

Des données issues de deux enquêtes indépendantes décrivent de profonds changements

L'évolution de la médecine de famille en Suisse

Christine Cohidon, Jacques Cornuz, Nicolas Senn

Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

Cette étude décrit de profonds changements dans la médecine de famille suisse durant les vingt dernières années, tant pour ce qui concerne le profil socio-démographique des médecins, que leur organisation et leurs activités. La tendance est plutôt à la diminution de la satisfaction par rapport au métier.

Introduction

Peu de données existent pour décrire le système de santé suisse, pourtant considéré comme l'un des meilleurs au monde [1], tant du point de vue de ses acteurs que de l'exercice de leur métier [2, 3]. Ces dernières années, plusieurs éléments importants ont marqué son évolution. En effet, l'introduction de la LAMAL, l'uniformisation des tarifs médicaux (TARMED) et le moratoire sur l'installation des médecins entre les années 2002 et 2011, ont modifié son fonctionnement [4, 5]. A ce contexte vient s'ajouter l'évolution sociodémographique de la population des médecins de famille, classiquement observée dans les pays occidentaux, et caractérisée, en dépit de l'augmentation de leur densité, par un vieillissement, une féminisation et une hétérogénéité géographique d'implantation de cette profession [6].

Cette étude permet de décrire l'évolution du profil socio-démographique et de l'activité des médecins de famille suisses entre 1993 et 2012.

Données comparées

Les données sont issues de deux enquêtes européennes indépendantes basées sur une méthodologie relativement similaire et mises en œuvre par l'Institut néerlandais Nivel en 1993 et 2012.

L'Enquête européenne sur les activités des médecins généralistes (1993) [7]

Cette étude avait pour objectif de décrire les services offerts par les médecins de famille de trente pays européens et de décrire leurs liens avec les systèmes de santé. Un échantillon suisse de 200 médecins, tirés au

sort parmi l'ensemble des médecins de famille après stratification sur la zone urbaine/rurale d'exercice (50% de participation), a répondu à cette enquête.

L'Enquête sur la qualité et les coûts de la médecine de premier recours en Europe, QUALICOPC (2012) [8]

L'objectif de cette étude était de comparer le fonctionnement des systèmes de soins primaires, en termes de qualité, de coûts et d'équité, dans 31 pays européens. Dans chacun des pays, un échantillon de 200 médecins de famille a été tiré au sort. En Suisse, l'échantillon a été stratifié par canton et était représentatif sur le sexe et l'âge de l'ensemble de médecins de famille [9, 10].

Dans les deux enquêtes, le recueil de données auprès de médecins de famille a été effectué par auto-questionnaire postal. Pour cette étude, nous avons sélectionné les questions strictement similaires entre les deux enquêtes (similarité des questions et des modalités de réponse). Elles concernaient les domaines suivants: profil socio-démographique, organisation du cabinet, activités des médecins de famille et satisfaction au travail.

Synthèse

Vers un vieillissement et une féminisation des médecins de famille (tab. 1)

Entre 1993 et 2012, la proportion de femmes parmi les médecins de famille a été multipliée par trois. En 2012, elles sont plus implantées en banlieue et dans les petites villes que dans les grandes villes ou à la campagne. Par ailleurs, l'âge médian des médecins de fa-

mille a augmenté de 10 ans, passant de 46 à 56 ans entre 1993 et 2012, les femmes étant significativement plus jeunes de 6 ans en moyenne que les hommes en 2012. Ces résultats étaient attendus puisque également observés dans de nombreux pays occidentaux et pressentis sur d'autres données suisses [2, 3, 11].

Vers des cabinets de groupe et des durées de consultations plus longues (tab. 1)

En 2012, plus de la moitié des cabinets de médecine de famille suisses sont organisés en groupes de médecins (52%). Cette pratique a quasiment doublé depuis 1993 (27%). La proportion de cabinets individuels reste malgré tout très importante en Suisse, comparativement à d'autres pays occidentaux, en particulier au Canada par exemple, où cette pratique a quasiment disparu. En 2012, les femmes partagent bien plus souvent leur cabinet que les hommes (77 vs 45%). Cette pratique est aussi significativement plus observée parmi les plus jeunes (66 contre 40% des plus de 56 ans) et les médecins exerçant en ville (60 vs 45% en zone rurale).

L'équipement informatique du cabinet s'est bien développé puisqu'en 2012, 100% des médecins avaient un ordinateur. Cependant son utilisation pour améliorer les pratiques, comme la conservation de données électroniques relatives aux patients (dossier électronique) ou l'impression d'ordonnances, demeure autrement peu fréquente, voisine de 50% en 2012.

L'évolution de l'organisation du temps de travail est intéressante puisque: si une diminution globale hebdomadaire du temps passé à l'exercice de la clinique au cabinet est observée (cf. paragraphe suivant), la durée quotidienne pour une journée «standard» passée au cabinet avec les patients évolue peu. On observe en effet une diminution du nombre quotidien de consultations (de 30 consultations par jour en 1993 à 25 consultations en 2012) mais une augmentation de la durée de celles-ci (de 15 minutes en 1993 à 20 minutes en 2012). On peut noter en 2012 que les femmes ont des durées moyennes de consultation supérieures aux hommes (23 vs 19 minutes); il en est de même pour les médecins exerçant en milieu urbain (22 minutes vs 18 en milieu rural). L'augmentation de la durée de consultation, déjà importante en Suisse par rapport à d'autres pays européens (7 minutes en Espagne et Allemagne par exemple) est probablement à rapporter à l'augmentation de la multimorbidité ainsi qu'à une évolution de la médecine avec des prises en charge plus orientées sur les problèmes psychosociaux [12].

Vers une diminution du périmètre des activités des médecins de famille (tab. 2)

En 1993, un peu plus d'un quart des médecins de famille exerçaient une autre activité en plus de leur activité clinique au cabinet (28%). Vingt ans plus tard, deux tiers des médecins de l'échantillon déclarent avoir au

Tableau 1: Evolution du profil et de l'organisation des médecins de famille suisses entre 1993 et 2012.

	1993	2012	1993–2012 comparaison*
	%	%	p
Profil socio-démographique			
Femmes	7,1	22,1	<0,001
Age (médiane en années)	46	56	<0,001
Caractéristiques générales			
Activité unique de médecin de famille	71,6	33,7	<0,001
Cabinet de groupe	27,7	52,3	<0,001
Equipement informatique			
Utilisé pour prise de rendez-vous	0,7	50,2	<0,001
Utilisé pour un dossier patient	6,0	46,7	<0,001
Utilisé pour rédiger les ordonnances	3,3	55,3	<0,001
Accès aux soins			
Charge de travail hebdomadaire habituelle (en tant que médecin de famille, médiane en heures)	50,0	48,5	<0,01
Charge de travail hebdomadaire incluant astreintes et gardes (en heures)	64,0	51,0	<0,001
Nombre de consultations par jour (face à face)	30	25	<0,001
Durée de consultations (minutes)	15	20	<0,001
Centre ambulatoire (ou spécialiste) le plus proche >10 km	31,4	13,9	<0,001
Hôpital le plus proche à plus de 10 km	31,8	25,4	NS

* après ajustement sur la zone urbaine/rurale; NS: non significatif.

Tableau 2: Evolution de l'activité des médecins de famille suisses entre 1993 et 2012.

	1993	2012	1993–2012 comparaison*
	%	%	p
Suivi de pathologies chroniques¹			
Bronchite chronique	99,5	99,0	NS
Ulcère peptique	98,5	97,4	NS
Diabète type II	99,0	99,5	NS
Dépression	96,9	96,9	NS
Infarctus myocarde	67,6	89,9	<0,001
Médecins de famille en premier recours¹			
Enfant avec une toux sévère	85,6	54,1	<0,001
Demande de contraception	61,7	18,7	<0,001
Nodule du sein chez la femme	68,0	40,4	<0,001
Première crise épilepsie	83,6	66,8	<0,001
Anxiété de l'adulte	91,4	67,5	<0,001
Douleurs gastriques	98,5	95,5	NS
Douleurs angineuses	97,9	96,4	NS
Douleurs articulaires personne âgées	98,5	98,9	NS
Réalisation d'actes techniques			
Petite chirurgie ²	100	91,8	<0,001
Pose de DIU	43,7	19,2	<0,001
Infiltration intra-articulaire	92,9	83,4	<0,001
Activités de prévention			
Suivis de grossesse	76,8	20,7	<0,001
Vaccination infantile	91,8	58,3	<0,001
Suivis des enfants <4 ans	83,5	40,1	<0,001

* après ajustement sur la zone urbaine/rurale; NS: non significatif; ¹ toujours ou habituellement;

² sutures, excision verrues, excision kyste cuir chevelu, ongle incarné.

moins une autre activité rémunérée. Celle-ci est le plus souvent une participation à la formation des jeunes médecins et l'exercice dans un établissement de santé (EMS...). Cette diversification des activités en 2012 concerne autant les femmes que les hommes et ne varie pas de manière significative selon l'âge. En revanche, elle est plus fréquente en grande ville (84%) et en zone rurale (70%) par opposition aux banlieues et petites villes (47%).

Pour ce qui concerne les activités cliniques des médecins de famille, deux tendances s'opposent. Le médecin de famille demeure le référent dans la prise en charge des pathologies chroniques «classiques» telles que le diabète, la bronchite chronique, l'ulcère peptique ou la dépression. En revanche, d'autres activités se trouvent dorénavant confiées à d'autres spécialistes en particulier les prises en charge gynéco-obstétrique et pédiatrique. Cela se traduit par un moindre recours au médecin de famille en première intention pour des troubles relatifs à ces domaines, par exemple pour une toux sévère de l'enfant (86% en 1993 vs 54% en 2012), ou pour un souhait de contraception (62% en 1993 vs 19% en 2012); on note également une diminution de la fréquence des suivis de grossesse (77% en 1993 vs 21% en 2012) de la vaccination infantile (92% en 1993 vs 58%

en 2012) et du suivi du développement de l'enfant (83% en 1993 vs 40% en 2012).

On constate également une nette diminution des actes techniques, probablement au profit de services d'urgences ambulatoires ou d'autres spécialistes. En 2012, 8,5% des médecins de famille de notre échantillon n'effectuent jamais de petite chirurgie (sutures, excision de verrues, ongles incarnés...), alors que tous les médecins réalisaient des actes de ce type en 1993.

Vers une diminution de la satisfaction par rapport au métier?

La tendance est plutôt à la diminution de la satisfaction par rapport au métier avec en 2012 une surcharge administrative rapportée par 80% de l'échantillon (59% en 1993), un questionnement sur le sens ou l'utilité du travail pour 31% de l'échantillon (vs 15% en 1993) et un déséquilibre entre les efforts consentis pour le travail et les satisfactions en retour à 35% (vs 26% en 1993). Pour autant, une note positive concerne la faible fréquence de la perte d'intérêt pour le métier (autour de 3%), que la question soit posée en 1993 ou en 2012!

NB: Une modalité de réponse supplémentaire «sans opinion» était présente en 1993 et peut en partie faire relativiser ces derniers résultats.

Conclusion

Les limites de ces données pouvant éventuellement gêner leur généralisation sont relatives à la taille des deux échantillons et à une possible sélection via le volontariat de réponse. Cependant l'étude de la représentativité sur le sexe, l'âge et l'implantation géographique des répondants a montré la bonne représentativité des médecins des échantillons.

Cette étude décrit de profonds changements dans la médecine de famille suisse durant les vingt dernières années, tant pour ce qui concerne la population des médecins de famille, que leur organisation et leurs activités.

Le vieillissement, et la féminisation des médecins de famille combinés à la réduction du temps de travail (habituellement observée chez les femmes mais aussi désormais parmi les hommes) ainsi qu'à la multiplication des activités du médecin de famille à l'extérieur du cabinet, soulèvent la question de la pénurie de l'offre de soins et confirme l'importance des mesures pris dans les Universités suisses afin d'augmenter le nombre de médecins [10]. Il reste à savoir si cette mesure sera suffisante, notamment en considérant le temps nécessaire pour sa mise en œuvre. Dans cette équation, la satisfaction au travail des médecins mérite aussi probablement d'être considérée.

L'allongement de l'espérance de vie et le poids grandissant des maladies chroniques mettent les systèmes sanitaires occidentaux face à d'importants défis en matière de besoins des populations et de coûts générés. Le renforcement du rôle de référent du médecin de famille et le développement de nouveaux modèles de soins incluant d'autres professionnels de santé ciblant certaines populations particulièrement complexes doivent être considérés afin de répondre à ces défis.

Remerciements

Nous profitons de cet article pour remercier chaleureusement tous les médecins qui ont participé à ce recueil de données et/ou se sont engagés dans le réseau SPAM et qui contribuent ainsi à entrevoir le futur de la médecine de famille en Suisse.

Disclosure statement

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- 1 OECD. Reviews of health systems. Switzerland 2011: OECD Publishing; 2011. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems_19901410.
- 2 Monnier M. Médecins de premier recours en Suisse romande: qui sont-ils? Que font-ils? *PrimaryCare*. 2004;4:782-4.
- 3 Vilpert S. Médecins de premier recours – Situation en Suisse et comparaison internationale Analyse de l'International Health Policy Survey 2012 du Commonwealth Fund sur mandat de L'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Observatoire suisse de la santé (Obsan) Neuchâtel; 2012.
- 4 Confédération Suisse. Loi sur l'assurance maladie obligatoire. Available on (May 2014): <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>.
- 5 TARMED Suisse. Available on (May 2014): <http://www.tarmed-suisse.ch/153.html?&L=1>
- 6 Teljeur C, Thomas S, O'Kelly FD, O'Dowd T. General practitioner workforce planning: assessment of four policy directions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:148.
- 7 Boerma WG. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Nivel ed. Utrecht; 2003.
- 8 Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract*. 2011; 12:115.
- 9 Selby K, Cornuz J, Senn N. SPAM – Swiss Primary Care Active Monitoring. Un réseau pour mieux comprendre la médecine de famille en Suisse. *Primary Care*. 2015;15(21):372-374.
- 10 Cohidon C, Cornuz J, Senn N. Primary care in Switzerland: evolution of physicians profile and activities in twenty years (1993-2012). *BHC Fam Pract*. 2015;16:107.
- 11 Jaccard Ruedin H, Weaver F. Ageing workforce in an ageing society – Combien de professionnels de santé seront nécessaires en Suisse d'ici 2030? Observatoire suisse de la santé (Obsan) Neuchâtel 2009.
- 12 Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*. 2002;325(7362):472.

Correspondance:
Dr Christine Cohidon,
MD PhD
Policlinique médicale
universitaire
Rue de Bugnon 44
CH-1004 Lausanne
[christine.cohidon\[at\]hospvd.ch](mailto:christine.cohidon[at]hospvd.ch)