UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010 N° 56

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en médecine générale

Par

Erwan Keravec

Né le 23 juillet 1977 à La Roche sur Yon

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2010

REFLEXIONS SUR LA MEDECINE GENERALE
L'EXEMPLE SUISSE
PRATIQUE, FORMATION ET PERSPECTIVES

Président du jury : Monsieur le Professeur François Resche

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Emmanuel Branthomme

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 2
Remerciements 6
LISTE DES ABREVIATIONS 7
INTRODUCTION 9
1. Caractéristiques de la Suisse 10
1.1. Généralités 10
1.1.1. Aspects sociodémographiques 10
1.1.1. Quelques notions d'histoire 14
1.1.2. Structure politique 15
1.1.2.1. La Confédération 15
1.1.2.2. Les Cantons 17
1.1.2.3. Les communes 18
1.1.2.4. Droits d'initiative et de référendum 19
1.1.3. Base économique 20
1.2. Le système de santé suisse 21
1.2.1. Introduction 21
1.2.2. Organisation politique du système de santé 22
1.2.2.1. La Confédération 22
1.2.2.2. Les cantons 24
1.2.2.3. Les communes 24
1.2.3. Le financement des dépenses de santé 26
1.2.3.1. Répartition des coûts selon les principaux fournisseurs de services en 2005 27
1.2.3.2. Financement selon les principaux agents payeurs en 2005 28
1.2.3.3. Financement sous l'angle économique en 2005 29
1.2.4. L'Assurance Obligatoire de Soins 31
1.2.4.1. La LAMal 31
1.2.4.2. Primes d'assurance et franchises 34
1.2.4.3. Les réductions de prime 37
1.2.4.4. Autres régimes d'assurance sociale 37
1.2.5. L'assurance maladie volontaire 38
1.2.5.1. L'assurance maladie complémentaire ou assurance privée 38
1.2.5.2. L'assurance indemnités journalières en espèces 38
1.2.6. L'Assurance Vieillesse et Survivants 39
2. La Médecine Générale en Suisse 40

2.1. Définitions ... 40
2.1.1. Définition de la Médecine Générale-Médecine de Famille WONCA Europe 2002 ... 40
2.1.2. La médecine de premier recours ... 41
2.2. Démographie médicale ... 43
2.2.1. La statistique FMH 2006 ... 44
2.2.1.1. La Médecine Générale et la Médecine Interne en cabinet privé ... 46
2.2.1.2. La médecine de premier recours en cabinet privé ... 47
2.2.1.3. Pyramide des âges des médecins en pratique indépendante en 2006 ... 50
2.2.2. Les phénomènes récents ... 51
2.2.2.1. La féminisation ... 51
2.2.2.2. Les médecins étrangers ... 52
2.2.3. La clause du besoin ou le gel des cabinets ... 53
2.2.3.1. Ordonnance fédérale du 03 juillet 2002 ... 53
2.2.3.2. Les motivations ... 53
2.2.3.3. La mise en application ... 53
2.2.3.4. Conséquences pour la médecine de premier recours ... 54
2.3. La pratique au cabinet ... 55
2.3.1. Mode d'exercice ... 55
2.3.1.1. Le cabinet médical ... 55
2.3.1.2. La pratique du laboratoire et de la radiologie ... 56
2.3.1.3. La propharmacie ... 56
2.3.1.4. L'assistante médicale ... 57
2.3.1.5. La permanence des soins ... 58
2.3.2. Le système TARMED et la rémunération ... 59
2.3.2.1. Le Tarif Médical Unifié (TARMED) ... 59
2.3.2.2. La rémunération ... 61
2.4. Les organismes professionnels ... 63
2.4.1. La FMH et les sociétés cantonales de médecine ... 63
2.4.1.1. Foederatio Medicorum Helveticorum ... 63
2.4.1.2. Les sociétés cantonales de médecine ... 64
2.4.2. Les sociétés médicales ... 65
2.4.2.1. Les sociétés médicales de discipline avec titre de spécialiste ... 65
2.4.2.2. Les sociétés de formation approfondie ... 65
2.4.2.3. Les sociétés de formation complémentaire ... 65
2.5. La formation continue ... 66

2.6. Deux évènements marquants 68
2.6.1. La manifestation du 1er avril 2006 68
2.6.2. L'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » 68
3. La formation 71
3.1. Conditions d'admission en faculté de médecine 71
3.2. La formation pré-graduée 73
3.2.1. Le cursus réformé 73
3.2.2. L'enseignement de la médecine générale à la faculté de Lausanne 76
3.2.3. Le financement dans le canton de Vaud 77
3.3. La formation post grade 78
3.3.1. La réglementation 78
3.3.2. La spécialité de médecine générale 79
3.4. L'assistanat au cabinet 83
3.5. Les formations complémentaires et approfondies 85
4. Les perspectives 86
4.1. Une démographie inquiétante 86
4.1.1. Le gel des cabinets, l'exemple vaudois 86
4.1.2. La médecine de premier recours en Suisse Romande 88
4.1.3. Le projet DémoMéd de l'Observatoire suisse de la santé Obsan 89
4.1.3.1. L'étude « Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse » [22] 89
4.1.3.2. Les biais de l'étude de l'OBSAN 93
4.2. Les défis de la formation 94
4.2.1. L'attractivité de la médecine générale chez les étudiants 94
4.2.2. La formation post graduée et le diplôme unique de Médecine Interne Générale 97
4.3. La politique de santé et les recommandations 99
4.3.1. Les relations européennes et les médecins étrangers 99
4.3.2. La pression des assureurs 100
4.3.2.1. Le Tarmed : un simple outil de contrôle ? 100
4.3.2.2. Une caisse d'assurance unique ? 100
4.3.2.3. Le laboratoire et la radiologie 101
4.3.3. La fin de l'obligation de contracter et les réseaux de soins intégrés 102
4.3.4. Vers une nouvelle pratique 104
4.3.5. Les enjeux de la formation continue 104
4.3.6. Les recommandations du Conseil Suisse de la Science et de la Technologie 105
CONCLUSION 106

BIBLIOGRAPHIE....107
ANNEXES....114
Statistique médicale FMH 2006....115
Cursus romand de médecine générale....134
Présentation de l'examen de spécialiste en médecine générale....146
Protocole Laconto Peer Review modifié....158

Remerciements

A monsieur le Professeur François Resche qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider mon jury. Votre disponibilité et votre patience méritent d'être soulignées ici.

A monsieur le Docteur Emmanuel Branthomme, pour avoir soutenu et dirigé ce travail. Et tout simplement pour m'avoir appris mon métier.

A madame le Professeur Jacqueline Lacaille, pour avoir accepté de juger ce travail et de participer à mon jury.

A monsieur le Professeur Rémy Senand, pour avoir accepté de juger ce travail et de participer à mon jury.

A monsieur le Professeur Bernard Planchon, pour avoir accepté de juger ce travail et de participer à mon jury.

A monsieur le Professeur Alain Pécoud, pour votre disponibilité et l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et de venir partager les valeurs du « généralisme » au-delà des frontières suisses.

LISTE DES ABREVIATIONS

AI : Assurance Invalidité

AMOV : Association des Médecins Omnipraticiens Vaudois

AOS : Assurance Obligatoire de Soins

APT : Activité Plein Temps

ASSM : Académie Suisse des Sciences Médicales

AVS : Assurance Vieillesse et Survivants

CHF : franc suisse

CPMR : Collège de Médecine de Premier Recours

CSST : Conseil Suisse de la Science et de la Technologie

EMS : Etablissements Médico Sociaux

EPT : Equivalent Plein Temps

FMH : Foederatio Medicorum Helveticorum, Fédération des Médecins Suisses

HMO : Health Maintenance Organization

IUMG : Institut Universitaire de Médecine Générale

LAMal : Loi sur l'Assurance Maladie

LPMéd : Loi fédérale sur les Professions Médicales

Obsan : Observatoire suisse de la santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OFAS : Office Fédéral des Affaires Sociales

OFS : Office Fédéral de la Statistique

OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique

PIB : Produit Intérieur Brut

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

SSMG : Société Suisse de Médecine Générale

SSMI : Société Suisse de Médecine Interne

TARMED : Tarif Médical Unifié

UE : Union Européenne

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

Ilot politique au sein de l'Europe, la Suisse possède un des systèmes de santé les plus performants au monde qui se distingue par sa complexité et son coût élevé.

Des changements intervenus ces quinze dernières années sur le plan structurel et financier ont modifié le paysage des soins pratiqués dans ce pays. Longtemps préservée par le protectionnisme et le fédéralisme propres à sa nature, la Suisse doit repenser l'organisation de sa médecine et particulièrement de sa médecine ambulatoire.

A travers quelques éléments comparatifs avec la France, nous nous intéresserons au système de santé suisse et aux particularités de la médecine de premier recours.

Nous aborderons le parcours de formation médicale et les aménagements récents de la filière universitaire sur le modèle de Bologne dans le cadre des accords bilatéraux signés avec l'Union Européenne. Nous verrons les difficultés engendrées par ces accords pour préserver une formation de généraliste unique en Europe.

La médecine générale et, dans un sens plus large, la médecine de premier recours se trouvent confrontées à des défis inédits. Crises des vocations, désaffection de la profession, praticiens vieillissants ou afflux de médecins étrangers sont des problèmes communs à de nombreux pays occidentaux. Dans ce domaine la Suisse ne fait pas exception et nous verrons l'orientation de sa politique de santé. Son système de gouvernance complexe et sa stabilité politique exemplaire n'ont pas permis de la protéger contre ces phénomènes démographique et sociétal.

En ce début de siècle, la médecine de famille se cherche et se construit un avenir.

1. Caractéristiques de la Suisse

1.1. Généralités

1.1.1. Aspects sociodémographiques

La population en Suisse en 2006 était de 7'508'700 habitants pour une superficie de 41 285 km^2. Le pays a des frontières communes avec l'Allemagne, la France, l'Italie, l'Autriche et le Liechtenstein.

La Suisse est un état fédéral composé de 26 cantons et compte 4 langues officielles : allemand parlé par 65% de la population, français 20%, italien 6,5% et romanche 0,5%.

Les 8 % restant sont des langues non officielles, les étrangers représentant environ 20 % de la population. Cette proportion est liée à la forte attractivité économique du pays et à l'application du droit du sang lors des naissances. Beaucoup d'étrangers de la deuxième génération ne sont pas naturalisés et ont hérité de la nationalité de leurs parents.

Environ 75 % de la population suisse vit en milieu urbain et 13 % dans les cinq plus grandes villes : Zurich, Genève, Bâle, Berne et Lausanne.

La densité de la population des cantons est très disparate, essentiellement pour des raisons d'accès, plus d'un quart de la surface du pays étant inhabitable car fait de lacs et de montagnes.

Les disparités sont aussi importantes sur le plan budgétaire selon les cantons.

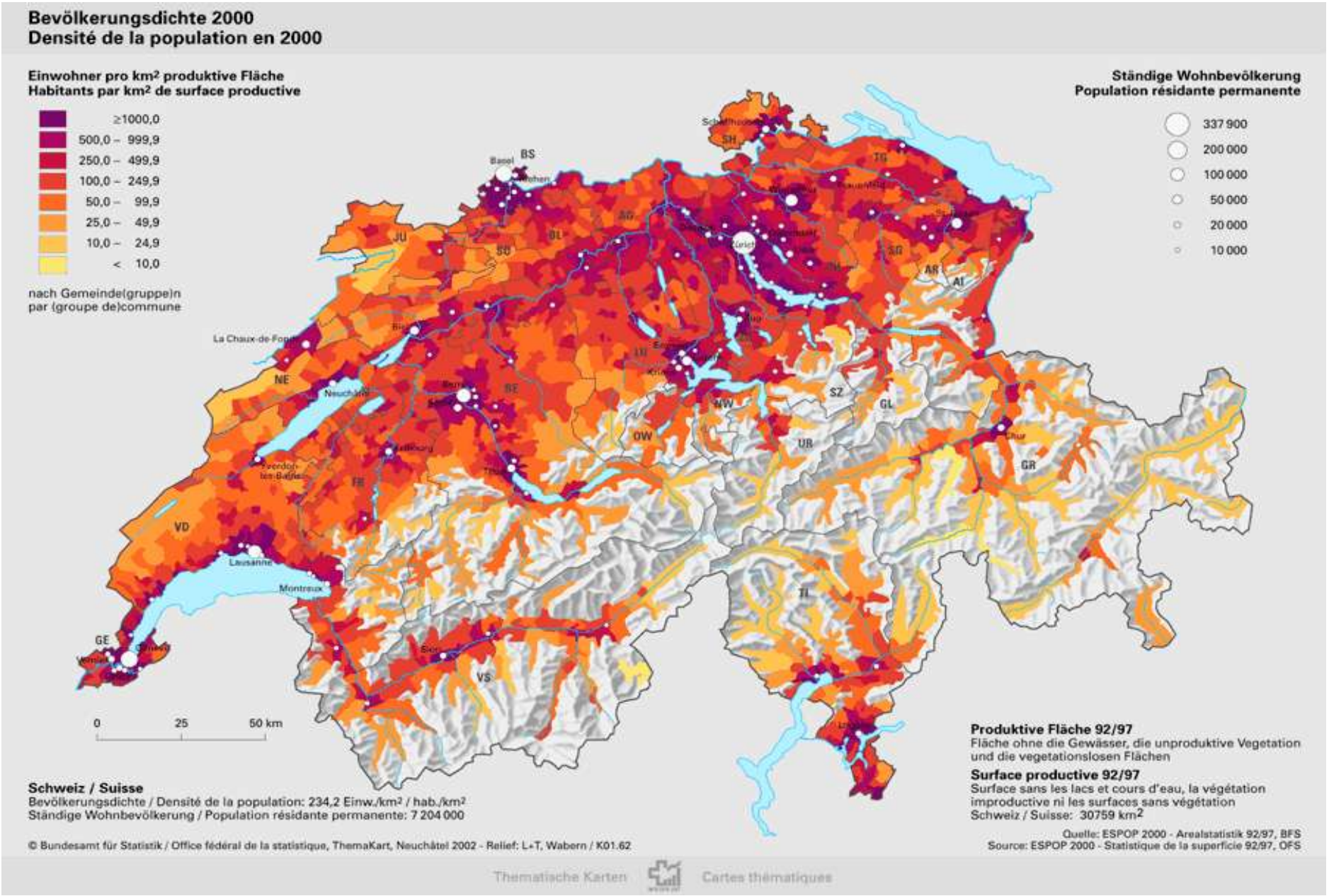
SUISSE
ALLEMAGNE
Schaffhouse
Lac de Constance
(Bodensee)
Bâle
Frauenfeld
Winterthur
Liestal
Baden
St-Gall
Aarau
Zurich
Herisau
FRANCE
Delémont
Olten
Appenzell
Soleure
Zoug
AUTRICHE
La Chaux-
de-Fonds
Bienne
Lucerne
LIECHTENSTEIN
Schwyz
Glaris
Neuchâtel
BERNE
Lac de
Neuchâtel
Stans
Lac des
Quatre-Cantons
Coire
Sarnen
Altdorf
Fribourg
Davos
Yverdon-
les-Bains
Thoune
Grisons
Interlaken
Lausanne
Morges
St-Moritz
Gstaad
Vevey
Nyon
Lac Léman
Montreux
Crans-
Montana
Tessin
Brig
Sierre
Sion
Bellinzona
Genève
Locarno
Valais
Martigny
Zermatt
Lac
Majeur
Lugano
FRANCE
ITALIE
Lac de
Côme
Division Géographique de la Direction des Archives
du Ministère des Affaires Etrangères © 2004
0
50 km

Répartition géographique des langues officielles en Suisse (2000)

Source: Office fédéral de la statistique, www.bfs.admin.ch; recensement 2000

Marco Zanoli, cc-by-sa, 2.5, www.wikipedia.de, 2006

Bevölkerungsdichte 2000
Densité de la population en 2000



1.1.1. Quelques notions d'histoire

Est considérée comme date fondatrice de la confédération helvétique le 1er août 1291, date du pacte fédéral entre les trois cantons d'Uri, Unterwald et Schwytz qui donnera son nom au pays. Le 1er août deviendra la fête nationale à la fin du dix-neuvième siècle.

L'indépendance réelle du pays ne sera reconnue qu'en octobre 1648 lors des traités de Westphalie mettant fin à la guerre de Trente Ans entre la France et la Maison d'Autriche ainsi qu'à la guerre de Quatre-vingts Ans opposant les Pays-Bas à l'Espagne. S'en suivent néanmoins de nombreuses luttes internes, malgré le nombre croissant de cantons adhérant à la confédération, sur fond de conflits religieux entre catholiques et protestants.

L'invasion par Napoléon en 1798 et la création de la République Helvétique permet de redéfinir les cantons et de ramener le calme (Acte de médiation de 1803).

Le premier Etat fédéral sera créé entre 1814 et 1815 lors de la Restauration française, affirmant sa «neutralité perpétuelle» et regroupant à l'époque vingt deux cantons.

La Suisse se dote d'une constitution fédérale en 1848, révisée une première fois en 1874 puis récemment en avril 1999.

1.1.2. Structure politique

Le pouvoir politique s'exerce à trois niveaux de responsabilité : Confédération, cantons et communes.

La décentralisation du pouvoir est la règle.

1.1.2.1. La Confédération

Elle comprend trois pouvoirs : le Législatif (Assemblée fédérale), l'Exécutif (Conseil fédéral) et le Judiciaire (Tribunaux fédéraux).

- Le Législatif (Assemblée fédérale)

Est constitué de 2 chambres :

- le Conseil national (Chambre basse) : 200 députés représentant les cantons, élus au scrutin proportionnel selon des règles communes à toute la Suisse
- le Conseil des Etats (Chambre haute) : 46 députés. 20 cantons sont représentés par 2 députés et 6 anciens demi-cantons par un seul. Les élections se déroulant cette fois selon des règles cantonales spécifiques.

Les cantons ont dans les deux cas valeur de circonscription. La Constitution fédérale confère la souveraineté au peuple, soient les citoyens suisses de plus de 18 ans (64 % de la population). Les étrangers n'ont pas de droits politiques au niveau fédéral mais peuvent en avoir au niveau local.

Ces chambres élisent l'Exécutif (Conseil fédéral) et le Judiciaire (Tribunaux fédéraux).

- L'Exécutif

Il s'agit du Conseil fédéral, composé de 7 membres élus pour 4 ans par l'Assemblée. Le président du conseil est élu parmi les 7 pour une durée de 1 an, dirige les séances et assume des fonctions de représentation.

Est aussi élu le Chancelier fédéral qui a le rôle d'administrateur du Conseil.

L'administration fédérale est divisée en 7 départements chacun sous la responsabilité d'un conseiller :

- affaires étrangères,
- défense,
- intérieur,
- économie,
- finances,
- justice et police,
- environnement, transports, énergie et communication.

- Le Judiciaire

Composé du Tribunal fédéral de Lausanne, du Tribunal fédéral des assurances de Lucerne et du Tribunal pénal fédéral de Bellinzona.

1.1.2.2. Les Cantons

Au nombre de 26 ils divergent par leur taille, 37 km^2 pour Bâle Ville et 7’105 km^2 pour les Grisons, et leur population selon un facteur de 1 à 84 entre le moins peuplé, 15'000 habitants en Appenzell Rhodes Intérieure, et le plus peuplé, 1'250'000 habitants à Zurich.

Chaque canton possède sa propre constitution, son parlement, son gouvernement et ses tribunaux. Ils détiennent tous les pouvoirs qui ne sont pas délégués spécifiquement à la Confédération.

Leurs domaines de compétence exclusifs sont : l'éducation (sauf les hautes écoles), la gestion des hôpitaux (sauf hôpitaux communaux et cliniques privées), les routes (sauf autoroutes), la police et le contrôle de la fiscalité.

A noter que les jours fériés ne sont pas les mêmes d'un canton à l'autre selon leurs traditions locales et religieuses.

Les cantons sont tenus d'appliquer le droit cantonal mais aussi le droit fédéral, il s'agit d'un fédéralisme d'exécution par opposition aux Etats-Unis. Leur souveraineté est néanmoins limitée par le principe de primauté du droit fédéral.

Dans certains cantons, le droit de vote est accordé aux étrangers. La disposition constitutionnelle leur donne parfois même le droit d’éligibilité.

La plupart des grands cantons sont divisés en districts avant d'être divisés en communes.

1.1.2.3. Les communes

Elles étaient 2’740 en 2006 mais leur nombre ne cesse de diminuer en raison de fréquentes fusions.

Le canton de Glaris a ainsi décidé en 2006 de passer de 27 à 3 communes dans le courant de l'année 2008. Ce canton ne possède pas de ville, l'agglomération la plus grande comptant moins de 10'000 habitants.

Les communes ont autorité dans l'éducation, la politique sociale et la planification locale selon le degré d'autonomie fixé par les cantons.

1.1.2.4. Droits d'initiative et de référendum

- Référendum

Il est prévu par la constitution de 1848.

Il est facultatif pour tout projet de loi ou arrêté adopté par l'Assemblée fédérale : l'objet en question est soumis au vote du peuple (majorité du peuple seule) si 50'000 citoyens le demandent en signant un formulaire ad hoc.

Il est obligatoire en cas de modification constitutionnelle et en cas d'adhésion à un organisme supranational.

- Droit d'initiative populaire

Instrument de démocratie directe, il permet de soumettre une modification de la constitution ou d'une loi fédérale au corps électoral si au moins 100'000 citoyens la demandent.

La votation doit ensuite recueillir une double majorité : celle du peuple (plus de la moitié des votants) et celle des cantons (au moins 13,5 cantons).

Environ une dizaine d'initiatives sont soumises à votation chaque année.

1.1.3. Base économique

La Suisse est le cinquième pays le plus riche de l'OCDE avec un PIB par habitant de 51'771 USD en 2006 (35'404 USD pour la France). L'écart s'amenuise en parités de pouvoir d'achat avec un PIB par habitant à 37'369 USD (30'693 USD pour la France soit un niveau de vie supérieur de presque 20 %).

L'essentiel de l'activité économique repose sur l'industrie (biotechnologies, chimie, industries lourde et pharmaceutique) et les services (banques et assurances).

La Suisse a refusé d'adhérer à l'Union Européenne par référendum en 1992 et suite à une initiative en 2001. Toute probabilité d'adhésion est écartée avant 2015.

Le pays est membre de l'Association Européenne de Libre-échange (AELE) depuis sa création en 1960. La plupart des pays membres ont rejoint la communauté européenne entre 1973 et 1995. Les trois derniers membres, l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège, ont constitué l'Espace économique européen avec l'UE en 1994. Cet accord a été rejeté par référendum en Suisse en 1992.

La Suisse a néanmoins passé des accords bilatéraux avec l'Union Européenne (UE), en 1999 et en 2004, concernant principalement les transports aériens et terrestres, la libre circulation des personnes, la recherche, les marchés publics, l'agriculture et les obstacles à l'exportation. Plus de 60 % des exportations se font vers l'UE.

1.2. Le système de santé suisse

1.2.1. Introduction

Le système de santé est à l'image du système politique suisse dont les principales caractéristiques sont le libéralisme et le fédéralisme.

Le libéralisme : dans cette optique l'Etat n'intervient que lorsque les initiatives du secteur privé échouent ou que le système crée de trop grandes inégalités.

Le fédéralisme : il existe 26 systèmes de santé différents pour autant de cantons.

La responsabilité des politiques de santé et leur application incombent directement aux cantons par l'intermédiaire des directeurs cantonaux des affaires sanitaires dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie dite LAMal.

Avec une espérance de vie à la naissance en 2007 de 78,7 ans pour les hommes et 83,9 ans femmes le pays se situe dans le trio de tête des pays de l'OCDE derrière le Japon et l'Espagne.

En 2005, selon une étude mandatée par l'OCDE, environ 86 % de la population se considérait comme étant en bonne santé.

1.2.2. Organisation politique du système de santé

1.2.2.1. La Confédération

Ses compétences sont inscrites dans la constitution et se limitent aux assurances contre la maladie, les accidents et l'invalidité ainsi que la santé publique. Elles sont exercées par le Département fédéral de l'intérieur.

La Confédération élabore des textes de loi dont la mise en œuvre est sous la responsabilité des cantons et des communes.

Ses responsabilités propres ont été renforcées ces dernières années suite à la nouvelle loi sur l'assurance-maladie de 1994.

Depuis 2002, avec la création de Swissmedic (Institut suisse des produits thérapeutiques), la Confédération gère l'enregistrement et la mise sur le marché des médicaments et des appareils médicaux.

- Office fédéral de la santé publique

Organe du Département fédéral de l'intérieur, il supervise les éléments suivants :

- surveillance des maladies transmissibles
- protection contre les radiations et contrôle des produits chimiques
- contrôle des aliments
- contrôle des produits sanguins et autres tissus d'origine humaine
- législation et contrôle des stupéfiants
- prévention des dépendances
- organisation des examens fédéraux pour les professions médicales
- législation sur la formation professionnelle paramédicale

- Office fédéral de la statistique

Organe du Département fédéral de l'intérieur, il produit des données statistiques sur l'état et l'évolution de la population, de l'économie, de la société, du territoire et de l'environnement. Il élabore des scénarii d'évolution issus d'analyses transversales et de systèmes d'indicateurs.

- Office fédéral des assurances sociales

Organe du Département fédéral de l'intérieur, il supervise l'application de la législation fédérale concernant l'assurance-maladie.

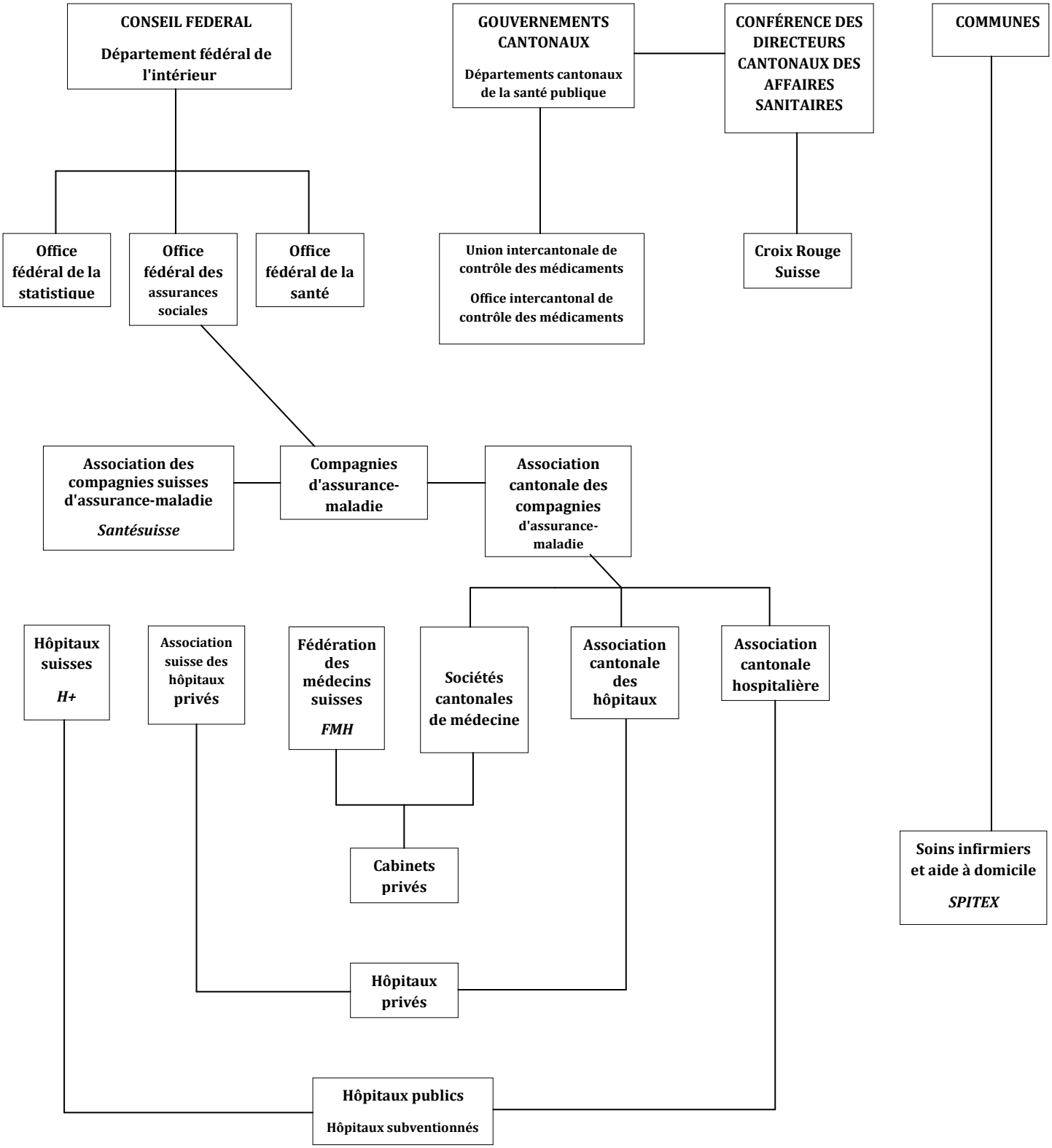
1.2.2.2. Les cantons

Les Départements cantonaux de la santé publique et des affaires sociales :

- ✓ régulent l'offre de soins : en délivrant les licences d'exercice des professionnels de santé ainsi que les autorisations d'installation. Ils financent partiellement les établissements hospitaliers, les services de soins à domicile et les transports sanitaires d'urgence,
- ✓ développent des programmes de prévention des maladies et d'éducation à la santé,
- ✓ mettent en œuvre les lois fédérales par délégation de pouvoir.

1.2.2.3. Les communes

Financent partiellement les hôpitaux en coordination avec les cantons et des fondations gèrent les soins de longue durée essentiellement par les Etablissements Médico-sociaux, les Homes pour personnes âgées (maisons de retraite) et les services de soins à domicile.



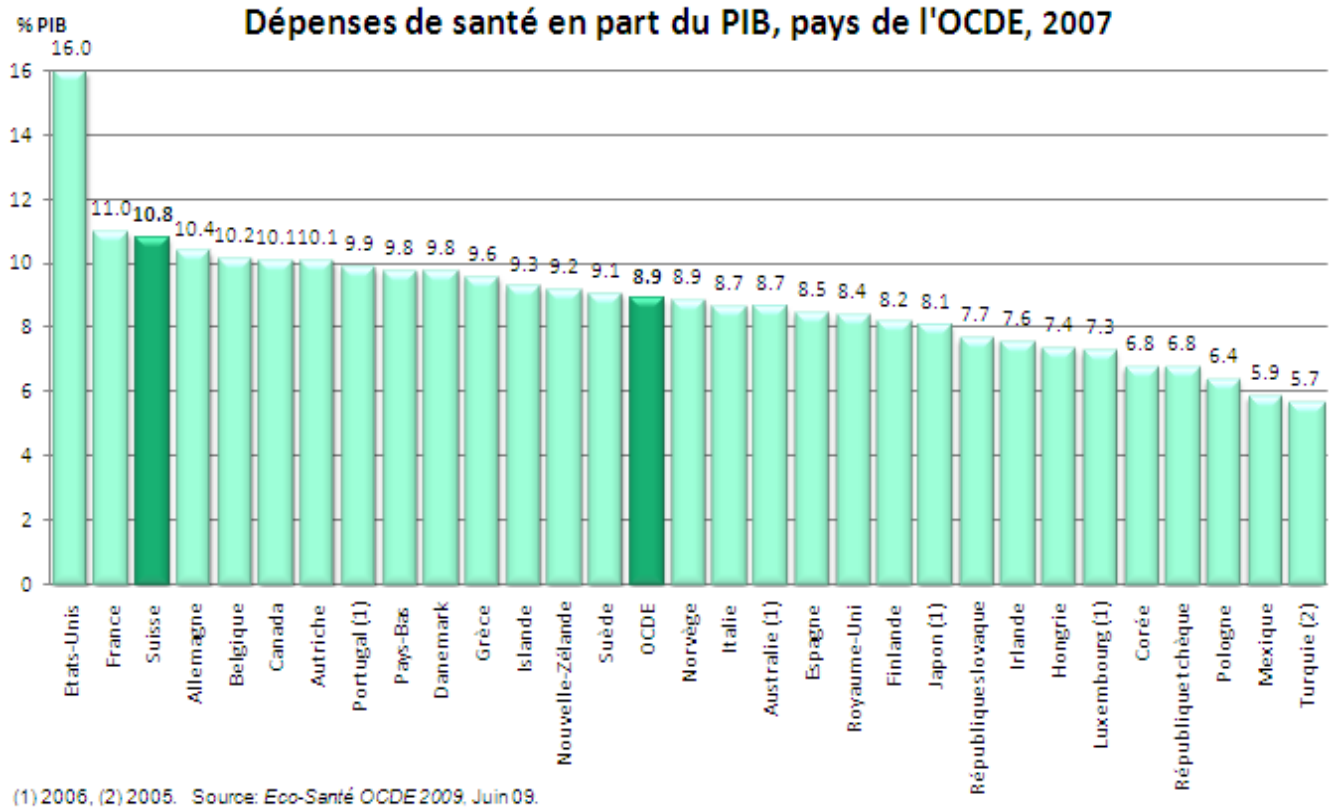
Structure du système de santé suisse

1.2.3. Le financement des dépenses de santé

En 2007 le financement était à hauteur de 10,8 % du PIB, soit le troisième rang des pays de l'OCDE, derrière les Etats-Unis (16 %) et la France (11 %). Ce pourcentage est en baisse pour la première fois depuis 25 ans.

Les dépenses de santé par habitant et par an représentaient 4'417 USD (3'002 €) en 2007, niveau le plus élevé derrière les Etats-Unis et la Norvège sur la base d'un calcul en parité de pouvoir d'achat. Par comparaison ce chiffre était 3'601 USD (2'447 €) en France.

Le coût total du système de santé en 2005 était de 52,7 milliards de CHF (32 milliards €) avec un taux de croissance de 2 % par an, supérieur à la croissance du PIB.

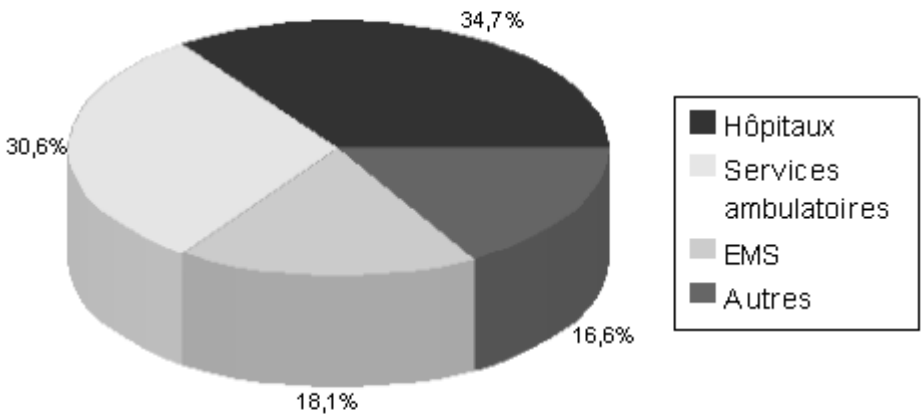


(1) 2006, (2) 2005. Source: *Eco-Santé OCDE 2009*, Juin 09.

1.2.3.1. Répartition des coûts selon les principaux fournisseurs de services en 2005

Source Office Fédéral de la Statistique 2007 [14]

- Hôpitaux : 34,7 %
- Services ambulatoires : 30,6 %
- Etablissements médico-sociaux : 18,1 %



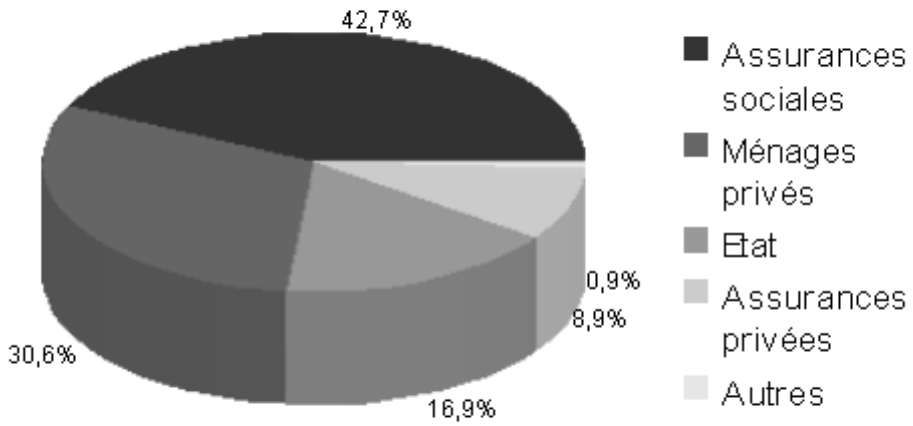
Les dépenses sont directement corrélées à la densité médicale. Selon l'Observatoire suisse de la santé Obsan, ce sont les frais liés aux soins ambulatoires qui ont le plus progressé ces dernières années.

Selon le même rapport les coûts des prestations de base, consultations et visites à domicile, sont beaucoup plus élevés chez les spécialistes que chez les médecins de premier recours.

1.2.3.2. Financement selon les principaux agents payeurs en 2005

Source Office Fédéral de la Statistique 2007 [14]

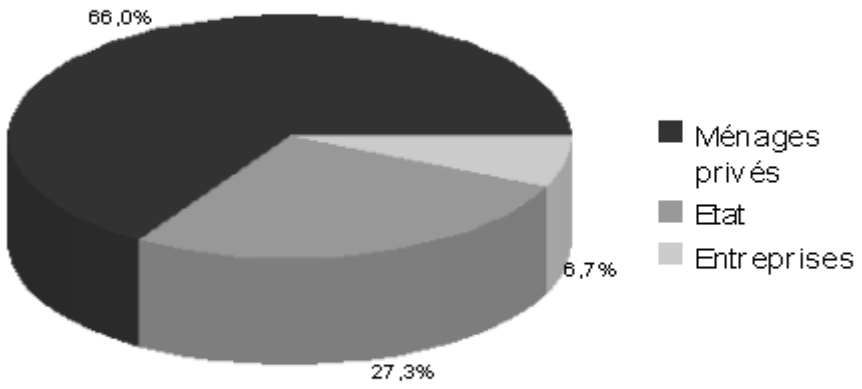
- Assurances sociales : 42,7 %
- Ménages privés (paiement direct) : 30,6 %
- Etat (Confédération, cantons, communes) : 16,9 %
- Assurances privées : 8,9 %



1.2.3.3. Financement sous l'angle économique en 2005

Source Office Fédéral de la Statistique 2007 [14]

- Ménages : 66 % : charges de l'assurance maladie, participation aux frais par paiement direct
- Etat : 27,3 % : subventions, santé publique, réduction des primes d'assurance
- Entreprises : 6,7 % : financent les assurances Accident et Invalidité



On constate que le paiement directement supporté par le patient, dit *« out of pocket »*, est à hauteur de 30 % des dépenses totales de santé. Par comparaison il était de 10 % en France et 10,4 % en Allemagne selon les chiffres de l'OCDE en 2003. Les ménages supportent donc 66 % des dépenses de santé en cumulant paiement direct et primes d'assurance. Ceci s'explique en partie par le fait que les pouvoirs publics ont cherché à diminuer les dépenses des cantons et des communes dans les années 90 avec pour conséquence une augmentation

massive de celles des assureurs maladie et donc une augmentation importante des primes et des dépenses à la charge des ménages.

1.2.4. L'Assurance Obligatoire de Soins

1.2.4.1. La LAMal

La loi fédérale sur l'assurance maladie de 1994, et mise en place en 1996, définit les dispositions de l'assurance obligatoire de soins.

Comme son nom l'indique elle est obligatoire pour l'ensemble de la population résidente après trois mois de présence en Suisse et la souscription est gérée au niveau cantonal à titre strictement individuel. En cas d'omission, les cantons procèdent à une affiliation d'office.

Elle couvre un large volume de prestations standardisées concernant la maladie, les accidents et la maternité, y compris les traitements médicaux ou non. Sauf exception elle ne couvre pas les soins dentaires.

Cette prestation est fournie par un grand nombre d'assureurs concurrents avec une exigence de but non lucratif et de manière indépendante de leurs autres activités d'assurance. L'individu a le libre choix de son assureur et ce dernier est soumis à une acceptation sans réserves. Les primes proposées par l'assureur dans ce cadre concurrentiel sont uniformisées pour tous ses assurés, elles ne sont pas liées au niveau de vie ni à tout autre facteur.

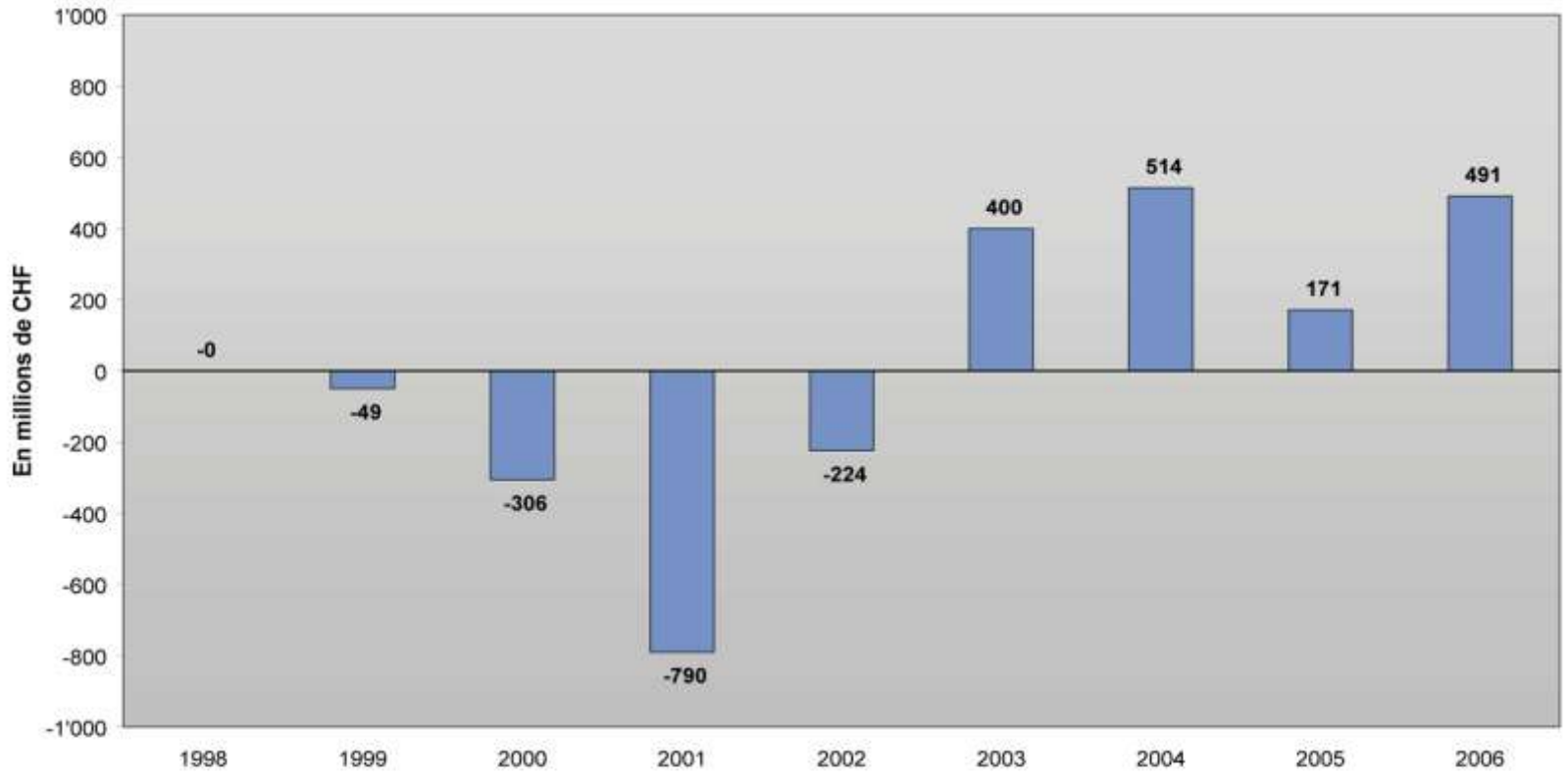
Les assureurs maladie pratiquant l'assurance de base sont regroupés au sein d'un organisme nommé Santésuisse. Ils sont contrôlés par l'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS) qui délivre les autorisations d'exercice dans le champ de l'assurance obligatoire de soins.

Le régime de l'assurance obligatoire était excédentaire pour la quatrième année consécutive en 2006 selon Santésuisse, avec 491 millions CHF en réserve (soit environ 305

millions €). Les caisses d'assurance maladie doivent constituer des réserves d'argent permettant de couvrir les déficits. Ces réserves doivent être maintenues au-dessus d'un seuil légal fixé par les instances fédérales.

santésuisse

Résultat global de l'assurance de base (aos)



Pour la quatrième fois consécutive, le résultat d'exploitation global de l'assurance-maladie obligatoire est positif.

Source: OFSP / 14.8.2007

Date: 29.8.2007

1.2.4.2. Primes d'assurance et franchises

Il existe trois types de contrat.

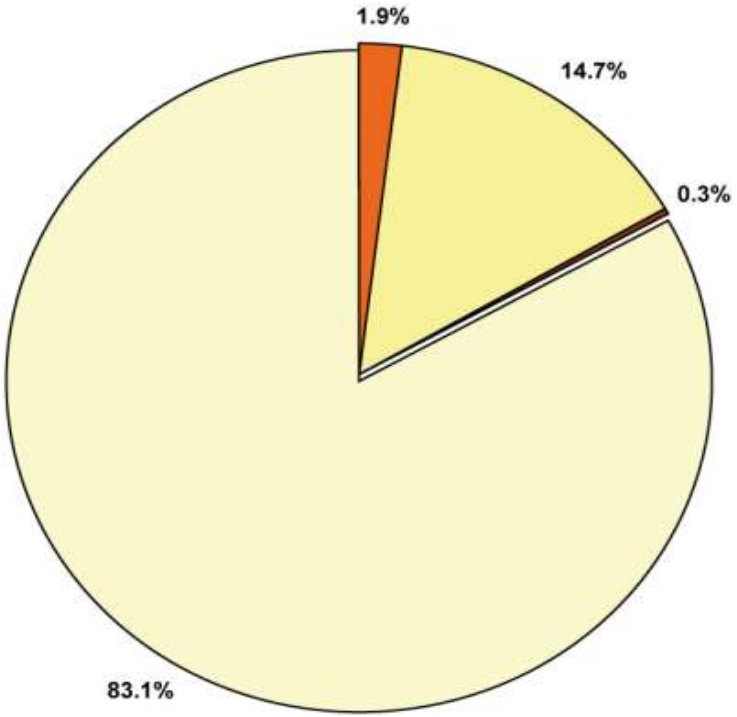
- Le modèle standard, choisi par 83,1 % des assurés en 2007. Ceux-ci participent aux coûts par le biais d'une franchise fixe par an selon le canton de résidence et d'une coassurance correspondant à 10 % des frais au-delà de la franchise dans la limite de 700 CHF (430 €) par adulte et 350 CHF (215 €) par enfant et par an. La moyenne des primes mensuelles pour un adulte était de 263 CHF (174 €) en 2007. Il existe un mécanisme compensatoire inter cantonal basé sur les risques. Ainsi les assureurs des cantons ayant une population plus jeune paient un montant compensatoire qui est reversé aux cantons dont la structure démographique est moins favorable. Les assurés peuvent moduler leur franchise selon différents paliers entre 300 et 2'500 CHF (200 à 1'650 €) pour un adulte et 0 à 600 CHF pour un enfant, diminuant ainsi leur prime annuelle. L'option d'une franchise élevée est la plus prisée des populations jeune et à faibles revenus pour des raisons économiques évidentes.

- 16,6 % des assurés se sont inscrits dans un réseau de soins type HMO ou Managed Care limitant leur choix de prestataires. Ces réseaux sont actuellement en pleine expansion. Un de ses dérivés développé par de nombreuses caisses d'assurance est une permanence téléphonique disponible 24h/24 que l'assuré doit consulter avant toute consultation.

- Enfin, en 2007, 0,3 % s'étaient engager pour 5 ans dans un contrat avec bonus dont la prime régresse chaque année s'ils ne sollicitent pas leur caisse.

santésuisse

Modèles d'assurance choisis par les assurés en 2007 (en % des assurés)

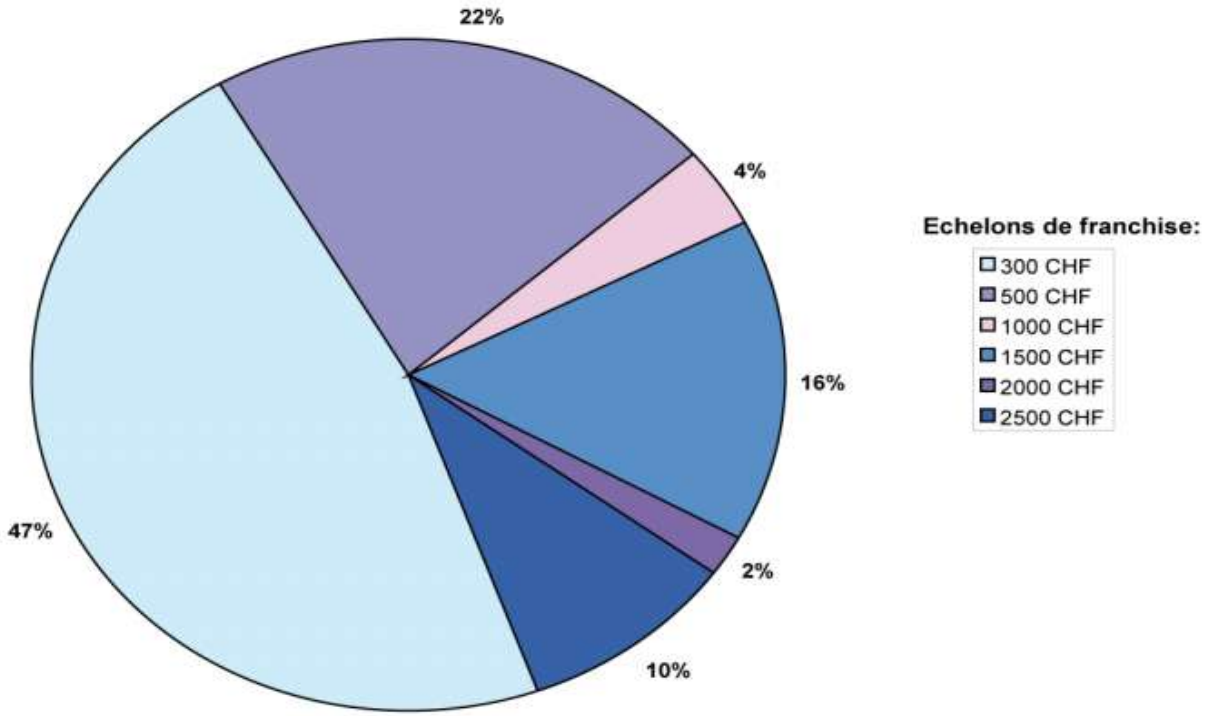


La plupart des assurés sont au bénéfice d'un modèle d'assurance traditionnel. En 2007, environ moins de 17% des assurés ont opté pour un modèle d'assurance alternatif.

Source: Pool de données santésuisse / 13-2007

santésuisse

Franchises choisies par les adultes en 2007



En 2007, plus de la moitié des adultes ont décidé d'opter pour une franchise plus élevée. 10% des assurés profitent des franchises de 2500 francs introduites en 2005 et des rabais de primes correspondant. Un assuré sur quatre a une franchise de 1500 francs ou plus et assume lui-même une partie relativement importante de ses dépenses de santé.

Source: Pool de données santésuisse / 13-2007

1.2.4.3. Les réductions de prime

Il existe un système de réductions de prime pour les groupes exposés comme les familles nombreuses, les femmes enceintes et les bénéficiaires de l'aide sociale. Les aides sont versées par les cantons et cofinancées par la Confédération.

1.2.4.4. Autres régimes d'assurance sociale

L'assurance accidents financée par les entreprises, l'assurance invalidité financée par une cotisation obligatoire pour toute personne résidant en Suisse et l'assurance militaire (AM).

L'AI a été révisée en 2006 en raison d'un trop grand déficit et d'une dette de plusieurs milliards de CHF envers l'Assurance Vieillesse et Survivants (voir ci-dessous) avec laquelle elle partage son budget. Cette révision visait à réduire le nombre d'allocations en accélérant la réinsertion professionnelle et en détectant précocement le handicap. Elle a déclenché une vague de protestations mais a été acceptée en votation populaire en juin 2007, entrainant une suppression de certaines prestations complémentaires.

1.2.5. L'assurance maladie volontaire

1.2.5.1. L'assurance maladie complémentaire ou assurance privée

La part de marché des assureurs privés a régressé depuis l'instauration de l'assurance obligatoire mais elle représente encore 10 % des dépenses totales de santé. Un peu moins de 30 % des assurés ont une complémentaire privée. Ce chiffre est en baisse du fait de la qualité de couverture de l'assurance de base et surtout de l'augmentation rapide et importante des primes de l'assurance de base.

Strictement indépendante de l'assurance obligatoire, elle est souscrite à titre privé et les primes sont ajustées au risque par l'assureur.

1.2.5.2. L'assurance indemnités journalières en espèces

Habituellement financée par les employeurs, elle permet de couvrir la perte de revenus en cas d'arrêt de travail.

1.2.6. L'Assurance Vieillesse et Survivants

Autre pilier du système social suisse, elle est liée à l'Assurance Invalidité et est financée par une cotisation obligatoire pour toute personne travaillant sur le territoire. Un numéro AVS est attribué lors du premier emploi et sera conservé pendant toute la vie professionnelle. Cette assurance gère les rentes de vieillesse faisant part de la retraite ainsi que les pensions des veuves et des veufs.

En 2008 l'âge légal de la retraite en Suisse était de 65 ans pour les hommes et de 64 ans pour les femmes.

2. La Médecine Générale en Suisse

2.1. Définitions

2.1.1. Définition de la Médecine Générale-Médecine de Famille WONCA Europe 2002

Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

2.1.2. La médecine de premier recours

Le terme est fréquemment utilisé en Suisse mais correspond à différentes entités selon les sources.

- La Fédération des Médecins Suisses FMH tient un registre de la démographie médicale depuis 1930 mais s'intéresse essentiellement à la médecine en pratique privée. Dans sa publication Statistique Médicale 2006 sont reconnus comme médecins de premier recours : les médecins spécialistes de médecine générale, les médecins internistes-généraux et les médecins sans titre de spécialiste dits « médecins praticiens ».
- L'Office Fédéral de la Santé Publique n'utilise pas les mêmes critères de définition de la médecine de premier recours et ne donne, sur son site internet, qu'une définition des « soins de base » : « ce sont des généralistes, qui constituent la première instance à consulter en cas de maladie, prêts à intervenir en cas d'urgence, accessibles à tous, assurant un suivi médical et travaillant en collaboration avec les spécialistes vers lesquels ils dirigent leurs patients, si nécessaire. La Suisse compte près de 4 800 médecins de premier recours appelés à fournir les soins de base (notamment des généralistes, des internistes-généralistes, des pédiatres) ».
- L'Office Fédéral de la Statistique utilise comme indicateur la pratique en cabinet privé, opposant les généralistes aux spécialistes.
- L'Observatoire suisse de la santé, dans son rapport « Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse » [22], propose la définition de Médecine de base : médecins praticiens, généralistes, internistes sans sous-spécialité et les cabinets de groupe. La Médecine de base Plus étant : Médecine de base + gynécologues et pédiatres.

- Dans l'étude Monnier sur l'avenir de la médecine de premier recours en Suisse romande [35], la définition suivante est proposée en préambule : « Est considéré comme médecin de premier recours le praticien auquel s'adresse le patient en première intention en cas de trouble spécifique (à l'exception du gynécologue, de l'ophtalmologue et de l'ORL) ou de trouble non spécifique ». Sont compris comme médecins de premier recours : les généralistes, les internistes- généraux et les pédiatres sans sous-spécialité.

Il existe depuis 1994 un Collège de Médecine de Premier Recours, regroupant les Sociétés suisses de Médecine Générale, de Médecine Interne et de Pédiatrie, et travaillant en collaboration avec les cinq facultés de médecine ainsi que l'Académie suisse des sciences médicales.

Le critère de spécialité comme élément exclusif ne semble donc pas adapté. Le Conseil Suisse de la Science et de la Technologie, dans un rapport sur la démographie médicale de septembre 2007, préconise de définir la médecine de premier recours par ses prestations, en recensant les actes médicaux correspondant à la définition de la WONCA 2002.

2.2. Démographie médicale

A l'image de nombreux pays occidentaux, la Suisse entre dans une période d'incertitude concernant la démographie de son personnel médical. La crise qui se profile semble toucher particulièrement la médecine de premier recours.

La mauvaise interprétation de données statistiques et une politique de santé axée sur la rigueur économique ont grandement participé à l'apparition de ces difficultés.

Les phénomènes récents que sont la féminisation et les aspirations de la nouvelle génération de médecins jouent aussi un rôle.

Les données démographiques les plus fiables sont issues du département « Données, Démographie et Qualité » de la Fédération des médecins suisses FMH. Ces données sont brutes, traitées par catégories de médecins (spécialistes ou non, en pratique indépendante ou non) ainsi que par sexe et par tranche d'âge. Il est possible de calculer les densités médicales rapportées aux cantons.

Une étude majeure et un rapport de synthèse remis au Conseil Fédéral viennent nuancer ces chiffres en analysant la ressource en personnel selon un indicateur d'activité. Leurs conclusions sur la pénurie future de médecins de premier recours s'avèrent inquiétantes et pointent des zones géographiques où le manque de médecins est déjà une réalité. Elles permettent surtout d'affiner les facteurs de la crise démographique et débouchent sur des recommandations permettant de renforcer la filière.

2.2.1. La statistique FMH 2006

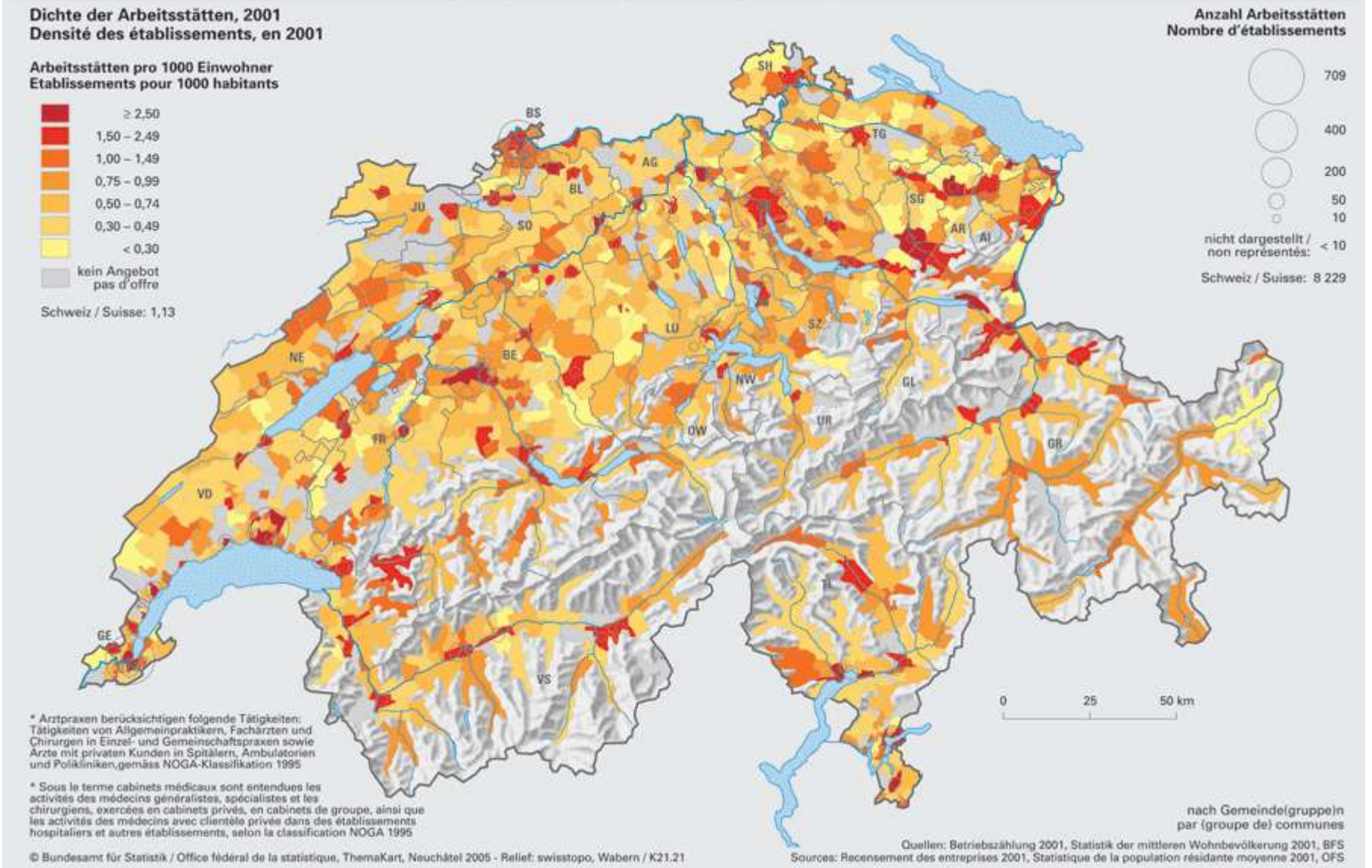
Selon la statistique FMH le nombre de médecins en Suisse en 2006 était de 28'812. Soit une progression de plus de 10 % depuis 2002. Il est important de noter que l'affiliation à cet organisme est devenue facultative depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les professions médicales (LPMed).

La répartition était la suivante :

- 13'280 soit 46,1 % sans pratique privée : médecins hospitaliers sans clientèle privée, médecins du travail et salariés des assurances. Leur nombre a progressé de plus de 15,35 % depuis 2002
- 15'532 soit 53,9 % en pratique privée : médecins traitant des patients sous leur propre responsabilité ainsi que ceux exerçant en milieu hospitalier et dont toute ou partie des honoraires provient d'une clientèle privée. Leur nombre a progressé de 7, 8 % depuis 2002.

Une enquête réalisée dans le canton de Berne en 2005 a permis d'évaluer à un quart des effectifs le nombre de praticiens qui seront en retraite d'ici 2020.

Dienstleistungen für die Bevölkerung: Allgemeine und spezialisierte Arztpraxen*
Services à la population: Cabinets médicaux (pratique médicale générale et spécialisée)*



2.2.1.1. La Médecine Générale et la Médecine Interne en cabinet privé

Parmi les médecins en pratique privée moins d'un tiers sont des généralistes de formation : spécialistes de médecine générale ou médecins sans titre de spécialiste.

On note que sur 3'920 spécialistes en médecine générale, 3'491 sont en pratique privée soit 89%.

Les médecins sans titre de spécialiste ou médecins praticiens étaient 764 en 2006 dont 380 en pratique privée soit 49,7 %. On les considère comme faisant partie du pool de médecins généralistes.

Les médecins internistes étaient 4'950 dont 3'378 en pratique privée soit 68,2 %. La proportion de ces médecins se consacrant à la médecine de premier recours n'est pas précisée. Une partie voire la totalité de leur temps de travail peut être consacré à l'exercice d'une sous spécialité.

La densité rapportée à la population suisse est donc de 0,52 généraliste pour mille habitants.

La densité est de 0,96 généraliste + interniste pour mille habitants.

La densité était de 1,66 généraliste pour mille habitants en France en 2004 avec une moyenne OCDE à 0,8 pour mille habitants.

2.2.1.2. La médecine de premier recours en cabinet privé

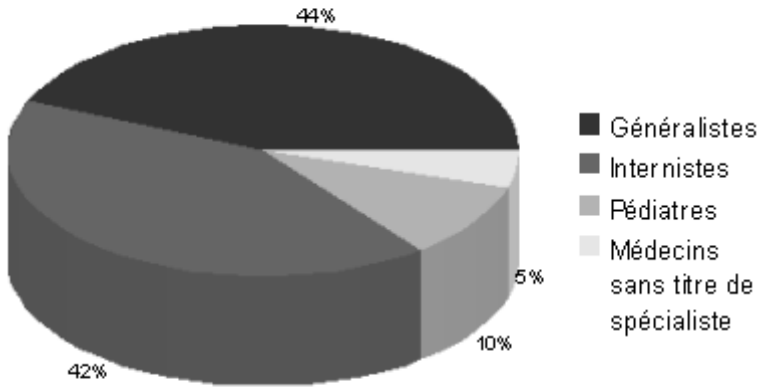
On ajoute les médecins internistes et les pédiatres. Il est important de préciser que les médecins porteurs de plusieurs titres de spécialiste sont comptabilisés dans chaque filière. Il est difficile de savoir la part d'activité consacrée aux soins de base pour un interniste pratiquant une sous spécialité.

Les pédiatres étaient 1'211 dont 775 en pratique privée soit 64 %.

Le total des médecins de premier recours en pratique privée était donc de 8'024 soit une densité de 1,06 pour mille habitants.

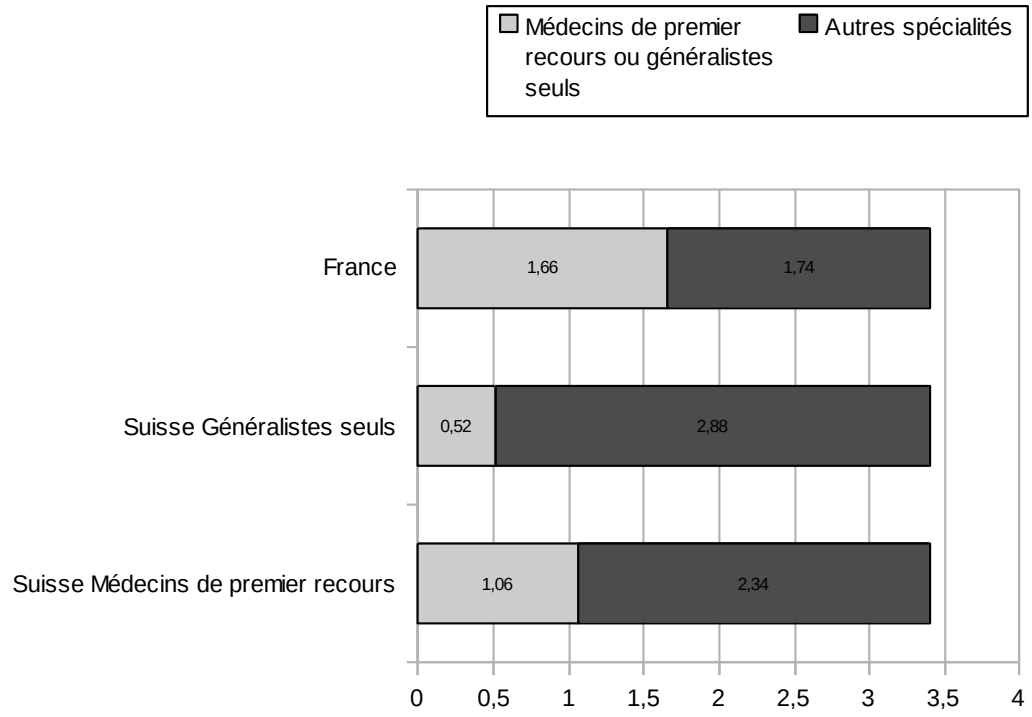
La densité la plus importante se retrouve dans les grandes agglomérations, Bâle-Ville et Genève, et la plus faible dans les cantons ruraux de Suisse centrale.

Les médecins de premier recours. Source Statistique Médicale FMH 2006



Densité médicale Généralistes/Spécialistes pour mille habitants en 2006

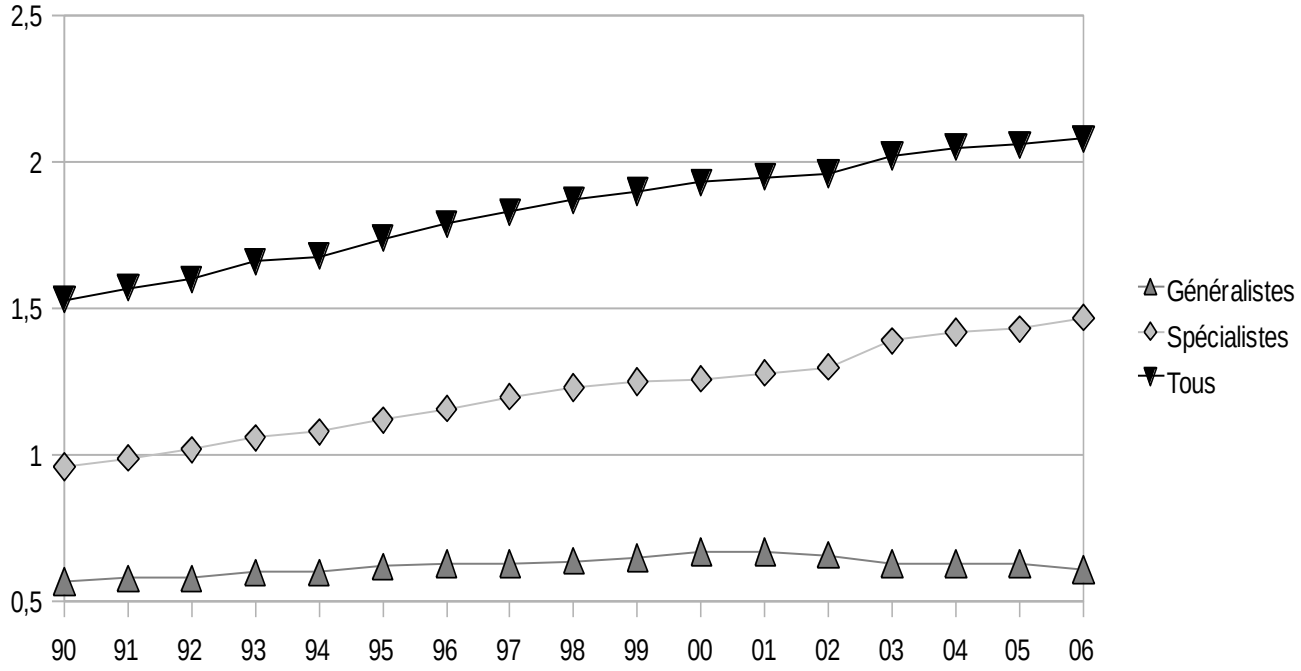
Source Statistique Médicale FMH 2006



Sur la base des données de l'OCDE pour l'année 2006, la Suisse et la France présentaient une densité médicale identique de 3,4/1000 habitants.

Ces statistiques ne sont fondées que sur des données brutes et ne reflètent pas l'offre médicale réelle en médecine générale.

Évolution de la densité des médecins en pratique privée/1000 habitants en Suisse 1990-2006



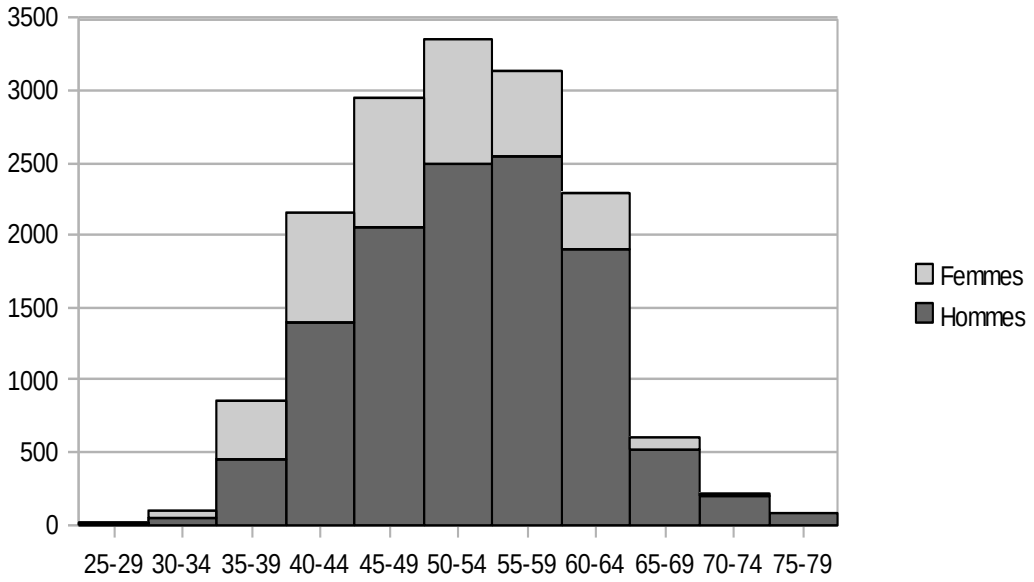
Source FMH 2006

Bien que le nombre total de médecins en pratique privée soit en augmentation, on constate une stagnation voire une diminution du nombre de médecins généralistes disponibles. Cette progression est donc liée à l'augmentation rapide du pool de spécialistes ces quinze dernières années.

2.2.1.3. Pyramide des âges des médecins en pratique indépendante en 2006

Selon la FMH l'âge moyen de l'ensemble des médecins en exercice était de 47 ans, 43 ans pour les femmes et 49 ans pour les hommes. En pratique privée la moyenne d'âge s'élevait à 52 ans.

Il est intéressant de remarquer la très faible proportion de médecins trentenaires. Ces chiffres s'expliquent par la longueur de la formation post-graduée, entrainant une rétention des médecins à l'hôpital et dans les autres structures de formation, aboutissant à une installation tardive à l'âge moyen de 37 ans.



Pyramide des âges des médecins suisses en pratique indépendante.

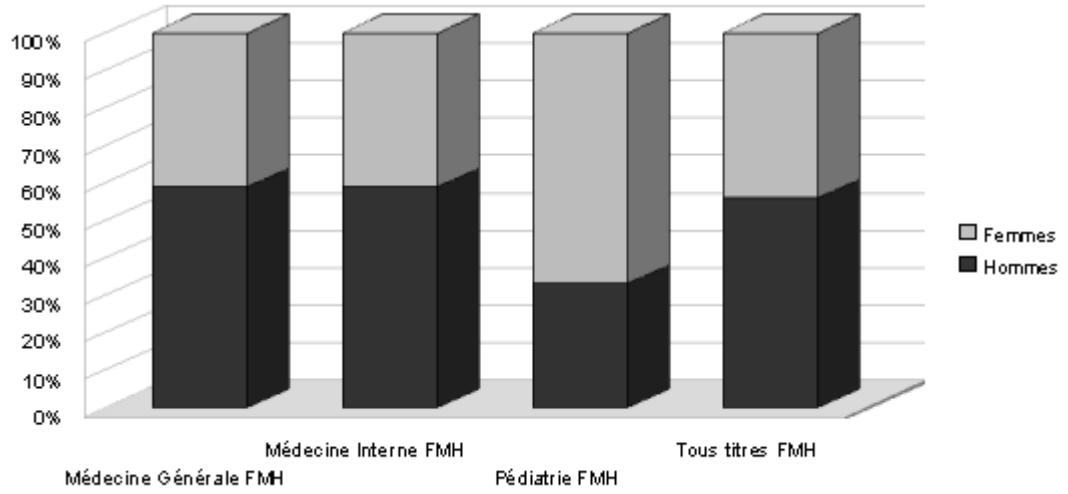
Source Statistique Médicale FMH 2006

2.2.2. Les phénomènes récents

2.2.2.1. La féminisation

Elle est en progression constante avec une représentation à hauteur d'un tiers de l'ensemble des médecins en exercice en 2006.

En pratique privée les femmes ne représentent qu'un quart des effectifs mais ce chiffre est en augmentation. On peut anticiper cette progression au regard de l'octroi des titres fédéraux de spécialistes pour l'année 2006 si la proportion de médecins choisissant une installation reste stable.



Octroi des titres fédéraux de spécialiste 2006 selon la FMH

Source Statistique Médicale FMH 2006

A la rentrée 2007 la proportion de femmes en formation pré-grade des études de médecine à Lausanne était de 62,5 %.

2.2.2.2. Les médecins étrangers

Les chiffres récents de la FMH sur cette population ne sont pas fiables car suite à la signature des accords bilatéraux de 2005 avec l'Union Européenne la déclaration et l'inscription à cet organisme ne sont plus obligatoires.

Les chiffres concernant les hôpitaux sont aussi flous, certains postes n'étant pas accrédités pour la spécialisation FMH et donc non répertoriés.

Selon l'Office Fédéral des Migrations, repris dans le rapport de l'OCDE, la proportion de médecins de nationalité étrangère en Suisse en 2001 était de 16 % soient 4'148 praticiens.

La population résidente permanente étrangère en Suisse était de 1'419'095 la même année, soient 19,7% de la population totale.

Ces médecins étaient en majorité issus de la Communauté Européenne : 59,8 % d'Allemands suivis de 6,1 % de Français et 5,6 % d'Italiens.

Ce phénomène est donc nettement plus marqué en Suisse alémanique et surtout dans le secteur hospitalier. Il est en progression car le nombre de postes d'assistants a du être réévalué de 25 % suite à l'application de la Loi sur le Travail de janvier 2005 qui limite le temps de travail hebdomadaire à 50 heures et introduit le repos compensatoire. En 2006 environ 40 % des assistants en formation post-grade étaient des médecins avec un diplôme étranger selon la FMH.

Cette arrivée massive de médecins allemands est à l'origine de mesures politiques récentes visant à contrôler ce flux, entre autres sur le plan de l'activité libérale.

2.2.3. La clause du besoin ou le gel des cabinets

2.2.3.1. Ordonnance fédérale du 03 juillet 2002

Le texte promulgué par le Conseil Fédéral vise à limiter l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, c'est-à-dire toute nouvelle installation en cabinet privé. Il concerne toutes les professions de santé et rend dépendant de la preuve d'un besoin toute nouvelle installation ou début d'activité privée dans le cadre de la LAMal. Il reste possible de reprendre un cabinet existant.

D'une durée initiale de 3 ans, ce gel des cabinets a été renouvelé pour 3 ans en juillet 2005 puis en juillet 2008. Il devrait prendre fin en 2011, une nouvelle prolongation étant légalement impossible.

2.2.3.2. Les motivations

Cette mesure découle directement de la signature des accords bilatéraux avec l'Union Européenne. Ces accords contiennent la reconnaissance des diplômes européens de médecine et la crainte des milieux médicaux libéraux suisses était l'installation massive de médecins étrangers. Cette situation était plus flagrante en Suisse alémanique où la moitié du personnel médical hospitalier est constituée de médecins allemands. Le risque était de voir croître la concurrence mais surtout une explosion du coût des prestations ambulatoires.

2.2.3.3. La mise en application

Elle est confiée aux cantons qui octroient les autorisations de pratique en fonction des besoins. Il est possible d'exclure certaines catégories professionnelles de cette mesure et de donner des dérogations.

Pour calculer leurs besoins la plupart des cantons utilisent la base de données de Santésuisse, regroupement des assureurs maladie, qui répertorie les médecins facturant à charge de l'assurance obligatoire par leur code créancier, équivalent du « code CPS » français (Carte des Professionnels de Santé). Ils recoupent ensuite ces données avec les autorisations de pratique délivrées par le Service de Santé Publique du canton, équivalent du « numéro d'ordre" français, et obtiennent une densité médicale qu'ils comparent à une valeur moyenne.

2.2.3.4. Conséquences pour la médecine de premier recours

Cette mesure n'a pas eu les effets escomptés et rencontre désormais une franche hostilité de la plupart des sociétés médicales. Son impact démographique est encore mal évalué mais a clairement freiné le nombre d'installations et de création de cabinets.

Les médecins assistants avaient manifesté leur mécontentement à l'introduction de la clause du besoin, se sentant pris pour cible et prisonniers d'un système leur interdisant toute création de cabinet et les obligeant à reprendre un droit de pratique ne correspondant pas à leurs aspirations.

Aucune mesure de régulation n'a été décidée pour faire suite à cette clause. Les autorités craignent pourtant un afflux massif de praticiens libéraux dès la fin de cette période de gel.

Il est possible que le nombre d'installations reste faible après la fin de cette disposition. La formation post grade n'étant pas limitée dans le temps et les conditions de travail étant bonnes en milieu hospitalier, certains médecins ont pu changer leur choix de carrière et opter pour une sous spécialité ou une carrière hospitalière.

2.3. La pratique au cabinet

2.3.1. Mode d'exercice

2.3.1.1. Le cabinet médical

La médecine de premier recours est actuellement un exercice majoritairement solitaire. Les cabinets de groupe se concentrent dans les zones urbaines. Pour autant ces derniers se multiplient du fait de la demande accrue des jeunes médecins et du développement de réseaux type HMO/Managed Care. La pratique individuelle est aussi liée à la géographie du pays et à l'isolement de certaines régions montagneuses.

Le choix du médecin par le patient est libre et son accès direct est illimité, quelque soit la spécialité concernée sauf si le patient est lié par contrat à un réseau.

Les autorisations de pratique sont délivrées par le Service de Santé Publique de chaque canton sous condition du respect de la clause du besoin. Le médecin demande son code créancier auprès de Santésuisse qui gère la prise en charge des prestations dans le cadre de la LAMal.

L'activité associe habituellement consultations et visites à domicile. Les généralistes de ville pratiquent peu la pédiatrie et la gynécologie qu'ils peuvent facilement déléguer aux confrères spécialisés contrairement à leurs homologues de campagne.

Les médecins peuvent avoir plusieurs salles d'examens dans le même cabinet.

Selon l'Observatoire de la santé suisse, l'activité moyenne d'un médecin de premier recours à plein temps était de 5'801 consultations et 1'271 patients vus pendant l'année 2004. Un calcul simple basé sur 230 jours de travail dans l'année donne une moyenne de 25 consultations quotidiennes.

Il s'agit d'une moyenne et, comme nous le verrons plus loin, il existe de grandes variations interindividuelles essentiellement liées aux zones géographiques d'exercice.

2.3.1.2. La pratique du laboratoire et de la radiologie

La majorité des médecins de premier recours pratiquent encore les tests de laboratoire et la radiologie au cabinet. Dans les grandes agglomérations la disponibilité des laboratoires privés et des centres d'imagerie a encouragé certains médecins à cesser ce type d'activités onéreuses sur le plan matériel et de moins en moins bien remboursées.

2.3.1.3. La propharmacie

Activité rémunérée de délivrance de médicaments directement par le médecin traitant. Très répandue en Suisse alémanique, elle l'est beaucoup moins en Suisse romande. Selon les cantons elle est peut être libre, restreinte ou mixte avec les pharmacies. La densité de pharmacies entre les cantons varie ainsi de 1 à 10 puisqu'elle était en 2005 de 0,5 pour 10 000 dans le canton de Glaris et de 5,4 pour 10 000 au Tessin. Environ un quart des médicaments sont délivrés chaque année en propharmacie dans le pays.

Cette pratique est actuellement très controversée, les autorités reprochant un surcoût et une sur prescription liée à l'intéressement, part non négligeable des revenus des médecins concernés. Cela n'est pas démontré sur le plan statistique.

Selon le Conseil Fédéral en 2003 l'objectif était d'aboutir à une séparation claire entre la prescription et la remise des médicaments.

L'organisme Santésuisse oblige depuis 2004 les médecins propharmaciens à passer une convention avec l'assurance maladie. Les praticiens doivent, entres autres, s'engager sur le plan tarifaire et faire la promotion des génériques.

2.3.1.4. L'assistante médicale

Profession paramédicale dont la durée de formation spécifique est de deux ans et demi. L'assistant médical est employé par le cabinet et effectue du travail de secrétariat, la gestion administrative et la facturation des actes. Mais il est surtout autorisé à pratiquer les prélèvements biologiques, les radiographies et les électrocardiogrammes ainsi que certaines injections, les pansements et la stérilisation des instruments.

La présence d'une personne qualifiée sur le plan paramédical permet une certaine délégation de tâches libérant du temps de travail pour le médecin.

Cette profession est spécifique à la Suisse et ne correspond pas à l'infirmière de pratique avancée ou « *nurse practitionner* » telle qu'elle existe dans les pays anglo-saxons.

2.3.1.5. La permanence des soins

Le service de garde est organisé au niveau cantonal par régions sanitaires, selon le nombre de médecins disponibles. Il est a priori obligatoire mais certains critères, variables entre les localités, permettent d'y déroger.

Le vieillissement de la population médicale et sa féminisation ont remis en cause le mode de fonctionnement du service. L'agrandissement des secteurs de garde, la régulation des appels sur un numéro de téléphone unique et le travail en collaboration avec les hôpitaux sont les principaux aménagements réalisés ces dernières années.

Dans le canton de Vaud les appels sont régulés par la Centrale Téléphonique des Médecins (CTM). Cette centrale gère le service de garde médicale ambulatoire et les systèmes d'alarme des personnes âgées vivant seules au domicile (Sécutel). Les permanents sont des infirmières et des ambulanciers expérimentés et ayant reçu une formation spécifique. Il n'y a pas de médecin sur place. La plupart des médecins de garde en ville ne pratiquent pas la pédiatrie et les enfants sont orientés directement vers l'Hôpital de l'Enfance si une consultation s'avère nécessaire.

Leur réponse peut aller du simple conseil téléphonique au déclenchement d'un secours médicalisé en basculant sur le 144, numéro d'appel d'urgence, équivalent du 15 français.

Dans certaines zones reculées ou moins peuplées du canton ont été créés des Réseaux de Médecins d'Urgence, ou REMU, constitués de médecins de premier recours. Leur intervention est déclenchée par le 144, leurs véhicules sont équipés pour les soins d'urgence et leur formation complémentaire est financée par le Service de Santé Publique du canton. Ils assurent les premières mesures de réanimation dans l'attente d'une équipe spécialisée.

La régulation téléphonique de la garde de médecine générale ambulatoire reste encore minoritaire. Dans de nombreux secteurs les médecins sont encore en première ligne et doivent faire seuls le tri et l'orientation des patients.

2.3.2. Le système TARMED et la rémunération

2.3.2.1. Le Tarif Médical Unifié (TARMED)

Introduit le 1er janvier 2004, il concerne toutes les professions de santé pratiquant à charge de l'Assurance Obligatoire.

Ce système, coordonné par l'organisme Santésuisse, est basé sur la notion de point tarifaire au temps avec deux subdivisions : les prestations techniques (frais d'infrastructure) et les prestations médicales (rémunération du médecin).

Ses principaux objectifs sont l'harmonisation des tarifs entre cantons et le contrôle strict des dépenses de soins.

Le coût des soins n'étant pas le même d'un canton à l'autre, le point de taxation d'une prestation est multiplié par le point tarifaire du canton. Le prix d'une consultation ou d'un geste technique varie donc en fonction du canton.

Le décompte est effectué sur la base de tranches horaires de 5 minutes nécessitant le chronométrage de la consultation. Contrairement à un système de paiement à l'acte il est possible de réaliser des consultations d'une heure voire plus puisque le temps passé avec le patient est intégralement facturé. Il est important de souligner que le temps consacré au patient en son absence, tels que la rédaction d'un compte-rendu, l'interprétation de résultats d'examen ou un appel téléphonique à un spécialiste, est aussi facturé.

En plus du point tarifaire de base existent des suppléments applicables pour les consultations d'urgence et de pédiatrie.

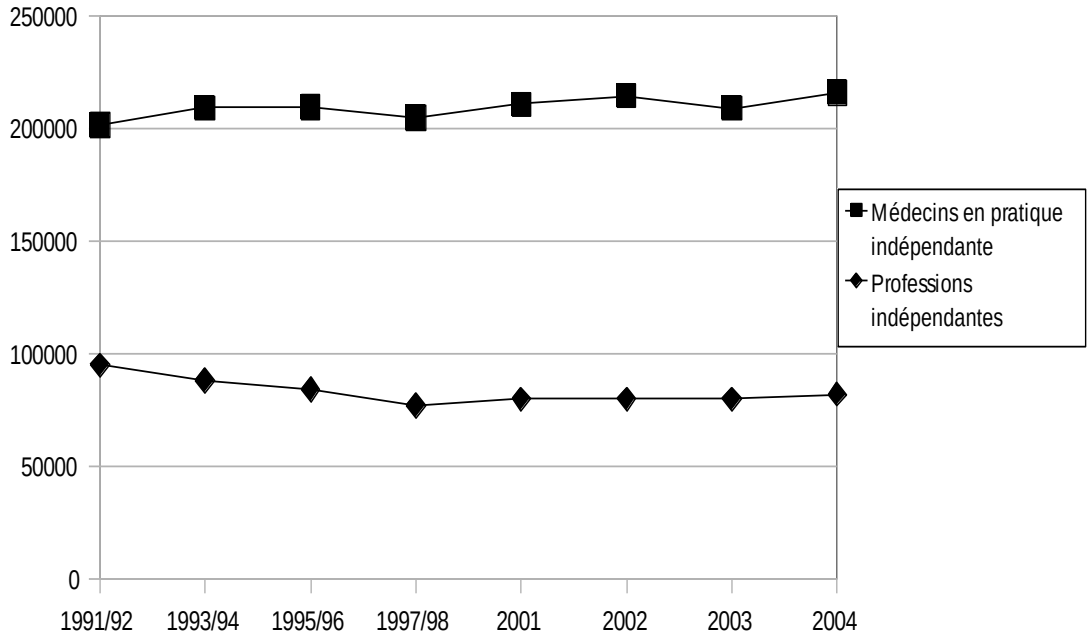
Bien qu'il semble avantageux le TARMED a provoqué le dépit de nombreux médecins. Les généralistes pensaient initialement en retirer une valorisation de leur travail, le temps étant leur outil essentiel, mais la pression des assureurs s'est en réalité accrue car le décompte est intégralement transmis aux caisses. Il est ainsi possible de contrôler le temps qu'un médecin passe avec chaque patient et toute erreur de facturation nécessite la rédaction de justificatifs. Les plaintes sont surtout liées à l'accroissement de la charge administrative.

L'autre point majeur de mécontentement est la difficulté de chronométrage exact de la consultation. Beaucoup de médecins ont ainsi le sentiment de globalement sous-facturer d'où une perte de revenus.

2.3.2.2. La rémunération

Selon l'étude d'un bureau de conseil réalisée pour le compte de la *FMH :*

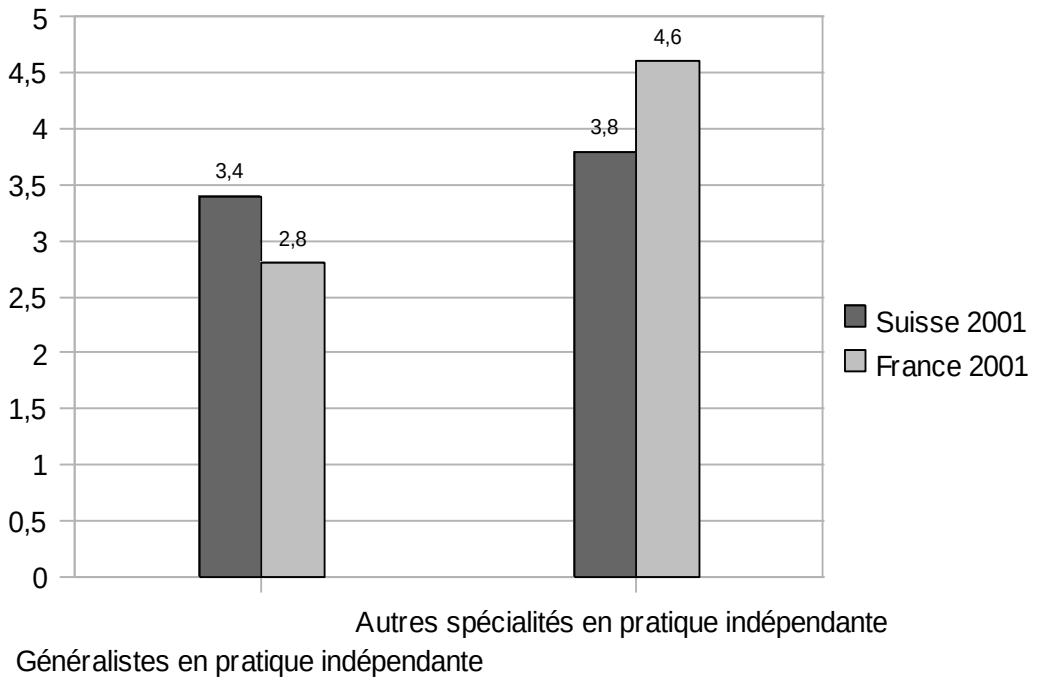
- le revenu moyen brut des médecins en pratique indépendante pour l'année 2004 était de 215'662 CHF (133'180 €). La progression par rapport à 2003 était de 3,2 % pour une inflation de 0,78 %
- le revenu moyen brut des généralistes était de 195'269 CHF (120'580 €) en 2004, en progression de 3,1 %
- les frais de fonctionnement du cabinet n'ont pas été calculés dans cette étude car l'indice habituellement utilisé, vieux d'une trentaine d'années, n'est plus valide



Evolution des revenus moyens bruts des médecins en pratique indépendante et de toutes les professions indépendantes en francs suisses par an. Source FMH et rapport OFS 2007 sur la situation financière des ménages

La présence de données cumulées sur deux années et l'absence de chiffres pour la période 1999/2000 sont liées à un changement du système d'imposition fiscale. Les professions indépendantes regroupent des catégories très diverses allant des professions libérales aux commerçants et artisans.

Selon l'OCDE, les revenus des médecins suisses sont parmi les plus élevés d'Europe même si l'écart est moins important une fois le revenu rapporté au PIB par habitant. La différence constatée entre spécialistes suisses et français est en partie expliquée par une activité plus réduite des médecins spécialistes en Suisse.



Médecins en pratique indépendante. Ratio revenus/PIB par habitant. Source OCDE 2005

2.4. Les organismes professionnels

2.4.1. La FMH et les sociétés cantonales de médecine

2.4.1.1. Foederatio Medicorum Helveticorum

La Fédération des Médecins Suisses, ou FMH, est l'organisation faîtière du corps médical suisse dont le siège est à Berne.

Suivant le développement de l'Etat Fédéral, cette association s'est constituée par la fusion des sociétés cantonales de médecine au début du XXème siècle. Plus de 90 % des praticiens en sont adhérents actuellement.

Elle est composée d'un Comité Central de 11 membres comprenant un président et 2 vice-présidents, et d'une Chambre Médicale de 200 délégués.

Ses prérogatives sont :

- la réglementation et la validation de la formation post-graduée des études de médecine après l'examen fédéral. Elle délivrait le diplôme FMH de spécialité permettant la pratique indépendante mais la nouvelle loi sur les professions médicales a transféré ce pouvoir à la confédération
- le respect de la déontologie et le suivi de la qualité professionnelle
- l'implication dans la politique de santé et la négociation tarifaire
- la production de données statistiques par son département Données, Démographie et Qualité.

Son rôle est en partie le même que celui du Conseil de l'Ordre des Médecins français mais sa responsabilité est plus grande sur le plan de la formation et de la négociation des tarifs. Il n'y pas de structure syndicale représentative des médecins en pratique privée en Suisse.

Elle fait paraître de manière hebdomadaire une publication officielle bilingue en Français et Allemand : le Bulletin des Médecins Suisses.

L'Académie Suisse des Sciences Médicales est constituée de la FMH associée aux 5 facultés de médecine et aux 2 facultés de médecine vétérinaire. C'est l'organe de référence concernant la recherche et l'éthique, et de réflexion sur l'évolution de la médecine.

2.4.1.2. Les sociétés cantonales de médecine

Au nombre de 24 elles mettent en œuvre les prérogatives de la FMH. Elles sont souveraines dans la négociation des tarifications TARMED avec les assureurs de leurs cantons. Elles recensent tous les médecins exerçant dans le canton et fournissent des statistiques à la FMH.

2.4.2. Les sociétés médicales

2.4.2.1. Les sociétés médicales de discipline avec titre de spécialiste

On en dénombre 44, soit le nombre de spécialités reconnues en Suisse. Chacune représente les intérêts de ses membres au sein des différentes institutions ou associations. Elles participent à la formation pré- et post-graduée de leur spécialité et gèrent les modalités de la formation médicale continue.

Les Sociétés Suisses de Médecine Générale, de Médecine Interne et de Pédiatrie ont fondé le Collège de Médecine de Premier Recours en collaboration avec l'Académie Suisse des Sciences Médicales en 1994, afin d'harmoniser la formation et de valoriser la recherche dans ces disciplines.

2.4.2.2. Les sociétés de formation approfondie

Elles couvrent les compétences obtenues au-delà du titre de spécialiste et concernent essentiellement la chirurgie et la pédiatrie (néonatologie, neuropédiatrie, liste non-exhaustive).

2.4.2.3. Les sociétés de formation complémentaire

Concernent plus directement la médecine de premier recours puisqu'elles regroupent, entre autres, la médecine manuelle, l'homéopathie, l'acupuncture, l'hypnose ou la médecine d'urgence. Elles délivrent les attestations de formation complémentaire qui ne permettent pas de facturer à l'assurance de base. Il s'agit de soins non remboursés.

2.5. La formation continue

Officiellement réglementée depuis 2002, la Loi fédérale sur les Professions Médicales de 2007 lui a donné un nouveau cadre juridique.

La réglementation de la FMH prescrit 50 heures de formation structurée et 30 heures d'étude personnelle par an.

La formation structurée doit comprendre au minimum 25 heures de formation spécifique, c'est à dire validée par la Société Suisse de Médecine Générale pour un généraliste. Les 25 autres heures s'intègrent dans la formation élargie pour laquelle les crédits peuvent être octroyés par une société de discipline, une société cantonale ou la FMH. Les 30 heures de travail personnel ne sont pas soumises au contrôle.

Les Sociétés de Discipline Médicales sont responsables de l'élaboration des programmes et de l'évaluation des sessions de formation.

Le cycle de formation dure 150 heures sur 3 ans et donne droit au diplôme de formation continue délivré par les Sociétés de discipline médicales sur présentation de justificatifs.

Le fait de se soustraire à l'obligation de formation continue expose à des sanctions de la part des autorités sanitaires cantonales avec un blâme et une amende pouvant atteindre 20’000 CHF (13’200 €).

La FMH et les Sociétés Médicales travaillent sur les modalités de formation afin de les adapter aux besoins et à la disponibilité de chaque spécialité en développant l'apprentissage en ligne ou le travail personnel au travers d'un portfolio.

De manière générale la formation continue est fortement soutenue par l'industrie pharmaceutique ce qui a poussé l'Académie Suisse des Sciences Médicales à publier des directives sur l'organisation des sessions. Elle insiste sur la validation et le contrôle des enseignements par les cercles médicaux spécialisés, sur la nécessité d'une contribution financière des participants et sur la transparence d'éventuels conflits d'intérêt des intervenants. Elle rappelle le règlement de la FMH qui stipule que « le médecin n'accepte, de la part de tiers, aucun cadeau en nature ou espèces, ni aucun avantage pouvant l'influencer dans ses décisions médicales et dépassant les signes habituels de gratitude [...] ». D'autres textes de lois fédérales et dispositions cantonales viennent conforter cette position.

2.6. Deux évènements marquants

2.6.1. La manifestation du 1er avril 2006

L'évènement le plus marquant des ces dernières années pour la médecine générale en Suisse s'est déroulé le 1er avril 2006 sur la Place Fédérale à Berne et a fait apparaître le malaise profond de la profession.

A l'appel de la Société Suisse de Médecine Générale, afin de protester contre la pression croissante à laquelle sont soumis les médecins et d'alerter sur la crise démographique et la place insuffisante de la médecine générale dans la formation des étudiants, plus de 10'000 personnes se sont rassemblées.

Bien que l'impact médiatique ait été important les conséquences politiques ont été variables selon les cantons.

Cette manifestation a eu le mérite de créer une véritable émulation dans la profession et de définir les généralistes comme une force politique à part entière.

2.6.2. L'initiative populaire « Oui à la médecine de famille »

En octobre 2009 une initiative populaire a été lancée par un comité de médecins présidé par le Pr P. Tschudi de l'Institut de Médecine de Premier Recours de Bâle. L'objectif est de modifier la Constitution Fédérale afin de pouvoir :

- Garantir la médecine de famille dans toute la Suisse
- Assurer des possibilités optimales de traitement
- Encourager la relève des médecins de famille

Cette initiative a dépassé la barre des 200'000 signatures et le peuple devra donc se prononcer sur cet objet.

Selon le nouvel article la Constitution fédérale serait modifiée comme suit :

« Art. 118b (nouveau) Médecine de famille

I. Dans les limites de leurs compétences respectives, la Confédération et les cantons veillent à ce que la population dispose d'une offre de soins médicaux suffisante, accessible à tous, complète et de haute qualité fournie par des médecins de famille

II. Ils encouragent la médecine de famille et veillent à ce qu'elle reste une composante essentielle des prestations de soins de base et constitue, en règle générale, la médecine de premier recours pour le traitement des maladies et des accidents et pour les questions d'éducation sanitaire et de prophylaxie

III. Ils oeuvrent à l'établissement d'une répartition équilibrée des médecins de famille entre les régions, créent des conditions propices à l'exercice de la médecine de famille et encouragent la collaboration avec les autres prestataires et institutions du domaine de la santé et du domaine social

IV. La Confédération légifère sur :

a. la formation universitaire, la formation postgrade et la recherche clinique en médecine de famille;

b. les moyens de garantir l'accès à la profession de médecin de famille et de faciliter l'exercice de cette profession;

c. l'extension et la rémunération appropriée des prestations de nature diagnostique, thérapeutique et préventive fournies par les médecins de famille;

d. la reconnaissance et la valorisation du rôle particulier qu'assume le médecin de famille auprès des patients en termes de conseil et de coordination;

e. la simplification des tâches administratives et les formes d'exercice de la profession adaptées aux conditions modernes.

V. Dans sa politique en matière de santé, la Confédération tient compte des efforts déployés par les cantons, les communes et les milieux économiques dans le domaine de la médecine de famille. Elle soutient leurs démarches en vue d'assurer l'utilisation économique des moyens et de garantir la qualité des prestations. »

3. La formation

3.1. Conditions d'admission en faculté de médecine

La principale condition est l'obtention du certificat de Maturité gymnasial à l'issue du degré secondaire de la scolarité obligatoire. Cela concerne moins de 30 % des élèves par tranche d'âge. Il est donc peu comparable au Baccalauréat français bien qu'il en soit l'équivalent.

Il existe 5 facultés de médecine suisses : Berne, Bâle, et Zurich pour la Suisse alémanique ainsi que Lausanne et Genève pour la Suisse romande.

Il est possible d'effectuer les 2 premières années d'études à Neuchâtel et à Fribourg au sein des facultés de Science.

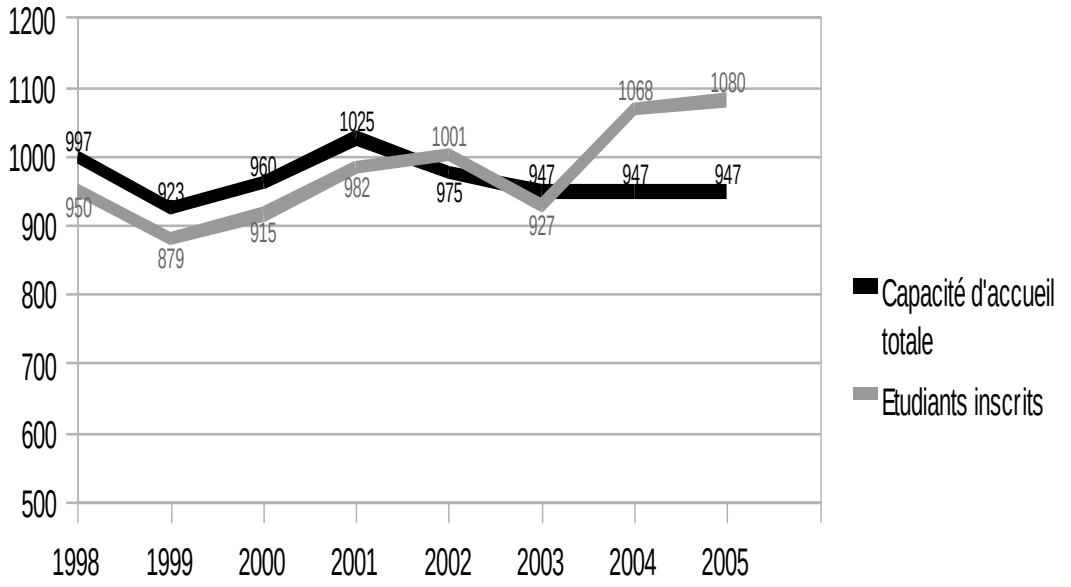
Le nombre de places disponibles en médecine humaine est légèrement inférieur à 1000 dont les deux tiers en Suisse alémanique et Fribourg.

Les villes de Suisse alémanique et Fribourg imposent un Numerus Clausus depuis 1998. L'admission aux études de médecine se fait à l'issue d'un test d'Aptitude pour les études de Médecine en Suisse (AMS) évaluant les capacités de concentration, de mémoire et de compréhension. Le taux d'échecs est d'environ 50 % depuis 2004 mais le nombre de candidats continue d'augmenter chaque année et a presque doublé depuis 2002. Quelques étudiants qui passent ces tests ne se présentent pas ensuite aux études de médecine, le nombre de place proposé est donc supérieur à la capacité d'accueil de la faculté.

L'inscription aux facultés de Genève et Lausanne n'est pas limitée avec une volonté politique de libre accès aux études supérieures.

Quelque soit le mode d'entrée la sélection continue au cours des deux premières années avec un taux d'échec d'environ 70 %.

Le nombre de places disponibles dans toutes les facultés a très peu évolué depuis 1998 mais le nombre d'inscriptions augmente depuis 2003 avec pour conséquence un taux d'occupation supérieur à la capacité d'accueil depuis 2005.



Evolution de la capacité d'accueil des Facultés de médecine et du nombre d'inscrits. Source Conférence des Recteurs des Universités Suisses (CRUS) 2007

3.2. La formation pré-graduée

3.2.1. Le cursus réformé

Le premier tronc des études dure 6 ans. Les examens des 2 premières années sont communs aux étudiants de médecines humaine, dentaire et vétérinaire. Le coût de la formation est estimé par la Confédération à 120'000 CHF/personne/an (74'000 €) soit environ 800 millions CHF (529 millions €) par an pour les quelques 7 000 étudiants.

Depuis l'année universitaire 2007/2008 le modèle de Bologne est appliqué dans les facultés de médecine. Les 3 premières années correspondent à l'enseignement de base et constitue le *Bachelor Of Medicine*, les 2 suivantes faites d'apprentissage en milieu clinique forment le *Master Of Medicine* et la 6ème année correspond aux stages à option dans des services de spécialité. L'enseignement se fait d'abord par appareil (reproduction, cœur et circulation, etc.) puis par spécialité d'organe.

La Loi sur les Professions Médicales de 2006 fixe de nouvelles exigences de formation. La Conférence Inter facultés Médicales Suisses a publié pour cela en 2001 un catalogue d'objectifs pédagogiques en anglais, *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training,* qui sert de base aux programmes d'enseignement. Le catalogue est accessible en ligne sous http://sclo.smifk.ch/ et permet des recherches par diverses entrées : mot-clé, appareil ou discipline.

A l'issue des 6 années les étudiants se présentent aux épreuves finales, orales et écrites, dites Examen Fédéral sous la tutelle de l'Office Fédéral de la Santé Publique. Ce diplôme est la condition d'accès à la formation post-grade ou assistanat. Le diplôme de fin de deuxième cycle français est considéré comme équivalent et permet de suivre une formation post-grade en Suisse.

Le taux de réussite à l'Examen Fédéral a reculé de plus d'un tiers depuis dix ans d'après les chiffres de l'OFSP. Aucune étude n'a pour l'heure éclairci les raisons de ce recul mais cela semble être lié au fait que de plus en plus d'étudiants abandonnent le cursus en cours.

Etudes de médecine en France

Et

DES de Médecine Générale

PCEM1

Concours Numerus Clausus

PCEM2

DCEM1

DCEM2

DCEM3

DCEM4

Epreuves Nationales Classantes

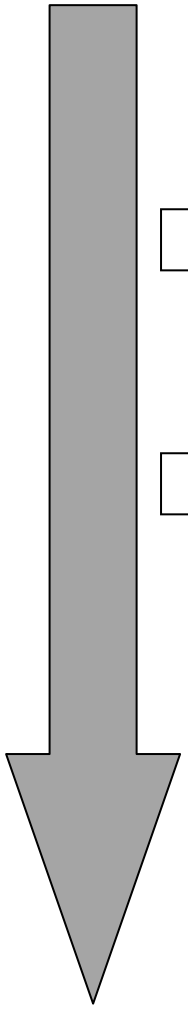
TCEM1

TCEM2

TCEM3

DES de Médecine Générale

Thèse d'exercice



Etudes de médecine en Suisse

Et

Formation post grade de Médecine Générale

Tests d'aptitude – Examen d'entrée

Bachelor

1ère année

2ème année

3ème année

Master

4ème année

5ème année

6ème année

Diplôme fédéral de médecin

Formation post grade de 5 ans minimum

Diplôme fédéral de spécialiste en Médecine Générale

3.2.2. L'enseignement de la médecine générale à la faculté de Lausanne

L'Institut Universitaire de Médecine Générale a été créé en septembre 2007, dans les suites de la manifestation du 1er avril 2006 et avec le soutien du canton. Une unité de médecine générale existait déjà au sein de la Policlinique Médicale Universitaire mais son nouveau statut lui a conféré un budget propre pour développer ses activités. Le directeur de l'IUMG a le titre de professeur et un poste universitaire d'adjoint à la recherche a été mis au concours.

Les objectifs de formation sont centrés sur le schéma des compétences essentielles définies par la WONCA en 2002, ils définissent le Cursus Romand de Médecine Générale partagé par les facultés de Genève et Lausanne.

- L'enseignement hospitalo-universitaire est dispensé dès la première année, sur le thème de la médecine communautaire, par des médecins de l'IUMG ayant le titre universitaire de chargé de cours et formant le Collège de l'Institut. Il se poursuit au sein des séminaires et des cours abordant la sémiologie et l'anamnèse ou lors d'interventions dans d'autres disciplines comme la psychiatrie ou la médecine psychosociale. L'approche est plus spécifique en 4ème année avec une série de cours sur les « Spécificités de la Médecine Générale », abordant les problématiques de l'urgence au cabinet, du suivi au long cours et du travail en réseau. Enfin, lors de la dernière année, les enseignants généralistes proposent un séminaire de 6 heures sur les « Problèmes Cliniques en Médecine Générale » axé sur la démarche diagnostique et thérapeutique en ambulatoire. Ils participent aussi à la préparation de « l'Examen

Compréhensif » en Médecine Interne en leur qualité de co-examinateurs à l'Examen Fédéral final. Ce dernier ne comporte pas d'épreuve centrée sur la Médecine Générale.

- L'enseignement au cabinet se déroule en 2ème année pour une demi journée, et en 3ème année pour une journée. Il s'agit d'abord de découverte et de sensibilisation à la pratique ambulatoire. Lors de la 6ème année dite « de stages à option, les étudiants devront passer 1 mois dans un cabinet de médecine générale. Il s'agira du seul stage obligatoire parmi toutes les disciplines représentées. Les 120 médecins-maîtres de stage qui participent au programme sont recrutés et formés par l'Institut. Une reconnaissance universitaire de leur travail est à l'étude.
- Il existe enfin un système de parrainage d'un étudiant par un médecin généraliste dès la 2ème année sur la base du volontariat.

3.2.3. Le financement dans le canton de Vaud

Les études de médecine sont financées par la Confédération par l'intermédiaire du Département Cantonal de la Formation (l'université).

A Lausanne les praticiens chargés de cours sont rémunérés 120 CHF (74 €) par heure de cours à l'université. Sachant qu'un généraliste perçoit en moyenne 200 CHF (123 €) de l'heure en consultation il existe un manque à gagner de 40 CHF peu incitatif.

3.3. La formation post grade

3.3.1. La réglementation

La nouvelle loi sur les professions médicales stipule que la Confédération devient l'organisme de surveillance principal tout en laissant le contrôle de l'organisation et de l'application des textes à la FMH et sa Commission pour la Formation Post-graduée et Continue. Les titres décernés à l'issue de la formation deviennent de fait des titres fédéraux. Cette loi fait aussi disparaître l'obligation de rédiger une thèse de doctorat.

Les unités de médecine générale des universités peuvent participer à la formation mais n'ont aucune responsabilité directe quant à la délivrance de diplômes ou de titres.

La réforme a permis de redéfinir la formation et de l'harmoniser dans le cadre des accords bilatéraux avec l'UE en instituant le modèle dit de Bologne selon le schéma « Bachelor/ Master / Doctorat ». Le grand nombre de spécialités encore accréditées rend très complexe le système d'équivalence avec les pays européens. Seules 14 spécialités sur les 44 existantes en Suisse bénéficient actuellement d'une équivalence européenne.

3.3.2. La spécialité de médecine générale

L'assistanat débute après l'obtention du diplôme fédéral de médecin en fin de sixième année qui permet d'exercer sous supervision. C'est la période pendant laquelle le choix des postes va conduire à la spécialisation. Les nouveaux assistants ou internes peuvent choisir leur secteur d'activité librement dans la limite des places offertes pour chaque spécialité et en changer à leur gré. Les services effectuent leur recrutement en fonction de la motivation du postulant et de ses références.

La durée minimale de formation est de 5 ans pour la médecine générale.

Les caractéristiques du programme de formation sont les suivantes :

- ✓ Gestion des soins de santé primaire
- ✓ Soins centrés sur la personne
- ✓ Aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- ✓ Approche globale et prévention
- ✓ Orientation communautaire
- ✓ Adoption d'un modèle holistique

La durée de formation de 5 ans minimum se compose de :

- 1 an en médecine interne hospitalière
- 1 an en médecine interne hospitalière ou ambulatoire ou en médecine générale
- 1 an de formation post-graduée ambulatoire
- 2 ans à option en milieu ambulatoire ou hospitalier, dont 6 mois maximum de formation non-clinique ou de recherche

La formation ambulatoire correspond à l'assistanat au cabinet d'un généraliste ou d'un autre spécialiste accrédité. Sont aussi validés les activités en polyclinique de spécialité, services d'urgence, consultations spécialisées et jusqu'à 3 mois de médecine interne hospitalière par année. Le passage dans un cabinet de médecine générale n'a donc rien d'obligatoire dans les textes. Si le candidat au diplôme de spécialiste ne sort pas de l'hôpital durant son apprentissage, il doit alors suivre deux cours de sensibilisation à la médecine générale reconnus par la Société Suisse de Médecine Générale (SSMG).

Sur les 2 ans à option l'assistant doit travailler au moins 12 mois dans une ou plusieurs des spécialités suivantes : chirurgie, gynécologie et obstétrique, chirurgie pédiatrique, pédiatrie, psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, psychiatrie et psychothérapie. Le choix reste assez large et il est de la responsabilité du médecin de choisir la formation la plus adaptée à sa pratique future. Il n'y a pas d'obligation de formation en gynécologie, pédiatrie et traumatologie.

Avant de présenter l'examen de spécialité les candidats doivent justifier de leur présence à un cours de médecine d'urgence validé par la Société Suisse de Médecine Générale. Une formation complémentaire de pratique du laboratoire au cabinet médical est nécessaire afin de pouvoir facturer la réalisation et l'interprétation d'examens au cabinet.

L'examen de spécialité comporte :

- une partie théorique, épreuve écrite d'une durée minimale de 3 heures. Elle est constituée de cas cliniques issus de la pratique avec 1 à 4 questions à réponse brève validées selon la méthode Angoff

- une épreuve pratique, consultation supervisée de 2 heures avec un minimum de 6 patients. Cette partie se déroule dans le cabinet d'un médecin agréé en présence de deux experts. Il s'agit d'une supervision directe par vidéo avec une évaluation selon le protocole Laconto-Peer Review modifié. Il s'agit d'évaluer les capacités relationnelles plus que les connaissances.

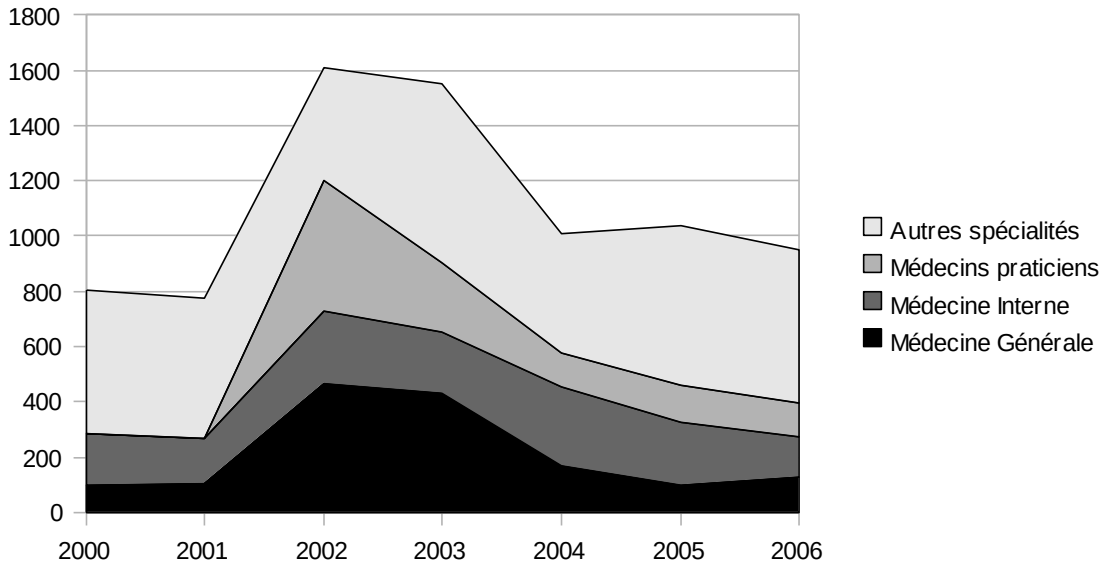
La commission d'examen est nommée par le comité de la SSMG. L'examen écrit peut être passé en français ou en allemand.

L'examen peut être répéter l'année suivante en cas d'échec. Le nombre de tentatives n'est pas limité.

Le coût de l'examen pour le candidat est de 1'350 CHF (980 €). En cas de d'échec il faut s'acquitter de la moitié de cette somme l'année suivante.

Il est possible de posséder plusieurs titres de spécialité à condition de passer les examens qui sanctionnent leur formation, par exemple Médecine Générale et Médecine Tropicale et de Voyages.

Le nombre de titres post-grades a fait un bond en 2002/2003 suite à l'adoption de la Loi sur les Professions Médicales et la requalification des titres de spécialiste FMH en titres fédéraux. Les médecins exerçant en pratique privée ont pu obtenir un titre post-grade fédéral correspondant à leur formation pratique et théorique, et les médecins dits « praticiens » ou sans spécialité ont depuis cette date un titre conforme aux directives européennes de l' »Euro-Doc » avec une formation raccourcie de 3 ans.



Evolution du nombre de titres post-grades en valeurs cumulées. Source FMH.

3.4. L'assistanat au cabinet

La formation ambulatoire en est encore à ses débuts et pose des problèmes d'organisation.

La FMH, par la SSMG, valide la formation des spécialistes de médecine générale mais le stage ambulatoire a été créé et est soutenu par les Instituts de Médecine Générale des Universités. Ces derniers doivent trouver et former les maîtres de stage, et récolter des fonds afin de les rémunérer.

L'autre problème majeur est la rémunération des assistants. Il existe 3 types de financement :

- ✓ le maître de stage rémunère directement l'assistant. Cela implique de la rentabilité de la part de l'assistant
- ✓ par le programme du Collège de Médecine de Premier Recours. 75 % des revenus sont supportés à part égale par la FMH et le maître de stage. Les 25 % restants sont à charge de l'assistant. Il semble évidemment anormal que l'assistant doive renoncer à une part de son salaire dans ce système
- ✓ par un des 14 des programmes cantonaux à l'initiative de la Conférence des Directeurs Cantonaux des Affaires Sanitaires et Sociales. Les cantons paient le salaire à hauteur de 80 à 100 %. La part restante est prise en charge par le maître de stage. Les cantons de Genève et de Saint Gall ont été les premiers à mettre en œuvre ce type de programme il y a bientôt 15 ans.

Les cabinets qui accueillent des assistants doivent répondre à des critères définis dans le programme de formation de la FMH.

La durée de la formation est habituellement de 1 an à mi-temps ou de 6 mois à plein temps dans deux cabinets distincts.

3.5. Les formations complémentaires et approfondies

Les obligations pour un futur généraliste sont la formation à la pratique du laboratoire au cabinet et la participation à un cours de médecine d'urgence validé par la Société Suisse de Médecine d'Urgence. D'autres compétences peuvent néanmoins être acquises durant l'assistanat dans le domaine des médecines complémentaires. On trouve en annexe du programme de formation à la Médecine Générale de la FMH celui de la formation approfondie en gériatrie.

Les médecins titulaires d'une Attestation de Formation Complémentaire en acupuncture, homéopathie, thérapie neurale et médecine anthroposophique ne peuvent pas facturer leurs prestations à charge de l'assurance de base. Ces diplômes sont délivrés par les sociétés de tutelle vues précédemment.

4. Les perspectives

4.1. Une démographie inquiétante

4.1.1. Le gel des cabinets, l'exemple vaudois

Outre l'impact psychologique évident sur les jeunes générations, une étude réalisée par l'Association des Médecins Omnipraticiens Vaudois a démontré en 2004 [37] que les chiffres et les méthodes utilisées pour limiter les nouvelles installations pouvaient être erronés dans le canton de Vaud.

Le canton avait recoupé le fichier des autorisations de pratique avec celui des codes créanciers de Santésuisse. Les calculs aboutissaient à une densité médecins généralistes de 0,91 pour mille habitants.

L'AMOV a fait parvenir 902 questionnaires aux médecins généralistes et internistes recensés, suivis de deux rappels et d'une relance téléphonique.

Le taux de réponse était de 98,6 % soient 889 médecins. 136 ne pratiquaient plus dans le canton pour cause de retraite, de déménagement, de changement d'activité ou de décès. Les médecins retraités pouvant conserver leur droit de pratique et leur code créancier pour soigner leur entourage bien qu'ils n'aient plus de cabinet. Ils peuvent donc apparaître comme étant actifs dans les statistiques officielles.

L'analyse du groupe de 753 médecins restants a porté sur :

- la répartition par sexe
- le temps de travail effectif sur la base d'un équivalent plein-temps EPT

- la répartition géographique par district

Elle a permis de démontrer que les généralistes étaient les plus représentés dans les districts ruraux et que les internistes se concentraient dans les centres urbains. Les internistes consacraient en moyenne 40 % de leur activité à la médecine de premier recours. La majorité des femmes exerçaient à temps partiel, seules 31 % travaillaient à plein temps.

La densité de généralistes retombait alors à 0,59 pour mille habitants selon cette étude. En équivalent plein-temps, elle était de 0,52 EPT généraliste pour mille et 0,23 interniste pour mille soit 0,75 pour mille en médecine de premier recours, sans la pédiatrie.

Bien que l'impact de la clause du besoin soit mal évalué cette étude montre que son caractère coercitif, basé sur l'idée d'un effectif pléthorique, était probablement disproportionné en ce qui concerne la médecine de premier recours. Le fait de ne pas prendre en considération le temps de travail réel et la dispersion géographique ainsi que l'utilisation de données brutes non recoupées a biaisé considérablement les critères d'application de la mesure.

4.1.2. La médecine de premier recours en Suisse Romande

En constatant le nombre toujours plus faible de cabinets de médecine générale repris ces dernières années et la volonté politique de réduire les effectifs sous prétexte d'une pléthore de praticiens, le Dr Monnier, médecin généraliste du canton du Valais, a étudié la population des médecins de premier recours de Suisse romande afin d'analyser sa structure et son mode d'exercice [35].

Ce travail s'est construit sur une fiche questionnaire adressée à un échantillon de 30 % des 1 810 médecins de premier recours de Suisse romande : généralistes, internistes généraux et pédiatres sans sous spécialité.

Le taux de réponse était de 57,4 %. L'échantillon était représentatif quant à la répartition par spécialité et la répartition géographique ; les femmes étaient légèrement sous représentées.

Les données démographiques donnaient une densité de 1,25/1000 habitants en ville, où se trouvent plus facilement les spécialistes, et 0,67/1000 en campagne.

L'auteur sollicitait l'avis des médecins sur la densité en leur demandant si pour eux il y avait pléthore ou pénurie de praticiens. Les résultats étaient sans équivoque pour les agglomérations de plus de 10 000 habitants où les médecins installés se disaient en situation de pléthore. Ils étaient beaucoup plus nuancés en zones rurales ou semi-rurales.

Les médecins étaient beaucoup plus catégoriques quant à l'avenir puisque 92,8 % d'entre eux envisageaient une évolution vers la pénurie.

Afin d'appuyer la démonstration, en considérant que le volume de travail reste identique et que l'âge moyen de la retraite est de 65 ans, l'analyse met en évidence un déficit de jeunes médecins contrastant avec la génération ayant entre 50 et 58 ans et correspondant aux installations en nombre de 1983 à 1988.

4.1.3. Le projet DémoMéd de l'Observatoire suisse de la santé Obsan

4.1.3.1. L'étude « Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse » [22]

Ce projet a pour but l'étude prospective de la démographie médicale et paramédicale, et doit permettre d'aider les cantons à définir leurs besoins tant au niveau de l'offre que de la répartition géographique. Les premiers travaux sont regroupés dans l'étude « Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse » publiée en 2007.

L'analyse géographique est basée sur la notion de « région de mobilité spatiale » définie par l'Office Fédéral de la Statistique à partir du recensement de 2000 et se présentant ainsi :

- ✓ Régions urbaines : centres avec hôpital universitaire, métropoles et agglomérations tertiaires
- ✓ Régions périphériques : industrielles, touristiques et rurales

Le nombre de praticiens est calculé à partir des données de Santésuisse :

- Le registre des codes créanciers (équivalent du code CPS français) : recense les prestations à charge de l'assurance obligatoire par spécialité et par cabinet pour l'année 2004
- Le pool de données Santésuisse : utilisé pour compter le nombre de prestations facturées à l'assurance obligatoire pour chaque praticien en se basant sur les

factures adressées aux assureurs en 2004. Il ne recense pas les actes effectués dans le cadre de l'Assurance Accident ni ceux effectués en dessous de la franchise et dont les patients n'ont pas adressé la facture à leur assureur

Le groupe d'étude a ensuite définit le taux d'activité de chaque praticien sur la base d'une activité plein temps APT. L'activité de 100 % est définie comme le percentile 75 de la distribution de l'activité annuelle des praticiens d'une spécialité. Elle reflète l'activité facturée mais pas le temps de travail en heures.

Les indicateurs utilisés sont :

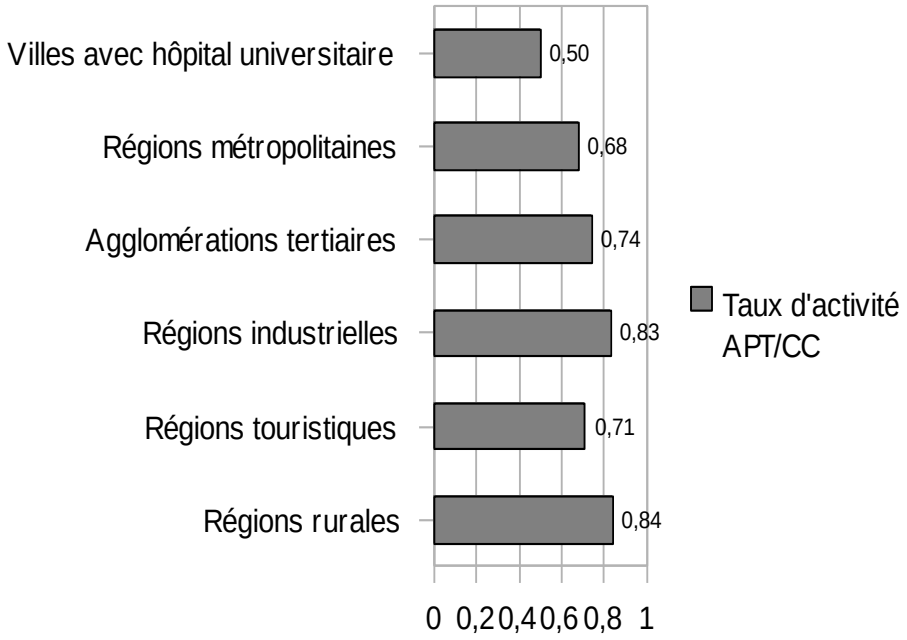
- la densité médicale : nombre de codes créanciers/10 000 habitants
- la densité de l'offre : nombre d'APT/10 000 habitants
- le taux d'activité : nombre d'APT/nombre de codes créanciers
- les indicateurs démographiques basés sur l'âge et le sexe des médecins à partir des données de la FMH

La médecine de base, définie dans l'étude par la somme des médecins généralistes, des internistes sans sous-spécialité et des médecins praticiens, regroupait 6'962 praticiens (nombre de codes créanciers) en 2004 soit une densité médicale de 9,4 / 10 000 habitants.

Le nombre d'APT était de 4'664 soit une densité de l'offre de 6,3 APT / 10 000 habitants. Les auteurs notent qu'elle varie peu selon « les régions de mobilité spatiale », de 5,9 pour les centres universitaires à 6,4 pour les régions rurales, mais que l'offre est fournie par un nombre moindre de médecins dans les régions périphériques. Les médecins de base des régions rurales ont ainsi effectué 1'700 consultations de plus que ceux des régions avec centres universitaires

pour l'année 2004. Le spectre d'activité était aussi plus étendu en zone rurale du fait de la plus faible densité d'autres spécialistes comme les pédiatres et les gynécologues.

Le taux d'activité, soit le nombre d'APT/nombre de codes créanciers, augmente comme on s'éloigne des centres urbains.



Taux d'activité en médecine de base en 2004 par régions MS. Source OBSAN.2007.

Un taux d'activité faible peut signifier que le travail à temps partiel est plus répandu et/ou que les consultations sont plus longues donc moins nombreuses.

Les auteurs relèvent une baisse globale de l'activité concernant tous les types de région et une augmentation de la densité médicale de 11 %, plus marquée dans les régions urbaines, entre 1998 et 2004.

Ces données ont été traitées dans une analyse statistique bi- et multi-variée utilisant des variables démographiques et géographiques concernant les médecins et la population qu'ils étaient amenés à prendre en charge. Elle cherchait à vérifier deux hypothèses expliquant la diminution de l'activité médicale : l'influence de la féminisation et celle du vieillissement des professionnels de santé.

Sur la première hypothèse, l'augmentation du rapport femmes/hommes est corrélée à une diminution de l'activité de manière significative. Cela se confirme dans les régions urbaines où l'activité est plus faible et où les femmes sont plus nombreuses à exercer.

La deuxième hypothèse n'a pas été validée, aucun facteur de corrélation n'est apparu entre l'âge des médecins et la baisse d'activité.

Se distinguent clairement deux types de médecine de base :

- une médecine urbaine plus féminisée avec une activité plus faible et moins diversifiée
- une médecine rurale moins féminisée ayant un panel d'activités plus large. Elle se caractérise par une faible adaptabilité à la demande de soins puisque les médecins concernés ont déjà les taux d'activité les plus élevés.

Bien que l'étude ne donne pas de seuil « limite », au-delà duquel une région peut être considérée comme déficitaire, elle pointe des zones à risque, où les médecins auront du mal à faire face à une augmentation de la demande, et les facteurs qui auront une influence majeure

sur l'évolution de la médecine générale. En se basant sur le chiffre raisonnable de 1 APT/1000 habitants on constate que 38 des 106 régions de mobilité spatiale n'atteignent pas cette valeur et cela même en incluant les pédiatres et les gynécologues.

Le problème de la substitution est évoqué dans la discussion.

La substitution inter-spécialité, essentiellement en ville, où les autres spécialistes vont prodiguer des soins de base, par exemple les internistes avec sous-spécialité consacrant une partie de leur temps à la médecine de premier recours.

Puis la substitution interrégionale, les patients se tournant vers une région où l'offre en médecine de base est plus importante. Il est probable que ces deux facteurs aient peu d'impact sur l'activité en soins de base, encore moins dans les régions périphériques.

4.1.3.2. Les biais de l'étude de l'OBSAN

Bien qu'ayant le mérite d'approcher de manière plus logique le problème démographique des biais importants peuvent être relevés concernant les données utilisées.

Les auteurs ont inclus tous les codes créanciers dès la limite d'un acte facturé dans l'année 2004, hors, comme l'AMOV l'a démontré dans le canton de Vaud [37], le risque de compter des médecins inactifs n'est pas négligeable.

L'activité est calculée à partir des prestations facturées à charge de l'AOS, c'est à dire celles dont les patients ont transmis la facture à leur assureur. Mais de nombreuses personnes ne transmettent pas leurs factures puisqu'elles n'atteignent pas le seuil de leur franchise et ne peuvent espérer de remboursement par leur assureur.

Les auteurs n'ont pas pris en compte les prestations facturées à charge d'autres régimes comme l'Assurance Accident hors cette dernière peut représenter une part importante des prestations dans les régions touristiques.

L'activité est calculée sur la base du nombre de prestations facturées et ne prend pas en compte le temps de travail. Les consultations peuvent être moins nombreuses mais voir leur durée augmenter, surtout depuis l'introduction du TARMED.

4.2. Les défis de la formation

4.2.1. L'attractivité de la médecine générale chez les étudiants

La facilité relative avec laquelle les étudiants peuvent changer de spécialité en Suisse, contrairement aux systèmes centralisés et rigides de la plupart des pays européens, suffit à justifier la recherche de facteurs prédictifs de leurs orientations. Ceci est d'autant plus vrai pour la médecine générale, spécialité pour laquelle la désaffection est la plus marquée.

Les facteurs habituellement évoqués quant à ce manque d'intérêt sont la différence de revenus avec les autres spécialités, le manque de reconnaissance professionnelle et une activité peu compatible avec le mode de vie des nouvelles générations. Au vu des éléments développés précédemment les deux premiers facteurs ne semblent pas fondés en Suisse, la différence de revenus étant faible et le statut de spécialiste étant acquis de longue date.

Le Département de Médecine Psychosociale de l'Hôpital Universitaire de Zurich mène une étude prospective sur les intérêts et les critères de choix des étudiants depuis 2001 [42] [43] [44].

515 étudiants issus des universités germanophones (Bâle, Berne et Zürich) ont été sondés à trois reprises, en 2001, 2003 et 2005. Ces étudiants avaient obtenu leur diplôme fédéral de médecin en 2001.

L'équipe du Dr Buddeberg-Fischer s'est intéressée aux étudiants ayant choisi d'exercer la médecine de soins primaires parmi les 515 nouveaux assistants, en excluant de cette catégorie la médecine interne et la pédiatrie. Ils ont observé ceux qui se destinaient le plus vraisemblablement à un exercice ambulatoire de la médecine générale.

Outre un questionnaire concernant les éléments sociodémographiques et les choix de spécialité, les outils utilisés sont des échelles et des grilles d'auto-évaluation relevant les traits de personnalité (*personality factors*), les aspirations futures (*life goals*) et les éléments liés à la carrière professionnelle (*career-related factors*).

Parmi les 515 assistants, 434 avaient choisi une orientation professionnelle lors de la 3ème évaluation et seuls 42 (9,7 %) se destinaient à la médecine générale.

12 étudiants ont émis le souhait à chaque évaluation de se former à cette spécialité, 30 se sont décidés entre la 1ère et la dernière évaluation. 8 parmi ces 30 sont passés d'une autre spécialité à la médecine générale alors que 19 ont fait le chemin inverse.

Les éléments sociodémographiques distinguant les futurs généralistes des autres spécialistes et relevés par une analyse multi variable des grilles d'auto-évaluation étaient les suivants :

- sur le plan de la personnalité, ces étudiants se sentaient moins sûrs d'eux, moins indépendants et moins compétitifs

- ils avaient une faible motivation de carrière quant aux revenus et au prestige que pourrait leur apporter leur future profession et des préoccupations plus importantes concernant leur vie de famille et leur temps libre. Ils étaient d'ailleurs plus souvent mariés, avaient plus souvent des enfants et leur conjoint(e) était moins souvent médecin et/ou en formation universitaire
- enfin, ils montraient moins d'intérêt pour le pouvoir, la réussite et les relations sociales

Les facteurs prédictifs de choix de la médecine générale retenus après analyse des questionnaires demandant aux étudiants les raisons pour lesquelles ils choisiraient cette spécialité plutôt qu'une autre sont au nombre de deux :

- un temps de formation plus court
- un investissement financier moindre lors de l'installation

4.2.2. La formation post graduée et le diplôme unique de Médecine Interne Générale

Les accords bilatéraux avec l'Union Européenne concernant les professions médicales sont entrés en vigueur en 2005.

Ces accords entérinent la reconnaissance réciproque des formations médicales dispensées dans chaque pays signataire sur la base de documents réglementaires.

Cette reconnaissance pose deux problèmes majeurs à la Suisse :

- ✓ Le grand nombre de spécialités existantes (44) ne correspond pas aux catalogues de la plupart des pays signataires ; il existe donc des diplômes suisses sans équivalence sur le plan européen
- ✓ La formation en médecine générale dure cinq ans contre un standard européen de trois ans dit « Eurodoc »

Sur ce dernier point la Suisse ne souhaite faire aucune concession et ne reconnaît pas comme spécialiste en médecine générale un médecin ayant une formation post grade inférieure à cinq ans.

Cette attitude étant contraire aux engagements pris lors de la signature des accords bilatéraux, les sociétés suisses de médecine générale et de médecine interne ont décidé de faire fusionner leurs titres afin de créer un diplôme unique de Médecine Interne Générale.

Ce diplôme permettrait ainsi de se protéger contre l'obligation de valider les formations de trois ans « Eurodoc » comme spécialité en médecine générale.

Si ce nouveau titre voit le jour, les spécialités respectives de médecine générale et de médecine interne resteront encore accessibles pour les personnes ayant débuté leur formation avant son apparition pendant quelques années.

Un nouveau programme de formation post graduée doit être rédigé et les modalités du nouvel examen devront tenir compte de la spécificité de la médecine ambulatoire.

Actuellement la formation post grade de spécialiste en Médecine Interne est sanctionnée par un examen écrit constitué d'un QCM rédigé en anglais. Cette épreuve se base sur les fiches du *Medical Knowledge Self-Assessment Program,* programme d'étude autodidactique de l'American College of Physicians. Elle se déroule sous la tutelle de la Société Suisse de Médecine Interne.

Une disparition de l'examen oral de médecine générale est envisagée par la SSMG et la SSMI avec ce nouveau diplôme.

Si l'on déplore la disparition de la médecine générale en tant que spécialité, on peut se réjouir de la création d'une filière dédiée à la pratique ambulatoire. Il est cohérent de regrouper les assistants se destinant à faire le même métier sous un même diplôme.

Des divergences apparaitront probablement sur les objectifs de formation et les exigences de formation clinique. Le poids institutionnel de la médecine interne pourrait peser lourd au moment de faire ces choix.

4.3. La politique de santé et les recommandations

4.3.1. Les relations européennes et les médecins étrangers

Le système de santé suisse est actuellement dépendant de professionnels de santé étrangers. Leur proportion reste stable mais certaines spécialités comme la psychiatrie et la médecine de premier recours sont particulièrement concernées.

Le multiculturalisme et le plurilinguisme sont certes une des richesses du système de santé suisse mais le besoin de main d'œuvre pourrait avoir un impact négatif sur plusieurs pays frontaliers. L'Allemagne, la France et l'Italie qui sont les principaux pays concernés devant les pays d'Europe de l'Est devront à leur tour combler le vide laissé par les médecins qu'ils auront formés. Par effet de vases communicants des pays beaucoup plus fragiles sur le plan des infrastructures de santé pourraient en pâtir tant en Europe de l'Est qu'en Afrique.

Bien que les craintes des pays vulnérables soient reconnues, les cantons n'ont pas d'autres choix actuellement si ils veulent faire fonctionner leurs hôpitaux.

Depuis le 1er janvier 2005 le temps de travail hebdomadaire maximal pour un assistant est limité à 50 heures. La mise en application de cette mesure a contribué à la pénurie de médecins en formation post grade en augmentant le nombre de postes à pourvoir dans les structures de formation.

4.3.2. La pression des assureurs

4.3.2.1. Le Tarmed : un simple outil de contrôle ?

Ces dernières années les assureurs ont redéfini le mode de facturation des médecins par le Tarmed. Ils persistent à maintenir un système concurrentiel très difficile à contrôler par les instances fédérales et à comprendre pour les patients.

L'utilisation d'un catalogue d'actes techniques semble peu adapté à la pratique quotidienne d'un médecin de premier recours. La possibilité de facturer le temps passé avec chaque patient peut sembler être un avantage mais la difficulté réside dans le fait de devoir justifier ce temps ainsi que sa variabilité d'un patient à l'autre.

La pratique d'un médecin généraliste est par définition difficile à quantifier puisque basée sur la parole et la clinique. Elle est la parfaite opposée d'un examen spécialisé calibré et reproductible pour lequel le système de facturation a été développé.

La méfiance réciproque entre médecins et assureurs ne laissent pas présager de nouvelles négociations autour de la rémunération des généralistes mais certaines voix se font entendre pour développer un nouveau système de facturation spécifique à la médecine de premier recours.

4.3.2.2. Une caisse d'assurance unique ?

Devant l'augmentation rapide des primes d'assurance maladie et les frais engendrés chaque année par les changements de caisse, la création d'une caisse unique cantonale serait une option raisonnable.

On peut s'interroger sur la pertinence de laisser des entreprises privées fournir des prestations d'assurance de base obligatoire tout en conservant leur activité d'assurance complémentaire.

La fourchette de franchises de 300 à 2'500 CHF mériterait d'être réduite avec un alignement des primes mensuelles. La possibilité de réduire le coût mensuel de son assurance en montant sa franchise peut être vue comme une mesure visant à limiter la consommation de soins. En effet, les patients ayant des franchises élevées ont tendance à consulter tardivement puisque les frais leur sont imputables jusqu'au dépassement de cette franchise.

4.3.2.3. Le laboratoire et la radiologie

Le niveau de remboursement de ces examens a baissé ces dernières années diminuant fortement leur rentabilité. Les médecins installés en zone urbaine sont de plus en plus nombreux à abandonner ces prestations et à se séparer de leur matériel.

Des laboratoires privés s'implantent ou s'agrandissent dans la plupart des agglomérations, offrant leurs services aux cabinets que ce soit pour le prélèvement, le transport ou l'analyse des échantillons. Les médecins travaillaient déjà avec ces structures pour les examens peu fréquents ou onéreux et transfèrent désormais le reste de leur activité.

De nombreux cabinets possèdent encore une radiologie déjà amortie financièrement. La question se pose pour une nouvelle installation ou un renouvellement. Dans ce cas l'investissement peut s'avérer hasardeux. La radiologie reste rentable dans les zones touristiques de montagnes et les vallées isolées mais la disponibilité de cabinets de radiologie privés dans les villes encouragent, là encore, les praticiens à stoppé cette activité.

La modification des habitudes de prescription des examens complémentaires risque d'avoir des conséquences très lourdes sur la profession d'assistante médicale. Pourquoi engager une personne qualifiée en biologie médicale et en radioprotection si ces examens ne sont plus rentables ? Certains préfèreront engager une secrétaire médicale qui gèrera les tâches administratives et représentera une charge salariale bien inférieure.

En supprimant le laboratoire et la radiologie on supprime les revenus permettant d'avoir du personnel qualifié.

L'obligation de valider la formation de pratique du laboratoire au cabinet pour obtenir le titre de spécialiste en médecine générale semble obsolète. Est-il raisonnable de faire payer 1'300 CHF deux jours de formation pour obtenir le droit de facturer l'interprétation des examens faits à l'extérieur du cabinet ou de bandelettes urinaires ?

4.3.3. La fin de l'obligation de contracter et les réseaux de soins intégrés

L'obligation de contracter est l'obligation faite à toute caisse fournissant l'assurance de base de rembourser les consultations de tout médecin ayant un droit de pratique.

Le groupement des assureurs Santésuisse tente de mettre fin à cette règle ou de la contourner en investissant dans les réseaux HMO de soins intégrés. Les patients sont déjà encouragés à souscrire des contrats les liant à un médecin de famille voire à un réseau de soins afin de faire de substantielles économies sur leurs primes.

Le souhait des assureurs serait de développer ces réseaux en ne travaillant qu'avec des médecins préalablement sélectionnés et qui ne pourraient facturer qu'à une seule caisse d'assurance.

Dans cette configuration les patients et les médecins seraient captifs d'une assurance et le principe du libre choix, souvent défendu comme la pierre angulaire de l'exercice libéral, serait anéanti.

La disparition de cette obligation doit être soumise au peuple par votation.

4.3.4. Vers une nouvelle pratique

Peu de jeunes médecins semblent se tourner vers une installation solitaire. Le cabinet de groupe multidisciplinaire est le nouvel idéal. Mutualisation des moyens, permanence des soins et échanges soutenus entre collaborateurs sont les objectifs de ce type de regroupement.

S'y associe la demande croissante de temps partiel lié à la féminisation voire un phénomène générationnel. De nouvelles priorités concernant la qualité de vie, la famille et le besoin de cloisonnement entre vies privée et professionnelle sont des souhaits souvent exprimés par les futurs installés.

4.3.5. Les enjeux de la formation continue

La question de l'évaluation des pratiques reste pendante. Les règles de formation actuelles se contentent d'imposer au médecin la participation à des séances validées par la SSMG. Un nombre de crédits cumulés sur 3 ans suffit à obtenir un diplôme de formation continue sans que soit jamais réalisé un contrôle des compétences.

Les rares médecins qui souhaitent se soumettre à une évaluation dans leur cabinet doivent le payer de leur poche, prendre sur leur temps de travail et s'organiser avec des groupes de pairs.

Ce type d'évaluation devrait être institutionnalisé avec différents outils comme la supervision vidéo ou des mises en situation, et être reconnu par les sociétés de tutelle.

Il s'agit d'une démarche visant à l'amélioration des compétences et des connaissances, et non pas d'une inspection menant à la sanction comme beaucoup de praticiens le craignent.

Cette formation doit être financée par ceux qui en profitent afin de la faire en toute indépendance de l'industrie pharmaceutique. On pourrait aussi imaginer une part de fonds publics, les médecins de premier recours étant les principaux relayeurs des politiques de santé publique sur la prévention, la vaccination et le dépistage.

4.3.6. Les recommandations du Conseil Suisse de la Science et de la Technologie

Dans son rapport de septembre 2007[23], le conseil indique qu'il faut former plus de médecins et repenser fondamentalement leur formation professionnelle pour pouvoir continuer à offrir à la population une médecine de premier recours de qualité.

Le Conseil préconise :

- ✓ D'accroître de 20 % la capacité d'accueil des facultés s de médecine
- ✓ De repenser la formation post grade en passant à 15 titres de spécialistes et non 44

CONCLUSION

En investissant dans la formation et les Instituts de Médecine Générale la Suisse parviendra probablement à surmonter la crise démographique à venir. Le degré d'investissement est malheureusement variable d'une université à l'autre du fait de l'absence de volonté claire au plan national. Les conséquences liées au retard dans le développement de la formation à la médecine ambulatoire peuvent être comblés avec le soutien des représentants politiques. Le manque de lieux de formation adéquats et d'enseignants spécialisés reste le problème principal.

Les programmes d'études démographiques et les recommandations des sociétés savantes vont dans ce sens et permettent de mieux appréhender le futur de la médecine de premier recours. Les recherches doivent être poursuivies afin de confronter le mode d'exercice actuel aux aspirations des jeunes médecins en voie d'installation.

La sensibilisation à la pratique de la médecine générale dès le début des études avec des stages et un enseignement adapté, sur un mode transversal, doit être une des priorités afin d'encourager les vocations et d'améliorer l'image de la profession.

En conservant une vision élitiste avec le nouveau diplôme de médecine interne générale et une formation minimale de 5 ans la Suisse espère être un exemple à suivre.

Une interrogation majeure est la place de la médecine générale dans le système de soins alors que les bénéfices en termes d'économie et de morbi-mortalité ne sont plus à démontrer. Il serait désastreux que les difficultés rencontrées avec les assureurs et le fonctionnement du système de santé anéantissent le travail fait sur la formation et pour l'épanouissement des futurs généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation de Coopération et de Développement Economique ; Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse. OCDE - OMS ; 2006
2. World family doctors Caring for people WONCA. Définition européenne de la médecine générale / médecine de famille 2002.
3. Couchepin P. Clause du besoin: quels effets – quelle suite ? Forum Med Suisse 2007;7:1026–1027
4. Ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire ; disponible sur: http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_103/index.html
5. De Haller J. Médecine générale, libre choix, libre pratique et formation. Assemblée annuelle 2002 de la Société Suisse de Médecine Générale. Bull Med Suisses 2002;83: 38 :1969-1970
6. Trutmann M. L'avenir de la formation pré- et postgraduée des médecins. Compte-rendu de la journée de réflexion FMH sur la formation prégraduée et postgraduée du 18 juin 2003 à Berne. Bull Med Suisses 2003;84: 44 :2293-2296
7. VEDAG Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften. La politique de la santé selon les médecins suisses. Principes directeurs et motifs. Bull Med Suisses 2004;85: 31 :1602-1605
8. Müller M. et al. Inquiétude concernant la qualité de la formation prégraduée et postgraduée. Bull Med Suisses 2004;85: 34 : 1730-1731
9. Bader C. Inquiétude concernant la qualité de la formation prégraduée et postgraduée. Réponse du président de la Commission interfacultés médicale suisse à la lettre parue dans le BMS no 34/2004 du 18 août 2004. Bull Med Suisses 2004;85: 39:2067-2068

10. Siegrist M. et al. Effets de la loi sur le travail sur la formation postgraduée des médecins et temps consacré à cette dernière: enquête auprès des responsables d'établissements de formation ; Bull Med Suisses 2006;87: 26 : 1204-1207
11. Siegrist M. et al. Principaux résultats de l'enquête effectuée en 2006 auprès des médecins-assistants ; Bull Med Suisses 2007; 88: 14/15: 633-642
12. Hasler N. Revenus des médecins indépendants de Suisse en 2003 (réévaluation) et 2004. Bull Med Suisses 2008;89: 6 : 208-219
13. Appel de la Société suisse de médecine générale (SSMG) ; Manifestation nationale des médecins de premier recours le 1er avril 2006: nous comptons sur la solidarité de l'ensemble du corps médical ! Bull Med Suisses 2006;87: 11 : 440
14. Initiative populaire "Oui à la médecine de famille" ; Médecins de famille Suisse ; http://www.oamf.ch/fr/initiative/
15. Office fédéral de la statistique ; Département fédéral de l'intérieur ; Statistique de la santé 2007 ; disponible sur : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14.html
16. Office fédéral de la statistique ; Département fédéral de l'intérieur. Situation financière des ménages ; Composition et distribution des revenus ; disponible sur : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/20.html
17. Observatoire suisse de la santé Obsan ; Aspects économiques et qualitatifs des cabinets médicaux ; Systèmes, modèles et méthodes d'analyse; 2004

18. Observatoire suisse de la santé Obsan ; La santé en Suisse romande et au Tessin en 2002 ; Une analyse intercantonale des données de l'Enquête suisse sur la santé. Mandat de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS) ; 2006 ; accessible sur : http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/06.html?publicationID=2232
19. Observatoire suisse de la santé Obsan ; Panorama de la santé ; la Suisse en comparaison européenne ; OMS Europe 2003 ; accessible sur : http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=3125
20. Observatoire suisse de la santé Obsan ; Evolution des dépenses de santé de l'assurance de base entre 1999 et 2003 ; 2004
21. Observatoire suisse de la santé Obsan ; Comparaison 1999–2003 des coûts de la prise en charge en milieu hospitalier et ambulatoire en Suisse ; 2004 ; disponible sur : http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=2738
22. Observatoire suisse de la santé Obsan ; Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse ; 2007 ; disponible sur : http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/02.html?publicationID=2605
23. Conseil Suisse de la Science et de la Technologie CSST ; Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins ; 2007 ; disponible sur : http://www.swtr.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=83%3Apublikationen&catid=38%3Adokumentationsstellen&Itemid=109&lang=fr

24. Conseil Suisse de la Science et de la Technologie CSST ; Quel avenir pour la médecine universitaire ? 2006 ; disponible sur : http://www.swtr.ch/fr/dokumentation/publikationen/swtr_schrift12006F.pdf
25. Observatoire suisse de la santé Obsan ; 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 ; disponible sur : http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/03.html?publicationID=2963
26. Office fédéral de la statistique ; Département fédéral de l'intérieur ; Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse ; Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030 ; 2007 ; disponible sur : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=2930
27. European Observatory on Health Care Systems ; Health Care Systems in Transition : Switzerland 2000 ; OMS Europe 2000
28. European Observatory on Health Care Systems ; Health Care Systems in Transition : France 2004 ; OMS Europe 2004
29. Conseil national Session d'été 2003 ; Question ordinaire Leutenegger Oberholzer 03.1032 ; Comparaison par distributeur du prix des médicaments ; disponible sur : http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20031032
30. Santésuisse ; Propharmacie (remise de médicaments par le médecin traitant) ; Papier de positionnement ; Version du 26.5.2004 ; disponible sur : www.santesuisse.ch/datasheets/files/200406151440460.pdf
31. Schwartz M. D. et al. Rekindling Student Interest in Generalist Careers. Ann Intern Med 2005;142:715-724

32. Brinkley B. La formation des médecins concerne-t-elle les médecins? PrimaryCare 2004;4: Nr. 33-34 ; 625
33. Monnier M. Médecine de premier recours : quel intérêt pour les étudiants en médecine? PrimaryCare 2005;5: Nr. 4 ; 76-77
34. Widmer D. Le devenir de la médecine de premier recours. PrimaryCare 2004;4: Nr. 33-34 ; 646-647
35. Monnier M. Médecins de premier recours : pénurie ou pléthore? PrimaryCare 2004;4: Nr. 40 ; 755-759
36. Monnier M. Médecins de premier recours en Suisse romande : Qui sont-ils? Que font-ils? PrimaryCare 2004;4: Nr. 41 ; 782-784
37. Horn T. et al. Application de la clause du besoin dans le canton de Vaud. PrimaryCare 2005;5: Nr. 18 ; 414-418
38. Jaccard Ruedin H. et al. Evolution du taux d'activité des médecins «généralistes» Obsan. PrimaryCare 2007;7: Nr. 48 ; 720-724
39. Kissling B. Commentaire sur l'analyse de l'OBSAN : Evolution du taux d'activité des médecins «généralistes». PrimaryCare 2007;7: Nr. 48 ; 712-713
40. Pécoud A. De la pléthore à la pénurie de médecins : tentative de comprendre… Rev Med Suisse 2006; 2:2720-2722
41. De Torrenté de la Jara G. et al. Y a-t-il un avenir pour les femmes et le temps partiel en médecine de premier recours ? Rev Med Suisse 2005; 1:2457-62
42. Buddeberg Fischer B. et al. The influence of gender and personality traits on the career planning of Swiss medical students. Swiss Med Wkly 2003;133:535–540

43. Buddeberg Fischer B. et al. Institutional conditions and individual experiences in the career-entry period of Swiss medical residents – a qualitative study. Swiss Med Wkly 2006;136:26–32

44. Buddeberg Fischer B. et al. Primary care in Switzerland – no longer attractive for young physicians? Swiss Med Wkly 2006;136:416–424

45. Buddeberg Fischer B. et al. Swiss residents' arguments for and against a career in medicine. BMC Health Services Research 2006, 6:98 ; disponible sur : http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/98

46. Buddeberg Fischer B. et al. Swiss residents' specialty choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. BMC Health Services Research 2006, 6:137 ; disponible sur : http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/137

47. Bischoff T. et al. L'enseignement prégradué de la médecine générale à Lausanne : bilan, projets et réflexions. Med Hyg 2004 ; 62 : S21-S26

48. Hänggeli C. Titres de spécialiste pour tous? Octroi de titres postgrades fédéraux à des médecins sans titre en vertu des dispositions transitoires. Bull Med Suisses ; 2002;83: Nr 25 ; 1284-1288

49. Rindlisbacher B. et al. Examen de spécialiste FMH en médecine générale – trop difficile? PrimaryCare 2008;8: 15 ; 295-296

50. Comité de la MWS Medical Women Switzerland. Prise de position et recommandation de la MWS femmes médecins suisse sur l'organisation du service de garde dans les régions. Bull Med Suisses ; 2006;87: 35 ; 1492-1493

51. Office fédéral de la Santé Publique. Département fédéral de l'intérieur. Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 ; Partie liberté de contracter ; Rapport explicatif ; 2006
52. Brettenthaler R. Final report on the evaluation concerning the general practitioners and specialists in general medical practice/family medicine in Europe. Comité Permanent des Médecins Européens CPME ; 2002
53. Académie Suisse des Sciences Médicales. Collaboration corps médical – industrie. Directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales. Disponible sur : http://www.samw.ch/fr/Ethique/Corps-medical-Industrie.html
54. Commission of Swiss Medical schools SMIFK. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Disponible sur : http://sclo.smifk.ch/
55. Naffey G. Histoire suisse ; Le Mont-sur-Lausanne ; LEP Editions Loisirs et pédagogie SA ; 2007 : 20-62

ANNEXES

- Statistique FMH 2006
- Cursus romand de médecine générale
- Présentation de l'examen de spécialiste en médecine générale
- Protocole Laconto Peer Review modifié

Statistique médicale FMH 2006

1. Allgemeine Übersicht 2006 / Aperçu général 2006

Ärzte in der Schweiz / Médecins en Suisse	Frauen / Femmes			Männer / Hommes			Total / Total		
	2006	2005	Veränd./ Variation	**2006**	2005	Veränd./ Variation	**2006**	2005	Veränd./ Variation
Mit Praxistätigkeit / En pratique privée	**3'926**	3'776	+4.0%	**11'606**	11'537	+0.6%	**15'532**	15'313	+1.4%
in % / en %	**25.3%**	24.7%		**74.7%**	75.3%				
in % aller berufstätigen Ärzte / en % de tous les médecins en exercice	**13.6%**	13.4%		**40.3%**	40.8%		**53.9%**	54.2%	
Ohne Praxistätigkeit / Sans pratique privée	**5'756**	5'515	+4.4%	**7'524**	7'423	+1.4%	**13'280**	12'938	+2.6%
in % / en %	**43.3%**	42.6%		**56.7%**	57.4%				
in % aller berufstätigen Ärzte / en % de tous les médecins en exercice	**20.0%**	19.5%		**26.1%**	26.3%		**46.1%**	45.8%	
Total Berufstätige / en exercice	**9'682**	9'291	+4.2%	**19'130**	18'960	+0.9%	**28'812**	28'251	+2.0%
in % / en %	**33.6%**	32.9%		**66.4%**	67.1%				

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

2. Ärzte mit Praxistätigkeit nach Kanton 2006 / Médecins en pratique privée par canton en 2006

Kanton / Canton	Frauen / Femmes			Männer / Hommes			Total			Anzahl Einwohner / Nombre d'habitants			Anzahl Einwohner pro Arzt / Nombre d'habitants par médecin		
	2006	2005	Veränd. / Variation	**2006**	2005	Veränd. / Variation	**2006**	2005	Veränd. / Variation	**2006**	2005	Veränd. / Variation	**2006**	2005	Veränd. / Variation
Zürich	**901**	867	+3.9%	**2'120**	2'105	+0.7%	**3'021**	2'972	+1.6%	**1'306'640**	1'293'112	+1.0%	**433**	435	-0.5%
Bern	**448**	430	+4.2%	**1'612**	1'609	+0.2%	**2'060**	2'039	+1.0%	**966'963**	964'113	+0.3%	**469**	473	-0.8%
Luzern	**107**	107	+0.0%	**427**	430	-0.7%	**534**	537	-0.6%	**358'311**	355'724	+0.7%	**671**	662	+1.4%
Uri	**4**	4	+0.0%	**37**	39	-5.1%	**41**	43	-4.7%	**34'612**	34'631	-0.1%	**844**	805	+4.8%
Schwyz	**44**	43	+2.3%	**143**	136	+5.1%	**187**	179	+4.5%	**138'198**	136'530	+1.2%	**739**	763	-3.1%
Obwalden	**7**	7	+0.0%	**32**	32	+0.0%	**39**	39	+0.0%	**33'358**	33'015	+1.0%	**855**	847	+0.9%
Nidwalden	**6**	6	+0.0%	**39**	40	-2.5%	**45**	46	-2.2%	**39'419**	39'141	+0.7%	**876**	851	+2.9%
Glarus	**9**	12	-25.0%	**46**	46	+0.0%	**55**	58	-5.2%	**38'022**	38'030	-0.0%	**691**	656	+5.3%
Zug	**42**	43	-2.3%	**153**	152	+0.7%	**195**	195	+0.0%	**107'662**	106'529	+1.1%	**552**	546	+1.1%
Fribourg	**97**	92	+5.4%	**305**	300	+1.7%	**402**	392	+2.6%	**259'456**	255'436	+1.6%	**645**	652	-1.1%
Solothurn	**84**	82	+2.4%	**324**	320	+1.3%	**408**	402	+1.5%	**247'448**	246'977	+0.2%	**606**	614	-1.3%
Basel-Stadt	**226**	209	+8.1%	**499**	505	-1.2%	**725**	714	+1.5%	**190'510**	190'875	-0.2%	**263**	267	-1.5%
Basel-Land	**149**	141	+5.7%	**384**	380	+1.1%	**533**	521	+2.3%	**265'793**	264'747	+0.4%	**499**	508	-1.8%
Schaffhausen	**37**	35	+5.7%	**111**	111	+0.0%	**148**	146	+1.4%	**74'307**	74'105	+0.3%	**502**	508	-1.2%
Appenzell A.-Rh.	**20**	15	+33.3%	**78**	75	+4.0%	**98**	90	+8.9%	**52'176**	52'535	-0.7%	**532**	584	-8.9%
Appenzell I.-Rh.	**2**	2	+0.0%	**16**	16	+0.0%	**18**	18	+0.0%	**15'018**	14'741	+1.9%	**834**	819	+1.8%
St. Gallen	**141**	134	+5.2%	**616**	606	+1.7%	**757**	740	+2.3%	**463'283**	460'990	+0.5%	**612**	623	-1.8%
Graubünden	**57**	52	+9.6%	**278**	284	-2.1%	**335**	336	-0.3%	**191'321**	191'321	+0.0%	**571**	569	+0.4%
Aargau	**184**	181	+1.7%	**681**	674	+1.0%	**865**	855	+1.2%	**572'571**	567'277	+0.9%	**662**	663	-0.2%
Thurgau	**69**	64	+7.8%	**248**	245	+1.2%	**317**	309	+2.6%	**236'034**	233'954	+0.9%	**745**	757	-1.6%
Ticino	**135**	128	+5.5%	**529**	521	+1.5%	**664**	649	+2.3%	**323'025**	320'765	+0.7%	**486**	494	-1.6%
Vaud	**469**	450	+4.2%	**1'186**	1'169	+1.5%	**1'655**	1'619	+2.2%	**671'319**	663'379	+1.2%	**406**	410	-1.0%
Valais	**104**	100	+4.0%	**410**	409	+0.2%	**514**	509	+1.0%	**293'354**	289'512	+1.3%	**571**	569	+0.4%
Neuchâtel	**87**	88	-1.1%	**265**	269	-1.5%	**352**	357	-1.4%	**169'354**	169'580	-0.1%	**481**	475	+1.3%
Genève	**480**	467	+2.8%	**969**	970	-0.1%	**1'449**	1'437	+0.8%	**440'791**	437'267	+0.8%	**304**	304	+0.0%
Jura	**17**	17	+0.0%	**98**	94	+4.3%	**115**	111	+3.6%	**67'960**	67'894	+0.1%	**591**	612	-3.4%
Total	**3'926**	3'776	+4.0%	**11'606**	11'537	+0.6%	**15'532**	15'313	+1.43%	**7'556'905**	7'502'180	+0.73%	**487**	490	-0.7%

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

3. Berufstätige Ärzte nach Kanton 2006 / Médecins en exercice par canton en 2006

Kanton / Canton	Frauen / Femmes			Männer / Hommes			Total			Anzahl Einwohner / Nombre d'habitants			Anzahl Einwohner pro Arzt / Nombre d'habitants par médecin		
	2006	2005	Veränd. / Variation	**2006**	2005	Veränd. / Variation	**2006**	2005	Veränd. / Variation	**2006**	2005	Veränd. / Variation	**2006**	2005	Veränd. / Variation
Zürich	**2'266**	2'197	+3.1%	**3'687**	3'634	+1.5%	**5'953**	5'831	+2.1%	**1'306'640**	1'293'112	+1.0%	**219**	222	-1.4%
Bern	**1'249**	1'191	+4.9%	**2'683**	2'673	+0.4%	**3'932**	3'864	+1.8%	**966'963**	964'113	+0.3%	**246**	250	-1.6%
Luzern	**287**	281	+2.1%	**731**	721	+1.4%	**1'018**	1'002	+1.6%	**358'311**	355'724	+0.7%	**352**	355	-0.8%
Uri	**13**	13	+0.0%	**41**	44	-6.8%	**54**	57	-5.3%	**34'612**	34'631	-0.1%	**641**	608	+5.4%
Schwyz	**94**	88	+6.8%	**189**	185	+2.2%	**283**	273	+3.7%	**138'198**	136'530	+1.2%	**488**	500	-2.4%
Obwalden	**19**	21	-9.5%	**46**	44	+4.5%	**65**	65	+0.0%	**33'358**	33'015	+1.0%	**513**	508	+1.0%
Nidwalden	**19**	21	-9.5%	**59**	59	+0.0%	**78**	80	-2.5%	**39'419**	39'141	+0.7%	**505**	489	+3.3%
Glarus	**25**	23	+8.7%	**66**	68	-2.9%	**91**	91	+0.0%	**38'022**	38'030	-0.0%	**418**	418	+0.0%
Zug	**112**	99	+13.1%	**228**	222	+2.7%	**340**	321	+5.9%	**107'662**	106'529	+1.1%	**317**	332	-4.5%
Fribourg	**186**	177	+5.1%	**428**	435	-1.6%	**614**	612	+0.3%	**259'456**	255'436	+1.6%	**423**	417	+1.4%
Solothurn	**188**	173	+8.7%	**469**	471	-0.4%	**657**	644	+2.0%	**247'448**	246'977	+0.2%	**377**	384	-1.8%
Basel-Stadt	**609**	576	+5.7%	**1'052**	1'074	-2.0%	**1'661**	1'650	+0.7%	**190'510**	190'875	-0.2%	**115**	116	-0.9%
Basel-Land	**340**	328	+3.7%	**641**	637	+0.6%	**981**	965	+1.7%	**265'793**	264'747	+0.4%	**271**	274	-1.1%
Schaffhausen	**59**	57	+3.5%	**149**	149	+0.0%	**208**	206	+1.0%	**74'307**	74'105	+0.3%	**357**	360	-0.8%
Appenzell A.-Rh.	**39**	34	+14.7%	**108**	100	+8.0%	**147**	134	+9.7%	**52'176**	52'535	-0.7%	**355**	392	-9.4%
Appenzell I.-Rh.	**4**	5	-20.0%	**21**	20	+5.0%	**25**	25	+0.0%	**15'018**	14'741	+1.9%	**601**	590	+1.9%
St. Gallen	**412**	384	+7.3%	**1'022**	992	+3.0%	**1'434**	1'376	+4.2%	**463'283**	460'990	+0.5%	**323**	335	-3.6%
Graubünden	**183**	175	+4.6%	**471**	475	-0.8%	**654**	650	+0.6%	**191'321**	191'321	+0.0%	**293**	294	-0.3%
Aargau	**473**	458	+3.3%	**1'081**	1'064	+1.6%	**1'554**	1'522	+2.1%	**572'571**	567'277	+0.9%	**368**	373	-1.3%
Thurgau	**176**	165	+6.7%	**404**	402	+0.5%	**580**	567	+2.3%	**236'034**	233'954	+0.9%	**407**	413	-1.5%
Ticino	**278**	271	+2.6%	**823**	800	+2.9%	**1'101**	1'071	+2.8%	**323'025**	320'765	+0.7%	**293**	300	-2.3%
Vaud	**1'143**	1'094	+4.5%	**1'940**	1'926	+0.7%	**3'083**	3'020	+2.1%	**671'319**	663'379	+1.2%	**218**	220	-0.9%
Valais	**228**	210	+8.6%	**570**	572	-0.3%	**798**	782	+2.0%	**293'354**	289'512	+1.3%	**368**	370	-0.5%
Neuchâtel	**177**	182	-2.7%	**388**	395	-1.8%	**565**	577	-2.1%	**169'354**	169'580	-0.1%	**300**	294	+2.0%
Genève	**1'072**	1'031	+4.0%	**1'703**	1'672	+1.9%	**2'775**	2'703	+2.7%	**440'791**	437'267	+0.8%	**159**	162	-1.9%
Jura	**31**	37	-16.2%	**130**	126	+3.2%	**161**	163	-1.2%	**67'960**	67'894	+0.1%	**422**	417	+1.2%
Total	**9'682**	9'291	+4.2%	**19'130**	18'960	+0.9%	**28'812**	28'251	+2.0%	**7'556'905**	7'502'180	+0.7%	**262**	266	-1.2%

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

4. Ärzte mit Praxistätigkeit nach Kanton und Fachgebiet 2006 / Médecins en pratique privée par canton et spécialité en 2006

Facharzttitel / Titres de spécialiste [1]	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU	Total
Allergologie und klinische Immunologie / Allergologie et immunologie clinique	21	17	1						1	3	3	6	2	1			6	4	3		7	22	5	6	22	2	132
Allgemeinmedizin / Médecine générale	691	497	164	15	66	20	12	23	53	100	131	89	134	47	28	6	213	109	221	112	113	277	123	67	145	35	3'491
Anästhesiologie / Anesthésiologie	83	63	14		6	2			6	15	6	9	8	4	4		6	9	38	4	16	58	13	7	34	4	409
Angiologie / Angiologie	20	16	5						4	2		6	2		1		6	2	3	1	5	10	4	1	10		98
Arbeitsmedizin / Médecine du travail	8	3	1								1	6					1		1		2	5	3		1		32
Chirurgie / Chirurgie	122	108	16	1	9	2	1	3	9	13	19	20	11	6	7	4	26	14	41	10	29	56	17	14	42	4	604
Dermatologie und Venerologie / Dermatologie et vénéréologie	70	38	10		3			2	3	7	6	13	12	3			10	6	14	5	17	37	7	6	40	1	310
Endokrinologie/Diabetologie / Endocrinologie/diabétologie	11	13	3							6	1	10	3				1	1	2	1	6	16	3	4	17		98
Gastroenterologie / Gastroentérologie	41	27	7	1	4		1	2	4	4	8	8	5	3	3		11	5	14	3	13	21	8	5	21	2	221
Gynäkologie und Geburtshilfe / Gynécologie et obstétrique	190	121	33	2	13	1	2	5	13	25	23	46	35	10	7	1	46	14	56	17	44	99	27	19	79	6	934
Hämatologie / Hématologie	15	12	1		1				1	1		2		1			4		3	1	3	14	4	2	16	1	82
Handchirurgie / Chirurgie de la main	18	12	5		1				2	4		5	3		2		4	1	8	1	5	12	2	2	11		98
Herz- und thorakale Gefässchirurgie / Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	6	4	1						1		1		1						3	1		5		1	5		29
Infektiologie / Infectiologie	5	4	1						2			4	2				1		2	1	2	7	3	3	2	1	40
Innere Medizin / Médecine interne	553	480	106	12	30	6	15	7	36	89	92	179	112	28	17	5	140	72	162	59	186	348	135	90	394	25	3'378
Intensivmedizin / Médecine intensive	34	20	6		4	1			4	2	5	9	3		1		2	3	15	1	7	21	7	3	6	5	159
Kardiologie / Cardiologie	58	48	10	1	4		1		4	8	9	15	8	2	1		12	6	16	6	12	46	14	7	38	5	331
Kiefer- und Gesichtschirurgie / Chirurgie maxillo-faciale	11	4	3		1				1	1		4	1				6		3		2	5	1	1	5		49
Kinder- und Jugendmedizin / Pédiatrie	143	83	21	3	11	1	3	2	12	18	19	30	32	6	4		37	12	48	13	43	88	24	26	90	6	775
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents	94	41	9		1			1	2	7	6	30	22	3	2		18	7	14	7	9	58	6	13	73	5	428
Kinderchirurgie / Chirurgie pédiatrique	3	3	1									1	1				2		1			3	1		2		18
Klinische Pharmakologie und Toxikologie / Pharmacologie et toxicologie cliniques	1	2															1					1			3		8
Medizinische Genetik / Génétique médicale	1	1																				3			1		6
Medizinische Onkologie / Oncologie médicale	24	21	4	1	1			1	2	3	4	6	4	1		1	7		6		13	16	6	2	15	2	140
Nephrologie / Néphrologie	17	6	3						1	3	2	3	4	1	2		3		4	1	5	5	7	3	8	1	79
Neurochirurgie / Neurochirurgie	11	9	2						1	2		2		1	1		3	2	2		3	4	1		7		51
Neurologie / Neurologie	50	21	10		2		1		2	6	5	18	6	2	1		14	4	15	4	11	26	11	5	21	1	236
Nuklearmedizin / Médecine nucléaire	5	2	1							1	1						1	1	1	1	1	7			4		28
Ophthalmologie / Ophtalmologie	107	62	27	2	9	1	2	2	10	12	12	26	24	3	4	1	27	10	31	10	18	68	13	14	56	3	554
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates / Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	79	61	16	1	9		1	2	7	20	11	22	16	5	3	1	24	12	24	7	19	49	15	12	44	2	462
Oto-Rhino-Laryngologie / Oto-rhino-laryngologie	55	40	11	1	5	1	1	2	4	9	8	16	6	3			18	7	14	4	11	33	11	6	28	3	297
Pathologie / Pathologie	7	2										3	1				2			2	3	1	1	1	2		28
Pharmazeutische Medizin / Médecine pharmaceutique	3	2			1							1										1						8
Physikalische Medizin und Rehabilitation / Médecine physique et réadaptation	42	16	4		2				4	4	2	18	3	2	1		13	6	24	5	9	10	15	1	14	1	196
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie / Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	20	9	3						1	2	1	5	3	1	1		3	1	6		6	18	4	2	17	1	104
Pneumologie / Pneumologie	28	26	7	1	1			1	2	5	3	7	7	1	1		9	4	11	2	8	23	13	4	20	1	185
Prävention und Gesundheitswesen / Prévention et santé publique	3	3																				1	1		1		9
Psychiatrie und Psychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie	480	263	50	1	8	2	3	2	20	37	31	155	77	15	8		72	23	85	38	53	219	30	38	247	11	1'968
Radiologie / Radiologie	38	25	7		1				2	9	5	14	5				11	1	13	2	11	42	14	6	41	1	248
Radio-Onkologie/Strahlentherapie / Radio-oncologie/radiothérapie	2	5								1		1	1						2	1	1	3	2				19
Rechtsmedizin / Médecine légale																								1			1
Rheumatologie / Rhumatologie	75	34	9	2	2	1	2	1	4	11	7	27	9	4	3		16	8	24	8	14	27	14	6	43	3	354
Tropen- und Reisemedizin / Médecine tropicale et médecine de voyages	8	4	1							2	1	4		1			4	1	2		1	5		1	2	1	38
Urologie / Urologie	31	21	3		1	1	1		4	4	3	6	3	2			10	2	8	2	6	18	6	3	17	1	153
Total Facharzttitel / Total titres de spécialiste [1]	3'294	2'249	576	44	196	39	46	56	222	436	426	826	566	156	102	19	790	347	940	330	714	1'789	571	392	1'644	134	16'883
Praktischer Arzt/Praktische Ärztin / Médecin praticien	83	35	11	1	4	1	2	1	9	9	12	17	15	4	4	0	23	11	24	8	15	42	9	5	32	3	380

1) Ärzte, die mehrere Facharzttitel führen, werden in allen entsprechenden Rubriken gezählt / Les médecins porteurs de plusieurs titres figurent dans toutes les rubriques

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

5a. Ärzte mit Praxistätigkeit nach Kanton 2006, FMH-Schwerpunkte / Médecins en pratique privée par canton en 2006, formations approfondies FMH

Schwerpunkte / Formations approfondies	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU	Total
zu Allgemeinmedizin oder Innere Medizin / Médecine générale ou médecine interne:																											
Geriatrie / Gériatrie	6	7	3						1	1	1	6		1			3		2	1	5	9	8	1	19	1	75
zu Chirurgie oder Herz- und thorakale Gefässchirurgie / Chirurgie ou chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique:																											
Gefässchirurgie / Chirurgie vasculaire	6	6	2					1	1	1	3	1					1	1	2	1	4	2	1	3	2		38
Thoraxchirurgie / Chirurgie thoracique	6	3	1															1	1		1	2		1	1		17
zu Chirurgie / Chirurgie:																											
Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie / Chirurgie générale et d'urgence	34	42	5	1	3	1	1	2	5	2	9	7	3	2	2	1	9	10	14	2	8	15	7	3	2	1	191
Viszeralchirurgie / Chirurgie viscérale	27	21	5	1			1	1	2	2	6	4	2	1	1		4	3	9	3	8	21	5	4	6	1	138
zu Gynäkologie & Geburtshilfe / Gynécologie et obstétrique:																											
Geburtshilfe und feto-maternale Medizin / Obstétrique et médecine foeto-maternelle	3	2										2					1	1			1	4			1		15
Gynäkologische Onkologie / Oncologie gynécologique	4	1	1							1			1	1					2			3			1		15
Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie / Médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique	10	6	2						1			2	3	2			3		2	3	6	8			6		54
zu Kinder- und Jugendmedizin / Pédiatrie:																											
Neonatologie / Néonatologie	4	2	1														1				6	2	3	1	3	2	25
Neuropädiatrie / Neuropédiatrie	3	4										1	1						3		1		1	1	2		17
Pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie / Endocrinologie-diabétologie pédiatrique	1	4							1	1		2	1									3			3		16
Pädiatrische Gastroenterologie / Gastroentérologie pédiatrique	1									1			1				1						1	1	2		8
Pädiatrische Kardiologie / Cardiologie pédiatrique	2		1																2			1			1		7
Pädiatrische Nephrologie / Néphrologie pédiatrique	1																1								2		4
Pädiatrische Onkologie-Hämatologie / Oncologie-hématologie pédiatrique	1		1									1					1				1		1		1		7
Pädiatrische Pneumologie / Pneumologie pédiatrique	2	2										3	1					1			1			1	1		12
zu Ophtalmologie / Ophtalmologie:																											
Ophthalmochirurgie / Chirurgie ophtalmologique	82	47	19	1	7	1	1	1	9	9	8	15	14	3	3		17	7	22	6	15	52	10	8	53	3	413
zu Oto-Rhino-Laryngologie / Oto-rhino-laryngologie:																											
Hals- und Gesichtschirurgie / Chirurgie cervico-faciale	36	31	10	1	3	1	1	1	3	6	7	10	5	2			10	5	9	4	8	22	6	6	15	3	205
Phoniatrie / Phoniatrie	4	1	1									1		1								3			2		13
zu Pathologie / Pathologie:																											
Molekularpathologie / Pathologie moléculaire													1														1
Zytopathologie / Cytopathologie	2	1															1			2	1			1	1		9
zu Psychiatrie und Psychotherapie:																											
Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée		2																	1			1					4
zu Radiologie / Radiologie:																											
Diagnostische Neuroradiologie / Neuroradiologie diagnostique	5	2								1			1						1			2			4		16
Invasive Neuroradiologie / Neuroradiologie invasive	5	2								1									1			2			2		13
Pädiatrische Radiologie / Radiologie pédiatrique												1					1		1			2					5
zu Urologie / Urologie:																											
Operative Urologie / Urologie opératoire	28	18	2		1	1	1		3	4	3	6	2	2			9	2	8	2	6	17	4	3	16	1	139
Total Schwerpunkte / Formations approfondies	273	204	54	4	14	4	5	6	26	30	37	62	36	15	6	1	63	31	80	24	72	171	47	34	146	12	1'457

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

5b. Ärzte mit Praxistätigkeit nach Kanton 2006, FMH-Fähigkeitsausweise / Médecins en pratique privée par canton en 2006, attestations de formation complémentaire FMH

Fähigkeitsausweise / Attestations de formation complémentaire	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU	Total
Akupunktur-TCM (ASA) / Acupuncture-MTC (ASA)	123	80	19	2	13	2		2	5	11	15	20	26	5	5		29	14	33	11	18	23	17	6	24	1	504
Anthroposophisch erweiterte Medizin (VAOAS) / Médecine d'orientation anthroposophique (ASMOA)	12	12	2								2	10	13	1			5	1	4	2	3	3		2	2		74
Delegierte Psychotherapie (FMPP) / Psychothérapie déléguée (FMPP)	39	15	5	1	1				2	1	3	2	1	1			2	1	12	2		2	3		1		94
Elektroencephalographie (SGKN) / Électroencéphalographie (SSNC)	31	16	7		1				3	5	5	14	4	1	1		9	2	13	3	9	16	6	4	8	1	159
Elektroneuromyographie (SGKN) / Électroneuromyographie (SSNC)	32	20	7		1				3	5	5	15	5	1	1		10	2	13	4	9	17	6	4	9	1	170
Endoskopisch Retrograde Cholangio-Pankreatographie ERCP (SGG) / Cholangio-pancréatographie endoscopique rétrograde ERCP (SSG)	7	9	3	1	1				2		2	1	1		1		1	1	3	1	2	3	1			1	41
Gastroskopie (SGG) / Gastroscopie (SSG)	10	4	1		1					1	1						1	4	3	1		1					28
Homöopathie (SVHA) / Homéopathie (SSMH)	46	40	15		4	1	2	1	2	11	9	7	11	3			8	5	13	4	14	35	13	5	13	2	264
Hüftsonographie (SGUM) / Sonographie de la hanche (SSUM)	47	40	10	3	5	1			6	4	11	9	19	2	4		29	10	24	9	9	4	3	2			251
Laserbehandlungen der Haut und hautnahen Schleimhäute (FMS) / Laserthérapie de la peau et des muqueuses orificielles (FMS)	88	52	16		8	1	2		6	10	12	13	15	1	1		17	5	22	15	10	30	6	3	13	2	348
Manuelle Medizin (SAMM) / Médecine manuelle (SMSMM)	235	170	44	8	8	8	9	9	12	14	40	30	40	23	7	4	60	38	80	45	30	30	52	8	21	4	1'029
Medizinische Hypnose (SMSH/GHypS) / Hypnose médicale (SMSH/SHypS)	30	21	2	2					2	5	2	20	10		1		1	3	10	2	1	23	8	3	14		160
Neuraltherapie (SANTH) / Thérapie neurale (SMSTN)	21	26	3		3				2		1	3	3	2	3		5	6	6	2	3	4	5		2		100
Notarzt SGNOR / Médecin d'urgence SSMUS	30	22	7		6	3		1	3	9	4	3	3	1	2	1	11	10	14	2	12	21	31	5	8	3	212
Phlebologie (USGG) / Phlébologie (USSMV)	31	14	9		3		1		1	3	6	6	4	3			7	1	8	4	4	10	2	2	6		125
Praxislabor (KHM) / Pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR)	1'420	1'032	282	31	114	23	29	35	98	179	244	279	302	83	48	12	439	198	460	187	356	630	276	172	517	60	7'506
Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (APPM) / Médecine psychosomatique et psychosociale de l'AMPP	147	90	11	1			1	1	4	14	16	33	18	3	3		14	5	22	9	35	35	12	15	31	3	523
Sachkunde f.dosisint.Untersuchungen & therapeut.Eingriffe i.d.Angiologie (USGG) / Qual. pour les ex. et traitements radiol. à fortes doses en angiologie (USSMV)	6	5	1						3	2	1	2			1		1	1	1	1							25
Sachkunde für dosisintensive Röntgenuntersuchungen in der Kardiologie (SGK) / Qualification pour les ex. radiologiques à fortes doses en cardiologie (SSC)	26	32	8	1	4				3	5	5	9	4	1	2		6	4	10	6	8	25	9	2	21	4	195
Sachkunde für dosisintensives Röntgen (KHM) / Qualification pour les examens radiologiques à fortes doses (CMPR)	677	464	186	21	73	21	20	24	60	99	133	89	140	51	31	8	262	136	257	134	197	227	178	71	132	24	3'715
Schwangerschaftsultraschall (SGUM) / Ultrasonographie prénatale (SSUM)	250	110	46	5	14	2	3	10	12	24	28	43	34	7	7	2	60	26	73	32	39	94	26	15	57	6	1'025
Sonographie des Abdomens (SGUM) / Ultrasonographie de l'abdomen (SSUM)	203	113	51	7	29	8	8	7	15	15	19	21	38	15	10	4	91	51	72	53	49	9	22		9	3	922
Sportmedizin (SGSM) / Médecine du sport (SSMS)	47	43	12		2	1		2	5	5	13	8	12	4	2	1	13	11	5	5	13	14	13	7	16	3	257
Tauchmedizin (SUHMS) / Médecine de plongée (SUHMS)	5	6	1		1					3	1	4					2		2	1	3	3	1		2		35
Vertrauensarzt (SGV) / Médecin-conseil (SSMC)	26	20	4			1			1	8	6	13	5		1		9	4	7	3	18	13	6	4	13		162
Zerebrovaskuläre Krankheiten (SGKN) / Maladies cérébrovasculaires (SSNC)	25	3	3		1				1	4	1	7	2	1	1		5	2	8	3	4	13	4		5	1	94
Total Fähigkeitsausweise / Attestations de formation complémentaire	3'614	2'459	755	83	293	72	75	92	251	437	585	661	710	209	132	32	1'097	541	1'175	541	846	1'285	700	330	924	119	18'018

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

7a. Berufstätige Ärzte nach Kanton 2006, FMH-Schwerpunkte / Médecins en exercice par canton en 2006, formations approfondies FMH

Schwerpunkte / Formations approfondies	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU	Total
zu Allgemeinmedizin oder Innere Medizin / Médecine générale ou médecine interne:																											
Geriatrie / Gériatrie	18	16	3						1	3	1	11	3	1			6	1	3	1	8	13	9	1	32	2	133
zu Chirurgie oder Herz- und thorakale Gefässchirurgie / Chirurgie ou chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique:																											
Gefässchirurgie / Chirurgie vasculaire	11	9	2		1			1	1	1	3	3	2	1			3	2	6	2	5	4	1	3	6		67
Thoraxchirurgie / Chirurgie thoracique	9	4	2									1	1				1	1	1		2	2		1	2		27
zu Chirurgie / Chirurgie:																											
Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie / Chirurgie générale et d'urgence	61	49	10	1	5	1	2	3	8	2	9	11	8	7	2	1	17	17	25	6	12	22	7	5	6	1	298
Viszeralchirurgie / Chirurgie viscérale	34	30	7	1	2		2	1	2	2	6	7	3	2	1		6	4	11	3	10	25	5	5	16	1	186
zu Gynäkologie & Geburtshilfe / Gynécologie et obstétrique:																											
Geburtshilfe und feto-maternale Medizin / Obstétrique et médecine foeto-maternelle	3	2										2		1			1	1			1	4			2		17
Gynäkologische Onkologie / Oncologie gynécologique	4	1	1							1			1	1					2			3			1		15
Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie / Médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique	10	8	2						1			2	3	2			5		3	3	10	8			8		65
zu Kinder- und Jugendmedizin / Pédiatrie:																											
Neonatologie / Néonatologie	8	4	3														2	2	1		6	5	3	1	7	2	44
Neuropädiatrie / Neuropédiatrie	7	5	1									2	1				4		6		1	2	1	1	3		34
Pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie / Endocrinologie-diabétologie pédiatrique	5	5							1	1		3	1				1	1				3			4		25
Pädiatrische Gastroenterologie / Gastroentérologie pédiatrique	2	1	1							1		1	2				1					2	1	1	4		17
Pädiatrische Kardiologie / Cardiologie pédiatrique	8	1	1									2					1		3			3			3		22
Pädiatrische Nephrologie / Néphrologie pédiatrique	2											1					1				1	1			2		8
Pädiatrische Onkologie-Hämatologie / Oncologie-hématologie pédiatrique	7	3	2									4					4		1		2	4	1		3		31
Pädiatrische Pneumologie / Pneumologie pédiatrique	5	6										5	1				1	1	1		1			1	4		26
zu Ophtalmologie / Ophtalmologie:																											
Ophthalmochirurgie / Chirurgie ophtalmologique	90	51	23	1	7	1	1	1	9	9	10	19	18	3	3		20	7	22	7	15	57	11	9	57	3	454
zu Oto-Rhino-Laryngologie / Oto-rhino-laryngologie:																											
Hals- und Gesichtschirurgie / Chirurgie cervico-faciale	40	34	14	1	3	1	1	1	3	6	7	12	5	3			13	5	11	4	9	26	6	7	20	3	235
Phoniatrie / Phoniatrie	5	1	1									3		1								3			2		16
zu Pathologie / Pathologie:																											
Molekularpathologie / Pathologie moléculaire	3	1										1	1				1					1			1		9
Zytopathologie / Cytopathologie	9	7	1									2	1				4	1	2	2	2	5	2	1	3		42
zu Psychiatrie und Psychotherapie:																											
Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée	2	2																	1			3			1		9
zu Radiologie / Radiologie:																											
Diagnostische Neuroradiologie / Neuroradiologie diagnostique	11	5	2							1		3	1						1	1	1	5			6		37
Invasive Neuroradiologie / Neuroradiologie invasive	7	3								1		2							1	1	1	4			3		23
Pädiatrische Radiologie / Radiologie pédiatrique	6	2	1		1					1		1					1		1			2		1	3		20
zu Urologie / Urologie:																											
Operative Urologie / Urologie opératoire	34	23	6		1	1	1		3	4	3	9	6	3			12	2	9	2	7	19	4	3	17	1	170
Total Schwerpunkte / Formations approfondies	401	273	83	4	20	4	7	7	29	33	39	107	58	25	6	1	105	45	111	32	94	226	51	40	216	13	2'030

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

7b. Berufstätige Ärzte nach Kanton 2006, FMH-Fähigkeitsausweise / Médecins en exercice par canton en 2006, attestations de formation complémentaire FMH

Fähigkeitsausweise / Attestations de formation complémentaire	ZH	BE	LU	UR	SZ	OW	NW	GL	ZG	FR	SO	BS	BL	SH	AR	AI	SG	GR	AG	TG	TI	VD	VS	NE	GE	JU	Total
Akupunktur-TCM (ASA) / Acupuncture-MTC (ASA)	140	96	25	2	15	3		4	8	13	17	29	32	5	5		36	16	42	17	21	27	20	7	29	1	610
Anthroposophisch erweiterte Medizin (VAOAS) / Médecine d'orientation anthroposophique (ASMOA)	16	12	2								3	10	24	1			5	1	4	2	3	3		2	2		90
Delegierte Psychotherapie (FMPP) / Psychothérapie déléguée (FMPP)	42	15	5	1	2				2	1	3	2	1	1	1		3	1	14	2		2	3		1		102
Elektroencephalographie (SGKN) / Électroencéphalographie	44	21	9		1				4	5	5	22	6	1	2		15	2	20	4	13	19	7	4	14	1	219
Elektroneuromyographie (SGKN) / Électroneuromyographie (SSNC)	44	27	9		1				4	5	5	23	7	1	2		15	2	20	5	13	21	7	4	16	1	232
Endoskopisch Retrograde Cholangio-Pankreatographie ERCP (SGG) / Cholangio-pancréatographie endoscopique rétrograde ERCP (SSG)	11	12	4	1	1				2		2	3	3		1		3	1	3	1	2	3	1			1	55
Gastroskopie (SGG) / Gastroscopie (SSG)	11	6	1		1					1	2		1				1	4	3	2		1					34
Homöopathie (SVHA) / Homéopathie (SSMH)	50	40	16		5	1	2	1	3	11	10	9	11	3			9	7	15	4	14	37	13	5	14	2	282
Hüftsonographie (SGUM) / Sonographie de la hanche (SSUM)	62	44	11	3	6	1			6	5	13	10	21	2	4		30	15	27	11	11	4	3	3			292
Laserbehandlungen der Haut und hautnahen Schleimhäute (FMS) / Laserthérapie de la peau et des muqueuses orificielles (FMS)	105	58	18		8	1	2		6	10	13	14	16	2	2		23	5	23	16	11	33	6	3	16	2	393
Manuelle Medizin (SAMM) / Médecine manuelle (SMSMM)	268	187	52	8	12	8	9	10	12	15	42	38	46	24	8	4	69	47	95	52	35	32	55	8	25	4	1'165
Medizinische Hypnose (SMSH/GHypS) / Hypnose médicale (SMSH/SHypS)	31	22	3	2					3	5	2	23	10	1	1		1	3	10	2	1	26	9	3	16		174
Neuraltherapie (SANTH) / Thérapie neurale (SMSTN)	25	26	3		7				3		2	4	5	3	4	1	5	7	7	2	3	6	5		2		120
Notarzt SGNOR / Médecin d'urgence SSMUS	113	70	22	1	8	3	2	2	4	14	7	23	11	2	3	1	31	23	32	12	29	44	43	10	16	4	530
Phlebologie (USGG) / Phlébologie (USSMV)	37	14	10		3		1		1	3	6	7	5	3			9	2	10	7	5	12	2	2	7		146
Praxislabor (KHM) / Pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR)	1'520	1'084	294	31	118	25	31	36	104	182	250	298	316	84	49	13	462	212	479	198	370	660	283	176	539	61	7'875
Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (APPM) / Médecine psychosomatique et psychosociale de l'AMPP	161	110	13	1		1	1	1	5	15	17	42	19	4	3		21	10	30	13	38	39	13	16	33	3	608
Sachkunde f.dosisint.Untersuchungen & therapeut.Eingriffe i.d.Angiologie (USGG) / Qual. pour les ex. et traitements radiol. à fortes doses en angiologie (USSMV)	10	9	2		1				3	2	2	2			1		2	1	3	1	1	1					41
Sachkunde für dosisintensive Röntgenuntersuchungen in der Kardiologie (SGK) / Qualification pour les ex. radiologiques à fortes doses en cardiologie (SSC)	38	42	10	1	4	1		1	3	6	5	16	9	1	2		11	4	13	6	11	29	9	2	29	4	257
Sachkunde für dosisintensives Röntgen (KHM) / Qualification pour les examens radiologiques à fortes doses (CMPR)	732	487	203	21	74	22	20	24	64	99	137	98	147	52	32	8	273	150	271	142	204	238	179	71	137	24	3'909
Schwangerschaftsultraschall (SGUM) / Ultrasonographie prénatale (SSUM)	275	124	52	5	16	4	5	10	14	24	29	46	40	8	8	2	72	33	79	35	40	100	26	15	64	6	1'132
Sonographie des Abdomens (SGUM) / Ultrasonographie de l'abdomen (SSUM)	229	128	64	8	31	9	8	7	18	15	23	27	47	16	12	4	108	61	80	58	54	11	24		9	3	1'054
Sportmedizin (SGSM) / Médecine du sport (SSMS)	51	50	14		3	1		2	5	5	13	9	17	4	2	1	16	13	6	5	13	18	16	7	21	3	295
Tauchmedizin (SUHMS) / Médecine de plongée (SUHMS)	7	10	3		1		1			3	1	4					3		2	3	4	3	1		3		49
Vertrauensarzt (SGV) / Médecin-conseil (SSMC)	43	33	10			1			2	8	6	15	6		1		12	5	11	3	19	15	7	4	16		217
Zerebrovaskuläre Krankheiten (SGKN) / Maladies cérébrovasculaires (SSNC)	33	12	4		1				1	4	1	11	2	1	2		8	2	12	3	7	13	4		8	1	130
Total Fähigkeitsausweise / Attestations de formation complémentaire	4'098	2'739	859	85	319	81	82	98	277	451	616	785	802	219	145	34	1'243	627	1'311	606	922	1'397	736	341	1'017	121	20'011

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

8. Ärzte mit Praxistätigkeit nach Fachgebiet 2006 / Médecins en pratique privée par spécialité en 2006

Facharzttitel / Titres de spécialiste [1]	Frauen / Femmes	in % / en %	Männer / Hommes	in % / en %	Total
Allergologie und klinische Immunologie / Allergologie et immunologie clinique	32	24%	100	76%	132
Allgemeinmedizin / Médecine générale	642	18%	2849	82%	3'491
Anästhesiologie / Anesthésiologie	110	27%	299	73%	409
Angiologie / Angiologie	15	15%	83	85%	98
Arbeitsmedizin / Médecine du travail	7	22%	25	78%	32
Chirurgie / Chirurgie	27	4%	577	96%	604
Dermatologie und Venerologie / Dermatologie et vénéréologie	122	39%	188	61%	310
Endokrinologie/Diabetologie / Endocrinologie/diabétologie	26	27%	72	73%	98
Gastroenterologie / Gastroentérologie	9	4%	212	96%	221
Gynäkologie und Geburtshilfe / Gynécologie et obstétrique	320	34%	614	66%	934
Hämatologie / Hématologie	18	22%	64	78%	82
Handchirurgie / Chirurgie de la main	16	16%	82	84%	98
Herz- und thorakale Gefässchirurgie / Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	1	3%	28	97%	29
Infektiologie / Infectiologie	3	8%	37	93%	40
Innere Medizin / Médecine interne	607	18%	2771	82%	3'378
Intensivmedizin / Médecine intensive	19	12%	140	88%	159
Kardiologie / Cardiologie	30	9%	301	91%	331
Kiefer- und Gesichtschirurgie / Chirurgie maxillo-faciale	3	6%	46	94%	49
Kinder- und Jugendmedizin / Pédiatrie	307	40%	468	60%	775
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents	242	57%	186	43%	428
Kinderchirurgie / Chirurgie pédiatrique	5	28%	13	72%	18
Klinische Pharmakologie und Toxikologie / Pharmacologie et toxicologie cliniques	2	25%	6	75%	8
Medizinische Genetik / Génétique médicale	2	33%	4	67%	6
Medizinische Onkologie / Oncologie médicale	33	24%	107	76%	140
Nephrologie / Néphrologie	12	15%	67	85%	79
Neurochirurgie / Neurochirurgie	1	2%	50	98%	51
Neurologie / Neurologie	46	19%	190	81%	236
Nuklearmedizin / Médecine nucléaire	5	19%	21	81%	26
Ophthalmologie / Ophtalmologie	198	36%	356	64%	554
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates / Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	20	4%	442	96%	462
Oto-Rhino-Laryngologie / Oto-rhino-laryngologie	47	16%	250	84%	297
Pathologie / Pathologie	6	24%	19	76%	25
Pharmazeutische Medizin / Médecine pharmaceutique	1	13%	7	88%	8
Physikalische Medizin und Rehabilitation / Médecine physique et réadaptation	34	17%	162	83%	196
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie / Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	24	23%	80	77%	104
Pneumologie / Pneumologie	14	8%	171	92%	185
Prävention und Gesundheitswesen / Prévention et santé publique		0%	9	100%	9
Psychiatrie und Psychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie	742	38%	1226	62%	1'968
Radiologie / Radiologie	47	19%	201	81%	248
Radio-Onkologie / Strahlentherapie / Radio-oncologie / radiothérapie	8	42%	11	58%	19
Rechtsmedizin / Médecine légale		0%	1	100%	1
Rheumatologie / Rhumatologie	69	19%	285	81%	354
Tropen- und Reisemedizin / Médecine tropicale et médecine de voyages	5	13%	33	87%	38
Urologie / Urologie	3	2%	150	98%	153
Total Facharzttitel / Total titres de spécialiste [1]	**3'880**	**23%**	**13'003**	**77%**	**16'883**
Praktischer Arzt/Praktische Ärztin / Médecin praticien	197	52%	183	48%	380

1) Ärzte, die mehrere Facharzttitel führen, werden in allen entsprechenden Rubriken gezählt / Les médecins porteurs de plusieurs titres figurent dans toutes les rubriques

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

9. Ärzte mit Praxistätigkeit 2006, FMH-Schwerpunkte und FMH-Ausweise / Médecins en pratique privée en 2006, formations approfondies et formation complémentaire FMH

	Frauen / Femmes	in % / en %	Männer / Hommes	in % / en %	Total
Schwerpunkte / Formations approfondies:					
zu Allgemeinmedizin oder Innere Medizin / Médecine générale ou médecine interne:					
Geriatrie / gériatrie	10	13%	65	87%	75
zu Chirurgie oder Herz- und thorakale Gefässchirurgie / Chirurgie ou chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique:					
Gefässchirurgie / Chirurgie vasculaire	1	3%	37	97%	38
Thoraxchirurgie / Chirurgie thoracique		0%	17	100%	17
zu Chirurgie / Chirurgie:					
Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie / Chirurgie générale et d'urgence	5	3%	186	97%	191
Viszeralchirurgie / Chirurgie viscérale	2	1%	136	99%	138
zu Gynäkologie & Geburtshilfe / Gynécologie et obstétrique:					
Geburtshilfe und feto-maternale Medizin / Obstétrique et médecine foeto-maternelle	2	13%	13	87%	15
Gynäkologische Onkologie / Oncologie gynécologique		0%	15	100%	15
Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie / Médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique	16	30%	38	70%	54
zu Kinder- und Jugendmedizin / Pédiatrie:					
Neoantologie / Néonatologie	4	16%	21	84%	25
Neuropädiatrie / Neuropédiatrie	7	41%	10	59%	17
Pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie / Endocrinologie-diabétologie pédiatrique	4	25%	12	75%	16
Pädiatrische Gastroenterologie / Gastroentérologie pédiatrique		0%	8	100%	8
Pädiatrische Kardiologie / Cardiologie pédiatrique		0%	7	100%	7
Pädiatrische Nephrologie / Néphrologie pédiatrique	2	50%	2	50%	4
Pädiatrische Onkologie-Hämatologie / Oncologie-hématologie pédiatrique	3	43%	4	57%	7
Pädiatrische Pneumologie / Pneumologie pédiatrique	4	33%	8	67%	12
zu Ophtalmologie / Ophtalmologie:					
Ophthalmochirurgie / Ophtalmochirurgie	133	32%	280	68%	413
zu Oto-Rhino-Laryngologie / Oto-rhino-laryngologie:					
Hals- und Gesichtschirurgie / Chirurgie cervico-faciale	20	10%	185	90%	205
Phoniatrie / Phoniatrie	7	54%	6	46%	13
zu Pathologie / Pathologie:					
Molekularpathologie / Pathologie moléculaire		0%	1	100%	1
Zytopathologie / Cytopathologie	3	33%	6	67%	9
zu Psychiatrie und Psychotherapie:					
Alterspsychiatrie und Altersspsychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée	1	25%	3	75%	4
zu Radiologie / Radiologie:					
Diagnostische Neuroradiologie / Neuroradiologie diagnostique	2	13%	14	88%	16
Invasive Neuroradiologie / Neuroradiologie invasive	2	15%	11	85%	13
Pädiatrische Radiologie / Radiologie pédiatrique	1	20%	4	80%	5
zu Urologie / Urologie:					
Operative Urologie / Urologie opératoire	2	1%	137	99%	139
Total Schwerpunkte / Formations approfondies	**231**	**16%**	**1'226**	**84%**	**1'457**

Fähigkeitsausweise / Attestations de formation complémentaire:					
Akupunktur-TCM (ASA) / Acupuncture-MTC (ASA)	172	34%	332	66%	504
Anthroposophisch erweiterte Medizin (VAOAS) / Médecine d'orientation anthroposophique (ASMOA)	23	31%	51	69%	74
Delegierte Psychotherapie (FMPP) / Psychothérapie déléguée (FMPP)	21	22%	73	78%	94
Elektroencephalographie (SGKN) / Électroencephalographie (SSNC)	24	15%	135	85%	159
Elektroneuromyographie (SGKN) / Électroneuromyographie (SSNC)	29	17%	141	83%	170
Endoskopisch Retrograde Cholangio-Pankreatographie ERCP (SGG) / Cholangio-pancréatographie endoscopique rétrograde ERCP (SSG)		0%	41	100%	41
Gastroskopie (SGG) / Gastroscopie (SSG)		0%	28	100%	28
Homöopathie (SVHA) / Homéopathie (SSMH)	115	44%	149	56%	264
Hüftsonographie (SGUM) / Sonographie de la hanche (SSUM)	69	27%	182	73%	251
Laserbehandlungen der Haut und hautnahen Schleimhäute (FMS) / Laserthérapie de la peau et des muqueuses orificielles (FMS)	65	19%	283	81%	348
Manuelle Medizin (SAMM) / Médecine manuelle (SMSMM)	105	10%	924	90%	1'029
Medizinische Hypnose (SMSH/GHypS) / Hypnose médicale (SMSH/SHypS)	41	26%	119	74%	160
Neuraltherapie (SANTH) / Thérapie neurale (SMSTN)	22	22%	78	78%	100
Notarzt SGNOR / Médecin d'urgence SSMUS	28	13%	184	87%	212
Phlebologie (USGG) / Phlébologie (USSMV)	29	23%	96	77%	125
Praxislabor (KHM) / Pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR)	1'556	21%	5'950	79%	7'506
Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (APPM) / Médecine psychosomatique et psychosociale de l'AMPP	212	41%	311	59%	523
Sachkunde f.dosisint.Untersuchungen & therapeut.Eingriffe i.d.Angiologie (USGG) / Qual. pour les ex. et traitements radiol. à fortes doses en angiologie (USSMV)	2	8%	23	92%	25
Sachkunde für dosisintensive Röntgenuntersuchungen in der Kardiologie (SGK) / Qualification pour les ex. radiologiques à fortes doses en cardiologie (SSC)	11	6%	184	94%	195
Sachkunde für dosisintensives Röntgen (KHM) / Qualification pour les examens radiologiques à fortes doses (CMPR)	517	14%	3'198	86%	3'715
Schwangerschaftsultraschall (SGUM) / Ultrasonographie prénatale (SSUM)	391	38%	634	62%	1'025
Sonographie des Abdomens (SGUM) / Ultrasonographie de l'abdomen (SSUM)	119	13%	803	87%	922
Sportmedizin (SGSM) / Médecine du sport (SSMS)	21	8%	236	92%	257
Tauchmedizin (SUHMS) / Médecine de plongée (SUHMS)	4	11%	31	89%	35
Vertrauensarzt (SGV) / Médecin-conseil (SSMC)	24	15%	138	85%	162
Zerebrovaskuläre Krankheiten (SGKN) / Maladies cérébrovasculaires (SSNC)	15	16%	79	84%	94
Total Fähigkeitsausweise / Attestations de formation complémentaire	**3'615**	**20%**	**14'403**	**80%**	**18'018**

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

10. Berufstätige Ärzte nach Fachgebiet 2006 / Médecins en exercice par spécialité en 2006

Facharzttitel / Titres de spécialiste [1]	Frauen / Femmes	in % / en %	Männer / Hommes	in % / en %	Total
Allergologie und klinische Immunologie / Allergologie et immunologie clinique	43	25%	127	75%	170
Allgemeinmedizin / Médecine générale	809	21%	3'111	79%	3'920
Anästhesiologie / Anesthésiologie	424	37%	737	63%	1'161
Angiologie / Angiologie	26	20%	107	80%	133
Arbeitsmedizin / Médecine du travail	24	27%	66	73%	90
Chirurgie / Chirurgie	90	8%	972	92%	1'062
Dermatologie und Venerologie / Dermatologie et vénéréologie	154	39%	243	61%	397
Endokrinologie/Diabetologie / Endocrinologie/diabétologie	34	25%	104	75%	138
Gastroenterologie / Gastroentérologie	19	7%	253	93%	272
Gynäkologie und Geburtshilfe / Gynécologie et obstétrique	474	40%	701	60%	1'175
Hämatologie / Hématologie	36	27%	99	73%	135
Handchirurgie / Chirurgie de la main	24	18%	113	82%	137
Herz- und thorakale Gefässchirurgie / Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	4%	66	96%	69
Infektiologie / Infectiologie	18	16%	94	84%	112
Innere Medizin / Médecine interne	1'170	24%	3'780	76%	4'950
Intensivmedizin / Médecine intensive	99	24%	320	76%	419
Kardiologie / Cardiologie	51	11%	421	89%	472
Kiefer- und Gesichtschirurgie / Chirurgie maxillo-faciale	5	8%	60	92%	65
Kinder- und Jugendmedizin / Pédiatrie	547	45%	664	55%	1'211
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents	306	57%	232	43%	538
Kinderchirurgie / Chirurgie pédiatrique	13	26%	37	74%	50
Klinische Pharmakologie und Toxikologie / Pharmacologie et toxicologie cliniques	9	30%	21	70%	30
Medizinische Genetik / Génétique médicale	8	40%	12	60%	20
Medizinische Onkologie / Oncologie médicale	56	25%	164	75%	220
Nephrologie / Néphrologie	34	25%	103	75%	137
Neurochirurgie / Neurochirurgie	11	11%	88	89%	99
Neurologie / Neurologie	96	24%	298	76%	394
Neuropathologie / Neuropathologie	0	0%	4	100%	4
Nuklearmedizin / Médecine nucléaire	11	17%	53	83%	64
Ophthalmologie / Ophtalmologie	253	37%	430	63%	683
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates / Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	35	5%	659	95%	694
Oto-Rhino-Laryngologie / Oto-rhino-laryngologie	72	19%	300	81%	372
Pathologie / Pathologie	75	42%	103	58%	178
Pharmazeutische Medizin / Médecine pharmaceutique	19	34%	37	66%	56
Physikalische Medizin und Rehabilitation / Médecine physique et réadaptation	63	23%	212	77%	275
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie / Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	36	25%	108	75%	144
Pneumologie / Pneumologie	27	11%	213	89%	240
Prävention und Gesundheitswesen / Prévention et santé publique	23	36%	41	64%	64
Psychiatrie und Psychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie	956	38%	1'544	62%	2'500
Radiologie / Radiologie	126	23%	414	77%	540
Radio-Onkologie / Strahlentherapie / Radio-oncologie / radiothérapie	19	36%	34	64%	53
Rechtsmedizin / Médecine légale	9	25%	27	75%	36
Rheumatologie / Rhumatologie	91	21%	338	79%	429
Tropen- und Reisemedizin / Médecine tropicale et médecine de voyages	5	10%	45	90%	50
Urologie / Urologie	7	4%	189	96%	196
Total Facharzttitel / Total titres de spécialiste [1]	**6'410**	**27%**	**17'744**	**73%**	**24'154**
Praktischer Arzt/Praktische Ärztin / Médecin praticien	377	49%	387	51%	764

1) Ärzte, die mehrere Facharzttitel führen, werden in allen entsprechenden Rubriken gezählt / Les médecins porteurs de plusieurs titres figurent dans toutes les rubriques

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

11. Berufstätige Ärzte 2006, FMH-Schwerpunkte und Ausweise / Médecins en exercice en 2006, formations approfondies et certificats FMH

	Frauen / Femmes	in % / en %	Männer / Hommes	in % / en %	Total
Schwerpunkte / Formations approfondies:					
zu Allgemeinmedizin oder Innere Medizin / Médecine générale ou médecine interne:					
Geriatrie / gériatrie	33	25%	100	75%	133
zu Chirurgie oder Herz- und thorakale Gefässchirurgie / Chirurgie ou chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique:					
Gefässchirurgie / Chirurgie vasculaire	1	1%	66	99%	67
Thoraxchirurgie / Chirurgie thoracique		0%	27	100%	27
zu Chirurgie / Chirurgie:					
Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie / Chirurgie générale et d'urgence	18	6%	280	94%	298
Viszeralchirurgie / Chirurgie viscérale	9	5%	177	95%	186
zu Gynäkologie & Geburtshilfe / Gynécologie et obstétrique:					
Geburtshilfe und feto-maternale Medizin / Obstétrique et médecine foeto-maternelle	2	12%	15	88%	17
Gynäkologische Onkologie / Oncologie gynécologique		0%	15	100%	15
Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie / Médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique	22	34%	43	66%	65
zu Kinder- und Jugendmedizin / Pédiatrie:					
Neoantologie / Néonatologie	12	27%	32	73%	44
Neuropädiatrie / Neuropédiatrie	16	47%	18	53%	34
Pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie / Endocrinologie-diabétologie pédiatrique	8	32%	17	68%	25
Pädiatrische Gastroenterologie / Gastroentérologie pédiatrique	3	18%	14	82%	17
Pädiatrische Kardiologie / Cardiologie pédiatrique	7	32%	15	68%	22
Pädiatrische Nephrologie / Néphrologie pédiatrique	2	25%	6	75%	8
Pädiatrische Onkologie-Hämatologie / Oncologie-hématologie pédiatrique	9	29%	22	71%	31
Pädiatrische Pneumologie / Pneumologie pédiatrique	8	31%	18	69%	26
zu Ophtalmologie / Ophtalmologie:					
Ophthalmochirurgie / Ophtalmochirurgie	147	32%	307	68%	454
zu Oto-Rhino-Laryngologie / Oto-rhino-laryngologie:					
Hals- und Gesichtschirurgie / Chirurgie cervico-faciale	27	11%	208	89%	235
Phoniatrie / Phoniatrie	9	56%	7	44%	16
zu Pathologie / Pathologie:					
Molekularpathologie / Pathologie moléculaire	2	22%	7	78%	9
Zytopathologie / Cytopathologie	18	43%	24	57%	42
zu Psychiatrie und Psychotherapie:					
Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée	3	33%	6	67%	9
zu Radiologie / Radiologie:					
Diagnostische Neuroradiologie / Neuroradiologie diagnostique	4	11%	33	89%	37
Invasive Neuroradiologie / Neuroradiologie invasive	3	13%	20	87%	23
Pädiatrische Radiologie / Radiologie pédiatrique	7	35%	13	65%	20
zu Urologie / Urologie:					
Operative Urologie / Urologie opératoire	4	2%	166	98%	170
Total Schwerpunkte / Formations approfondies	**374**	**18%**	**1'656**	**82%**	**2'030**

Fähigkeitsausweise / Attestations de formation complémentaire:					
Akupunktur-TCM (ASA) / Acupuncture-MTC (ASA)	233	38%	377	62%	610
Anthroposophisch erweiterte Medizin (VAOAS) / Médecine d'orientation anthroposophique (ASMOA)	30	33%	60	67%	90
Delegierte Psychotherapie (FMPP) / Psychothérapie déléguée (FMPP)	26	25%	76	75%	102
Elektroencephalographie (SGKN) / Electroencéphalographie (SSNC)	45	21%	174	79%	219
Elektroneuromyographie (SGKN) / Electroneuromyographie (SSNC)	49	21%	183	79%	232
Endoskopisch Retrograde Cholangio-Pankreatographie ERCP (SGG) / Cholangio-pancréatographie endoscopique rétrograde ERCP (SSG)	2	4%	53	96%	55
Gastroskopie (SGG) / Gastroscopie (SSG)	1	3%	33	97%	34
Homöopathie (SVHA) / Homéopathie (SSMH)	125	44%	157	56%	282
Hüftsonographie (SGUM) / Sonographie de la hanche (SSUM)	87	30%	205	70%	292
Laserbehandlungen der Haut und hautnahen Schleimhäute (FMS) / Laserthérapie de la peau et des muqueuses orificielles (FMS)	81	21%	312	79%	393
Manuelle Medizin (SAMM) / Médecine manuelle (SMSMM)	150	13%	1015	87%	1'165
Medizinische Hypnose (SMSH/GHypS) / Hypnose médicale (SMSH/SHypS)	44	25%	130	75%	174
Neuraltherapie (SANTH) / Thérapie neurale (SMSTN)	27	23%	93	78%	120
Notarzt SGNOR / Médecin d'urgence SSMUS	139	26%	391	74%	530
Phlebologie (USGG) / Phlébologie (USSMV)	34	23%	112	77%	146
Praxislabor (KHM) / Pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR)	1691	21%	6184	79%	7'875
Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (APPM) / Médecine psychosomatique et psychosociale de l'AMPP	260	43%	348	57%	608
Sachkunde f.dosisint.Untersuchungen & therapeut.Eingriffe i.d.Angiologie (USGG) / Qual. pour les ex. et traitements radiol. à fortes doses en angiologie (USSMV)	8	20%	33	80%	41
Sachkunde für dosisintensive Röntgenuntersuchungen in der Kardiologie (SGK) / Qualification pour les ex. radiologiques à fortes doses en cardiologie (SSC)	20	8%	237	92%	257
Sachkunde für dosisintensives Röntgen (KHM) / Qualification pour les examens radiologiques à fortes doses (CMPR)	584	15%	3325	85%	3'909
Schwangerschaftsultraschall (SGUM) / Ultrasonographie prénatale (SSUM)	457	40%	675	60%	1'132
Sonographie des Abdomens (SGUM) / Ultrasonographie de l'abdomen (SSUM)	146	14%	908	86%	1'054
Sportmedizin (SGSM) / Médecine du sport (SSMS)	28	9%	267	91%	295
Tauchmedizin (SUHMS) / Médecine de plongée (SUHMS)	10	20%	39	80%	49
Vertrauensarzt (SGV) / Médecin-conseil (SSMC)	37	17%	180	83%	217
Zerebrovaskuläre Krankheiten (SGKN) / Maladies cérébrovasculaires (SSNC)	23	18%	107	82%	130
Total Fähigkeitsausweise / Attestations de formation complémentaire	**4'337**	**22%**	**15'674**	**78%**	**20'011**

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

12. Verleihung von eidg. Weiterbildungstiteln 2006 / Octroi de titres fédéraux de spécialiste en 2006

Facharzttitel / Titres de spécialiste	Frauen / Femmes	in % / en %	Männer / Hommes	in % / en %	Total
Allergologie und klinische Immunologie / Allergologie et immunologie clinique	0	0%	3	100%	3
Allgemeinmedizin / Médecine générale	52	41%	76	59%	128
Anästhesiologie / Anesthésiologie	16	38%	26	62%	42
Angiologie / Angiologie	2	40%	3	60%	5
Arbeitsmedizin / Médecine du travail	2	33%	4	67%	6
Chirurgie / Chirurgie	7	19%	29	81%	36
Dermatologie und Venerologie / Dermatologie et vénéréologie	7	35%	13	65%	20
Endokrinologie/Diabetologie / Endocrinologie/diabétologie	1	17%	5	83%	6
Gastroenterologie / Gastroentérologie	1	13%	7	88%	8
Gynäkologie und Geburtshilfe / Gynécologie et obstétrique	10	56%	8	44%	18
Hämatologie / Hématologie	0	0%	2	100%	2
fédéral)	0	0%	4	100%	4
Infektiologie / Infectiologie	3	38%	5	63%	8
Innere Medizin / Médecine interne	60	41%	85	59%	145
Intensivmedizin / Médecine intensive	2	13%	14	88%	16
Kardiologie / Cardiologie	5	16%	26	84%	31
Kiefer- und Gesichtschirurgie / Chirurgie maxillo-faciale	0	0%	2	100%	2
Kinder- und Jugendmedizin / Pédiatrie	54	67%	27	33%	81
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents	19	66%	10	34%	29
Kinderchirurgie / Chirurgie pédiatrique	2	100%	0	0%	2
Klinische Pharmakologie und Toxikologie / Pharmacologie et toxicologie cliniques	1	100%	0	0%	1
Medizinische Genetik / Génétique médicale	1	50%	1	50%	2
Medizinische Onkologie / Oncologie médicale	8	47%	9	53%	17
Nephrologie / Néphrologie	5	63%	3	38%	8
Neurochirurgie / Neurochirurgie	1	20%	4	80%	5
Neurologie / Neurologie	0	0%	6	100%	6
Nuklearmedizin / Médecine nucléaire	1	17%	5	83%	6
Ophthalmologie / Ophtalmologie	16	59%	11	41%	27
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates / Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	2	6%	30	94%	32
Oto-Rhino-Laryngologie / Oto-rhino-laryngologie	4	36%	7	64%	11
Pathologie / Pathologie	5	50%	5	50%	10
Pharmazeutische Medizin / Médecine pharmaceutique	4	57%	3	43%	7
Physikalische Medizin und Rehabilitation / Médecine physique et réadaptation	3	43%	4	57%	7
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie / Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	3	38%	5	63%	8
Pneumologie / Pneumologie	2	14%	12	86%	14
Prävention und Gesundheitswesen / Prévention et santé publique	3	100%	0	0%	3
Psychiatrie und Psychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie	77	55%	64	45%	141
Radiologie / Radiologie	8	27%	22	73%	30
Radio-Onkologie / Strahlentherapie / Radio-oncologie / radiothérapie	2	33%	4	67%	6
Rechtsmedizin / Médecine légale	0	0%	4	100%	4
Rheumatologie / Rhumatologie	0	0%	8	100%	8
Tropen- und Reisemedizin / Médecine tropicale et médecine de voyages	0	0%	2	100%	2
Urologie / Urologie	0	0%	5	100%	5
Total Facharzttitel / Total titres de spécialiste	**389**	**41%**	**563**	**59%**	**952**
Praktischer Arzt / Praktische Ärztin / Médecin praticien	53	44%	68	56%	121

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

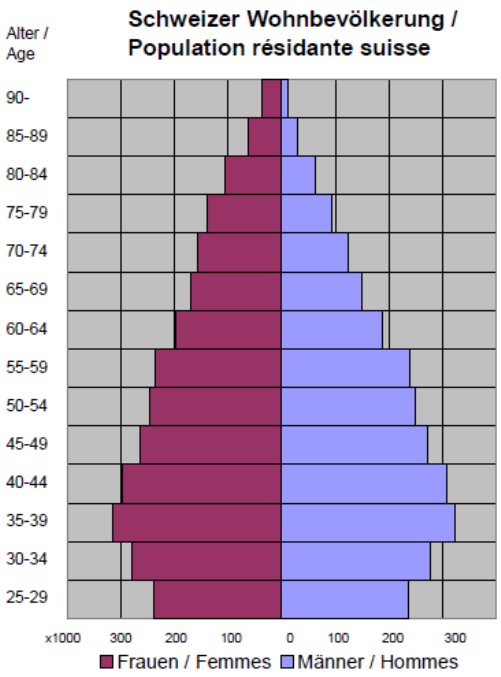
13. Verleihung von FMH-Schwerpunkten und FMH-Fähigkeitsausweisen 2006 / Octroi de titres de formations approfondies et attestation de formation complémentaire en FMH 2006

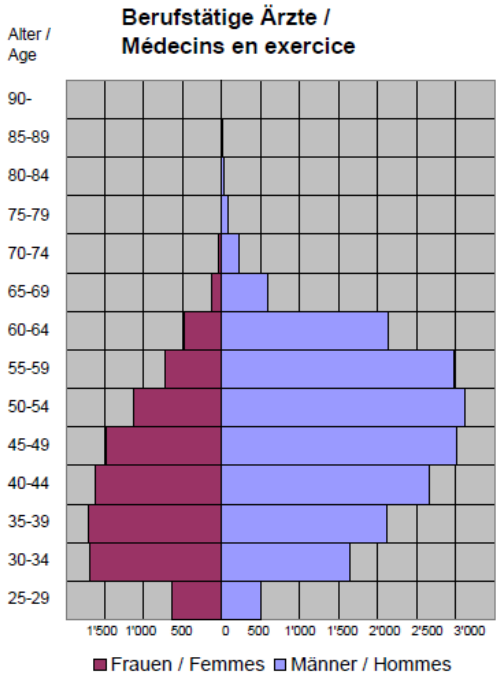
	Frauen / Femmes	in % / en %	Männer / Hommes	in % / en %	Total
Schwerpunkte / Formations approfondies:					
zu Allgemeinmedizin oder Innere Medizin / Médecine générale ou médecine interne:					
Geriatrie / gériatrie	4	31%	9	69%	13
zu Chirurgie oder Herz- und thorakale Gefässchirurgie / Chirurgie ou chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique:					
Gefässchirurgie / Chirurgie vasculaire		0%	5	100%	5
Thoraxchirurgie / Chirurgie thoracique		0%	6	100%	6
zu Chirurgie / Chirurgie:					
Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie / Chirurgie générale et d'urgence	2	5%	35	95%	37
Viszeralchirurgie / Chirurgie viscérale	3	7%	40	93%	43
zu Gynäkologie & Geburtshilfe / Gynécologie et obstétrique:					
Geburtshilfe und feto-maternale Medizin / Obstétrique et médecine foeto-maternelle	1	50%	1	50%	2
Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie / Médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique	4	80%	1	20%	5
zu Kinder- und Jugendmedizin / Pédiatrie:					
Neoantologie / Néonatologie	1	100%		0%	1
Neuropädiatrie / Neuropédiatrie	1	50%	1	50%	2
Pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie / Endocrinologie-diabétologie pédiatrique	1				
Pädiatrische Gastroenterologie / Gastroentérologie pédiatrique	1		2		
Pädiatrische Kardiologie / Cardiologie pédiatrique	1	50%	1	50%	2
Pädiatrische Onkologie-Hämatologie / Oncologie-hématologie pédiatrique		0%	2	100%	2
Pädiatrische Pneumologie / Pneumologie pédiatrique		0%	3	100%	3
zu Ophtalmologie / Ophtalmologie:					
Ophthalmochirurgie / Ophtalmochirurgie	7	44%	9	56%	16
zu Oto-Rhino-Laryngologie / Oto-rhino-laryngologie:					
Hals- und Gesichtschirurgie / Chirurgie cervico-faciale	2	25%	6	75%	8
Phoniatrie / Phoniatrie	1	100%		0%	1
zu Pathologie / Pathologie:					
Molekularpathologie / Pathologie moléculaire	1	100%		0%	1
Zytopathologie / Cytopathologie	2	100%		0%	2
zu Psychiatrie und Psychotherapie:					
Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie / Psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée	3	30%	7	70%	10
zu Radiologie / Radiologie:					
Diagnostische Neuroradiologie / Neuroradiologie diagnostique		0%	7	100%	7
Pädiatrische Radiologie / Radiologie pédiatrique	2	67%	1	33%	3
zu Urologie / Urologie:					
Operative Urologie / Urologie opératoire		0%	3	100%	3
Total Schwerpunkte / Formations approfondies	**37**	**22%**	**139**	**81%**	**172**

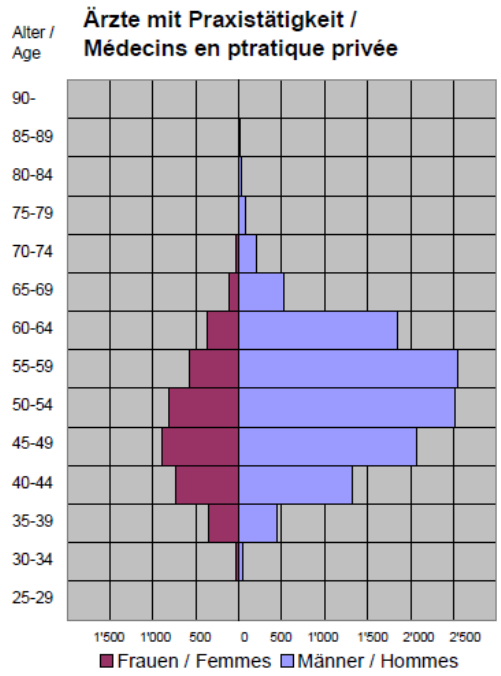
Fähigkeitsausweise / Attestations de formation complémentaire:					
Akupunktur-TCM (ASA) / Acupuncture-MTC (ASA)	7	41%	10	59%	17
Anthroposophisch erweiterte Medizin (VAOAS) / Médecine d'orientation anthroposophique (ASMOA)	1	100%		0%	1
Delegierte Psychotherapie (FMPP) / Psychothérapie déléguée (FMPP)	11	25%	33	75%	44
Elektroencephalographie (SGKN) / Électroencéphalographie (SSNC)	1	25%	3	75%	4
Elektroneuromyographie (SGKN) / Électroneuromyographie (SSNC)		0%	2	100%	2
Endoskopisch Retrograde Cholangio-Pankreatographie ERCP (SGG) / Cholangio-pancréatographie endoscopique rétrograde ERCP (SSG)	0	0%	4	100%	4
Gastroscopie (SSG)	1	17%	5	83%	6
Homöopathie (SVHA) / Homéopathie (SSMH)	4	80%	1	20%	5
Hüftsonographie (SGUM) / Sonographie de la hanche (SSUM)	3	25%	9	75%	12
Laserbehandlungen der Haut und hautnahen Schleimhäute (FMS) / Laserthérapie de la peau et des muqueuses orificielles (FMS)	45	22%	159	78%	204
Manuelle Medizin (SAMM) / Médecine manuelle (SMSMM)	12	29%	30	71%	42
Medizinische Hypnose (SMSH/GHypS) / Hypnose médicale (SMSH/SHypS)		0%	2	100%	2
Neuraltherapie (SANTH) / Thérapie neurale (SMSTN)	3	50%	3	50%	6
Notarzt SGNOR / Médecin d'urgence SSMUS	12	43%	16	57%	28
Phlebologie (USGG) / Phlébologie (USSMV)			1		
Praxislabor (KHM) / Pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR)	10	29%	24	71%	34
Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (APPM) / Médecine psychosomatique et psychosociale de l'AMPP	5	36%	9	64%	14
Sachkunde f.dosisint.Untersuchungen & therapeut.Eingriffe i.d.Angiologie (USGG) / Qual. pour les ex. et traitements radiol. à fortes doses en angiologie (USSMV)	1	33%	2	67%	3
Sachkunde für dosisintensive Röntgenuntersuchungen in der Kardiologie (SGK) / Qualification pour les ex. radiologiques à fortes doses en cardiologie (SSC)	1	20%	4	80%	5
Sachkunde für dosisintensives Röntgen (KHM) / Qualification pour les examens radiologiques à fortes doses (CMPR)	5	18%	23	82%	28
Schwangerschaftsultraschall (SGUM) / Ultrasonographie prénatale (SSUM)	17	68%	8	32%	25
Sonographie des Abdomens (SGUM) / Ultrasonographie de l'abdomen (SSUM)	23	19%	99	81%	122
Sportmedizin (SGSM) / Médecine du sport (SSMS)		0%	3	100%	3
Vertrauensarzt (SGV) / Médecin-conseil (SSMC)	12	27%	32	73%	44
Zerebrovaskuläre Krankheiten (SGKN) / Maladies cérébrovasculaires (SSNC)	1	50%	1	50%	2
Total Fähigkeitsausweise / Attestations de formation complémentaire	**175**	**27%**	**483**	**74%**	**657**

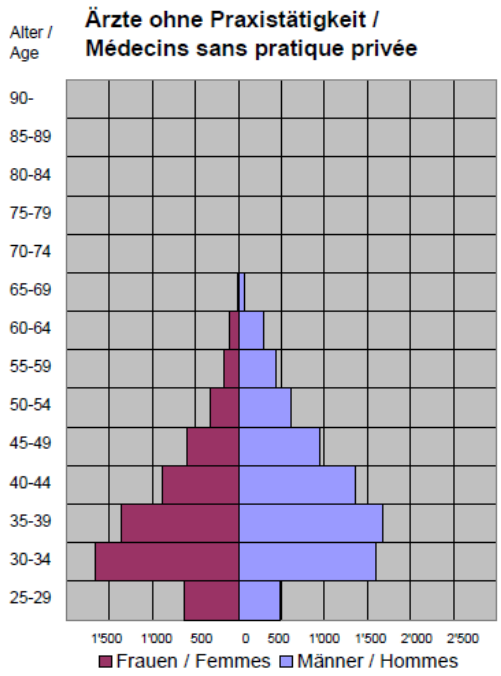
© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

14. Altersstruktur 2006 / Structure d' âge en 2006









© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

15. Vergleichszahlen 2002 - 2006 / Comparaison 2002 - 2006

Ärzte in der Schweiz / Médecins en Suisse	2006	2005	2004	2003	2002
Total berufstätige Ärzte / Médecins en exercice	**28'812**	28'251	27'742	27'268	25'921
Frauen / Femmes	**9'682**	9'291	8'934	8'659	7'946
in % aller berufstätigen Ärzte / en % de tous les médecins en exercice	33.6%	32.9%	32.2%	31.8%	30.7%
Männer / Hommes	**19'130**	18'960	18'808	18'609	17'975
in % aller berufstätigen Ärzte / en % de tous les médecins en exercice	66.4%	67.1%	67.8%	68.2%	69.3%
Ärzte mit Praxistätigkeit / Médecins en pratique privée	**15'532**	15'313	15'199	14'879	14'408
in % aller berufstätigen Ärzte / en % de tous les médecins en exercice	53.9%	54.2%	54.8%	54.6%	55.6%
Aufteilung der Ärzte mit Praxistätigkeit / Répartition des médecins en pratique privée:					
Fachärzte für Allgemeinmedizin / Spécialistes en médecine générale	22.5%	22.7%	22.6%	22.3%	20.5%
Übrige Fachärzte / Autres spécialistes	70.4%	69.7%	69.3%	68.9%	66.2%
Ärzte ohne Facharzttitel / Médecins sans titre de spécialiste	7.1%	7.6%	8.1%	8.8%	13.4%
- davon Praktischer Arzt / Médecin praticien	34.5%	34.1%	31.2%	26.3%	16.6%
Ärzte ohne Praxistätigkeit / Médecins sans pratique privée	**13'280**	12'938	12'543	12'389	11'513
in % aller berufstätigen Ärzte / en % de tous les médecins en exercice	46.1%	45.8%	45.2%	45.4%	44.4%
Aufteilung der Ärzte ohne Praxistätigkeit / Répartition des médecins sans pratique privée:					
Fachärzte für Allgemeinmedizin / Spécialistes en médecine générale	3.2%	2.8%	2.9%	2.8%	2.2%
Übrige Fachärzte / Autres spécialistes	42.5%	40.4%	37.6%	35.5%	32.7%
Ärzte ohne Facharzttitel / Médecins sans titre de spécialiste	54.2%	56.7%	59.5%	61.7%	65.1%
- davon Praktischer Arzt / Médecin praticien	5.3%	4.8%	4.9%	5.2%	5.0%
Total berufstätige Ärzte / Médecins en exercice	**28'812**	28'251	27'742	27'268	25'921
Aufteilung der berufstätigen Ärzte / Répartition des médecins en exercice:					
Fachärzte für Allgemeinmedizin / Spécialistes en médecine générale	13.6%	13.6%	13.7%	13.4%	12.4%
Übrige Fachärzte / Autres spécialistes	57.6%	56.3%	55.0%	53.7%	51.3%
Ärzte ohne Facharzttitel / Médecins sans titre de spécialiste	28.8%	30.1%	31.3%	32.9%	36.3%
- davon Praktischer Arzt / Médecin praticien	9.2%	8.8%	8.6%	8.3%	7.4%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Anzahl Einwohner pro / Nombre d'habitants par:					
Arzt mit Praxistätigkeit / Médecin en pratique privée	487	490	491	498	510
Berufstätigen Arzt / Médecin en exercice	262	266	269	272	284
Durchschnittsalter der berufstätigen Ärzte / Age moyen des médecins en exercice:					
Berufstätige Ärzte / Médecins en exercice	**47**	46	46	45	45
Frauen / Femmes	**43**	43	42	42	42
Männer / Hommes	**49**	48	48	47	47
Ärzte mit Praxistätigkeit / Médecins en pratique privée	**52**	52	52	51	51
Ärzte ohne Praxistätigkeit / Médecins sans pratique privée	**40**	40	39	39	38
Durchschnittliches Sterbealter / L'âge moyen des décès	**77**	75	76	75	75

© FMH-Generalsekretariat 2007, Stand per 31.12.2006

FMH-Ärztestatistik
Definition der Begriffe

Die Statistik enthält Angaben über die berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. Es sind sowohl FMH-Mitglieder als auch Nicht-Mitglieder enthalten. Zur besseren Lesbarkeit wird in der Regel der Begriff «Ärzte» anstelle von «Ärztinnen und Ärzten» verwendet.

Anzahl Einwohner
Mittlere Wohnbevölkerung gemäss Bundesamt für Statistik, Sektion Bevölkerungsentwicklung.

Ärzte in der Schweiz
Ärzte, die ihre berufliche Tätigkeit in der Schweiz ausüben.

Ärzte mit Praxistätigkeit
Ärzte, die in irgendeiner Form eine Praxistätigkeit ausüben, d.h. Ärzte, die in eigener medizinischer Verantwortung Patienten behandeln, sowie Ärzte mit Spitaltätigkeit, die ihr Einkommen ganz oder teilweise aus Patientenhonoraren beziehen, beispielsweise also:
- Ärzte mit privater Praxistätigkeit (Voll- und Teilzeit)
- Spitalärzte (Chef-, Leitende-, Beleg-, gegebenenfalls Oberärzte) mit Praxistätigkeit
- Ärzte mit Praxistätigkeit, die zusätzlich in irgend einer Form auch angestellt sind
- Angestellte Ärzte, die zusätzlich eine Praxistätigkeit ausüben

Ärzte ohne Praxistätigkeit
Berufstätige Ärzte, die nicht in der Kategorie «Ärzte mit Praxistätigkeit» enthalten sind:
- Chefärzte
- Leitende Ärzte
- Oberärzte
- Assistenten
- Andere Tätigkeit (Verwaltung, Industrie, Versicherungen, usw.)

Statistique médicale FMH
Définition des termes

La statistique médicale FMH comprend les données concernant les médecins exerçant leur profession en Suisse, qu'ils soient ou non membres de la FMH.

Nombre d'habitants
Population résidante moyenne selon l'Office fédéral de la statistique, section de l'évolution de la population.

Médecins en Suisse
Médecins exerçant leur activité professionnelle en Suisse.

Médecins en pratique privée
Médecins exerçant une activité en pratique privée sous une forme quelconque, à savoir des médecins traitant des patients sous leur propre responsabilité, ainsi que des médecins exerçant une activité en milieu hospitalier dont les honoraires proviennent entièrement ou partiellement d'une clientèle privée, notamment:
- médecins en cabinet privé (à temps plein ou partiel)
- médecins d'hôpitaux (médecins-chefs, médecins dirigeants, médecins agréés, le cas échéant, chefs de clinique), avec clientèle privée
- médecins en pratique privée qui, en sus et sous une forme quelconque, sont aussi employés
- médecins employés exerçant en sus une activité en pratique privée.

Médecins sans pratique privée
Médecins qui exercent leur profession mais n'entrent pas dans la catégorie «médecins en pratique privée»:
- médecins-chefs
- médecins dirigeants
- chefs de clinique
- médecins-assistants
- autres activités (dans l'administration, l'industrie, les assurances, etc.)

Ärzte ohne Facharzttitel
Ärzte, die keinen Facharzttitel führen.

Médecins sans titre de spécialiste
Médecins qui n'ont pas de titre de spécialiste.

Belegärzte
Ärzte mit Praxistätigkeit, die in irgend einer vertraglich vereinbarten Form die Spitalinfrastruktur in Anspruch nehmen und/oder vertraglich vereinbarte Dienstleistungen gegenüber dem Spital erbringen.

Médecins agréés
Médecins en pratique privée qui, sous une forme quelconque fixée par contrat, utilisent l'infrastructure de l'hôpital et/ou lui fournissent des prestations convenues par contrat.

Chefärzte
Ärzte, die am Spital als Chefärzte angestellt sind (mit oder ohne Praxistätigkeit).

Médecins-chefs
Médecins engagés dans un hôpital en tant que médecins-chefs (avec ou sans activité en pratique privée).

Durchschnittsalter
Summe des Alters, dividiert durch Anzahl Ärzte.

Age moyen
Somme des âges divisée par le nombre de médecins.

Fachärzte
Ärzte, die einen oder mehrere Facharzttitel führen.

Médecins spécialistes
Médecins détenteurs d'un ou de plusieurs titres de spécialiste.

Kanton
Als Kanton gilt der Standortkanton der Praxis oder der beruflichen Haupttätigkeit. Wenn keine der beiden Angaben bekannt ist, gilt der Standortkanton der Kontaktadresse.

Canton
Le canton est celui du lieu du cabinet médical ou celui dans lequel le médecin exerce son activité principale. Lorsque ces deux informations font défaut, c'est l'adresse de correspondance qui détermine le canton.

Leitende Ärzte
Ärzte, die am Spital in leitender Position angestellt sind (mit oder ohne Praxistätigkeit).

Médecins dirigeants
Médecins occupant une fonction dirigeante à l'hôpital (avec ou sans activité en pratique privée).

MS-Region
Regionale Gliederung der Schweiz gemäss Programm NFP-5 des Schweizerischen Nationalfonds. MS bedeutet «mobilité spatiale».

Région MS
Le découpage régional de la Suisse selon le programme PNR-5 du Fonds national suisse. MS = «mobilité spatiale».

Sterbealter
Summe des Alters zum Zeitpunkt des Ablebens, dividiert durch Anzahl der verstorbenen Ärzte.

Age moyen de décès
Somme des âges lors des décès divisée par le nombre des médecins défunts.

Association Jurassienne de Médecine Générale
Association Neuchâteloise des Médecins Omnipraticiens
Groupement Fribourgeois de Médecine Générale
Groupement Valaisan des Omnipraticiens
Association des Médecins Omnipraticiens Vaudois
Groupement Genevois des Médecins Omnipraticiens

Unité de Médecine Générale Lausanne
Unité d'enseignement de médecine générale Genève

Cursus Romand de Médecine Générale

Introduction 2
Objectifs du projet : 2
Moyens 3
Structure du projet : organe de pilotage, organisations partenaires 6
Evaluation 6
Ressources nécessaires, budget prévisionnel 7
Sources de financement 7
Bibliographie 8
Annexes 9

Introduction

Les premiers effets d'une pénurie de médecins généralistes sont ressentis dans les régions rurales du pays depuis quelques années déjà. L'étude de la démographie des généralistes dans le canton de Vaud et en Romandie est alarmante (Monnier 2004) : « L'idéal serait de former dans les 15 années à venir entre 100 et 150 médecins de premier recours par an uniquement pour la Suisse romande (…) » (Horn 2005).

Ces trois dernières années, vingt-cinq médecins seulement par année ont terminé leur formation de médecine générale en Romandie… Dans une enquête auprès des médecins en cours de spécialisation, 8 à 10% déclarent se destiner à la médecine générale. (Giger 2006)

Inquiets de cette situation, un groupe de praticiens généralistes impliqués dans l'enseignement (Unité de médecine générale de Lausanne et Unité d'enseignement de médecine générale de Genève) s'est senti interpellé par le communiqué du 19 mai 2005 de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS/GDK) « Soins médicaux ambulatoires de premier recours ».

Ce « Cursus romand de médecine générale » est notre contribution à l'effort général.
Il est issu du travail réalisé par le Dr Denis Spahni à la Policlinique de Médecine de Genève entre 1992 et 1996 et du modèle de Cursus développé depuis 1999 à la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne par le Dr Etienne Fréchelin.

Il représente un effort concerté des groupements de médecins omnipraticiens des six cantons romands, des Unités de Médecine Générale des Facultés de médecine de Lausanne et Genève, et des six Départements de la Santé représentés à la Conférence Romande des Affaires Sanitaires et Sociales.

Remarque :
La médecine générale définit une discipline en soi, établie au rang de spécialité FMH en 1966.
C'est le métier exercé par l' «Omnipraticien». On parle en allemand de «Hausarztmedizin» .

Ces dernières années, plusieurs nouveaux termes ont fait leur apparition tels que « Family medicine », «Grundversorgung», «Médecine de premier recours». Tous ces termes sont liés à une évolution marquée d'une part par le développement très important du champ d'action de spécialistes qui, comme les gynécologues et les pédiatres par exemple, ont une activité de premier recours et, d'autre part, par l'atténuation progressive de la différence entre médecine générale et médecine interne générale, cette dernière déployant ses vrates caractéristiques plutôt à l'intérieur de l'hôpital.

Dans le présent document, on parlera simplement de MEDECINE GENERALE. C'est notamment sous ce terme que s'est développée à Lausanne comme à Genève l'activité facultaire de l' « Unité de Médecine Générale » (UMG) et que le développement académique de cette discipline est en discussion dans toutes les Facultés de médecine en Suisse. Sous ce terme, on entend la médecine générale au sens large, la « médecine de premier recours » : à noter que les «Unité de Médecine Générale» de Lausanne, de Genève, comme des autres Facultés sont constituées de spécialistes FMH en médecine générale et en médecine interne.

Objectifs du projet :

- **Augmenter le nombre de médecins se formant en médecine générale/médecine de premier recours dans toute la Suisse Romande pour assurer la relève.**
- **Favoriser la décentralisation de la formation en médecine générale dans toute la Romandie.**
- **Susciter une meilleure répartition des médecins généralistes sur le territoire.**
- **Augmenter la qualité pédagogique et l'attrait de la formation en médecine générale/médecine de premier recours.**

Moyens

Pour atteindre ces objectifs, nous proposons une démarche sur plusieurs plans. Une action réaliste doit s'insérer dans le système de formation tel qu'il existe aujourd'hui, et y promouvoir des changements qualitatifs simples et réalisables, soigneusement sélectionnés.

Une action coordonnée :

- des pouvoirs publics
- des groupements cantonaux de médecins généralistes
- des enseignants en médecine générale
- des établissements hospitaliers de formation postgraduée (dits EFP dans la suite du texte),
- des cabinets médicaux reconnus pour la formation postgraduée
- et des médecins en cours de spécialisation

est à même de susciter un changement de l'état d'esprit des protagonistes et de l'image du généraliste.

Concrètement :

1. **Promouvoir une image positive du généraliste et du généralisme**
2. **Créer un groupement réunissant généralistes en formation et praticiens.**
3. **Susciter une amélioration de la qualité pédagogique dans les établissements et cabinets de formation.**
4. **Recenser et évaluer les lieux de formation postgraduée**
5. **Créer un office de placement, d'encadrement et de guidance pour les futurs généralistes**

1. Promotion d'une image positive du généraliste et du généralisme :

Le développement d'un enseignement spécifique dans les Facultés de Médecine, la présence de généralistes auprès des étudiants tout au long du cursus sont des facteurs de la plus haute importance pour influencer un choix de carrière ultérieur.

Les médecins généralistes des Unités de Médecine Générale auprès des Facultés de Genève et Lausanne sont impliqués dans ce travail depuis plus de dix ans, et sont devenus petit à petit des ressources prisées par le corps enseignant des facultés. Leur travail doit impérativement être soutenu et développé par les représentants de la population pour atteindre un tel objectif.

Une collaboration proactive avec les EFP, la compétence des partenaires, une meilleure connaissance respective des personnes mènent naturellement à un respect mutuel et tend à améliorer l'image de la médecine générale dans les services hospitaliers.

Les omnipraticiens apprendront à utiliser les ressources hospitalières locales de manière optimale. Une meilleure connaissance de la médecine générale/de premier recours de la part des formateurs hospitaliers rendra la formation qu'ils dispensent aux futurs généralistes plus pertinente, donc mieux évaluée par ceux-ci.

2. Création d'un groupement réunissant généralistes en formation et praticiens

Le soutien, les échanges entre pairs sont une source importante de motivation et d'identité professionnelle.
Le développement d'une identité professionnelle forte concourt à l'attrait de la filière. L'implication des omnipraticiens dans l'enseignement facultaire a mis en évidence l'importance et la richesse des échanges entre générations.

Les groupements de médecins en cours de spécialisation connaissent un grand succès dans les pays où la médecine générale est un des piliers du système de santé, et une organisation européenne très active a vu le jour récemment à l'initiative de collègues anglais et néerlandais, principalement.
La nécessité de l'existence d'un tel groupe, animé de manière compétente, ne fait aucun doute, autant parmi les jeunes généralistes que parmi les concepteurs du Cursus.

3. Amélioration de la qualité pédagogique pendant la formation postgraduée.

Beaucoup de responsables de formation postgraduée tant au niveau régional que national se préoccupent de l'amélioration de la qualité de l'enseignement dispensé. L'emploi d'une version simple de « Contrat Pédagogique » nous a paru remplir parfaitement les exigences de bureaucratie minimale pour un bénéfice pédagogique optimal.

Le contrat pédagogique est un outil puissant pour améliorer l'apprentissage. Lors de sa rédaction, l'apprenant devient actif dans le choix des objectifs d'apprentissage; il doit les exprimer en mots simples, réfléchir à la façon d'acquérir de nouvelles compétences/connaissances ainsi qu'à la façon de contrôler si ces objectifs ont été atteints.

Lors de l'entretien avec le formateur, les objectifs sont complétés par des objectifs dits normatifs (ceux du formateur), les méthodes d'apprentissage affinées et, surtout, un accord entre le formateur et l'apprenant est scellé. Un ou plusieurs rendez-vous de bilan sont agendés, permettant que l'enseignement/l'apprentissage devienne un processus explicite, à côté du travail avec les patients.

Exemple de contrat pédagogique (voir annexe)

Besoins d'apprentissage	**Mes objectifs d'apprentissage**	**Stratégies et ressources**	**Critères d'évaluation**	**Agenda de l'évaluation**
Période de formation : Date de la signature du contrat : Signature du médecin en formation : Signature du superviseur désigné (pour le service ou le cabinet) :				

4. Recensement, évaluation des établissements de formation postgraduée

Les médecins généralistes sont, en Suisse, formés principalement dans des hôpitaux ; la formation en cabinet médical est encore marginale. Ces établissements hospitaliers de formation postgraduée (EFP) dispensent une formation de qualité, mais destinée principalement à de futurs spécialistes ; bien peu d'entre eux ont développé un enseignement spécifique pour les futurs généralistes, ou publié un concept de formation postgraduée pour les futurs généralistes.

La pertinence de la formation pour le métier de généraliste n'est pas un critère pris en compte par d'autres évaluations de la formation postgraduée (cf. enquête la Fédération des Médecins Suisses FMH). Améliorer cette pertinence est un processus qui repose sur une meilleure connaissance réciproque, un travail d'information et des contacts personnels.

Ce volet est placé sous la responsabilité des Groupements Cantonaux de Médecins Omnipraticiens.

Ces médecins se chargent d'un travail de proximité auprès des EFP : prise de contact personnelle avec le responsable, présentation du Cursus, de sa démarche d'amélioration qualitative tant au niveau pédagogique qu'au niveau de la pertinence des acquis pour un généraliste.

Les collaborateurs du Cursus s'engagent à assister les EFP dans la rédaction d'un concept de formation postgraduée pour les médecins généralistes.
Un EFP de qualité sera recommandé auprès des futurs généralistes du cursus, de manière détaillée.
Le contact personnel du médecin généraliste sera souvent le point de départ d'un approfondissement de la collaboration avec l'établissement dans le domaine des soins, et laisse la porte ouverte à des activités de mentorat, par exemple.

Des critères de qualité des établissements hospitaliers de formation postgraduée pour généralistes ont été développés par un groupe d'enseignants en médecine générale et de médecins en formation.
Ces critères sont présentés en annexe.

5. Création d'un office de recrutement et de placement pour la formation postgraduée des futurs généralistes

Ce volet repose sur le concept d'une « porte d'entrée à grande visibilité », servant d'office de recrutement.

Deux médecins coordinateurs, praticiens et enseignants expérimentés, sont engagés à 25%, l'un à Genève, l'autre à Lausanne.
Ils ont la responsabilité du contact avec les étudiants et les médecins en formation.
Ils sélectionnent les meilleurs candidats, les recommandent aux établissements et cabinets accrédités, et les suivent au long de leur formation.

Un rôle important sera dévolu au Secrétariat du Cursus, où les futurs généralistes auront la possibilité de s'annoncer.

Les EFP et les cabinets médicaux collaborant avec le Cursus sont ainsi assurés de se voir proposer des candidats sélectionnés et motivés.

Le succès de ce modèle à Lausanne nous garantit une bonne participation de jeunes médecins parmi les plus motivés.

Structure du projet : organe de pilotage, organisations partenaires

Comité de Pilotage :
Représentants des Groupements Cantonaux d'omnipraticiens, des Policliniques Médicales/Instituts Universitaires de Médecine Générale de Genève et Lausanne, des instances politiques (CRASS - Conférence romande des affaires sanitaires et sociales et CDS - Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé), et des médecins en formation du Cursus

Bureau :
Les deux médecins-coordinateurs, la secrétaire, un omnipraticien de canton non universitaires; participation sur demande du responsable de la structure administrative hébergeant le Cursus Romand

Personnel :
Un praticien engagé à 25% à la Policlinique de Médecine à Genève
Un praticien engagé à 25% à la Policlinique Médicale Universitaire à Lausanne
Un secrétariat à 50%, fonctionnant 5 jours par semaine, avec des ressources humaines et techniques suffisantes, occupant un bureau situé à l'intérieur d'une des deux policliniques (Genève ou Lausanne)

Gestion :
La gestion du budget du Cursus est confiée à une Policlinique Médicale, qui ouvre un compte réservé au Cursus.

Evaluation

Une partie du budget est consacrée à une évaluation externe du projet.
Une évaluation du développement et du succès du projet est publiée annuellement.

Ressources nécessaires, budget prévisionnel

	2007 (1.7 -31 12.07)	2008
Salaire secrétaire (30% en 2007 ; 50% en 2008)	11'000.-	45'000.-
Salaires 2 médecins coordinateurs (2*20 %)	29'000.-	65'000.-
Heures des médecins délégués dans les différents cantons romands		50'000.-
Evolution du programme informatique	5'000.-	5'000.-
Frais de fonctionnement des organes de pilotage (COPIL et bureau)	3'000.-	10'000.-
Locaux dans les policliniques soit bureau des médecins coordinateurs et secrétariat		17'000.-
Evaluation		5'000.-
Divers		5'000.-
Total	**48'000.-**	**202'000.-**

Sources de financement

La réussite d'un projet aussi ambitieux que celui du Cursus Romand de Médecine Générale implique une action coordonnée de nombreux partenaires :

- les médecins omnipraticiens et leurs groupements professionnels cantonaux
- les associations médicales faîtières
- les Policliniques Médicales Universitaires de Genève et Lausanne
- les Unités de Médecine Générale des deux Facultés de Médecine romandes
- les pouvoirs publics, en particulier les responsables de Santé Publique

Organisme	2007	2008
CDS	25'000.-	35'000.-
Cantons participants (via la CRASS)	20'000.-	82'000.-
Groupements cantonaux de médecine générale		50'000.-
Société suisse de médecine générale*		5'000.-
FMH (CFPC)*		5'000.-
Policliniques médicales		20'000.-
Faculté de médecine*		5'000.-
Total	**45'000.-**	**202'000.-**

* Contributions demandées, encore incertaines à ce jour.

Pour le Comité Romand de Pilotage :

Dr Bruce Brinkley
Genève

Dr Etienne Fréchelin
Yvonand

Dr François Pilet
Vouvry

Bibliographie

Soins médicaux ambulatoires de premier recours.
CDS/GDK Communiqué de presse du 19.5.2005

Pénurie de médecins de premier recours en suisse ?
Santé (CDS/GDK) novembre 2005

Médecin de premier recours: pénurie ou pléthore? Etat des lieux et devenir
Monnier M . PrimaryCare 2004;4:755-759

Médecins de premier recours en Suisse romande: Qui sont-ils? Que font-ils?
Monnier M. PrimaryCare 2004;4:782-784

Médecine de premier recours: quel intérêt pour les étudiants en médecine?
Monnier M PrimaryCare 2005;5:76-77

Application de la clause du besoin dans le canton de Vaud
Horn T. Decrey Wick H. PrimaryCare 2005;5:414-4

Enquête permanente de la FMH
Giger M Bull Med Suisses 2006

Quelques réflexions à propos du Curriculum Médecine Générale FMH. Fréchelin E (2003)

Critères de qualité pour la formation postgraduée des médecins. Rindlisbacher B (2002)
(www.fmh.ch, search Rindlisbacher)

Critères d'accréditation possibles pour l'optimisation didactique des établissements de formation postgraduée.
Rindlisbacher B (2002)

Visites d'établissements de formation postgraduée, exemple médecine interne Rindlisbacher B (2002)

Learner Contracts.
Ferrante J. Fam Med 1998;30 :703-704

Learning Contracts
Hesketh EA. Laidlaw JM Med Teacher 2003; 25:116-119

Personal learning plans.
Challis M. Medical Teacher 2000; 22:225-236

Note importante : ce document est appelé à être modifié au fur et à mesure de l'avancement des réflexions.
La dernière version est accessible sur le site web
www.asscab.ch

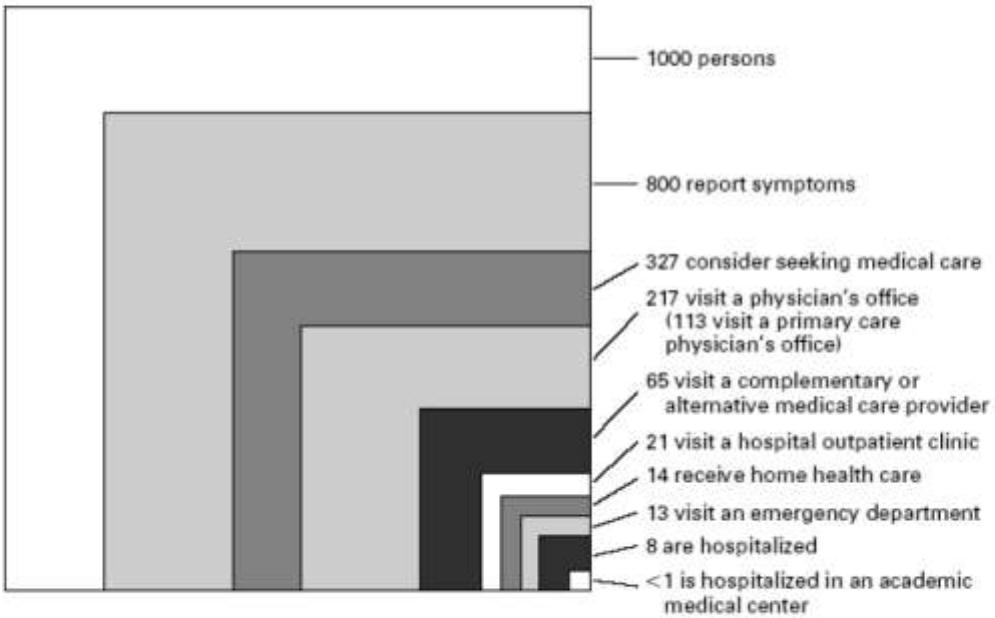
Annexes

- Critères de qualité pour établissements hospitaliers de formation postgraduée
- Carrés de White
- Triangles de Tschudi
- Contrat pédagogique

Critères de qualité

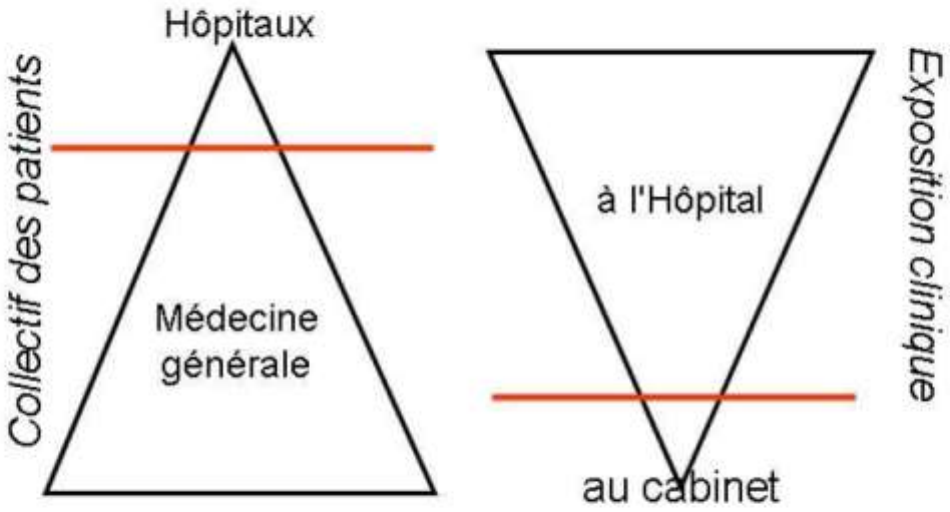
L'établissement de formation postgraduée
- s'engage spécifiquement à offrir une formation de qualité à de futurs médecins généralistes
- véhicule et promeut une image valorisante de la médecine générale
- désigne un médecin cadre comme responsable de la formation des généralistes, qui est en contact avec les responsables du Cursus Romand de Médecine Générale
- réserve du temps pour l'accueil du généraliste dans le service
- organise avant la fin des deux premières semaines un entretien avec le généraliste en formation axé sur les objectifs d'apprentissage (contrat pédagogique)
- organise une évaluation intermédiaire (au moins tous les six mois) et finale, avec protocole écrit.
- offre aux futurs généralistes un accès prioritaire à l'activité ambulatoire (urgences, policlinique) lorsque l'organisation du service le permet.
- favorise l'accès aux consultations spécialisées
- réserve du temps pour une formation théorique, dont le contenu et la qualité sont pertinents pour un généraliste en formation
- offre au futur généraliste la possibilité de participer à un congrès de médecine générale pendant le stage, ainsi qu'aux formations organisées à son intention par les responsables du Cursus.

Carrés de Whight

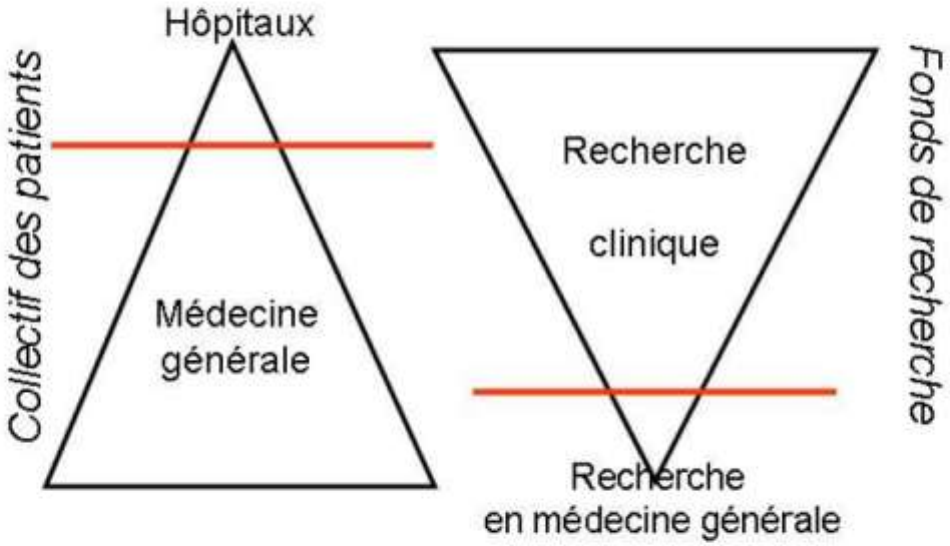


The ecology of medical care revisited
N Engl J Med, 2001; 344, 2021-2025

Enseignement :



Recherche :



D'après Peter Tschudi, 2005

CONTRAT PEDAGOGIQUE

Mode d'emploi

- Le contrat pédagogique est un outil, non un but en soi
- Il doit avant tout stimuler la réflexion chez celui qui apprend et le dialogue avec le responsable de la supervision
- La liste des besoins d'apprentissage, pour un médecin, futur généraliste, est bien sûr très longue, et différents catalogues ont essayé de l'établir (réf. :…)
- Il est cependant essentiel, pour la période de 6 ou 12 mois, de se fixer quelques objectifs simples, précis, concrets, en fonction de ses besoins personnels (colonnes 1 et 2)
    - Par exemple : pour un stage en orthopédie ou en rhumatologie, un des objectifs pourrait se résumer comme suit : « maîtriser correctement l'examen clinique de l'épaule, du genou, du pied et du rachis »
- Les objectifs d'apprentissage doivent impérativement être pensés et rédigés (de façon succincte) par le médecin en formation, puis complétés, nuancés, corrigés par le médecin superviseur, en fonction des réalités pratiques du service ou du cabinet concerné, mais aussi en fonction des besoins observés chez les jeunes collègues ou des besoins normatifs liés à la spécialité (p.ex. ce qu'un orthopédiste aimerait qu'un généraliste connaisse ou sache faire)
- Il est fort utile de réfléchir ensemble par quels moyens un objectif pourra être atteint et comment on pourra évaluer si cet objectif est atteint (colonne 3 et 4), sans quoi la fixation d'objectifs reste purement théorique et virtuelle.
- Enfin, last but not least, des échéances doivent être fixées, d'un commun accord, pour un (ou plusieurs) petit bilan intermédiaire ainsi qu'une évaluation finale (colonne 5)
- C'est lors de ces bilans qu'on appréciera à sa juste valeur le contrat pédagogique : ce petit document, très simple, remettra en mémoire le point de départ et permettra de mesurer le chemin parcouru
- Les bilans intermédiaires permettent de corriger le tir, en ajoutant ou en retranchant des objectifs, ou en améliorant les moyens mis à disposition
- L'évaluation finale, en fonction des objectifs fixés, permet de valider le stage et de mettre en évidence des besoins particuliers qu'il s'agira de combler par la suite

Besoins d'apprentissage	**Mes objectifs d'apprentissage**	**Stratégies et ressources**	**Critères d'évaluation**	**Agenda de l'évaluation**
(ce que j'en perçois au travers de mes expériences pré et post graduées)	(ce que j'aimerais atteindre concrètement au bout des 6 ou 12 mois)	(par quels moyens, je pense atteindre ces objectifs)	(comment savoir que j'ai atteint ces objectifs)	
Période de formation : Date de la signature du contrat : Signature du médecin en formation : Signature du superviseur désigné (pour le service ou le cabinet) :				

Présentation de l’examen de spécialiste en médecine générale

UNIVERSITÄT
BERN

Medizinische Fakultät
Institut für Medizinische Lehre IML
Abteilung für Ausbildungs- und
Examensforschung AAE

Questions à réponses brèves

Informations méthodologiques pour les candidats à la partie écrite de l'examen de spécialiste en médecine générale

2001
revu et corrigé en 2005

contenu

Pourquoi des questions à réponses brèves?

Qu'examine-t-on?

Comment est-ce évalué?

Quand saurai-je le résultat de mon examen?

A quoi faut-il être veiller en répondant aux questions?

Et maintenant, un exemple à but d'exercice

Clé de la réponse

A ne pas oublier en répondant aux questions

Auteur:
Dr méd. Peter Schläppi, spécialiste FMH en médecine générale, membre de la commission des examens de la SSMG, Institut fürMedizinische Lehre IML (appelé autrefois IAWF), Inselspital 37a, 3010 Berne

Révision 2005 : Dr méd. Bernhard Rindlisbacher, spécialiste FMH en médecine générale, IML, 3010 Berne

Pourquoi des questions à réponses brèves?

Les questions à réponses brèves sont une forme de questions permettant d'examiner – de manière active - chez un grand nombre de candidats, ce qu'ils savent d'un problème ou comment ils le résolvent.
C'est la raison pour laquelle les responsables de l'examen de spécialiste ont choisi cette méthode pour examiner le savoir des candidats. Les futurs médecins généralistes doivent pouvoir justifier, expliquer, pondérer leurs connaissances et leur manière de faire à partir de cas concrets issus de la pratique. La disponibilité de ce savoir, respectivement la faculté d'appliquer activement ces connaissances est plus importante, pour un médecin de famille installé, que la reconnaissance passive d'un savoir spécialisé fragmenté cernant des particularités telle que l'examine en première ligne le questionnaire à choix multiple (QCM).

Qu'examine-t-on?

La description d'un cas ou d'un problème et les questions s'y rapportant sont directement issus de la pratique quotidienne des auteurs des questions, qui pratiquent tous en Suisse en qualité de médecins de premier recours. Les cas proposés à l'examen ne sont ni des raretés, ni des faits montés en épingle à partir de la littérature, de la clinique ou de la pratique. Ils sont au contraire l'expression la plus directe possible des problèmes courants, particuliers ou sujets à caution présentés par les patients tels que vous les rencontrerez plus tard dans votre pratique quotidienne de médecin de premier recours.

Comment est-ce évalué?

La composition de l'examen est du ressort de la commission d'examen de la Société suisse de médecine générale SSMG. Elle le compose à partir de cas nouvellement rédigés d'une part, assortis à des cas déjà utilisés les années précédentes d'autre part. Ce faisant, on analyse exactement le contenu, afin de prendre en considération et de manière proportionnée l'ensemble du domaine couvert par la médecine générale au moyen d'un « Blueprint » défini par la commission d'examen. La clé des réponses est le fruit d'un conscensus détaillé établi avant l'examen par une quinzaine de médecins généralistes. Une équipe de généralistes corrige les cahiers d'examens sur la base de cette clé des réponses en collaboration avec des experts de l'Institut für Medizinische Lehre (IML). Pour garantir une évaluation uniforme dans les cas limite, un correcteur donné corrige le même cas dans tous les cahiers d'examens. Tous les résultats pris un à un sont ensuite soumis à une analyse statistique par ordinateur détaillée, afin de s'assurer que les critères pertinents pour la qualité d'une évalutation fiable sont remplis pour chacune des questions prise individuellement et pour l'ensemble de l'examen. Le résultat final de l'évaluation est converti en examen « passé » ou « échoué ». La limite de points à atteindre pour la réussite est déterminée d'une part sur la base des questions dites d'«ancrage» des examens précédents et d'autre bart sur la base d'une estimation effectuée avant l'examen par des experts médecins généralistes selon des critères se rapportant au contenu (consensus sur ce qui est « juste encore acceptable chez le médecin spécialiste»).

Quand saurai-je le résultat de mon examen?

L'analyse détaillée décrite ci-dessus prend beaucoup de temps. Ce n'est que 6 semaines après l'examen que tous les candidats reçoivent un feed-back détaillé selon les différents sujets examinés.

A quoi faut-il être veiller en répondant aux questions?

- Répondez **en partant du principe que vous êtes d'ores et déjà dans votre cabinet médical**. Imaginez par conséquent que vous êtes assis(e) dans votre salle de consultation ou que vous êtes en visite à domicile et que **vous vous trouvez face à votre patient ou à votre patiente** et disposez précisément des informations figurant dans la description du cas correspondant.

- Lisez **soigneusement** la description de chaque cas, ainsi que les des questions s'y rapportant.

- Pensez à bien répartir votre temps. Il vaut mieux **parcourir rapidement** l'ensemble des questions sans s'attarder trop longtemps sur l'une d'entre elles.

- A droite de la question correspondante figure (entre parenthèses) la **valeur maximale de points** que vous pouvez obtenir en répondant correctement. **Des points sont attribués aux réponses qui ont le plus de chances de faire avancer au mieux votre démarche dans la situation décrite en tant que médecin traitant.** Les réponses donnant droit à un point ont été déterminées préalablement par une équipe d'experts.

- Répondez ***uniquement*** à la question posée, en vous limitant aux **mots essentiels** ou à de **courtes phrases**.

- Si l'on vous pose des questions du type « examens », « étapes d'investigations », « procédures diagnostiques ou thérapeutiques » ou des « mesures », des **réponses globales**, telles que « anamnèse », « status », « laboratoire » ou « radiographies » **ne suffisent pas comme réponse**. Il faudra au contraire indiquer p.ex. « Demander le poids », « Auscultation cardiaque », « Détermination de l'hémoglobine », « Radiographie de la colonne dorsale ».

- A propos de la **terminologie**:
  « **Examen clinique** » = « **Examen physique** »
  Examens réalisables avec les instruments habituellement disponibles pour le „status".

« **Signes cliniques**" = signes constatés lors d'un „examen clinique".

« **Examen complémentaire** » = Il peut s'agir d'un examen de laboratoire, d'un procédé d'imagerie médicale ou de tout autre examen dépassant le cadre de l' « examen clinique » au sens strict.

« **Mesure** » = terme sciemment vague, pouvant désigner un « examen clinique », un « examen complémentaire », un traitement médicamenteux, un traitement non médicamenteux, un conseil médical, etc.

- **Des réponses équivalentes** à des questions sur l'anamnèse, l'examen clinique ou les examens de laboratoire ne donnent **qu'un seul point.**
  Exemples: VS, CRP / Hb, Ht / GOT, GPT ou ASAT, ALAT /
  douleur à la détente, douleur à l'ébranlement (à l'examen de l'abdomen).
- Ecrivez de manière **bien lisible** dans les **espaces (lignes) prévus** à cet effet.

Ce qui n'est pas lisible ne pourra être évalué et ne bénéficiera d'aucun point !!

Ne donnez **qu'une seule réponse par ligne !!**

- Il n'y a pour chaque question qu'un nombre de lignes de réponses équivalent au nombre de réponses autorisées. Dans chaque ligne, la **première réponse est seule valable. Par ligne de réponse, un seul point peut être attribué, jusqu'au nombre maximal de points indiqués par question.**
  Donc: **n'inscrire qu'une seule réponse dans chaque ligne !!** (éventuellement avec des spécifications concernant cette réponse)!

- Si vous estimez qu'il existe des **divergences d'école, des formulations incompréhensibles** ou des **inexactitudes manifestes** dans l'une ou l'autre question, notez-le sur la **feuille de commentaires** qui se trouve à la fin du cahier d'examen. Il sera tenu compte de ces remarques lors de l'évaluation finale de l'examen.

Et maintenant, un exemple à but d'exercice

Une femme vous téléphone, en proie à une intense excitation. A l'instant même du café, son mari âgé de 44 ans vient de s'affaisser sur le sofa, il a présenté un court épisode de convulsions et maintenant, il ne respire plus et il est cyanosé.

1. **Quelles sont les deux mesures que vous prenez au téléphone ?** **points (2)**

   1. _____

   2. _____

10 minutes plus tard, vous arrivez chez le patient et le trouvez inanimé, cyanosé, sans action cardiaque, en apnée, les pupilles dilatées et sans réaction à la lumière.

2. **Que faites-vous maintenant? (Indiquez 3 mesures thérapeutiques)** **points (3)**

   1. _____

   2. _____

   3. _____

Malgré vos mesures, le patient décède

3. **Que dites-vous à sa femme restée seule?**
   (Indiquez deux choses) **points (2)**

   1. _____

   2. _____

4. Quelles autres deux mesures prenez-vous encore? **points (2)**

1. _____

2. _____

Plus tard, vous apprenez la chose suivante:
L'homme décédé était réputé en bonne santé. Il y a quelques mois, en tant que membre du piquet de feu chez les pompiers, il avait dû subir un examen médical: tout était en ordre. Il avait un bon entraînement physique et pratiquait le jogging presque chaque jour. Par contre, c'était un gros fumeur (environ 30 cigarettes par jour) et son travail était stressant.
Il y a quelques années, un frère aîné du patient serait mort exactement de la même manière à 33 ans. Une tante, moniale, serait décédée d'un troisième infarctus à l'âge de 63 ans. Le père du patient serait également mort d'un infarctus, mais seulement à l'âge de 80 ans. Actuellement, un frère et une soeur (obèse et fumeuse) du patient sont encore en vie, plus âgés respectivement de 10 et 11 ans, de même qu'une autre soeur âgée de 50 ans. Aucun de ces survivants ne présente de symptôme cardiaque.

≠ Examen supplémentaire

5. Quelles investigations estimez-vous judicieux de pratiquer chez les frères et soeurs survivants? (Nommez-en 3) **points (3)**

1. _____

2. _____

3. _____

Feuille de commentaires: formulation équivoque, divergences d'école, autre(s) défaut(s) substantiel(s)

Question N°	Commentaire

Clé de la réponse

1. Quelles sont les deux mesures que vous prenez au téléphone? **points (2)**

Réponses justes:
- *instruire l'épouse sur les mesures immédiates: position, respiration artificielle, massage cardiaque*
- *appeler l'ambulance*
- *visite d'urgence*

2. Que faites-vous maintenant? (indiquez au moins 3 mesures thérapeutiques) **points (3)**

Réponses justes:
- *réanimation cardiopulmonaire avec ventilation et massage cardiaque*
- *en cas d'insuccès: défibrillation (200 joules*
- *nouvelle réanimation cardiopulmonaire*
- *en cas d'insuccès: adrénaline 1 mg i.v. et nouvelle défibrillation avec 360 joules*

3. Que dites-vous à sa femme restée seule? (Indiquez deux choses) **points (2)**

Réponses justes:
- *message de condoléance*
- *défaillance cardiaque très probable*
- *aborder la question de l'autopsie*

4. Quelles autres deux mesures prenez-vous encore ? (**points (2)**

Réponses justes:
- *si possible organiser une autopsie*
- *prêter son concours à l'information: pompes funèbres, Office d'état civil, assurances, prêtre ou pasteur, parenté*
- *décès extraordinaire, ou bien obligation d'un annonce au juge d'instruction*

5. Quelles investigations estimez-vous judicieux de pratiquer chez les frères et soeurs survivants? (Nommez-en 3) **points (3)**

Réponses justes:
- *bilan des facteurs de risque (tension artérielle, tabac, excès pondéral)*
- *contrôles de laboratoire: lipides sanguins, glycémie*
- *auscultation cardiaque: souffle?*
- *ECG de repos (pas d'ergométrie d'emblée)*
- *radiographie du thorax (grandeur du coeur)*
- *échographie*

A ne pas oublier en répondant aux questions

les parcourir attentivement

gérer son temps

avancer rondement

répondre brièvement

limiter sa réponse à la question posée

écrire de manière bien lisible

noter ses remarques en dernier

Protocole Laconto Peer Review modifié

Protocole
Peer Review

une aide pour les "cercles vidéo" (Videokränzli)

un protocole pour les examens pratiques post-gradués FMH
en Médecine Générale

un protocole pour l'analyse scientifique
de la consultation du médecin de famille

version modifiée du protocole Laconto

Groupesde travail:
Teach the Teachers
Groupe de formation postgraduée, SSMG
Avril 1996

Introduction

Des modèles permettant une évaluation de type "*Peer Review*" des processus se déroulant dans une consultation médical existent dans plusieurs pays. Après avoir passé en revue différents protocoles, notre choix s'est porté sur celui que nous vous présentons.

Le protocole que nous présentons sert de directive pour une appréciation ciblée et systématique d'une consultation médicale et de la relation médecin-malade. Il s'agit de la traduction d'un protocole néerlandais (LACONTO[1] version 2/1993).

Nous appuyant sur les travaux de U. Grüninger[2], nous avons élargi les items avec des aspects relatifs à la médecine sociale et préventive. Nous avons de plus modifié l'échelle des scores en la plaçant de 1 à 6 afin de la ramener à des normes fonctionnelles sur le plan suisse. Pour le reste, nous avons conservé le protocole néerlandais dans sa version originale sous une forme légèrement racourcie et linguistiquement adaptée.

Protocole et score

Ce protocole "*Laconto Peer Review*" modifié se compose de:

- la liste des items qui permettent une appréciation ciblée et systématique de relation médecin-malade
- les explications relatives à ces items

Chaque consultation est évaluée en fonction des items choisis

- tant au niveau d'un travail ciblé et systématique
- qu' à celui d'une prise en considération de la relation médecin-malade.

Il s'agit de l'appréciation d'un nombre spécifique d'actes (items) autant que d'impressions générales concernant ces deux dimensions. Le contenu des items spécifiques est décrit de manière plus approfondie dans les notes explicatives qui leur correspondent.

Fonctions du protocole et des scores

Le protocole "*Peer Review*" peut remplir plusieurs fonctions et peut être appliqué de diverses manières compte tenu de la situation dans laquelle il est employé. Ce protocole est:

a un système corrélé à l'analyse d'enregistrements vidéos présentés dans les "cercles vidéo" (Videokränzli) et, dans ce contexte,

b un outil d'apprentissage de la relation médecin-malade et un guide de travail systématique sur la consultation et la médecine centrée sur le patient;

c un protocole servant aux examens post-gradués pratique et

d un protocole d'étude scientifique de la consultation en médecine générale.

a Ce protocole et surtout les commentaires s'y référant (voir plus bas) nous semblent tout désignés pour servir de document de travail pour les groupes de supervision "*Peer Review* "régionaux dénommés "cercles vidéo" ou "***Videokränzli***". Nous aimerions le proposer, dans ces "cercles vidéo", comme matrice pour les discussions relatives à la consultation en médecine générale.

---

1 LHC Tan, CHGM Foolen, G. van Geldorp. Towards a national assessment of skills in the vocational training for general practice: 1989.
LHC Tan, CHGM Foolen, CPM van der Vleuten. Laconto: Development of a national instrument to assess consultation skills of future general practitioners: 1992.

2 Grüninger U., Goldstein M. , Duffy F.D.: A conceptual framework for interactive patient education in practice and clinic settings. Journal of Human Hypertension 4: 21-31, 1990.

b L'application de ce protocole dans les "cercles vidéo" fournira à ses utilisateurs les fondements d'un apprentissage développant l'habileté à la communication et les sensibilisera à une médecine centrée sur le patient. Cela se faisant d'une manière qui permette le "*learning by doing*": les participants suivent les explications du protocole tout en observant l'enregistrement vidéo d'une consultation de l'un d'entre eux. La discussion autour des différentes argumentations qu'apportent les participants à chaque *item* leur permettra d'approfondir de manière interactive les différentes perceptions exprimées. Le superviseur est quant à lui attentif à la dynamique du groupe tout en donnant une forme positive aux différents *feedbacks* et en intervenant lors de l'apparition d'élans de discussion à caractère destructeur.

c Ce protocole est aussi celui qui est employé lors de l'épreuve pratique des examens post-gradués FMH en Médecine Générale. Dans ce cadre, le score prend une place d'importance: une observation cummulative de plusieurs contacts médecin-patientpeut donner une impression sur la "sonorité" ou la "teinte" de l'habileté communicative d'un médecin. Dans ce cas, le score prend toute sa valeur lorsqu'il est employé non pas par consultation mais par médecin.

d Ce protocole peut aussi être utilisé pour l'**analyse scientifique** des processus se déroulant dans une consultation médicale. Le score doit alors être travaillé par unité de consultation et en fonction de la durée de celle-ci.

Scores

A chaque item où cela est possible, l'examinateur juge la manière de mener à bien l'acte en question en se référant à une échelle de 1 à 6 points. Chacun de ces 6 points représente une appréciation:

1	**très mauvais** (l'acte en question est très mal mené ou son absence représente une très grave lacune)
2	**mauvais** (l'acte en question est mal mené ou son absence représente une grave lacune)
3	**insuffisant** (l'acte en question est mené de manière insuffisante)
4	**suffisant** (l'acte en question est mené de manière suffisante)
5	**bon** (l'acte en question a été bien mené)
6	**très bon** (l'acte en question a été très bien mené)
p.é.	**pas à évaluer** (l'acte en question n'a pas été mené mais son absence ne peut, dans le contexte de cette consultation, être considéré comme une lacune grave).

L'examinateur peut cocher, par item, un certain nombre de champs dans le score. Ces champs cochés ne sont pas un critère dans le sens que le nombre de champs cochés par item n'indiquent pas le résultat du score pour cet item. Par exemple, deux champs cochés pour le même item ne signifient pas pour autant un résultat de deux dans le score de cet item. Ces champs sont davantage pensés comme un soutien à la réflexion de l'observateur.

Lorsque l'examinateur manque d'assurance dans son évaluation, et cela peut-être le cas pour chaque item, il peut se demander si il aurait, lui, désiré poser d'autres questions ou si il y a un élément dérangeant ou négligé en suspens. Pour inscire cette réflexion, il dispose encore pour chaque item d'un champ champ libre à cet effet.

L'**ordre de succession** de l'exécution des actes décrits dans les items n'est pas retenue dans le score.

Dans la rubrique - impressions générales -, à la fin de la feuille de score, il est encore demandé d'évaluer la pratique de la médecine générale sous le regard somatique et psycho-social. Selon la situation, l'un ou l'autre de ces aspects de la pratique médicale générale, somatique ou psycho-social , peut être évalué par la mention **"p.é." = pas à évaluer.**

Explications concernant les items

Anamnèse

1. Attitude à l'accueil

Le médecin accueille le patient, (par ex. en lui serrant la main), et lui décline précisément son identité et sa fonction (si le médecine est stagiaire, par exemple, il le précise clairement). Dès le début de la consultation, le médecin adopte une attitude attentive, centrée sur le patient tout en incitant le patient à exposer ses plaintes ou problèmes à sa manière.

2. Inventaire des problèmes

Le médecin tente de découvrir si il existe d'autres motifs de consultation que ceux exposés spontanément par le patient. Le médecin s'assure que le patient ait bien formulé tout ses problèmes et plaintes.

3. Eclaircissement du motif de consultation (de l'appel à l'aide)

Le médecin s'efforce de mieux cerner le motif de consultation en se réfférant aux aspects suivants:

- Quel problème a motivé la consultation d'aujourd'hui? Quel en est l'indice concret?
- Comment sont vécus les plaintes et les problèmes formulés? Quelle en est leur importance? (**angoisse** ou inquiétude; **sentiments**, **attentes** et **idées** sur leur causes; **répercussions**, stress ou handicaps qui en découlent; réactions de l'entourage).
- Quels sont les souhaits et attentes du patient? Que cherche-t-il à obtenir de cette consultation ou de son appel à l'aide?

4. Recours à une technique de discussion adéquate pour clarifier le motif de la consultation

Afin de préciser le motif de la consultation, le médecin a recours à une technique bien précise qui permet au patient de présenter plus aisément et avec plus de détails ses plaintes. Cette technique implique:

- une écoute attentive
- l'emploi de questions ouvertes
- de cibler les questions afin d'obtenir plus de détails là où l'information semble incomplète et de demander au patient de préciser davantage sa réponse
- de donner quittance au patient en lui reformulant de manière résumée ce qu'il vient d'exposer
- de reformuler les plaintes et sentiments du patient en les mettant en relation avec ses messages verbaux et/ou non-verbaux
- de se placer dans le système de références et de représentations du patient.

5. Circonscrire l'anamnèse

Le médecin fait un résumé des problèmes qui ont motivé la consultation et le présente au patient. Ce résumé est bref, précis, concis et conforme aux dires du patient. Le médecin décrit ensuite la suite du déroulement de la consultation (plan de consultation).

6. Evaluation de la réaction du patient à l'écoute du résumé anamnestique

Le médecin observe les réactions verbale et non-verbale du patient au résumé anamnestique qu'il vient de lui faire. Si il ne perçoit aucune réaction spontanée, le médecin en investiguera les raisons. Il s'assure ensuite de l'accord du patient sur le déroulement de la consultation (plan de consultation). Si il y a désaccord, le médecin en discute avec le patient. Le cas échéant, l'anamnèse est mise en suspens et le médecin tente de préciser à nouveau le motif de la consultation.

Diagnostic

Le diagnostic englobe tous les moyens dont dispose le médecin pour préciser le contenus des plaintes et motifs de consultation du patient: anamnèse, examens physique et techniques d'investigation.

7. Technique adéquate de l'interrogatoire ciblé sur les plaintes

Le médecin a recours à une technique interrogatoire bien précise pour obtenir adéquatement du patient un maximum d'informations dans le but de parvenir à une conclusion ou une hypothèse de travail. Cela implique:

- de poser des questions dirigées et ciblées (ouvertes ou fermées mais non suggestives)
- de demander des précisions
- de diriger l'entretien en suivant une ligne directrice, en le structurant et en lui posant des limites.

Si cela est nécessaire, le médecin peut, durant tout l'entretien, adopter une attitude de retrait attentif.

8. Relation médecin-malade durant l'examen physique

Durant l'examen physique, le médecin décrit ce qu'il va se passer et ce qu'il pense faire.
Avant l'examen le médecin précise quelle région anatomique il va examiner, pourquoi il désire le faire et ce qu'il attent de la collaboration du patient (par ex. retirer un vêtement, etc...).
Pendant l'examen, le médecin explique et commente les manoeuvres qu'il effectue et ce que l'examiné peut alors ressentir. Il aborde le patient avec douceur et respect en ne provoquant aucune douleur inutile, en ne le laissant pas trop longtemps dans une position inconfortable et en ne lui demandant pas de se déshabiller inutilement ou trop longtemps.

9. Circonscrire le diagnostic

Le médecin résume les constats qu'il a fait durant l'examen et l'anamnèse et formule une conclusion. Cette dernière contient une ou plusieurs hypothèses de travail, et/ou des éléments sur l'étiologie, la durée, la gravité et le pronostic des plaintes et/ou problèmes qu'a présentés le patient. Si des plaintes et/ou problèmes d'ordre psycho-social s'avèrent être présents, ceux-ci seront mentionnés explicitement lors de la conclusion.

10. Ciconscrire le diagnostic en le centrant sur le patient

Le médecin renseigne le patient en lui expliquant d'une manière compréhensible les résultats de l'examen et les conclusions qu'il en tire. Cela implique:

- d'informer par étapes progressives
- de répéter les informations importantes pour le patient
- de s'adapter au système de valeurs et de représentations du patient (c.à.d. que le jargon médical doit être évité si il n'est pas accompagné de bonnes explications)
- de s'adapter aux besoins d'information du patient.

11. Evaluation de la réaction du patient à l'écoute des explications diagnostiques

Tout en veillant à ce que le patient soit disposé à adhérer aux explications diagnostiques et aux conclusions qu'il en tire, le médecin observe les réactions verbale et non-verbale du patient à celles-ci. Si il ne perçoit aucune réaction spontanée, le médecin en investiguera les raisons. Le médecin évalue explicitement l'importance émotionnelle que revêtent chez le patient les informations qu'il vient de lui fournir. Si les conclusions s'avèrent être de "*bad news*" ou que le patient les considère comme telles, le médecin s'enquiert de savoir comment les informations reçues peuvent être acceptées et/ou élaborée.

Prévention et aspects psycho-sociaux

12. Présence de la dimension préventive et psycho-sociale dans la consultation

Durant la consultation, le médecin se montre attentifs à des éléments relatifs aux dimensions préventive et psycho-sociale de la médecine (milieu familial, relations abusives sur le plan physique ou psychique, solitude, stress, status vaccinal, sédentarité, habitudes alimentaires, tabac, alcool, drogues,...). Il se montre de plus capable de le faire de manière adaptée aux possibilités de compréhension du patient et en tenant compte du contexte (U. Grüninger).

- Le médecin évalue la prise de conscience du problème et l'encourage:"Que savez-vous de...?", "Quelle expérience avez-vous de...?". Le médecin évite tout gavage d'informations, tout discours fleuve sur le sujet et ne partira pas non plus, sans vérification, du présupposé que les choses sont d'emblée connues et comprises.
- Le médecin évalue la capacité d'action du patient et l'encourage: "Que cela signifie-t-il pour vous de...?", "Qu'êtes-vous prêt à faire pour cela?". Le médecin évite de rechercher directement la motivation du patient, de présupposer chez lui telle ou telle motivation ou de lui laisser ignorer l'importance de cette dimension.
- Le médecin évalue la capacité de réalisation du patient: "Que pouvez-vous faire par vous-même pour cela?" "Comment faites-vous cela?". Le médecin évite de driller son patient et ne présuppose d'aucune aptitude particulière chez son patient.
- Le médecin planifie les modifications apportées au quotidien du patient: "Comment pouvez-vous transposer cela dans votre vie courante?", "Quel genre de problèmes pensez-vous ainsi rencontrer?". Le médecin évite de prescrire des recettes toutes faites, de manipuler et ne considère pas ces changements comme allant de soi.
- Le médecin se prépare à accompagner et à soutenir le patient: "Quels sont les appuis dont vous disposez?", "De quelle aide avez-vous besoin?", "Qu'allez-vous faire d'ici à notre prochain rendez-vous?". Le médecin évite de prêcher et n'abandonne pas le patient à lui-même.

Attitude et marche à suivre

13. Informer sur la marche à suivre

Le médecin présente la marche à suivre et les différentes alternives possibles à celle-ci et revient alors sur le motif de la consultation du patient. Le médecin énumère les effets et conséquences qui découlent des diverses possibilités mentionnées. La durée (probable) et l'évolution (probable) des plaintes et/ou problèmes seront abordées tout particulièrement. Le médecin précise également de quelle manière la marche à suivre et les différentes possibilités d'action qu'elle offre peuvent permettre au patient, autant qu'à son entourage, d'atteindre les buts poursuivis.

14. Décrire les possibilités d'action de façon adaptée au patient

Le médecin renseigne le patient sur les diverses possibilités d'action en les décrivant d'une manière qui assure la plus large
compréhension possible de sa part. Cela implique:

- d'informer par étapes progressives
- de répéter les informations importantes pour le patient
- de s'adapter au système de valeurs et de représentations du patient (c.à.d. que le jargon médical doit être évité si il n'est pas accompagné de bonnes explications)
- d'aborder les besoins d'information du patient.

15. Réflexion conjointe avec le patient sur la suite du traîtement

Le médecin implique activement le patient dans sa réflexion sur la suite à donner au traîtement tout en respectant l'avis de celui-ci. Si il y a désaccord, il négociera avec le patient jusqu'à trouver un terrain d'entente. Sinon, il s'agit de faire resortir clairement les éléments d'incompatibilité et de bien décrire les deux positions respectives en guise de résumé. Il est alors possible, dans ce cas, que le patient retire son appel à l'aide.

16. Formulation de la suite du traîtement

Le médecin formule la démarche convenue avec le patient et cela, de manière concise et exacte (c.à.d. correspondant à l'accord passé).

17. Explications et instructions relatives à la démarche choisie

Partant de la démarche convenue d'un commun accord, le médecin décrira alors en termes concrets ce qui est prévu et ce que le patient doit faire. Par exemple: si il prescrit un médicament, il fournit des renseignement sur ce type de médicament, sur la durée de la prescription, sa posologie et ses éventuels effets indésirables; si il l'adresse à un confrère, il lui précisera les examens programmés et la préparation qu'ils impliquent; il peut éventuellement lui remettre des documents; si il propose un changement de comportement, il lui décrira le précisément possible le nouveau comportement à adopter; il doit lui expliquer clairement l'évolution de ses problèmes et ce qu'il doit faire si quelque chose d'anormal se présente en mentionnant clairement à ce propos les éventuels signes d'alarme qui peuvent se manifester; il peut proposer un certain délai avant le prochain rendez-vous ou le prier de revenir si les problèmes évoluent d'une certaine manière ou ne disparaissent pas.

18. Décrire la suite du traîtement de façon adaptée au patient

Le médecin décrit la suite du traîtement en la décrivant d'une manière qui assure la plus large compréhension possible de sa part. Cela implique:

- d'informer par étapes progressives
- de répéter les informations importantes pour le patient
- de s'adapter au système de valeurs et de représentations du patient (c.à.d. que le jargon médical doit être évité si il n'est pas accompagné de bonnes explications)
- d'aborder les besoins d'information du patient
- de s'assurer, en testant, que les informations sont clairement comprises par le patient.

19. Fin de la consultation

Le médecin demande en conclusion si le patient est satisfait du déroulement de cette consultation et s'assure qu'il a suffisamment investigué le motif de la consultation.

Groupes de travail:
Teach the Teachers et
Formation Postgraduée, SSMG

Collaboration: Daniel Ackermann, Elisabeth Bandi-Ott, Erika Bandli, Eric Bonvin, Jakob Bösch, Raphael Carron, Raymond Dardel, Rosemarie Deutschmann, Niklaus Egli, Beat Künzi, Walter Oswald, Hanna Pestalozzi, Bernhard Rindlisbacher, Diane Savoy, Nikoderm Zemp,

compilé par Michael Peltenburg

Protocole Peer Review

Echelle d'évaluation

Date: Heure de la consultation (0-24):

Patient/e: Examinateur:

Remarques du médecins sur:
- Anamnèse:
Attentes:
Objectifs:
- Autres:
Examinateur:

Prière de remplir le verso

Anamnèse

1 Attitude à l'accueil
établissement du contact
écoute
attitude corporelle
1 2 3 4 5 6

2 Inventaire conforme des plaintes
1 2 3 4 5 6

3 Eclaircissement du motif de consultation
motif de consultation venant au premier plan
comment sont vécues les plaintes?
attentes et désirs
1 2 3 4 5 6

4 Recours à une technique de discussion adéquate pour clarifier le motif de la consultation
écoute
questions ouvertes
demande de précisions avec questions ciblées
reformulation résumée
reformulation des plaintes
se placer dans le système de références et représentations du patient
1 2 3 4 5 6

5 Circonscrire l'anamnèse
résumé des motifs de consultation
présentation du plan de consultation
1 2 3 4 5 6

6 Evaluation des réactions du patient à l'écoute du résumé anamnestique
attendre les réactions du patient
parler de ces réactions
1 2 3 4 5 6

Diagnostic

7 Technique d'interrogatoire adéquate ciblée sur les plaintes
questions ciblées
diriger l'entretien
demander des précisions
1 2 3 4 5 6

8 Relation médecin-malade durant l'examen physique
explications sur ce qu'il va faire
explications sur ce qu'il est entrain de faire
manipulations douces et respectueuses
1 2 3 4 5 6 pé

9 Circonscrire le diagnostic
constatations
mise en relation avec le motif de consultation
conclusions
1 2 3 4 5 6

10 Circonscrire le diagnostic en le centrant sur le patient
par étapes progressives
répéter les informations importantes
s'adapter au système de valeurs et de représentation du patient
s'adapter aux besoins d'information du patient
1 2 3 4 5 6

11 Evaluation de la réaction du patient à l'écoute des explications diagnostiques
attendre la réaction
parler de ces réactions
1 2 3 4 5 6

Prévention et aspects psycho-sociaux

12 Présence des dimensions préventive et psycho-sociale dans la consultation
encouragement et évaluation de la prise de conscience
encouragement et évaluation de la capacité d'action du patient
évaluer et façonner la capacité de réalisation du patient
planification des modifications proposées dans le quotidien du patient
se préparer au soutien et à l'accompagnement du patient
1 2 3 4 5 6 pé

Attitude et marche à suivre

13 Informer sur la marche à suivre
alternatives/répercussions
accomplissement
mise en relation avec le motif de consultation
à quoi le médecin donne-t-il sa préférence
1 2 3 4 5 6 pé

14 Décrire les possibilités d'action de façon adaptée au patient
par étapes progressives
répéter les informations importantes
s'adapter au système de valeurs et de représentation du patient
s'adapter aux besoins d'information du patient
1 2 3 4 5 6 pé

15 Réflexion conjointe avec le patient sur la suite du traitement
implication active du patient dans la réflexion sur la suite du traitement
respecter l'avis du patient
1 2 3 4 5 6 pé

16 Formulation de la suite du traitement
concis
exact et conforme à ce qui a été dit
1 2 3 4 5 6 pé

17 Explications et instructions relatives à la démarche choisie
médication/adresse à un confrère/règles de comportement
signes d'alarme
suivi de l'évolution
1 2 3 4 5 6 pé

18 Décrire la suite du traitement de façon adaptée au patient
par étapes progressives
répéter les informations importantes
s'adapter au système de valeurs et de représentation du patient
s'adapter aux besoins d'information du patient
s'assurer que les informations sont clairement comprises par le patient
1 2 3 4 5 6 pé

19 Fin de la consultation
patient satisfait?
réponse au motif de la consultation?
1 2 3 4 5 6

Impressions générales

travail ciblé et systématique 1 2 3 4 5 6
relation médecin-malade 1 2 3 4 5 6
pratique de médecin généraliste
aspect somatique 1 2 3 4 5 6 pé
aspect psycho-social 1 2 3 4 5 6 pé

Remarques

NOM : KERAVEC **PRENOM :** Erwan

Titre de thèse : Réflexions sur la médecine générale. L'exemple suisse : pratique, formation et perspectives.

RESUME

La Suisse possède un des systèmes de santé les plus performants et les plus complexes au monde mais peine à assurer la solidité de sa médecine ambulatoire. Cela est flagrant dans le domaine de la médecine de premier recours qui regroupe les spécialités de médecine générale, de médecine interne et de pédiatrie. Ces quinze dernières années la nouvelle génération de médecins a montré sa désaffection pour ces professions, encouragée par des décisions politiques d'austérité budgétaire et peu incitatives. Des mesures coercitives encadrant les installations ainsi qu'une reforme du mode de rémunération, associée à la pression économique des caisses d'assurance, ont remis en question la formation et la pratique en médecine de premier recours. La Suisse a dès lors fait le choix ambitieux de réformer son système de formation en investissant dans des instituts universitaires dédiés et en optant pour une filière originale, unique et élitiste de médecine interne générale.

MOTS-CLES

Suisse, médecine générale, médecine de premier recours, système de santé, formation, pratique, démographie médicale