

# Relève en médecine de premier recours : qu'en est-il en 2018?

ALYSSA VUADENS-LEHMANN<sup>a,\*</sup>, ANNIE KOUABLAN AMONCHOT-DJOMAN<sup>a,\*</sup> et AFÉRDITA MUJI RAMADANI<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2018; 14: 1686-9

La relève en médecine de premier recours (MPR) est un sujet de préoccupation croissant aux niveaux politique et académique. Face au vieillissement de la population, à l'émergence de la polymorbidité et à la complexification de la médecine, l'évolution démographique de la profession et la distribution géographique inégale de la force de travail font craindre une difficulté croissante à répondre aux besoins de la population en matière de soins primaires. Cet article fait un état des lieux de l'évolution de la MPR en Suisse et dans les pays voisins une décennie après un article similaire publié par Waeber et coll. dans la *Revue Médicale Suisse* et évoque certaines stratégies pour promouvoir la relève.

## Evolution of the workforce in primary care medicine: what's on 10 years later?

*The renewal of the workforce in primary care medicine is a matter of concern in both the political and academic areas. In context of the population's ageing, rise of comorbidity and of complexification of medicine, the demography and the unequal spatial distribution of the workforce may preterit access to primary care services and their quality in the near future. This article reviews the evolution of workforce in the last decade and sheds light on strategies to promote its renewal.*

## INTRODUCTION

La relève en médecine de premier recours (MPR) constitue un sujet très discuté au sein des sociétés médicales, de l'académie et au niveau politique. La sonnette d'alarme concernant une possible pénurie de MPR est tirée depuis plusieurs années par différents acteurs, dont la Société suisse de médecine interne générale qui a lancé un programme de promotion de la relève et y a consacré son congrès de mai 2018. En effet, la population de MPR active vieillit, la profession se féminise, accompagnée d'un souhait de travail à temps partiel et les médecins en formation favorisent les spécialités.

Cet article a pour but de faire écho à l'article de la *Revue Médicale Suisse* des Prs Waeber, Cornuz et Gaspoz paru en 2009<sup>1</sup> sur le même thème et aborde l'évolution démographique, sociétale et politique ainsi que les réflexions pour encourager la relève. Il se concentre sur la médecine interne générale.

<sup>a</sup> Service de médecine de premier recours, Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, HUG, 1211 Genève 14, alyssa.lehmann@hcuge.ch | annie.kouablanamonchot-djoman@hcuge.ch aferdita.muji@hcuge.ch

\* Les deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

## CARACTÉRISTIQUES ET ÉVOLUTION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Selon la FMH, il y a actuellement 36900 médecins en exercice,<sup>2</sup> soit 750 de plus qu'en 2016, ce qui équivaut à environ 32586 équivalents temps pleins. 37,9% des médecins exercent dans une discipline généraliste (pédiatrie comprise), l'âge moyen des médecins pratiquant en ambulatoire est de 54,8 ans (10 ans de plus qu'en hospitalier). La densité médicale globale est de 4,3/1000 habitants, (moyenne OCDE: 3,2/1000 en 2009) avec d'importantes disparités géographiques (Genève 6,5/1000; Uri 1,8/1000). La densité nationale de MPR est de 0,96/1000. Dans les grandes villes, on note quasiment deux fois plus de spécialistes que de généralistes.

Le **tableau 1** montre l'évolution de la force de travail en MPR au cours du temps, avec notamment une augmentation de l'installation en cabinet de groupes, du nombre de femmes, un vieillissement des médecins, ainsi qu'une baisse du nombre de titres FMH délivrés.

## PROJECTIONS DES BESOINS ET DES RESSOURCES

Les projections actuelles évoquent un décalage progressif entre les ressources et les besoins. D'ici 2020, un tiers des MPR en activité prévoit de prendre leur retraite<sup>3</sup> et 75% des médecins actifs auront atteint l'âge de la retraite en 2021.<sup>4</sup>

	Evolution des médecins de premier recours entre 1993 et 2017 <sup>2,15</sup>		
	1993	2012	2017
Nombre de MPR (pédiatrie exclue)	5651	6612	6992
MPR parmi les médecins actifs	48,2%	39%	37%
Age moyen	50	53,7 (2013)	54,8
Femmes	7%	22%	38,1%
Densité en zone urbaine	NA	NA	1,4/1000 habitants
Densité en zone rurale	NA	NA	0,24/1000 habitants
Employé au sein d'un cabinet de groupe	28%	39,7%	46,3%
Nombre moyen de demi-journées de travail par semaine	NA	8,3	8,1
Nombre de titres FMH délivrés	300	758	480

MPR: médecins de premier recours.

Selon l'OBSAN, le volume de consultations en MPR devrait s'accroître d'environ 13% d'ici 2030,<sup>5</sup> ce qui équivaut à 3 millions de consultations supplémentaires par an. Ceci est lié au vieillissement de la population, qui devient également plus polymorbide, ainsi qu'à la complexité de la médecine. Il est estimé qu'un MPR fait entre 1800 et 3400 consultations par an. Cependant, les projections montrent que le nombre de MPR pourrait baisser de 6500 en 2005 à 5700 en 2030, entraînant une perte potentielle de 14 millions de consultations par an. Toutes spécialités confondues, il faudrait 1200 à 1300 nouveaux médecins formés ou importés par an pour compenser les départs. La Suisse romande a un renouvellement suffisant, et le problème du nombre total de médecins et du manque de MPR affecte plutôt la Suisse alémanique. La question se pose surtout en termes de distribution de la force de travail entre spécialités au vu de la tendance persistante des jeunes médecins à se former dans un domaine hors MPR.<sup>6,7</sup> Or, afin de garantir un fonctionnement efficace, équitable et rationnel du système de santé, il est estimé que les MPR devraient représenter au moins 50% de la force de travail.<sup>6</sup>

## PÉNURIE ACTUELLE DE MPR EN SUISSE: MYTHE OU RÉALITÉ

A ce jour, nous ne pouvons parler que d'une pénurie relative car la Suisse possède l'une des densités médicales les plus importantes au monde.<sup>8</sup> Cependant, le nombre de titres de spécialistes MPR délivrés en Suisse n'augmente pas proportionnellement à l'accroissement de la population. Jusqu'à présent, cela a été compensé par le recrutement de médecins formés à l'étranger.

La menace d'une pénurie de médecins est une réalité internationale. En cause, la hausse de la demande de prestations médicales liée au vieillissement de la population, la modification de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, la féminisation croissante des professions médicales. Seuls 20% des médecins âgés de 60 ans et plus disposent déjà d'un successeur pour leur cabinet.<sup>9</sup> Le manque de conformité entre la structure actuelle de l'offre (cabinets individuels) et la vision qu'ont les jeunes médecins de leur métier peut expliquer une partie des problèmes de remplacement.

Actuellement, la majorité des jeunes médecins préfèrent exercer en hôpital ou dans un centre médical en ville plutôt qu'en cabinet dans une région décentralisée. L'étude de Scherz et coll. sur le choix de carrière des médecins (45 ans d'âge médian) entre 2000 et 2010 montre que 39,1% optent pour la pratique MPR ambulatoire, 15% en milieu hospitalier et 41,8% pour des spécialités.<sup>8</sup> Le **tableau 2** montre les facteurs influençant le choix de la MPR.<sup>3,7,10,11</sup>

En 2016, la FMH a pointé le problème de l'abandon prématuré de l'activité médicale. En effet, la part des médecins (toutes disciplines confondues) qui n'exercent plus auprès des patients oscille entre 8,4 et 12,9%. Les raisons invoquées sont le plus souvent liées aux conditions de travail dans le domaine des soins, avec au premier plan le taux d'activité, les horaires de travail et l'augmentation de la charge de travail administrative et des contraintes économiques, associées à une diminution de l'autonomie.<sup>3,10</sup>

TABLEAU 2

Facteurs influençant le choix de la MPR chez les étudiants/médecins en formation en Suisse<sup>3,7,10,11</sup>

MPR: médecine de premier recours.

Facilitateurs	Obstacles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indépendance</li> <li>• Diversité des patients</li> <li>• Suivi au long cours du patient</li> <li>• Diversité professionnelle</li> <li>• Qualité de vie (temps partiel, horaires modulables)</li> <li>• Relation médecin/patient</li> <li>• Exigence intellectuelle</li> <li>• Stage obligatoire en MPR durant la formation</li> <li>• Expérience positive lors de stage</li> <li>• Mentor/rôle modèle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût de gestion du cabinet</li> <li>• Difficulté d'obtenir un prêt</li> <li>• Revenu moindre par rapport aux spécialistes</li> <li>• Excès de tâches administratives</li> <li>• Difficultés liées à la prise en charge de patients complexes</li> <li>• Manque de gestes techniques</li> <li>• Pas assez de stimulation intellectuelle</li> <li>• Insatisfaction au travail</li> <li>• Peu d'exposition à la MPR durant la formation</li> <li>• Manque de valorisation</li> </ul>

## ÉVOLUTION DE LA MÉDECINE DE PREMIER RECOURS DANS LES PAYS VOISINS

De nombreux pays occidentaux font face aux mêmes changements démographiques que la Suisse et ont dû entreprendre des réformes. La France a une densité médicale de 3,3/1000 habitants (2016), dont 46% de MPR équivalant à une densité de 1,31/1000. En Allemagne, la densité médicale totale est de 3,8/1000 (2011). Ces deux pays font face à une importante inégalité de répartition des médecins sur le territoire et des incitations financières ont été instaurées pour les corriger. Aux Pays-Bas, l'un des rares pays ayant une répartition géographique homogène de la population médicale, la densité médicale est de 3/1000 avec 42,3% de MPR. Le parcours de soins est organisé selon un système de *gate keeping*, le MPR contrôlant l'accès vers les ressources spécialisées. Chaque patient est inscrit auprès d'un médecin généraliste unique. Les autorités planifient les contingents d'étudiants à l'entrée de l'Université et dans les cursus postgradués de spécialisation. En 2012 par exemple, le gouvernement a décidé d'augmenter de 25% le nombre total d'étudiants en médecine afin de faire face aux besoins croissants de soins à l'horizon 2025.<sup>12</sup>

Le Canada possède une faible densité médicale de 2,28/1000 (2016), mais 52% sont des MPR (1,18/1000). La MPR est donc la principale spécialité et 46% des médecins pratiquent au sein d'une structure de groupe. Depuis les années 2000, le système de santé canadien a mis en place plusieurs réformes favorisant le développement de la MPR telles que la création d'équipes interprofessionnelles de santé primaire, la formation à la pratique de groupe, le développement de la gouvernance dans le domaine de la santé primaire et une plus grande importance est accordée à la promotion de la santé et de la santé publique.<sup>13</sup>

## STRATÉGIES CONTRE LA MENACE DE PÉNURIE EN SUISSE

La Confédération a établi un Masterplan<sup>14</sup> en 2012 qui incite à une promotion de la médecine de famille au niveau prégradué, à l'engagement de médecins installés dans l'enseignement, associé à une indemnisation adéquate. Au niveau postgrade,

il propose d'intégrer des objectifs d'apprentissage spécifiques à la médecine de famille dans le cursus de médecine interne générale, de favoriser l'assistantat en cabinet, d'encourager la recherche, ainsi que de nouveaux modèles de soins et favoriser une répartition équilibrée de l'offre entre les régions.

Suite aux recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en 2012-2013, les universités ont mis en place des chaires professorales de MPR afin d'en augmenter la visibilité académique, de transformer le curriculum pré-gradué et de donner plus d'importance à la MPR. Les compétences enseignées ont été adaptées à la médecine ambulatoire, en incorporant les recommandations evidence-based pour optimiser la qualité et le rapport coût-efficacité dans la prise en charge des pathologies fréquentes, notamment dans le contexte des maladies chroniques ainsi qu'en développant l'approche interprofessionnelle. De nombreux efforts sont ainsi déployés pour plus et mieux exposer les étudiants aux réalités de la MPR avec notamment un stage obligatoire en cabinet d'au moins quatre semaines au cours des deux dernières années universitaires. Finalement, le développement de la recherche en MPR est soutenu par plusieurs initiatives.

Les cursus de formation postgradués menant aux titres FMH en médecine générale et médecine interne ont été réunis, menant à la délivrance d'une certification unique en médecine interne générale depuis janvier 2011. En parallèle, les deux sociétés médicales ont fusionné en 2015, permettant de renforcer la formation et la valorisation de cette spécialité.

Au niveau de la reconnaissance tarifaire de l'acte médical, différentes réformes ont permis de mieux valoriser l'acte intellectuel

par rapport aux actes techniques, favorisant ainsi l'attractivité de la pratique en MPR.

## GROUPEMENTS PROMOUVANT LA MPR

En Suisse, les médecins de premier recours en formation ou spécialisés sont représentés par diverses associations. Les objectifs communs de ces associations visent à représenter les intérêts des médecins, à garantir une médecine interne générale de qualité, et à promouvoir l'attractivité et la relève. Le **tableau 3** décrit brièvement les principales structures.

## COMMENT AMÉLIORER L'ATTRACTIVITÉ DE LA MPR?

Selon les auteurs, jeunes médecins en fin de formation ou récemment spécialisés, plusieurs démarches pourraient être entreprises:

- le cursus de formation postgradué en MIG pourrait comporter une période obligatoire prolongée (1 an minimum) de pratique en médecine ambulatoire au cabinet, et pas uniquement aux urgences.
- Attribuer au MPR une fonction de *gate keeper*, comme cela se fait aux Pays-Bas, pourrait mieux valoriser ses différentes compétences (expert, coordinateur, communicateur, gestionnaire, promoteur de santé, etc.) pour le bénéfice des patients et du système de santé.
- Réorganiser l'environnement de travail du MPR afin de mieux mettre en valeur ses compétences, en réduisant la charge administrative au travers du développement de nouvelles professions (*physician assistant*, etc.) et d'outils administratifs plus *user-friendly*.

**TABLEAU 3**

**Associations et organisations de médecins de premier recours (MPR)**

MIG: médecine interne générale.

	Objectifs	Moyens
<b>SSMIG</b> Société suisse de médecine interne générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représenter les intérêts professionnels des médecins spécialistes en MIG</li> <li>• Garantir le titre de spécialiste</li> <li>• Formations prégraduée, postgraduée et continue</li> <li>• Promouvoir la MIG sur les plans scientifique et pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisations des congrès</li> <li>• Organisation de l'examen de FMH</li> <li>• Dialogue avec FMH, ISFM, hôpitaux...</li> <li>• Campagnes destinées aux médecins et à la population</li> <li>• Collaboration avec les Départements de médecine générale, les instituts universitaires et les établissements de formation accrédités</li> </ul>
<b>CRMF</b> Cursus romand de médecine de famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire le lien entre l'enseignement universitaire et la formation postgraduée</li> <li>• Favoriser la décentralisation et l'installation en régions périphériques pour une répartition équitable entre des médecins entre zones urbaines et périphériques romandes</li> <li>• Assurer le développement et l'intégration de l'assistantat en cabinet médical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séances d'information auprès des étudiants</li> <li>• Entretien individuel et coaching des étudiants</li> <li>• Forum</li> <li>• Réunions annuelles avec thèmes de formation centrés sur la médecine de famille</li> <li>• Réseaux sociaux: groupe CRMF sur LinkedIn</li> </ul>
<b>JHaS</b> Jeunes médecins de premier recours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défendre les intérêts de la jeune génération dans la politique de santé</li> <li>• Mise en contact des médecins de premier recours ou des médecins et étudiants souhaitant faire de la MPR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plateforme de formation postgraduée myAIM</li> <li>• Réunions régionales afin de favoriser la mise en réseau, connaître les MPR de sa région</li> <li>• Délégués présents auprès de: MFE, SSMIG et «Europe Council»</li> <li>• Congrès annuel avec thématique pour le MPR</li> </ul>
<b>SYI</b> Swiss Young Internist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir les informations nécessaires sur le parcours pour structurer au mieux la formation postgraduée ainsi que sur les opportunités de carrière et de recherche dans le domaine de la MIG en milieu intrahospitalier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plateforme</li> <li>• Campagne</li> </ul>
<b>MFE</b> Association des Médecins de famille et de l'enfance suisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliore les conditions financières et encourage la relève des médecins de famille et des pédiatres</li> <li>• Premier interlocuteur en matière de politique de santé pour la médecine de famille et de l'enfance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plateforme</li> <li>• Journée de manifestation (une ville différente chaque année)</li> <li>• Initiatives populaires</li> </ul>

- Réduire les inégalités de revenus par rapport à d'autres spécialités.

## CONCLUSION

Depuis l'article des Prs Waeber, Cornuz, et Gaspoz paru en 2009, le monde de la MPR en Suisse a bien changé, mais l'enjeu de la relève pour garantir un fonctionnement performant du système de santé reste d'actualité. Ce défi ne pourra être relevé que par des interventions coordonnées et novatrices à plusieurs niveaux, tant politiques, qu'académiques et au sein des sociétés médicales.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- La Suisse a besoin de 1200 à 1300 nouveaux médecins formés par an pour assurer la relève. En 2016, 928 nouveaux médecins ont été formés
- La pénurie de médecins de premier recours (MPR) est en lien avec la répartition des médecins entre spécialités, défavorable à la MPR, et à la distribution des forces de travail entre ville et campagnes
- La promotion de la relève en MPR est un élément clé du maintien d'un accès à des soins de qualité et permettant leur nécessaire continuité
- Une meilleure coordination entre différents acteurs (état, sociétés médicales, universités) est indispensable afin de poursuivre la mise en place de solutions pour revaloriser la MPR et encourager la relève

1 \*\* Waeber G, Cornuz J, Gaspoz JM. Relève en médecine interne générale: enjeux et perspectives. Rev Med Suisse 2009;5:232-6.

2 \*\* Hostettler S, Kraft E. Statistiques médicales 2017 de la FMH – les chiffres actuels. Bull Med Suisses 2018;99:408-13.

3 Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R. Primary care in Switzerland-no longer attractive for young physicians? Swiss Med Wkly 2006;136:416-24.

4 Zeller A, Tschudi P. Etude «Work Force 2015», Centre universitaire de médecine de premier recours des deux Bâle. [www.hausaerzteschweiz.ch/information/news/detail/artikel/work-force-studie-2015](http://www.hausaerzteschweiz.ch/information/news/detail/artikel/work-force-studie-2015), Accès 25 mai 2018.

5 Seematter-Bagnoud L, Junod J. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030. Document de travail 33. 2008, OBSAN [www.obsan.admin.ch/fr/publications/offre-et-recours-aux-soins-medicaux-ambulatoires-en-suisse-projections-lhorizon-2030](http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/offre-et-recours-aux-soins-medicaux-ambulatoires-en-suisse-projections-lhorizon-2030), Accès février 2018.

6 \* Cerutti B, Junod N. Changes in the perception of primary care practice during the medical curriculum in Geneva, Switzerland. Swiss Med Wkly 2015;145:w14124.

7 \* Scherz N, Markun S. Internists' career choice towards primary care: a cross-sectional survey. BMC Fam Pract 2017;18:52.

8 Senn N, Tiaré Ebert S, Cohidon C. La médecine de famille en Suisse – Perspectives. Observatoire suisse de la santé (Obsan). 2016. [www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-medecine-de-famille-en-suisse-perspectives](http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-medecine-de-famille-en-suisse-perspectives), Accès mars 2018.

9 Merçay C, Bonassi T, Camenzind P. Situation en suisse, tendances récentes et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2015

du Commonwealth Fund. OBSAN. [www.obsan.admin.ch/fr/publications/medecins-de-premier-recours-situation-en-suisse-tendances-recentes-et-comparaison](http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/medecins-de-premier-recours-situation-en-suisse-tendances-recentes-et-comparaison), Accès mars 2018.

10 Bovier P, Arigoni F. Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. Eur J Public Health 2009;19:611-7.

11 Gaspoz J-M, Héritier F, Aujesky D. Médecine Interne Générale: la relève au centre des préoccupations. Bull Med suisses 2018;99:300-2.

13 Observatoire National de la Démographie des professions de la santé. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens. 2015. [http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2015/Monographies\\_Les\\_conditions\\_d\\_installation\\_des\\_medecins\\_en\\_ville\\_dans\\_5\\_pays\\_europeens.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2015/Monographies_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_dans_5_pays_europeens.pdf). Accès mai 2018.

13 Collège des médecins de famille du Canada. [www.cfpc.ca/Home](http://www.cfpc.ca/Home). Accès mai 2018.

14 Masterplan Médecine de premier recours et médecine de base. Confédération suisse et Office fédéral de la santé publique. 2012. [www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/fb-masterplan-hausarztmed-grundversorgung.pdf.download.pdf/fb-masterplan-hausarztmed-grundversorgung-fr.pdf](http://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/fb-masterplan-hausarztmed-grundversorgung.pdf.download.pdf/fb-masterplan-hausarztmed-grundversorgung-fr.pdf), Accès février 2018.

15 Cohidon C, Cornu J, Seen N. Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993–2012). BMC Fam Pract 2015;16:107.

\* à lire

\*\* à lire absolument