

RAPPORT N° 88 19 août 2008
**du Conseil d'Etat au Grand Conseil
 sur le postulat N° 317.06 Christine Bulliard/
 Markus Bapst concernant la médecine de premier
 recours et les soins médicaux de base dans
 les régions périphériques**

Nous avons l'honneur de vous soumettre un projet de rapport sur le postulat Christine Bulliard/Markus Bapst concernant la médecine de premier recours et les soins médicaux de base dans les régions périphériques.

1. LE POSTULAT

1.1 Résumé

Par postulat déposé et développé le 27 juin 2006 (BGC p. 1543), les députés Christine Bulliard et Markus Bapst ainsi que 10 cosignataires ont demandé d'étudier la situation et l'évolution dans le domaine de la médecine de premier recours dans le canton de Fribourg.

Les postulants sont préoccupés par une diminution du nombre de médecins libres praticiens de premier recours dans le canton de Fribourg. En résumé, les postulants craignent que cette diminution, qui semble être imputable à divers facteurs qui seront rappelés plus bas, pourrait avoir les conséquences suivantes pour le canton de Fribourg:

- L'offre de médecine de premier recours devient insuffisante, notamment en périphérie. Cette évolution est accélérée par le vieillissement de la population qui accroît le besoin de médecins de premier recours.
- Les médecins de premier recours ne parviennent plus à suivre les aînés et retarder leur entrée dans les homes. Il en résulte un manque de structures d'accueil pour les personnes âgées.
- Les médecins de premier recours ne parviennent plus à assumer le service de garde tel que prévu par la loi. Les hôpitaux, notamment les services d'urgence, plus coûteux, se substituent aux médecins de premier recours. Il en résulte une augmentation des coûts de la santé.
- Les patients s'adressent directement au médecin spécialiste, plus coûteux, ce qui génère une augmentation des coûts de la santé.
- Il n'y a plus de médecin qui suit régulièrement le patient, qui le connaît et qui garde une vue d'ensemble sur sa santé.

Le postulat demande par conséquent un rapport contenant une analyse approfondie de la situation de la médecine de premier recours dans le canton de Fribourg et les districts ainsi que des mesures concrètes à prendre dans un premier temps.

1.2 Réponse du Conseil d'Etat

Dans sa réponse, le Conseil d'Etat souligne qu'il est conscient de l'importance de la question et relève que les autorités compétentes et les milieux intéressés ont déjà effectué un travail important d'analyse et de recherche de solutions. Il rappelle les travaux menés au niveau suisse de la part de la Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé (CDS) et au niveau des

cantons romands par la Conférence Latine des Directeurs des affaires sanitaires et sociales (CLASS, précédemment appelée CRASS) auxquels le canton de Fribourg participe en tant que membre. Il rappelle encore que, le problème étant très vaste et complexe, le canton de Fribourg ne peut pas, seul, y faire face, notamment au niveau de la formation. Dès lors, les projets nationaux ont toute leur importance.

Au vote, la prise en considération de ce postulat a été acceptée par 70 voix contre 0, avec deux abstentions.

1.3 Définition de la notion de «médecine de premier recours»

On considère généralement comme appartenant à la catégorie des «médecins de premier recours» les médecins praticiens, les généralistes, les internistes sans sous-spécialité et les pédiatres. En fonction des données à disposition, certaines statistiques utilisées dans ce rapport peuvent légèrement s'écarter de cette définition. Les différences sont indiquées.

2. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA MÉDECINE DE PREMIER RECOURS EN SUISSE

Une éventuelle pénurie de médecins de premier recours fait partie des préoccupations des instances politiques depuis longtemps. La Confédération et les cantons étudient la question de manière approfondie.

2.1 Démographie médicale au niveau de la Suisse

Dans le rapport conjoint de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié en 2006, il est fait le constat que si, avec 3,6 médecins, 10,7 infirmières, 0,5 dentiste et 0,5 pharmacien pour 1000 habitants, la Suisse a une offre de professionnels de santé supérieure à celle de la plupart des pays de l'OCDE, le fait est que le nombre de praticiens généralistes en Suisse (0,4 pour 1000 habitants) est sensiblement inférieur à la moyenne de l'OCDE (0,8 pour 1000 habitants).

Néanmoins, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) constate dans son rapport «Démographie médicale» paru au printemps 2007, que l'offre en soins ambulatoire est garantie dans toutes les régions. Son étude, basée sur une méthode de calcul élaborée en collaboration avec la Fédération des médecins suisses (FMH), santésuisse et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), évalue l'offre ambulatoire au niveau suisse, en tenant compte du taux d'activité des médecins (ATP activité plein-temps), ce qui diffère de la plupart des analyses statistiques basées avant tout sur le nombre de personnes physiques exerçant la profession.

Dans le cadre de sa participation à la 8^e journée de travail de la Politique nationale de santé du 9 novembre 2006 sous le titre «renforcer la médecine de premier recours», où il présentait les premiers résultats de son étude, l'Obsan a même constaté une légère amélioration du taux de médecins de famille¹ pour 10 000 habitants. Ce taux est passé de 6,18 équivalents plein-temps pour 10 000 ha-

¹ Porteurs de titres FMH en médecine générale, médecine interne sans sous-spécialité, médecins praticiens ainsi que cabinets de groupes.

bitants en 1998 à 6,31 en 2004 au niveau de la Suisse. La densité a donc augmenté de 2,4% en sept ans. Pour les autres spécialités médicales, la densité a augmenté de 14,2% sur la même période. Fait intéressant, une diminution du taux de concentration des médecins de famille n'a été observée qu'en région métropolitaine¹, alors que dans toutes les autres régions, mêmes rurales, la densité de médecins de famille a augmenté. Cela est largement dû au fait que les médecins de campagne travaillent en général davantage d'heures que les médecins de ville.

Aussi le rapport relève-t-il que les observations faites ne concluent pas à une pénurie grave de la relève actuelle et que la situation est nettement moins dramatique qu'on ne se l'imaginait. L'Obsan remarque néanmoins que cela pourrait changer rapidement, si la profession de médecin de premier recours devait perdre en attrait et que la relève ne fût plus assurée. Dans son étude du 1^{er} juin 2008, intitulée «Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030», l'Obsan relève d'ailleurs qu'en l'absence de changements structurels ou de modifications dans le mode de recourir aux soins, une part importante du recours aux soins médicaux pourrait ne pas être garantie à long terme, soit à l'horizon 2030. En effet, le vieillissement démographique s'accompagne d'une hausse des besoins en consultations médicales ambulatoires, alors que les effectifs des médecins sont prévus à la baisse. Cet écart entre l'offre et la demande serait particulièrement marqué dans le domaine de la médecine de premier recours.

2.2 Raisons d'une diminution du nombre de médecins de premier recours et d'une répartition inégale entre le centre et les zones périphériques au niveau de la Suisse

2.2.1 Qualité de vie

Le canton de Vaud a donné le mandat d'étudier le problème de la relève insuffisante des médecins de premier recours² auquel il est confronté comme les autres cantons. Une importante enquête a été menée en 2006 auprès des étudiants en médecine de 2^e et de 6^e année ainsi que des médecins assistants et des chefs de clinique.

En résumé, il ressort du rapport qu'une majorité des jeunes médecins désirent travailler moins que leurs aînés, privilégiant le travail à temps partiel, notamment afin de pouvoir vouer plus de temps à la vie de famille. Cet aspect est plus prononcé auprès des femmes. Pour ceux qui conçoivent de travailler en cabinet privé, la forme privilégiée est celle du cabinet de groupe, qui facilite une activité à temps partiel. Concernant le lieu géographique de l'exercice de la profession, ceux qui s'orientent vers la médecine de premier recours n'indiquent pas de préférence claire entre la grande ville (p. ex. Lausanne ou Genève) et la ville d'importance moyenne (p. ex. Fribourg), bien que la première semble quelque peu préférée. En revanche, la campagne (localités de campagne ou de montagne) n'intéresse que très peu (environ 7% des réponses).

Les réponses de l'étude vaudoise se recoupent largement avec celles obtenues dans le cadre d'une étude similaire menée par l'Université de Saint-Gall, si bien que les ré-

sultats semblent s'appliquer aux étudiant-e-s en médecine d'une manière générale.

Aussi, ces préférences permettent-elles d'expliquer en partie en tout cas les difficultés croissantes que les médecins fribourgeois peuvent rencontrer dans les régions périphériques lorsqu'ils désirent remettre leur cabinet en vue de prendre leur retraite. En effet, il apparaît que le choix d'une telle implantation se situe assez loin, voire à l'opposé, de l'idéal des jeunes médecins.

2.2.2 Inconvénients spécifiques liés à la médecine de premier recours

Si les informations ci-dessus permettent de cerner les préférences des (futurs) jeunes médecins de premier recours quant au lieu et l'intensité de travail, les indications suivantes donnent un aperçu des aspects qui rendent la médecine de premier recours moins attrayante que les autres spécialités pour les étudiant-e-s en médecine. Dans l'étude vaudoise, les reproches à la formation de médecin de premier recours portent sur le fait que celle-ci n'est pas rendue suffisamment intéressante et qu'elle est à peine présentée dans le cadre des études. Les médecins de premier recours potentiels peuvent actuellement accomplir toute leur formation post-graduée en tant que médecin-assistant à l'hôpital sans n'avoir jamais travaillé dans un cabinet privé. Par ailleurs, les places de stage ne sont pas très intéressantes du point de vue de la rémunération, celle-ci étant sensiblement plus basse que pour un médecin assistant dans un hôpital. D'autres points mentionnés sont les contraintes liées aux services de garde qui génèrent une charge de travail supplémentaire importante. Dans les zones périphériques avec une densité de médecins de premier recours plus faible, cette charge de travail est amplifiée, notamment par des taux de rotation plus élevés. Les étudiant-e-s citent encore les risques financiers par rapport à un tarif TARMED fluctuant, qui n'aurait par ailleurs pas suffisamment revalorisé les prestations intellectuelles par rapport aux prestations techniques, les charges de travail administratif croissantes, notamment suite aux demandes de plus en plus répétées des assureurs-maladie pour des informations complémentaires et une mise en question de plus en plus fréquente des traitements.

2.2.3 Numerus clausus

L'introduction en 1998 de systèmes de numerus clausus aux études de médecine dans les universités de Berne, Bâle, Fribourg et Zurich, ainsi que d'examens très sélectifs à l'issue de la première année pratiqués par les universités de Genève, Neuchâtel et Vaud, par crainte d'une augmentation vraisemblable des coûts de la santé en fonction de l'accroissement de la densité des médecins, contribue à la situation actuelle de la médecine de premier recours, dans la mesure où l'entrée de nombre de futurs médecins potentiels est ainsi limitée.

Aussi, pour faire face à la situation, le Conseil suisse de la science et de la technologie (CSST) plaide-t-il pour une augmentation des places d'étude de médecine et une réforme en profondeur de la formation, menée par les facultés, avec l'appui des cantons et de la Confédération. Aussi les Universités de Berne et de Bâle ont-elles augmenté les places d'étude en médecine humaine respectivement de 118 à 130 et de 125 à 150 pour l'année académique 2007/08 déjà. Si l'Université de Fribourg n'a pas modifié le nombre de places, elle étudie en revanche

¹ Groupe les agglomérations de Genève, Lausanne, Berne, Bâle et Zurich.

² Médecins praticiens, généralistes, internistes sans sous-spécialité, pédiatres.

avec l'hôpital fribourgeois la possibilité d'ajouter une troisième année de médecine aux deux années qu'elle propose actuellement. Sur la base de l'étude de faisabilité élaborée par les deux partenaires, le Conseil d'Etat a donné, le 8 juillet 2008, son accord de principe sur l'introduction d'une troisième année de médecine à partir de l'automne 2009. Le Conseil d'Etat a décidé de charger la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) ainsi que la Direction de l'instruction publique, de la culture et du sport (DICS) de la préparation d'un décret au Grand Conseil, portant sur les coûts de la mise en place de cette troisième année pendant les cinq premières années.

2.2.4 Mesures de moratoire

Des mesures dites de «moratoire», visant à limiter les autorisations accordées à de nouveaux médecins pour la dispensation de soins ambulatoires dans le contexte de la LAMal (art. 55a), ont été adoptées par le Conseil fédéral le 3 juillet 2002, suite à la signature par la Suisse et l'Union Européenne (UE) d'accords de reconnaissance mutuelle des diplômes médicaux, en 2002, par crainte d'un afflux important de médecins formés dans les pays de l'UE venant s'établir en Suisse. Ces mesures empêchent l'ouverture de nouveaux cabinets ou poussent les médecins à se spécialiser d'avantage en attendant de pouvoir ouvrir un cabinet plus tard. Initialement limitées à trois ans, elles ont été reconduites en 2004 pour une nouvelle durée de trois ans. Le 13 juin 2008 les mesures de moratoire ont été reconduites une nouvelle fois, jusqu'au 31 décembre 2009. L'autorisation d'ouvrir un nouveau cabinet de soins ambulatoires n'est accordée que si la preuve de sa nécessité peut être apportée; par exemple, les cantons peuvent décider d'autoriser l'installation de nouveaux médecins dans un secteur ou dans une région où la densité de médecins est insuffisante ou si un médecin remet un cabinet existant.

2.3 Exploration de solutions au niveau de la Suisse

2.3.1 Travaux de la CDS

La CDS a fait part en 2005 déjà de sa détermination à promouvoir et renforcer la médecine de premier recours. Un premier groupe de travail commun avec l'OFSP a été formé en vue d'analyser la situation et de proposer des mesures permettant de désamorcer les problèmes.

Dans un souci d'efficacité, la CDS a décidé d'aborder dans un premier temps, non pas l'ensemble des questions liées à une future pénurie de médecins de premier recours, mais plutôt de se concentrer sur deux thèmes importants, afin de pouvoir proposer des solutions rapidement. Ainsi, un second groupe de travail, associant également les milieux concernés (médecins cantonaux, OFSP, association suisse des médecins assistant(e)s et chef(fe)s de clinique ASMAC, santésuisse, société suisse de médecine générale SSMG, collège de médecine de premier recours (CMPR), CDS, Conférence des sociétés de médecine cantonale ainsi que la Foederatio medicorum practicum (FMP) a, en se basant sur les travaux préliminaires, rédigé deux rapports adoptés par la CDS en octobre 2006. Le rapport «Service de garde et d'urgence: mesures et recommandations» traite, entre autres, les problèmes concernant le service d'urgence ambulatoire et le rapport «Financement de la formation post-graduée spécifique» la problématique des inégalités de

rémunération entre les médecins assistants dans les hôpitaux et les cabinets privés.

2.3.1.1 Rapport CDS «Service de garde et d'urgence: mesures et recommandations»

Ce rapport CDS met en exergue l'importance du travail accompli par les médecins de garde qui prennent en charge la grande majorité des urgences (environ 90%), de façon ambulatoire à leur propre cabinet ou lors de visites à domicile. Si globalement les services de garde et d'urgence médicale sont organisés de manière très hétérogène au niveau suisse, les problèmes et les difficultés auxquels sont confrontés ces services se retrouvent dans l'ensemble du pays. Ces problèmes, qui diminuent l'attrait des services de garde et d'urgence et par conséquent de la médecine de premier recours dans son ensemble, sont:

- le vieillissement des médecins de 1^{er} recours, avec succession insuffisante en vue de reprendre les cabinets et de maintenir le nombre de prestataires. Cela peut conduire à une insuffisance au niveau des services de garde et d'urgence.
- l'accroissement du nombre de dispenses ou la diminution de la disposition à se consacrer au service de garde, notamment à cause de la charge de travail supplémentaire qu'elle entraîne, avec comme conséquence un accroissement supplémentaire de la charge des médecins qui s'y consacrent.
- l'investissement en temps important ou en hausse (problème accru dans les régions périphériques).
- la rémunération insuffisante des consultations urgentes et l'absence de rémunération du temps de présence, durant lequel le médecin doit être présent mais ne reçoit pas de patients.
- la coordination lacunaire ou manquante des différents prestataires du service de garde et d'urgence.
- la coordination entre le numéro d'appel 144 et les médecins de 1^{er} recours souvent insuffisante.
- le nombre croissant de personnes sans médecin de famille et les revendications croissantes de la population, ce qui aboutit à une sur-utilisation des services de garde et d'urgences pour des consultations sans caractère d'urgence ou même des cas de bagatelle.
- la mauvaise volonté de payer des patients faisant appel aux soins d'urgence, en particulier des patients que le médecin ne connaît pas.

Pour faire face à ces problèmes, le rapport de la CDS présente une série de mesures et de recommandations qui pourraient être appliquées à la grande majorité des régions y relatives:

- la collaboration avec l'hôpital et avec d'autres centres sous direction médicale (ambulatoires, callcenter); cette collaboration renforcée devrait permettre un tri compétent qui pourrait décharger les médecins de garde des cas de bagatelle.
- le tri des urgences par des numéros d'appel urgent unifiés.
- l'optimisation des rayons d'urgence ou la nouvelle définition de leurs limites; cette procédure peut permettre une répartition plus égale du nombre de médecin de garde dans les différents rayons d'urgence et d'homogénéiser ainsi la charge de travail liée à cette

fonction. Il faut toutefois tenir compte du fait qu'un agrandissement du rayon signifie aussi un accroissement du nombre potentiel d'interventions.

- les règlements unifiés du service de garde et d'urgence en vue d'éliminer les différences qui peuvent favoriser l'attraction de certaines régions par rapport à d'autres, notamment concernant les dispenses du service de garde.
- l'indemnisation du service de garde et d'urgence, en introduisant une rémunération du temps de présence au service de garde, une meilleure rémunération des consultations urgentes par TARMED, une prise en charge par le canton des coûts de la formation continue aux urgences et de l'infrastructure spéciale requise, la mise en place d'un pool, afin de limiter le manque à gagner occasionné par les factures impayées du service de garde et d'urgences.
- la formation post-graduée et la formation continue; celle-ci pourrait être exigée en vue de l'obtention de l'autorisation de pratique dans un canton, permettant ainsi d'éviter que certains médecins puissent jouir d'une dispense du service de garde et d'urgence avec l'argument qu'ils n'ont pas eu de formation spécifique, tout en contribuant à la qualité des soins.
- l'amélioration de l'attrait de la profession de médecin de premier recours attirerait davantage de médecins vers la profession et les contraintes liées au service de garde et d'urgence seraient réparties sur un nombre plus important de personnes.

La majorité de ces solutions proposées permettra de faire face, à court et moyen terme déjà, aux inconvénients et aux charges de travail liés au service de garde et d'urgence et d'en diminuer l'impact négatif sur la motivation des jeunes médecins à choisir la voie de médecin de premier recours. Elles peuvent aussi motiver des médecins plus proches de la retraite à maintenir un service de garde, par l'allègement des contraintes qui y sont liées.

2.3.1.2 Rapport CDS «Financement formation post-graduée spécifique»

Le rapport «financement formation post-graduée spécifique» analyse davantage la question des formations post-graduées qui mènent aux diplômes fédéraux en médecine générale, pédiatrie ou encore médecine interne sans sous-spécialisation, regroupés dans la médecine de premier recours. Il constate que les stages en ambulatoire en pratique privée sont très rares, voire inexistantes. De fait, la comparaison avec la situation actuelle dans l'Union européenne montre que, comme vu plus haut, la Suisse est l'un des rares pays où un médecin peut obtenir un titre de spécialiste en médecine de premier recours sans avoir effectivement vécu l'activité dans le domaine des soins primaires dans le cadre de sa formation. Les stages en pratique indépendante ne sont de surcroît pas très intéressants financièrement, étant donné qu'ils sont moins bien rémunérés que les stages à l'hôpital. Aussi le rapport conclut-il que la formation post-graduée actuelle pour l'obtention d'un titre en médecine de premier recours est largement inefficace, tant du point de vue systémique, que didactique et économique.

Vu l'inégalité de traitement de la filière de la médecine de premier recours par rapport à toutes les autres spécialités au niveau de la formation, le rapport propose un co-financement par l'Etat des stages en pratique privée. En subventionnant les charges des hôpitaux, l'Etat paye

le temps de formation des assistants en stage à l'hôpital et le temps de formation de ceux qui les entourent. En subventionnant également les stages en pratique indépendante, cette différence de traitement serait ainsi résorbée. Toutefois, le rapport propose de lier le subventionnement de la formation en cabinet à un contrat avec les parties impliquées qui s'engageraient par exemple à travailler en tant que médecin de premier recours dans la région après les études.

2.3.2 Projets cantonaux et régionaux

2.3.2.1 Projet d'assistantat au cabinet du canton de Vaud

Le projet élaboré dans le canton de Vaud illustre les modèles proposés par le rapport de la CDS pour une amélioration de la formation post-graduée des médecins de premier recours. Le programme est brièvement présenté ici, car il permet de donner un aperçu des charges financières liées à un tel modèle.

Le canton de Vaud a lancé un projet d'assistantat au cabinet en 2005 qui comprend 4 postes de travail par année répartis sur 2 postes équivalents plein-temps. La Policlinique médicale universitaire (PMU) assume les tâches administratives, financières et d'assurances. Ce programme permet aux futurs médecins généralistes de travailler durant une période de six mois à 100% ou de douze mois à 50% comme assistant praticien chez un praticien formateur médecin de premier recours en pratique libre (médecine générale, médecine interne), leur donnant l'opportunité d'acquérir des connaissances nécessaires dans le domaine, mais surtout aussi à connaître les spécificités de la pratique libre. Depuis 2008, ce programme permet d'accueillir 12 médecins par année. Par ailleurs, deux places de stage supplémentaires seront mises à disposition dans le domaine de la pédiatrie à des fins de projet pilote.

Comme déjà relevé plus haut, les salaires des places de stage en cabinet privé sont plus bas que ceux en hôpital. Aussi, les assistants qui participent à ce programme acceptent de renoncer à 20% du salaire qu'ils auraient touché en stage dans un hôpital. Des 80% restants, 60% sont financés par l'Etat par le biais de l'hôpital où le stagiaire reste employé durant la période de stage et 20% par le maître de stage. Les coûts à charge de l'Etat de ce programme s'élèvent à 140 000 francs par année pour les deux années pilotes. Pour 2008, le budget du projet prévoit un montant de 433 000 francs. Si, comme prévu, l'Etat devait également prendre à sa charge, dès 2009, la part de la rémunération à laquelle les stagiaires renoncent actuellement, l'implication financière de l'Etat augmentera en conséquence et dépassera vraisemblablement le demi-million de francs. Le projet vaudois doit encore faire l'objet d'une évaluation.

D'autres cantons connaissent des systèmes plus ou moins similaires, notamment les cantons de Genève, Glaris, Schaffhouse, Saint-Gall, Thurgovie et Zurich.

2.3.2.2 Assistantat au cabinet en Suisse romande

Au niveau suisse, il s'avère qu'un grand nombre de projets cantonaux existants divergent par leur financement, leur durée, leur mode de coordination et d'évaluation. Par ailleurs, chaque projet cantonal dispose d'une cellule de coordination ou mobilise, d'une manière ou d'une autre, les ressources publiques. Tout comme les projets d'assis-

tanat décrits plus haut, le projet d'«assistantat au cabinet en Suisse romande» vise une amélioration significative du cursus de formation des futurs médecins de premier recours, mais surtout il vise une approche coordonnée entre les cantons romands et une offre unifiée, afin d'éviter une concurrence entre les cantons. L'objectif principal de ce projet est de fournir un cadre de référence, commun à tous les cantons romands, pour l'assistantat au cabinet. Ce référentiel commun vise à harmoniser les pratiques au niveau régional, à imposer un standard unique au niveau des exigences pédagogiques et de qualité, tout en respectant les particularités cantonales en matière de mise en œuvre et de financement. Selon le Collège de médecine de premier recours (CMPR) une place de stage pour 50 000 habitants serait nécessaire, ce qui correspondrait pour le canton de Fribourg à la mise en place de 5 places de stage. Le projet doit être discuté au sein du GRSP et de la CLASS d'ici le mois de novembre 2008.

2.3.2.3 Cursus romand de médecine générale

Inquiets du nombre peu élevé de médecins qui suivent la filière de médecine générale en Romandie, et interpellés par un communiqué de la CDS du 19 mai 2005 intitulé «Soins médicaux ambulatoires de premier recours», un groupe de praticiens généralistes impliqués dans l'enseignement (Unité de médecine générale de Lausanne et Unité d'enseignement générale de Genève) a décidé de répondre à la problématique en mettant en place un «Cursus romand de médecine générale». Les objectifs de ce projet sont les suivants:

- augmenter la qualité pédagogique et l'attrait de la formation en médecine générale/médecine de premier recours,
- 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.

Afin d'atteindre ces objectifs, les initiateurs du projets prévoient, après une phase de recensement et d'évaluation des établissements de formation post-graduée, de créer un office de placement, d'encadrement et de guidance pour les futurs généralistes. Cet office de placement conseillera et sélectionnera les jeunes médecins et les recommandera auprès des établissements de formation post-graduée. La collaboration entre l'office de placement et les établissements de formation post-graduée permettra de promouvoir une image positive du généraliste et suscitera une amélioration de la qualité pédagogique de la formation post-graduée, éléments nécessaires pour revaloriser la formation de médecin généraliste.

Les initiants ont interpellé la CRASS (aujourd'hui CLASS) en mars 2006 afin que celle-ci soutienne le projet et participe aux coûts de mise en place et de fonctionnement, notamment les charges salariales liées aux employés de l'office de placement (2 médecins formateurs à 25% et un secrétaire à 50%), soit un montant d'environ 170 200 francs.

Après une étude approfondie du projet, la CLASS a donné son soutien de principe à cette démarche qui va dans l'intérêt des cantons et de leur population, soutien qui aide les promoteurs dans les contacts avec leurs par-

tenaires, les universités notamment. Concernant le financement, les cantons romands ont également décidé de soutenir le projet. Vu les ambitions et la qualité du projet, la CLASS a aussi demandé à la CDS de participer financièrement au projet, afin de renforcer encore le signal non seulement aux promoteurs du projet, mais aussi à tous les acteurs susceptibles de faire preuve du dynamisme et de la créativité nécessaires à la recherche de solutions aux difficultés que connaît cette filière. La CLASS et la CDS ont donc soutenu ce projet en 2007, année de lancement, à hauteur de 80 000 francs. Pour l'année 2008, la CLASS soutient le projet à hauteur de 92 000 francs et elle a inscrit 127 000 francs dans son budget provisoire pour 2009. En tant que membre de la CLASS et de la CDS, le canton de Fribourg est partie prenante à ce projet.

3. SITUATION DANS LE CANTON DE FRIBOURG

3.1 Démographie médicale

3.1.1 Evolution entre 1995 et 2006 et situation sur le plan cantonal

Selon la statistique du canton de Fribourg, qui se base sur celle de la FMH, le nombre de médecins de premier recours¹ en pratique privée² a augmenté de 137 médecins à 207 entre 1995 à 2006, ce qui représente une augmentation de 51,09%, alors que la population résidante cantonale a augmenté de 229 466 à 262 904, soit de 14,57%. Le nombre de médecins de premier recours par 10 000 habitants est ainsi passé de 5,97 à 7,87 (+31,88%) sur la période observée. Concernant les trois spécialités, le nombre de médecins en cabinet indépendant a évolué comme suit: médecine générale: 58 à 100 (+72,41%); médecine interne: 65 à 89 (+36,92%), pédiatrie 14 à 18 (+28,58%).

En ce qui concerne le nombre total de médecins en pratique privée sur l'ensemble du territoire fribourgeois, il est passé de 321 à 445 (+38,63%) sur la même période. Les autres spécialités FMH (sans médecins généralistes, internistes et pédiatres) ont vu leurs rangs augmenter de 135 à 229 (+69,63%). On constate donc également que, dans l'ensemble, le nombre de médecins de premier recours a crû moins vite que celui des autres spécialités FMH.

En comparaison avec les autres cantons et la moyenne suisse, il apparaît que la densité des médecins de premier recours avec activité en cabinet privé reste plutôt faible. Ainsi, pour 2006, les valeurs du canton de Fribourg se situent en dessous de la moyenne suisse. Pour la médecine

¹ L'analyse porte ici sur les domaines de la médecine générale, la médecine interne et la pédiatrie. Ne sont pas inclus ni les médecins praticiens, ni médecins sans titre FMH, car ceux-ci ne sont pas représentés dans la statistique sur toute la durée analysée ici. En 1995, il y avait 49 médecins sans titre FMH et, en 2006, le canton de Fribourg comptait 9 médecins praticiens.

² Médecins en pratique privée (Statistique du canton de Fribourg). La statistique se fonde sur les chiffres de la statistique de la FMH. Elle contient les médecins exerçant leur profession, qu'ils soient ou non membres de la FMH. Il s'agit des médecins exerçant une activité en pratique privée sous une forme quelconque, notamment: médecins en cabinet privé (à plein temps ou à temps partiel); médecins d'hôpitaux (médecins-chefs, médecins dirigeants, médecins agrégés, le cas échéant, chefs de clinique) avec clientèle privée; médecins en pratique privée qui, en sus et sous une autre forme quelconque, sont aussi employés; médecins employés exerçant en sus une activité en pratique privée. Les médecins ayant droit d'annoncer plusieurs titres FMH sont comptés dans toutes les rubriques.

cine générale, la moyenne suisse est de 4,62 médecins pour 10 000 habitants, alors qu'elle est de 3,85 pour le canton de Fribourg, qui arrive en 23^e position des 26 cantons suisses. Pour ce qui est de la médecine interne, il est en 16^e position (densité CH 4,47, FR 3,43), en 20^e pour la pédiatrie¹ (densité CH 1,03, FR 0,69) et en 17^e pour la densité des médecins praticiens (densité CH 0,50, FR 0,35).

Par ailleurs, le canton de Fribourg n'a pas souffert du gel des autorisations de pratique (moratoire), étant donné que les effectifs de médecins étaient en dessous des dotations de références fixées par les autorités fédérales. Le Conseil d'Etat a utilisé les possibilités laissées par la Confédération dans ce domaine et n'a jamais refusé d'autorisation de pratique.

Les analyses menées par l'Obsan sur les données 2004 concernant l'activité plein-temps des médecins de premier recours confirment ces différences entre le canton de Fribourg et la moyenne suisse. En revanche, ces analyses précisent aussi que le recours à la médecine de base et à la pédiatrie dans le canton est globalement inférieur à la moyenne suisse. L'Obsan constate encore que la proportion de praticiens de plus de 55 ans et celle de femmes sont plus élevées dans le canton de Fribourg qu'en moyenne suisse en ce qui concerne la médecine de premier recours.

Bien que la densité des médecins de premier recours ne soit pas aussi élevée que la moyenne suisse, les chiffres montrent clairement que, dans l'ensemble, l'offre médicale a augmenté de manière sensible ces douze dernières années dans le canton. Ainsi, même si l'évolution de la médecine de premier recours ne semble pas optimale à moyen terme et que, vu la structure démographique de la population de médecins de premier recours fribourgeoise, celle-ci semble plus fragile que la moyenne suisse, il apparaît que la population du canton de Fribourg ne doit pas craindre d'être exposée à une pénurie d'offre médicale générale à court terme.

3.1.2 Evolution entre 1995 et 2006 et situation sur le plan régional (districts)

L'évolution de l'offre médicale de premier recours n'a pas été égale dans les districts. C'est le district de la Sarine qui a les plus fortes croissances en chiffres absolus de médecins généralistes et internistes. Etant donné la répartition inégale des médecins entre les districts, les taux de croissances varient davantage. La comparaison entre les districts pour l'année 2006 montre des inégalités plus ou moins importantes en fonction des spécialités observées. On constate que le district de la Sarine est le mieux doté avec un nombre de 10,39 médecins de premier recours² pour 10 000 habitants. A l'opposé, on trouve le district de la Broye avec 5,45 médecins. Pas loin de la moitié des médecins de premier recours en pratique privée sont établis dans le district de la Sarine. Les différences entre les districts périphériques ne sont en général pas très prononcées. Si les taux de croissance du nombre de médecins sont particulièrement spectaculaires dans le district de la Veveyse, cela est avant tout dû à une population basse et un nombre de médecin particulièrement bas en début de la période observée. Ainsi le nombre de pédiatres a dou-

blé entre 1995 et 2006, mais dans les faits, le nombre de médecins est passé de un à deux.

	Total médecins 1 ^{er} recours		Evolution absolue	Evolution en %	Médecins par 10 000 habitants		Evolution en %
	1995	2006			1995	2006	
Canton FR	137	207	70	51,09%	5,97	7,87	31,88%
Sarine	62	96	34	54,84%	7,52	10,39	38,26%
Singine	21	27	6	28,57%	5,74	6,79	18,31%
Gruyère	19	27	8	42,11%	5,32	6,37	19,71%
Lac	13	20	7	53,85%	5,07	6,45	27,16%
Glâne	10	12	2	20,00%	5,79	6,27	8,37%
Broye	7	13	6	85,71%	3,50	5,45	55,53%
Veveyse	5	12	7	140,00%	4,25	8,37	96,86%

	Généralistes		Evolution absolue	Evolution en %	Médecins par 10 000 habitants		Evolution en %
	1995	2006			1995	2006	
Canton FR	58	100	42	72,41%	2,53	3,80	50,48%
Sarine	17	35	18	105,88%	2,06	3,79	83,84%
Singine	15	18	3	20,00%	4,10	4,53	10,42%
Gruyère	8	14	6	75,00%	2,24	3,30	47,42%
Lac	6	9	3	50,00%	2,34	2,90	23,98%
Glâne	4	7	3	75,00%	2,31	3,66	58,05%
Broye	5	10	5	100,00%	2,50	4,19	67,49%
Veveyse	3	7	4	133,33%	2,55	4,88	91,40%

	Pédiatres		Evolution absolue	Evolution en %	Médecins par 10 000 habitants		Evolution en %
	1995	2006			1995	2006	
Canton FR	14	18	4	28,57%	0,61	0,68	12,22%
Sarine	6	7	1	16,67%	0,73	0,76	4,17%
Singine	1	2	1	100,00%	0,27	0,50	84,04%
Gruyère	2	2	0	0,00%	0,56	0,47	-15,76%
Lac	2	3	1	50,00%	0,78	0,97	23,98%
Glâne	1	1	0	0,00%	0,58	0,52	-9,69%
Broye	1	1	0	0,00%	0,50	0,42	-16,25%
Veveyse	1	2	1	100,00%	0,85	1,39	64,05%

	Internistes		Evolution absolue	Evolution en %	Médecins par 10 000 habitants		Evolution en %
	1995	2006			1995	2006	
Canton FR	65	89	24	36,92%	2,83	3,39	19,51%
Sarine	39	54	15	38,46%	4,73	5,85	23,63%
Singine	5	7	2	40,00%	1,37	1,76	28,83%
Gruyère	9	11	2	22,22%	2,52	2,59	2,96%
Lac	5	8	3	60,00%	1,95	2,58	32,25%
Glâne	5	4	-1	-20,00%	2,89	2,09	-27,75%
Broye	1	2	1	100,00%	0,50	0,84	67,49%
Veveyse	1	3	2	200,00%	0,85	2,09	146,08%

¹ Selon les dernières statistiques de la FMH, le nombre de pédiatres est passé à 22 dans le canton de Fribourg en 2007, ce qui le place en 11^e position sur 26. Avec 0,83 pédiatre pour 10 000 habitants, il reste toutefois en dessous de la moyenne suisse (1,02).

² Sans médecins praticiens ni médecins sans titre FMH.

Ces statistiques montrent que, selon le district et/ou la spécialisation, une diminution de quelques médecins peut influencer de manière importante l'offre régionale.

3.1.3 Estimation de l'évolution de la situation jusqu'en 2013

Les données statistiques de la Société de médecine du canton de Fribourg (SMCF) concernant les médecins astreints au service de garde permettent de nuancer les constatations faites plus haut et de tirer des conclusions quant à l'évolution probable de la médecine de premier recours dans le canton. Les médecins astreints au service de garde représentant une partie importante des médecins de premier recours, ces données paraissent représentatives de l'ensemble de la population des médecins de premier recours.

3.1.3.1 L'impact de l'âge sur l'offre de médecine de premier recours

Selon les données de la SMCF, près de la moitié des médecins de garde ont 55 ans et plus en 2008. A l'horizon 2013, ces médecins ne seront plus astreint au service de garde, conformément au règlement actuellement en vigueur qui en dispense les médecins de 60 ans et plus. Si sur cette période le nombre de nouvelles autorisations de pratique accordées à des médecins de premier recours devait correspondre à l'évolution moyenne observée entre 2005 et 2007, il apparaît que les nouveaux médecins ne combleront à peine plus de la moitié des dispenses. Dès lors, la charge de travail liée au service de garde augmentera sensiblement pour les médecins restants, même si, comme aujourd'hui, certains médecins y participent au-delà de la limite d'âge qui les en dispense.

Ces données montrent également qu'un nombre important de médecins de premier recours partiront à la retraite ces dix prochaines années. Ce n'est qu'une question de temps, en fonction de l'échelonnement des départs à la retraite et des réductions de temps de travail, pour que le nombre des nouveaux médecins ne suffise plus pour assurer la relève.

3.1.3.2 Impact de la féminisation de la profession et du temps partiel

Le taux de féminisation de la profession, argument souvent avancé en relation avec le travail à temps partiel pour expliquer la diminution de l'offre, est de 22,43% pour les cercles de garde analysés. Sur le plan cantonal, le travail à temps partiel dans la population étudiée concerne environ 14,95% des médecins astreints au service de garde. Il est plus élevé chez les femmes qui sont 37,50% à avoir choisi cette option, alors que les hommes représentent 8,43% seulement. Selon l'Obsan, le taux de féminisation dans le canton de Fribourg est plus élevé que la moyenne suisse.

Les données analysées laissent entrevoir qu'à moyen terme une partie importante de l'augmentation du nombre de médecins de premier recours observée ces douze dernières années sera compensée à la baisse à cause du départ à la retraite d'une partie non négligeable de la population des médecins. Cette évolution aura également un impact important sur le service de garde et donne une indication quant à l'augmentation de la charge de travail qui y est liée, en particulier dans les cercles de garde les plus petits.

3.2 Projets de solutions spécifiques au canton de Fribourg

3.2.1 Adaptation du règlement du service de garde des médecins de la SMCF

Selon l'article 95 al. 1 de la loi du 16 novembre 1999 sur la santé entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001, les professionnels de la santé assurent des services de garde et de permanence de manière à garantir les besoins en soins de la population. L'article 17 du règlement du 21 novembre 2000 concernant les fournisseurs de soins et la Commission de surveillance précise quels sont les professionnels de la santé tenus de participer aux services de garde et de permanence; il fait notamment obligation aux médecins d'organiser, par le biais de la SMCF, des services de garde et de permanence par région et par spécialité. La SMCF est également habilitée à astreindre à ces services tant leurs membres que les professionnels qui n'en font pas partie. Elle peut dispenser du service de garde certaines catégories de professionnels, notamment pour des raisons d'âge ou de fonction, et accorder, à titre exceptionnel, des dispenses individuelles pour de justes motifs. Par ordonnance du 18 février 2003, le Conseil d'Etat a approuvé le règlement adopté par la SMCF le 14 novembre 2002 concernant le service de garde des médecins dans le canton de Fribourg.

Vu les problèmes croissants auxquels sont exposés les cercles de garde, notamment la charge croissante de travail, liée à la diminution des effectifs, la SMCF a, lors de son assemblée générale du 26 avril 2007, adopté une modification du règlement concernant le service de garde des médecins dans le canton de Fribourg, approuvée par le Conseil d'Etat dans son ordonnance du 26 février 2008. Cette modification a pour but d'inciter et d'obliger un nombre plus important de médecins à participer au service de garde. Aussi, les médecins qui ne remplissent pas les exigences de qualité pour faire la garde devront se former dans le délai d'une année. Le manque de connaissances n'est donc plus une excuse pour ne pas participer au service de garde. De plus, les conditions pour les dispenses du service de garde pour des raisons de santé et de problèmes physiques sont devenues plus restrictives.

3.2.2 Réorganisation du service de garde et de permanence dans le district de la Singine

Initialement, le district de la Singine se répartissait sur deux cercles de garde (district du haut et du bas), avec deux numéros d'appel différents. Deux médecins étaient de garde en permanence, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. En outre, les médecins avaient une convention avec le service d'ambulances de la Singine selon laquelle, en cas d'urgences graves, le médecin le plus proche du patient pouvait être appelé. Toutefois, du fait d'une diminution des médecins astreints au service de garde et de permanence, la charge inhérente au service de garde devenait insupportable pour les médecins restants. Face à cette constatation, les médecins du district de la Singine ont cherché de nouvelles solutions pour faire face au devoir d'assurer ce service. En collaboration avec l'hôpital fribourgeois, site de Tafers, ils ont réussi à réorganiser le service de garde, en appliquant plusieurs points proposés dans les rapports de la CDS vus plus haut.

Dans le nouveau modèle appliqué aujourd'hui, les deux cercles de garde initiaux ont été refondus en un seul, qui couvre l'ensemble du district de la Singine. En parallèle,

il n'y a plus qu'un seul numéro d'appel et un seul médecin de garde. Celui-ci assure le service tous les jours de 7 à 20 heures. En dehors de ces heures, les urgences ambulatoires sont assumées par l'hôpital. Toutefois, si le patient ne peut se déplacer et qu'une visite à domicile s'impose, le médecin de garde de l'hôpital peut en tout temps mobiliser le médecin de garde du cercle de garde.

Cette collaboration, mise en place au premier janvier 2007, fonctionne à la grande satisfaction des parties impliquées et a pu, jusqu'à présent, être assumée sans effectifs supplémentaires par le personnel hospitalier en service. Elle n'a pas généré, jusqu'ici, de coûts supplémentaires, à l'exception de quelques adaptations de la centrale téléphonique. Elle a permis de décharger les médecins de garde et aussi motivé certains, en principe dispensés de service de garde pour raisons d'âge, de continuer à y participer.

3.2.3 Réorganisation d'autres cercles de garde

La SMCF n'a pas limité ses efforts de concentration au cercle de garde du district de la Singine. En effet, d'autres cercles ont été réorganisés et regroupés, si bien que des 13 cercles de garde initiaux, il en reste aujourd'hui encore 7. Par ailleurs, vu le succès de la réorganisation du cercle de garde de la Singine, la SMCF a interpellé l'hôpital fribourgeois (HFR), afin de multiplier les collaborations entre les sites hospitaliers et les cercles de garde dans les autres districts. Aussi, les partenaires ont-ils entamé des discussions afin d'analyser diverses approches en vue de solutions adaptées aux différents sites et cercles de garde.

4. POSITION DU CONSEIL D'ÉTAT

La Confédération et les cantons ont déclaré en commun vouloir soutenir la médecine de premier recours. Cette volonté se base sur la conviction qu'un système de médecin de famille performant est une condition importante pour une prise en charge médicale efficiente de la population. Donc, les mesures destinées à promouvoir la médecine de premier recours doivent avoir pour but de maintenir, voire d'améliorer son efficacité. En revanche, il ne s'agit pas de favoriser la médecine de premier recours par rapport à d'autres spécialités médicales par le biais de politiques de subventionnement. Le principe de subsidiarité de l'Etat soit s'appliquer. C'est en premier lieu aux médecins de premier recours qu'incombe la tâche de trouver, dans la mesure de leurs possibilités, des solutions adéquates aux problèmes les concernant.

Ainsi, le Conseil d'Etat est d'avis qu'il faut, dans un premier temps, faire face aux problèmes les plus urgents, ce de manière concertée avec les autres cantons. Il est préférable en suite de se concentrer sur un nombre limité de points, sans se disperser sur une multitude de pistes dont les effets n'ont pas pour l'instant suffisamment été évalués.

Les modifications et améliorations des cursus de formation des médecins de premier recours mettront une dizaine d'années avant d'avoir un impact sensible sur la démographie médicale, vu la durée des études. Pour répondre à court terme aux problèmes auxquels la profession est confrontée, le canton privilégie les solutions qui se basent sur une réorganisation des structures existantes, avec les moyens à disposition, ne nécessitant pas

ou que peu d'apports financiers complémentaires de la part de l'Etat, notamment en vue d'améliorer la situation et la qualité de vie des médecins de premier recours. Il s'agit d'abord d'épuiser ces solutions avant d'entrer en matière sur des solutions plus radicales et onéreuses, souvent liées à un interventionnisme plus important de l'Etat dans la pratique de la profession, selon le principe «qui paye commande».

Aussi, le Conseil d'Etat de Fribourg constate-t-il avec satisfaction que plusieurs pistes sérieuses sont étudiées dans le canton et que des initiatives concrètes sont en cours de réalisation pour faire face aux problèmes auxquels est exposée la médecine de premier recours:

4.1 Réorganisation des services de garde

Le Conseil d'Etat soutient les solutions que les partenaires mettent en place de manière concertée comme cela a été le cas, par exemple, pour les cercles de garde du district de la Singine et l'hôpital fribourgeois, site de Tfers. Il est disposé à prêter main forte, pour trouver des solutions similaires dans les autres districts. Aussi attend-il avec impatience les premiers résultats des discussions entre le HFR et la SMCF concernant la réorganisation des services de garde du canton. En effet, ces solutions, créées par les milieux directement concernés sont certainement mieux à même de répondre aux besoins urgents et aux attentes des médecins de premier recours, d'être soutenues par eux dans une large proportion et d'aboutir, que des projets élaborés par l'Etat et qui de surcroît pourraient être perçus comme contraignants.

En ce qui concerne les aspects qualitatifs et financiers du service de garde, la SMCF informe que les médecins de premier recours participent tous les deux ans à un cours de formation et de mise à jour concernant les urgences qui coûte environ 400 francs à chaque médecin. Comme l'autorise l'article 6 alinéa 3 du règlement concernant le service de garde des médecins dans le canton de Fribourg qui prévoit que les cercles de garde sont autorisés à trouver un financement pour couvrir en partie leurs frais dans la région où ils exercent, une part de ces coûts est actuellement encore sponsorisée par une entreprise pharmaceutique, si bien que le montant restant à charge des médecins est de 150 francs environ. Néanmoins, les médecins font remarquer que l'absence au cabinet pour la durée de cette formation signifie également une diminution de leur chiffre d'affaires. Par conséquent, la SMCF demande au canton une participation à ces coûts.

Bien qu'aucune base légale ne contraint l'Etat de subventionner le service de garde, qui au contraire est du ressort des seuls médecins, l'Etat pourrait considérer la question en signe de bonne volonté. Si l'Etat devait participer ou prendre en charge les coûts de cette formation, cela coûterait entre 11 000 et 40 000 francs¹ par an. Il incombe par contre aux communes, en tant qu'autorités sanitaires locales, de prendre leurs responsabilités et de participer à l'effort de soutien des médecins de garde.

On peut mentionner dans ce sens que certaines communes soutiennent déjà financièrement les services de garde, à l'instar des communes de la Singine qui payent au cercle de garde un montant annuel de 2500 francs par

¹ Limite inférieure: 150 médecins × 150 francs (participation) sur 2 ans = 22 500 francs, soit 11 250 francs par an.
Limite supérieure: 200 médecins × 400 francs (total) sur 2 ans = 80 000 francs, soit 40 000 francs par an.

médecin astreint à la garde pour participer aux coûts de la formation, mais aussi aux coûts du renouvellement régulier du stock de médicaments qu'un médecin de garde doit avoir à disposition pour traiter certaines urgences et qui doivent être remplacés régulièrement s'ils ne sont pas utilisés en raison d'une durée de péremption relativement courte.

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat étudiera la possibilité d'une participation aux coûts de ces frais de formation, comme le demande la SMCF, dans le cadre de la réorganisation des services de garde.

4.2 Réorganisation de la formation

Le Conseil d'Etat soutient également les solutions qui visent à améliorer la formation des médecins de premier recours. La formation devant toutefois répondre à des exigences qualitatives très élevées, ces projets de modification et d'amélioration de la formation doivent être mis en place de manière concertée au niveau national, éventuellement intercantonal, de manière à garantir une qualité uniforme de la formation au niveau suisse. Seuls les détails devraient encore être réglés ou adaptés au niveau cantonal.

Bien que le modèle de formation de médecins assistants en cabinets tel que pratiqué dans le canton de Vaud (cf. chiffre 2.3.2.1) soit une approche relativement coûteuse pour l'Etat qui de surcroît ne garantit pas que le médecin formé s'installe là où le canton en aurait le plus besoin, c'est-à-dire en périphérie, il apparaît qu'il s'agit d'une approche intéressante pour les médecins assistants. Bien sûr, le canton peut lier l'offre de formation en cabinet à un contrat prévoyant que le médecin pratique quelques années dans une région périphérique en échange de quoi il prend en charge la différence de salaire. Mais une telle contrainte diminue l'attrait de la formation. Plus les contraintes pour le médecin assistant sont importantes, moins il est tenté par l'offre. Toutefois, dans l'intérêt de l'amélioration de la formation des futurs médecins de premier recours, le canton de Fribourg analyse avec ses partenaires des cantons romands la possibilité d'une mise en place progressive d'un programme harmonisé. L'hôpital fribourgeois et la SMCF accompagneront la DSAS dans la mise en place de ce projet.

En ce qui concerne la formation de médecins en général, les études sur la démographie médicale demandent que le nombre des places d'études au niveau suisse soit augmenté. Une telle action nécessite l'engagement de tous les acteurs, aux niveaux universitaire et hospitalier. La décision du Conseil d'Etat relative à l'introduction de la troisième année de médecine à l'Université de Fribourg s'inscrit dans cette logique et démontre la volonté de contribuer à cet effort de formation. Le projet de programme fribourgeois prévoit également un enseignement au cabinet de praticien, ce qui permettra aux étudiants d'entrer rapidement en contact avec la médecine non hospitalière.

4.3 Prise en compte des changements du système sanitaire

Le Conseil d'Etat ne veut pas, aujourd'hui, cimenter la situation actuelle par une sorte de protectionnisme de la profession, mais plutôt accompagner la médecine de premier recours au cours d'une évolution sans doute incontournable. La médecine de premier recours s'insère dans un système de santé en permanente mutation; il est

inévitable qu'elle doive s'adapter. La médecine de premier recours de demain ne sera plus la même que celle d'aujourd'hui, comme celle d'aujourd'hui n'est déjà plus celle d'hier.

La société d'aujourd'hui se distingue par un niveau de mobilité et d'information jamais atteint auparavant. Si la proximité géographique du médecin de premier recours par rapport à l'ensemble de la population d'une région était capitale autrefois, son importance tend à diminuer.

La société d'aujourd'hui est une société de l'information, où l'individu communique de plus en plus par téléphone, portable, internet, e-mail. Le fait que de nombreux malades se sentent suffisamment informés pour décider de s'adresser directement à un médecin spécialiste au lieu de passer par un généraliste ne pourra pas être changé par des interventions locales cantonales. Ces évolutions comportementales pourront éventuellement être endiguées par les révisions futures de la LAMal, qui favoriseront par exemple davantage l'offre par les assurances-maladies de formes particulières d'assurance (Health maintenance organisations HMO, modèles de médecin de famille et de télémédecine).

Certains de ces modèles pourront renforcer le rôle et l'importance du médecin de premier recours dans le système en tant que «gate-keeper», passage obligatoire qui oriente les patients vers les spécialistes, pour autant que cela soit nécessaire. Toutefois, si ces modèles amélioreront peut-être l'attrait de la profession, ils ne permettront pas de gérer rapidement la problématique de la pénurie. Ils généreront en effet un besoin accru de médecins de premier recours, le système impliquant que tous les patients fassent d'abord appel aux services de ces médecins.

Ces modifications profondes du système sanitaire se décidant au niveau national, le Conseil d'Etat ne peut que souligner l'importance de la collaboration effective du canton aux travaux faits à ce niveau. Force est toutefois de mentionner que ces changements auront peut-être des conséquences, comme la diminution du choix des médecins pour les patients ou encore l'abolition de l'obligation de contracter, qui ne seront pas toutes favorables pour la profession.

L'offre croissante des services (gratuits) de télémédecine atteignables 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (p. ex. «medgate», qui compte 2,5 millions de membres en Suisse), proposée par un nombre grandissant d'assurances-maladie à leurs membres, permettra un tri des urgences et, partant, déchargera les cabinets médicaux des cas bénins qui ne nécessitent pas de consultation au cabinet. En revanche, ce système tend plutôt à soutenir une évolution dans laquelle le patient ressentira moins le besoin d'avoir un médecin de famille attiré, ce d'autant que le patient peut obtenir rapidement des informations, sans nécessité de se déplacer ni perte de temps dans les salles d'attente.

Il en va de même pour les cartes et les dossiers de patients électroniques qui permettront à moyen, et même à court terme déjà, de regrouper une grande partie, voire l'ensemble des données médicales d'un patient, si bien que n'importe quel médecin traitant pourra rapidement obtenir une vue relativement globale de la situation du patient, sans être dépendant d'un médecin de famille. Il faut mentionner ici le projet du dossier de patient informatisé (DPI) en cours de réalisation dans l'hôpital fribourgeois.

Pour les cas très graves qui nécessitent une intervention rapide sur place, la REGA ou encore des services de médecins d'urgence (SMUR) permettent une intervention

rapide même dans des zones reculées et périphériques. Dans ce domaine d'ailleurs, le Canton de Fribourg travaille à l'examen d'un concept permettant d'améliorer encore la prise en charge des urgences préhospitalières pour les patients fribourgeois.

Ces exemples montrent que les évolutions possibles futures de l'environnement et du cadre de la médecine de premier recours pourront être à double tranchant pour la profession, certaines pouvant apporter des solutions à la problématique de pénurie et d'autres générer des contraintes supplémentaires. Il est d'autant plus important pour la profession qu'elle sache s'adapter. Cette évolution profonde montre aussi que la solution au problème d'une pénurie future dans le domaine de la médecine de premier recours ne saurait vraisemblablement pas être réglée avec quelques incitations financières.

4.4 Incitations financières

Les pistes concernant d'éventuelles incitations financières (subventionnement des infrastructures ou exonérations partielles et temporelles d'impôt suite à l'installation en cabinet privé) qui seraient offertes par le canton aux (futurs) médecins de premier recours et devraient ainsi rendre la profession plus attrayante ou encore motiver des médecins à s'installer dans des zones périphériques semblent, pour le moment, prématurées. Non seulement leur efficacité n'est pas documentée, mais de telles solutions créeraient une inégalité de traitement avec d'autres professions médicales. De plus, elles ne seraient pas cohérentes avec la planification hospitalière cantonale qui recherche justement une concentration des moyens techniques propre à améliorer l'efficacité du système sanitaire subventionné par l'Etat. D'ailleurs, le financement des infrastructures ne donnerait pas la garantie que le médecin reste établi en zone périphérique. D'une part parce que l'Etat n'a pas de moyens de l'y obliger au-delà de la période convenue contractuellement. D'autre part, l'implication financière et personnelle du médecin étant moindre, il aura moins de regrets de quitter une telle infrastructure financée par un tiers. Aussi, l'effet pourrait-il même être contraire et aboutir à un parc dispersé et sous-exploité d'infrastructures à charge de l'Etat.

Finalement, il ne s'agit pas non plus d'engager entre les cantons une course aux meilleurs avantages financiers afin d'attirer les candidats au détriment des autres. Une telle situation serait contre-productive, surtout pour des cantons, comme Fribourg, disposant de moyens financiers moins importants.

D'ailleurs, à en croire les études conduites dans ce cadre, les aspects concernant la qualité de vie paraissent plus importants que les aspects purement financiers.

4.5 Valeur du point TARMED

En ce qui concerne encore la problématique souvent mentionnée d'une valeur de point TARMED perçue comme trop basse, le Conseil d'Etat rappelle que la LAMal règle la question de la rémunération des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale et qu'elle ne prévoit pas de compétences pour les cantons. Cette question doit être réglée par les parties contractuelles et c'est aux fédérations et sociétés de médecine de représenter les intérêts de leurs membres.

5. CONCLUSION

La couverture des besoins de la population dans le domaine de la médecine de premier recours dans le canton de Fribourg est assurée pour l'heure. Néanmoins, diverses études et projections montrent que la médecine de premier recours semble avoir perdu en attrait et qu'elle n'attire plus autant de jeunes médecins que par le passé, si bien qu'il faut compter, à moyen terme, avec une diminution des effectifs si la situation n'évolue pas positivement. Une telle évolution risque, à terme, d'aboutir à un déséquilibre entre l'offre et les besoins de la population.

Le sérieux de la situation a été reconnu par les milieux concernés et les autorités compétentes, tant au niveau des cantons que de la Confédération. Ensemble, ils collaborent en vue de mettre en place les changements organisationnels et structurels profonds que nécessite une amélioration durable de la situation.

Le Conseil d'Etat reste convaincu que les solutions doivent prioritairement être trouvées par la profession elle-même et que l'Etat ne doit jouer qu'un rôle subsidiaire. Ainsi, il privilégie les projets élaborés et supportés par les individus et organismes qui, au front, se basent sur une réorganisation des moyens à disposition en vue de l'amélioration de leur efficacité et de leur efficacité; ils devraient permettre une amélioration rapide de la situation. Dans ce sens, le canton de Fribourg soutient la réorganisation des cercles de garde en cours, entreprise par la SMCF en collaboration avec le HFR. En ce qui concerne les changements structurels, notamment la formation des médecins de premier recours, les démarches sont en cours. Le Canton de Fribourg étudie avec ses partenaires des cantons romands la possibilité d'une mise en place progressive d'un programme harmonisé d'assistantat en cabinet à court terme déjà, et le HFR et la SMCF l'accompagneront dans sa mise en œuvre au niveau cantonal.

Le Conseil d'Etat est convaincu que ces mesures concrètes encourageront les jeunes médecins à choisir à nouveau davantage la voie de la médecine de premier recours et à s'installer dans le canton de Fribourg. Elles permettront, à terme, d'améliorer durablement la situation de la médecine de premier recours et contribueront ainsi au maintien de la couverture médicale générale de la population fribourgeoise.

Nous vous invitons à prendre acte de ce rapport.

BERICHT Nr. 88 19. August 2008
des Staatsrats an den Grossen Rat
**zum Postulat Nr. 317.06 Christine Bulliard/
 Markus Bapst über die Hausmedizin und die
 medizinische Basisversorgung in ländlichen
 Regionen**

Hiermit unterbreiten wir Ihnen den Entwurf eines Berichts zum Postulat Christine Bulliard/Markus Bapst über die Hausmedizin und die medizinische Basisversorgung in ländlichen Regionen.