents d'une maison de retraite médicalisée, des connaissances particulières en gériatrie ou en soins palliatifs sont également nécessaires.

De plus, les médecins de premier recours sont confrontés **à des exigences et à des besoins croissants de la part des patients**. Pour les satisfaire, il n'est pas impératif qu'un médecin de premier recours ayant suivi une formation postgraduée de cinq à six ans soit compétent. L'objectif doit être que les prestations nécessaires puissent être fournies avec un rapport coût – utilité optimal, par un prestataire qualifié, au bon moment et au lieu qui convient. Afin de réaliser cet objectif, il faut que l'encouragement et l'aide pour que les patients se chargent de leur traitement ainsi que le soutien dans le choix du prestataire de services qui convient devienne un élément intégrant de la médecine

généraliste ambulatoire. Aujourd'hui déjà, de nombreux réseaux de médecins fournissent des prestations de ce type.

Dans ce contexte, il faudrait recourir aux métiers de soins dans le **secteur tertiaire** de manière à permettre aux professionnels de la santé de soulager et de compléter l'action des médecins de premier recours. Des modules de formation postgraduée communs entre soignants et médecins devraient être examinés plus souvent à l'avenir.

Le but de la réforme doit être un système de soins intégré qui comprenne finalement tous les fournisseurs de prestations médicales et non médicales nécessaires au traitement de maladies. Dans le cadre d'un système de soins intégrés, les **médecins de premier recours** hautement qualifiés devraient assumer un **rôle clé**. Cela pourrait contribuer à renforcer l'importance et la fonction des médecins de premier recours tout en facilitant des soins plus efficaces du point de vue des coûts. Sont liées à ce rôle des exigences importantes en matière de compétence diagnostique des médecins de premier recours, de capacité à mener des équipes multidisciplinaires et à coordonner les diverses prestations. Dans ce contexte, il pourrait être judicieux, dans le cadre d'un système de soins intégrés, que des **spécialistes** assument une fonction de coordination au sens des médecins de premier recours pour le suivi de groupes de personnes déjà malades.

7. Médecine de premier recours dans les régions périphériques – Question 1b des postulats

La question de savoir comment améliorer l'attrait des régions périphériques pour les médecins de premier recours résulte de la crainte que, dans ces régions en particulier, les soins médicaux de premier recours ne soient plus assurés.

Dans une étude, l'obsan (2007)³¹ arrive à la conclusion qu'aucune pénurie de soins ne peut être constatée pour l'instant. Compte tenu des temps de travail exprimés en équivalents plein temps, il ressort nettement toutefois que les médecins de premier recours fournissent beaucoup plus de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans les régions rurales où la densité de médecins est inférieure à celle de leurs collègues dans les régions à forte densité.

Au vu du spectre d'activités plus étendu et du degré d'occupation généralement plus élevé des médecins de premier recours dans les zones rurales, les auteures de l'étude concluent que les médecins de premier recours installés dans les régions périphériques disposent d'une marge de manœuvre comparativement plus faible pour réagir à une augmentation des besoins (ou à une fermeture de cabinet).

Il est difficile d'évaluer l'évolution à venir. Il semble toutefois plausible que la pression structurelle croissante (structure d'âge des médecins de premier recours, féminisation accrue) renforcera les problèmes, surtout dans les régions rurales. Dans ce contexte, le **problème de la répartition inégale n'est pas nouveau**. Selon une analyse de la littérature internationale sur le sujet³², on peut l'observer dans tous les pays industrialisés.

Dans une étude française sur une meilleure répartition géographique des médecins, Bourgueil et al. (2006) ont cité et évalué de manière critique les mesures suivantes visant à améliorer l'attrait des régions rurales :

- **Mesures réglementaires** qui empêchent ou compliquent l'établissement de médecins dans les régions à forte densité et privilégient l'établissement dans des régions à faible densité. Ces mesures n'ont généralement pas amélioré la répartition mais seulement généré une diminution du nombre de médecins dans les domaines de spécialisation postgraduée de la médecine de premier recours. Dans certains pays (USA, Australie, Canada), ces mesures ont provoqué l'établissement de médecins étrangers dans ces régions.

³¹ Jaccard Ruedin, H. et al. 2007. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Obsan, document de travail no. 22.

³² Bourgueil, Y. et al. (2006) : Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé. IRDES. I.S.B.N. : 2-87812-337-9.

- **Incidations financières** : Les effets d'une meilleure rémunération des prestations sont considérés comme positifs à court terme (Québec). A moyen terme toutefois, elle n'a pas l'effet positif escompté. Les coûts de ces mesures sont globalement considérés comme trop élevés par rapport aux effets positifs obtenus. Dans certains cas, on a même décrit un effet négatif, les médecins établis ayant réduit leur productivité (Grande-Bretagne). On décrit aussi les effets d'investissements tiers dans l'infrastructure. Toutefois, s'ils représentent une pratique courante dans le pays (par ex. en Australie, au Canada ou en Grande-Bretagne), l'effet positif sur la répartition géographique est faible.
- **Mesures organisationnelles** : Les auteurs de l'étude proposent aussi le soutien (financier) de nouvelles formes de coopération comme, p. ex., des réseaux de médecins et de traitements interdisciplinaires, des coopérations interprofessionnelles (par ex. entre hôpitaux, d'autres médecins et d'autres professionnels de la santé non-médecins) ou le recours à la télémédecine. Ils y voient une approche très prometteuse qui pourrait avoir des effets positifs notamment sur la possibilité de concilier la vie professionnelle et familiale ainsi que sur les nouvelles visions de la vie et du travail des jeunes médecins. Dans la mesure où ces formes d'organisation sont très récentes on ne dispose toutefois pas des évaluations correspondantes. Les auteurs de l'étude soulignent aussi que ces mesures soulèvent peu d'intérêt auprès des autorités politiques.

Les médecins suisses citent notamment les motifs suivants pour expliquer le manque d'attrait de la médecine de premier recours, en particulier dans les régions rurales³³ :

- Evolution de la valeur du point tarifaire et revenu réel
- Charge administrative
- Risque financier
- Temps de présence importants
- Manque de possibilités d'évolution professionnelle
- Manque de prestige (au sein du corps médical)
- Grandes distances d'avec les centres et manque d'offre culturelle.

Dans la mesure où, comme il ressort de récentes enquêtes de Buddeberg (2008) sur la manière dont le jeunes médecins se représentent l'avenir, tout juste 8% des 208 médecins interrogés souhaitant exercer à l'avenir en cabinet médical peuvent envisager de travailler dans un cabinet individuel et où le souhait d'un travail à temps partiel augmente (également en même temps que la proportion de femmes), il sera probablement encore plus difficile à l'avenir de pourvoir les cabinets individuels dans les régions rurales.

Sur la base des études disponibles sur la manière dont les jeunes médecins se représentent l'avenir, on peut toutefois déduire certaines mesures qui pourraient générer plus d'engagement dans les régions éloignées.

A elle seule, une **meilleure rémunération des prestations** ne suffira **probablement pas**. Bien plus, le seuil de reprise d'une activité en cabinet médical dans des régions périphériques doit être abaissé par des mesures complémentaires qui

- réduisent le risque économique pour l'individu et
- suppriment l'aspect définitif de la décision de s'établir tout en
- évitant l'isolement du médecin de premier recours.

Ce résultat pourrait être obtenu, par exemple, par un préfinancement des locaux constituant le cabinet médical commun par les communes / communautés de vallées éventuellement avec des partenaires privés, suivi d'une location au médecin de premier recours. Selon Buddeberg (2008)³⁴ ceci permettrait

³³ Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Klaghofer, R. : Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte (Possibilités de rendre la médecine généraliste plus attrayante pour les jeunes médecins). Dans : Gesundheitswesen 2008; 70 : 123-128.

³⁴ Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Klaghofer, R. : Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte (Possibilités de rendre la médecine généraliste plus attrayante pour les jeunes médecins). Dans : Gesundheitswesen 2008; 70 : 123-128.

de supprimer deux aspects essentiels évoqués en défaveur de l'ouverture d'un cabinet médical dans des régions rurales par des jeunes médecins : le fait d'être lié à un emplacement et le risque financier. Afin de rompre l'isolement lié au travail en cabinet médical individuel et de mieux exploiter les possibilités d'une meilleure collaboration avec des fournisseurs de prestations médicales et surtout non médicales de la médecine de premier recours, de tels cabinets médicaux pourraient à l'avenir être intégrés dans des EMS ou des maisons de retraite existants ou à construire ou dans des centrales d'aide et de soins à domicile (Spitex) ou encore d'autres établissements de santé (services de conseil, etc.). Si les médecins de premier recours organisaient leur **collaboration avec des professionnels de la santé médecins et non-médecins**, par exemple des pharmaciens, des soignants indépendants, des ergothérapeutes et physiothérapeutes, des sages-femmes et d'autres professionnels, de nombreux inconvénients cités d'une activité de médecin de premier recours pourraient se transformer en avantages (et pas seulement dans les zones rurales). En effet, les médecins de premier recours pourraient alors se concentrer sur les activités pour lesquelles leurs connaissances médicales sont indispensables.

La décision d'exercer comme médecin de premier recours dans un cabinet médical (en zone périphérique) deviendrait ainsi une option présentant l'avantage décisif qu'elle offrirait au médecin une expérience du cabinet médical sans impliquer d'engagement économique, de durée ou d'établissement. Pour les régions périphériques, ceci entraînerait un changement plus fréquent de médecins avec les avantages et inconvénients correspondants. C'est la raison pour laquelle chaque région doit évaluer pour elle-même si l'avantage de la disponibilité d'un médecin sur place compense l'inconvénient de voies de soins plus longues.

Les nouvelles études sur les représentations qu'ont les jeunes médecins de l'avenir démontrent cependant sans équivoque que **ceux-ci s'engagent toujours plus rarement dans un cabinet médical individuel**. Les mesures visant à améliorer l'attrait des régions où le réseau de médecins est peu dense devraient en conséquence **n'avoir des effets de maintien de structures** (cabinet médical individuel) **que dans des cas exceptionnels**.

Le débat actuel sur le nombre (trop important) d'hôpitaux en Suisse offre de nouvelles opportunités pour améliorer l'attrait de la médecine de premier recours. On pourrait à l'avenir installer des centres de santé dans les locaux de ces hôpitaux. L'emploi de plusieurs médecins (parfois à temps partiel) et d'autres professionnels de la santé non-médecins au même endroit ouvrirait aux futurs médecins de premier recours la possibilité de mieux concilier la vie familiale et l'activité professionnelle et de structurer de manière plus souple leur vie professionnelle.

Les mesures individuelles visant à améliorer l'attrait de cette profession ne devraient pas, à l'avenir, dépendre exclusivement de la densité des médecins (nombre de personnes). Au contraire, il faudrait analyser les effets d'une certaine densité des médecins de premier recours sur la population :

- crée-t-elle des temps d'attente et de déplacement trop importants ?
- génère-t-elle des complications supplémentaires car les soins sont retardés ?

Bref: il faudrait **concrétiser le terme de « manque d'accès aux soins »**. Ceci d'autant plus que la fréquence de consultation de la population est très diversifiée (fossé est-ouest) et que le besoin de prestations médicales dépend aussi fortement de la structure de la population (âge, proportion de femmes, etc.)³⁵.

8. Mesures pour revaloriser la médecine de premier recours – Question 2 des postulats

Nous allons présenter ci-dessous les mesures concrètes mises en place par la Confédération et les cantons pour améliorer la situation des médecins de premier recours.

³⁵ Voir à ce sujet Jaccard Ruedin, H., Roth, M., Bétrisey, C., Marzo, N., Busato, A. 2007. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Document de travail 22. Obsan, Neuchâtel.

8.1 Mesures de la Confédération (DFI/OFSP)

Pour soutenir le débat sur la médecine de premier recours, l'OFSP a mis en place diverses mesures, notamment :

- Réunion des présidents des sociétés de médecine de premier recours (SSMI, SSMG, SSP, CMPR). Depuis la fin des années 90, la direction de l'OFSP rencontre deux à trois fois par an les présidents des organisations professionnelles.
- L'élaboration d'études fondamentales sur l'environnement professionnel (Spycher et Künzi 2005, OCDE 2006), l'évolution démographique des prestataires de services (Spycher 2004), la formation postgraduée orientée vers la fonction (Zenger et Biaggi 2006, Biaggi et Zenger 2007), les interventions dans les cantons (Tschannen 2006), les activités effectives sur la base des données du TARMED (Dubach et Künzi 2008) ainsi que les études sur l'efficacité, l'adéquation et l'économicité de prestations, notamment radiographies, analyses de laboratoire, pharmacie et indemnisation des urgences.
- Une meilleure indemnisation financière du service médical d'urgence. Le forfait d'urgence F a été introduit dans TARMED le 1^{er} avril 2007. Il est neutre du point de vue des coûts. Par la suite, le volume des forfaits d'urgence par séance a diminué. C'est la raison pour laquelle les forfaits d'urgence C et B ont été relevés au 1^{er} mars 2009 dans TARMED. Le Conseil fédéral a approuvé cette adaptation de la structure TARMED.
- Lancement et financement d'une priorité de recherche dans le cadre de l'étude sur le choix professionnel des jeunes médecins soutenue par le Fonds national suisse (Buddeberg-Fischer et al. 2007, 2008, Hasler et al. 2008).
- Négociations avec l'UE : dans la perspective de la transposition de la nouvelle directive 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, la Commission européenne exigeait de la Suisse qu'elle opte pour un titre dans le domaine de la « médecine générale ». La Suisse ne pouvait octroyer que le titre de formation postgraduée de médecin praticien ou celui de médecin généraliste. Les sociétés de discipline médicale de médecine interne et de médecine générale élaborent actuellement sous la direction de la FMH/ISFM un nouveau cursus de formation postgraduée qui réunit les deux orientations et sera conçu de manière cohérente avec les études universitaires et axé sur les compétences.

8.2 Mesures communes de la Confédération et des cantons (CDS et DFI/OFSP)

Depuis 2005, la CDS se préoccupe de sécuriser la médecine de premier recours. Elle a décidé, lors de son assemblée plénière du 19 mai, de soutenir et d'encourager la médecine de famille.

Il est devenu toujours plus évident que la Confédération et les cantons devaient aborder conjointement les mesures destinées à clarifier la situation des médecins de premier recours. En conséquence, un groupe de travail « Médecine de premier recours » a été mis en place début 2006, avec deux sous-groupes. Ces derniers se sont occupés des thèmes suivants :

- Modèles visant à **améliorer la formation postgraduée** des futurs médecins de famille, y compris financement de l'assistantat au cabinet médical (direction CDS en coopération avec l'OFSP et un groupe de travail avec participation majoritaire des médecins de premier recours)
- **Réorganisation des services d'urgence** et, dans ce contexte, éventuelle harmonisation du numéro d'urgence 144 (direction CDS en coopération avec OFSP ainsi qu'un groupe de travail composé de médecins de premier recours, de médecins cantonaux, de la FMH, de sociétés de médecins cantonales)

Divers travaux de base et études ayant été achevés, le DFI et le comité de la CDS ont approuvé les deux premiers rapports le 26 octobre 2006, dans le cadre du Dialogue sur la politique nationale de la santé.

Le rapport « **Financement de la formation postgraduée spécifique** » (CDS, DFI/OFSP. 2006b) souligne l'un des problèmes fondamentaux, à savoir le manque d'exposition dans l'environnement professionnel. En effet, des médecins de famille potentiels peuvent effectuer toute leur période de

formation postgraduée comme médecins assistants à l'hôpital, sans connaître le domaine d'activité de la médecine de premier recours. Des expériences importantes leur font défaut ; ils n'acquièrent pas les connaissances nécessaires à l'exercice de leur profession. Dans le même temps, l'orientation unilatérale sur la formation postgraduée hospitalière prive systématiquement la médecine de premier recours de personnel. Afin d'assurer une meilleure préparation professionnelle, le projet « Assistanat au cabinet médical » a été lancé ces dernières années : les futurs médecins de famille passent une partie de leur formation postgraduée auprès de médecins formateurs. Pendant cette période, les jeunes médecins doivent toutefois assumer des pertes de salaire. Afin d'éviter de telles discriminations et de soutenir l'assistanat au cabinet médical, le rapport propose de nouvelles variantes de financement. Dans une phase initiale, il s'agit donc d'impliquer les cantons dans le financement. Un tel soutien doit toutefois être ciblé et limité dans le temps. Il est certain que l'encadrement et le financement d'assistants au cabinet médical seraient mieux assurés dans les cabinets communautaires ou de groupe disposant d'une infrastructure adaptée.

Le rapport « **Service de garde et d'urgence : mesures de recommandation** » (CDS, DFI/OFSP, 2006c) décrit les problèmes existants dans les services d'urgence ambulatoires et présente des pistes de solutions. Il existe une nécessité d'agir notamment en raison du vieillissement des médecins de premier recours, d'une organisation géographiquement restreinte, du temps nécessaire au service d'urgence et des exigences toujours plus importantes de la population. Pour résoudre ces problèmes, diverses mesures sont proposées, par exemple l'optimisation des rayons d'intervention pour les services d'urgence, la coopération avec les hôpitaux, le tri des urgences par un numéro unitaire ou la meilleure indemnisation financière du service. Au vu des législations cantonales, on retient que les médecins de famille doivent participer au service d'urgence médical ambulatoire. Les mesures visent en conséquence une amélioration des conditions cadres.

Les groupes de travail largement soutenus ont été maintenus. La phase 3 devrait être achevée courant 2009.

Durant cette phase, de nombreuses bases de travail et de décision ont été établies ou créées. Comme présenté ci-dessous, elles ont incité la Confédération et les cantons à mettre en place de nombreuses mesures de mise en œuvre :

- Colloque sur la politique nationale de la santé à Bâle, le 9 novembre 2006. Rapport du colloque (DFI/CDS 2007)
- Evaluation systématique des mesures pour la formation postgraduée de médecin de famille spécifique (CDS 2008a)
- Evaluation des possibilités pour une uniformisation nationale des numéros d'urgence (CDS 2008b)
- Evaluation de la réorganisation des services d'urgence médicaux (CDS 2008c)
- En septembre 2009, le groupe de travail commun CDS/DFI-OFSP a repris le travail : tout le monde s'entend sur la nécessité de sécuriser ce qui a été atteint jusqu'à présent (assistanat au cabinet médical, soins d'urgence). On s'accorde aussi sur le fait qu'il faut poursuivre le débat sur une nouvelle image de la profession et sur le rôle du médecin de famille dans le contexte d'un système de soins ambulatoires global et intégré. Ce faisant, il faut aussi prendre en compte les possibles fonctions et rôles d'autres professionnels des soins de premier recours (par ex. pharmaciens, personnel soignant, sages-femmes, ergothérapeutes, etc.).

8.3 Mesures de mise en œuvre dans les cantons

Formation postgraduée

Sur la base des travaux des groupes de travail, des projets de mise en œuvre avec, pour certains un important engagement financier, ont été lancés. Au vu des nombreuses initiatives, on évoque l'idée que les rapports de la CDS et du DFI/OFSP « ont éveillé un processus de prise de conscience politique et incité les responsables politiques à prendre des mesures concrètes » (CDS 2008a).

Le groupe de travail largement soutenu a identifié une formation postgraduée spécifique comme mesure appropriée. Pour l'assistantat au cabinet médical, il s'agit de la période de formation postgraduée que le candidat spécialiste en médecine générale, médecine interne ou pédiatrie passe dans un cabinet médical auprès d'un collègue indépendant. La durée est d'au moins six mois. Elle est intégralement imputable sur la période de formation postgraduée prescrite dans le cursus pour autant qu'elle ait lieu auprès d'un médecin formateur reconnu.

Au total, des programmes de promotion ont été mis en place dans 14 cantons. Dans certains cantons, les programmes sont encore en cours de développement. Les cantons d'OW, de NW et de ZG s'orienteront fortement sur le modèle de Schwyz et en Suisse romande, une harmonisation est envisagée sous la direction du Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin (GRSP).

Les spécificités organisationnelles et financières sont très diverses. Au premier plan, on trouve le financement de postes ou la compensation des différences salariales entre l'embauche publique et l'embauche privée.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des programmes spécifiques de formation postgraduée pour la médecine de famille (source CDS 2008a).

Canton	Type de promotion	Groupe cible	Durée du programme	Engagement financier	Nombre de promus
AG	a) Assistanat au cabinet médical b) Médecin de premier recours dans le domaine stationnaire	a) Jeunes médecins b) Hôpitaux	A partir de 2008, première phase pour 2 ans	Très important, le canton mène deux programmes et paie pour a) 75% des salaires	Inconnu
BE	a) Modules obligatoires pendant les études b) Assistanat au cabinet médical	a) Etudiants b) Jeunes médecins	A partir de 2008, pas limité, en préparation	Très important	150 par an Inconnu
BS	a) Tutorat b) Assistanat au cabinet médical	a) Etudiants b) Jeunes médecins	Depuis 1998 Depuis 2008	Inconnu	130 par an Inconnu
GE	Assistanat au cabinet médical	a) Jeunes médecins b) Coopération Hôpital universitaire – réseaux d'approvisionnement	a) Depuis 1995 b) En cours de discussion	Plutôt faible	40
GL	Assistanat au cabinet médical	Jeunes médecins	Depuis 2008 pour 5 ans	Considérable, le canton paie 75% des salaires	Inconnu
FR	Assistanat au cabinet médical	Jeunes médecins	Pas encore mis en œuvre	Inconnu	Inconnu
LU	Assistanat au cabinet médical	Jeunes médecins	depuis 2007	Considérable, le canton paie 66% des salaires	Inconnu
PM	Assistanat au cabinet médical	Jeunes médecins	1997-2003, nouveau programme depuis 2007	Considérable	32 Inconnu
SH	Assistanat au cabinet médical	Jeunes médecins	Depuis 2008 pour 3 ans	Neutre en termes de coûts par mandat de prestations à l'hôpital	2 par an
SO	Assistanat au cabinet médical	Jeunes médecins		Considérable, le canton paie 80% des salaires	6
SZ	Assistanat au cabinet médical	Jeunes médecins	Depuis 2007 pour 5 ans	Considérable, le canton paie 75% des salaires	Inconnu
TG	Assistanat au cabinet médical	Jeunes médecins	Depuis 2006	Modéré, support commun du canton, des médecins et des hôpitaux	2 par an
VD	Assistanat au cabinet médical	Jeunes médecins	Depuis 2007	Considérable, le canton paie 60% des salaires	Inconnu
ZH	Assistanat au cabinet médical	Jeunes médecins	2007-09, ensuite, réorientation par nouveau titulaire de la chaire de médecine de famille	Considérable, le canton paie 75% des salaires	15

La variété des modèles présente l'avantage que chaque solution correspond à la situation, est bien acceptée et laisse aux autorités locales une marge de manœuvre pour le pilotage. Au niveau national, cette variété empêche toutefois la comparaison et le contrôle de la qualité. Comme il ressort du tableau, il est aussi difficile, avec cette constellation, d'évaluer précisément les charges et les effets. Une évaluation de la pertinence didactique et de politique de santé est prévue. Il semble indispensable d'évaluer aussi dans ce contexte les coûts et les effets.

En dépit du dynamisme généré par les travaux, l'évaluation systématique de la mise en œuvre par la CDS montre aussi ses limites. Dans ce contexte, la CDS (2008a) pose en particulier la question de la pérennité de ce type de promotion.

Soins d'urgence

A la suite des décisions de la CDS et du DFI en octobre 2006, les services d'urgence ont été réorganisés dans de nombreuses régions. Dans un rapport publié récemment (CDS 2008c), 13 réorganisations mises en œuvre sont énumérées et évaluées systématiquement. Cette liste ne prétend pas être exhaustive.

Outre l'adaptation aux bases légales (notamment obligation de fournir un service des urgences, voir article 40, lettre g, LPMéd), la priorité allait surtout à l'optimisation du rayon du service des urgences. Selon la CDS (2008c : 6), l'harmonisation des règlements relatifs aux services des urgences risque toutefois d'échouer à cause de la structure décentralisée de ces services et du droit d'autodétermination des médecins de service.

Autre mesure très efficace : le renforcement de la coopération avec les établissements hospitaliers, notamment par des cabinets médicaux d'urgence associés à ces derniers.

L'exemple type de l'amélioration organisationnelle et structurelle qui apporte un soulagement aux médecins de premiers recours est le cabinet médical d'urgence associé à un hôpital. Ce concept a été développé et mis en place avec succès par l'organisation de service des médecins de famille d'Argovie Est, Argomed AG et l'hôpital cantonal de Baden. Ce modèle de Baden a depuis été mis en place, en de nombreuses versions, comme la solution idéale.

L'organisation des urgences associée à un hôpital présente notamment les avantages suivants : synergies en matière d'infrastructures et de compétences spécialisées, soulagement du service des urgences de l'hôpital, allègement du travail, temps de travail régulés, transfert/hospitalisation simplifié possible, formation de médecins assistants dans le cabinet médical d'urgence.

On cite comme inconvénient le signal négatif adressé à la population : « L'hôpital en cas d'urgence », les distances parfois très importantes dans les régions rurales et la dépendance de décisions de la direction et des infrastructures de l'hôpital (laboratoire, radiographies, pharmacie).

En **conclusion des mesures** relatives aux améliorations organisationnelles et structurelles, on retient qu'une collaboration avec d'autres fournisseurs, hôpitaux ou services téléphoniques semble inévitable à l'avenir. Une remise du service des urgences des médecins de premiers recours à d'autres fournisseurs entraînerait en principe peu d'inconvénients pour les patients, même si de nouvelles formes d'approvisionnement et de nouvelles structures nécessiteraient une adaptation à la situation ce qui pourrait éventuellement gêner certains patients. Le corps médical considère cet allègement comme un avantage. Toutefois, il adopte une attitude assez sceptique face à cette modification. En effet, renoncer au service des urgences correspondrait aussi à perdre le contact avec les patients. Il en résulterait aussi une perte d'image.

Des numéros d'appel d'urgence unitaires

Dans 12 cantons (BL, BS, GR, LU, OW, NW, SG, SH, SO, VD, VS, ZG), il existe des numéros d'appel d'urgence unitaires pour le canton. Ils passent souvent directement ou indirectement par le numéro connu 144. Toutefois, la variété est grande et la méthode n'est pas évidente. Les numéros peuvent avoir 3, 9 ou 10 chiffres, nécessiter un préfixe régional ou en 0800 / 0900 comme des numéros professionnels. Ces derniers sont parfois payants.

Dans les cantons d'UR et de NE, il existe deux numéros d'appel d'urgence. Dans les cantons d'AG, GE et ZH, une uniformisation est en discussion.

En outre, il existe aussi deux services disponibles dans toute la Suisse et qui sont financés par les assureurs (Medgate et Medi24). Au niveau régional et local, on a créé des lignes médicales à Zurich et à Berne.

Sur la base de l'analyse d'un premier rapport, le groupe de travail a exigé le tri des urgences par des numéros d'appel unitaires et gratuits. Dans un deuxième rapport, trois scénarios de développement sont recommandés :

- (1) numéro d'appel médical d'urgence cantonal unitaire,
- (2) numéro d'appel médical d'urgence national unitaire,
- (3) numéro national d'appel d'urgence unitaire pour toutes les urgences (144).

Dans ses conclusions (CDS 2008b), le groupe de travail constate que la volonté politique fait actuellement défaut pour un lancement du numéro d'appel d'urgence unitaire national 144. En conséquence, les modèles idéaux en vigueur sont ceux des cantons de BS/BL et de VD ainsi que, selon leur organisation, les centrales 144 à fonction élargie.

Pour le reste, le groupe de travail souligne qu'il n'est pas utile que chaque canton exploite un numéro d'appel médical d'urgence propre, et ce du point de vue de la rentabilité et de l'efficacité. Il appelle les cantons à la collaboration et souligne clairement qu'une bonne collaboration entre la centrale d'appel médical d'urgence et la centrale d'appel sanitaire d'urgence 144 est essentielle mais que la proximité géographique de ces centrales n'est pas impérativement nécessaire.

9. Evolution des revenus – Question 3 du postulat

La question de l'évolution des honoraires pour les praticiens généralistes est étudiée ci-dessous. A cet effet, nous allons présenter tout d'abord les principes de calcul des revenus ainsi que les problèmes correspondants. Ensuite, les revenus des divers groupes de spécialistes seront énumérés et les motifs possibles des écarts de revenus entre eux seront débattus.

9.1 Principes du calcul des revenus

Les revenus des années 2004 et 2005 présentés ici sont basés sur une analyse de Hasler (2008). A noter que le calcul du revenu ne tient pas compte du fait que le médecin exerce ou non la propharmacie.

Pour les revenus de l'année 2004, en août 2008, on a fixé à la caisse de compensation AVS des médecins, dentistes et vétérinaires, par décision entrée en force, les revenus de 12 427 (81,8%) médecins indépendants sur environ 15 199 médecins indépendants au total.

Pour l'année de revenu 2005, en août 2007, 11 277 (73,3%) médecins indépendants sur 15 313 ont été affiliés à l'AVS par une décision.

Dans la mesure où, pour l'année de revenu 2006 seulement 38,4% des revenus t faisaient l'objet d'une décision en août 2008, les chiffres pour 2006 ne peuvent être évalués sérieusement en raison de leur trop faible pertinence. Nous n'en tenons donc pas compte ici.

Sont également inclus dans l'analyse, les revenus des médecins hospitaliers avec une activité privée (chefs de service, médecins-chefs et parfois chefs de clinique) qui touchent aussi un revenu salarial fixe en plus de leur activité privée. Le revenu salarial fixe de ces médecins hospitaliers fait l'objet d'un décompte par la caisse de compensation AVS et n'est donc pas pris en compte par cette analyse.

Seuls les cantons du Valais, de Fribourg et de Saint-Gall pratiquent le décompte des éléments de revenu de l'activité privée par la caisse de compensation AVS de l'employeur.

Les revenus mentionnés sont des revenus soumis à l'AVS. Pour une meilleure compréhension, voici une rapide définition :

Le revenu soumis à l'AVS correspond au revenu

- avant paiement des cotisations AVS/AI/APG
- avant paiement des primes d'assurance personnelles
- avant paiement des parties non déductibles de la prévoyance vieillesse personnelle
- avant paiement des impôts

- avant paiement des intérêts hypothécaires

Le revenu AVS ne prend pas en compte

- les gains en capitaux (de titres et/ou d'immeubles)
- les revenus d'une activité salariée non liée au cabinet médical

Afin de pouvoir comparer le revenu d'un médecin indépendant et le salaire brut d'un salarié, Hasler et al. (2006) ont calculé, sur mandat du comité de la Société Suisse de Médecine Générale SSMG un « pourcentage de réévaluation » de 17,8% qui doit être déduit pour les prestations sociales.

9.2 Revenu soumis à l'AVS selon les groupes de spécialistes

Le tableau ci-dessous présente les revenus moyens soumis à l'AVS de tous les médecins libéraux, par spécialités. Le codage des spécialistes ne correspond pas exactement aux titres de spécialistes. Il a été élaboré peu de temps après la création de la caisse de compensation AVS des médecins, il y a quelque 60 ans, et suit la classification de l'époque qui comptait un nombre nettement inférieur de disciplines médicales. Ainsi, les spécialistes en médecin interne comprennent, en tant que groupe général, la médecine interne générale, la gastroentérologie, l'hématologie, l'oncologie, la néphrologie, l'angiologie, la diabétologie/endocrinologie et la cardiologie. C'est la raison pour laquelle il n'est pas possible de répartir les spécialistes en médecine interne en sous-groupes plus précis.

Revenus soumis à AVS de tous les médecins, valeurs moyennes et médianes³⁶ par spécialités, médecins de moins de 66 ans.

Spécialité	2004	2004	2004	2005	2005	2005
	Nombre	Valeur moyenne	Valeur médiane	Nombre	Valeur moyenne	Valeur médiane
Anesthésie	328	280'626	247'650	258	265'198	216'000
Chirurgie	523	274'114	209'600	461	246'962	168'800
Dermatologie	240	241'329	191'150	213	239'116	209'100
Gynécologie	731	254'133	214'100	665	252'850	211'600
Médecine interne*	2'255	225'241	190'500	2'048	224'749	189'050
Neurochirurgie	35	379'277	292'400	32	411'322	317'050
Neurologie	149	183'640	166'200	135	173'488	151'800
Ophthalmologie	427	346'311	276'600	377	333'886	272'200
Orthopédie	282	321'644	269'100	240	294'735	256'900
ORL	208	311'289	252'650	185	297'410	246'200
Pédiatrie	569	171'535	154'900	515	169'578	149'200
Médecine physique	164	208'957	192'250	147	200'948	183'700
Psychiatrie	1'489	134'870	126'000	1'403	131'980	123'800
Pédopsychiatrie	216	121'971	117'950	192	115'145	108'600
Radiologie	155	396'353	299'300	131	367'909	276'000
Urologie	110	334'586	285'500	101	291'606	227'600
Médecine générale	3'789	195'004	177'900	3'441	196'869	181'200
Spécialistes	7'881	226'907	177'900	7'103	218'449	170'700
Toutes	11'670	216'548	177'900	10'555	211'406	173'900

*Médecine interne générale, gastroentérologie, hématologie, oncologie, néphrologie, angiologie, diabétologie/endocrinologie et cardiologie

En 2005, le revenu moyen soumis à l'AVS des médecins généralistes a augmenté de 1% par rapport à 2004 (195 004 francs) (valeur médiane 177 900) contre 196 869 francs (valeur médiane 181 200) en 2005.

En revanche, le revenu moyen des spécialistes a diminué de 3,7% avec 226 907 francs (valeur médiane : 177 900) en 2004 et 218 449 francs (valeur médiane : 170 700) en 2005.

Seuls les revenus de la médecine générale (+1%) et de la neurochirurgie (+8,4%) ont augmenté.

Les revenus moyens soumis à l'AVS de tous les médecins s'établissent à 211 406 francs en 2005 (2,2% de moins qu'en 2004 : 216 548 francs). De 2004 à 2005, le renchérissement s'est établi à 1,17% selon l'indice national des prix à la consommation. Le recul réel des revenus de tous les médecins s'établit ainsi tout juste à 3,4%.

Le revenu moyen étant fortement influencé par les extrêmes, une comparaison des valeurs médianes qui divisent les groupes de spécialistes en deux moitiés est plus pertinente. Dans ce contexte, on remarque que les valeurs médianes sont nettement inférieures aux moyennes : 50% des médecins sont donc sensiblement mieux rémunérés. On remarque aussi que les valeurs médianes de la médecine générale et des spécialistes sont identiques pour 2004. En 2005, la valeur médiane des spécialistes est nettement tombée, s'établissant à 170 800 francs par rapport à celle de la médecine générale qui s'établit à 181 200 francs.

Les motifs de ce recul des revenus devront encore faire l'objet d'une analyse plus approfondie. L'étude de l'obsan (2007) sur l'évolution du degré d'activité des médecins dans le domaine ambulatoire entre 1998 et 2004 pourrait apporter une explication plausible : en dépit d'une

³⁶ La valeur médiane est la valeur qui divise le total pris en compte en deux groupes de même valeur, par montant croissant de revenus. Pour une moitié (50%) du groupe, le revenu standard est supérieur et pour l'autre moitié le revenu standard est inférieur à cette valeur. La valeur médiane est un élément d'appréciation indépendant des valeurs extrêmes.

augmentation du nombre des médecins de premier recours (+11%) durant la période sous revue, la part des équivalents plein temps n'a progressé que de 6% dans toute la Suisse. La réduction du degré d'activité est plus marquée dans les régions urbaines où le nombre des médecins de premier recours a augmenté de 12% mais celui des équivalents plein temps de seulement 3%.

9.3 Chiffres clés sur le revenu soumis à l'AVS dans la médecine générale

Au sein du groupe de spécialistes de la médecine générale, les écarts de revenu sont également très importants : concrètement, les revenus soumis à l'AVS s'étendent de zéro à 2 092 200 francs. Vous trouverez, ci-dessous, quelques chiffres clés (valeurs moyennes et centrales) pour lesquels la distinction est établie par sexe, durée d'activité du cabinet médical et région ou canton.

Valeurs moyennes et médianes du revenu soumis à l'AVS des médecins généralistes par sexe, durée de l'activité en cabinet, région, valeur maximum et minimum de canton, en CHF (entre parenthèses, nombre absolu des revenus analysés par catégorie).

	2004 Valeur moyenne	2004 Valeur médiane	2005 Valeur moyenne	2005 Valeur médiane
Tous médecins généralistes	195'004 (3789)	177'900	196'869 (3441)	181'200
Hommes	214'768 (3088)	199'200	218'479 (2'780)	201'400
Femmes	107'941 (701)	92'900	105'982 (661)	94'200
Age du cabinet médical 21 – 24 ans	230'847 (453)	219'100	234'202 (455)	217'000
Age du cabinet médical 21 – 24 ans (hommes)	243'328 (409)	233'400	244'558 (410)	229'100
Age du cabinet médical 18 -21 ans (femmes)	139'135 (55)	120'900	139'853 (45)	114'300
Ville centrale	160'682 (774)	133'700	160'017 (683)	136'900
Autre agglomération	193'586 (1'773)	178'400	195'498 (1'594)	176'150
Ville isolée	188'271 (28)	168'200	185'354 (24)	159'350
Commune rurale	219'113 (1'214)	205'050	221'105 (1'140)	208'100
Valeur de canton la plus élevée : GL	272'646 (24)	276'850	269'407 (28)	271'000
Valeur de canton la plus basse : GE	111'597 (32)	85'450	121'909 (33)	100'800

Les chiffres présentés ci-dessus montrent clairement qu'il existe de **très grandes différences entre les sexes**, tant en ce qui concerne les moyennes que les médianes : les femmes gagnent nettement moins³⁷. Comme les tarifs pour les prestations sont les mêmes pour les deux sexes, les différences de revenu entre ceux-ci s'expliquent le plus logiquement par une activité réduite des femmes (travail à temps partiel).

Il existe également de **grandes différences** entre les régions où le revenu soumis à l'AVS est obtenu : dans les villes centrales et isolées, le revenu est nettement plus bas que dans une agglomération ou dans des communes rurales où les médecins généralistes gagnent le plus. Les

³⁷ Pour de plus amples informations sur la proportion de femmes dans les différents domaines de spécialisation, cf. article de Kraft, E.; Hersperger, M. (2009) : Le corps médical en Suisse: la féminisation de la médecine. Bulletin des médecins suisses 2009 ; 90: 47.

différences entre les cantons sont frappantes : la valeur la plus élevée du canton de Glaris correspond à plus du double de la valeur moyenne du canton de Genève.

Les grandes différences de revenu régionales et cantonales sont certainement aussi en partie le résultat des **différentes réglementations cantonales concernant la remise et la vente de médicaments** (propharmacie ou gestion d'une pharmacie privée).

Afin de pouvoir mieux expliquer les différences de revenus, il faudrait effectuer des études d'approfondissement qui prendraient en compte, outre le degré d'activité, d'autres facteurs tels que le droit d'exploiter une pharmacie privée et la qualité du spectre des prestations médicales facturées.

9.4 Composition des coûts bruts du cabinet médical

Selon le pool de données de Santésuisse³⁸ les coûts bruts par cabinet médical se composent comme suit :

- Traitement
- Médicaments
- Analyses
- Moyens et appareils
- Physiothérapie et autres prestations.

Composition des coûts bruts facturés par le biais de l'AOS, par cabinet médical, en 2004 : Montants en francs des médecins généralistes et des spécialistes :

	2004 Généralistes	2004 Spécialistes
Traitement	235'670 (55,8 %)	255'633 (77,6 %)
Médicaments	151'143 (35,8 %)	52'262 (15,8 %)
Analyses	29'084 (6,9 %)	13'643 (4,1 %)
Moyens et appareils	3'412 (0,8 %)	2'166 (0,6 %)
Physiothérapie	1'258 (0,3 %)	1'957 (0,5 %)
Autres prestations	1'477 (0,3 %)	3'528 (1,1 %)
Total	422'044 (100 %)	329'189 (100 %)

Il ressort des données du tableau que la part des coûts de traitement pour les médecins généralistes (55,8%) est nettement plus faible que pour les spécialistes (77,6%). Ou, pour l'exprimer autrement : les mesures de régulation dans les autres domaines (médicaments, analyses, moyens et appareils) ont plus d'effets pour les médecins généralistes que pour les spécialistes.

En termes absolus toutefois, la part des analyses (6,9%) aux coûts bruts du cabinet médical est faible.

9.5 Motifs possibles des écarts de revenu

L'introduction du TARMED aurait dû réduire les écarts de revenus au sein du corps médical. Les comparaisons des années 2003/2004 (introduction du TARMED) et 2004/2005 présentent une nette réduction des différences de revenus. Les différences entre les différentes spécialisations sont cependant toujours claires tant sous l'angle de la valeur moyenne que de la valeur médiane.

Avec une valeur médiane de 177 900 francs en 2004, les médecins généralistes se situaient en 13^e position sur 17 dans le tableau ci-dessus des spécialités.

38 La banque de données de santésuisse est un système d'information de la branche des assureurs-maladie. Il comprend toutes les factures des assureurs participants, c'est-à-dire les factures qui sont envoyées aux assureurs par les assurés et celles qui leur sont adressées directement par les fournisseurs de prestations. Les factures qui ont été conservées par les assurés et les prestations qui ne font pas l'objet d'un décompte dans le cadre de l'AOS ne sont pas prises en compte. La participation à cette banque de données est facultative. 97,35% des assurés sont pris en compte en 2004. Les données sont l'objet d'une extrapolation à 100% (www.santesuisse.ch)

En 2005, leur position s'est améliorée pour atteindre une valeur médiane de 181 200 francs (12^e position).

Les revenus nettement les plus bas des spécialistes en psychiatrie et pédiatrie sont frappants.

Les chiffres des prochaines années montreront si, avec l'évolution de TARMED, les écarts de revenus continueront à se réduire.

Lorsque l'on évalue les écarts de revenu entre les divers spécialistes, il faut prendre en compte également **les coûts d'investissement** des médecins que l'étude a mis en lumière : la valeur médiane des coûts d'investissement pour les médecins pratiquant des opérations s'établit à 227 072 francs en 2004. Ce chiffre est nettement supérieur aux coûts d'investissement de 155 800 francs pour les médecins ne pratiquant pas d'opérations.

Dans la mesure où les écarts de revenu entre les médecins de premier recours et les spécialistes résultent de la tarification diversifiée des prestations dans TARMED, les fournisseurs de prestations et les assureurs (santésuisse), partenaires contractuels du tarif cadre, devront effectuer des corrections. Santé Suisse et les sociétés de médecins cantonales s'accordent, selon un communiqué de presse³⁹ sur la nécessité d'améliorer la situation pour les médecins de premier recours. C'est la raison pour laquelle TARMED Suisse va revoir la structure tarifaire de TARMED en faveur des médecins de premier recours.

Hasler (2006) explique notamment les différences de revenus entre les médecins de premier recours et les spécialistes par le fait que **les médecins ne pratiquant pas d'opérations** (dont les premiers font partie) **acquièrent pratiquement tout leur revenu avec un tarif du domaine des assurances sociales**. Les médecins pratiquant des opérations (spécialistes) en revanche acquièrent une part plus ou moins importante de leur revenu dans le domaine stationnaire, avec le tarif demi-privé ou privé du domaine des assurances complémentaires. Les tarifs privés pour les prestations qui sont du ressort de l'AOS ne sont pas autorisés dans le domaine ambulatoire.

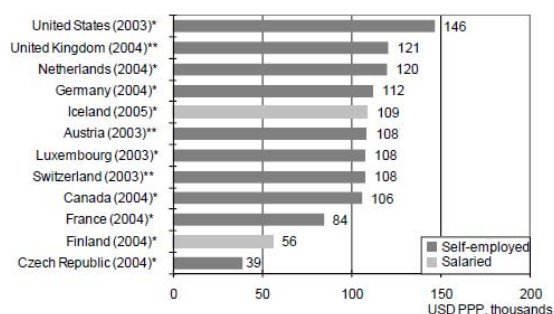
9.6 Comparaison internationale des revenus des médecins

Il est très difficile d'effectuer des comparaisons internationales. En effet, dans chaque pays on utilise des sources de données et des méthodes de calcul différentes. S'ajoute à cela que dans des pays comme la Suisse, on n'intègre dans les études que des médecins indépendants alors que dans d'autres pays comme la Finlande on ne saisit que le revenu des médecins salariés. Le volume de travail n'est pas non plus pris en compte dans tous les pays (par ex., la Suisse).

Les chiffres souvent cités proviennent de l'Eco-Santé OCDE (2007). Il s'agit notamment du tableau ci-dessous qui compare les revenus des médecins de premier recours de 12 pays. Les chiffres concernent les revenus de 2004 et sont indiqués en dollars américains. La parité du pouvoir d'achat a été calculée comme base de la comparaison (PPP = *purchasing power parity*)

39 Communiqué de presse de santésuisse http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdId=26283&detail=yes&navid=27

Figure 1. Remuneration of GPs in USD PPP, selected OECD countries, 2004 (or closest year available)



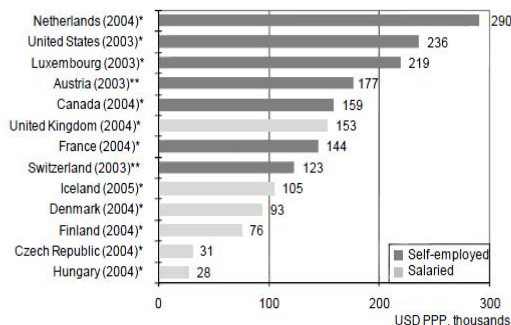
Notes: * indicates that the average remuneration refers only to physicians practising full-time and ** refers to the average remuneration for all physicians including those working part-time (thereby resulting in an under-estimation). In Austria, Switzerland and the United States, the data refer to all physicians (both salaried and self-employed), but since most GPs are not salaried in these countries, they are presented as referring to self-employed physicians. For the United Kingdom, data refer to Great Britain.

Source: OECD Health Data 2007 and for the US, Community Tracking Study Physician Survey, 2004-05.

Les pays marqués d'une * n'indiquent que les revenus de plein temps alors que les chiffres pour la Grande-Bretagne, l'Autriche et la Suisse comprennent aussi les temps partiels. Selon cette évaluation, le revenu moyen des **médecins de premier recours suisses se situe dans la moyenne.**

La même étude OCDE a aussi comparé les revenus des spécialistes de ces pays. Selon le tableau ci-dessous, **le revenu des spécialistes suisses se situe également dans la moyenne.**

Figure 5. Remuneration of specialists in USD PPP, selected OECD countries, 2004 (or closest year available)

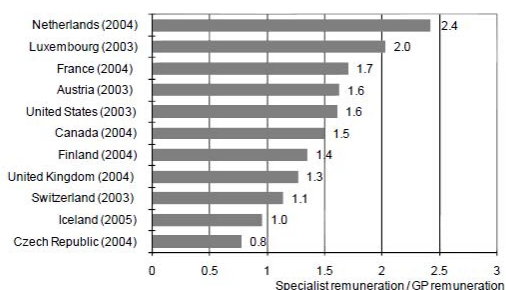


Note: * indicates that the average remuneration refers only to physicians practising full-time and ** refers to the average remuneration for all physicians including those working part-time. In Austria, Switzerland and the United States, the data refer to all physicians (both salaried and self-employed), but since most specialists are not salaried in these two countries, the data are presented as referring to self-employed physicians. For the United Kingdom, data refer to England.

Source: OECD Health Data 2007 and for the US, Community Tracking Study Physician Survey, 2004-05.

La comparaison internationale du rapport entre revenus des médecins de premier recours et revenus des spécialistes (voir tableau ci-après) révèle que, **dans tous les pays, les spécialistes gagnent plus.** On constate des écarts plus faibles qu'en Suisse uniquement pour l'Islande et la République Tchèque. Dans les autres pays, l'étude de l'OCDE affiche des écarts de revenus plus importants entre les médecins de premier recours et les spécialistes. En tête, on trouve les Pays-Bas où les spécialistes obtiennent un revenu moyen 2,4 fois plus élevé que celui des médecins de premier recours.

Figure 15. Ratio of remuneration of specialists to remuneration of GPs, selected OECD countries, 2004 (or closest year available)



Dans une nouvelle étude de Kroneman et al. (2009), on a analysé l'évolution des revenus des médecins de premier recours dans huit pays d'Europe. Les revenus sont indiqués en dollars US. Ils ont été corrigés à l'aide des facteurs de l'inflation et du pouvoir d'achat. Pour le calcul des revenus, les indications disponibles sur le degré d'activité ont été prises en compte. Les auteurs soulignent toutefois que ces données devront faire l'objet d'une analyse plus précise dans de futures études.

Pays	1985 US\$	1990 US\$	1995 US\$	2000 US\$	2005 US\$
Belgique	38.476	38.389	20.864	25.602	30.413
Danemark	67.283	57.747	83.782	85.362	98.249
Finlande	46.132	45.566	-	47.231	65.801
France	51.827	52.401	57.67	53.889	64.607
Allemagne	78.192	78.723	85.342	96.325	103.158
Pays-Bas	74.36	77.305	58.267	65.842	92.945
Suède	46.832	42.812	48.594	54.124	62.007
Grande-Bretagne	66.864	63.624	76.278	80.58	155.36

Les revenus pour la Suisse ont été calculés à l'aide de l'indice suisse des prix à la consommation, IPC, une application de l'Office fédéral de la statistique, et sur la base des revenus des praticiens généralistes soumis à l'AVS.

Les revenus corrigés à l'aide du facteur du renchérissement ont ensuite été exprimés en parités de pouvoir d'achat conformément aux modèles de méthodes de l'OCDE⁴⁰ :

	1985 US\$	1990 US\$	1995 US\$	2000 US\$	2005 US\$
Suisse	115.114	115.326	112.178	113.671	127.799

Selon ces chiffres, le **revenu moyen des médecins de premier recours suisses était nettement le plus élevé en comparaison internationale jusqu'en 2000**. En 2005, il se situe en deuxième position après la Grande-Bretagne. Les auteurs expliquent le doublement du revenu de 2000 à 2005 en Grande-Bretagne par le fait que les médecins de premier recours britanniques touchaient un forfait de base par patient jusqu'en 2004 prenant en compte l'âge, la maladie et la région où était fournie la prestation. En 2004, le mécanisme de financement a été modifié et l'on a mis en place des incitations qualitatives en plus des rémunérations forfaitaires.

9.7 Conclusion sur l'évolution des revenus

L'évolution des revenus des médecins subit bien sûr l'influence de diverses conditions cadres étatiques. Toutefois, les médecins sont des entrepreneurs indépendants qui sont responsables personnellement, dans le cadre prescrit, d'optimiser leur revenu au moyen de mesures structurelles ou organisationnelles appropriées. Il n'existe pas, dans cet esprit de **bon ou de mauvais revenu**.

Lorsque la Confédération prend une décision concernant l'AOS, elle est tenue de satisfaire aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Les tarifs des prestations que le département fixe doivent être calculés d'après les règles applicables en économie d'entreprise. En premier lieu, les tarifs doivent couvrir les frais. Des exceptions sont cependant possibles : la taxe de présence permet de tenir compte de la situation particulière des médecins de premier recours qui gèrent un laboratoire dans leur cabinet. Un monitoring a été mis en place pour recenser les répercussions de la modification de la liste des analyses.

⁴⁰ http://www.oecd.org/topicstatsportal/0,3398,en_2825_495691_1_1_1_1_1,00.html#500300

Globalement, **l'évolution des revenus du corps médical est très difficile à évaluer** dans la mesure où l'influence et l'évolution de nombreux facteurs, par exemple, **la tendance constatée à réduire le degré d'activité** et le nombre des revenus **de pratique indépendante de la médecine par des médecins hospitaliers salariés** font baisser les revenus moyens calculés.

Enfin, **seule une comparaison des revenus d'équivalents plein temps** avec une comparaison complémentaire des conditions cadres (propharmacie, spectre d'activités, etc.) pourra éclairer définitivement le niveau et l'évolution des revenus.

La fourchette très large des revenus est frappante : elle s'étend de zéro à plusieurs millions de francs. Elle peut s'expliquer, jusqu'à un certain niveau, par les divers degrés d'occupation. Probablement qu'il existe d'autres explications, par exemple les différences en matière de propharmacie, le jeu de l'offre et de la demande, l'image, la région, la vision du métier et les différentes valeurs de points tarifaires. Les motifs de cette hétérogénéité devraient être analysés dans le cadre d'une analyse empirique.

10. Synthèse

Le présent rapport en réponse aux postulats de même teneur 07.3279 et 07.3561 des commissions de la sécurité sociale et de la santé publique des deux Conseils a été mandaté suite à la pétition déposée le 1^{er} avril 2006 par la Société suisse de médecine générale et intitulée « Contre l'affaiblissement de la médecine de famille ».

Les questions auxquelles le présent rapport doit répondre sont les suivantes :

- 1a) Comment améliorer la formation et le perfectionnement des médecins dans le domaine de la médecine de famille ?
- 1b) Comment renforcer l'attrait des régions périphériques pour les médecins de famille ?
- 2) Dans quelle mesure les dispositions convenues avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) pour améliorer les soins de base sont-elles efficaces ?
- 3) Comment a évolué la rémunération des médecins de famille ?

Avant la prise de position sur ces questions, les chapitres 3, 4 et 5 posent les bases permettant une meilleure compréhension du rapport : le chapitre 3 **clarifie les termes de médecine de famille, médecine de premier recours et praticien généraliste** et démontre que ceux-ci, souvent utilisés comme synonymes, désignent chacun des groupes de spécialistes différents. Il apparaît aussi que d'importants problèmes sont liés à la définition des médecins de premiers recours telle qu'elle a été établie en liaison avec la clause du besoin.

Le chapitre 4 tente de **définir la médecine de premier recours** non par les groupes de spécialistes **mais par les prestations fournies à charge de l'AOS**. De cette manière, on s'efforce d'ébaucher le profil d'activités des médecins de premier recours. Il apparaît ainsi que les activités de médecine de premier recours sont aussi assumées par certains spécialistes ou, à l'inverse, que des activités de spécialistes peuvent être ou sont assumées par des médecins de premier recours. On constate donc que le potentiel réel de médecins de premier recours ne se compose pas exclusivement des titulaires des quatre titres de spécialistes de la médecine de premier recours.

Le chapitre 5 décrit la **démographie de la médecine de premier recours**. Il en ressort clairement qu'avec une multiplication par deux des orientations de spécialisation depuis 1980, la classification des domaines de spécialisation s'est décalée entre les deux catégories « médecine de premier recours » et « soins spéciaux ». Une diminution du nombre des médecins de premier recours par rapport à celui des spécialistes résulte de l'interaction de nombreux facteurs et ne peut pas être assimilée sans autre à une pénurie de médecins de premier recours.

Les chapitres 6 à 9 traitent des **questions des postulats** :

Le chapitre 6 prend position sur les moyens d'améliorer la **formation et la formation postgraduée** (question 1a) des médecins dans le domaine de la médecine de famille. Après un rapide aperçu de la réforme de la formation universitaire dans le cadre de la LPMéd, il développe certains aspects du système actuel de formation postgraduée et de ses 44 programmes fédéraux. Dans la mesure où l'attrait d'une formation et d'une formation postgraduée dépend de façon déterminante de la manière dont elle peut être « mise à profit » (droit de facturer de prestations selon TARMED), on examine les règles actuelles dans le domaine de la formation postgraduée et de l'indemnisation des prestations ambulatoires (TARMED). Il apparaît qu'une seule amélioration de la formation postgraduée pourrait être insuffisante à renforcer l'attrait du domaine d'activités de la médecine de premier recours. Il faut concevoir la formation et la formation postgraduée de manière à ce que les médecins de premier recours puissent assumer un rôle clé dans le cadre d'un système de soins intégrés.

Le chapitre 7 étudie la question de savoir comment **améliorer la médecine de premier recours dans les régions périphériques** (question 1b). Sur la base de la constatation de l'obscurité selon laquelle le problème va s'amplifier dans les régions périphériques en raison de divers facteurs (par ex. structure d'âge des médecins de premier recours, féminisation croissante et travail à temps partiel), tout porte à croire qu'il ne pourra être résolu avec uniquement une meilleure rémunération des prestations. Bien plus, il faudra réduire la pression dans les régions périphériques par des mesures supplémentaires, notamment la diminution du risque économique pour l'individu, l'empêchement de son isolement et l'amélioration de la mise en réseau avec d'autres professionnels de la santé locaux.

La question portant sur les **mesures mises en place** par la Confédération et les cantons **pour améliorer la médecine de premier recours et sur leur efficacité** (question 2) est traitée au chapitre 8. Il présente une liste détaillée des mesures de la Confédération et des cantons et de leur efficacité ainsi qu'une évaluation effectuée dans la mesure des possibilités actuelles. Les dispositions dans le domaine de la formation postgraduée ont mené, dans la plupart des cantons, à l'introduction du modèle « assistantat au cabinet médical ». Ce nouveau modèle de formation postgraduée proche de la pratique pour les futurs médecins de premier recours est jugé partout de façon très positive. Toutefois, son financement à long terme et donc sa pérennité ne sont pas assurés. Pour la réorganisation des soins d'urgence, on a également pris des mesures efficaces en renforçant la coopération avec les établissements stationnaires (cabinets d'urgences associés à des hôpitaux). On considère le « modèle de Baden » comme l'exemple par excellence d'une amélioration structurelle et d'organisation. Il a depuis été mis en place selon de nombreuses variantes.

Enfin, le chapitre 9 approfondit la question de **l'évolution des honoraires des praticiens généralistes** (question 3). L'évolution des revenus des médecins généralistes est présentée dans le contexte de tous les groupes de spécialistes. Il apparaît ainsi qu'en 2005 (196 869 francs), le revenu moyen soumis à l'AVS des médecins généralistes a augmenté de 1% par rapport à 2004 (195 004 francs). Pendant la même période, le revenu moyen des spécialistes a diminué de 4,7%, passant de 230 169 francs à 219 347 francs. Si l'on prend en compte le renchérissement, le revenu de tous les médecins a globalement diminué. Cette évolution des revenus du corps médical en général et de la médecine générale en particulier ne peut être évaluée définitivement. En effet, elle est le résultat de nombreux facteurs qui ne sont pas liés au tarif. En font partie notamment la tendance générale à la réduction du degré d'occupation ou les modalités de calcul du revenu moyen (par exemple, prise en compte des revenus d'activité médicale privée pour des médecins salariés d'un hôpital). Finalement, seule la comparaison de revenus en équivalents plein temps, acquis dans les mêmes conditions cadres (propharmacie, spectre d'activités, etc.), fournirait des indications définitives sur l'évolution réelle des revenus.

Le présent rapport répond aux questions des deux postulats. Il comporte aussi quelques pistes sur la manière de résoudre les problèmes de la médecine de premier recours, sans toutefois révéler la nécessité d'une action concrète. Celle-ci sera mise en évidence ultérieurement, dans le cadre de la mise en oeuvre de la motion Fehr (08.3608) qui charge le Conseil fédéral d'élaborer une stratégie globale visant à empêcher une pénurie de médecins en Suisse et à encourager la médecine de premier recours.