



RAISONS DE SANTE 379

Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique
& Université de Lausanne

Evolution de la médecine générale : comparaison des prévisions de 2012 avec la réalité de 2025 et prévisions pour 2035

Emmanuelle Lüthi¹, Emilien Curchod³, Joanna Pasquier¹, Philippe Staeger²,
Stéphane David¹, Iris Sudan³, Martial Pasquier³, Jacques Cornuz¹

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

Unil.

Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté regroupe, depuis le 1^{er} janvier 2019, les compétences de la Policlinique médicale universitaire, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, de l'Institut universitaire romand de santé au travail et de Promotion Santé Vaud. Il a pour missions :

- les prestations de la première ligne de soins (en particulier l'accès aux soins et l'orientation au sein du système de santé) ;
- les prestations en lien avec les populations vulnérables ou à besoins particuliers ;
- les interventions de promotion de la santé et de prévention (I et II) ;
- les expertises et recherches sur l'organisation et le financement des systèmes de santé ;
- les activités de recherche, d'évaluation et d'enseignement universitaire en médecine générale et communautaire, en santé publique et en santé au travail.

Dans le cadre de cette dernière mission, Unisanté publie les résultats de travaux de recherche scientifique financés par des fonds de soutien à la recherche et des mandats de service en lien avec la santé publique. Il établit à cet égard différents types de rapports, au nombre desquels ceux de **la collection « Raisons de santé »** qui s'adressent autant à la communauté scientifique qu'à un public averti, mais sans connaissances scientifiques fines des thèmes abordés. Les mandats de service sont réalisés pour le compte d'administrations fédérales ou cantonales, ou encore d'instances non gouvernementales (associations, fondations, etc.) œuvrant dans le domaine de la santé et/ou du social.

Affiliation :

- ¹ Département des policliniques (DDP), Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique & Université de Lausanne, Lausanne, Suisse
- ² Département urgences et santé communautaires (DUSC), Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique & Université de Lausanne, Lausanne, Suisse
- ³ Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP), Faculté de droit, des sciences criminelles et d'administration publique, Université de Lausanne, Lausanne, Suisse

Étude financée par :

Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique & Université de Lausanne, Lausanne, Suisse
Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP), Faculté de droit, des sciences criminelles et d'administration publique, Université de Lausanne, Lausanne, Suisse

Citation suggérée :

Lüthi E, Curchod E, Pasquier J, Staeger P, David S, Sudan I, Pasquier M, Cornuz J. Evolution de la médecine générale : comparaison des prévisions de 2012 avec la réalité de 2025 et prévisions pour 2035. Lausanne: Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique & Université de Lausanne; 2026 (Raisons de santé 379).
<https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/379>

Remerciements :

Nous remercions l'ensemble des experts et expertes qui ont participé à cette enquête et/ou à sa relecture.

Relecture et contrôle de l'édition :

Unité documentation et données (UDD)

Date d'édition :

Août 2026

Table des matières

Liste des figures	5
Résumé.....	7
1 Contexte, objectif, méthodologie et présentation des résultats	9
1.1 Contexte et objectif	9
1.2 Méthodologie	9
1.3 Présentation des résultats	10
2 Résultats	12
2.1 Structures de prise en charge des patients et patientes	12
2.1.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025	12
2.1.2 Prévisions pour 2035	13
2.2 Propriété des cabinets	14
2.2.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025	14
2.2.2 Prévisions pour 2035	15
2.3 Acteurs de la régulation de la médecine générale	16
2.3.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025	16
2.3.2 Prévisions pour 2035	17
2.4 Libre-choix ou gatekeeping	18
2.4.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025	18
2.4.2 Prévisions pour 2035	19
2.5 Relations médecin généraliste – patient ou patiente à long terme	20
2.5.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025	20
2.5.2 Prévisions pour 2035	23
2.6 Coûts de la prise en charge des patients et patientes	24
2.6.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025	24
2.6.2 Prévisions pour 2035	25
2.7 Recrutement et formation du personnel médical et soignant	26
2.7.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025	26
2.7.2 Prévisions pour 2035	27
2.8 Reconnaissance sociale des professionnels et professionnelles de santé	29
2.8.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025	29
2.8.2 Prévisions pour 2035	30
2.9 Facteurs influençant la médecine générale	31
2.9.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025	31
2.9.2 Prévisions pour 2035	31
2.10 Contribution au financement des coûts de la médecine générale	32
2.10.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025	32
2.10.2 Prévisions pour 2035	32
2.11 Tâches de suivi et de coordination des patients et patientes	33
2.12 Réalisation des actes techniques	34
2.13 Décisions thérapeutiques	35
2.14 Pose du diagnostic	36

2.15	Conseils de prévention	37
2.16	Besoins en professionnels et professionnelles de santé	38
2.17	Activités des médecins généralistes hors du cabinet	39
2.18	Organisation de la garde médicale	40
2.19	Structures en charge de la garde médicale	41
2.20	Thématiques de l'enseignement pré-gradué	42
2.21	Médecine générale au sein des facultés de médecine	43
2.22	Facteurs influençant la liberté diagnostique et thérapeutique du ou de la médecin	44
2.23	Facteurs influençant l'attractivité de la médecine générale	45
3	Discussion	46
4	Références	49
5	Annexes	50
5.1	Graphiques comparatifs des enquêtes de 2012 et 2025	50
5.1.1	Structures de prise en charge	50
5.1.2	Propriété des cabinets	51
5.1.3	Acteurs de la régulation de la médecine générale	52
5.1.4	Libre-choix ou gatekeeping	53
5.1.5	Relations médecin généraliste – patient ou patiente à long terme	53
5.1.6	Coûts de la prise en charge	54
5.1.7	Recrutement et formation pour les médecins, les infirmiers et infirmières	55
5.1.8	Reconnaissance sociale des professionnels et professionnelles de santé	56
5.1.9	Facteurs influençant la médecine générale	57
5.1.10	Contribution au financement des coûts de la médecine générale	58
5.2	Personnes impliquées	58
5.2.1	Noms des médecins généralistes commentant les résultats dans la Discussion	58
5.2.2	Liste des experts et expertes	58

Liste des figures

Figure 1	Schéma des différents types d'enquêtes, leur temporalité ainsi que le nombre d'experts et expertes - prévisions de 2012 (n=83), réalité de 2025 (n=18), prévisions pour 2035 (n=37)	10
Figure 2	Exemple de lecture des résultats	11
Figure 3	Structures de prise en charge des patients et patientes	14
Figure 4	Propriété des cabinets	16
Figure 5	Acteurs de la régulation de la médecine générale	18
Figure 6	Libre-choix ou gatekeeping	19
Figure 7	Relations médecin généraliste - patient ou patiente à long terme	24
Figure 8	Coûts de la prise en charge des patients et patientes	26
Figure 9	Recrutement et formation du personnel médical et soignant	28
Figure 10	Reconnaissance sociale des professionnels et professionnelles de santé	30
Figure 11	Facteurs influençant la médecine générale	31
Figure 12	Contribution au financement des coûts de la médecine générale	32
Figure 13	Tâches de suivi et de coordination des patients et patientes	33
Figure 14	Réalisation des actes techniques	34
Figure 15	Décisions thérapeutiques	35
Figure 16	Pose du diagnostic	36
Figure 17	Conseils de prévention	37
Figure 18	Besoins en professionnels et professionnelles de santé	38
Figure 19	Activités des médecins généralistes hors du cabinet	39
Figure 20	Organisation de la garde médicale	40
Figure 21	Structures en charge de la garde médicale	41
Figure 22	Thématiques de l'enseignement pré-gradué	42
Figure 23	Médecine générale au sein des facultés de médecine	43
Figure 24	Facteurs influençant la liberté diagnostique et thérapeutique du ou de la médecin	44
Figure 25	Facteurs influençant l'attractivité de la médecine générale	45
Figure 26	Structures de prise en charge - comparaison 2012-2025	50
Figure 27	Propriété des cabinets - comparaison 2012-2025	51
Figure 28	Acteurs de la régulation de la médecine générale - comparaison 2012-2025	52
Figure 29	Libre-choix ou gatekeeping - comparaison 2012-2025	53
Figure 30	Relations médecin généraliste - patient ou patiente à long terme - comparaison 2012-2025	53
Figure 31	Coûts de la prise en charge des patients et patientes	54
Figure 32	Recrutement et de formation pour les médecins, les infirmiers et infirmières - comparaison 2012-2025	55
Figure 33	Reconnaissance sociale des professionnels et professionnelles de santé - comparaison 2012-2025	56

Figure 34	Facteurs influençant la médecine générale - comparaison 2012-2025	57
Figure 35	Contribution au financement des coûts de la médecine générale	58

Résumé

Introduction

La médecine générale représente le premier point de contact entre le patient ou la patiente et le système de soins et constitue le socle de tout système de santé efficace. Son importance tient à l'établissement du diagnostic initial dans une approche globale et continue de la santé et, si nécessaire, à l'orientation vers des services spécialisés et des urgences.

Du fait notamment de l'évolution des coûts de la santé, du vieillissement de la population, de la multiplication des maladies chroniques, des besoins spécifiques de groupes spécifiques de la population en termes de prévention et de promotion de la santé mais aussi des changements dans les attentes des professionnels de la santé, la médecine générale subit des changements qui affectent l'ensemble de la société.

En 2012, Unisanté et l'IDHEAP ont réalisé une première étude pour identifier les principales évolutions de la médecine de premier recours dans le canton de Vaud à l'horizon 2025. Dans un souci de continuité, les deux institutions se sont associées pour comparer l'avis des experts et expertes de 2012 avec la réalité observée en 2025 et investiguer quant à leurs prévisions attendues à l'horizon 2035.

Méthode

Deux enquêtes ont été réalisées. La première demande aux experts et expertes de comparer les résultats de 2012 avec la réalité observée en 2025 (entretiens individuels oraux). La deuxième, réalisée par un questionnaire en ligne, les interroge sur les prévisions de la médecine générale d'ici 2035.

Résultats

Parmi les nombreuses données de ce rapport, relevons que les principales prévisions envisagées en 2012 et confirmées en 2025 concernent la propriété des cabinets médicaux avec le développement des groupes financiers en tant que propriétaires de ces cabinets ; le rôle des collectivités publiques ou des assurances maladie qui ne s'est pas confirmé et le rôle des hôpitaux comme initiateur et propriétaire de cabinets médicaux qui n'avait pas été anticipé.

Pour les prévisions de 2035, la première tendance qui se dégage est le développement de pratiquement toutes les structures de prise en charge des patients et patientes en médecine générale. Seuls les cabinets individuels (médecins généralistes) subiront une diminution. Les structures pluridisciplinaires devraient en particulier prendre une importance accrue, notamment en fonction de la structure de la population et des besoins spécifiques des régions. Deux tendances, déjà identifiées en 2012, sont confirmées pour 2035 : la baisse de la pratique en cabinet médical individuel et, en parallèle, l'attrait pour le travail dans un cabinet de groupe, composé de plusieurs médecins généralistes, parfois associés avec d'autres spécialistes ou professions de santé (physiothérapeute, infirmier ou infirmière). Au sujet de la reconnaissance sociale, celle-ci devrait peu évoluer.

Les experts et expertes considèrent que le nombre de personnes formées en Suisse ne suffit actuellement pas et que le recrutement dans l'Union européenne va s'intensifier.

Conclusion

Le vieillissement de la population, l'augmentation des coûts de la santé, la démographie et les conditions socio-économiques vont influencer la médecine générale durant la prochaine décennie. Le manque de relève et les développements technologiques ainsi que le changement climatique constituent des facteurs qui auront eux-aussi une incidence sur la pratique médicale. Les mouvements migratoires et les problèmes d'approvisionnement en médicaments et matériel médical devraient également avoir un impact sur la médecine générale.

1 Contexte, objectif, méthodologie et présentation des résultats

1.1 Contexte et objectif

La Policlinique médicale universitaire (devenue Unisanté en 2019) et l'IDHEAP ont conduit en 2012 une enquête sur les évolutions de la médecine de premier recours dans le canton de Vaud à l'horizon 2025. Il s'agissait d'identifier les tendances de développement de la médecine générale. Huitante trois experts et expertes avaient participé à cette enquête dont les résultats ont été publiés en 2014.¹

Plus d'une décennie après cette enquête, quelles sont les évolutions observées et quelles sont les prévisions à l'horizon 2035 ? Telles sont les deux questions auxquelles cette recherche essaie de répondre. Pour ce faire, deux nouvelles enquêtes distinctes ont été réalisées.

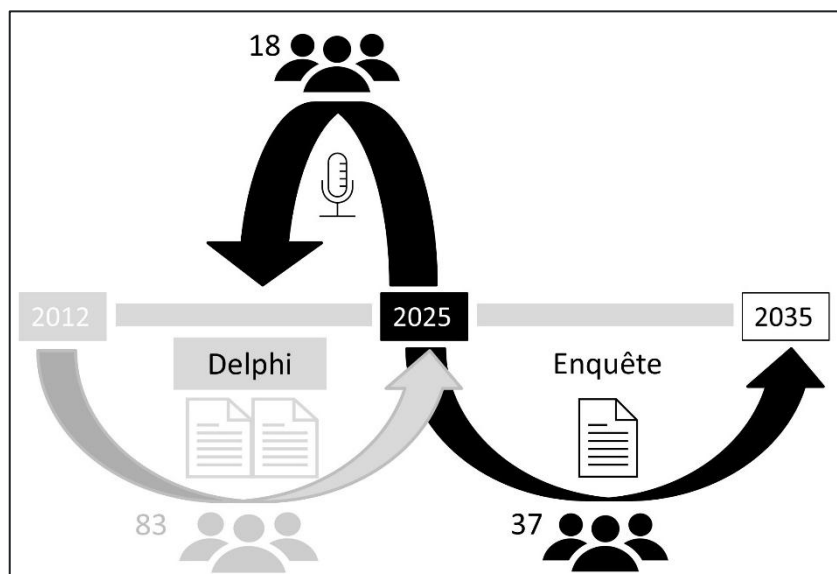
1.2 Méthodologie

La première enquête a confronté l'avis d'experts et expertes en 2025 sur les tendances esquissées en 2012. A cet effet, des questions telles que « Selon vous, les évolutions prévues en 2012 se sont-elles concrétisées » et « Constatez-vous d'autres développements ? » leur ont été posées par oral. Ces entretiens individuels ont été enregistrés puis retranscrits à l'aide du logiciel Sonix AI (<https://sonix.ai>). Les commentaires ont été ensuite regroupés par thème puis étudiés dans l'ordre des points abordés. Des extraits des propos tenus sont repris dans le texte.

La deuxième enquête, réalisée dans une démarche prospective, a consisté à interroger les experts et les expertes sur les évolutions durant la prochaine décennie, jusqu'en 2035. Pour ce faire un questionnaire composé de questions fermées a été utilisé, comprenant la possibilité de justifier son choix en commentaires pour chaque réponse. Les questions ont été conçues de sorte que les réponses puissent être converties en une prévision chiffrée. Le questionnaire reprend une partie des questions utilisés en 2012. Sur un total de 23 questions, 10 ont été reprises de la précédente recherche et 13 sont nouvelles. Notons que les 37 experts et expertes qui ont participé à cette partie prospective n'ont été interrogés qu'une seule fois et n'ont pas pu prendre connaissance des avis et propos tenus par leurs collègues.

Nota Bene : les termes de médecine de premier recours et médecine générale sont considérés comme synonymes dans ce rapport.

Figure 1 Schéma des différents types d'enquêtes, leur temporalité ainsi que le nombre d'experts et expertes - prévisions de 2012 (n=83), réalité de 2025 (n=18), prévisions pour 2035 (n=37)



1.3 Présentation des résultats

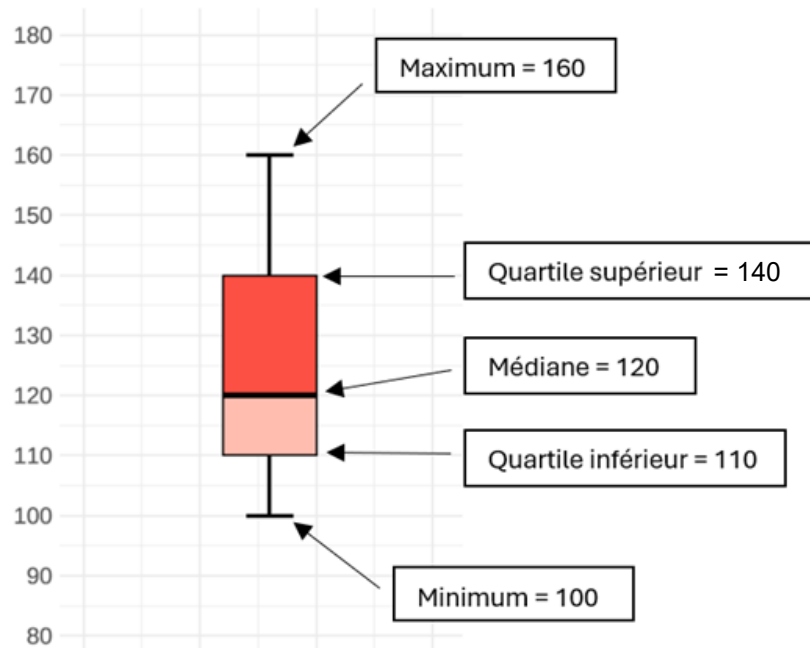
Les résultats sont présentés en deux parties. La 1^{ère} partie (section 2.3 à 2.11) présente une comparaison entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025, ainsi que les prévisions pour 2035.

La 2^e partie (sections 2.13 à 2.26) investigate de nouvelles thématiques, non abordées en 2012, au sujet des évolutions attendues de la médecine générale à l'horizon 2035. Les graphiques qui intègrent les résultats des enquêtes de 2012 et 2025 pour toutes les questions posées dans les deux enquêtes figurent en annexe. Ils permettent une analyse comparative de chaque thème et dimension traités. Certains propos des experts et expertes sont reproduits comme tels, en raison de leur capacité à synthétiser une évaluation ou un vécu en quelques mots. Ces verbatim sont reproduits *en italique*.

La description des résultats quantitatifs de cette enquête comporte différentes valeurs. La réponse de groupe est la médiane des réponses, en d'autres termes la « réponse du milieu ». Le quartile est chacune des trois valeurs (Q1, Q2, Q3) qui divisent l'ensemble des données en quatre parties égales, de sorte que chaque partie corresponde à 25% de l'échantillon total. Le premier quartile (Q1 ou quartile inférieur) sépare les 25% inférieurs du reste des données, le troisième quartile (Q3 ou quartile supérieur) sépare les 25% supérieurs, et le quartile du milieu (Q2 ou médiane) sépare les données en 2 parties égales (50%-50%). Par conséquent, 50% de toutes les réponses se trouvent entre le quartile inférieur et le quartile supérieur. Plus ces deux valeurs sont rapprochées, plus les opinions des experts et expertes sont proches, et plus la différence entre Q1 et Q3 est grande, plus les opinions des experts et expertes sont divergents. A ces informations s'ajoutent encore les valeurs correspondant au minimum et au maximum des opinions exprimées.

Le graphique ci-dessous illustre ces valeurs. La médiane ou Q2 égale à 120 indique que la moitié des personnes interrogées sont d'avis que l'évolution considérée (question posée) est inférieure ou égale à 120 alors que l'autre moitié pense que cette même évolution sera à 120 ou plus. On observe que 25% des experts et expertes ont chiffré cette évolution entre 110 et 120 (quartile inférieur ou Q1 = 110) et un autre 25% entre 120 et 140 (quartile supérieur ou Q3 = 140). Les valeurs de 100 et de 160 expriment les valeurs minimale et maximale récoltées.

Figure 2 Exemple de lecture des résultats



2 Résultats

La première partie des résultats (point 2.1 à 2.10) présente d'une part l'évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité perçue en 2025 et d'autre part les prévisions pour 2035. La deuxième partie des résultats (point 2.11 à 2.23) aborde de nouvelles thématiques sur les évolutions attendues de la médecine générale à l'horizon 2035.

Parmi les 37 experts et expertes participantes à cette enquête, 13 ont souhaité rester anonymes. Parmi celles et ceux ayant mentionné leur identité (n=24), 7 personnes sont des femmes et 9 pratiquent en milieu libéral.

2.1 Structures de prise en charge des patients et patientes

2.1.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025

Deux tendances identifiées en 2012 se sont confirmées. Premièrement, une baisse sensible du nombre de cabinets individuels s'observe surtout en lien avec le départ à la retraite des médecins : *« Un médecin qui part à la retraite, souvent il en faut deux voire trois pour le remplacer parce qu'il y a une forte augmentation des temps partiels »* ; *« Si vous avez un cabinet individuel, c'est quasiment impossible de le remettre (...) ; j'ai beaucoup de collègues qui se sont installés mais aucun de manière individuelle »* ; *« Avec les charges et les tâches administratives, il est juste impossible de tourner et d'avoir une vie saine avec un cabinet individuel »*.

Deuxièmement, le corollaire à la baisse des cabinets individuels, les cabinets de groupe se sont développés de manière importante : *« Les cabinets de groupe composés de médecins généralistes ont quand même connu un gros boom sur les dix dernières années »* ; *« Le cabinet de groupe s'est beaucoup plus développé que ce qui a été anticipé »*.

A l'inverse, les cabinets pluridisciplinaires, que ce soit avec une combinaison de généralistes et de spécialistes ou avec des infirmiers et infirmières, des physiothérapeutes ou des psychologues se sont développés de manière moins marquée qu'attendu : *« L'arrivée d'infirmières/infirmiers de niveau master qui auraient pu prendre un certain nombre de patients dans les cabinets médicaux ne s'est pas encore concrétisé »* ; *« ... on parlait beaucoup de ça dans l'idéalisation d'une médecine de première ligne qui a été aussi beaucoup plébiscité mais en réalité aujourd'hui j'en connais très peu »* ; *« Ces centres sont beaucoup plus développés à l'étranger avec un médecin famille entouré d'autres professions »*.

Concernant les autres structures de prise en charge, les avis sur leur évolution entre 2012 et 2025 sont partagés et dépendent de nombreux facteurs. C'est le cas notamment des polycliniques publiques et des centres d'urgences hospitaliers qui doivent tenir compte aussi du développement des centres ambulatoires appartenant aux hôpitaux : *« Ce ne sont pas uniquement des centres d'urgences mais aussi des centres où exercent les médecins de famille avec leur propre clientèle »*.

(...) » ; « L'ambulatorio est rentable ». « D'une manière plus générale, il y a une certaine difficulté de différencier les polycliniques, les centres d'urgences hospitaliers et les centres ambulatoires dans les hôpitaux » ; « C'est nous qui faisons une distinction entre les différents types de structures alors qu'en terme de recours pour le patient, c'est assez synonyme » ; « On a des centres qui ont été créés et qui ont des missions qui se ressemblent ; elles correspondent à des missions de polycliniques avec une prise en charge de patients avec une grande complexité ou de fragilité assécurologique ».

Les opinions sont partagées quant à l'évolution des services téléphoniques et de la télémédecine. D'une part, le développement de ces prestations est lié aux incitations faites par les assurances maladies - « Il y a toute la dimension des assurances avec un premier contact par téléphone » - et du fait de l'accroissement des contacts à distance : « Les contacts à distance par le téléphone ont explosé chez moi. Et par e-mail aussi. » En même temps, les services téléphoniques ne fonctionnent pas toujours : « Les services téléphoniques, on voit que ce n'est pas si simple que ça comme le montre le récent exemple de Soignez-moi^a ».

A noter aussi la nécessité de prendre en compte dans l'analyse de l'évolution des types de structure de prise en charge des patients et patientes, les contextes locaux et cantonaux : « L'hôpital de Morges est en train de devenir un entrepreneur en matière de cabinets médicaux » ; « Ce qui n'avait pas été prévu, c'est l'explosion des antennes de centres ambulatoires qui appartiennent aux hôpitaux, notamment sur la Côte ou le Nord vaudois. »

2.1.2 Prévisions pour 2035

La première tendance qui se dégage est le développement de toutes les structures de prise en charge des patients et patientes en médecine générale, à l'exception des cabinets individuels (médecins généralistes).

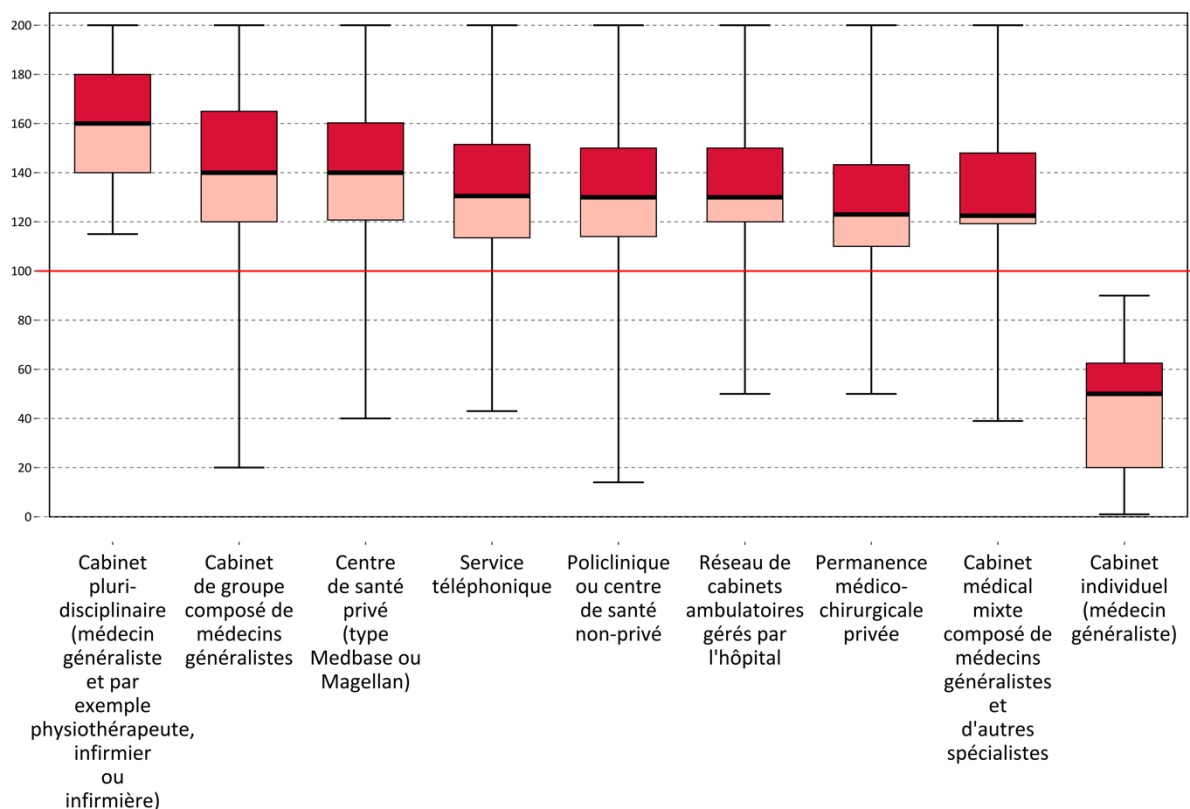
Il est cependant difficile de prévoir des tendances claires quant à l'évolution spécifique de certains types de structures si on prend en compte les quartiles ainsi que les minimas et les maximas : « Je crois qu'il y aura une pluralité de types de structures, dont une majorité feront partie d'un réseau » ; avec notamment « un certain overlap entre ces différents types de structure ».

Les structures multidisciplinaires devraient prendre une importance accrue notamment en fonction de la structure de la population et des besoins spécifiques des régions : « Je pense que des structures multidisciplinaires gériatriques pour soins à domicile coordonnées avec les centres médicaux sociaux (CMS) vont voir le jour et qu'elles vont se spécialiser dans les soins au grand âge (visite à domicile, coordination de soins avec les hôpitaux et les EMS.) » ; « Les structures collaboratives seront plus importantes dans la périphérie. »

^a Soignez-moi.ch est une entreprise de télémédecine basée à Vevey qui proposait des consultations à distance. Elle a cessé ses activités le 31 janvier 2025 après 5 années d'activité.

Figure 3 Structures de prise en charge des patients et patientes

À l'horizon 2035, quelle importance prendront les différentes structures de médecine générale suivantes ? (situation actuelle = indice 100)



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 28 à 37.

2.2 Propriété des cabinets

2.2.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025

Les tendances esquissées dans le cadre de l'enquête de 2012 se sont largement confirmées en ce qui concerne le développement des groupes financiers en tant que propriétaires des cabinets médicaux : « Cette augmentation des groupes financiers est très claire (...) ; il y a des groupes comme Medbase (Migros) ou Magellan (groupe fondé par des médecins) qui proposent des solutions séduisantes pour les médecins généralistes car il y a peu de risque et peu d'investissement personnel » ; « C'est le besoin de certains médecins en termes de simplification administrative, de réduction des contraintes d'installation (...) ; quelqu'un qui gère ça à leur place ».

De même, la propriété des cabinets par les médecins reste le modèle de référence même s'il ne se développe plus : « Ce sont toujours les acteurs eux-mêmes qui sont les propriétaires des cabinets » ; « La plupart des collègues qui s'installent restent dans un modèle où ils participent à l'investissement ».

Par contre, le développement de la propriété des cabinets médicaux par les collectivités publiques ou les assurances maladie ne s'est pas concrétisé :

Au niveau des communes : « *Les communes sont surtout actives dans la recherche de locaux* » ; « *Je connais des personnes qui ont essayé de contacter des communes mais elles ne sont pas entrées en matière quant à un financement du projet* » ; « *Les communes n'ont pas les moyens d'investir dans l'idée de prendre le contrôle des cabinets médicaux ; elles offrent un soutien, une aide pour les loyers ou investissent dans la transformation d'un bâtiment* » ; « *Elles facilitent l'accès aux locaux* ».

Au niveau des assurances maladie : « *Les assurances vont entrer dans le système et salarier les médecins, mais le développement sera nettement moins fort que ce qui était envisagé il y a une dizaine d'années* » ; « *Les assurances ont développé des modèles avec la consultation téléphonique préalable mais elles ne sont pas propriétaire des cabinets* ».

L'arrivée des hôpitaux, en tant que propriétaire de cabinets médicaux, n'avait pas du tout été anticipée : « *Les hôpitaux, qui ont développé des cabinets, n'avaient pas été prévus dans cette étude* » ; « *Un groupe hospitalier, comme l'EHC, n'est ni un service public cantonal ni une collectivité publique communale ; mais ils ont investi dans les cabinets médicaux* ».

2.2.2 Prévisions pour 2035

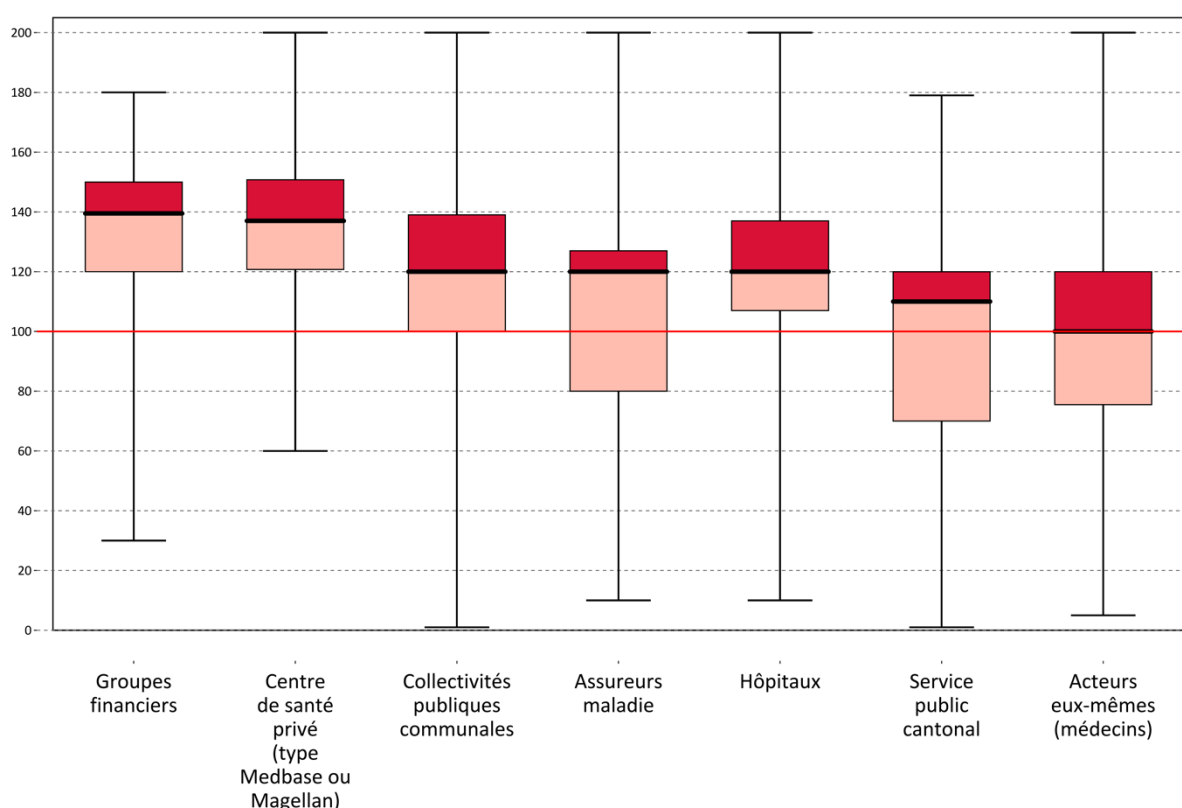
Les principales évolutions constatées durant la dernière décennie devraient se poursuivre : la propriété des cabinets médicaux par les médecins va rester stable et celle par les groupes financiers ou des centres de santé privé va continuer de croître : « *Je pense qu'il y aura un intérêt croissant des réseaux privés d'être propriétaire des cabinets de groupe* ». La propriété des cabinets médicaux par les hôpitaux devrait aussi continuer d'augmenter.

Même si les experts et expertes n'ont pas constaté une participation plus forte des collectivités publiques communales et des assureurs dans la propriété des cabinets durant les dernières années, ils continuent de penser que ces acteurs devraient avoir une importance croissante durant la prochaine décennie.

A noter aussi que la propriété des cabinets médicaux ne devrait pas évoluer de manière homogène : « *Également ici, on peut s'attendre à une hétérogénéité entre le centre et la périphérie* ».

Figure 4 Propriété des cabinets

À l'horizon 2035, comment va se développer la propriété des cabinets de médecine générale (situation actuelle = indice de 100) ?



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 26 à 33.

2.3 Acteurs de la régulation de la médecine générale

2.3.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025

Les experts et expertes sont nombreux à considérer qu'il est difficile de se déterminer quant à l'impact des différents acteurs et actrices de la santé sur la régulation de la médecine générale. De façon globale, les tendances esquissées en 2012 semblent s'être confirmées durant la dernière décennie, peut-être de manière moins marquée que prévu : « *Il n'y a pas grand monde qui régule la médecine* » ; « *Le système n'est pas beaucoup plus régulé qu'au moment de l'étude* » ; « *Les résultats de l'étude de 2012 exprimaient le souhait de voir le système de santé être régulé. (...) on pouvait voir le souhait d'une meilleure prise en main politique de notre système de santé. Mais elle n'a toujours pas eu lieu* » ; « *La profession de médecin reste toujours extrêmement libérale* ».

La régulation par les cantons se développe quand même : « *Il y a une augmentation de la régulation par les cantons* » ; « *Il y a quand même une certaine importance de la régulation au niveau cantonal quant aux installations, aux autorisations de pratique et à l'ouverture des cabinets* » ; « *Les cantons sont de forts régulateurs car c'est eux qui règlent la majorité des choses* ».

En ce qui concerne les compagnies d'assurance, les avis convergent vers un accroissement de leur influence en termes de régulation mais principalement de manière indirecte : « *Je ne suis pas sûr que les assurances maladie aient un impact direct sur la régulation de la médecine de premier recours* » ; « *Les assureurs agissent par d'autres leviers* » ; « *Les assurances maladie régulent de manière indirecte. On leur accorde beaucoup d'importance mais, question régulation, je n'en suis pas sûr* » ; « *Ils surveillent notre facturation* » ; « *Ils nous influencent en demandant des rapports, en nous questionnant sur nos pratiques* » ; « *En utilisant les décisions juridiques, les assureurs ont été des acteurs de la régulation* ».

Finalement, que ce soient les acteurs privés ou les associations professionnelles, leur impact semble relativement limité : « *Que font concrètement les associations professionnelles cantonales ou la FMH ? Ils ont perdu en importance par rapport aux autres acteurs* » ; « *Les associations professionnelles conseillent mais ne régulent pas* » ; « *Je ne crois pas que les acteurs privés aient un impact sur la régulation de la médecine générale* ».

Un expert précise aussi l'importance des lobbys : « *Il ne faut pas oublier l'impact des lobbys qui sont très puissants* ».

2.3.2 Prévisions pour 2035

Les prévisions en termes de régulation pour la prochaine décennie sont floues, notamment si on observe les quartiles et les propos des experts et expertes : « *La frontière entre l'évolution souhaitée et l'évolution probable reste assez floue* » ; « *Il y a un mélange de réponses utopistes et de réponse raisonnablement réalistes* ».

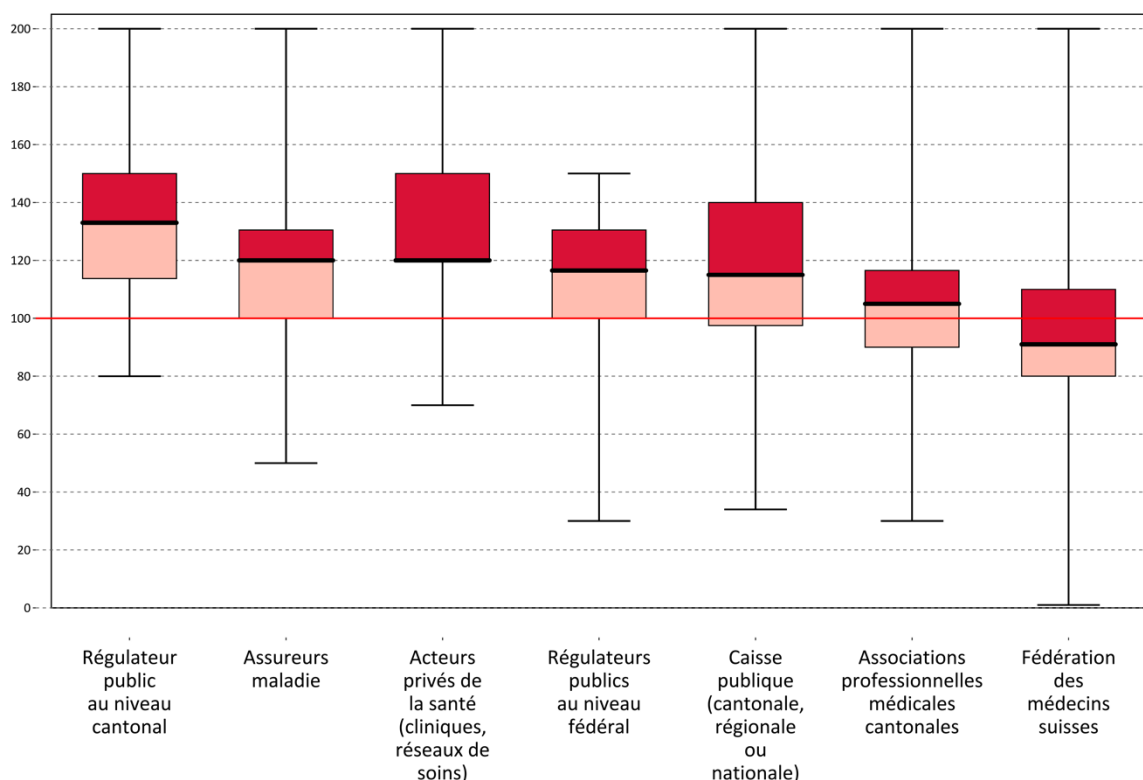
De manière plus spécifique, les experts et expertes continuent d'accorder un rôle important aux cantons en termes de régulation. Le rôle des assurances maladie devrait croître : « *Les assureurs auront un pouvoir plus grand si une caisse publique unique n'arrive pas à voir le jour* ».

A noter aussi un rôle croissant accordé aux acteurs privés (cliniques, réseaux de soins) : « *Les acteurs privés essayeront d'influencer la pratique dans leurs cabinets, comme le fait déjà mediX^b en Suisse alémanique* ». Concernant les questions de régulation, les associations professionnelles cantonales ou la FMH ne semblent pas voir leur importance croître.

^b mediX est un réseau de médecins de famille et de généralistes comprenant plus de 900 membres.

Figure 5 Acteurs de la régulation de la médecine générale

À l'horizon 2035, quelle va être l'évolution de l'implication des principaux acteurs du système de santé sur la régulation générale de la médecine générale (cadre juridique, prescriptions de nature diverse, etc.) ? (Situation actuelle = indice de 100)



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 18 à 32.

2.4 Libre-choix ou gatekeeping

2.4.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025

L'enquête de 2012 prévoyait le développement de contraintes dans le choix du ou de la médecin avec notamment la fonction de « gatekeeper » assumée par le ou la médecin généraliste dans de nombreux modèles d'assurance. Cette tendance s'est manifestement concrétisée : « *L'orientation prévue est assez juste* » ; « *On va vers plus de gatekeeping* » ; « *Cette orientation s'est réalisée* » ; « *Le médecin généraliste est de plus en plus considéré comme un trieur* ».

Les raisons liées à cette tendance sont surtout liées à l'augmentation des primes : « *La population suisse tient au libre choix. (...) Mais avec l'augmentation des primes, elle va vers la solution du gatekeeping* » ; « *On disait en 2012 que les gens sont hyper attachés au libre choix du médecin. Pourtant, aujourd'hui, je crois que 75% des personnes sont dans un modèle d'assurance maladie qui restreint le libre choix* » ; « *Les assureurs ont, avec leur modèle de médecin de famille, tendance à pousser le médecin de famille dans ce rôle* ».

Plusieurs experts et expertes nuancent cependant le degré de contrainte exercé sur les patients et les patientes pour différentes raisons : « *La plupart des patients optent pour le modèle médecin de famille* » ; « *Mais ça ne veut pas dire qu'ils ne peuvent pas choisir leur médecin de famille* » ; « *Le gatekeeping se trouve plutôt dans les modèles HMO* » ; « *C'est le modèle HMO où le patient est contraint d'avoir un suivi chez un médecin* » ; « *Au final, ce n'est pas très contraignant pour les médecins de famille. (...) Personne ne va vraiment regarder si on a été véritablement gatekeeper* » ; « *(...) C'est plus une façade qu'une réalité* » ; « *Si un patient demande des examens, les médecins sont rapides à y accéder et c'est accepté par les assurances* » ; « *Les modèles d'assurance se sont tellement diversifiés et multipliés qu'il est difficile de dire si le gatekeeping est fortement présent ou non* ».

Dans une démarche comparative, plusieurs experts et expertes considèrent que le degré de contrainte reste faible par rapport à d'autres pays : « *Vu de l'étranger, il y a une grande liberté de choix* ».

2.4.2 Prévisions pour 2035

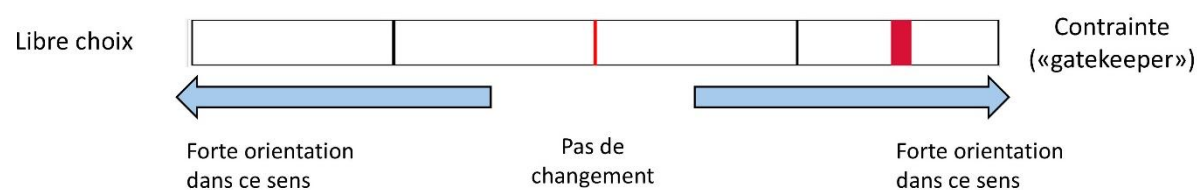
La fonction de gatekeeper, soit le fait de devoir passer par une ou un médecin coordinateur, devrait fortement s'accroître. La raison vient de la pression exercée par l'augmentation des primes d'assurance et le développement de modèles assurentiels correspondants : « *Les assurés cherchent fortement une baisse des primes, raison pour laquelle ils accepteront de plus en plus des contraintes de gatekeeper* » ; « *L'accès sous contrainte est l'une des mesures les plus faciles à implémenter et il y a peu de chance que les régulateurs y renoncent* » ; « *C'est le seul système qui pourra arriver à une maîtrise des coûts* » ; « *Cette orientation est favorisée par les assureurs et les autorités, elle est déjà en cours et va continuer* » ; « *La contrainte sera de plus en plus imposée par les assureurs en jouant sur les primes ; elle est soutenue par les pouvoirs publics dans une logique d'étatisation déléguée* ».

Si la tendance vers une limitation du libre choix est claire, « *la segmentation du système de soins empêchera que cela devienne la seule option* ».

Figure 6 Libre-choix ou gatekeeping

De manière simplifiée, deux systèmes assurantiels s'opposent : le libre choix par le patient ou la patiente ou la contrainte de passer par une ou un médecin coordinateur (« gatekeeper »).

D'ici 2035, vers quel type de système va se développer la médecine générale ?



Note : Le nombre de répondants et de répondantes est de 35.

2.5 Relations médecin généraliste – patient ou patiente à long terme

2.5.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025

Plusieurs éléments de cette relation avaient été identifiées comme par exemple : l'accroissement de la relation de confiance vs. la réduction de la relation de confiance. Les experts et les expertes avaient été invités à se déterminer sur une échelle ordinale sur la base de ces différentiels sémantiques.

D'une manière générale, les experts et expertes confirment les tendances esquissées il y a une décennie, même si certains de ces trends font l'objet de nuances dans leur développement ou d'évolutions potentiellement contradictoires. Les principales remarques émises sont discutées dans les paragraphes suivants.

Centralisation autour d'un acteur ou gestion autour d'un réseau

Une majorité d'experts et expertes confirment une orientation marquée dans le sens d'un développement vers une relation organisée autour d'un réseau. Cependant plusieurs personnes interrogées nuancent quelque peu cette évolution : « *On est effectivement autour d'une gestion autour d'un réseau, quand bien même celui-ci est largement perfectible* » ; « *On s'oriente vers des réseaux avec une médecine qui se complexifie* ». Quelques experts et expertes précisent : « *On était peut-être un peu trop optimiste en 2012 avec les réseaux* » ; « *Cela dépend des réseaux et des régions* » ; « *A part les situations particulières comme les situations gériatriques qui étaient déjà gérées en réseau, il n'y a pas une augmentation dans le sens d'une gestion autour d'un réseau* » ; « *La gestion en réseau ne marche pas toujours très bien* ». Ces derniers propos, même s'ils sont minoritaires, démontrent la complexité de la gestion de la relation en réseau.

Prise de décision

Les experts et expertes avaient aussi clairement prévu un développement important de la relation dans le sens d'une prise de décision en commun et cette tendance est confirmée : « *L'idée d'un partenariat et de la décision partagée est de mon avis acquise* » ; « *Les jeunes médecins ont acquis cette manière de discuter avec les patients, de leur soumettre des choix et de les laisser décider quand ils en ont la capacité* » ; « *Dans les maisons de santé, les décisions sont prises plus en coresponsabilité* » ; « *On s'oriente vers une prise de décision en commun* ».

L'accroissement du rôle des patients et patientes dans les processus décisionnels s'est confirmé : « *Les patients veulent plus décider, ce qui n'est pas mauvais* » ; « *On laisse de plus en plus la place au patient* » ; « *L'accès à l'information est tellement plus facile et les personnes se renseignent au préalable* » ; « *On va dans le sens d'une décision partagée. La culture de la décision partagée s'est développée* ».

Evolution de la relation de confiance

Les experts et expertes prévoyaient une discrète réduction de la relation de confiance et cela est confirmé : *« Il y a une petite réduction de la relation de confiance » ; « Il y a une petite réduction parce que le statut du médecin dans la société a aussi changé un peu » ; « Il y a une réduction de la relation de confiance car, comme ce qui touche à toutes les sphères de la société, le travail du médecin n'est pas plus reconnu et valorisé comme c'était le cas il y a 50 ans » ; « Il y a une réduction de la relation de confiance du moins vécue par le médecin notamment du fait des informations véhiculées sur les réseaux sociaux ».*

La tendance vers une légère réduction de la confiance est cependant nuancée : *« La confiance a un peu diminué dans le système de soins de manière générale. Mais la confiance reste élevée pour la médecine générale » ; « La patientèle est devenue plus méfiante et très exigeante. Cela est valable plus pour les centres médicaux. Dans un petit cabinet, les relations restent très personnalisées »*

Alors qu'en 2012, un changement quant à la dimension « Individualisation de la relation vs. Standardisation de la relation » n'était pas prévu, les experts et expertes estiment que des mesures ont été prises en vue d'une certaine standardisation de la relation même si, du fait du développement des prises en charge personnalisées des comorbidités, on constate tout de même une certaine individualisation de la relation.

Relations ponctuelles ou durables sur le long terme

L'enquête de 2012 anticipait une légère tendance au développement de relations plus ponctuelles, sur la base de besoins médicaux à court terme chez les patients et les patientes et cela s'est confirmée, car les jeunes générations, que ce soit au niveau des médecins que des patients et des patientes, sont plus mobiles : *« Nous avons des générations qui sont plus mobiles, que ce soient les médecins comme les patients » ; « Les patients vont moins investir dans une relation à long terme avec un médecin tout simplement parce qu'eux-mêmes sont aussi beaucoup plus mobiles » ; « Ce sont les médecins qui sont moins à long terme que les patients. Avant il fallait un séisme pour qu'on déménage. Aujourd'hui, on voit des médecins qui quittent un cabinet pour un autre ».*

La perception de cette évolution doit cependant être nuancée en ce qui concerne les personnes âgées et les patients et patientes ayant des maladies chroniques : *« Avec le vieillissement de la population, on a de plus en plus de patients polymorbides en charge et donc une relation à long terme » ; « C'est moins fréquent d'avoir un médecin qui vous suit jusqu'à sa retraite. Mais avec le développement des maladies chroniques, la population a besoin d'un suivi régulier » ; « Cela dépend de l'âge. Pour les patients de 20 à 50 ans, on a une évolution vers une relation plus ponctuelle. C'est l'inverse pour les 50 ans et plus ».*

Un commentaire met en évidence l'évolution du système de santé et son impact sur les relations entre les médecins et les patients et patientes : *« On a de plus en plus de situations de consommation ponctuelle de soins notamment du fait de l'absence de médecins généralistes. Les patients sont aussi démunis et perdus dans le système de soins qui est complexe avec beaucoup de prestations qui sont gérées par d'autres prestataires »*

Coordination par les professionnels et professionnelles de la santé

La tendance vers un accroissement du rôle par les professionnels et professionnelles de la santé dans des tâches de coordination n'est que partiellement confirmée et les évolutions sont contrastées : « *On penche un peu plus vers la coordination par les professionnels de la santé notamment dans les situations les plus complexes* » ; « *C'est le rôle du médecin de famille d'assurer la coordination. Les patients font l'effort de nous considérer comme des détenteurs de la continuité des soins. Mais il reste des personnes qui nous laissent totalement ignorants de tous les spécialistes qu'ils vont visiter* » ; « *Les patients se responsabilisent plus que ce qui était envisagé* ».

Judiciarisation des relations

La judiciarisation des relations semble s'être confirmée, mais de manière moins marquée qu'attendue : « *Heureusement, ça ne s'est pas autant judiciarisé ; ce qu'on craignait, à l'américaine, n'est pas encore là* » ; « *Malheureusement les relations sont un peu moins consensuelles* » ; « *Je ne suis pas sûr que, dans les faits, ce qui a été estimé à l'époque se passe vraiment. On a cependant tendance à être très attentif à la manière de remplir un dossier et à voir les impacts sur les aspects légaux* » ; « *Les médecins ont aussi le souhait de pouvoir être affiliés à des groupes ou à être salariés pour éviter d'être exposés à des risques juridiques importants* ».

Protection juridique des médecins

Le pronostic d'un renforcement de la protection juridique, qui allait de pair avec l'accroissement de la judiciarisation des relations, ne s'est pas confirmé : « *Cela ne se confirme pas forcément dans les faits* » ; « *Il n'y a pas eu de forte orientation vers une augmentation de la protection juridique* ».

Procédures administratives

L'accroissement du temps passé pour les procédures administratives s'est confirmé : « *Je confirme qu'il y a plus de temps passé pour des procédures administratives* » ; « *Les patients ont un réseau de soins de plus en plus étoffé autour d'eux, ce qui implique un travail de coordination du généraliste et donc plus de temps administratifs pour ces échanges* » ; « *Il y a plus de temps qui est passé à faire des tâches qui ne donnent pas de sens et de satisfaction pour le professionnel de la santé* ».

Cette évolution est cependant relativisée du fait des outils à disposition : « *On a aussi des dossiers patients informatisés qui nous facilitent une bonne partie des démarches administratives* » ; « *Le médecin proclame toujours qu'il est accablé par les tâches administratives. Mais c'est souvent une plus une posture qu'une réalité* ».

Temps passé à expliquer le diagnostic et les thérapies

L'accroissement du temps à expliquer le diagnostic et les thérapies au patient ou à la patiente est confirmé par les experts et expertes : « *On consacre beaucoup de temps à expliquer les diagnostics et les traitements* » ; « *En informant le patient, on le rend plus acteur de la décision* » ; « *On est*

passé d'une médecine paternaliste à une médecine participative où on intègre le patient dans la discussion ».

Cette évolution est aussi à mettre au compte des comportements des patients et patientes : « *Ce qui a changé, c'est que les patients arrivent parfois avec des diagnostics qui leur viennent de leurs recherches sur le web* ».

Développement des contacts à distance

L'augmentation et le développement des contacts à distance est clairement confirmée : « *Il y a un développement des contacts à distance très clair depuis le COVID. C'est peut-être aussi une question générationnelle* » ; « *Avec la pandémie COVID, on s'est rendu compte que c'était possible parfois de faire des consultations téléphoniques et que ça pouvait marcher dans certaines situations* » ; « *Les outils technologiques ont permis d'avoir plus d'échanges* ».

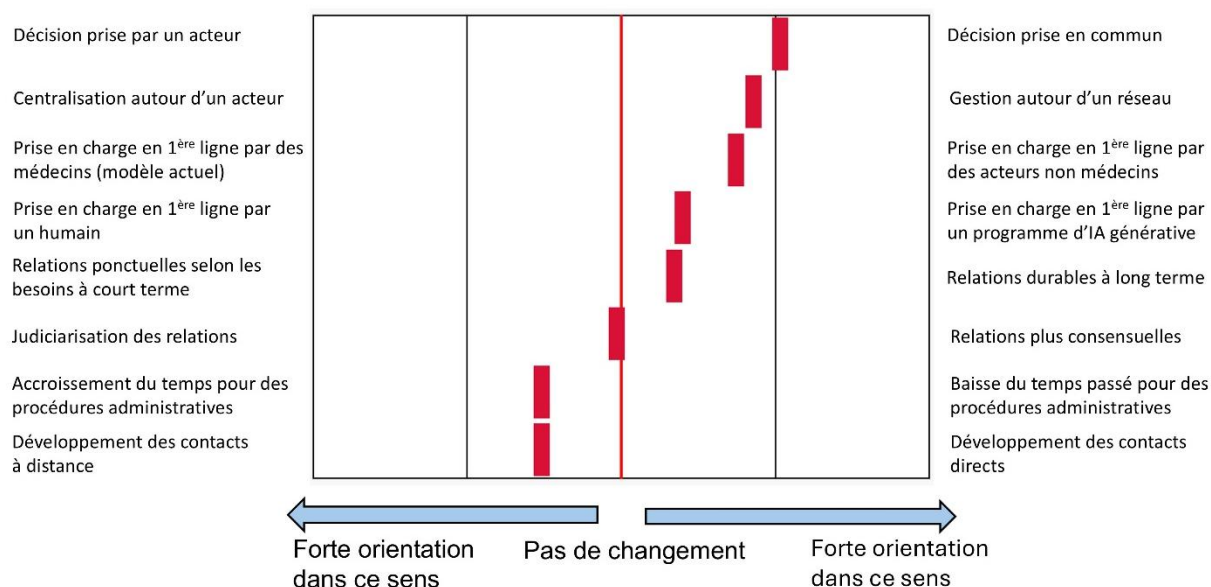
2.5.2 Prévisions pour 2035

L'enquête conduite au début de l'année 2025 a retenu un nombre limité de dimensions concernant les relations entre le ou la médecin généraliste et le patient ou la patiente. Les résultats mettent en évidence un fort développement des décisions prises en commun, une gestion des relations dans le cadre d'un réseau de santé et une prise en charge accrue en première ligne par des acteurs non médecins. Les experts et les expertes prévoient aussi que l'intelligence artificielle prennent de l'importance dans la prise en charge des patients et des patientes et que les relations devraient, dans le long terme, s'inscrire dans une perspective plus durable que ponctuelle.

Les experts et expertes sont de l'avis que les relations vont rester stables quant aux tensions juridiques (judiciarisation) et que le temps consacré aux tâches administratives va continuer de s'accroître, de même que les contacts à distance en opposition aux contacts directs.

Figure 7 Relations médecin généraliste - patient ou patiente à long terme

D'ici 2035, comment vont se développer les relations « médecin généraliste – patient ou patiente à long terme ?



Note : Le nombre de répondants et de répondantes varie de 34 à 35.

2.6 Coûts de la prise en charge des patients et patientes

2.6.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025

La majorité des experts et expertes confirment la tendance estimée, à savoir une augmentation de ces coûts : « *Je pense que les projections étaient assez justes* » ; « *La prédiction est assez correcte* » ; « *On avait anticipé une augmentation générale des coûts de la santé* ».

L'évolution des coûts concernant les centres hospitaliers d'urgence et les permanences médico-chirurgicales privées est attribuée d'une part à la nature de ces structures et leur équipement : « *Dans les permanences médico-chirurgicales privées, ils ont tendance à faire des examens aussi parce que c'est rentable de faire du labo, de faire de la radiologie* » ; « *Il y a quand même certaines permanences médico-chirurgicales qui ouvrent pour faire de l'argent. Ce n'est pas pour rien que les hôpitaux ouvrent des centres d'urgence* » ; « *Les gens consultent beaucoup plus les centres d'urgence hospitalière pour des situations qui ne nécessitent pas un plateau technique autant poussé* » ; « *Mais la même prise en charge est beaucoup moins chère que chez le médecin généraliste ou dans une permanence qui est peut-être moins équipée* » ; « *Il n'y a pas photo entre une permanence médico-chirurgicale et un cabinet dans lequel il y a des spécialistes qui facturent plus qu'un généraliste* ». En outre, la problématique de l'absence de connaissance des antécédents par ces structures : « *Si le patient ne va pas dans son cabinet habituel, on n'a pas les antécédents et*

on a tendance à faire prendre une prise de sang, des radios ou des examens complémentaires » ; « Les coûts sont plus élevés car elles n'ont pas les antécédents » ; « S'il n'y a pas de suivi du patient et qu'il consulte les urgences, les coûts peuvent vraiment augmenter » ; « Dans les centres d'urgence, le besoin de rapidité et l'intolérance à l'incertitude font que les coûts augmentent plus vite ».

Plus généralement, les coûts ont augmenté pour l'ensemble des types de structure pour des raisons liées aux évolutions technologiques et à la judiciarisation des relations : *« Comme on peut faire plus, on veut faire plus avec par exemple le recours à l'imagerie médicale » ; « La tolérance pour les erreurs, pour l'inconnu a clairement diminué » ; « On fait un peu plus d'investigations probablement à cause d'une peur juridique et en raison de la demande » ; « On fait une médecine un peu plus défensive et il y a une demande un peu plus importante du public de bénéficier d'examens complémentaires et de thérapies » ; « C'est clair qu'il y a eu une augmentation du fait de la judiciarisation ».*

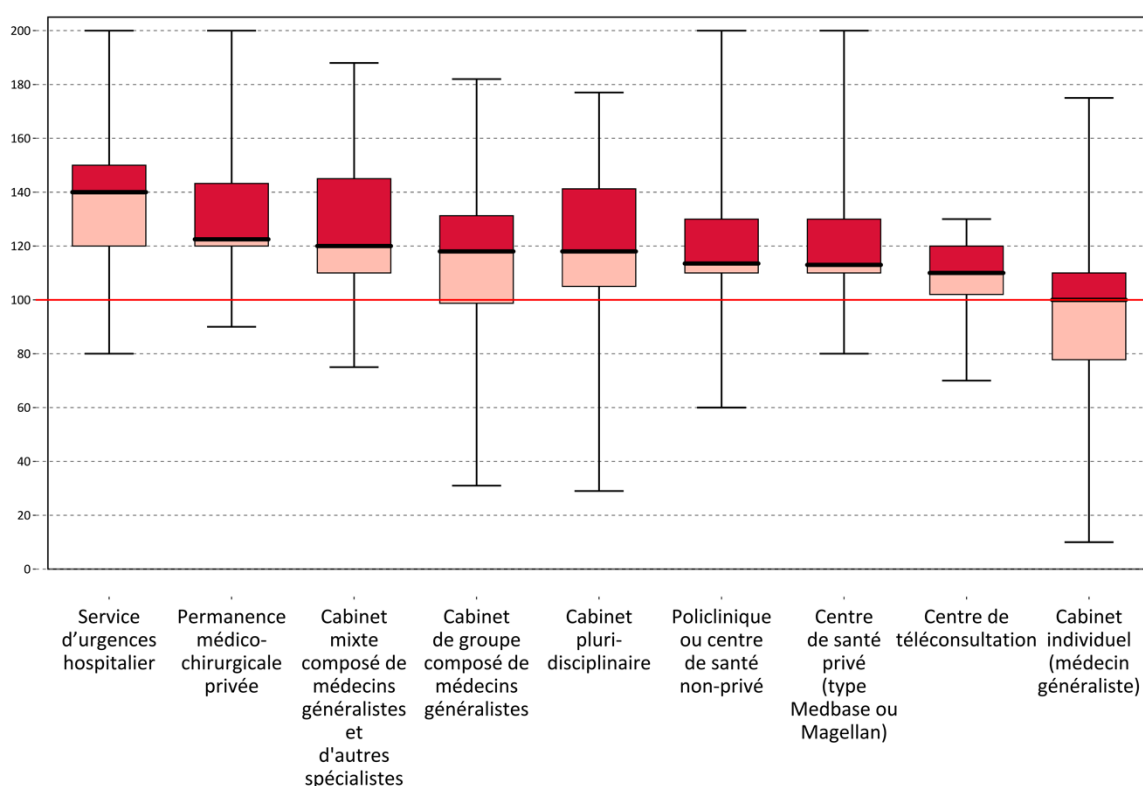
Un expert ou une experte rappelle que l'évolution de la structure démographique explique en grande partie l'évolution des coûts : *« On entre dans la vague des boomers qui arrivent dans le troisième âge. Et je pense qu'on n'a encore rien vu en termes d'augmentation des coûts pour des raisons strictement démographiques ».*

2.6.2 Prévisions pour 2035

Les coûts de la prise en charge des patients et des patientes vont s'accroître, particulièrement dans les services d'urgences des hôpitaux. Les différences entre les autres types de structure seront relativement faibles (médiane entre 110 et 120) mis à part les cabinets individuels dont l'importance générale va de toute façon se réduire.

Figure 8 Coûts de la prise en charge des patients et patientes

À l'horizon 2035, quelle va être l'évolution des coûts de la prise en charge des patients et patientes dans les différents types de structure ?



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 25 à 33.

2.7 Recrutement et formation du personnel médical et soignant

2.7.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025

En raison d'une absence de données, les experts et les expertes ont eu des difficultés à évaluer l'évolution dans les processus de recrutement et de formation du personnel médical et soignant durant la dernière décennie. De manière générale, ils considèrent que le nombre de personnes formées est en augmentation : « On a augmenté la formation du personnel médical, on a augmenté les places à l'Université mais on recrute toujours énormément à l'étranger, dans l'Union européenne et hors Union européenne ».

Cependant, le nombre de personnes formées en Suisse ne suffit pas et le recrutement dans l'Union européenne est plus élevé que prévu : « Je pense que la formation du personnel médical en Suisse est surestimée » ; « La formation du personnel en Suisse n'a pas autant augmenté que prévu » ; « La part des frontaliers dans les institutions de soins a augmenté plus qu'on ne l'imaginait » ; « On forme plus de personnes en Suisse mais on continue à recruter beaucoup de personnel à l'étranger » ; « On

a quand même un solde de recrutement dans l'Union européenne qui est beaucoup plus important que ce qu'on forme en Suisse et puis hors de l'Union européenne » ; « Aujourd'hui, ce qui frappe, c'est l'explosion des frontaliers dans le personnel de soins qui n'était peut-être pas aussi important à l'époque ».

Concernant la formation de médecins suisses à l'étranger, plusieurs experts et expertes indiquent : *« On n'avait pas anticipé les facultés de l'Europe de l'Est qui forment maintenant des médecins, qui sont des médecins suisses qui arrivent avec des diplômes étrangers ».*

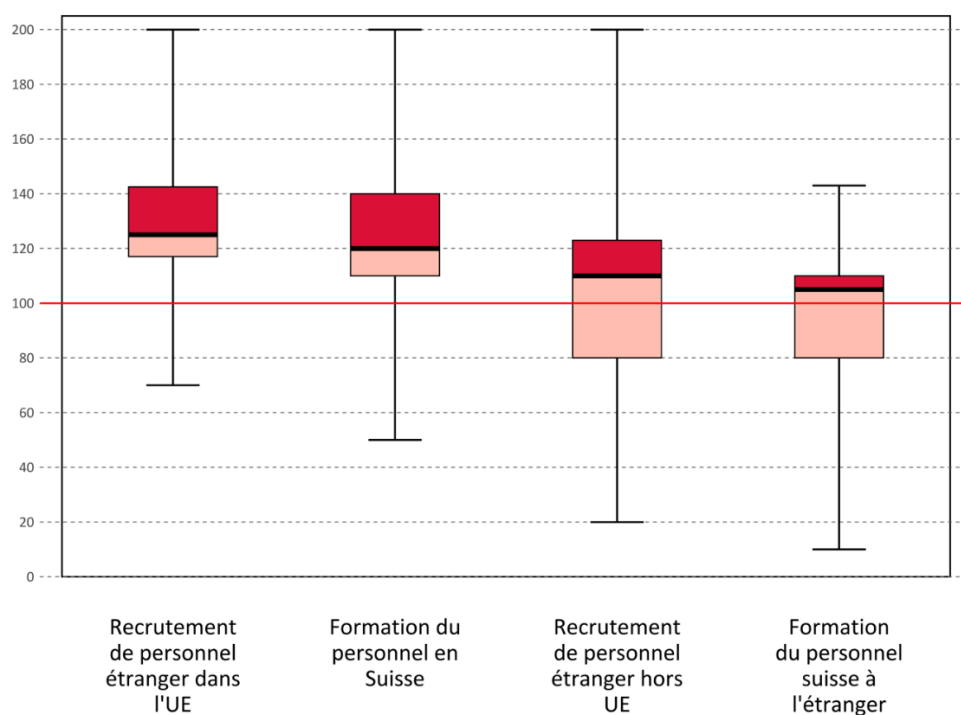
2.7.2 Prévisions pour 2035

Les solutions pour disposer de suffisamment de médecins à l'horizon 2035 devraient passer par un recrutement de personnel dans les pays de l'Union européenne et la formation de médecins en Suisse. Le recrutement de médecins hors des pays de l'Union européenne ou la formation de médecins suisses à l'étranger semble moins trouver l'adhésion des experts et des expertes.

De nombreux experts et expertes pensent cependant que les solutions envisagées ne résoudront pas la pénurie prévue : *« Le principal problème du système de santé suisse sera une pénurie des personnels de santé. Il est illusoire de croire à une immigration substantielle dans les trois décennies à venir » ; « L'attractivité financière d'exercer en Suisse va rapidement s'estomper avec les pressions à venir sur les coûts de santé en Suisse (baisse des rémunérations) » ; « L'immigration actuelle des professionnels de santé étrangers vers la Suisse est destinée à s'épuiser ».* Les mêmes tendances sont anticipées pour ce qui est des infirmiers et des infirmières. Au niveau des collaborateurs et collaboratrices de cabinet, la formation du personnel en Suisse devrait rester privilégiée aussi à l'avenir : *« La formation et le recrutement vont rester en très grande partie en Suisse » ; « Ici c'est la rétention qui compte ».*

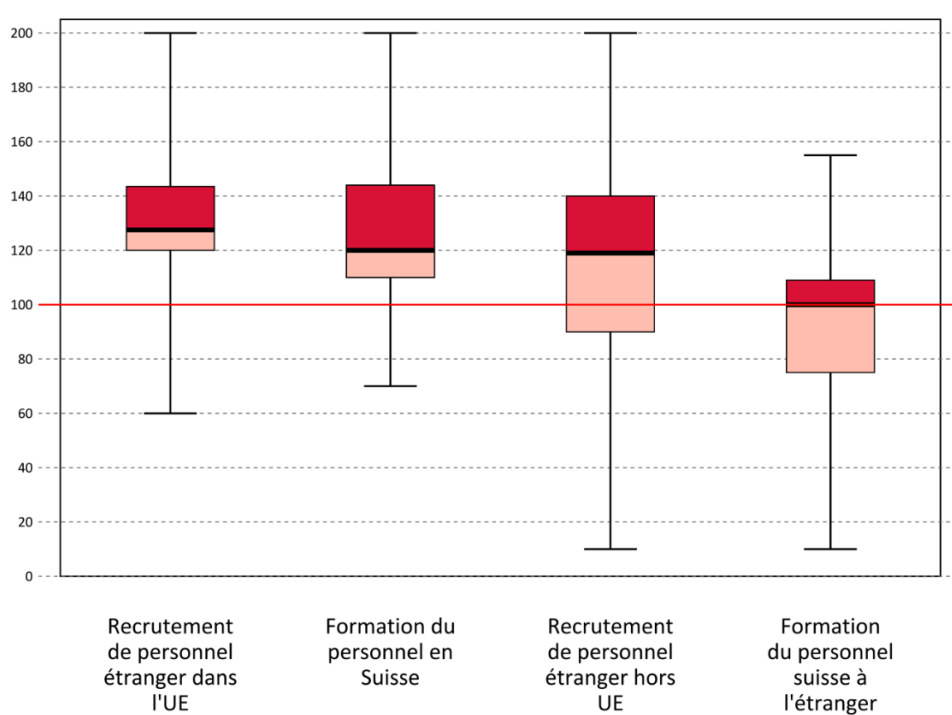
Figure 9 Recrutement et formation du personnel médical et soignant

À l'horizon 2035, quelles seront les solutions privilégiées pour disposer du personnel médical et soignant ? **MÉDECINS**



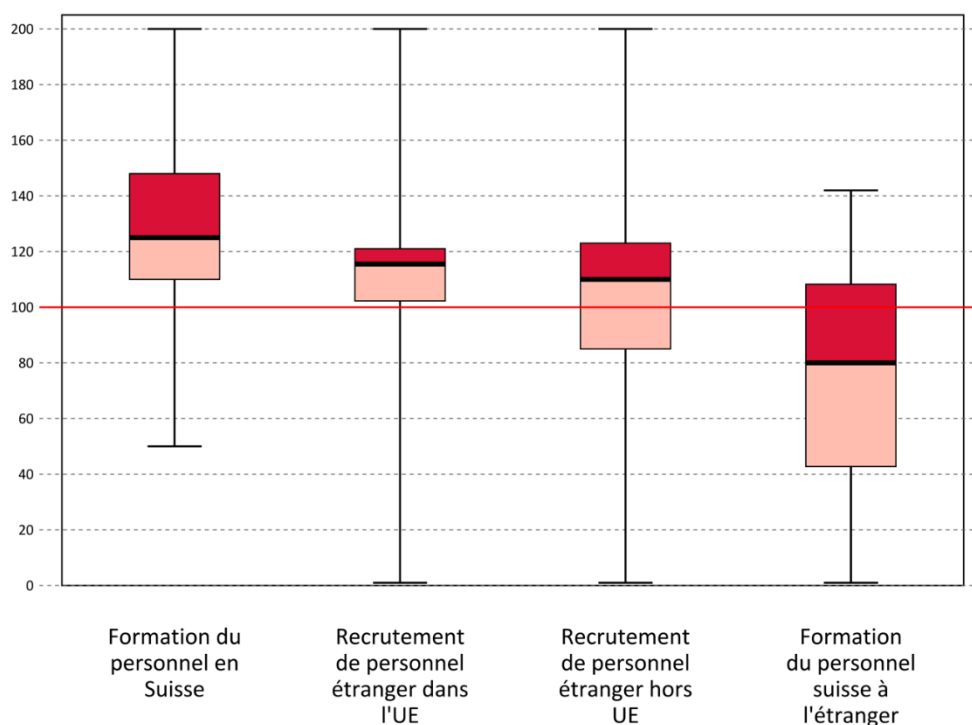
Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 29 à 33.

À l'horizon 2035, quelles seront les solutions privilégiées pour disposer du personnel médical et soignant ? **INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES**



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 19 à 33.

À l'horizon 2035, quelles seront les solutions privilégiées pour disposer du personnel médical et soignant ? **COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES DE CABINET**



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 20 à 31.

2.8 Reconnaissance sociale des professionnels et professionnelles de santé

2.8.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025

L'appréciation de l'évolution de la reconnaissance sociale des professionnels et des professionnelles de santé durant la dernière décennie est très contrastée. Certains experts et certaines expertes confirment les tendances exprimées, à savoir l'augmentation de la reconnaissance sociale des infirmiers et infirmières, psychologues, médecins généralistes, et autres professionnels et professionnelles de santé et baisse de la reconnaissance sociale pour les pharmaciens et pharmaciennes : « *Les projections étaient assez justes* ». D'autres considèrent qu'il n'y a pas eu de changement : « *Les tendances étaient surévaluées* » ; « *Ce graphique, c'est du wishful thinking* » ; « *Ils étaient très optimistes en 2012* » ; « *Je ne fais pas le constat d'une évolution en termes de reconnaissance sociale* ».

Quelques tendances se dégagent cependant avec une certaine valorisation des médecins spécialistes, des psychologues et des pharmaciens et pharmaciennes : « *Tout le monde veut quand même être traité par un spécialiste* » ; « *Ils ont gardé la reconnaissance sociale* » ; « *Les médecins spécialistes, qu'on le veuille ou non, sont encore plus reconnus que les généralistes* » ; « *Les psychologues ont obtenu une certaine indépendance par rapport au psychiatre* » ; « *Les*

psychologues ont accédé à l'indépendance » ; « Les pharmaciens ont gagné en reconnaissance sociale parce que c'est devenu un endroit de santé » ; « Il y a de plus en plus l'envie de donner aux pharmaciens une responsabilité pour qu'ils puissent donner des traitements après conseil et consultation ».

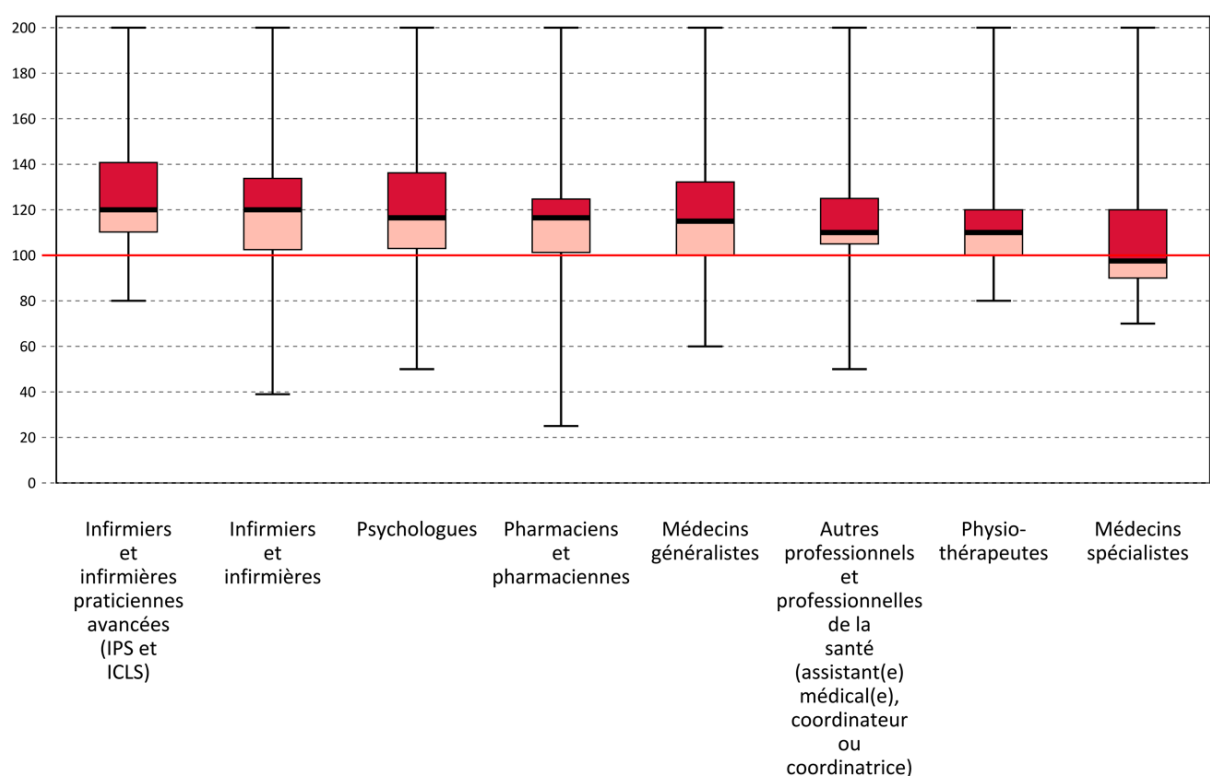
Concernant les médecins généralistes, le constat est plutôt amer : *« Tout le monde dit que la médecine générale est importante mais on ne voit pas de gros efforts mis en place » ; « Pas beaucoup d'évolution en 10 ans sur la reconnaissance des professionnels de premier recours » ; « Médecin généraliste, ce n'est pas vraiment un métier qui fait rêver » ; « Il a une dévalorisation qui est le fait de la société ».*

2.8.2 Prévisions pour 2035

L'évolution de la reconnaissance sociale devrait peu évoluer, à l'exception des infirmiers et infirmières, en particulier en pratique avancée, et des psychologues, alors que les médecins spécialistes pourraient voir leur reconnaissance sociale quelque peu fléchir : *« Je crains que les barrières mises en place pour consulter un spécialiste renforcent ce sentiment ».*

Figure 10 Reconnaissance sociale des professionnels et professionnelles de santé

À l'horizon 2035, comment va évoluer la reconnaissance sociale des professionnels et professionnelles de la santé ?



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 22 à 30.

2.9 Facteurs influençant la médecine générale

2.9.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025

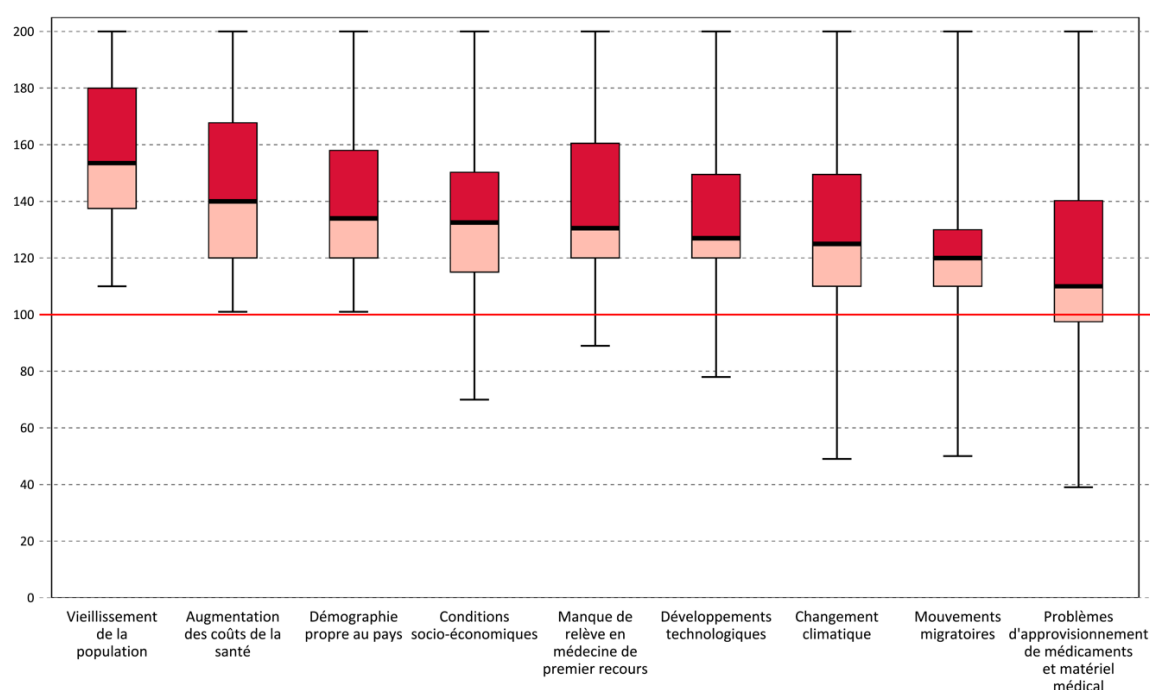
Les experts et les expertes sont partagés quant à l'impact de facteurs comme l'évolution démographique, les problèmes environnementaux, les développements technologiques, etc. sur la médecine générale. Plusieurs d'entre eux sont de l'avis que les changements n'ont pas été aussi importants que prévu : « Pour que les choses avancent en Suisse, il faut beaucoup de temps » ; « Les évolutions prévues ont été surévaluées » ; « L'évolution est relativement stable au cours du temps » ; « On a un peu surestimé les développements ».

2.9.2 Prévisions pour 2035

Selon les experts et expertes, le vieillissement de la population, l'augmentation des coûts de la santé, la démographie et les conditions socio-économiques vont influencer la médecine générale durant la prochaine décennie. Le manque de relève et les développements technologiques ainsi que le changement climatique constituent aussi des facteurs qui auront une incidence. Les mouvements migratoires et les problèmes d'approvisionnement en médicaments et matériel médical ne devraient avoir qu'un impact restreint à l'avenir sur la médecine générale.

Figure 11 Facteurs influençant la médecine générale

À l'horizon 2035, quels facteurs autres que l'état de santé auront une incidence sur la médecine générale ?



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 24 à 34.

2.10 Contribution au financement des coûts de la médecine générale

2.10.1 Évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025

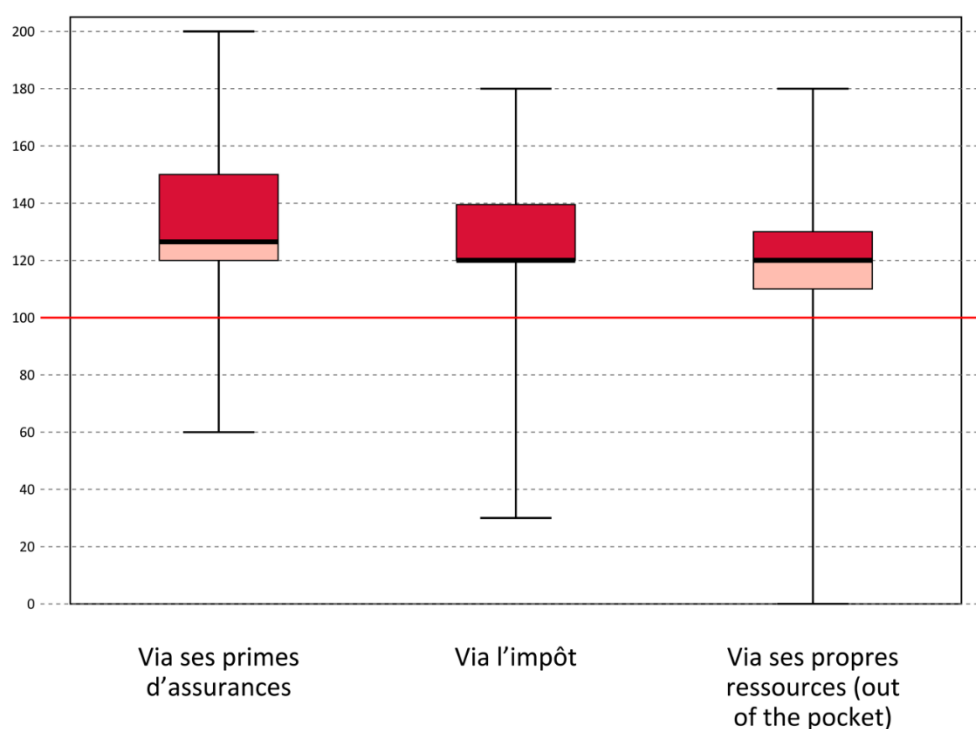
Les résultats pour cette question devant être analysés statistiquement à partir de données, cette question n'a pas été reprise dans le cadre des entretiens individuels avec les experts et expertes pour avoir leur avis sur l'évolution entre les prévisions de 2012 et la réalité en 2025. Le graphique 33 en annexe compare les résultats de l'enquête 2012 avec ceux de cette enquête.

2.10.2 Prévisions pour 2035

L'augmentation des coûts de médecine et plus spécifiquement de la médecine générale peut être assumée par le patient ou la patiente directement (via ses propres ressources), par les collectivités publiques au travers des ressources fiscales perçues ou via les primes d'assurance. C'est cette dernière variante que les experts et expertes considèrent comme étant celle qui va le plus supporter cette augmentation des coûts (médiane à 125 et maximum à 200). A noter cependant que les différences entre les trois types de financement restent relativement faibles du moins au niveau de la médiane.

Figure 12 Contribution au financement des coûts de la médecine générale

À l'horizon 2035, comment le patient ou la patiente va contribuer au financement des coûts de la médecine générale ?



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 31 à 33.

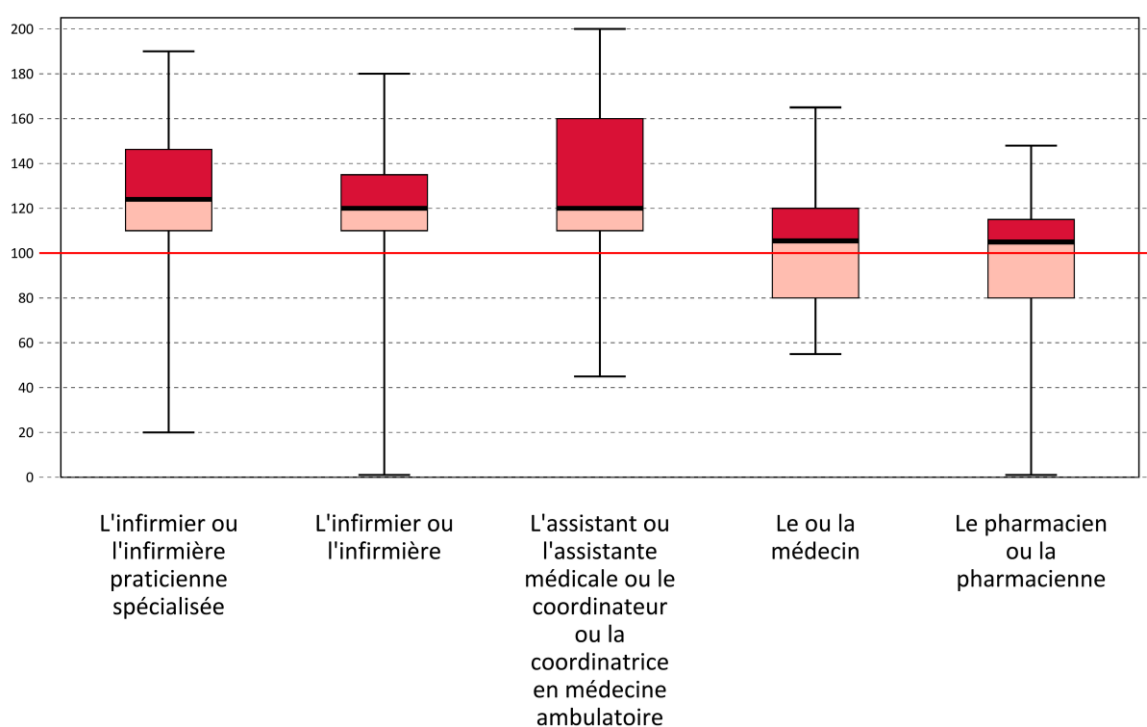
Les thématiques dont les résultats sont présentés ci-après n'avaient pas été abordées lors de l'étude de 2012, raison pour laquelle seules les évolutions attendues à l'horizon 2035 sont présentées.

2.11 Tâches de suivi et de coordination des patients et patientes

Les tâches de suivi et de coordination des patients et patientes devraient être de plus en plus assumées par les infirmiers et infirmières en praticiennes spécialisées, les coordinateurs et coordinatrices en médecine ambulatoire, les assistants et assistantes médicales ainsi que les infirmiers et infirmières. A l'inverse, et notamment si on observe les quartiles inférieurs, ces tâches ne devraient que peu se développer chez les médecins et les pharmaciens et pharmaciennes. Les raisons de ce développement peuvent s'expliquer selon un expert : « *Les variations seront très modestes car il y aura une pénurie de tous ces soignants* ».

Figure 13 Tâches de suivi et de coordination des patients et patientes

À l'horizon 2035, qui va assumer les tâches de suivi et coordination des patients et patientes ?



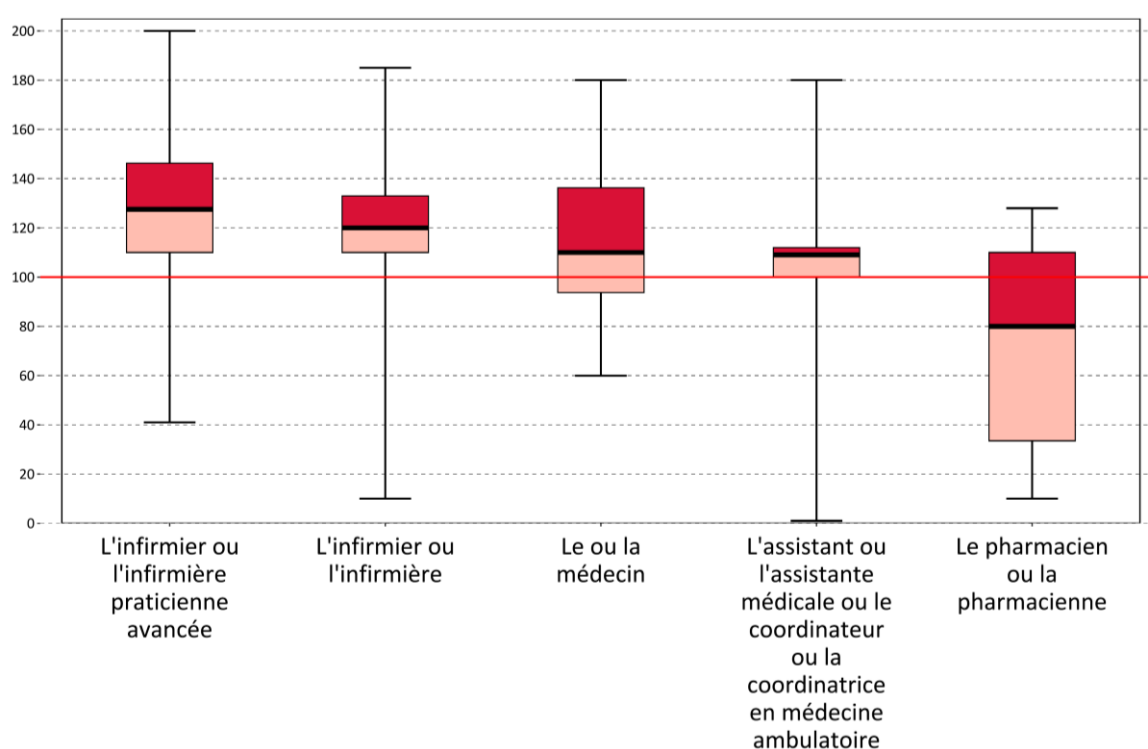
Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 25 à 33.

2.12 Réalisation des actes techniques

De manière comparable au suivi des patients et des patientes, les infirmiers et infirmières praticiennes spécialisées ainsi que les infirmiers et les infirmières devraient être plus fortement impliqués à l'avenir dans la réalisation des actes techniques. A l'inverse, les pharmaciens et les pharmaciennes devraient réaliser à terme moins d'actes techniques.

Figure 14 Réalisation des actes techniques

À l'horizon 2035, qui assumera les actes techniques ?



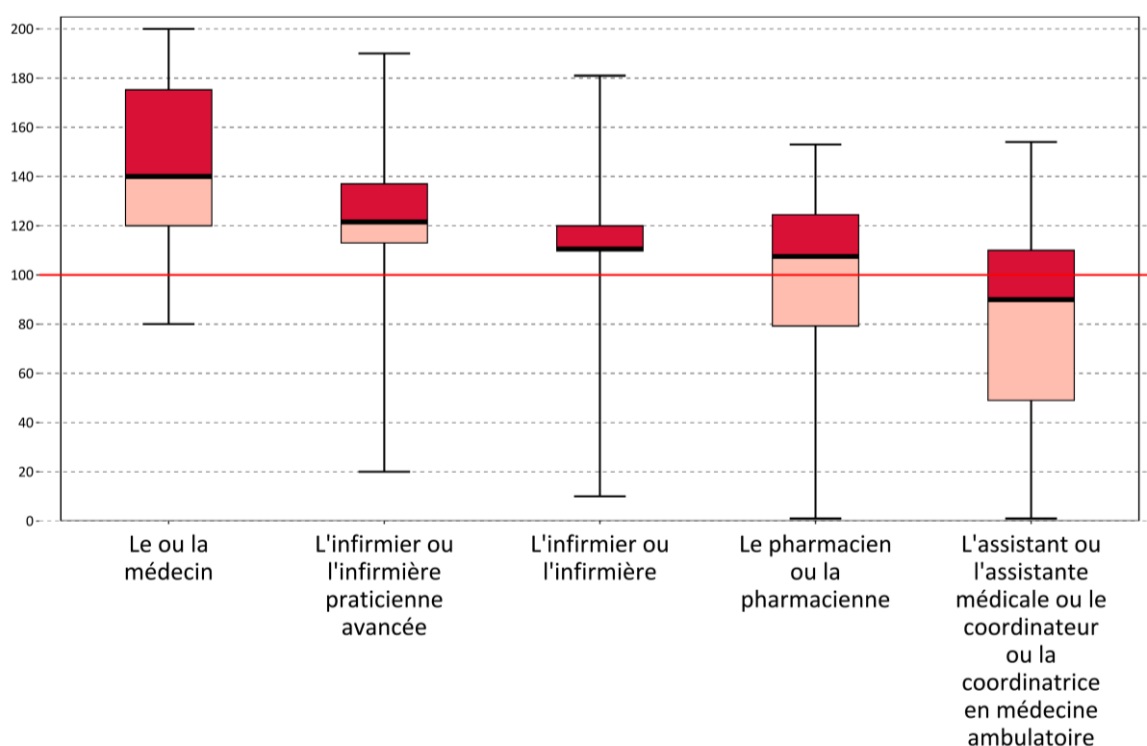
Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 18 à 28.

2.13 Décisions thérapeutiques

Le rôle des médecins dans la prise de décisions thérapeutiques va se renforcer. Il en va de même, de manière moins marquée, des infirmiers et infirmières en pratique spécialisée. Les infirmiers et infirmières ainsi que les pharmaciens et pharmaciennes ne devraient pas être amenés à devoir prendre plus d'importance dans les décisions thérapeutiques.

Figure 15 **Décisions thérapeutiques**

À l'horizon 2035, qui prendra les décisions thérapeutiques ?



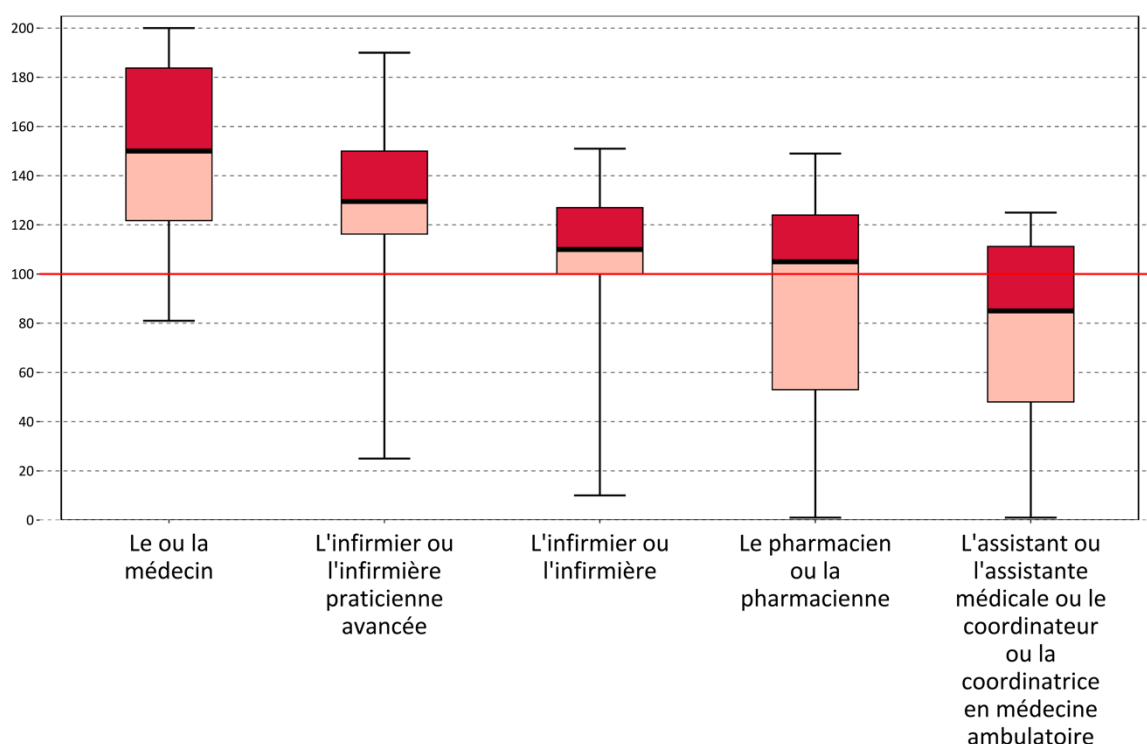
Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 17 à 32.

2.14 Pose du diagnostic

De manière similaire aux décisions thérapeutiques, la responsabilité de poser des diagnostics va se renforcer au niveau des médecins et aux infirmiers et infirmières en praticiennes spécialisées. Le rôle des infirmiers et infirmières et des pharmaciens et pharmaciennes ne devrait pas évoluer.

Figure 16 **Pose du diagnostic**

À l'horizon 2035, qui sera en charge de poser les diagnostics ?



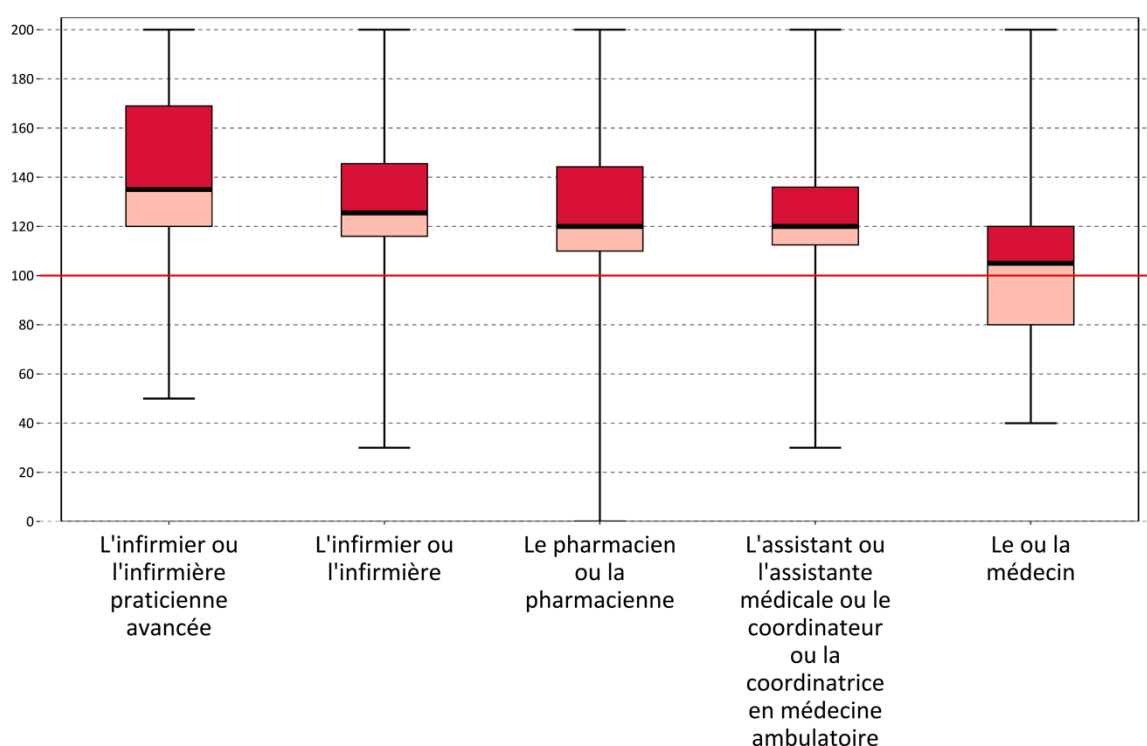
Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 16 à 30.

2.15 Conseils de prévention

Les conseils en matière de prévention constitueront une tâche croissante pour les infirmiers et infirmières praticiennes spécialisées, les infirmiers et infirmières ainsi que les assistants et assistantes médicales. Il convient cependant de préciser que : « *Tous les professionnels devraient donner des messages visant une prévention* » et les « *professions soignantes devraient échanger régulièrement pour assurer une expertise homogène et éviter des divergences* ».

Figure 17 **Conseils de prévention**

À l'horizon 2035, qui sera en charge de délivrer des conseils de prévention ?



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 23 à 31.

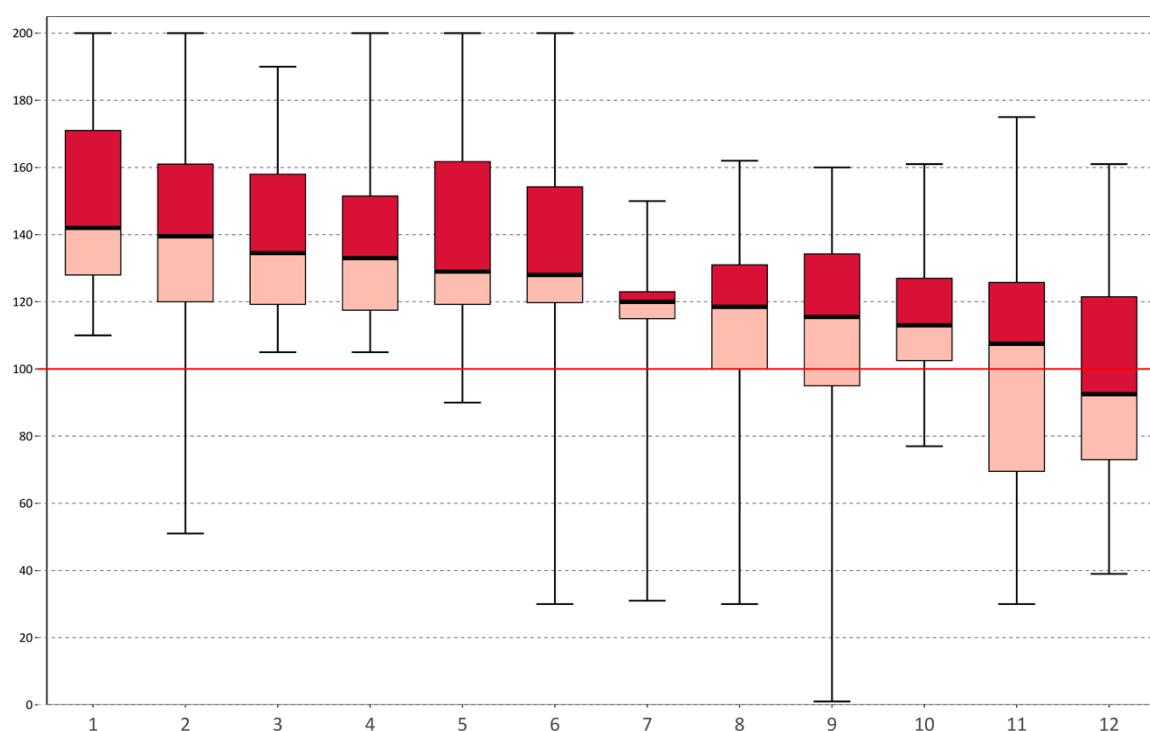
2.16 Besoins en professionnels et professionnelles de santé

De manière générale, les besoins en professionnels et professionnelles de la santé concernent toutes les catégories, à l'exception des médecins spécialistes. Pour plusieurs experts et expertes : « Les besoins ne seront jamais satisfaits ».

Par ordre d'importance en termes de besoins, le classement est le suivant : les médecins généralistes, les infirmiers et infirmières, les infirmiers et infirmières praticiennes spécialisées, les psychologues et les médecins psychiatres.

Figure 18 Besoins en professionnels et professionnelles de santé

À l'horizon 2035, quels seront les besoins en effectif des différentes catégories de professionnels\net professionnelles de la santé ?



1. Infirmiers ou infirmières ; 2. Infirmiers ou infirmières praticiennes spécialisées (IPS et ICLS) ; 3. Médecins psychiatres ; 4. Médecins généralistes ; 5. Médecins spécialistes (excepté psychiatres) ; 6. Médecins dentistes ; 7. Psychologues ; 8. Chiropraticiens ou chiropraticiennes ; 9. Professionnels ou professionnelles de médecine complémentaire ; 10. Autres professionnels ou professionnelles de santé (diététiciens, physiothérapeutes, hommes sage-femme ou sage-femmes) ; 11. Pharmaciens ou pharmaciennes ; 12. Collaborateur ou collaboratrice au cabinet (assistant ou assistante médicale ou coordinateur ou coordinatrice).

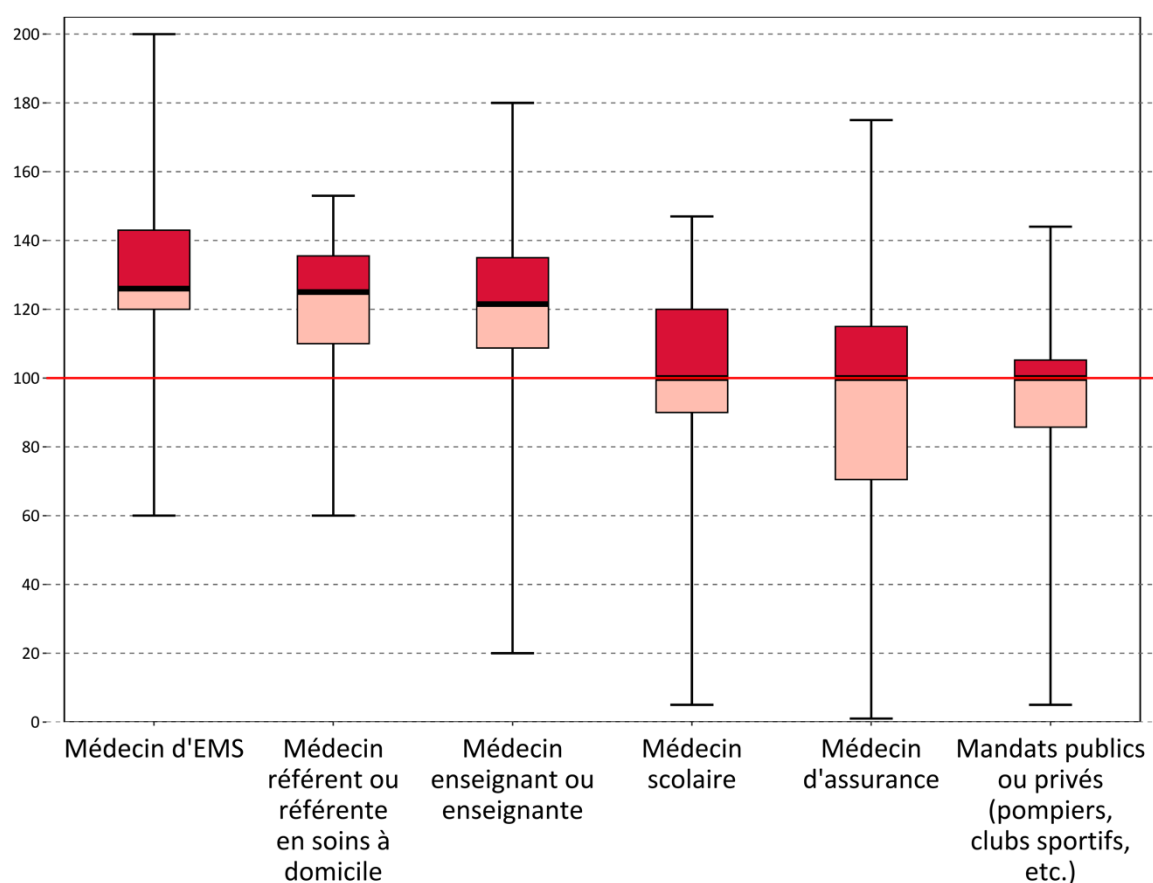
Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 15 à 32.

2.17 Activités des médecins généralistes hors du cabinet

Les principales activités qui vont se développer en dehors du cabinet sont les activités comme médecin d'EMS, médecins référent ou référente en soins à domicile ainsi que médecin enseignant ou enseignante. En revanche, les activités telles que médecin en charge de mandats publics ou privés, médecin d'assurance ainsi que médecin scolaire ne devraient pas prendre plus d'importance.

Figure 19 Activités des médecins généralistes hors du cabinet

À l'horizon 2035, quels types d'activités auront les médecins généralistes hors du cabinet ? (indiquez le développement des différents types d'activité sur la base d'un indice 100 aujourd'hui)



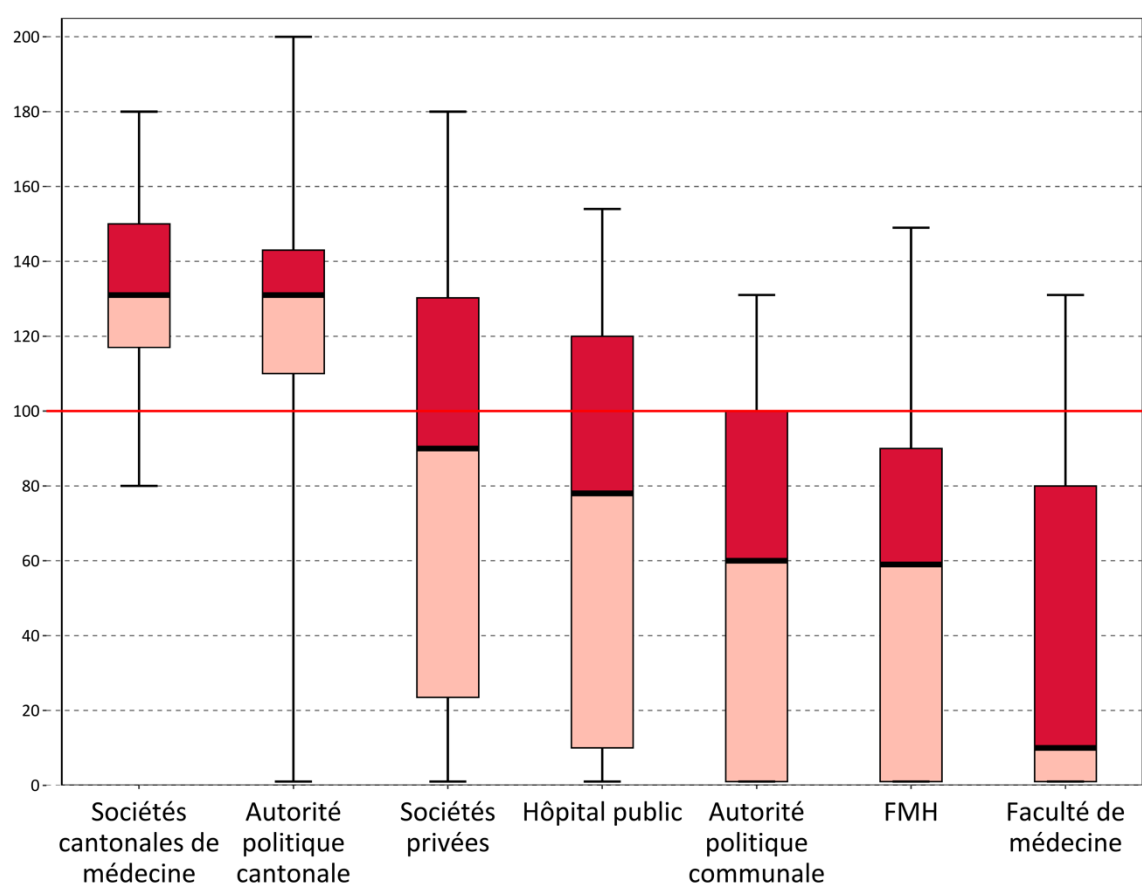
Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 10 à 27.

2.18 Organisation de la garde médicale

Pour les experts et les expertes, la responsabilité de la garde médicale va principalement incomber aux autorités politiques cantonales et aux sociétés cantonales de médecine. Les autres acteurs et actrices de la santé comme les sociétés privées, l'hôpital public ou encore les communes devraient voir leur responsabilité être réduite à terme concernant cette tâche.

Figure 20 Organisation de la garde médicale

À l'horizon 2035, qui aura la responsabilité d'organiser la garde médicale ?
(indiquez le développement de la responsabilité de l'organisation de la garde médicale sur la base d'un indice 100 aujourd'hui)



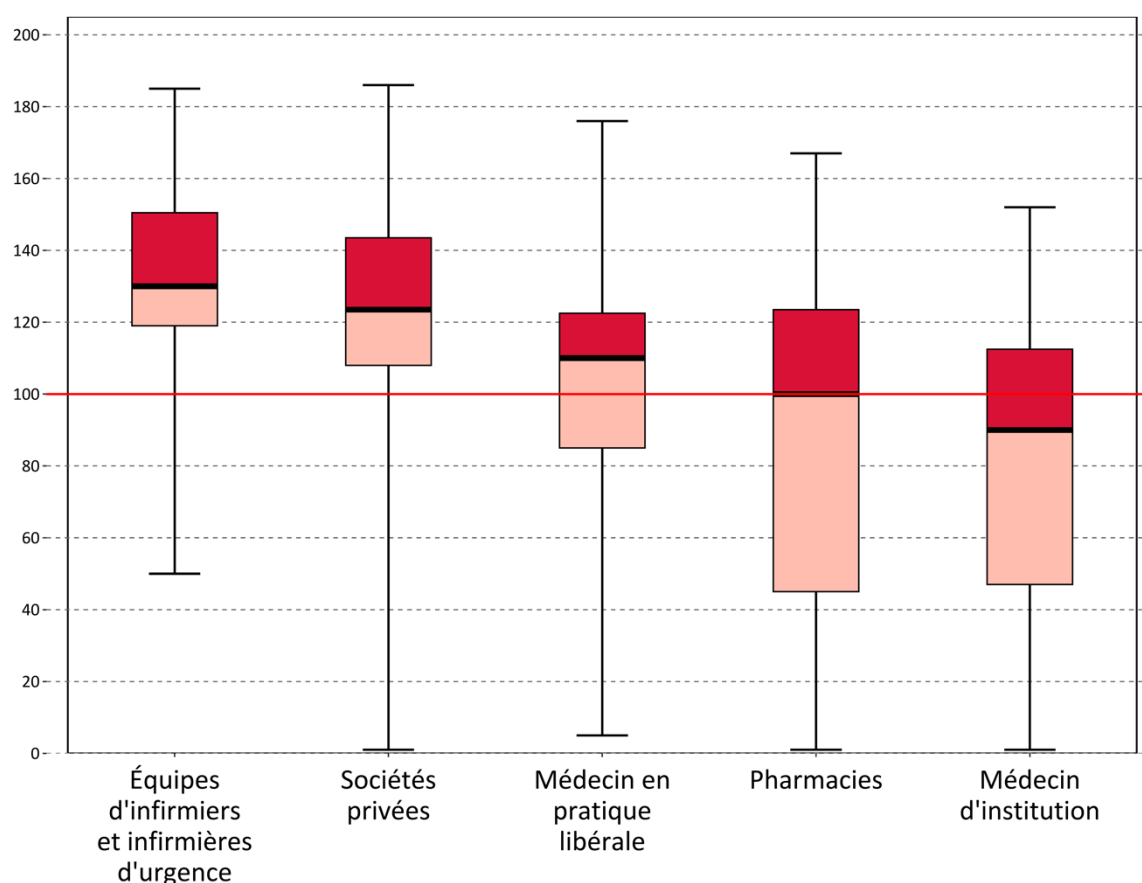
Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 17 à 25.

2.19 Structures en charge de la garde médicale

Concernant les organisations ou structures chargées d'assurer la garde médicale à l'avenir, les experts et les expertes s'attendent au développement d'équipes d'infirmiers et d'infirmières d'urgences ou des sociétés spécialisées. Les médecins en pratique libérale continueront d'assurer cette garde. A noter que les experts et les expertes sont très partagés quant au rôle des pharmacies pour assurer la garde médicale.

Figure 21 Structures en charge de la garde médicale

Quelle organisation et/ou structure assurera la garde médicale en 2035 ? (indiquez le développement sur la base d'un indice 100 aujourd'hui)



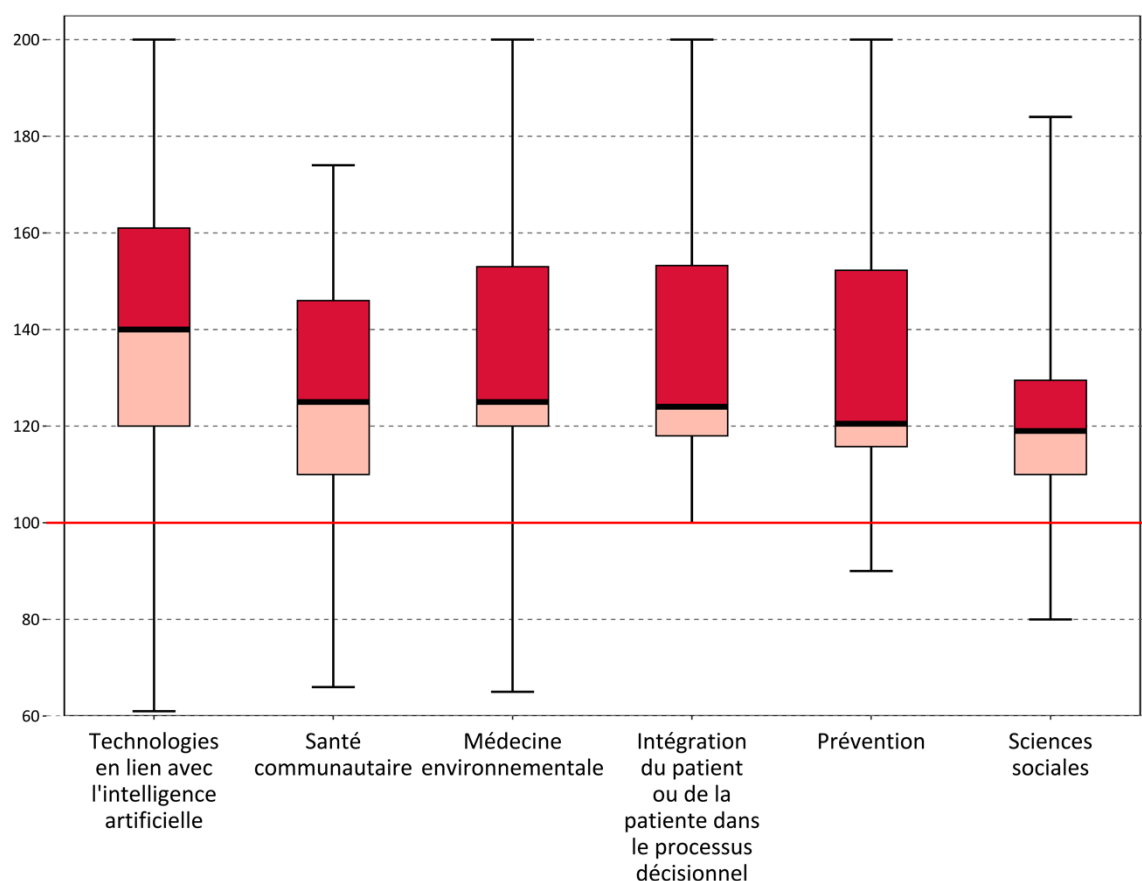
Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 19 à 27.

2.20 Thématiques de l'enseignement pré-gradué

Les experts et les expertes considèrent que toutes les thématiques proposées devront trouver une place plus importante dans l'enseignement pré-gradué : les technologies en lien avec l'intelligence artificielle, la médecine environnementale, la santé communautaire, l'intégration du patient ou de la patiente dans les processus décisionnels, la prévention ou encore les sciences sociales. Si ces thématiques vont gagner en importance, l'étendue des quartiles dénote cependant des avis divergents quant à leur place dans l'enseignement pré-gradué.

Figure 22 Thématiques de l'enseignement pré-gradué

À l'horizon 2035, dans les facultés de médecine, quelle place prendront les thématiques suivantes dans l'enseignement pré-gradué ?



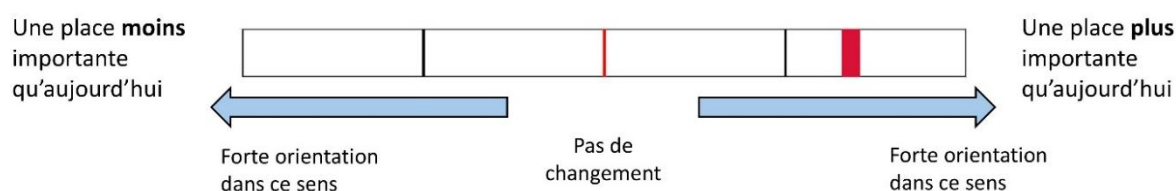
Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 23 à 31.

2.21 Médecine générale au sein des facultés de médecine

Les résultats montrent que la place de la médecine générale dans les facultés de médecine sera beaucoup plus importante. Cependant, diverses conditions sont à remplir pour y parvenir : « *Il faut trouver des candidats sans diminuer les exigences de formation ou faire des médecins de super-infirmiers* » ; « *Les facultés de médecine devront sortir de leur tour d'ivoire* » ; « *Il s'agit d'un souhait mais pour l'instant, il n'y a pas de soutien de la faculté ni de volonté politique dans ce sens* ».

Figure 23 Médecine générale au sein des facultés de médecine

À l'horizon 2035, quelle sera la place de la médecine générale au sein des facultés de médecine ?



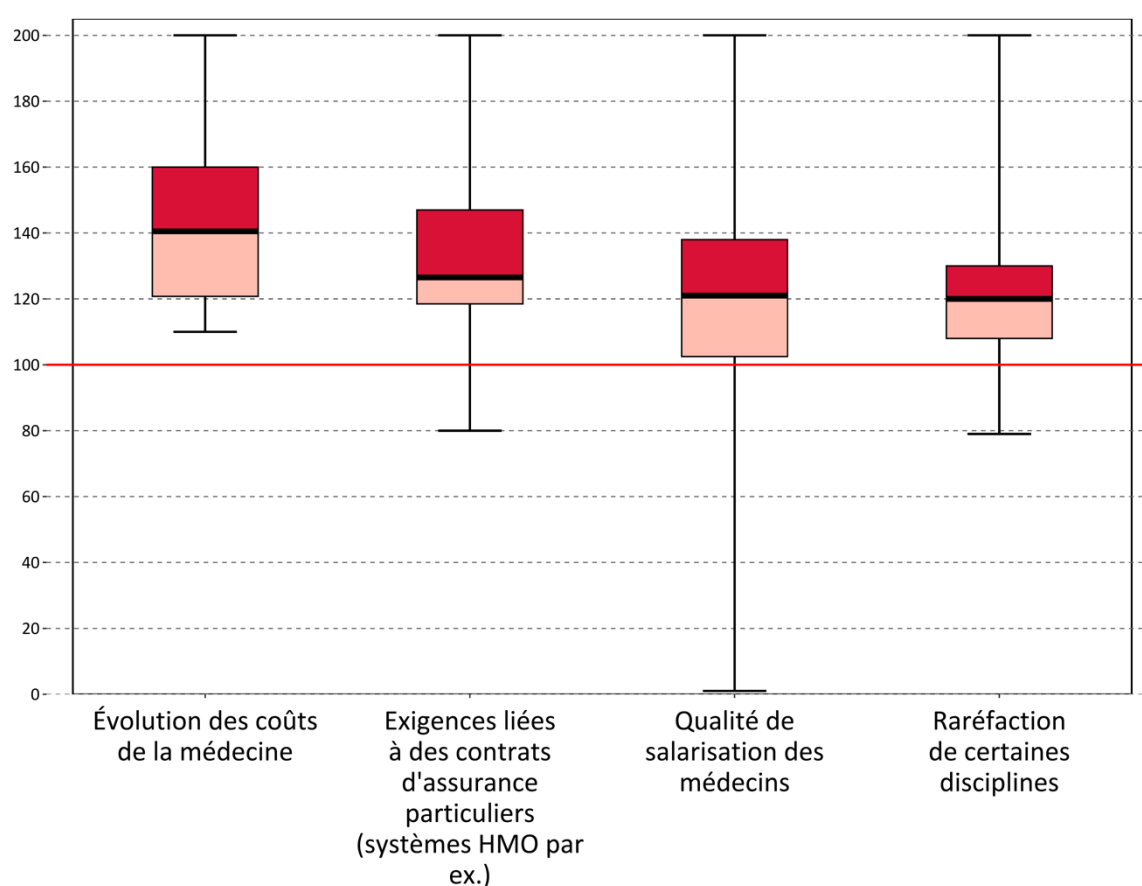
Note : Le nombre de répondants et de répondantes est de 33.

2.22 Facteurs influençant la liberté diagnostique et thérapeutique du ou de la médecin

L'évolution des coûts de la médecine devrait avoir une grande influence sur la liberté diagnostique et thérapeutique des médecins. Les exigences liées à des contrats d'assurance (par exemple les systèmes HMO) devraient aussi impacter les décisions des médecins. De manière plus marginale, la salarisation des médecins et la raréfaction de certaines disciplines auront aussi une incidence sur la liberté des médecins quant à leur liberté diagnostique et thérapeutique.

Figure 24 Facteurs influençant la liberté diagnostique et thérapeutique du ou de la médecin

À l'horizon 2035, dans quelle mesure les facteurs suivants influenceront-ils la liberté diagnostique et thérapeutique du ou de la médecin ?



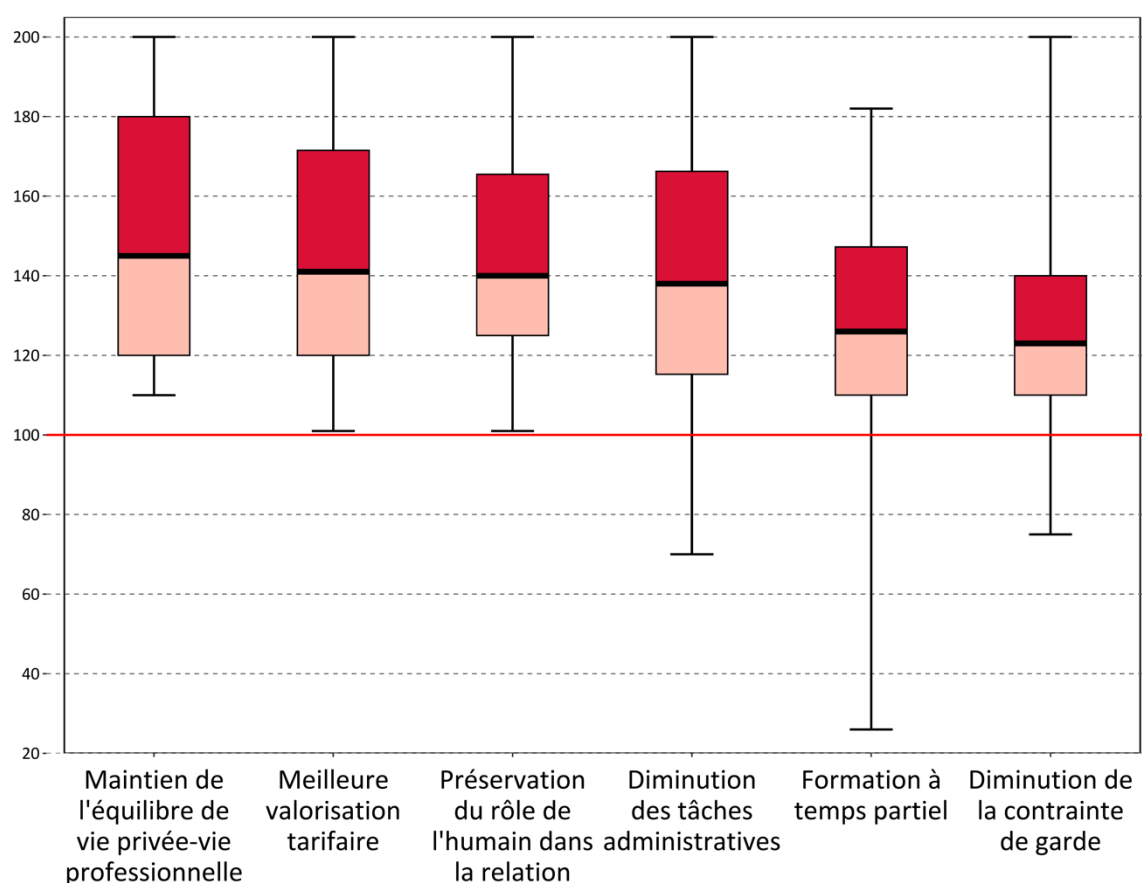
Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 21 à 32.

2.23 Facteurs influençant l'attractivité de la médecine générale

Parmi les facteurs qui influenceront l'attractivité de la médecine générale, le maintien de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, une meilleure valorisation tarifaire, le rôle de l'humain dans la relation avec le patient ou la patiente ainsi que la diminution des tâches administratives sont ceux privilégiés par les expertes et experts interrogés. A noter cependant que les quartiles confirment la diversité des opinions.

Figure 25 Facteurs influençant l'attractivité de la médecine générale

À l'horizon 2035, dans quelle mesure les facteurs suivants influenceront-ils l'attractivité de la médecine générale ?



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 24 à 32.

3 Discussion

Dans la présente partie, les limitations de la deuxième enquête sur les prévisions pour 2035 sont mises en perspective. Pour ce faire, nous avons donné la parole à des médecins généralistes engagés dans la formation et les organisations professionnelles.

Dans l'ensemble, les experts et expertes relèvent que la place de la médecine générale dans les facultés de médecine sera de plus en plus importante. L'enseignement pré-gradué sera notamment axé sur les technologies en lien avec l'intelligence artificielle, la médecine environnementale, la santé communautaire, l'intégration du patient ou de la patiente dans les processus décisionnels, la prévention ou encore les sciences sociales. La réalisation des actes techniques, les tâches de coordination des patients et patientes et les conseils de prévention seront des tâches effectuées le plus souvent par le personnel infirmier et les assistants et assistantes médicales. L'attractivité de la médecine générale, le maintien de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, une meilleure valorisation tarifaire et la diminution des tâches administratives seront des facteurs importants pour l'attractivité de la médecine générale.

Il est important toutefois de replacer ces deux enquêtes dans la perspective des limites des exercices de prospective², en particulier des biais inhérents à ceux-ci.

Les exercices de prospective ont la capacité à envisager les évolutions possibles et ainsi offrir des moyens de les affronter. Ils permettent ainsi d'élargir le champ des décisions et d'éviter d'éventuels angles morts.

Les hypothèses et les interprétations découlant des résultats peuvent introduire différents biais³ :

- le biais de confirmation, par lequel les participants et participantes ont tendance à sélectionner les informations qui renforcent leurs hypothèses et à ignorer les options qui dérangent, ce qui réduit la diversité des futurs envisagés
- le biais de linéarité par lequel les scénarios sont extrapolés de manière linéaire à partir du présent, sous estimant les ruptures, discontinuités ou changements systémiques du secteur étudié
- le biais de disponibilité, par lequel les idées qui viennent facilement à l'esprit comme les plus récentes ou médiatisées, sont surreprésentées dans les scénarios
- les biais d'optimisme et de pessimisme, par lesquels les scénarios peuvent être exagérément optimistes ou pessimistes selon le contexte (crise antérieure, succès récent), ce qui fausse l'analyse des opportunités.

Les résultats prospectés peuvent être perçus comme théoriques ou incertains ce qui peut engendrer une certaine prudence à se les approprier. Finalement, l'exercice de prospective est un outil puissant pour possiblement éclairer l'avenir, à condition de reconnaître ses incertitudes et d'y avoir recours comme support de décision flexible au lieu de prédictions.

Ce travail présente ses limites, en particulier du fait que les experts et expertes étaient des personnes actives sur le terrain, elles-mêmes engagées professionnellement dans les activités faisant l'objet de ce regard prospectif. Les principaux commentaires de médecins généralistes sur les résultats sont décrits ci-après.

Le rôle des hôpitaux dans le développement de la médecine générale a été sous-estimé par les experts et expertes de 2012 : ceux-ci s'impliquent désormais non seulement dans la reprise de cabinets de médecine générale, mais aussi dans le développement de permanences médicales et dans l'organisation de la garde régionale. Le rapport entre médecin et patient s'est par ailleurs densifié au-delà de ce qui avait été anticipé, avec une forte personnalisation des soins, un partage accru de la décision avec le patient ou la patiente et davantage de poids accordé à l'information sur les enjeux des interventions médicales au cabinet.

L'activité des infirmiers et infirmières de type IPS, issues d'une formation de niveau Master, est surtout présente dans les régions centrales et beaucoup moins dans les régions périphériques ; ce développement suscite d'ailleurs des inquiétudes chez les professionnels et professionnelles, qui redoutent de voir une partie de leurs tâches leur échapper. Un scénario n'avait en revanche pas été anticipé : la présence de plus en plus fréquente d'infirmières d'origine française engagées comme assistantes médicales dans les cabinets privés, avec en parallèle un transfert de ces dernières vers les cliniques et les hôpitaux, qui offrent de meilleures conditions même pour une fonction de secrétaire médicale.

Les experts et expertes ont également sous-estimé la capacité des médecins généralistes à développer leur propre cabinet de groupe. On observe par ailleurs une augmentation des activités téléphoniques au détriment des rencontres formelles et individuelles, davantage par nécessité que par choix, en raison du nombre croissant de patients et patientes à traiter par le ou la médecin. La judiciarisation n'a quant à elle pas vraiment progressé ; c'est plutôt du côté des assureurs, en particulier les assurances pour perte de gain et l'AI, que l'on constate une augmentation des demandes, ces derniers contestant de plus en plus systématiquement les conclusions des cliniciens et cliniciennes. Le rapport met en outre en évidence une grande variabilité des réponses quant aux modèles de pratique, avec des résultats présentant un large intervalle de confiance. Si, globalement, l'organisation des soins ambulatoires a relativement peu changé, cela tient au fait que les conditions-cadres n'ont elles-mêmes pas beaucoup évolué. Ce qui reste primordial pour le ou la médecin généraliste, c'est sa capacité à générer du revenu pour assurer la solidité financière de son cabinet.

Les patients et les patientes consomment aussi la médecine générale différemment en 2025 : en région urbaine, les personnes qui n'ont pas de maladie chronique ne ressentent plus le besoin d'un suivi par un ou une médecin généraliste. Le rôle des pharmaciens et pharmaciennes a lui aussi été sous-estimé par les experts et expertes, et le rapport ne mentionne pas les différences sociétales entre villes et milieu rural. On relève à ce titre un angle mort dans certaines régions, comme dans le district de la Glâne du canton de Fribourg, où les médecins n'ayant pas de collègues leur succédant ont conduit à des recrutements par des agences en France ; il en résulte l'arrivée de plusieurs médecins formés à l'étranger, porteurs ou porteuses d'une culture parfois différente, avec davantage de recours aux spécialistes d'un côté et davantage de soins en pédiatrie et en gynécologie de l'autre.

Le ou la médecin généraliste assure par ailleurs de plus en plus la gestion clinique de patients et patientes complexes souffrant de plusieurs maladies chroniques, sans que ceux-ci ou celles-ci soient nécessairement âgées, tandis qu'en parallèle les personnes en relative bonne santé préfèrent recourir à des permanences pour une prise en charge « au coup par coup ». Il est possible que le ou la médecin généraliste doive à l'avenir consacrer l'essentiel de son activité à la gestion de patients et patientes chroniques et multimorbides, laissant ceux et celles moins complexes à d'autres professionnels ou professionnelles de santé, ce qui réduirait d'autant les moments « récréatifs » de la consultation. On constate en outre une hyperspécialisation des spécialistes, de moins en moins nombreux et nombreuses à pouvoir proposer une prise en charge globale liée à leur spécialité ; en conséquence, les médecins généralistes sont parfois devenus eux-mêmes ou elles-mêmes des spécialistes de facto en rhumatologie et en dermatologie pour les problèmes courants de ces deux disciplines, un constat qui vaut également, en périphérie, pour la psychiatrie. Le rapport fait par ailleurs peu référence à la féminisation de la pratique médicale.

Enfin, il apparaît important de délocaliser l'enseignement en le confiant aussi à des généralistes installés en campagne. Si l'intelligence artificielle est appelée à prendre une place croissante dans les études de médecine, il importe également que la faculté accompagne cette évolution afin de poser les bonnes questions qui l'accompagnent, notamment sur le plan éthique au sens large. La médecine générale ne pourra du reste occuper une place plus importante au sein de la faculté que si une volonté politique forte vient privilégier cette discipline. Le rapport, enfin, évoque peu la pénurie de professionnels et professionnelles de santé.

4 Références

- 1 Cornuz J, Pasquier M. Les évolutions de la médecine de premier recours dans le canton de Vaud à l'horizon 2025. Lausanne: Policlinique médicale universitaire; Institut de hautes études en administration publique, 2014 [cited 2026 Aug 3]. Report No: 2940390665. Available from: <https://iris.unil.ch/handle/iris/224903>
- 2 Cabanes B, Roger O, Doganova L. Comment les démarches de prospective permettent-elles de penser le futur ? : Polytechnique Insight; 2023. Available from: <https://hal.science/hal-04265266>
- 3 Schirrmeister E, Göhring A-L, Warnke P. Psychological biases and heuristics in the context of foresight and scenario processes. 2020. e31]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ffo2.31>

5 Annexes

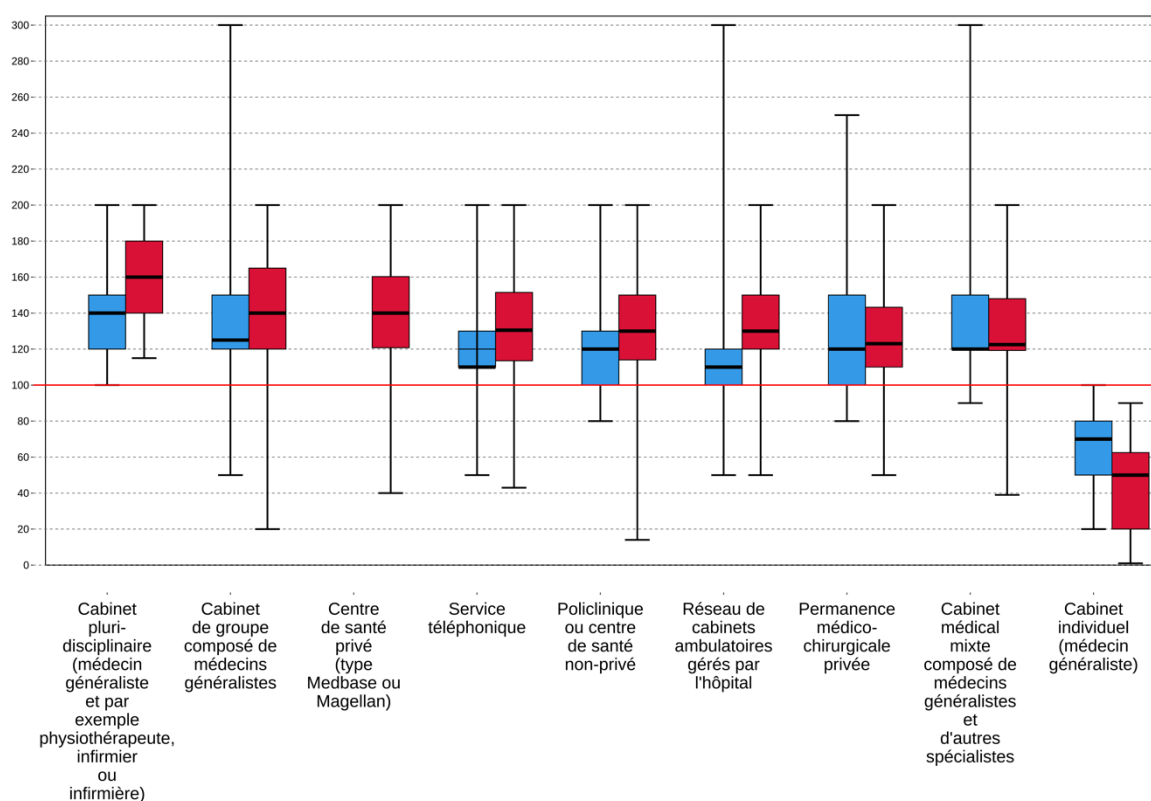
5.1 Graphiques comparatifs des enquêtes de 2012 et 2025

Les graphiques ci-après intègrent les résultats des enquêtes de 2012 et 2025 pour toutes les questions posées dans les deux enquêtes. Ils permettent une analyse comparative de chaque thème et dimension traités.

5.1.1 Structures de prise en charge

Figure 26 Structures de prise en charge - comparaison 2012-2025

À l'horizon 2025/2035, quelle importance vont prendre les différentes structures de prise en charge pour la médecine générale ? (situation actuelle = indice 100)

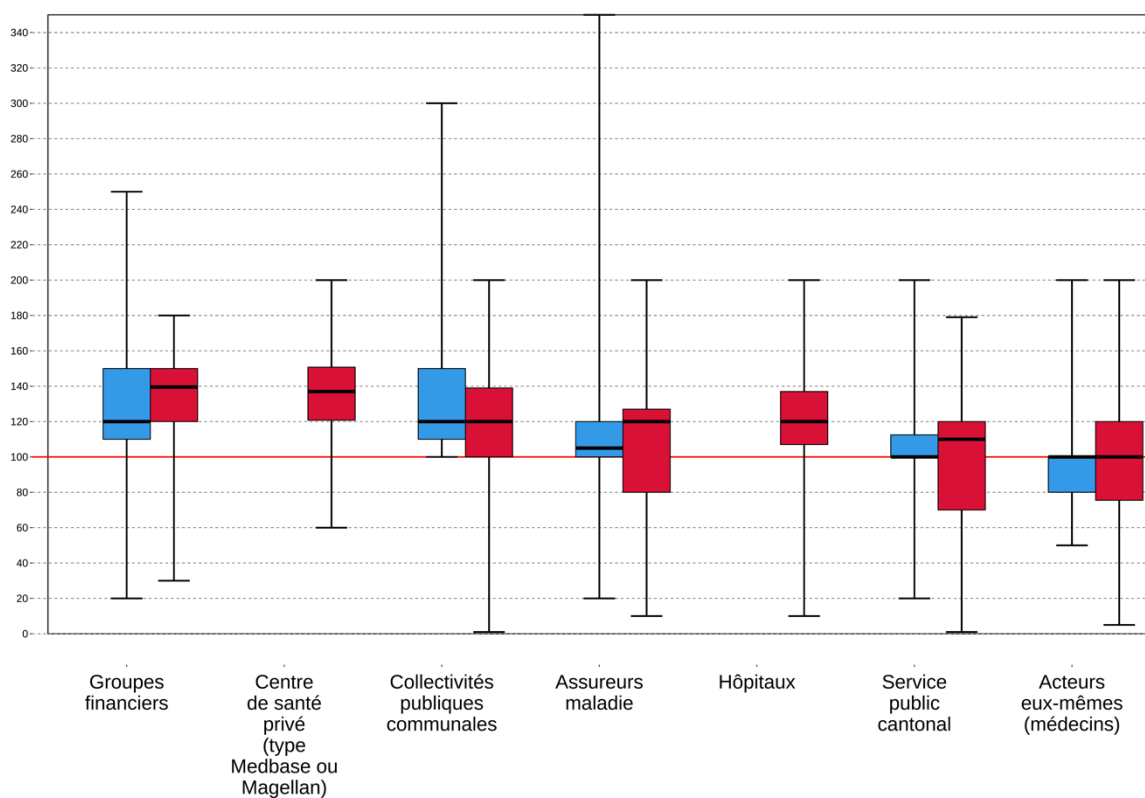


Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 50 à 51 pour l'enquête 2012 et de 28 à 37 pour l'enquête 2025. La description des différentes catégories peut légèrement varier entre les deux enquêtes. Bleu : enquête 2012 ; rouge : enquête 2025

5.1.2 Propriété des cabinets

Figure 27 Propriété des cabinets - comparaison 2012-2025

À l'horizon 2025/2035, comment va se développer la propriété des cabinets de médecine générale (situation actuelle = indice de 100) ?

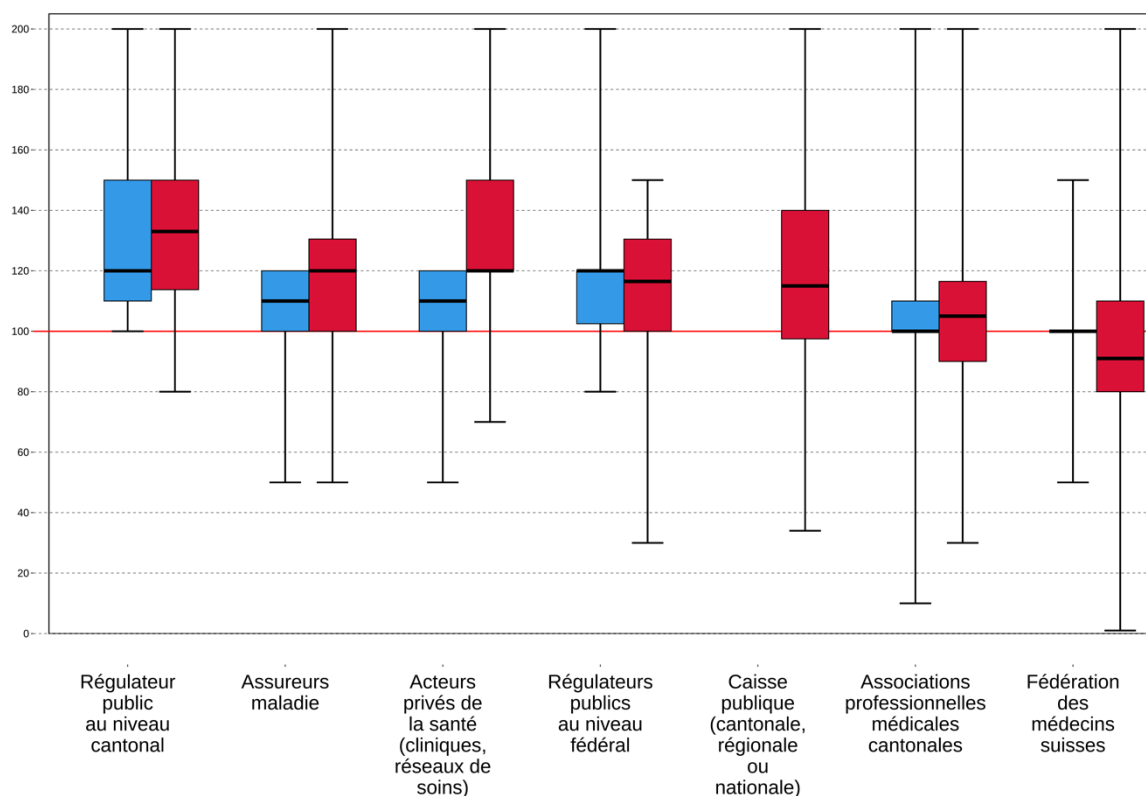


Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 49 à 51 pour l'enquête 2012 et de 26 à 33 pour l'enquête 2025. La description des différentes catégories peut légèrement varier entre les deux enquêtes. Bleu : enquête 2012 ; rouge : enquête 2025

5.1.3 Acteurs de la régulation de la médecine générale

Figure 28 Acteurs de la régulation de la médecine générale - comparaison 2012-2025

À l'horizon 2025/2035, quelle va être l'évolution de l'implication des principaux acteurs du système de santé sur la régulation générale de la médecine générale (cadre juridique, prescriptions de nature diverse, etc.) (situation actuelle = indice de 100) ?



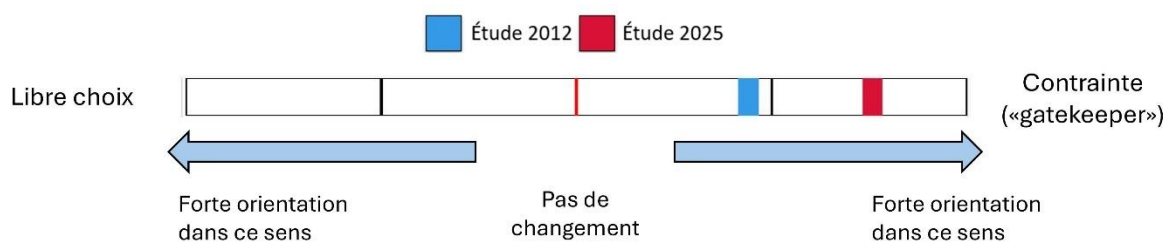
Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 49 à 52 pour l'enquête 2012 et de 18 à 32 pour l'enquête 2025. La description des différentes catégories peut légèrement varier entre les deux enquêtes. Bleu : enquête 2012 ; rouge : enquête 2025

5.1.4 Libre-choix ou gatekeeping

Figure 29 Libre-choix ou gatekeeping - comparaison 2012-2025

De manière simplifiée, deux systèmes assuranciers s'opposent : le libre choix par le patient ou la patiente ou la contrainte de passer par une ou un médecin coordinateur (« gatekeeper »).

D'ici 2025/2035, vers quel type de système va se développer la médecine générale ?

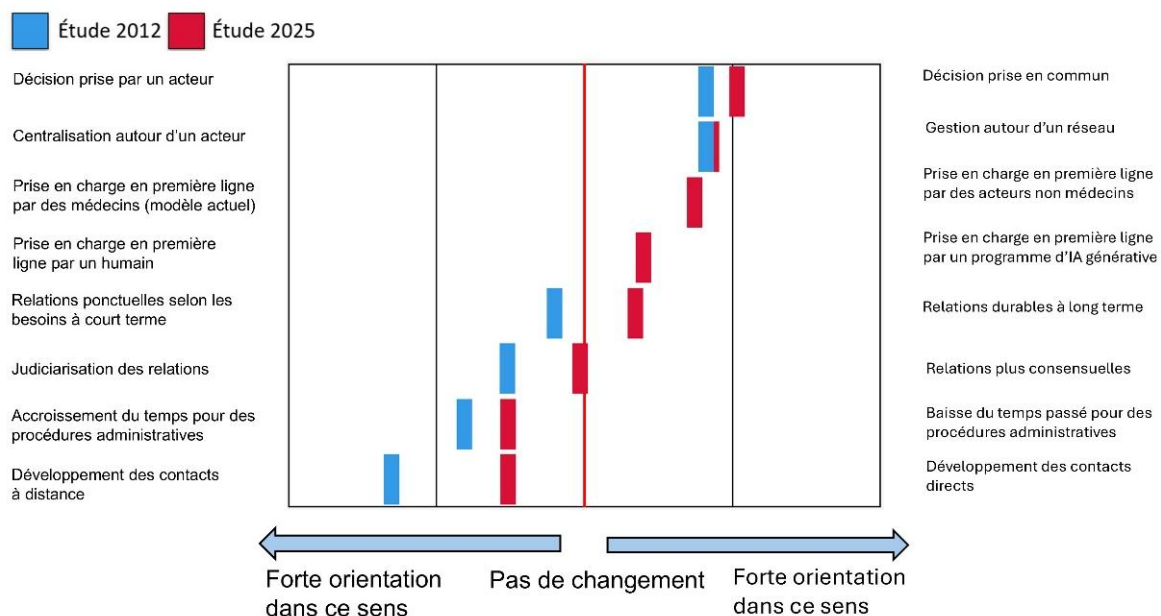


Note : Le nombre de répondants et de répondantes est de 51 pour l'enquête 2012 et de 35 pour l'enquête 2025.

5.1.5 Relations médecin généraliste – patient ou patiente à long terme

Figure 30 Relations médecin généraliste - patient ou patiente à long terme - comparaison 2012-2025

D'ici 2025/2035, comment vont se développer les relations « médecin généraliste – patient ou patiente » à long terme ?

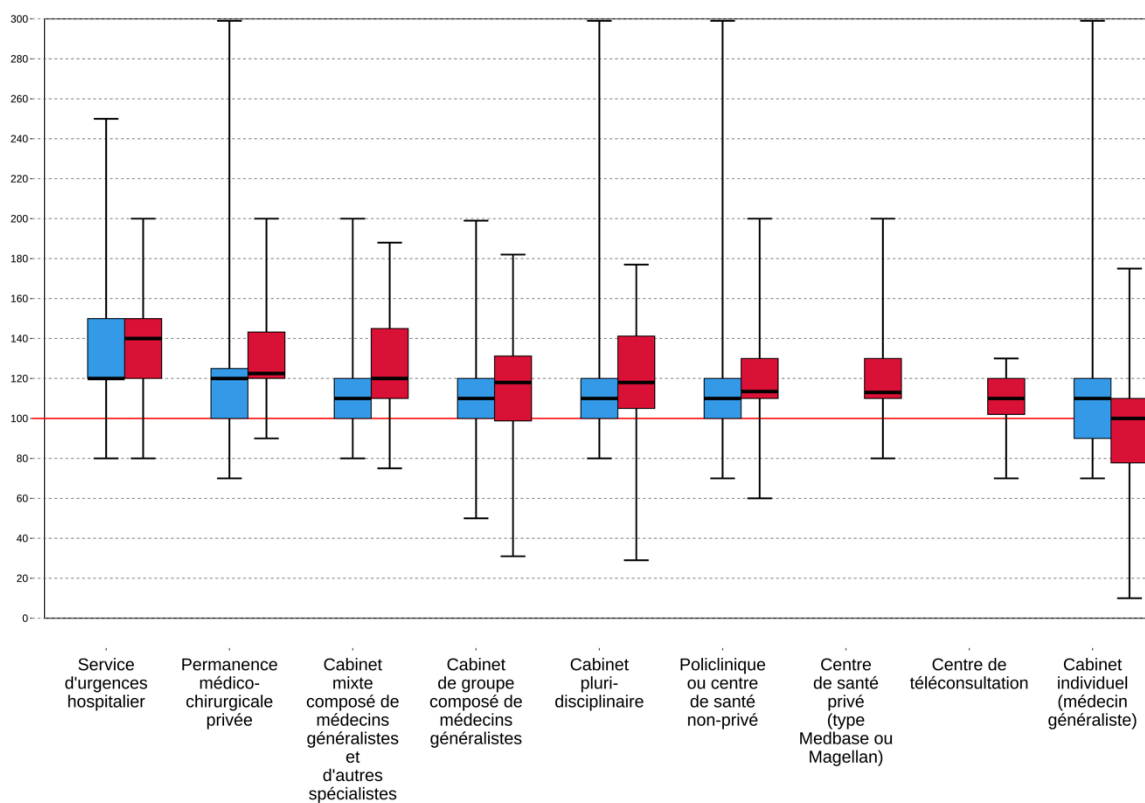


Note : Le nombre de répondants et de répondantes varie de 47 à 51 pour l'enquête 2012 et de 34 à 35 pour l'enquête 2025.

5.1.6 Coûts de la prise en charge

Figure 31 Coûts de la prise en charge des patients et patientes

À l'horizon 2025/2035, quelle va être l'évolution des coûts de la prise en charge des patients et patientes dans les différents types de structure ?

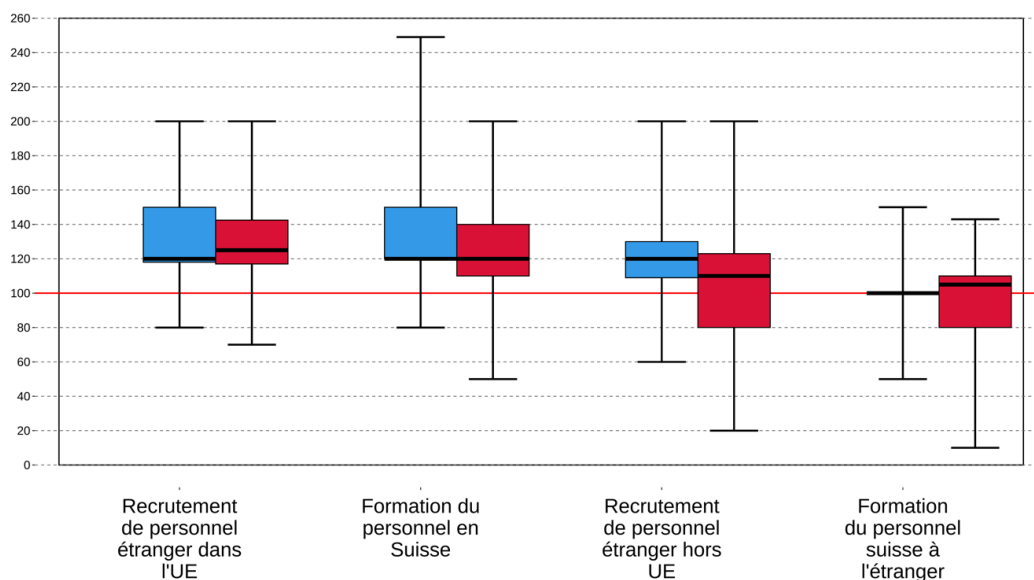


Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 47 à 49 pour l'enquête 2012 et de 25 à 33 pour l'enquête 2025. La description des différentes catégories peut légèrement varier entre les deux enquêtes. Bleu : enquête 2012 ; rouge : enquête 2025

5.1.7 Recrutement et formation pour les médecins, les infirmiers et infirmières

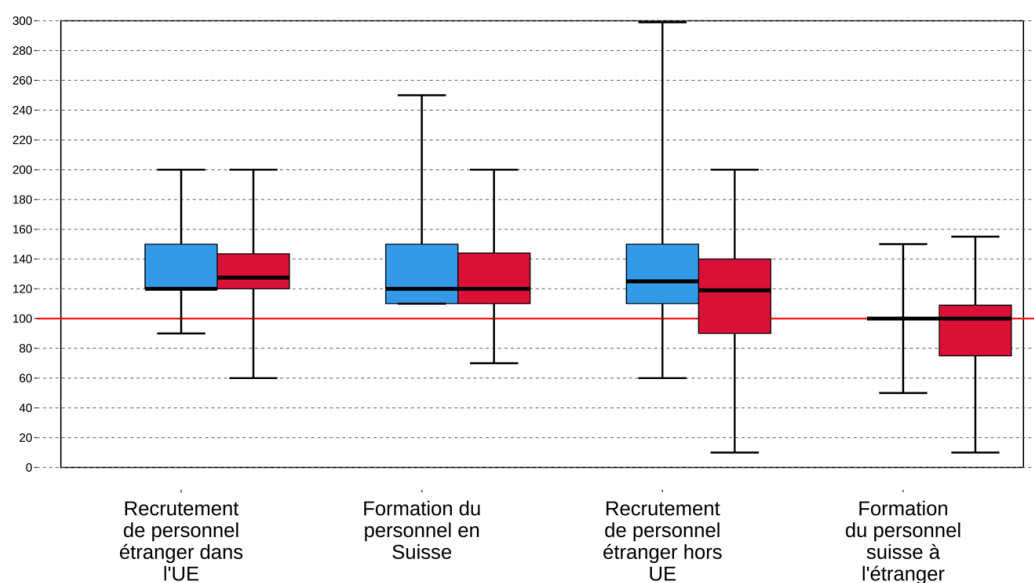
Figure 32 Recrutement et de formation pour les médecins, les infirmiers et infirmières - comparaison 2012-2025

À l'horizon 2025/2035, quelles seront les solutions privilégiées pour disposer du personnel médical et soignant ? **Médecins**



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 51 à 52 pour l'enquête 2012 et de 29 à 33 pour l'enquête 2025. La description des catégories peut légèrement varier entre les deux enquêtes. Bleu : enquête 2012 ; rouge : enquête 2025

À l'horizon 2025/2035, quelles seront les solutions privilégiées pour disposer du personnel médical et soignant ? **Infirmiers et infirmières**

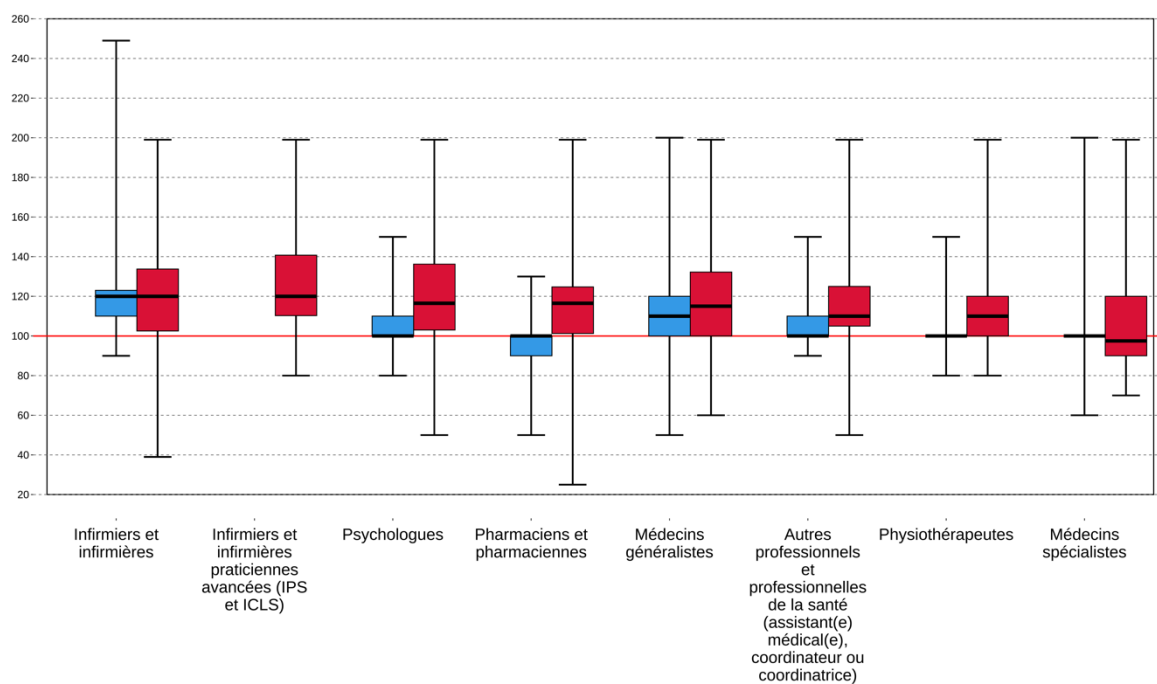


Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 51 à 52 pour l'enquête 2012 et de 19 à 33 pour l'enquête 2025. La description des catégories peut légèrement varier entre les deux enquêtes. Bleu : enquête 2012 ; rouge : enquête 2025

5.1.8 Reconnaissance sociale des professionnels et professionnelles de santé

Figure 33 Reconnaissance sociale des professionnels et professionnelles de santé - comparaison 2012-2025

À l'horizon 2025/2035, comment va évoluer la reconnaissance sociale des professionnels et professionnelles de la santé ?

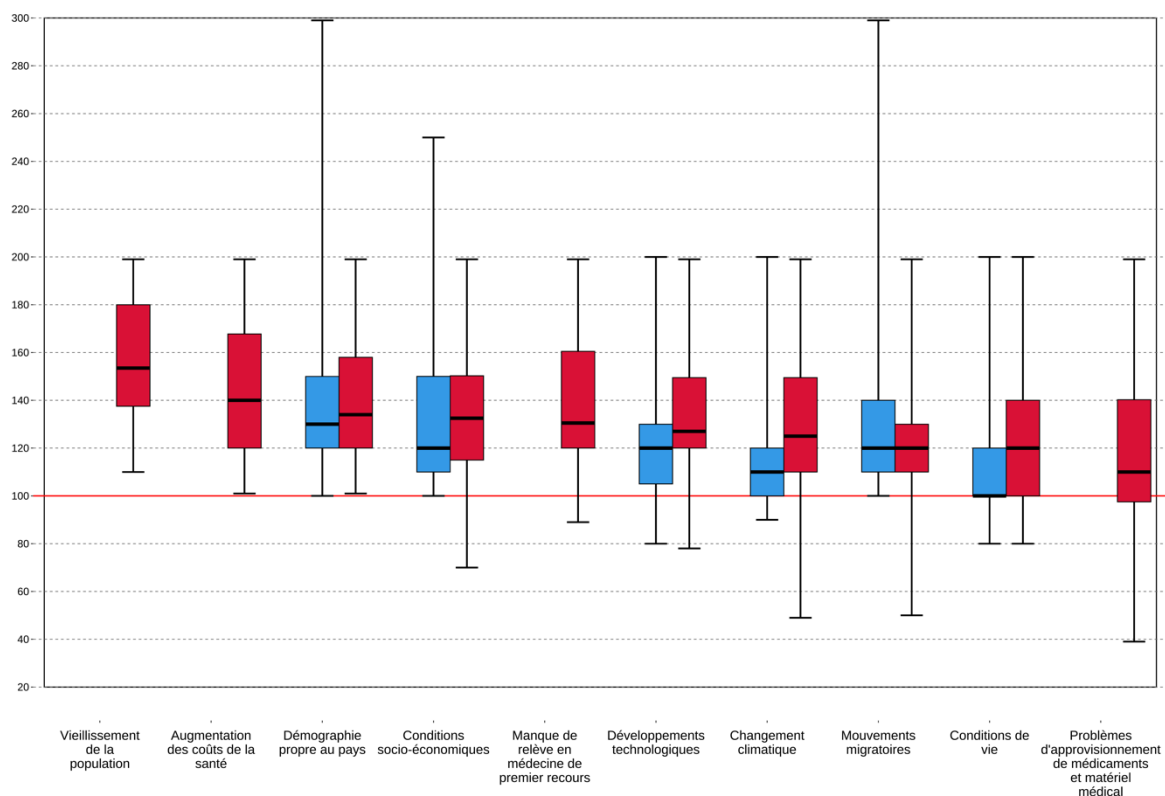


Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 29 à 52 pour l'enquête 2012 et de 22 à 30 pour l'enquête 2025. La description des différentes catégories peut légèrement varier entre les deux enquêtes. Bleu : enquête 2012 ; rouge : enquête 2025

5.1.9 Facteurs influençant la médecine générale

Figure 34 Facteurs influençant la médecine générale - comparaison 2012-2025

À l'horizon 2025/2035, quels facteurs autres que l'état de santé auront une incidence sur la médecine générale ?

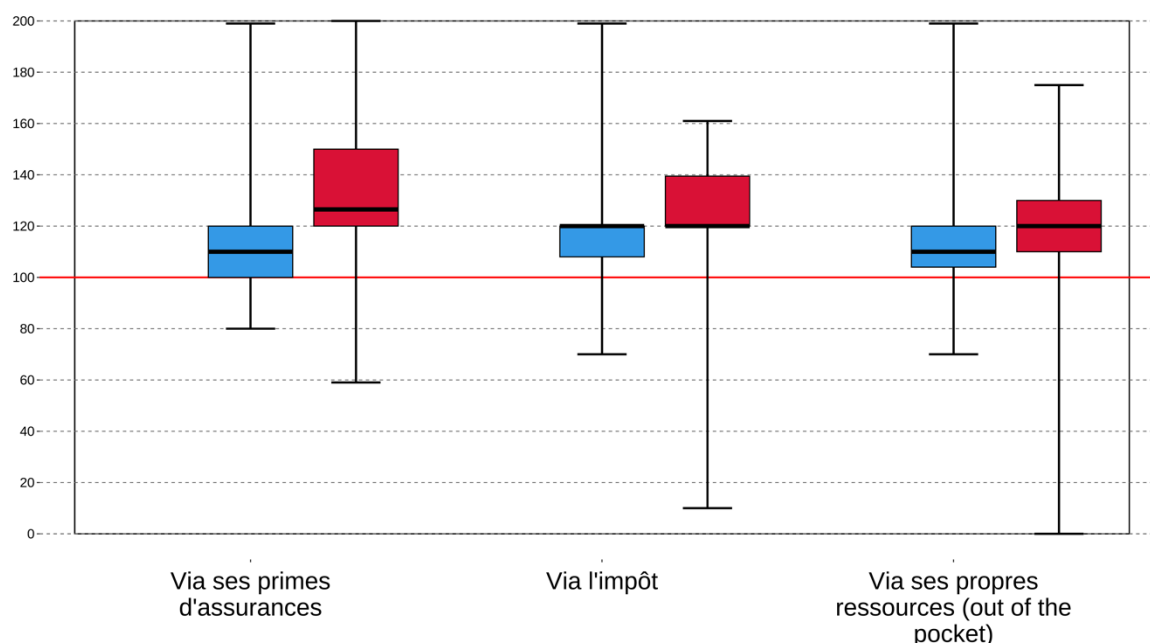


Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 51 à 52 pour l'enquête 2012 et de 24 à 34 pour l'enquête 2025. La description des différentes catégories peut légèrement varier entre les deux enquêtes. Bleu : enquête 2012 ; rouge : enquête 2025

5.1.10 Contribution au financement des coûts de la médecine générale

Figure 35 Contribution au financement des coûts de la médecine générale

À l'horizon 2025/2035, comment le patient ou la patiente contribuera au financement des coûts de la médecine générale ?



Note : Le nombre de répondants et répondantes varie de 51 à 52 pour l'enquête 2012 et de 31 à 33 pour l'enquête 2025. La description des différentes catégories peut légèrement varier entre les enquêtes. Bleu : enquête 2012 ; rouge : enquête 2025

5.2 Personnes impliquées

5.2.1 Noms des médecins généralistes commentant les résultats dans la Discussion

Dr Sébastien Martin, Dre Sanae Mazouri, Dr Olivier Pasche, Dre Caroline Surchat

5.2.2 Liste des experts et expertes

Les experts et expertes suivantes sont ceux et celles qui ont accepté de mentionner leur identité.

Dr Olivier Bettens*

Médecine interne générale FMH, Cossonay-Ville

Dr Alessandro Cassini

Médecin cantonal à Genève, prévention et santé publique

Dre Brigitte Crottaz

Membres de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du conseil national, médecine interne générale FMH, endocrinologie-diabétologie FMH

Sandra Gaillard Desmedt

Directrice de la santé communautaire à la Direction Générale de la santé, Etat de Vaud

Dr Alexandre Gouveia

Responsable de la policlinique de médecine générale à Unisanté, médecine interne générale FMH

Dr Nicolas Grasset

Médecin agréé à Unisanté, médecine interne générale FMH

Dre Linda Habib*

Présidente des jeunes médecins de famille Suisse, médecine interne générale FMH, Zermatt

Dr David Herren

Médecin agréé à Unisanté, médecine interne générale FMH

Dr Sébastien Jotterand*

Co-président des médecins de famille et de l'enfance Suisse, médecine interne générale FMH, Aubonne, Pompaples, St-George, St-Prex

Dr Lionel Koehli

Médecin agréé à Unisanté, médecine interne générale FMH

Dr Ioannis Kokkinakis

Médecin agréé à Unisanté, médecine interne générale

Dr Sébastien Martin*

Responsable de la permanence médicale du Flon, responsable du secteur formation postgraduée, coordinateur du cursus romand de médecin de famille à Unisanté, médecine interne générale FMH, Lausanne

Dr Vladimir Mayor*

Président des médecins de famille Neuchâtel, médecine interne générale FMH, Colombier

Dre Yolanda Müller

Responsable du secteur recherche clinique en médecine de famille à Unisanté, membre du Grand Conseil vaudois, prévention et santé publique FMH

Françoise Ninane

Directrice adjointe des soins au CHUV et présidente de la Fondation Soins à Lausanne

Dr Fred Paccaud

Ancien directeur de l'institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, ancien directeur de l'école suisse de santé publique, Professeur honoraire à l'université de Lausanne, prévention et santé publique FMH

Dr Olivier Pasche*

Vice-directeur de l'Institut de médecine de famille de l'université de Fribourg, médecine interne générale FMH, Lausanne, Thierrens, Yverdon-les-Bains

Dr Baptiste Pedrazzini*

Responsable secteur enseignement prégradué au département de médecine de famille, médecin associé et médecin superviseur à Unisanté, médecine interne générale FMH, Echallens

Dr Pierre-Yves Rodondi*

Directeur de l'Institut de médecine de famille de l'université de Fribourg, médecine interne générale FMH, Pully

Dr Jérémie Samusure

Médecin agréé à Unisanté, médecine interne générale FMH

Dr Kevin Selby

Co-responsable du secteur recherche clinique et communautaire et médecin adjoint à Unisanté, médecine interne générale FMH

Dre Johanna Sommer*

Responsable cursus planétaire à l'université de Genève, médecine interne générale FMH, Meinier

Dre Caroline Surchat

Médecin agréée à Unisanté, médecine interne générale FMH

Dr Christian Von Plessen

Responsable de la qualité des soins à Unisanté, médecine interne générale, pneumologie

*Médecin installé·e en cabinet

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne