

Plaidoyer pour une société unique de spécialistes en médecine générale et interne en Suisse (1^{re} partie)

Arnaud Perrier^a, Jacques Cornuz^b,
Jean-Michel Gaspoz^c,
Alain Péroud^b, Gérard Waeber^d

a Service de médecine interne générale, Département de médecine interne, Hôpitaux Universitaires de Genève

b Policlinique médicale universitaire, CHUV, Lausanne

c Service de médecine de premier recours, Département de médecine communautaire et de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève

d Service de médecine interne, Département de médecine interne, CHUV, Lausanne

Résumé

Le débat au sujet de la légitimité de l'existence en Suisse de deux sociétés médicales et de deux titres de spécialistes, l'un en médecine interne et l'autre en médecine générale, resurgit avec force en raison de l'évolution rapide de l'offre médicale et des contraintes sur le système de santé. Dans la première partie de cet article d'opinion et de réflexion, les représentants universitaires romands de la médecine interne/générale hospitalière et ambulatoire analysent les arguments en faveur de la création d'une société unique, sous l'angle de la formation et de la recherche.

Pourquoi ce débat et pourquoi y prendre part?

Le débat au sujet de la légitimité de l'existence en Suisse de deux sociétés médicales et de deux titres de spécialistes dans les domaines proches que sont la médecine interne et la médecine générale n'est pas neuf. Il pourrait même, pour les membres les plus vénérables de ces deux sociétés, mériter l'étiquette de «serpent de mer». Néanmoins, ce débat resurgit avec une force considérable à cette étape de l'histoire de notre système de santé où tous les partenaires s'accordent sur la nécessité d'adapter l'offre médicale et les programmes de formation à un paysage qui se modifie rapidement [1].

Ce débat comprend des aspects bien différents, qui concernent à la fois la politique professionnelle, la formation et la recherche. En tant que médecins responsables de services universitaires intervenant dans la formation des médecins généralistes et internistes, ce sont les conséquences sur la structuration des programmes de formation postgraduée et sur la place académique de la médecine interne et générale qui nous interpellent au premier chef. Nous ne nous prononcerons donc dans cet article que sur ces points, même s'il va de soi que nous ne sommes nullement indifférents aux questions de politique professionnelle. Nous ne prendrons pas non plus position sur le débat de savoir si la formation postgraduée doit demeurer dans les mains de la FMH ou passer sous le contrôle de

l'université, voire d'une instance fédérale, comme proposé dans le récent rapport du Conseil Suisse de la Science et de la technologie «Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins» [1]. C'est également un débat important, mais il nous paraît secondaire par rapport à la question des objectifs et du contenu de la formation des médecins internistes et généralistes. Enfin, ceci étant un article de réflexion et d'opinion, il nous paraît important de préciser qu'il n'engage que nous et ne reflète pas nécessairement les positions des sociétés de discipline auxquelles nous sommes affiliés. Cette réflexion, qui se déclinera dans le *Bulletin des médecins suisses* en deux parties, a déjà fait l'objet d'une publication dans la *Revue Médicale Suisse* [2].

Quel nom pour quel titre et/ou société?

Le lecteur aura probablement remarqué que, malgré la lourdeur de cette formulation, nous avons préféré parler ici de médecins internistes et généralistes plutôt que de médecins de premier recours. En effet, la définition de la médecine de premier recours et ses spécificités sont assez claires. Selon la WONCA, la médecine de premier recours est «une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires, qui est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée» [3]. Néanmoins, elle est pratiquée par des médecins aux compétences diverses: généralistes, internistes, pédiatres et gynécologues-obstétriciens. Si, comme nous l'argumenterons plus loin, les internistes et généralistes pourraient bénéficier d'un tronc commun de formation, avec des modules complémentaires dépendant du futur environnement de pratique, cela paraît moins évident pour les autres spécialités que nous ve-

Correspondance:
Prof. Arnaud Perrier
Service de médecine interne générale
HUG
Rue Micheli-du-Crest 24
CH-1211 Genève 14
Tél. 022 372 90 52
Fax 022 372 91 16

arnaud.perrier@medecine.unige.ch

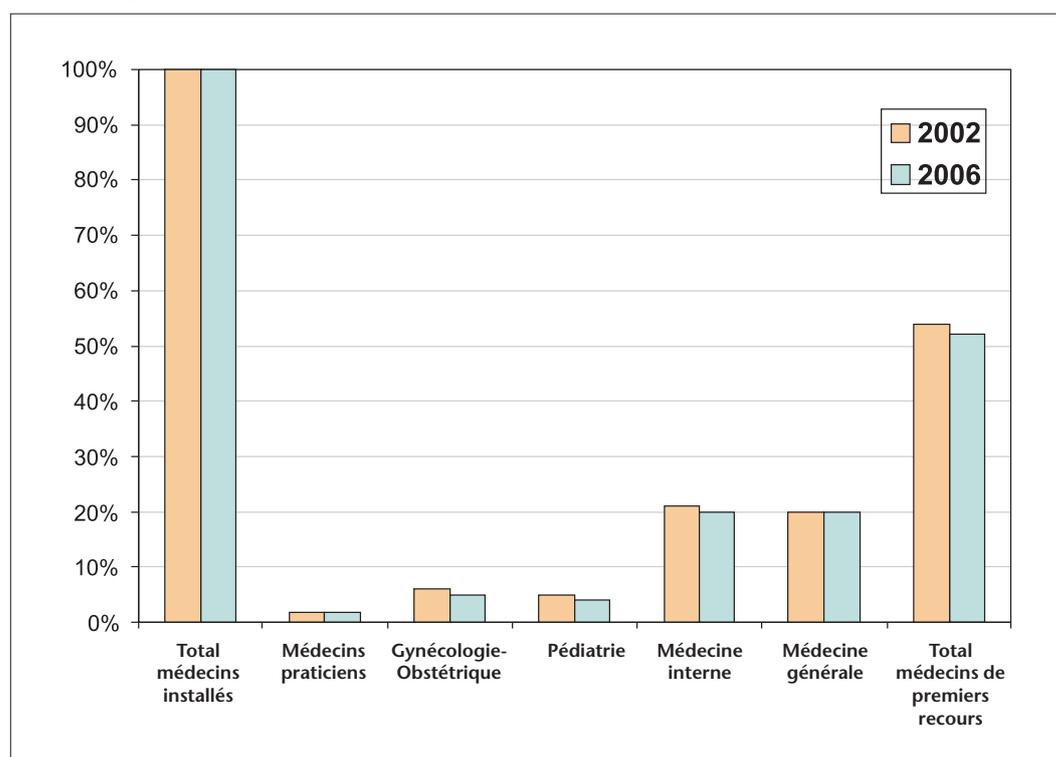
nons de mentionner. Le nom de «société de médecine de premier recours» pourrait donc être ambigu, de même que le titre correspondant. De toute manière, il serait certainement prématuré et maladroit de se prononcer à ce stade en faveur d'un nom de société et un titre – médecine interne, médecine générale, ou médecine interne générale – qui pourraient sembler signer la disparition d'une des sociétés existantes, ce qui n'est pas l'objet du débat. A ce stade de la discussion, le concept est plus important que d'éventuelles querelles de dénomination.

De quels médecins la Suisse aura-t-elle besoin en 2020?

On s'accorde généralement sur le fait que la répartition entre médecins de premier recours et spécialistes devrait être, respectivement, de 60 et 40%. Selon l'enquête commanditée par le Conseil suisse de la science et de la technologie sur la démographie médicale en Suisse¹, la proportion de médecins de premier recours était en 2006 de 52% (fig. 1). Si cette proportion semble assez stable entre 2002 et 2006, l'écart tend néanmoins à se creuser: l'accroissement des effectifs de médecins a été de 14,2% pour les spécialistes depuis 1998, alors qu'elle n'a été que de 2,4%, au cours de la même période pour les médecins de premier recours. D'autre part, l'attrait des étu-

dians pour la médecine de premier recours diminue. Alors que les généralistes représentent aujourd'hui environ 20% de la population médicale, seulement 45 (8,4%) des 439 médecins internes interrogés au cours de leur quatrième année de formation postgraduée et qui avaient fait un choix d'orientation définitif, avaient opté pour la médecine générale. Si 126 (24,1%) avaient opté pour la médecine interne, ce chiffre est plus difficile à interpréter en raison du fait qu'une proportion inconnue de ces derniers se destinait en réalité à une spécialité de la médecine interne. Des chiffres assez similaires sont présentés dans une enquête très récente sur la relève des médecins dans le canton de Vaud [4]. Enfin, il faut rappeler que les médecins de premier recours aujourd'hui en activité sont dans l'ensemble plus âgés que leurs collègues des autres spécialités, et qu'il faudra donc en remplacer davantage que de spécialistes dans les années qui viennent. Il est donc urgent de renforcer l'attrait de la médecine de premier recours parmi les étudiants en médecine. De nombreux incitatifs sont possibles, dont certains concernent la politique de la santé en Suisse dans son ensemble (politique de rémunération, amélioration des conditions de travail des médecins de premier recours, etc.). Mais c'est sur le plan de la formation postgraduée que nous pouvons – et devons – agir

Figure 1
Evolution du type de médecins en Suisse entre 2002 et 2006 [1].



de concert avec nos sociétés médicales. Il est donc urgent de réévaluer les programmes de formation en médecine interne et en médecine générale, et d'examiner s'ils correspondent toujours aux besoins.

Titres de spécialiste en médecine interne et en médecine générale: similitudes et différences

Caractéristiques et tâches des médecins

La description des tâches dévolues aux médecins de ces deux disciplines, extraite des programmes de formation FMH respectifs [5, 6], sont récapitulées dans le tableau 1. La comparaison fait apparaître en réalité de nombreuses similitudes de missions de ces deux spécialités. En particulier, on soulignera les aspects suivants:

- éventail large de soins;
- intervention en première ligne, et si nécessaire tri et orientation;
- prise en charge du patient individualisée et globale;
- utilisation efficiente, c'est-à-dire «coût-efficace» des ressources;
- rôle de médecine communautaire et santé publique.

La principale différence réside dans l'inclusion des soins hospitaliers dans la mission des internistes, alors que ce rôle n'est pas mentionné pour les généralistes. Est-ce une différence rédhibitoire dès lors qu'il s'agit d'examiner les possibilités de restructuration et de rapprochement des programmes de formation? A notre avis en aucun cas, et ceci pour deux raisons. D'une part (voir section suivante), le généraliste doit également faire une partie de sa formation dans des structures hospitalières stationnaires. D'autre part, la pratique clinique par les internistes généralistes en milieu hospitalier est précisément caractérisée par son «généralisme» [7, 8].

Parcours de formation

Les parcours de formation des généralistes et des internistes présentent également des similitudes mais les différences sont plus importantes (tab. 2). La formation des généralistes insiste davantage sur la médecine ambulatoire et l'exposition à des spécialités variées, en particulier la chirurgie, la pédiatrie et la psychiatrie. Toutefois, l'exposition à une seule de ces spécialités pendant douze mois est suffisante pour pouvoir prétendre au titre FMH. En revanche, l'exigence concernant la formation en médecine interne

Tableau 1

Comparaison des tâches du médecin généraliste et du médecin interniste.

Médecine générale

La médecine générale:

- a. est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée;
- b. utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient;
- c. développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires;
- d. utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée;
- e. a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient;
- f. base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires;
- g. intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide;
- h. gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient;
- i. favorise la santé et le bien-être par une intervention appropriée et efficace;
- j. a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté;
- k. répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Médecine interne

A la fin de sa formation postgraduée, il doit être en mesure d'assumer les tâches suivantes:

- promouvoir la santé des patients et des groupes de patients par la mise en œuvre de mesures préventives efficaces et individualisées;
- appliquer des soins ambulatoires ou hospitaliers à des patients aussi bien en situation d'urgence que dans le suivi à long terme, en tenant compte des aspects psychiques, sociaux et culturels;
- établir un diagnostic, juger et traiter les pathologies et les problèmes de santé, évaluer correctement le rapport coûts/bénéfice des différentes mesures diagnostiques, thérapeutiques et préventives, ainsi que du recours à d'autres spécialistes et professionnels et à l'hospitalisation;
- mettre en œuvre les mesures techniques nécessaires à la prévention, au diagnostic et au traitement;
- coordonner et appliquer ces mesures en collaboration avec les autres acteurs du système de santé publique.

Texte extrait des programmes de formation FMH de ces deux disciplines [5, 6].

hospitalière est moindre pour les généralistes, puisqu'une seule année peut suffire là où deux ans et demi sont requis pour le FMH de médecine interne, dont une année au minimum dans un établissement de catégorie A. Trois remarques s'imposent à ce stade:

1. *Une seule année de formation hospitalière peut paraître insuffisante comme formation de base, y compris pour les médecins généralistes.* La formation hospitalière est une formation de base indispensable à l'exercice du métier complexe de médecin interniste/généraliste, quel que soit le futur environnement de pratique. D'une part, le médecin en formation y rencontre une grande variété de patients et de situations cliniques. D'autre part, le taux d'encadrement y est élevé et la supervision plus étroite qu'en milieu ambulatoire. Même dans les policliniques universitaires, il n'est pas possible d'assurer une supervision de chaque consultation par un médecin-cadre, alors que c'est la règle dans un service stationnaire.
2. *La séquence de la formation n'est pas définie.* La pratique de la médecine ambulatoire pose des défis particuliers au médecin en formation. La médecine ambulatoire est caractérisée par la faible prévalence de pathologies graves et/ou rares. Le tri est donc une mission essentielle du médecin de premier recours en ambulatoire. Or, les FMH de médecine générale et de médecine interne ne définissent pas la séquence de la formation, ce qui ouvre la porte à la possibilité de débiter paradoxalement par le plus difficile, à savoir l'ambulatoire. C'est ainsi qu'à Genève, par exemple, la formation de base en milieu hospitalier est un prérequis pour un engagement au service de médecine de premier recours (ex-policlinique de médecine), et doit être d'une durée de deux ans au minimum. A Lausanne, il ne s'agit pas d'une exigence formelle, mais, de fait, la grande majorité des médecins engagés ont une expérience hospitalière préalable. La tradition de la formation en médecine interne est plutôt de débiter par la formation hospitalière, mais là encore, la séquence de formation n'est pas réglementée.
3. *L'exigence d'une année de formation ambulatoire est parfaitement légitime pour les médecins qui projettent de s'installer en pratique ambulatoire. En revanche, une telle durée n'est pas forcément justifiée pour les «hospitalistes», soit ceux qui pratiqueront la médecine interne générale à l'hôpital [9].* On notera que cette exigence est pourtant commune aux 2 titres FMH, ce qui montre bien qu'il ne s'agit pas de

prétendre que l'un est supérieur à l'autre, mais bien que les deux offrent des compétences complémentaires, dont l'utilité dépendra davantage de l'environnement de pratique que du titre visé.

Et la recherche?

La société de médecine générale revendique une recherche clinique propre. S'il est vrai que la recherche clinique au cabinet du praticien est un champ qui pose des défis particuliers (et largement non maîtrisés en Suisse à l'heure actuelle), la spécificité de la recherche en médecine générale peut être légitimement mise en question. En effet, les thèmes et les outils de la recherche clinique sont variés. Parmi les thèmes, on peut citer la qualité des soins, l'évaluation des technologies nouvelles et/ou des systèmes de soins, mais aussi la génétique, la recherche translationnelle, et la pharmacogénétique. Les outils sont également variés, mais sont spécifiques au type de recherche et non au fait d'être généraliste ou interniste. Quant aux questions de recherche, elles vont dépendre davantage du recrutement des patients et donc de l'environnement de pratique, ainsi que de l'étape à laquelle se trouve le patient dans le parcours de soins, que de l'étiquette professionnelle du chercheur. Par exemple, la recherche sur la détection et le traitement précoce de l'insuffisance cardiaque ne peut se faire que dans la communauté, alors que l'amélioration de la prise en charge de la décompensation cardiaque aiguë devra être étudiée à l'hôpital. Il n'y a donc pas d'antinomie entre recherche en médecine interne et en médecine générale, en milieu ambulatoire et stationnaire. Bien au contraire, il serait grand temps d'établir des synergies entre ces deux types d'environnement pour la recherche, tant il est vrai que, pour beaucoup d'entre eux, ce sont les mêmes patients qui sont concernés à des étapes différentes.

Arguments en faveur d'une société unique de médecine générale/interne

Promotion d'une culture commune

Nous l'avons déjà mentionné, le «généralisme» est un état d'esprit et une forme de pratique à préserver à tout prix. En tant que pratique, le généralisme n'est pas contesté et il est soutenu tout autant par le politique que par la population qui apprécie ses médecins de premier recours. En revanche, en tant que modèle de la prise en charge globale du patient, le généralisme est menacé dans les hôpitaux, universitaires en particulier. Dans la mesure, où ce sont précisément les hôpitaux universitaires qui, de fait, «donnent le ton»

et l'exemple de ce qui est important pour la formation des médecins, cela devrait être une source d'inquiétude. *Une société unique permettrait de promouvoir avec force le message que le modèle de la prise en charge globale du patient doit être enseigné et pratiqué tant en milieu hospitalier qu'ambulatoire.*

Etablissement de nouveaux objectifs de formation

Bien que tant la SSMG que la SSMI aient fait de gros efforts pour fixer un catalogue d'objectifs de formation, ceux-ci peuvent encore être améliorés dans deux domaines: critères de qualité élevée et individualisation des objectifs par rapport à la variété de pratiques professionnelles accessibles à un médecin interniste ou généraliste.

Critères de qualité élevée

Tant pour un titre FMH que pour l'autre, les objectifs fixés constituent une liste sans relief ni priorité. Le degré de compétence pour chaque aptitude est peu défini, de même que le moyen de contrôler que celle-ci a été acquise. Prenons un exemple. En tête de la section D de l'annexe au programme de formation FMH en médecine générale («Contenus détaillés de la formation clinique en médecine générale») consacrée au système digestif, on peut lire:

«En présence des maladies et lésions suivantes du système digestif, le spécialiste en médecine générale est en mesure d'effectuer une première évaluation avec les moyens à sa disposition, de détecter les situations à risque et de prendre les mesures appropriées. En fonction de ses compétences et de ses limites, il pose lui-même le diagnostic, prescrit éventuellement un traitement ou envoie le patient chez un spécialiste.»

En réalité, cette formulation se retrouve en tête de tous les chapitres. Nous en concevons aisément l'avantage: elle permet de tenir compte de la variété des situations cliniques, des moyens à disposition, et tient compte du fait que les compétences d'un généraliste peuvent être plus ou moins pointues selon les domaines. N'y aurait-il pas néanmoins un dénominateur commun plus précis à définir?

Le niveau de compétence à atteindre est également peu justifié dans le catalogue de formation de médecine interne, où l'on peut lire par exemple sous «Compétences» des phrases peu précises, telles que: «Administrer des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, incluant des conseils pour changer de comportement, des mesures diététiques, la kinésithérapie et la réhabilitation», ou encore «Coordonner les mesures diagnostiques et thérapeutiques». *La redéfinition des objectifs de formation de qualité élevée comportant une définition du niveau*

Tableau 2

Durée et structure de la formation postgraduée en médecine générale et en médecine interne.

	Médecine générale		Médecine interne	
	Durée	Commentaires	Durée	Commentaires
Médecine interne hospitalière	1 an	Pas d'exigence de catégorie d'établissement	2½ ans	1 an en hôpital de catégorie A
Médecine interne hospitalière ou médecine ambulatoire ou médecine générale	1 an	Assistanat au cabinet ou ambulatoire hospitalier (polycliniques médicales)		
Médecine ambulatoire	1 an	3 mois peuvent être accomplis en milieu hospitalier	1 an	Au moins 6 mois dans un cabinet médical, une polyclinique médicale ou un service de consultations spécialisé Services d'urgence (au maximum 6 mois)
Options	2 ans	12 mois au moins dans l'une des disciplines suivantes: chirurgie, gynécologie-obstétrique, chirurgie pédiatrique, pédopsychiatrie, orthopédie, pédiatrie, psychiatrie	1½ an maximum	Au maximum 18 mois dans des spécialités apparentées à la médecine interne
		Au maximum 6 mois de formation non clinique ou de recherche		Au maximum 12 mois de formation clinique ou non clinique ou de recherche
Dispositions complémentaires		Cours de laboratoire		Auteur d'une thèse ou auteur/co-auteur d'un article «peer-reviewed»
		Cours de médecine d'urgence approuvé par la SSMG		3 cours de formations reconnus par la SSMI (total minimum de 5 jours)
		Cours de sensibilisation à la médecine générale		Cours de médecine d'urgence approuvé par la SSMI
Total	5 ans		5 ans	

de compétence à atteindre est nécessaire. Une société unique aurait la force de travail, et par la variété de ses membres, l'expertise d'accomplir cette tâche importante.

Individualisation des objectifs de formation

Les compétences du généraliste/interniste devraient être déterminées par leur environnement de pratique, et non par le titre de spécialiste qu'ils portent. Nous avons vu que le FMH de médecine générale encourage les généralistes en formation à faire au moins douze mois de rotations dans des disciplines telles que la chirurgie, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique et la psychiatrie. Nul n'en contestera l'utilité pour un médecin qui s'installera dans une zone rurale dans laquelle la densité de médecins est faible. Mais en milieu urbain, quelle famille n'a pas son pédiatre? Quelle femme n'a pas son gynécologue? Quel interniste ou généraliste fait-il régulièrement de la petite chirurgie? A l'inverse, le FMH de médecine interne exige de savoir faire entre autres les gestes techniques suivants: ponction de moelle osseuse, ponction lombaire, ponction vésicale sus-pubienne, cytoponction à l'aiguille fine, pose de voie veineuse centrale. Ce n'est pas utile pour un médecin installé et, d'ailleurs, nous sommes tous conscients que nous ne pouvons garantir que nos internes en fin de formation ont réellement appris et maîtrisé tous ces gestes. En revanche, cela est essentiel pour un interniste qui va faire sa carrière à l'hôpital, en particulier dans les hôpitaux régionaux. *Cet exemple illustre que nos catalogues d'objectifs sont souvent le résultat de mauvais compromis entre les acteurs qui tentent de trouver un dénominateur commun de formation pour des individus aux futurs métiers bien différents. Une société unique serait à même de proposer des parcours de formation individualisés en fonction du futur environnement de pratique.*

Existence de structures communes

Déjà aujourd'hui, dans de nombreux cantons (en tout cas en Suisse romande), les généralistes et les internistes se reconnaissent dans des groupements communs (p. ex. le Groupement genevois des médecins omnipraticiens, le GGMO, et l'Association des médecins omnipraticiens vaudois, l'AMOV), où ils travaillent et représentent ensemble leurs collègues. C'est également le cas des structures académiques nouvellement créées qui sont chargées de promouvoir l'enseignement et la recherche en médecine générale au sens large, telle l'Unité de médecine générale, à Lausanne, ou l'Unité d'enseignement en médecine générale, à Genève, qui sont composées de

généralistes et d'internistes. *Une société unique ne ferait que consacrer un état de fait existant dans beaucoup d'endroits.*

L'union fait la force

Le paysage médical suisse est très éclaté. Preuve en est le nombre de titres de spécialistes reconnu (44), alors que seuls 17 seront reconnus au niveau européen (directive UE 2005/36 qui entrera en vigueur en 2009). Les généralistes eux-mêmes estiment probable que le titre «médecin généraliste FMH» ne sera pas maintenu en Suisse [10]. D'autre part, les particularismes que nous cultivons avec soin dans un mouvement identitaire très helvétique ne sont souvent clairs que pour nous. A l'échelon politique, nos élus et notre exécutif peinent souvent à s'y retrouver entre la médecine générale, la médecine de famille, la médecine interne, la médecine de premier recours, confusion encore augmentée par la traduction malaisée de ces termes dans les 3 langues nationales et le saupoudrage d'un peu d'anglais. *Une société unique aurait un poids bien supérieur sur le plan politique.*

Attrait pour les jeunes médecins en formation

Nous avons vu plus haut que la proportion des étudiants en médecine et médecins internes en formation attirés par la médecine générale et la médecine interne diminue. Si les causes de ce phénomène sont complexes et échappent au moins en partie aux sociétés professionnelles, on peut espérer que l'union pourrait renforcer l'attrait de cette carrière. Objectifs de formation exigeants et clairs, adaptés au milieu de pratique, cohérence des représentants du généralisme de l'hôpital à l'ambulatorio et de la ville à la campagne, recherche clinique attractive, société forte sur le plan politique, voilà des éléments qui donneraient sans doute une image plus positive de notre profession et ferait naître davantage de vocations que la situation actuelle. *Une société unique attirerait davantage de médecins en formation vers la médecine générale/interne.*

Une force pour la recherche

Une société commune devrait permettre d'élever le niveau de la recherche actuellement initiée et réalisée en médecine générale, car les internistes ont une plus grande tradition de recherche de type académique. Or, si l'on veut favoriser l'intégration des généralistes dans les facultés de médecine, il est indispensable que ceux-ci adoptent et réalisent des projets de recherches de niveau élevé, compétitifs pour obtenir un financement, notamment par le Fonds national suisse de la recherche scientifique. La plupart des généralistes

actuellement impliqués dans le développement académique reconnaissent la justesse de cette vision et la soutiennent. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, à Lausanne, la Polyclinique médicale universitaire s'est battue pour que le nouvel institut de médecine générale soit en son sein, en raison de la bonne intégration de la Polyclinique à la Faculté de médecine. De plus, comme il n'y a pas d'enseignement académique sans recherche académique, il est important de trouver des synergies pour explorer, interroger notre activité clinique, très souvent similaire entre internistes et généralistes, du moins en milieu urbain. *Une société unique permettrait de favoriser une dynamique de recherche de qualité, particulièrement en médecine ambulatoire.*

Conclusion

Dans cette première partie de l'article, nous avons tenté de dresser un inventaire des besoins en médecins de la Suisse, et de montrer les similitudes et les différences dans l'activité et la formation des médecins généralistes et internistes dans notre pays. Puis nous avons tenté de déga-

ger les arguments en faveur de la création d'une société de discipline unique pour la médecine interne et la médecine générale, en nous plaçant uniquement dans la perspective de la formation postgraduée et de la recherche. Dans une deuxième partie (à paraître dans la prochaine édition du *Bulletin des médecins suisses*), nous aborderons les arguments contre une telle démarche, et nous proposerons le plan de formation adapté au type d'environnement de pratique.

Références

- 1 Conseil suisse de la science et de la technologie. Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins. Berne, 6 septembre 2007.
- 2 Perrier A, Cornuz J, Gaspoz JM, Pécoud A, Waeber G. Vers une société unique de spécialistes en médecine générale et interne en Suisse? *Rev Med Suisse*. 2008; 4:262-72.
- 3 WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. 2002.
- 4 Jeannin A, Meystre-Agostoni G, Paccaud F. Relève des médecins dans le canton de Vaud: enquête 2006 auprès des étudiants de 2^e et 6^e année, des assistants et des chefs de clinique et perspectives sur l'évolution du nombre de médecins de premier recours. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2007.
- 5 FMH. Spécialiste en médecine générale y compris la formation approfondie en gériatrie. Programme de formation postgraduée du 1^{er} juillet 2006 (dernière révision: 23 novembre 2006).
- 6 FMH. Spécialiste en médecine interne y compris formation approfondie en gériatrie. Programme de formation postgraduée du 1^{er} janvier 2002 (dernière révision: 6 septembre 2007).
- 7 Auerbach AD. Long live generalism. *Hospital medicine and the Journal of General Internal Medicine*. *J Gen Intern Med*. 2005;20:208-9.
- 8 Perrier A. [Hospital internist: profession with a future or endangered species?]. *Rev Med Suisse*. 2006;2:2323-4.
- 9 Wachter RM. Reflections: the hospitalist movement a decade later. *J Hosp Med*. 2006;1:248-52.
- 10 Cina C. En direct de la salle de réunion du comité de la SSMG. *PrimaryCare*. 2007;7:130.

Arguments en faveur de la création d'une société unique pour les médecins généralistes et internistes

- L'existence d'une seule société permettrait de promouvoir avec force le message que le modèle de la prise en charge globale du patient doit être enseigné et pratiqué tant en milieu hospitalier qu'ambulatoire.
- La redéfinition des objectifs de formation de haute qualité comportant une définition du niveau de compétence à atteindre est nécessaire. Une société unique aurait la force de travail, et par la variété de ses membres, l'expertise d'accomplir cette tâche importante.
- Une société unique serait à même de proposer des parcours de formation individualisés en fonction du futur environnement de pratique.
- La fusion des sociétés faitières ne ferait que consacrer un état de fait existant dans beaucoup d'endroits.
- Une société unique aurait un poids bien supérieur sur le plan politique.
- Une société unique attirerait davantage de médecins en formation vers la médecine générale/interne.
- Une société unique permettrait de structurer et consolider la recherche, particulièrement en médecine ambulatoire.

La deuxième partie et une prise de position de la SSMI suivront dans la prochaine édition du BMS.