



# Médecine de premier recours dans les régions périphériques

## Synthèse des échanges de réflexions des cantons 2010 / 2011

---

### 1 Contexte

La CDS s'occupe depuis 2005 de la médecine de premier recours ambulatoire. Dans le cadre du groupe de travail „Médecine de premier recours“ instauré par la Confédération et les cantons, les thèmes Service médical de garde et Assistanat au cabinet ont en particulier été traités. Dans le groupe actuellement en activité „Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours“, un rapport portant le même titre est en phase d'élaboration et devrait être disponible fin 2011.

Indépendamment de ces travaux, le Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB) a exposé sa position dans le document „Prestations médicales de base dans les régions de montagne et rurales“<sup>1</sup> et l'a transmis fin 2009 aux cantons. Ce document a été discuté au sein de la commission „Application LAMal“ de la CDS et la commission a suggéré un échange de réflexions entre les cantons sur ce thème.

Un premier échange de réflexions s'en est suivi le 2 septembre 2010 avec la participation de près de 30 personnes venues de 17 cantons et sous la direction de Semya Ayoubi, alors secrétaire centrale suppléante de la CDS. A cette occasion, les participantes et participants arrivèrent à la conclusion que certains thèmes devaient être soumis à un examen approfondi. C'est pourquoi trois sous-groupes ont été formés, qui se sont chacun réunis une fois:

- Le sous-groupe 1 „Critères d'évaluation de la couverture médicale insuffisante“, avec des représentants des cantons SG, GL, GR, BE et SO.
- Le sous-groupe 2 „Soutien lors de l'installation et attractivité de la médecine de famille“, avec des représentants des cantons TG, UR, JU et BE et du Secrétariat central de la CDS.
- Le sous-groupe 3 „Incitations financières“, avec des représentants des cantons AR, BE, BS, JU et GL et du Secrétariat central de la CDS.

Le 15 février 2011 a eu lieu le second échange de réflexions dans le group plénier; les résultats des sous-groupes y ont été présentés et discutés.

Le présent document s'entend comme synthèse de tout ce processus. Il sert aux cantons de résumé des discussions menées et montre la suite des travaux.

### 2 Exposé du problème

Dans la plupart des cantons impliqués, une pénurie de médecins de famille n'est pas encore constatée. Le problème est plutôt attendu à l'avenir dans les régions rurales. Certains

---

<sup>1</sup> [http://www.sab.ch/fileadmin/user\\_upload/Politik/Positionspapiere/2009/PP\\_Med.Grundversorgung\\_4.12.09\\_fr.pdf](http://www.sab.ch/fileadmin/user_upload/Politik/Positionspapiere/2009/PP_Med.Grundversorgung_4.12.09_fr.pdf)



cantons sont toutefois confrontés à une pénurie, en particulier dans les régions de montagnes (p. ex. le canton du Tessin).

Les raisons de la pénurie attendue ou existante de médecins de premier recours dans les régions rurales sont multiples: L'âge moyen des médecins de famille en activité est élevé et ceux-ci ont des difficultés croissantes à trouver un-e successeur pour leur cabinet individuel. La raison n'en est guère le domaine d'activité du médecin de famille, domaine qui du fait du grand éventail de patients et de maladies est attractif dans les régions rurales. C'est bien plutôt que les jeunes médecins souhaitent apparemment peu s'établir dans des régions périphériques dans un cabinet individuel. Les raisons possibles en sont: temps de présence élevé, visites à domicile requérant beaucoup de temps, absence de possibilité de perfectionnement et de travail en équipe, longues distances jusqu'au centres, offre d'accueil pour enfants et offre de formation (jardins d'enfants, écoles) et offre culturelle jugées insuffisantes, partenaire peu disposé-e à vivre dans des régions périphériques, prix élevés de reprise des cabinets médicaux existants.

A côté du problème de la répartition, un problème de quantité est aussi attribué fréquemment à la médecine de famille. Dans les dernières années, le nombre de titres de formation postgrade délivrés dans les quatre orientations de la médecine de premier recours (médecine générale, médecine interne, pédiatrie, médecin praticien) n'a toutefois pas diminué. Le problème semble donc plutôt se situer dans le passage de l'achèvement de la formation postgrade à l'installation en cabinet privé. Les incitations à devenir médecin de famille sont apparemment faibles. Des causes possibles sont la charge temporelle élevée, la détérioration perçue des conditions de base ces dernières années, le prestige moindre et l'indemnisation moindre de la médecine de famille en comparaison avec d'autres spécialisations, une activité perçue comme peu attractive et innovante ou la préférence accordée à un poste et une carrière à l'hôpital. On observe de plus une féminisation de la médecine (de famille). Une (grande) part des femmes médecins travaillera – du moins momentanément – à temps partiel, ce qui accroît le besoin d'autres médecins (femmes et hommes).

Du côté de la demande, il faut s'attendre à l'avenir à une demande croissante de prestations de la médecine (de famille). Les raisons en sont un vieillissement démographique de la population, l'augmentation des maladies chroniques et de nouveaux modèles de soins dans lesquels les médecins de premier recours assument un rôle central.

### 3 Compétence des cantons et nécessité pour eux d'agir

La garantie de la prise en charge médicale de la population est l'affaire des cantons. Cela découle de la Constitution fédérale et, selon le canton, de la constitution cantonale ou de la loi cantonale sur la santé. Pour partie, la garantie de la prise en charge médicale est parfois déléguée aux communes (p. ex. canton GR).

La question se pose toutefois de savoir quand il y a concrètement lieu d'intervenir. Une définition appropriée et valable pour tous les cantons **de la couverture médicale insuffisante** n'existe pas aujourd'hui et il ne devrait guère être possible d'en trouver une. Une raison à cela est la sensation subjective de la couverture médicale insuffisante. De la part de la population, un sentiment de pénurie apparaît peut-être seulement lors d'une *modification* de l'offre médicale, lorsque p. ex. un cabinet médical ferme. Si aucun médecin n'avait jamais été établi dans le même village, aucune pénurie ne serait probablement ressentie. La "prise en charge ressentie" ne concorde donc pas forcément avec le degré objectif de prise en charge. Une autre raison est l'individualité de médecins de premier recours, dont les taux d'occupation et les volumes de consultation par unité de temps varient en partie fortement.



Les régions MS (mobilité spatiale) utilisées par l'Obsan dans sa publication „Offre et recours aux soins dans les cabinets médicaux de 2005 à 2007“ (Obsan Dossier 14) sont considérées par les participantes et participants à l'échange de réflexions comme trop vastes pour pouvoir figurer précisément la situation de la prise en charge dans les différents cantons. Par exemple, Moutier (BE) présente selon une analyse du canton une densité de médecins de premier recours très basse de 0,35 pour 1000 habitants, ce qui ne se reflète pourtant pas dans la région MS correspondante. Par analogie avec la formule pour le service de sauvetage, une indication sur les durées de trajet encore acceptables pour la population jusqu'au prochain cabinet de médecine de premier recours serait plus judicieuse.

En général, les cantons savent cependant eux-mêmes le mieux dans quelles régions des situations de pénurie sont prévisibles, soit là où l'âge moyen des médecins de famille en activité est élevé, la recherche d'un successeur s'avère difficile et des modifications dans la structure de la prise en charge ne sont pas prévisibles. Il faut à cet égard veiller à localiser les régions véritablement problématiques et ne pas seulement écouter les médecins qui ne trouvent pas de successeur pour leur cabinet individuel et/ou les voix de la population qui se plaignent de la disparition du médecin de village. Car d'une part les cabinets individuels sont peu attractifs pour les jeunes médecins de premier recours et, d'autre part, la question se pose dans la perspective de la prise en charge de savoir si un problème de prise en charge survient lorsqu'un médecin n'exerce plus dans chaque village. Dans ce contexte, la garantie du service médical de garde et la question des durées de trajet encore acceptables pour la population sont importantes.

Fondamentalement, des interventions des cantons en vue de garantir la médecine de premier recours se justifient en gros sous trois aspects:

- Garantie des soins médicaux d'urgence. Sur ce thème, le groupe de travail „Médecine de premier recours“ instauré par la Confédération et les cantons a rédigé en 2006 et 2008 différents rapports avec de nombreuses propositions de solution<sup>2</sup>. Parallèlement à ces travaux, le service médical de garde a été réorganisé ces dernières années dans de nombreux cantons. La plate-forme d'information Service médical de garde<sup>3</sup> de la CDS offre une vue des projets de réorganisation concrètement réalisés et doit promouvoir l'échange d'expériences et d'information entre les responsables.
- Non rentabilité des cabinets dans des régions qui du point de vue de la prise en charge ont besoin d'un médecin de famille.
- Promotion globale de la médecine de famille et de ses conditions générales.

#### **4 Possibilités d'action des cantons**

Dans les régions concrètement concernées, une approche pragmatique et axée sur la solution est recommandable. En général, on peut déterminer avec relativement peu de travail combien de médecins de quel âge et avec quel taux d'occupation exercent dans la région concernée. Sur cette base, des solutions peuvent être recherchées conjointement avec les communes, les médecins et les autres prestataires ainsi que la population. Le terrain de la formation de l'opinion ne devrait en l'occurrence pas trop être laissé aux médecins exerçant. Leurs intérêts vers la fin de leur carrière professionnelle sont autres qu'au moment de l'installation. Les médecins sont appelés à encourager l'apparition de structures de cabinet qui soient attractives pour les jeunes médecins de premier recours. Sont p. ex. envisageables des centres de santé avec médecins et personnel soignant qui s'occupent de malades chroniques immobiles également à domicile. On peut en même

---

<sup>2</sup> Les rapports sont consultables sur le site de la CDS à l'adresse [www.gdk-cds.ch/index.php?id=847&L=1](http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=847&L=1)

<sup>3</sup> [www.gdk-cds.ch/index.php?id=850&L=1](http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=850&L=1)



temps attendre de la population mobile d'assumer également un certain trajet pour la visite médicale. Il convient de renvoyer également aux services de transport des services d'aide et de soins à domicile ou à l'entraide de proximité, qui fonctionne souvent justement dans les régions rurales.

Les principaux champs d'action sont brièvement esquissés ci-après.

#### **4.1 Formation et formation postgrade des médecins de famille, retour à la vie professionnelle**

##### Formation

Une mesure souvent citée pour réduire la pénurie de médecins de famille qui menace est la création de davantage de places de formation ou la levée du Numerus Clausus. L'augmentation des capacités de formation est également opportune au regard des taux élevés de médecins étrangers en Suisse. L'augmentation des places d'études ne résout toutefois pas le problème de l'inégalité de la répartition géographique et par spécialisation.

Un renforcement de la médecine de famille au niveau de la formation s'effectue aujourd'hui en Suisse de deux manières: premièrement au moyen d'une organisation plus attractive de la formation concernant la médecine de famille. Depuis 2005, des instituts ou des départements de médecine générale ont été créés dans toutes les facultés de médecine. La médecine de famille doit de la sorte être mieux défendue et mieux représentée dans les programmes de formation. Deuxièmement par des tutorats dans des cabinets de médecine de famille durant la formation. Ils sont obligatoires dans certaines facultés de médecine et facultatifs dans d'autres.

Un problème des régions périphériques est que les gens bien formés ne retournent en majorité pas dans leur région d'origine. Pour combattre cette tendance, un échange régulier devrait avoir lieu déjà durant les études de médecine et la formation postgrade entre les étudiants, des médecins de famille de la région positivement disposés et des représentants de la politique et des autorités. Cela doit maintenir le lien avec la région d'origine et permettre des contacts personnels. Des études à l'étranger<sup>4</sup> montrent que les étudiant-e-s qui proviennent eux-mêmes de régions rurales sont les plus disposés à y entamer une activité de médecin de famille.

##### Formation postgrade

Le nouveau programme de formation postgrade „Médecine interne générale“ est entré en vigueur le 1er janvier 2011. Il comporte un programme Médecin de premier recours et un programme Interniste des hôpitaux. Une perméabilité accrue entre les voies d'études est ainsi visée.

Une grande partie des cantons finance actuellement des programmes d'assistantat au cabinet<sup>5</sup>. Dans certains cantons (p. ex. SG, VD, BS/BL) sont en outre proposées et financées des formations postgrades spéciales pour les futurs médecins de famille.

Dans le cadre du Dialogue Politique nationale de la santé, un modèle de financement de la formation médicale postgrade a été approuvé par la Confédération et les cantons; il doit garantir la formation médicale postgrade également après l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier en 2012. Un supplément séparé est dans ce contexte prévu pour les hôpitaux qui offrent des places de formation postgrade pour les futurs médecins de famille.

---

<sup>4</sup> P. ex.: Bourgueil, Y., Mousquès, J. et A. Tajahmadi (2006). "Comment améliorer la répartition géographique des professionnelles de santé?". IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé). [www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf](http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf)

<sup>5</sup> Une vue d'ensemble figure sur le site de la CDS sous [www.gdk-cds.ch/index.php?id=849&L=1](http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=849&L=1). Le 15 novembre 2011 a lieu une journée d'échanges sur l'assistantat au cabinet.



## Retour à la vie professionnelle

Pour permettre le retour à la profession de médecins de famille déjà formés, des programmes de perfectionnement pour personnes réintégrant le monde du travail pourraient être développés (p. ex. par les instituts de médecine générale). Un projet analogue de retour à la vie professionnelle a été apparemment mené avec succès à l'Université de Zurich pour les vétérinaires.

### **4.2 Soutien lors de l'installation**

Les cantons et ou les communes ont la possibilité de recourir à des incitations financière pour une installation dans des régions périphériques, par exemple en mettant à disposition une infrastructure avantageuse (subventionnement de loyers, attribution de prêts à un taux intéressant, mise à disposition d'immeubles), en offrant un soutien lors de l'établissement de cabinets privés/centres de santé ou en garantissant pour une durée limitée un allègement ou une exemption de l'impôt. Ils peuvent en outre verser aux médecins exerçant dans des cabinets ruraux des indemnités annuelles (Wartgelder) ou des indemnisations pour service de piquet.

Le soutien peut aussi être donné par l'entremise de cabinets adéquats ou sous la forme d'une antenne ou d'un interlocuteur fixe pour médecins désireux de s'établir. Selon le canton, cela pourrait être le médecin cantonal ou une personne dans un hôpital, de la direction de la santé ou de la société de médecine (générale) cantonale. Un lieu où les médecins désireux de s'installer puissent s'adresser, p. ex. en cas de question juridiques sur l'installation ou de problèmes relatifs à la gestion du cabinet, serait important.

Un dilemme dans le recrutement et le soutien des médecins de premiers recours par les cantons et que plus un canton recrute avec succès des médecins, plus ceux-ci font défaut dans un autre canton.

### **4.3 Amélioration des conditions de travail**

Dans les régions périphériques, le service médical de garde constitue une charge élevée. Ce thème a été abordé par l'ancien groupe de travail „Médecine de premier recours“ – comme déjà relevé précédemment – et des propositions de solution existent pour ce domaine.

Les conditions de travail peuvent également être améliorées par la réunion de médecins dans des cabinets de groupe ou le regroupement de différents prestataires (p. ex. médecins, dentistes, personnel soignant, physiothérapeutes, etc.) dans des centres de santé. Le travail comme salarié, des heures de travail réglées, le travail à temps partiel et le travail en équipe sont de la sorte possibles, ce qui correspond aux vues des jeunes professionnels de la santé. De plus, la charge administrative peut être réduite, l'infrastructure utilisée en commun et le travail dans les régions périphériques être appréhendé comme une possibilité temporaire. La collaboration interprofessionnelle peut enfin combattre un isolement potentiel des médecins dans les régions périphériques.

Concrètement, des médecins de premier recours déjà installés pourraient être motivés à s'associer dans un cabinet de groupe ou à créer un centre de santé avec d'autres prestataires du domaine de la santé. Un soutien pourrait à cet égard être offert par le canton, p. ex. dans la recherche de locaux appropriés et sur le plan juridique ou financier (p. ex. avec des Partenariats Public Privé ou avec la constitution d'un fonds qui serait alimenté par les collectivités publiques et d'autres groupes d'intérêt et servirait au financement de la recherche, de la création de structures innovantes et de la collaboration interprofessionnelle.) Malheureusement, les responsables cantonaux n'ont pas d'interlocuteur du côté des médecins dans différents cantons. Les médecins de famille ne sont souvent pas enthousiasmés par de tels projets, car des ressources temporelles et financières sont nécessaires pour cela.



Pour les médecins de premier recours, les examens de l'économicité par les caisses-maladie sont très lourds. On ne tient en l'occurrence pas compte du fait que la population des patients dans les régions de montagne se différencie de la population urbaine. Les examens de l'économicité devraient donc être mieux réglés<sup>6</sup>.

#### **4.4 Incitations financières**

La question de fond se pose de savoir si les cantons doivent soutenir financièrement des médecins de premier recours. En principe, les médecins de premier recours doivent générer leur revenu via la tarification, respectivement en étant mieux rémunérés, et non par le soutien des cantons. Lors de son Assemblée plénière de mai 2010, la CDS a explicitement exclu un cofinancement public du domaine ambulatoire indépendant<sup>7</sup>. Il faut de plus prendre en compte le principe de légalité (une base légale doit exister pour un soutien à long terme d'un cabinet de médecine de famille) et celui de l'égalité devant la loi (d'autres lieux excentrés doivent par principe pouvoir profiter du même soutien). Enfin, l'action du canton doit être proportionnelle.

En raison de la compétence des cantons pour la garantie des services de santé de la population, les cantons doivent toutefois assumer leur responsabilité. Cela concerne notamment les régions dans lesquelles un cabinet ne peut pas être exploité de manière économique, car par exemple sa zone d'attraction est trop petite, tout en étant indispensable pour les soins (d'urgence) de la population. Les cantons peuvent en pareil cas soutenir les médecins de premier recours de diverses manières (service de garde, honoraires irrécouvrables, assistantat au cabinet, financement de départ pour les centres de santé, etc.). Il paraît important que ce soutien se fasse de manière ciblée.

Un domaine où les cantons n'ont que des possibilités d'influence limitées est la tarification. Une amélioration de la situation des médecins de famille dans les régions rurales pourrait par exemple être obtenue par des tarifs différenciés, en indemnisant davantage les prestations des médecins de premier recours dans les régions rurales que celles des médecins de premier recours dans les zones urbaines. Une amélioration générale de la situation financière des médecins de famille pourrait être obtenue par une révision de la structure tarifaire TARMED en revalorisant les prestations de consultation et de conseil par rapport aux prestations techniques. Si les partenaires tarifaires ne devaient pas pouvoir s'entendre sur une modification de la structure tarifaire, la Confédération devrait intervenir subsidiairement.

Un problème des médecins de famille se situe dans la détérioration des conditions générales pour les médecins de premier recours. Pour cette raison, des actions comme la révision de la liste des analyses ou la suppression de la propharmacie (dispensation directe de médicaments) sont évaluées de manière critique si, de cette façon, les revenus des médecins de famille diminuent sans que des possibilités de compensation existent (p. ex. au moyen de la révision susmentionnée de la structure tarifaire).

#### **4.5 Augmentation de l'attractivité de la médecine de famille et des régions périphériques**

L'augmentation de l'attractivité de la médecine de famille peut en principe s'opérer à tous les niveaux: la formation et la formation postgrade, les conditions de travail et l'indemnisation financière. D'une manière générale, les avantages de l'activité de médecin de famille doivent être plus fortement mis en évidence. On investit relativement beaucoup pour la promotion

---

<sup>6</sup> Le Conseil national a approuvé le 12 septembre 2011 une modification de la Loi sur l'assurance-maladie qui vise à ce qu'à l'avenir la morbidité soit prise en compte dans le contrôle de l'économicité. L'objet va ensuite au Conseil des Etats.

<sup>7</sup> Cf. le communiqué de presse de la CDS du 28. Mai 2010 sous:

[http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Medienmitteilungen/MM\\_Alt Dorf\\_20100528\\_f.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Medienmitteilungen/MM_Alt Dorf_20100528_f.pdf)



des professions de la santé non médicales (p. ex. les professions des soins). Des actions analogues seraient envisageables pour la profession de médecin de famille, par exemple en organisant dans les universités une sorte de „roadshow“ pour gagner de jeunes médecins à la médecine de famille. Il faut à cet égard veiller à ce que les actions correspondantes se déroulent avec des médecins de famille positivement disposés et motivés.

Pour les régions périphériques, il s'agit d'une part de créer des conditions de vie attractives pour attirer des médecins également à l'avenir et, d'autre part, de souligner les avantages d'une vie dans les régions de montagne ou en zone rurale. Il va de soi que les directions de la santé ne peuvent pas mettre à disposition des conditions générales favorables à la famille comme des crèches ou la prise en charge des enfants toute la journée à l'école. Elles devraient toutefois avoir un intérêt à des conditions générales attractives pour les médecins et y œuvrer – par exemple auprès des autres directions cantonales et des communes ou, très généralement, en soutenant les médecins faisant preuve d'initiative personnelle plutôt qu'en leur faisant obstacle. Une possibilité d'intégrer les communes et la population serait l'organisation de conférences sur la santé ou de conférences régionales. Les premières sont des manifestations publiques pour informer et sensibiliser la population (exemple canton Uri). Les secondes se situent à l'interface entre commune et canton (exemple canton Berne). D'une manière générale, il faut communiquer que le canton est intéressé à une bonne prise en charge médicale et est également prêt à faire quelque chose pour cela.

## **5 Suite des travaux**

Les mesures possibles pour résoudre les problèmes dans le domaine de la médecine de premier recours – telles qu'elles ont été présentées dans cette synthèse – sont souvent déjà connues des responsables dans les cantons. Quelles solutions ont été mises en œuvre où, et pourquoi elles l'ont été avec plus ou moins de succès, n'est par contre pas connu. Pour cette raison, il faut faire connaître des mises en œuvre réussies (des "histoires de succès"), p. ex. au moyen d'une série d'articles dans le Bulletin des médecins suisses ou d'une plateforme web d'échange. De la sorte, un effet multiplicateur doit d'une part être déclenché. Il s'agit d'autre part de se défaire des gros titres négatifs et de promouvoir une image positive de la médecine de premier recours. Des exemples de telles „histoires de succès“ figurent dans l'annexe à cette synthèse. La coordination de la suite des travaux est assumée par le Secrétariat central de la CDS.



## 6 Annexe: exemples d'„histoires de succès“ dans les cantons

Cant.	Désignation	Description
BE	Centre de santé Meiringen	Dans le canton de Berne, des expériences positives ont été faites avec le centre de santé Meiringen. Différents partenaires locaux participent au centre de santé. Le canton a pris en charge un financement initial.
BE	Soins intégrés Seeland	Le projet Soins intégrés Seeland, initié par le réseau de médecins Seeland, s'est fixé l'objectif de devenir un modèle pour une médecine de premier recours intégrée fonctionnant bien au niveau régional. Les centres de santé et l'hôpital de soins aigus forment le noyau. D'autres acteurs (services d'aide et de soins à domicile, EMS) sont intégrés et interconnectés.
BE	Maison de santé à Tramelan	A Tramelan, dans le Jura bernois, une Maison de santé est en construction. Il s'agit d'un PPP entre la commune, une caisse de pension, les services d'aide et de soins à domicile et les médecins.
JU	Echange entre chefs de clinique et médecins de famille installés	Dans le canton du Jura, un échange entre cheffes/chefs de clinique et médecins de famille est organisé 2 à 3 fois par an. Il en ressort que les jeunes médecins accordent de la valeur à la qualité de vie. L'installation en cabinet privé suscite en même temps des craintes. Celles-ci sont peu fondées sur des éléments financiers, mais se manifestent plutôt en tant que crainte d'une impuissance devant les institutions (prescriptions des autorités et des assurances).
LU	Approches différentes dans le Seetal lucernois et la région Entlebuch/Willisau	Dans le canton de LU, le problème de la menace d'une couverture médicale insuffisante a été abordé une fois de manière plutôt académique (Seetal) et une fois de manière plutôt pragmatique (Entlebuch/Willisau). Dans le Seetal, une enquête auprès de la population a d'abord été menée et les structures de prise en charge ont ensuite été couchées sur le papier. Puis les trois cabinets de groupe visés ont été fondés en collaboration avec des assureurs. Dans la région Entlebuch/Willisau, le problème a été abordé pragmatiquement conjointement avec des responsables du développement et des médecins. Si l'on avait examiné l'Entlebuch que sur le papier, le besoin d'agir aurait été grand. Mais les médecins concernés développent eux-mêmes des solutions, p. ex en se regroupant dans des cabinets de groupe.
NE	Cabinet de groupe au Locle avec soutien de la ville	La ville du Locle soutient la formation d'un cabinet de groupe en accordant un prêt sans intérêt (remboursable sur 20 ans) et en soutenant le cabinet financièrement jusqu'à ce que tous les six médecins prévus aient entamé leur activité.
SG	Programme d'assistantat au cabinet, cursus en médecine de famille et médecin-chef (médecin de famille) à l'hôpital cantonal	Dans le canton de Saint-Gall sont financés (coût 950'000.- CHF par an) un programme d'assistantat au cabinet, un programme d'études postgrade en médecine de famille et un médecin-chef à l'hôpital cantonal. Le médecin-chef, qui est lui-même également médecin de famille, mène entre autres avec de futurs médecins de famille des entretiens de carrière, ce qui est très apprécié par les étudiants concernés. Les mesures contre le manque de relève chez les médecins de famille sont visiblement opérantes. L'intérêt pour la médecine de famille a fortement augmenté dans le canton. Le canton a délivré 31 nouvelles autorisations pour des médecins de famille en 2010. C'est plus que serait nécessaire pour maintenir la couverture actuelle en médecine de famille.
TG	Séminaires pour médecins intéressés à	Dans le canton de Thurgovie, la société médicale cantonale, la banque cantonale et l'entreprise „Zur Rose“ proposent des séminaires pour les médecins qui peuvent se figurer une





	un cabinet de groupe	association dans un cabinet de groupe. Les médecins entre 50 et 60 ans sont le public cible; mais les séminaires sont également spécialement appréciés par les femmes et les jeunes médecins hospitaliers.
TG	Association de cabinets médicaux dans une société d'exploitation	Dans le canton TG, huit cabinets médicaux se sont associés à la campagne en tant que société d'exploitation. Ils achètent ensemble et coordonnent leurs spécialisations. Il est prévu d'échanger le personnel et dans une étape suivante d'engager éventuellement ensemble quelqu'un. D'une manière générale, des médecins innovateurs sont nécessaires, car contrairement à des assurances comme la SWICA ces cabinets n'ont pas un bataillon de juristes ou de conseillers derrière eux.
TG	Modèle satellite	A côté de médecins de premier recours, des médecins spécialistes et une spécialiste des plaies travaillent également dans le centre médical Schlossberg à Frauenfeld. Le centre médical Schlossberg aide les médecins de premier recours installés dans les régions rurales du canton à garantir la prise en charge en assurant p. ex. les remplacements pendant les vacances.
UR	Entretien entre le Conseil d'Etat et des médecins	Dans le canton d'Uri, un entretien avec le Conseil d'Etat et des médecins a été organisé un soir. Plus de 2/3 des médecins ont répondu à l'invitation. Ils souhaitent que l'accès à la pratique en cabinet soit simplifié. Il est en plus clairement apparu que des centres de santé devraient être créés sous la forme de PPP. Concrètement, une commune ou une région pourrait engager un jeune médecin avec l'option d'une participation ou d'une reprise ultérieure. Dans ce modèle, la commune/le canton pourrait aussi exercer une influence sur la localisation du cabinet.
UR	Succès dans la recherche d'une succession	Dans le canton d'Uri, après une longue recherche, une psychiatre a pu être trouvée qui s'est établie dans le canton. Les contacts personnels avec la personne concernée ont été déterminants.