



Relève en médecine interne générale : enjeux et perspectives

Rev Med Suisse 2009; 5: 232-6

G. Waeber
J. Cornuz
J.-M. Gaspoz
A. Pécoud
A. Perrier

Perspectives and challenges to guarantee training and renewal in general internal medicine

Training new doctors in general internal medicine represents a challenge. This requires to define future needs, which result from interest that are not necessarily convergent between patients, doctors, insurers and politicians. Problems related to medical demography in Switzerland, with the ageing of the population, the increase in health care costs and the place of Switzerland within the European Community require the implementation of specific objectives to train new physicians in general internal medicine. The success of these opportunities depends on social factors, political choices and choices from physician's association. In this article we will approach these challenges by formulating some proposals – nonexhaustive – in order to guarantee sufficient renewal in general internal medicine.

Assurer une relève en médecine interne générale est un défi. Ceci requiert la définition des besoins qui dépendent de visions pas nécessairement convergentes entre patients, médecins, assureurs et politiciens. Les problèmes liés à la démographie médicale en Suisse, au vieillissement de la population, à l'augmentation des coûts de la santé et à la place de la Suisse au sein de la Communauté européenne nécessitent la mise en œuvre d'opportunités de relève en médecine interne générale. Le succès de ces opportunités dépend de facteurs de société, de l'engagement des politiciens et de la communauté médicale. Dans cet article, nous souhaitons aborder ces enjeux en formulant quelques propositions – non exhaustives – afin de susciter et garantir une relève médicale dans le périmètre de la médecine interne générale.

RELÈVE MÉDICALE : UN PROBLÈME ?

La relève médicale est un sujet d'inquiétude non seulement dans les pays anglo-saxons, mais aussi en Europe et en particulier en Suisse. Parler de relève nécessite d'abord de définir les besoins. Ces derniers sont estimés sur la base de prévisions pas nécessairement convergentes par les quatre partenaires principaux de la santé, à savoir : patients, médecins, assureurs et instances politiques. Ce sujet requiert un positionnement de tous les partenaires de la santé, sans quoi une modification profonde de l'accès aux soins médicaux pourrait intervenir dans les années à venir en Suisse.

Il y a quelques années, politiciens et assureurs anticipaient une pléthore médicale. Cette crainte a motivé l'instauration de moyens de contrôle, tels la clause du besoin (notamment justifiée par le jeu de la concurrence) et le point tarifaire (limitation de l'augmentation des coûts), ainsi que la proposition de la suppression de l'obligation de contracter. Force est de constater que l'impact de ces mesures n'a eu qu'un seul effet, celui de l'affaiblissement du médecin de premier recours et des internistes hospitaliers engendrant une pénurie non plus du futur, mais déjà effective en particulier dans les secteurs géographiques non urbains et certains hôpitaux.

L'objet de réflexion de cet article se limitera à la relève des médecins de premier recours, en particulier des internistes pratiquant en cabinet, et des internistes hospitaliers. Le problème de la relève dans les différentes spécialités constitue un autre enjeu complexe hors périmètre de cet article.

La notion de pléthore médicale a été défendue sur le plan politique et par les assureurs, notamment au moyen d'une vision, à nos yeux réductrice de la réalité, qui suggère que ces partenaires considèrent le médecin comme un simple prestataire de soins générant des coûts et par conséquent responsable, du moins en partie, de l'augmentation des coûts de la santé.

Parler de la relève requiert une anticipation et une définition des besoins. Il est intéressant de constater que certaines professions ont effectué ce travail avec diligence. Citons à titre d'exemple, celle des enseignants. La démographie permet une anticipation des besoins et la relève des enseignants dans les secteurs primaires ou secondaires a été préparée, de sorte que leur nombre est



relativement adapté aux besoins. D'autres professions libérales sont astreintes à des restrictions strictes, d'ordre étatique ou professionnel pour régler la question de la relève. Pensons aux notaires de certains cantons dont la relève obéit à un contingentement précis, réglé soit par l'Etat, soit par la profession elle-même. Pour les médecins, la planification de la relève est nettement plus anarchique dans un système libéral où le financement mixte (Etat et assureurs) rend difficile une harmonisation des objectifs.

DÉFINITION DES BESOINS : ÉTAT DES LIEUX

Comme évoqué, les Etats-Unis et l'Europe reconnaissent que les besoins en médecins de premier recours ne sont pas couverts par l'offre actuelle. En effet, les médecins de premier recours font cruellement défaut dans de nombreux secteurs géographiques et cette carence de relève a motivé la prise de différentes mesures de regroupement médical, de déplacement de médecins à travers l'Europe, voire de modèles incitatifs à l'installation avec des allègements fiscaux par exemple ou des attraits financiers. A nouveau, les partenaires impliqués dans le contrôle des soins, que sont l'Etat, les assureurs et les médecins ne partageant pas nécessairement la même vision des besoins.

Pour l'Etat et les assureurs, il s'agit d'offrir un accès aux soins à l'ensemble de la population avec un contrôle financier optimal. De manière légitime, il s'agit d'optimiser l'argent des assurés (et des assureurs ?!) et des contribuables (impôts), en assurant l'accès aux soins et des prestations considérées par eux comme de qualité, autrement dit d'obtenir un « rendement » médical contrôlé et contrôlable. En réalité, la prestation des soins est plus complexe, puisqu'elle fait appel à de nombreuses composantes dont la relation médecin-malade, l'interface spécialiste-médecin de premier recours, médecine rurale-médecine urbaine, médecine hospitalière universitaire-non universitaire, service de garde et missions d'enseignement, etc.

Les besoins découlent d'une alchimie compliquée et les chiffres suivants permettent d'anticiper les difficultés à venir. Par exemple, les projections réalisées sur mandat de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) prévoient qu'approximativement 30% des consultations ne pourront plus être assurées par manque de médecins en 2030. Les données mentionnées dans le rapport sont explicites.¹ Le vieillissement de la population va impliquer une augmentation de la proportion des plus de 65 ans qui passera de 1,2 à 2 millions d'individus entre 2005 et 2030. Considérant qu'un tiers environ des consultations chez les médecins de famille concerne cette catégorie d'âge, l'effet démographique nécessitera d'ici 2030 une augmentation des consultations d'environ 12%. Durant cette même période, le nombre de médecins actifs en cabinet va diminuer de quelque 8% et par voie de conséquence 30% des consultations projetées ne pourront plus être assurées.

Ce scénario pourrait être évité si la santé de la population des plus de 65 ans devait considérablement s'améliorer et/ou par l'instauration de stratégies de substitution, comme par exemple la délégation d'une partie des consultations du médecin praticien à un personnel soignant non médical. Quoi qu'il en soit, les besoins de la popula-

tion vont dépasser l'offre en médecins de premier recours et ces projections devraient imposer des mesures d'urgence.

S'agissant du milieu hospitalier, la pénurie en internistes hospitaliers est également probable, voire déjà une réalité dans certaines régions de Suisse. A l'exception des quelques hôpitaux universitaires où sont prodigués uniquement des soins tertiaires aigus tels que Zurich ou Berne, l'ensemble des hôpitaux universitaires et non universitaires suisses continuent à offrir des services et des unités d'internistes hospitaliers prenant en charge le patient dans une vision de généralisme. La clause du besoin et l'instauration de manière concomitante du nouveau règlement des médecins assistants limitant leur activité à 50 heures par semaine ont suscité une demande accrue en internistes généralistes dans tous les hôpitaux de Suisse. Cette demande de médecins est partiellement couverte en Suisse romande par le nombre de diplômés, mais cette situation est nettement plus difficile en Suisse allemande où la proportion de médecins étrangers est très importante pour assurer les effectifs.

D'autres enjeux touchent le problème de la relève (tableau 1). A nouveau, par l'évolution démographique, près d'un quart de la population sera âgé de plus de 65 ans en 2025. Considérant que pour le CHUV par exemple, les patients de plus de 65 ans représentent actuellement plus d'un tiers des séjours et la moitié des journées d'hospitalisation, on imagine donc l'impact de cette évolution démographique. Un deuxième enjeu reste celui de la démographie médicale, puisque parmi 29 000 médecins recensés en Suisse, on a observé une augmentation de 26% de médecins de 1998 à 2007 dont la moitié travaillent à l'hôpital.²⁻⁴ 29% des médecins exerçant aujourd'hui sont nés ou ont été formés à l'étranger. Ces chiffres sont issus d'un rapport du Conseil suisse de la science et de la technologie publié en fin 2007.²⁻⁴ Quelques chiffres encore : dans les postes de formation postgradué reconnus en Suisse entre 2000 et 2006, on observe que la proportion des médecins diplômés provenant de la Communauté européenne a doublé, passant de 1293 à 2722 et de manière concomitante, le nombre de médecins formés en Suisse a diminué de 6690 à 5572.^{3,4} En outre, la moitié des généralistes et des psychiatres en formation en 2005 ont obtenu leur diplôme à l'étranger, ce qui témoigne d'une pénurie profonde dans ces secteurs.²

Il existe un paradoxe. Si les besoins augmentent, les

Tableau 1. Quelques enjeux qui doivent être considérés en abordant le problème de la relève

1. Vieillesse de la population
2. Démographie médicale en Suisse
3. Féminisation
4. Coûts de la santé
5. Place de la Suisse au sein de la Communauté européenne
6. Structure des soins et rôles respectifs des partenaires (patients, Etat, assurances)
7. Spécialisation des disciplines médicales



capacités d'accueil dans les écoles de médecine en Suisse sont restées stables : approximativement mille médecins diplômés en sortent chaque année, bien que ces dernières années, elles n'aient pas été respectées, puisque de 1998 à 2005, le nombre de diplômés a progressivement diminué de 1000 à 800 par année jusqu'à atteindre 600 à 650 par an. Le paradoxe est d'autant plus surprenant, car depuis l'introduction d'un test d'admission aux études de médecine à Zurich, Berne et Fribourg ou Bâle en 2002, le nombre de candidats choisissant ces études n'a fait qu'augmenter et parallèlement évidemment, le nombre de candidats refusés (dont près de 57% de femmes).^{2,4}

En résumé, il existe donc une divergence de perspectives entre, d'une part les assureurs et une partie du monde politique qui visent une maîtrise économique de la santé et, d'autre part, les besoins de la population. La communauté médicale a vu son autonomie et ses compétences en relèvements contrôlés par des systèmes étatiques ou d'assurance. Le constat en 2008 sur les anticipations des besoins est clair : il existe une pénurie de médecins de premier recours qui va s'aggraver ces prochaines années et un manque de relève d'internistes généralistes hospitaliers en Suisse. Cette situation est d'autant plus paradoxale qu'un nombre croissant de candidats est exclu par un test à l'admission des études de médecine et que le nombre de diplômés en Suisse diminue depuis de nombreuses années. La contradiction est accentuée par le fait que le nombre de médecins diplômés à l'étranger augmente en Suisse, ce qui est éthiquement discutable dans la mesure où la formation de ces médecins a été assumée par d'autres Etats que la Suisse qui ont des besoins tout aussi importants que les nôtres en médecins.

COMMENT LE PROBLÈME DE LA RELÈVE EST-IL PERÇU PAR LES ÉTUDIANTS, LES PRATICIENS, LES SPÉCIALISTES, LES ASSUREURS, LES POLITICIENS ET... LES PATIENTS ?

La perspective des besoins et de la relève n'est certainement pas identique dans les différentes classes d'âge de la communauté médicale. Citons par exemple l'enquête menée en 2006 auprès des étudiants, assistants et chefs de clinique sur la relève des médecins dans le canton de Vaud.⁵ Quelques chiffres illustrent le point de vue des plus jeunes sur la question de la relève. En 2^e année universitaire de médecine, 30% des femmes envisagent une formation de médecine de premier recours, alors que ce taux augmente à 58% pour les femmes en 6^e année de médecine. Chez les hommes, 25% des étudiants en 2^e année envisagent une formation de médecin de premier recours et cette proportion augmente à 48% en 6^e année. Une fois exposés à la clinique, assistants et chefs de clinique modifient leur choix, puisque 8 à 9% des assistants, hommes et femmes, se destinent à une formation de médecine interne, pourcentage légèrement en augmentation lorsqu'un poste de chef de clinique est occupé. En interrogeant les chefs de clinique, plus proches d'une formation achevée dans leur spécialité, 48,6% d'entre eux souhaitent rester en milieu hospitalier universitaire, 11,5% dans un hôpital non universitaire, 20,3% en cabinet de groupe, 13,5% assurer une activité mixte

en cabinet et hospitalier et seuls 4,1% travailler en cabinet de manière autonome. En outre, 53% des sondés aimeraient travailler dans une grande ville, 14% dans une ville de taille moindre et quelque 2,7% à la campagne.

En résumé, le choix de beaucoup d'étudiants en phase prégraduée semble s'orienter vers une médecine de premier recours, y compris une formation en médecine interne, mais cette proportion diminue drastiquement dans la phase de formation postgrade, lorsqu'ils sont exposés à différents secteurs de formation de spécialités. En outre, peu de médecins en fin de formation souhaitent se diriger vers une médecine de premier recours et une relève en milieu extra-urbain – là où les besoins se font le plus sentir. Ces observations ne sont pas particulières à la Suisse et sont retrouvées dans d'autres systèmes de santé – notamment anglo-saxons.⁶

Il est illusoire de commenter en détail les données recueillies dans le cadre de cette enquête en quelques lignes. Toutefois, elles illustrent probablement un phénomène de société et de générations. Rappelons-nous les caractéristiques, certes un peu stéréotypées, mais tout de même intéressantes, de quelques générations.^{7,8} Ainsi, la génération des «baby-boomers» nés entre 1945 et 1962 devrait en principe représenter une classe de personnes qui visent des emplois stables à long terme, qui témoignent de respect vis-à-vis de l'autorité et font preuve d'un engagement marqué au travail, reconnaissant même au travail des vertus et un devoir. Cette génération a été suivie par celle dite «X», née entre 1963 et 1981 pour qui l'engagement au travail est plus relatif ou en tout cas pour qui un équilibre entre activités de loisir et travail doit être mieux respecté. Cette génération est prête à défier l'autorité et à changer d'emploi plus souvent durant une vie. L'engagement professionnel n'est pas le premier enjeu de vie de cette génération. Le résultat du questionnaire mentionné ci-dessus illustre une partie de ces enjeux de générations. Aussi, le souhait des jeunes médecins de rester en milieu hospitalier ou de s'installer en cabinet de groupe et viser une activité réduite témoigne probablement du profil de la génération X. Toujours dans la même enquête, les étudiants en médecine visaient une activité professionnelle de 80 à 100%, mais les assistants et chefs de clinique en activité souhaitent clairement un taux d'activité inférieur. Seul un tiers des assistantes et cheffes de clinique souhaitent une activité à plus de 80%, toutes les autres visent un taux plus bas. Le souhait d'une activité professionnelle à moins de 80% est exprimé par les hommes pour 15 à 20% d'entre eux.

La perspective des médecins installés et des sociétés de discipline est plus difficile à décrire en quelques lignes. Les sociétés de médecine interne ou de généralistes reconnaissent qu'il existe un besoin accru en médecins dans leur discipline. Ce besoin pourrait être mieux pris en compte par une meilleure collaboration, voire une fusion des disciplines de médecine interne et générale.⁸ La perspective des spécialistes sur la médecine de premier recours est moins explicite. Les disciplines de spécialités sont en général mieux structurées pour promouvoir une relève interne et répondre aux besoins de la communauté. La place laissée aux médecins de premier recours et inter-



nistes hospitaliers par les spécialistes est probablement très différente d'un canton à l'autre. Citons l'exemple de l'interniste hospitalier dans un canton universitaire tel que Zurich ou Berne, cette discipline n'y est certainement pas une priorité, puisque la place réservée dorénavant aux services de médecine interne générale a diminué ces dernières années dans ces hôpitaux universitaires. Par contre, la médecine interne générale est bien défendue en Suisse romande, en particulier par l'implication des internistes dans ce développement depuis de nombreuses années et par le fait que l'hôpital universitaire n'est pas seulement un lieu de soins tertiaires, mais également un hôpital cantonal et régional pour la ville de Genève et Lausanne.⁹

La perspective des patients, des assureurs et des politiciens quant au problème de la relève médicale est plus difficile à décrire sur des bases objectives. Le refus du peuple lors de la votation du 1^{er} juin 2008 sur l'article constitutionnel sur la santé signe le soutien des patients au maintien d'une liberté de choix de son médecin. Il témoigne également du vœu des patients de maintenir cette relation avec son médecin. Dans ce sens, on peut lire le résultat des urnes comme un vœu des citoyens d'assurer une relève médicale pour maintenir des soins de proximité de qualité.

La perspective des politiciens peut être très contrastée selon l'ancrage politique, cantonal ou fédéral. Dans plusieurs cantons romands, les politiciens ont fixé dans leur agenda l'objectif et le soutien inconditionnel à la relève médicale. Par exemple, le soutien financier de places d'assistants en cabinet médical ou l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine témoigne d'un soutien politique en tout cas au niveau cantonal. Sur le plan fédéral, plusieurs initiatives visent à réduire l'incitatif à une relève médicale. Par exemple, le projet de l'Office fédéral de la santé publique visant à modifier les tarifs d'analyses de laboratoires pourrait freiner l'initiative de relève médicale. La diminution du tarif des analyses pourrait signifier la mort économique du laboratoire de proximité et ce dernier est considéré pour beaucoup comme une aide dans le suivi, le diagnostic médical et peut contribuer à éviter des hospitalisations inutiles et au contraire, préciser des décisions d'hospitalisations urgentes. Pour le canton de Vaud, l'éventuelle acception de cette proposition fédérale pourrait théoriquement conduire au licenciement de près de 330 EPT, soit plus de 500 assistantes médicales, à une possible réduction de l'accès à des soins de proximité pour les patients et à un découragement pour les jeunes médecins pour lesquels la suppression du laboratoire serait considérée comme la perte d'un outil de travail et dès lors les inciterait à choisir une autre voie. Plus récemment, le Conseil fédéral a proposé une modification qui interviendra en 2009 de l'article 49 de la LAMal qui pourrait menacer le financement de la formation postgrade dans les hôpitaux non universitaires. L'impact de cette décision fédérale reste encore controversé^{10,11} mais ces deux exemples cités, à savoir la réduction du tarif des analyses ou du financement de la formation postgrade non universitaire, illustrent l'impact potentiellement délétère d'une décision fédérale sur le problème de la relève en médecine interne générale.

QUELLES PROPOSITIONS DEVRIONS-NOUS FAIRE POUR SUSCITER UNE RELÈVE EN MÉDECINE INTERNE ET GÉNÉRALE ?

Assurer la relève uniquement par la communauté médicale est un défi impossible. Il s'agit donc d'identifier les conditions et opportunités de succès pour garantir une relève en médecine interne générale conjointement entre médecins, état et assureurs. En outre, le partenaire le plus important de cette relève et le plus grand défenseur d'une médecine de premier recours efficace et disponible reste le patient. Quelques propositions peuvent être mentionnées (tableau 2), non citées nécessairement dans l'ordre d'importance :

- *Maintenir et défendre l'exercice d'une pratique médicale centrée sur le patient* en réduisant au maximum le temps passé à la gestion.
- *Offrir dans le domaine de médecine interne et générale une formation prégrade, postgrade et continue attrayante et de qualité.*
- *Reconnaître au médecin de premier recours son rôle de partenaire inconditionnel* non seulement du patient, mais de chaque spécialiste, toute discipline confondue.
- Assurer une *valorisation sociale et financière du médecin de premier recours* et de l'interniste hospitalier.
- *Offrir des systèmes alternatifs pour assurer la garde* – bien souvent trop lourde dans certains secteurs géographiques.
- *Optimiser les plans de carrière à temps partiel* et trouver des solutions pour favoriser le travail des femmes. Assurer les conditions matérielles et de société pour faciliter une activité à temps partiel, comme la création de crèches de proximité, de temps partiels mixtes (domicile, ambulatoire ou hospitalier).
- *Etablir des parcours professionnels clairs* avec un parrainage

Tableau 2. Quelques conditions et opportunités pour assurer une relève de médecine interne et générale réussie

1. Pratique médicale attrayante centrée sur le patient en réduisant au minimum le temps imparti aux problèmes asséurologiques et de gestion
2. Formation pré-, postgrade et continue attrayante et de qualité
3. Médecins de premier recours et internistes hospitaliers identifiés comme partenaires privilégiés et incontournables des spécialistes
4. Valorisation sociale et financière du médecin de premier recours et des médecins hospitaliers
5. Optimisation des carrières à temps partiel
6. Plans de carrière clairs avec parrainage précoce
7. Recherche en médecine interne générale attrayante, de qualité et relevante pour la défense du généralisme
8. Augmentation des capacités d'accueil et de formation des facultés de médecine
9. Offre de modèles alternatifs pour assurer la garde dans certaines régions géographiques
10. Mise en place de conditions politiques et sociales attractives pour la médecine ambulatoire (organiser des tournus de formation en cabinet médical, favoriser l'éclosion de cabinets de groupe, faciliter le passage d'étudiants dans le milieu ambulatoire)



précoce des étudiants et de jeunes assistants en formation postgraduée. Offrir ce parrainage pour créer un climat de confiance et éviter des errances dans des formations postgrades peu structurées.

- Permettre l'accès à une recherche clinique et expérimentale riche et attractive pour les médecins en formation. Cette recherche devrait refléter les attentes de la médecine interne générale et toucher des axes très divers, tels que la qualité des soins, l'efficacité des traitements, l'épidémiologie clinique, l'éthique, l'enseignement et la médecine expérimentale ou génétique. Considérer la recherche comme réelle possibilité d'épanouissement académique en médecine interne et générale pourrait et/ou devrait susciter la relève académique requise.

- Offrir à l'interniste généraliste *des activités et des compétences à haute valeur ajoutée*. Par exemple, en assurant la présence d'internistes généralistes dans tous les secteurs hospitaliers hors du périmètre d'un service ou d'un département de médecine, ce qui permettrait d'avoir un lien avec les partenaires spécialistes (chirurgicaux, orthopédistes, etc.) et probablement avec les patients susceptibles d'être pris en charge de manière globale par des partenaires médico-chirurgicaux. Une délégation des charges administratives et possiblement une délégation médico-infirmière devraient être améliorées en milieu hospitalier.

- Mettre en place toutes les *conditions politiques et sociales pour favoriser l'attrait pour la médecine ambulatoire*, par exemple en assurant des tournus de formation en cabinet médical, en favorisant l'éclosion de cabinets de groupe avec possible ancrage hospitalier, en facilitant le passage d'étudiants dans le milieu ambulatoire.

- Assurer un *partage et une optimisation de l'enseignement pré et postgrade* en incluant tous les partenaires hospitaliers, cantonaux de manière plus active. La reconnaissance de la diversité médicale dans tous les secteurs ambulatoires et hospitaliers doit être maintenue et ceci devrait permettre une meilleure coordination des plans de formation d'assistants par exemple par des passages obligatoires dans

les hôpitaux non universitaires, cabinets puis éventuellement universitaires.

- Assurer un *financement et des conditions d'encadrement optimales pour augmenter l'accès aux études de médecine et le nombre de diplômés*. Cet axe est actuellement soutenu par les instances politiques et universitaires vaudoises et genevoises, puisque nos facultés ont augmenté leur capacité d'accueil.

Il s'agit de quelques pistes non exhaustives et souvent mentionnées dans les discussions de sociétés savantes de discipline ou cantonales. Force est de reconnaître que ces mesures résulteront d'un effort commun pour permettre une relève en médecine interne générale de qualité dans les années à venir. Plusieurs enjeux dépassent les compétences universitaires pour assurer cette relève : l'impact financier des changements – l'évolution des coûts du système de santé – les modifications de générations – les attentes des patients ne sont pas maîtrisées par l'Université.¹² Ceci n'empêche pas la responsabilité et l'engagement des sociétés de discipline, telles que la médecine interne ou générale, de proposer quelques pistes pour inscrire des changements dont l'inertie est toujours trop grande.¹³ ■

Adresses

Pr Gérard Waeber
Service de médecine interne
Département de médecine Interne
Prs Alain Pécoud et Jacques Cornuz
PMU, Département de médecine communautaire
CHUV, 1011 Lausanne
Gerard.Waeber@chuv.ch

Pr Jean-Michel Gaspoz
Service de médecine de premier recours
Département de médecine communautaire
et de premier recours
Pr Arnaud Perrier
Service de médecine interne générale
Département de médecine interne
HUG, 1211 Genève 14

Bibliographie

1 Seematter-Bagnoud L, Junod J, Jaccard R, Roth M, Foletti C. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – projections à l'horizon 2030. Observatoire suisse de la santé. Document de travail 33, 874-0802. www.obsan.ch

2 Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins. Conseil suisse de la science et de la technologie. 2007. www.swtr.ch/ff/dockum_publ.htm

3 Jaccard Ruedin H, Roth M, Kraft E, Hersperger M. Analyse de l'effectif des médecins hospitaliers en Suisse en 2005. Observatoire suisse de la santé. www.obsan.ch

4 * Conseil suisse de la science et de la technologie. Quel avenir pour la médecine universitaire? Conseil suisse de la science et de la technologie. 2006. www.swtr.ch/ff/dockum_publ.htm

5 Jeannin A, Meystre-Agostoni G, Paccaud F. Relève des médecins dans le canton de Vaud. Enquête 2006 auprès des étudiants de 2^e et 6^e années, des assistants

et des chefs de clinique. Perspectives sur l'évolution du nombre de médecins de premier recours. Lausanne 2007, IUMSP. www.iumsp.ch

6 West CP, Popkave C, Schultz HJ, Weinberger SE, Kolars JC. Changes in career decisions of internal medicine residents during training. Ann Intern Med 2006; 145:774-9.

7 * Bickel J, Brown AJ. Generation X: Implications for faculty recruitment and development in academic health centers. Academic Medicine 2005; 80(3):205-10.

8 Perrier A, Cornuz J, Gaspoz JM, Pécoud A, Waeber G. Vers une société unique de spécialistes en médecine générale et interne en Suisse? Rev Med Suisse 2008; 4:262-72.

9 Ghali WA, Greenberg PB, Mejia R, Otaki J, Cornuz J. International perspectives on general internal medicine and the case for «globalization» of a discipline. J Gen Intern Med 2006;21:197-200.

10 Zeltner T. Modification des ordonnances de la LAMal

au 1^{er} janvier 2009. La relève médicale est-elle vraiment mise en péril? Bull Med Suisses 2008;89:47.

11 Giger M. Une ordonnance du Conseil fédéral met en péril la relève médicale. Bull Med Suisses 2008;89:46.

12 Vuilleumier M, Pellegrini S, Jeanrenaud C. Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projection à l'horizon 2030. Office fédéral de la statistique. 2007. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html

13 * Larson EB. Health care system chaos should spur innovation: Summary of a report of the society of general internal medicine task force on the domain of general internal medicine. Ann Intern Med 2004;140:639-43.

* à lire

** à lire absolument