

Bienvenue au médecin de famille*

La création de l'«Association suisse des médecins de famille» [1] permettra-t-elle également de franchir une première étape vers la naissance d'un titre uniforme de spécialiste en médecine de premier recours qui aurait dû voir le jour depuis longtemps?

F. Marty, R. L. Meyer

Groupe de travail Littérature/
Documentation SSMG

Introduction

La position de la médecine de premier recours/médecine de famille est extrêmement modeste en Suisse, par comparaison avec l'étranger. Organisé au niveau fédéral, le système de santé suisse ne possède aucun concept national pour la médecine de premier recours¹. Aussi, les contenus, les missions et les ressources médicales spécialisées nécessaires manquent-ils de clarté pour cette partie importante du système de santé.

Récemment encore, la médecine de famille ne constituait pas encore une discipline indépendante dans les facultés de médecine. L'absence d'ancrage universitaire en freinait le développement technique et institutionnel. La perception qu'ont les autorités administratives mais aussi les médecins exerçant une activité clinique de la médecine de famille est donc assez vague: activité définie sans autre précision, accomplie par des médecins qui se distinguent en premier lieu par le fait qu'ils n'ont pas suivi de carrière clinique hospitalière et qu'ils font «un peu de tout» au plan médical, en quelque sorte comme une édition de poche de toutes les autres disciplines médicales.

Ces dernières années, la médecine de famille s'est cependant fortement profilée en Suisse, tant au regard de la politique de santé que comme discipline à part entière. Les fusions cantonales et régionales entre médecins généralistes et internistes généralistes exerçant une activité de médecin de famille [2], la création d'une association nationale des médecins de famille lors du congrès Wonca européen de cette année [3], la présence politique [4, 5] et les Instituts de médecine de famille [6] ont renforcé l'identité de la médecine de famille. Cette évolution fulgurante bien que tardive en appelle à une propre discipline pour la médecine de premier recours.

La discussion porte sur un titre de spécialiste uniforme pour les médecins de famille (comme dans tous les systèmes de santé développés) ou sur un titre de spécialiste (UE) «Médecine (interne) générale» (comme en Allemagne).

Dans une première partie, le présent article décrit brièvement l'histoire de la médecine de famille en tant que discipline spécialisée de la médecine de premier recours. La deuxième partie se penche sur le débat actuel et la troisième partie esquisse le cadre d'une formation postgraduée efficace en médecine de famille.

L'évolution de la médecine de famille

Dans le monde

La médecine de famille est d'abord apparue aux Etats-Unis (1947), en Angleterre (1952) et au Canada (1954). La création de la Societas Internationalis Medicinæ Generalis (SIMG) en 1959 fut d'une importance capitale en Europe centrale. C'était l'une des très rares sociétés de discipline médicale à compter également des membres de l'autre côté du «rideau de fer» et elle publiait un magazine scientifique («Allgemeinmedizin/International General Practice») [7].

C'est également aux Etats-Unis, en Angleterre et au Canada que la médecine de famille a commencé à s'établir en tant que discipline universitaire, suivie dans les années 1970 et 1980 par les pays anglo-saxons (Pays-Bas, pays nordiques), puis dans les années 1990 par les pays latins. Pour finir, c'est dans les pays de l'ancien bloc soviétique qu'une médecine de famille vivante est née ces dix dernières années de la médecine de premier recours de type communiste [8].

La notion de «General Practice», remplacée en 1978 par «Family Practice», est une catégorie médicale spécialisée depuis l'existence de l'«Index Medicus», le principal index de la littérature médicale dans le monde. Plus de 6000 travaux scientifiques indexés témoignent d'une activité de recherche dynamique dans ce domaine.

Dans tous les pays européens, deux catégories de médecins interviennent dans la médecine de premier recours: a) les médecins de famille *avec un curriculum en médecine de famille* et b) les médecins praticiens *sans curriculum*. Selon le pays, les curriculums durent entre 3 et 6 ans [9, 10]. Pour les médecins sans curriculum, il existe depuis 2006 une formation postgraduée d'au moins trois ans dans l'espace européen [11].

Les pays de langue allemande ont pour *particularité* que des internistes généralistes y interviennent également dans la médecine de premier recours. Dans le reste de l'Europe mais aussi en Amérique/Australie, la médecine interne générale (general internal medicine) est une discipline de médecin spécialiste et intervient dans la médecine de second recours [12]. C'est ce que reflètent les structures associatives au niveau européen [13, 14] et la classification des médecins au sein de l'UE (médecine générale et spécialiste) dans

* Remerciements: les auteurs tiennent à remercier de tout cœur Bruno Kissling et Bernhard Rindlisbacher pour leurs idées et leur relecture patiente et leur rédaction!

¹ L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) n'a aucune rubrique «Médecine de premier recours» sur son site Internet. Une recherche Google avec les termes «Médecine de premier recours OFSP» produit deux résultats: un renvoi au texte «Procédure en cas de pandémie de grippe» et un renvoi à une description de Sentinella.

Tableau 1

Nombre de travaux indexés dans PubMed
(critère de recherche «Family Practice[MESH] AND <country>[AD]»).

| Pays | Habitants (mio) | Nombre de travaux indexés | Travaux par million d'habitants |
|-------------|-----------------|---------------------------|---------------------------------|
| Switzerland | 7,5 | 37 | 4,9 |
| Germany | 82 | 110 | 1,3 |
| Austria | 8,3 | 5 | 0,6 |
| Norway | 4,8 | 69 | 14,4 |
| Sweden | 9,3 | 77 | 8,3 |
| Denmark | 5,5 | 112 | 20,4 |
| Netherland | 16,5 | 482 | 29,2 |

la «directive UE 2005/36», la directive sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (tab. 1).

En Suisse

Médecine générale

Le «spécialiste en médecine générale FMH» se voit comme le représentant de la médecine de premier recours, l'équivalent du «Family Practitioner» [15] américain, du «médecin généraliste» [16] allemand, du «General Practitioner» [17] anglais, du «Huisarts» [18] néerlandais ou des médecins de famille dans les pays scandinaves [19].

Dès 1966, la FMH a reconnu la médecine de famille comme une spécialité et créé le titre de spécialiste «FMH en médecine générale». Les médecins généralistes ont uni leurs forces et créé en 1977 la «Société Suisse de Médecine Générale» (SSMG). D'emblée, la SSMG a noué des contacts avec la médecine de famille européenne qui se développait rapidement: dans l'enseignement et la recherche [20, 21], en tant que coéditrice de magazine de médecins de famille nationaux et internationaux [22] et au sein de la Société internationale de médecine générale (SIMG) [23]. La SSMG a également joué un rôle important dans le développement de la recherche en médecine de famille. Le séminaire «Recherche dans la pratique généraliste» en 1981 à Arosa, où se sont exprimés des intervenants internationaux a donné le coup d'envoi du groupe de travail Recherche. L'idée d'une «sentinelle» remonte également à ce séminaire et à débouché en 1986 sur le système de surveillance Sentinella [24].

En 1978, peu de temps après la création de la SSMG, la jeune Wonca World se réunissait en Suisse (Montreux) [25]. En 1983, la SSMG accueillait une réunion de l'EGPRW («European General Practice Research Workshop») [26].

A l'époque, les médecins de famille avaient l'impression d'avoir le vent en poupe vis-à-vis de la politique de santé. La réforme des études de médecine dans les années 1970 (plan Rossi) était un sujet extrêmement délicat au plan politique. Elle a amorcé une discussion de fond sur l'orientation future de la formation médicale. Les représentants de la SSMG [27] et différents

cercles politiques et scientifiques se sont engagés en faveur d'un renforcement de la médecine générale [28, 29]; ils n'ont cependant trouvé aucun soutien à l'instauration de la médecine de famille en tant que discipline médicale au sein des facultés de médecine. Les débats entre les représentants de la médecine clinique et de la médecine de premier recours ont, à l'époque, trouvé un écho jusque dans les colonnes de la NZZ [30–32]. Jusqu'à une époque récente, ces débats se caractérisaient par l'ascendant de la médecine clinique sur la médecine de premier recours, associée à une focalisation sur la médecine clinique ou une scotomisation du développement de la médecine de premier recours en tant que discipline médicale.

L'introduction de la nouvelle ordonnance concernant les examens ne s'est pas traduite par la percée tant espérée pour la médecine de famille. Les intentions parlementaires ont été suivies de peu d'effets. Contrairement aux Pays-Bas², l'ancrage universitaire reste modeste dans le cadre des «instances facultaires de médecine de famille».

Jusqu'à la création des instituts de médecine de famille, le développement de la discipline était avant tout l'œuvre de la SSMG. Celle-ci s'est fortement engagée pour tous les aspects de la médecine de famille, dans l'enseignement et la recherche, dans la formation postgraduée et l'assistantat au cabinet médical, dans une formation continue adaptée aux médecins de famille et dans la promotion de la qualité. Depuis 1995, la SSMG est un membre actif de la Wonca [33] (cf. l'encadré «Wonca») et elle accueillera le congrès Wonca européen en 2009 à Bâle.

Wonca

«*Wonca is an unusual, yet convenient acronym comprising the first five initials of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.*» Wonca's short name is World Organization of Family Doctors.

La médecine de premier recours/médecine de famille était plus difficile à systématiser que les disciplines médicales techniques ou liées à des organes. Les principes théoriques de la médecine de famille ont été élaborés par différentes sociétés de discipline médicale, notamment dans les pays anglo-américains et par différents groupements internationaux. Pratiquement tous les courants déterminants se sont retrouvés au sein de la Wonca, au fil des années 1980.

Le groupe de travail «European Academy of Teachers in General Practice» (EURACT) de la Wonca a mené différentes approches théoriques vers la fin des années 1990, afin de parvenir à une description et définition de la discipline Médecine de famille valable au plan interculturel et universellement reconnue [48, 49]. Ces principes constituent aujourd'hui le cadre des curricula de médecine de famille et pour la compréhension de la discipline.

² Les Pays-Bas ont connu une situation similaire au début des années 1980. Avec force et courage, la formation initiale et la formation postgraduée des médecins de famille ont été totalement révisées, avec un recentrage pragmatique sur les besoins en matière de soins médicaux de base. La médecine de premier recours a trouvé sa place en tant que discipline spécialisée dans les universités.

Médecine interne

Environ 2000 des quelque 6300 médecins de famille en Suisse sont des internistes généralistes [34]. En dépit du nombre important d'internistes qui s'engagent traditionnellement dans une carrière de médecin de famille, la médecine interne reste une discipline clinique hospitalière. A l'instar de l'évolution internationale, elle s'est, en tant que discipline, de plus en plus spécialisée dans des sous-disciplines (médecine de second et de troisième recours), une spécialisation dans le sens d'une «intégration» étant impossible, comme l'a démontré l'expérience.

Aujourd'hui, la médecine interne générale en Suisse est confrontée à un dilemme: dans la clinique, sa position s'est progressivement affaiblie au profit des spécialistes; dans la médecine de famille ou de premier recours, il lui manque les bases en termes d'enseignement et de recherche; au plan international, elle est isolée dans le domaine de la médecine de famille. Aussi, les internistes généralistes exerçant en tant que médecins de famille luttent-ils aujourd'hui pour défendre leur position et tentent-ils au niveau national et européen [35] d'élaborer des bases pour une discipline intégrative («Les internistes sont des généralistes et ont besoin d'une définition») [36]. Au plan formel et spirituel, ils adoptent ainsi de nombreuses positions de la

Wonca [37], mais se cantonnent strictement à la médecine interne au plan technique.

Enseignement et recherche

La médecine interne en tant que discipline est à peine présente dans l'enseignement et la recherche afférente à la médecine de famille, dans le sillage de son évolution de plus en plus dispersée. L'enseignement qui relève structurellement des instances facultaires de médecine de famille a essentiellement été porté par des médecins généralistes. En Suisse romande, la recherche a trouvé un fort soutien dans les policliniques universitaires³; en Suisse alémanique, les alliances les plus diverses ont dû être nouées à partir des instances facultaires, généralement par des médecins généralistes travaillant comme médecins de famille. Dans une comparaison internationale avec des pays possédant une médecine de famille indépendante (Suède, Norvège, Danemark, Pays-Bas), la Suisse tout comme l'Allemagne et l'Autriche (pays ayant des structures similaires dans la médecine de premiers recours) est encore très peu représentée dans la recherche (fig. 1).

La discussion actuelle

Retour à l'agenda

Ces dernières années, la médecine de famille a réussi à s'aligner sur son agenda, tant politique que professionnel. Des avancées importantes ont été réalisées dans l'institutionnalisation et elle s'est clairement positionnée dans la politique de santé. Les médecins généralistes [38] (SSMG) étaient et sont le moteur de cette évolution. Ils défendent résolument les intérêts politiques de la médecine de famille, sont très actifs dans le développement de la discipline médicale au travers de leurs groupes de travail et se montrent ouverts et tournés vers l'avenir dans la mise en place de structures de médecine de famille pour tous les médecins de famille. Dans de nombreux projets importants, il a été possible ces dernières années de gagner les internistes généralistes travaillant comme médecins de famille à l'idée d'une plate-forme commune (p. ex. dans l'enseignement, la recherche, un organe de publication commun [39]).

En 2005, la SSMG a pris l'initiative d'instaurer des bases solides et de nouvelles structures. A l'occasion du Bürgenstock 2006, les cadres de la SSMG, de la SSMI des médecins de famille, de la FMP (note marginale IV) et de la CMPR⁵ étaient d'accord pour agir désormais d'une seule voie au niveau politique [40] et pour s'engager en faveur d'un titre de médecin spécialiste commun. Une fusion de la SSMG, de la SSMI et de la FMP a été évoquée comme objectif à long terme.

La première étape sera franchie à l'automne 2009, lors du congrès de la Wonca, avec la création d'une association nationale des médecins de famille. Forte de plus de 6000 membres, celle-ci sera l'association médicale la plus puissante de Suisse. La deuxième étape, à savoir la création d'un titre de médecin spécialiste

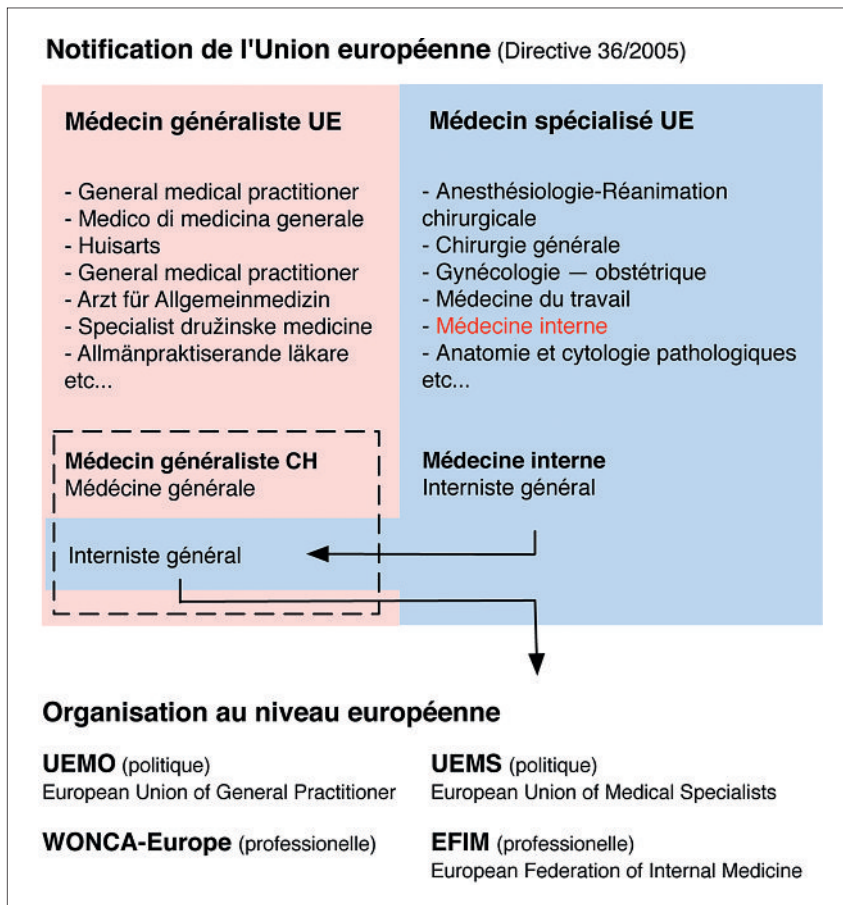
³ A Lausanne, Institut Universitaire de Médecine Générale, à Genève, Département de Médecine Communautaire.

⁴ Foederatio medicorum practicum FMP, <http://www.fmp-net.ch>

⁵ Collège de Médecine de premier recours (CMPR) <http://www.kollegium.ch/>

Figure 1

Notification UE pour la médecine générale et les médecins spécialistes.



uniforme, est également incontestée. Les moyens pour y parvenir sont cependant encore assez flous.

Médecine interne – une formation postgraduée de base dans la spécialité comme fondement de la médecine de famille?

La Société Suisse de Médecine Interne (SSMI) est opposée à une fusion des deux sociétés de discipline médicale [41]. Le futur médecin de famille en Suisse doit être un interniste. La justification de ce souhait est d'ordre formel, à savoir la reconnaissance européenne de la médecine interne en tant que titre de médecin spécialiste [42]. En tant que «spécialiste UE en médecine (interne) générale», le futur médecin de famille aurait accès à l'Europe, alors que le «médecin UE en médecine générale» ne serait pas un titre de médecin spécialiste dans l'espace européen.

L'Association des médecins-chefs de la SSMI s'est dite préoccupée par l'idée d'une fusion [43].

Des internistes cliniques proches de la médecine de premier recours de Lausanne et Genève qui s'engagent traditionnellement avec force dans la formation postgraduée et la recherche en médecine générale verraient cependant aussi une chance dans une société de discipline médicale commune [44, 45]. En guise de futur curriculum de formation postgraduée dans le cadre de cette société de discipline médicale commune, ils proposent comme «tronc commun» [46] deux années de médecine interne stationnaire, avec une ventilation ultérieure en une carrière ambulatoire (médecin de famille) ou hospitalière (interniste généraliste et sous-spécialiste). La carrière ambulatoire distinguerait en outre une formation postgraduée pour l'espace urbain et pour l'espace rural.

Pour l'heure, les internistes généralistes travaillant comme médecins de famille n'ont pas encore soumis de propositions autonomes.

Commentaire: la médecine de famille ne pourrait pas évoluer au sein de la médecine interne pour différentes raisons:

- l'hypothèse selon laquelle la «médecine de famille» serait une branche de la «médecine interne» représente un conflit fondamental. Il s'agit d'un renversement des réalités. Il serait plus juste de dire que la médecine interne est une partie de la formation postgraduée clinique de médecin de famille.
- Médecin de famille et interniste sont deux métiers différents. La tentative de faire évoluer ces deux professions à partir d'un programme de formation postgraduée commun est condamnée à l'échec en raison des conflits d'intérêts. A la lumière des curriculums européens de la médecine de famille, un «tronc commun» semble irréaliste. Celui-ci accorde en effet trop d'importance à la médecine interne et accorde donc trop peu de place aux autres matières cliniques.
- La division de la formation postgraduée de médecin de famille en une branche «urbaine» et une branche «rurale» est la parfaite illustration de la pensée de «spécialisation clinique», le concept

d'une différenciation de plus en plus poussée. Or, la médecine de famille évolue justement à «contrecourant», vers une intégration continue et parfois complexe de cette scission de plus en plus forte entre spécialités et de la segmentation générale des soins. C'est justement l'un des traits constitutifs de la discipline.

- Ainsi que tout médecin exerçant en cabinet peut le confirmer, les différences de pratique professionnelle ne sont pas tant une question de localisation du cabinet que de «type de cabinet», c.-à-d. de différences individuelles entre différents types de cabinets de médecin de famille. Il faut donc une formation postgraduée *intégrative et étendue* dans différents domaines, tant en clinique qu'en cabinet médical, suivie de *possibilités de formation postgraduée modulaires* à vie. A un stade ultérieur de son existence l'interniste généraliste exerçant en qualité de médecin de famille dans l'Emmental sera peut-être médecin de famille dans la ville de Berne, tandis que son collègue zurichois finira sa carrière comme médecin de famille dans les montagnes.
- La formation postgraduée de médecin de famille dans le cadre d'une formation postgraduée en médecine interne exigerait un nombre trop important de nouvelles places de formation postgraduée. Perrier [45] attire l'attention sur les difficultés inhérentes à une telle entreprise. Il est difficile d'imaginer comment les places de formation postgraduée nécessaires en pratique pourraient être créées au sein des structures cliniques classiques.
- Quant à la conformité avec le médecin spécialiste UE, sa pertinence est douteuse. En tant que «spécialiste UE en médecine (interne) générale», le médecin de famille interniste serait hors sujet dans tous les pays européens, sauf en Allemagne et en Autriche, au milieu des «General Practitioners» ou «Family Doctors» ayant suivi une formation postgraduée étendue et pratique.

FMH – une voie sans issue

La FMH considère le «spécialiste en médecine générale FMH» comme un modèle en fin de cycle et voit l'avenir de la médecine de famille dans la médecine interne en tant que «spécialiste en médecine (interne) générale». La justification est de nature formelle: la directive UE 2005/36 exigerait à l'avenir une formation postgraduée uniforme dans chaque pays, même dans le domaine de la médecine générale (encadré 2).

La reconnaissance de cette directive mettrait en difficulté le «spécialiste en médecine générale FMH»: soit il serait à l'avenir réduit à une formation postgraduée de 3 ans (Eurodoc), ce qui serait injuste vis-à-vis du titre actuel, soit il conserverait une formation postgraduée de 5 ans, ce qui assimilerait injustement les collègues étrangers ayant suivi une formation postgraduée de 3 ans aux médecins généralistes suisses, en raison de la libre circulation.

Directive UE 2005/36 sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (loi sur la libre circulation)

L'UE classe les médecins en deux catégories et distingue entre «titre de formation de médecin généraliste» et «titre de formation de médecin spécialiste» avec en tout 53 titres de médecins spécialistes (fig. 1). Une période de formation postgraduée minimale de 3 ans s'applique depuis 2006 pour le «titre de formation de médecin généraliste». Une formation postgraduée de 5 ans est prescrite pour le «titre de formation de médecin spécialiste», à l'exception de quelques disciplines⁹. Dans le domaine de la «médecine générale» la cohabitation de formations postgraduées courtes (Eurodoc) et longues (médecins de famille avec curriculum spécifique, généralement de 5 ans) ne doit plus être possible à l'avenir dans un seul et même pays. La Suisse doit également opter pour un titre dans la médecine de premier recours, dans le cadre de l'accord de libre circulation avec l'UE.

Commentaire:

- A l'instar de la Suisse, pratiquement tous les pays de l'UE connaissent un médecin de famille avec un curriculum de formation postgraduée défini, parallèlement à «Eurodoc» [9, 10]. Tous les pays de l'UE connaissent les mêmes problèmes que la Suisse en termes de «déclaration d'un titre uniforme pour la médecine générale».
- La proposition de la FMH s'appuie sur la voie suivie en Allemagne, où le 106^e congrès des médecins allemands 2004 a créé la nouvelle spécialité «Médecine interne et générale». Dans cette structure, la médecine générale n'a toutefois pas reçu les ressources nécessaires et aimerait revenir au «spécialiste de médecine générale» avec un curriculum indépendant [47].
- Même après la suppression du «spécialiste en médecine générale FMH», la FMH définirait une période de formation postgraduée pour le médecin en «médecine générale» au sens de la nomenclature de l'UE de 3 ou 5 ans et la Suisse devrait reconnaître ces médecins conformément à la loi sur la libre circulation.

Une conséquence de la stratégie de la FMH serait pour la Suisse de rater le train de l'évolution internationale de la médecine de famille (Wonca).

SSMG – l'assistantat au cabinet médical, l'une des clés

La SSMG a récemment fait preuve d'une grande réticence [48], poussée à la défensive par les avancées de la FMH. Il est clair que les principes de la Wonca doivent s'appliquer au plan technique à la formation postgraduée et continue et que la médecine de famille

doit être ancrée et imbriquée dans les associations européennes de médecins de famille. Ce sont ces points qui délimitent le terrain, un terrain étendu pour laisser le champ libre à une formation postgraduée innovante et adaptée aux besoins.

L'«assistantat au cabinet médical» représente une tâche importante de la médecine générale/SSMG, dont on ne soulignera jamais assez toute l'importance. Développé au milieu des années 1990 [49], fondé sur des bases théoriques stables, validé scientifiquement [50], introduit avec succès et très largement acceptée [51], sur la bonne voie en termes de financement [52] et qualifié de «state of the art» dans la formation postgraduée en médecine de famille, même au plan international, ce programme constitue un deuxième pilier quasi incontournable du curriculum de médecine de famille, aux côtés de la formation postgraduée clinique basée en hôpital. L'assistantat au cabinet médical est la clé pour pouvoir proposer aux futurs médecins de famille un nombre suffisant de places de formation postgraduée. Le réseau de cabinets de formation pourrait proposer une formation postgraduée de deux ans en médecine de famille ambulatoire.

L'heure est venue pour une discipline médicale indépendante

Tout comme à la fin des années 1970, la médecine de famille est dans la ligne de mire de la politique. A l'époque, il s'agissait de réviser la formation en focalisant davantage les études sur la médecine de premier recours. Aujourd'hui, il n'est plus seulement question de formation, mais aussi de la révision de la formation postgraduée et d'un établissement durable et fondé en tant que discipline médicale à part entière.

Même les internistes ne contestent pas le fait que la formation postgraduée de médecin de famille présente de gros déficits, tant en termes de contenu, que de déroulement et d'organisation [53]. La durée de la formation postgraduée beaucoup trop longue dans les faits est symptomatique à cet égard: un médecin généraliste n'ouvre en moyenne un cabinet médical que 8,2 ans après la fin de ses études et ce délai est même de 9,3 ans pour un interniste généraliste [54]. En règle générale, le passage de la médecine hospitalière au cabinet de médecin de famille s'effectue toujours *sans* formation postgraduée spécifique en médecine de famille. Ainsi, les aspects spécifiques de la médecine de famille doivent encore être acquis aujourd'hui de manière autodidacte à l'issue de la période de formation postgraduée. Autant dire qu'il s'agit d'un anachronisme dans un système de santé moderne!

A l'instar de toute autre discipline médicale, la médecine de famille doit également pouvoir être enseignée et apprise dans un environnement de travail concret. Les jeunes médecins de famille organisés depuis 2007 au sein de l'association des «Jeunes médecins de famille Suisse» (JHaS) [55] ont des idées précises à ce sujet [56].

Formation postgraduée de médecin de famille – de quoi avons-nous besoin?

Les systèmes de santé efficaces et peu onéreux ont besoin d'une médecine de premier recours forte et compétente pour faire la jonction entre la médecine et la société [57]. Médecine de famille signifie «compétence élargie» au plan clinique et aptitudes et fonctions les plus diverses à la jonction entre société et système de santé. Les maîtres-mots sont ici «knowledge, skills and attitudes».

Médecine de premier recours au sens de spécialité signifie

- compétence médicale pour soigner de façon définitive un ensemble de patients non sélectionnés⁶ dans la plupart des cas,
- compétence en matière de soins aigus et de suivi de longue durée mais aussi dans la médecine du patient polymorbide,
- prise en charge optimale grâce à la connaissance du patient en tant que personne, de ses possibilités et de son environnement.

Selon l'emplacement du cabinet ou sa nature, la médecine de premiers recours doit assumer différentes fonctions supplémentaires, telles que médecin de district, médecin scolaire, prise en charge de patients dans des institutions (maison de retraite, établissement médico-social), médecin de prison, médecin-conseil, médecine du travail, médecine préventive, médecine de migration, etc. Un curriculum de formation postgraduée en médecine de famille doit donc être conçu de manière pragmatique: le «*knowledge*» (connaissance médicale spécialisée) acquis doit être suffisamment étendu, les «*skills*» (capacités et aptitudes) doivent être apprises de façon concrète dans les domaines d'activité professionnelle pendant la formation postgraduée et les «*attitudes*» (comportements) doivent pouvoir être expérimentés aux différentes étapes de la formation postgraduée.

Les bases théoriques de la formation postgraduée de médecin de famille compétent sont connues depuis le milieu des années 1970, ont été définies par Wonca Europe 2002 dans une procédure consensuelle internationale et compilées en toute transparence par l'EURACT [58, 59]. A titre d'exemple d'une mise en pratique de ces fondements, nous renvoyons au curriculum parfaitement documenté du GP anglais (Royal College of General Practitioners) [60]. Un texte récemment paru dans PrimaryCare [61] donne un aperçu de la formation postgraduée en médecine de famille en France.

Formation postgraduée de médecin de famille – le cadre

Certaines conditions sont indispensables pour qu'un titre de spécialiste «médecine de famille» puisse réussir et s'imposer dans le système de santé:

- A l'instar des autres disciplines médicales, un curriculum de formation postgraduée en médecine de famille doit être mis au point et entretenu par des médecins travaillant concrètement dans cette

discipline, c.-à-d. par les médecins généralistes, les internistes travaillant en tant que médecins de famille (internistes généralistes) et les médecins praticiens.

- L'élaboration d'un tel curriculum est un processus fastidieux, même dans des systèmes de santé ayant une grande expérience de la médecine de premiers recours comme en Angleterre [62]. Il ne s'agit notamment pas d'une mesure de politique associative, mais d'un acte technique, nécessitant des connaissances en matière de contenu, de méthodes et de procédés.
- Le curriculum doit déboucher sur une carrière professionnelle *ouverte*. Les modules de formation postgraduée pour la clinique et d'autres domaines importants de la médecine de premier recours doivent permettre une évolution de carrière tout au long de l'existence, en parallèle avec le domaine d'activité professionnelle.
- Formation *primaire* pour commencer, *secondaire* ensuite: les médecins qui visent une formation postgraduée en médecine de famille doivent d'abord être diplômés en médecine de famille/médecine de premier recours. Une spécialisation supplémentaire, p.ex. dans le domaine «Recherche et enseignement», «Public Health» etc. ou dans des domaines plus pointus, p.ex. en «médecine interne», «médecine du travail», etc. doit être suivie ultérieurement.

Formation postgraduée de médecin de famille – les contenus

Le curriculum de formation postgraduée anglais des «General Practitioners» [63], révisé en 2007, s'appuie fortement sur les travaux préparatoires théoriques effectués par l'EURACT [59]. Il est parfaitement documenté et a défini et formalisé dans ses «Statements» les contenus de l'enseignement/l'apprentissage pour les médecins de la médecine de premier recours.

Une formation postgraduée de médecin de famille peut en principe se subdiviser en trois parties:

- une formation postgraduée clinique en médecine hospitalière (médecine interne, chirurgie, gynécologie, pédiatrie, petites matières, consultations ambulatoires dans des spécialités) aussi étendue que possible et *focalisée sur la médecine de premier recours*. Pour la Suisse, cela signifie un curriculum de médecin de famille indépendant débouchant sur un titre de spécialiste en médecine de famille. La situation actuelle, sans titre de spécialiste dédié, débouche sur des parcours de formation postgraduée sous-optimaux et excessivement longs (voir ci-dessus).
- Une formation postgraduée étendue en *médecine de famille ambulatoire*. Pour la Suisse, cela signifie des places de formation postgraduée dans des cabinets de médecin de famille en ville et à la campagne, dans des cabinets individuels et dans de grands cabinets, chez des médecins de famille indépendants et salariés.

⁶ quel que soit l'âge, le sexe, l'ethnie ou le type de maladie/problème médical.

- Des offres de formation postgraduée dans des domaines non-cliniques tels que l'épidémiologie, l'éthique, l'enseignement et la recherche, la santé publique (Public Health), l'informatique médicale, l'économie de la santé, les systèmes de santé et les soins de santé, les bases de l'économie d'entreprise/le management (p.ex. pour la direction médicale de cabinets moyens et grands), etc. Pour la Suisse, cela signifie la reconnaissance des offres modulaires existantes dans ces domaines [64] comme période de formation postgraduée pour le spécialiste en médecine de famille.

Formation postgraduée de médecin de famille – l'équilibre

Une durée de formation postgraduée de 5 ans a été instaurée dans tous les pays disposant de systèmes de santé élaborés. Une répartition équilibrée de la durée de formation postgraduée entre formation clinique-stationnaire et formation ambulatoire est indispensable pour être correctement armé en tant que médecin de famille à l'issue de la formation postgraduée.

Exemple de l'Angleterre (fig. 2): dans le modèle de formation postgraduée de cinq ans des GP, les deux années du «Foundation Programme» centré sur la médecine interne et la chirurgie⁷ sont suivies de trois années de «Speciality Training» (ST1-3). Durant ces trois ans, il est possible de suivre des modules dans l'assistantat au cabinet médical (au minimum 18 mois), dans des spécialités (au maximum 12 mois), et des «innovative training posts», c.-à-d. dans la recherche et dans d'autres formations postgraduées importantes pour la médecine de premier recours.

Le futur médecin de famille acquiert ainsi une bonne base en médecine clinique («Foundation Programme» plus matières spéciales = 3 ans) et en cabinet/

médecine de premier recours (assistantat au cabinet médical pendant au moins 18 mois) et peut suivre une formation postgraduée dans des domaines apparentés. Notamment dans la perspective de l'évolution de carrière ultérieure, il a ainsi la possibilité d'équilibrer et de développer très tôt ces centres d'intérêts et inclinations personnels.

Conclusions

«Primary health care is primary care applied on a population level. As a population strategy, it requires the commitment of governments to develop a population-oriented set of primary care services in the context of other levels and types of services. Primary care is the provision of first contact, person-focused ongoing care over time that meets the health-related needs of people, referring only those too uncommon to maintain competence, and coordinates care when people receive services at other levels of care.» [65]

Dans le cadre de la politique de santé, la Suisse a besoin d'un concept pour la médecine de premier recours (commitment of the government). Une discipline autonome «Médecine de famille» (Primary Care) constitue une base solide à cet égard.

Ainsi que le démontrent les expériences faites en Europe au cours des 50 dernières années, le développement de la médecine de famille en tant que discipline médicale ne se produit que lorsque le métier de médecin de famille est constitué en tant que titre de spécialiste et que la médecine de famille est ancrée en tant que discipline médicale dans les universités.

A l'instar des autres disciplines médicales, la médecine de famille doit pouvoir être conclue par un titre de médecin spécialiste après cinq ans de formation postgraduée. A l'hôpital et en cabinet, celle-ci doit préparer de façon optimale à l'activité future, s'appuyer

Figure 2

Modèle de formation postgraduée General Practice in England (ST = Speciality Training for GP's).

| Illustrative training programmes in general practice training | | | | | | | | |
|---|----|------|-----|-----|-------|-----|------|----|
| Foundation Programme | | ST 1 | | | ST 2 | | ST 3 | |
| F1 | F2 | Sp1 | Sp2 | Sp3 | ITP | GP | GP | |
| or | | | | | | | | |
| F1 | F2 | ITP | | | ITP | GP | GP | |
| or | | | | | | | | |
| F1 | F2 | GP | Sp1 | Sp2 | Sp3/4 | GP | GP | |
| or | | | | | | | | |
| F1 | F2 | Sp1 | Sp2 | Sp3 | Sp4 | GP | | GP |
| or | | | | | | | | |
| F1 | F2 | GP | Sp1 | Sp2 | GP | ITP | GP | GP |

F1 = first year of foundation programme
 F2 = second year of foundation programme
 Sp = hospital speciality post
 ITP = innovative training post
 GP = GP post

⁷ En Angleterre, les médecins ne peuvent se spécialiser en médecine et chirurgie interne (Foundation Programme) qu'après une «formation postgraduée de base» de deux ans.

sur les besoins de la population et déboucher sur une carrière professionnelle ouverte, l'enseignement et la recherche, l'économie d'entreprise et le management ou des fonctions aux points de jonction de notre système de santé.

Comme dans toute discipline médicale, il est essentiel que le curriculum soit mis au point par les médecins intervenant dans cette discipline et que le titre de médecin spécialiste soit géré par *une* association de médecins spécialistes. La dispersion affaiblirait la position des médecins de famille.

Dans la situation actuelle, le titre de spécialiste «Médecine de famille» ne peut logiquement émaner que de la nouvelle association professionnelle: il constitue la nouvelle fondation communautaire, possède un poids politique suffisant et offre le temps nécessaire ainsi que la marge de manœuvre pour développer un curriculum satisfaisant aux besoins de la population dans le domaine de la médecine de premier recours. Il faut du pragmatisme, une intégration dans le domaine médical («medical home») mais aussi en terme de soins (laboratoire, radiographie, médicaments, services d'aide et de soins à domicile, etc).

La Suisse a besoin d'un «spécialiste en médecine de famille» indépendant et non du «spécialiste en médecine (interne) générale», parce que cela équivaldrait à nous isoler au plan international. La tentative d'intégration de la médecine de premier recours dans la médecine interne s'est avérée décevante pour les médecins de famille en Allemagne. Dans la perspective de la politique médicale, il s'agit de nous engager avec nos collègues médecins de famille européens en faveur d'un médecin spécialiste UE «General Practitioner, Family Medicine/médecine de famille» [66] et surtout de nous opposer à une «médecine de famille à deux catégories» (curriculums nationaux de médecin de famille contre Eurodocs) [67].

Les anciens titres de médecin spécialiste peuvent rester en vigueur jusqu'à l'adoption du titre de médecin spécialiste uniforme. Les titulaires pourront adopter le nouveau titre sans autre condition pendant une période de transition. Afin de préserver leur acquis, les internistes généralistes (compatibilité avec le titre UE de «spécialiste en médecine [interne] générale») pourraient porter le double titre de «spécialiste en médecine de famille et en médecine interne». A l'avenir, le titre de «médecine (interne) générale» en tant que second titre serait toutefois lié à l'achèvement d'un curriculum en médecine de famille, complété ensuite par une formation postgraduée supplémentaire en médecine interne.

Références

- Gründungsversammlung der Vereinigung «Hausärzte Schweiz» am 17. September 2009 in Basel anlässlich des 32. SGAM-Kongresses, der in den 15. europäischen Wonca-Kongress integriert ist.
- z. B. Kanton Waadt 2001, Bern 2003, Solothurn 2006.
- Wonca Europe 2009 Conference.
<http://www.congress-info.ch/wonca2009/home.php>
- Späth HU. 1. April 2006. PrimaryCare 2006;6:258.
<http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-14/2006-14-027.PDF>
- Stricker B. Hausarztmedizin: Volksentscheid statt Behördenwillkür. PrimaryCare. 2008;8:384-6.
http://www.primary-care.ch/pdf_d/2008/2008-19/2008-19-347.PDF
- Gründung von Instituten für Hausarztmedizin Basel 2005, Lausanne 2006, Zürich 2007 und Bern 2008.
- Eine ausführliche Übersicht unter RL Meyer. Die Entwicklung der Allgemeinmedizin in Europa. Ther Umsch. 1986;43:607-11.
- Roger Jones, et al. Oxford Textbook of Primary Medical Care. p. 65-75.
- EURACT – European Academy of Teachers in General Practice (eine Arbeitsgruppe der Wonca Europe) «GP/FM Training Schemes in Europe»
<http://module.achg.be/euract/>
- General practitioners and specialists in general medical practice / family medicine in Europe.
http://www.fmh.ch/de/data/pdf/import_fmh/awf/weiterbildung/cp2002_044.pdf
- Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:FR:PDF>
- European Federation of Internal Medicine (EFIM). What is the relationship between internal medicine and family practice (especially for the office internist). <http://www.santor.net/pdf/efim/question4.pdf>
- The European Union of General Practitioners.
<http://www.uemo.org/>
- Union Européenne de Médecins Spécialistes.
<http://www.uems.net/>
- American Academy of Family Physicians.
<http://www.aafp.org/online/en/home.html>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. <http://www.degam.de/>
- Royal College of General Practitioners – RCGP.
<http://www.rcgp.org.uk/>
- Nederlands Huisartsen Genootschap.
<http://nhg.artsennet.nl/Home.htm>
- Nordic Federation of General Practice.
<http://www.nordicfederationofgeneralpractice.com/>
- Verschiedene Autoren, ganzes Heft. «Forschung in Europa». Allgemeinmedizin International 1981;10:3-49.
- Verschiedene Autoren, ganzes Heft. «Forschungsergebnisse aus der Allgemeinmedizin». Allgemeinmedizin. 1986;15:57-112.
- «Allgemeinmedizin» (Springerverlag); «Allgemeinmedizin International» (Krüger Verlag); «Medicina generalis Helvetica» (Zeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin).
- «Societas Internationalis Medicinæ Generalis» (SIMG), ein Vorläufer von «Wonca Europe».
- Bundesamt für Gesundheit, Meldesysteme:
http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/
- Tripet J.Grussworte. Allgemeinmedizin International 1978;7:48.
- Verschiedene Autoren, ganzes Heft. European General Practice Research Workshop. Allgemeinmedizin International 1983;12:145-91.
- Meyer RL. Studienzielorientierte Medizinalprüfungen. Betrachtung aus der Sicht des in der Primärversorgung

- tätigen Hausarztes. Schweiz Ärztezeitung. 1978; 59:1114–6.
- 28 80.083 Botschaft über die Genehmigung von Prüfungsverordnungen für das Medizinalpersonal und die Änderung des Freizügigkeitsgesetzes (19. November 1980), Plenar-Protokolle amtliches Bulletin (Parlamentsdienste Bern).
- 29 Pauli HG. Die Kontroverse um eine Revision des Medizinalprüfungsreglementes: Ist ärztliches Handeln lehrbar, beobachtbar und beurteilbar? Schweiz Ärztezeitung. 1979;60:1360–3.
- 30 Prof P.W. Straub, Chefarzt Medizinische Universitätsklinik. Ärzteausbildung in der Grundversorgung NZZ 4. August 1982.
- 31 Dr. med. A. Hunziker. Ärzteausbildung in der Grundversorgung – eine Entgegnung NZZ 25. August 1982.
- 32 Pauli HG. Universität Bern. Ärztliche Kompetenz, NZZ 29. August 1982.
- 33 Global Family Doctor. <http://www.globalfamilydoctor.com/WONCA>
- 34 Angaben FMH, Stand Januar 2006.
- 35 European Federation of Internal Medicine (EFIM). http://www.efim.org/index1.php?pageID=sommaire_accueil_public
- 36 Bauer W. Innere Medizin: Die Generalisten sind wieder da! Schweiz Med Forum. 2009;9:12–3. http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2009/2009-01/2009-01-229.PDF
- 37 Palsson R, et al. Core competencies of the European internist: A discussion paper. Eur J Intern Med. 2007; 18:104–8. <http://www.efim.org/download/EFIM/CoreCompetenciesEJIMpub2007.pdf>
- 38 Kissling B. Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin – eine «Real Life»-Serie mit Highlights und Tiefschlägen. Schweiz Med Forum. 2008;8:995–6. http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2008/2008-51/2008-51-221.PDF
- 39 PrimaryCare. Schweizerische Zeitschrift für Hausarztmedizin. <http://www.primary-care.ch>
- 40 Späth HU. Die «Elefantenrunde» oder: «SGIM und SGAM haben (fast) fusioniert!» PrimaryCare. 2006;6:390. <http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-21/2006-21-322.PDF>
- 41 Stellungnahme der SGIM. PrimaryCare. 2007;7:154. <http://www.primary-care.ch/pdf/2007/2007-09/2007-09-112.PDF>
- 42 Briner V, Präsidentin SGIM. Stellungnahme der SGIM. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89:569–71. http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-14/2008-14-170.PDF
- 43 Hangartner PJ. Eine Fusion von SGIM und SGAM – Stellungnahme der Chefärztereinigung der SGIM. PrimaryCare. 2007;7:259. <http://www.primary-care.ch/pdf/2007/2007-16/2007-16-186.PDF>
- 44 Perrier A, Cornuz J, Gaspoz JM, Pécoud A, Waeber G. Plädoyer für eine gemeinsame Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Innere Medizin in der Schweiz (Teil 1). Schweiz Ärztezeitung. 2008;89: 516–22. http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-12/2008-12-153.PDF
- 45 Perrier A, Cornuz J, Gaspoz JM, Pécoud A, Waeber G. Plädoyer für eine gemeinsame Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Innere Medizin in der Schweiz (Teil 2). Schweiz Ärztezeitung. 2008;89: 566–9. http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-14/2008-14-170.PDF
- 46 Analog dem in den 90er Jahren von J.P. Humair und H. Stalder vorgeschlagenen tronc commun, siehe auch: H Stalder. Le défi de l'enseignement en médecine ambulatoire. Rev Med Suisse 2001 genauere Angaben nicht auffindbar. <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=21623>
- 47 Degam (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin). Die Weiterbildungsordnung – beständig im Wandel. <http://www.degam.de/weiterbildung.html>
- 48 Späth H, Präsident SGAM. Time to say goodbye – die SGAM am SGAM-Kongress Zürich 2008. Primary-Care. 2008;8:239. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2008/2008-13/2008-13-134.PDF
- 49 Rindlisbacher B, Battaglia M. Weiterbildung in Hausarztpraxen. Schweiz Ärztezeitung 2002;83: 407–9. <http://www.saez.ch/pdf/2002/2002-09/2002-09-108.PDF>
- 50 Feller S. Praxisassistent: ... die lehrreichste Zeit in meiner Ausbildung! Schweiz Ärztezeitung. 2005; 86:1147–53. <http://www.saez.ch/pdf/2005/2005-19/2005-19-326.PDF>
- 51 Röllin A. Konfrontation mit der Praxisrealität. PrimaryCare. 2004;40:764–6. <http://www.primary-care.ch/pdf/2004/2004-40/2004-40-226.PDF>
- 52 Nach Jahren eigenständiger ärztlicher Finanzierung finden sich jetzt neue Finanzierungsmodelle durch die Kantone http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Medizinische_Grundversorgung/SchlussberichtWB-d_publiziert26.10.06_.pdf
- 53 Pfisterer J. Praxisassistent – eine wichtige Dimension in der Weiterbildung zum Hausarzt. PrimaryCare. 2008;8:377. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2008/2008-18/2008-18-354.PDF
- 54 Workforce Studie 2006 (in Publikation). Eine repräsentative Umfrage bei 1800 Hausärzten in der Schweiz.
- 55 Website Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz www.jhas.ch
- 56 Streit S. Zukünftige HausärztInnen nehmen Stellung zur Aus- und Weiterbildung. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2009/2009-02/2009-02-397.PDF
- 57 Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy. 2002;60:201–18.
- 58 European Definition of General Practice/Family Medicine (Version 2005). <http://www.euract.org/pdf/European%20definition%202005.pdf>
- 59 Euract Educational agenda. <http://www.euract.org/pdf/agenda.pdf>
- 60 Royal College of General Practitioners – Curriculum and Assessment Site. <http://www.rcgp-curriculum.org.uk/>
- 61 Aubert J. Ausbildung von Hausärzten in Frankreich – ein Erfahrungsbericht. PrimaryCare. 2009;9:12. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2009/2009-01/2009-01-360.PDF
- 62 The Learning and Teaching Guide (Seite 4). http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/curr_Curriculum_Guide_for_Learners_and_Teachers.pdf
- 63 RCGP – GP Curriculum Statements (reviewed in January 2007).
- 64 z. B. Swiss school of public health. <http://www.sspplus.ch>
- 65 B. Starfield, powerpoint presentation.
- 66 Widmer D. Allgemeinmediziner und Freizügigkeit. PrimaryCare. 2008;8:208. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2008/2008-14/2008-14-221.PDF
- 67 Widmer D. Qualifikation – Requalifikation Primary-Care. 2009;9:208:164–5. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2009/2009-08/2009-08-092.PDF