

23.11.2011



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

## **Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours**

### **Rapport du Conseil fédéral**

en réponse à la motion 08.3608 de la Conseillère nationale Jacqueline Fehr « Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours » du 2 octobre 2008

**Table des matières**

<b>1</b>	<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>APERÇU</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>3.1</b>	<b>Motion 08.3608 – Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours</b>	<b>7</b>
3.1.1	Développement de la motion	8
3.1.2	Réponse du Conseil fédéral	8
3.1.3	Etat des délibérations	8
3.1.4	Rapport entre la motion et l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille »	8
<b>4</b>	<b>PRÉVISIONS ET ÉTUDES RELATIVES À LA PÉNURIE DE MÉDECINS</b>	<b>10</b>
<b>4.1</b>	<b>Prévisions relatives à la pénurie de médecins</b>	<b>10</b>
4.1.1	Observatoire suisse de la santé (Obsan)	10
<b>4.2</b>	<b>Différentes études relatives à la pénurie de médecins</b>	<b>10</b>
4.2.1	Pénurie de médecins à l'hôpital	11
4.2.2	Pénurie de médecins dans la médecine de premier recours ambulatoire	11
4.2.3	Recrutement à l'étranger	12
<b>4.3</b>	<b>Proportionnalité des prestations et de l'efficacité</b>	<b>13</b>
4.3.1	Différences de fréquence de certains traitements médicaux	13
4.3.2	Importantes ressources personnelles dans le secteur hospitalier	13
<b>4.4</b>	<b>Prévention</b>	<b>14</b>
<b>4.5</b>	<b>Résumé</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>POPULATION DES MÉDECINS</b>	<b>15</b>
<b>5.1</b>	<b>Etat et évolution de la population des médecins</b>	<b>15</b>
5.1.1	Densité médicale	15
5.1.2	Effectif des médecins	15
5.1.3	Âge moyen des médecins	16
5.1.4	Répartition de l'âge des médecins de premier recours et des spécialistes (exerçant en cabinet)	17
5.1.5	Médecins de premier recours et spécialistes (exerçant en cabinet)	17
5.1.6	Diplômes fédéraux et population résidente	18
5.1.7	Evolution de la répartition par sexe	18
5.1.8	Médecins formés à l'étranger	19
5.1.9	Evolution quantitative de tous les médecins	19
<b>5.2</b>	<b>Résumé</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>FORMATION</b>	<b>22</b>
<b>6.1</b>	<b>Système de la santé : entrées et sorties</b>	<b>22</b>

6.1.1	Besoins en formation	22
6.1.2	Intérêt porté aux études de médecine	23
6.1.3	Capacités d'accueil et nombre d'étudiants en première année	23
6.1.4	Numerus clausus	25
6.1.5	Capacités supplémentaires : Nouveaux développements	25
6.1.6	Capacités d'accueil et taux de réussite en comparaison internationale	26
6.1.7	Aspects qualitatifs de la formation	27
<b>6.2</b>	<b>Résumé</b>	<b>28</b>
<b>7</b>	<b>FORMATION POSTGRADE</b>	<b>29</b>
<b>7.1</b>	<b>Etat et évolution de la formation postgrade</b>	<b>29</b>
7.1.1	Médecins diplômés avec et sans titre de formation postgrade	29
7.1.2	Taux d'occupation des médecins assistants	30
7.1.3	Conséquence du travail à temps partiel et de la loi sur le travail	30
7.1.4	Emigration de médecins suisses	31
7.1.5	Immigration de médecins (assistants) étrangers	31
7.1.6	Rapport chiffré entre les médecins de premier recours et les spécialistes	32
7.1.7	Formation postgrade des médecins de premier recours	33
7.1.8	Choix et développement des spécialités	34
7.1.9	Marché de la formation postgrade	36
<b>7.2</b>	<b>Résumé</b>	<b>36</b>
<b>8</b>	<b>EXERCICE DE LA PROFESSION</b>	<b>37</b>
<b>8.1</b>	<b>Calcul définitif du besoin de formation</b>	<b>38</b>
<b>8.2</b>	<b>Soins hospitaliers</b>	<b>38</b>
<b>8.3</b>	<b>Soins ambulatoires</b>	<b>39</b>
8.3.1	Evolution du nombre d'autorisations cantonales de pratiquer	39
8.3.2	Structure de soins ambulatoires	41
<b>8.4</b>	<b>Soins intégrés</b>	<b>41</b>
8.4.1	Nouveaux modèles de soins	42
8.4.2	<i>Skill-mix</i> (prise en compte de différentes professions de la santé)	43
8.4.3	Réorganisation des services de garde et d'urgence	44
8.4.4	Utilisation de la cybersanté	44
<b>8.5</b>	<b>Résumé</b>	<b>46</b>
<b>9</b>	<b>REVENU ET TARIFICATION</b>	<b>47</b>
<b>9.1</b>	<b>Conditions-cadres et situation de départ</b>	<b>47</b>
9.1.1	Rétribution appropriée des prestations	48
9.1.2	Attentes des partenaires tarifaires et rôle de la Confédération	48
<b>9.2</b>	<b>Influence du revenu sur la structure de l'offre</b>	<b>49</b>
9.2.1	Augmentation des revenus dans les cabinets de groupe	50
<b>9.3</b>	<b>Résumé</b>	<b>50</b>
<b>10</b>	<b>CONCLUSIONS</b>	<b>52</b>

<b>11</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>54</b>
11.1	Remarques générales	54
11.2	Tableau récapitulatif des recommandations	55
<b>12</b>	<b>MESURES</b>	<b>64</b>
12.1	Mesures engagées par la Confédération	64
12.2	Mesure conjointes de la Confédération et des cantons	65

## 1 Liste des abréviations

ACM	Assistante en cabinet médical
AFM	Plate-forme « Avenir de la formation médicale »
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASA	Association suisse des assistantes et aides médicales
ASMAC	Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique
ASSM	Académie Suisse des Sciences médicales
BMS	Bulletin des médecins suisses
CDF	Contrôle fédéral des finances
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CIMS	Commission interfacultés médicale suisse
CRUS	Conférence des Recteurs des Universités Suisses
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
CSST	Conseil suisse de la science et de la technologie
CUS	Conférence universitaire suisse
DFE	Département fédéral de l'économie
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DRG	Diagnosis Related Groups (groupes de diagnostics)
EFTA	Association européenne de commerce équitable
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine
FMH	Fédération des médecins suisses
FRT	Comité de pilotage formation, recherche et technologie
Gfs	Schweizerische Gesellschaft für praktische Sozialforschung
H+	Les établissements hospitaliers de Suisse
HMO	Health Maintenance Organization
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LPMéd	Loi fédérale sur les professions médicales
NC	Numerus clausus
NEXT	Nurses' Early Exit (étude)
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OdASanté	Organisation nationale faîtière du monde du travail en santé
ODM	Office fédéral des migrations
OFFT	Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PNR	Programme national de recherche
PNS	Dialogue Politique nationale suisse de la santé
santésuisse	Association faîtière des assureurs maladie de Suisse
SER	Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche
SNS	Stratégie nationale de la santé
TARMED	Tarif des prestations pour toutes les prestations médicales ambulantes à l'hôpital et dans le cabinet médical
UE	Union européenne

## 2 Aperçu

*Le présent rapport en réponse à la motion Fehr (08.3608 Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours) offre une analyse de la population de médecins et associe la pénurie de médecins pronostiquée à des faits et évolutions d'actualité. Il est ainsi constaté que les soins hospitaliers mobilisent notamment d'importantes ressources personnelles en comparaison internationale. Des éléments montrent qu'une offre excessive existe dans certains domaines, alors que des difficultés se dessinent ou commencent à se dessiner dans d'autres. Actuellement, il n'y a toutefois aucun signe de manque en matière de soins, que ce soit dans le domaine ambulatoire ou stationnaire.*

*Ce serait toutefois une erreur, au regard du manque actuel d'éléments relatifs aux lacunes dans le domaine des soins, de conclure qu'aucune intervention n'est requise. La Suisse dépend de plus en plus du personnel formé à l'étranger. C'est le cas du secteur hospitalier, mais aussi de plus en plus du domaine ambulatoire. Parallèlement, la population a augmenté ces dernières années sans que le nombre de médecins diplômés ait été relevé en conséquence. Jusqu'à présent, la pénurie de médecins formés en Suisse a pu être largement compensée par des recrutements à l'étranger. Le potentiel disponible, mesuré à l'aune des médecins ayant suivi une formation ou une formation postgrade entre 2005 et 2010, est entre-temps constitué pour plus de la moitié de médecins formés à l'étranger. Il n'est pas exclu que les besoins en personnel puissent aussi être couverts de cette façon à l'avenir. Dans l'optique de la sécurité des soins et pour des raisons d'équité vis-à-vis des autres pays, la Suisse devrait toutefois former à l'avenir un personnel suffisant et notamment des médecins.*

*Le présent rapport évalue les besoins en formation des médecins. Dans l'optique de gains d'efficacité possibles en matière de soins, le présent rapport calcule un « scénario de stabilisation » permettant de répondre à la question suivante : combien de médecins faut-il former pour pouvoir maintenir le volume de travail actuellement disponible de tous les médecins exerçant en Suisse ? Pour répondre à cette question, toutes les entrées et sorties connues ont été prises en compte, de la formation à l'exercice de la profession, en passant par la formation postgrade. Conclusion : pour que le volume de travail actuellement effectué par les médecins formés en Suisse soit maintenu dans son intégralité, compte tenu des pertes (personnes quittant vraisemblablement la profession) et de la baisse du taux d'occupation, entre 1200 et 1300 médecins devront dorénavant être formés chaque année dans notre pays, ce qui représente une augmentation d'environ 50 %, par rapport au nombre de diplômés actuel.*

*Outre la mise en place d'une stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins, la motion a également pour objectif d'encourager la médecine de premier recours. Chaque chapitre du rapport aborde donc de façon spécifique la situation des médecins de premier recours.*

*L'analyse des problèmes aux chapitres 4 à 9 débouche sur des enseignements divers. Les principaux sont résumés dans les conclusions (chapitre 10). Dans l'optique de la compétence qui relève principalement des cantons pour de nombreux domaines d'intervention proposés par la motionnaire et compte tenu de l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille », le présent rapport renonce à émettre des propositions concrètes supplémentaires concernant les modifications de la loi. Des recommandations concrètes à l'intention des acteurs ou partenaires responsables sont toutefois formulées au chapitre 11, alors que le chapitre 12 répertorie les nombreuses mesures déjà engagées ou concrétisées pour l'encouragement de la médecine de premier recours ainsi que pour la préparation d'une meilleure coordination et mise en réseau des soins médicaux de base.*

*Les lecteurs pressés se reporteront directement aux résumés figurant à la fin des chapitres 4 à 9, ainsi qu'aux chapitres 10 à 12.*

### 3 Introduction

La menace d'une pénurie de médecins n'est pas uniquement d'actualité en Suisse. L'Allemagne, le Canada, les Etats-Unis, la France ou les Pays-Bas cherchent à augmenter le nombre de places d'étude. La raison en est la hausse de la demande de prestations médicales suite au vieillissement de la population, la modification de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, la féminisation croissante des professions médicales et la tendance aux retraites anticipées des médecins. En 2010, le ministre allemand de la santé a, par exemple, sollicité une hausse de 10 % du nombre de places d'étude, préconisant de les donner en priorité aux futurs médecins de campagne (*Landärzte*)<sup>1</sup>. En 2006 déjà<sup>2</sup>, l'*Association of American Medical Colleges* proposait d'autres mesures visant à pallier la pénurie de médecins de premier recours, en recommandant d'accroître de 30 % le nombre de places d'étude et de mieux intégrer le personnel auxiliaire médical et les soignants spécialisés (*Nurse Practitioners*).

La plupart de ces pays sont ainsi confrontés à des problèmes similaires dans le domaine de la médecine de premier recours<sup>3</sup> : une majorité de jeunes médecins optent – en cas de liberté de choix – pour une spécialisation et préfèrent exercer en hôpital ou dans un collectif médical situé au centre-ville plutôt que de choisir d'exercer la médecine de premier recours, en ambulatoire et dans une région décentralisée.

Seuls les pays disposant d'un système de médecins de famille, comme les Pays-Bas, ont pu efficacement renforcer la position des médecins de premier recours. Dans ces pays, le médecin de famille constitue la pierre angulaire de l'ensemble des soins médicaux de base : les prestations des spécialistes ne sont accessibles qu'après recommandation d'un médecin de premier recours. Rares sont les spécialistes exerçant à titre indépendant. Les médecins spécialistes pratiquent presque exclusivement dans les hôpitaux et les polycliniques. Par ailleurs, les places de spécialisation sont limitées aux Pays-Bas.

Le présent rapport détaille la situation actuelle en Suisse et les possibilités offertes pour remédier au risque de pénurie de médecins et résoudre les problèmes spécifiques concernant la médecine de premier recours.

Le présent rapport se fonde sur le rapport du Conseil fédéral sur la situation actuelle de la médecine de premier recours, élaboré en 2010 en réponse aux postulats 07.3279 de la CSSS-CE du 26 mars 2007 et 07.3561 de la CSSS-CN du 14 septembre 2007 « Revalorisation de la médecine de famille »<sup>4</sup>. Il s'appuie sur de nombreuses publications de différents responsables de la formation universitaire et postgrade et inclut des études relatives aux soins intégrés et à la cybersanté. Le point de vue des cantons est rapporté par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Pour certaines questions spécifiques, les institutions ou organisations professionnelles compétentes ont été consultées.

#### 3.1 Motion 08.3608 – Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours

La motion a la teneur suivante :

Le Conseil fédéral est chargé d'élaborer, en collaboration avec les cantons et les organisations spécialisées, puis de soumettre au Parlement, une stratégie et un plan directeur (comprenant les

<sup>1</sup> Médecins de campagne (*Landärzte*) : médecins de premier recours exerçant dans les zones rurales.

<sup>2</sup> Center for Workforce Studies (2006) : The Complexities of Physician Supply and Demand : Projections Through 2025. AAMC Tomorrow's Doctors, Tomorrow's Cures.

<sup>3</sup> Dans ce rapport, la notion de « médecine de premier recours » est utilisée comme un synonyme de la notion de médecine de famille. La catégorie de médecins proposant une médecine de premier recours inclut les médecins spécialistes en médecine générale, les médecins praticiens, la médecine interne, ainsi que la pédiatrie. Cette classification se réfère aux titres postgrades fédéraux ou reconnus exclus de la limitation de l'admission selon l'art. 55a, al. 1 LAMal (RS 832.10). Aucune définition définitive de la médecine de premier recours n'est toutefois introduite de ce fait : d'autres médecins spécialistes interviennent également dans des domaines qui pourraient en principe également être classés dans la médecine de premier recours (p. ex. la gynécologie, la psychiatrie et la psychothérapie, la rhumatologie, la cardiologie, etc.).

<sup>4</sup> Le rapport est publié sur le site Internet de l'OFSP : <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/07962/index.html?lang=fr>.

éventuelles modifications législatives) visant à empêcher une pénurie de médecins en Suisse et à encourager la médecine de premier recours. Les travaux porteront en particulier sur l'abolition du numerus clausus, la réorganisation de la formation et du perfectionnement des médecins, la tarification, l'encouragement de cabinets de groupe et de nouveaux modèles de travail, la réglementation des services d'urgence et les possibilités de développer les services de télésanté.

### 3.1.1 Développement de la motion

Selon une étude de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), la prise en charge médicale risque de souffrir de lacunes considérables d'ici à 2030 : jusqu'à 30 % des consultations projetées pourraient ne plus être assurées. Toujours selon l'Obsan, c'est pour les médecins de famille que le problème sera le plus aigu: près de 40 % des consultations ne seraient plus assurées. Cette pénurie s'explique d'une part par le vieillissement de la population, qui fera augmenter la demande de prestations médicales auprès des médecins de famille. D'autre part, le nombre de médecins s'orientant vers cette spécialité devrait continuer de diminuer. L'étude arrive dès lors à la conclusion que, pour garantir des soins accessibles à tous, il faut notamment prendre des mesures dans le domaine de la médecine de premier recours.

### 3.1.2 Réponse du Conseil fédéral

Dans sa réponse du 12 décembre 2008, le Conseil fédéral approuve la requête de l'auteur de la motion et recommande de l'accepter. Il voit l'opportunité de donner une cohésion aux travaux menés jusqu'alors de façon fragmentaire et de formuler des recommandations. Dans sa réponse, il fait aussi remarquer que l'offre médicale pourrait être insuffisante dans certains domaines et excessive dans d'autres. Les idées du Conseil fédéral sont actuellement suivies dans le débat politique dans deux directions. La révision de la Loi fédérale du 18 mars 1994<sup>5</sup> sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du Managed Care offre la possibilité de créer le cadre nécessaire pour une meilleure mise en réseau des médecins de premier recours pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire des soins, contribuant ainsi à augmenter l'attrait de la médecine de premier recours. Quant à l'offre excessive dans d'autres domaines, elle pourrait être compensée par la mise en œuvre de la proposition du Conseil fédéral d'introduire la liberté de contracter, dans le but de limiter l'afflux de fournisseurs de prestations dans ces domaines. Les débats parlementaires concernant ces deux projets sont en cours. Il appartient aux Chambres fédérales de créer le cadre prévu par la LAMal et d'encourager une politique orientée vers le futur.

### 3.1.3 Etat des délibérations

Le 19 décembre 2008, le Conseil national a décidé d'adopter la motion ; le Conseil des Etats en a fait de même le 4 juin 2009.

### 3.1.4 Rapport entre la motion et l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille »

Il a été renoncé dans le cadre du présent rapport à l'élaboration d'un masterplan sous la forme de propositions concrètes de révision législative, puisqu'il existe un recoupement des contenus entre la présente motion et l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » déposée le 1<sup>er</sup> avril 2010. Tout en tenant compte de la compétence des cantons en matière de soins de santé, une série de recommandations propre à empêcher la pénurie (spécifique) de médecins, quelle que soit l'issue de la votation populaire sur l'initiative, est en revanche formulée. Cette méthode a aussi été retenue parce que les recommandations s'adressent à un grand nombre d'acteurs, à savoir la Confédération, les cantons, les hautes écoles et les associations professionnelles qui doivent coordonner entre eux leurs mesures à court terme ainsi que leur démarche à moyen et long terme. Dans le cadre de la consultation réalisée jusqu'au 6 juillet 2011, les cantons ont pris position sur le contre-projet du Conseil fédéral à l'initiative populaire, en refusant catégoriquement l'élargissement des compétences de la Confédération, même si celui-ci n'était prévu qu'à titre subsidiaire.

Le rapprochement avec l'initiative populaire a fini par engendrer un retard. Le rapport n'a pas été élaboré dès le printemps 2011 comme prévu initialement, mais est présenté maintenant conjointement et en accord avec le message sur le contre-projet direct à l'initiative populaire « Oui à la médecine de

---

<sup>5</sup> RS 832.10

23.11.2011

famille ». Cette période supplémentaire a été mise à profit pour intégrer des chiffres et analyses plus récents, englobant également l'année 2010.

## 4 Prévisions et études relatives à la pénurie de médecins

Ce chapitre décrit et évalue succinctement la pénurie de médecins pronostiquée. Le thème de la migration du personnel de santé sera également discuté à cette occasion. Différentes études sur ce thème seront présentées et des aspects ayant une influence sur le besoin de médecins seront mis en lumière.

### 4.1 Prévisions relatives à la pénurie de médecins

#### 4.1.1 Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Selon les calculs de l'Office fédéral de la statistique (OFS), la part des plus de 65 ans dans la population totale de la Suisse va progresser de 16 % ,à l'heure actuelle, à 28 % en 2050. La part des plus de 80 ans, qui est d'environ 5 % aujourd'hui et qui devrait passer à 12 % au cours de la même période, va notamment se traduire par une demande croissante de prestations médicales. En s'appuyant sur les hypothèses relatives à cette évolution de la population, l'Obsan a calculé différents scénarios « optimistes » et « pessimistes ». Les variations ont porté sur l'état de santé de la population âgée, l'introduction du *gatekeeping* et la substitution de prestations médicales par d'autres professions de santé. Tous les scénarios, même les plus optimistes, suggèrent une pénurie qui va principalement se manifester dans le domaine de la médecine de premier recours. Ainsi, l'Obsan estime que dans le secteur ambulatoire, 40% des consultations en médecine de premier recours pourraient ne plus être couvertes d'ici 2030. Même dans les autres spécialités, les besoins futurs devraient dépasser l'offre de 30 % au maximum.

L'une des hypothèses du rapport de l'Obsan concernant les diplômés en médecine humaine doit entre-temps être corrigée. Le nombre de diplômés sera nettement supérieur aux prévisions, en raison des augmentations de capacités déjà opérées par les facultés de médecine et des nouveaux calculs de l'OFS<sup>6</sup> : Dès 2015, entre 850 et 900 médecins diplômés quitteront les universités suisses au lieu des 700 prévus.

En outre, les prestations ambulatoires des hôpitaux, ainsi que les modifications attendues de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et de l'introduction des forfaits par cas liés aux prestations qui en résulte dans le domaine hospitalier, n'ont pas été prises en compte dans les prévisions : une durée d'hospitalisation plus courte et des optimisations générales des processus qui déboucheront sur des gains d'efficacité. La même prestation pourrait ainsi être réalisée avec moins de personnel (médical et non médical).

### 4.2 Différentes études relatives à la pénurie de médecins

Les études ci-après consacrées à la pénurie de médecins montrent que celle-ci doit avant tout être considérée aujourd'hui comme une pénurie de médecins formés en Suisse. Cette pénurie contraint notamment les hôpitaux à recruter du personnel à l'étranger. Or, du fait de la pénurie de médecins qui se profile à l'échelle internationale, cette solution est de plus en plus critiquée. Dans le domaine de la médecine de premier recours, la succession des cabinets individuels vacants n'est plus assurée. La structure de l'offre existante ne peut donc plus être totalement préservée. Parallèlement, les prestations hospitalières ambulatoires ont fait et font encore l'objet d'un important développement. L'un dans l'autre, il n'y a pas de preuve évidente que la pénurie de médecins formés en Suisse s'est jusqu'à présent traduite par un déficit de soins. Les recherches en ce sens ne débouchent sur aucun résultat.

---

<sup>6</sup> OFS (2010) : « Perspectives de la formation : Scénarios 2010-2019 pour les hautes écoles. » Neuchâtel.

#### 4.2.1 Pénurie de médecins à l'hôpital

Dans une étude menée par la Schweizerische Gesellschaft für praktische Sozialforschung (Gfs) en 2009<sup>7</sup>, 65 % des 205 hôpitaux interrogés déclarent être touchés ou particulièrement touchés par une pénurie de médecins (les établissements psychiatriques sont notamment particulièrement touchés). 52 % des établissements interrogés estiment que la pénurie de personnel est extrêmement problématique et évoquent une politique de formation inappropriée et des horaires de travail peu attrayants comme principales raisons. 83 % des établissements ayant fait état d'une pénurie ont pu temporairement garantir la fourniture de prestations grâce à des mesures alternatives, notamment le recrutement de personnel formé à l'étranger. Les auteurs de l'étude en déduisent que la pénurie de personnel peut, pour l'essentiel, être compensée dans le cadre du fonctionnement courant.

#### 4.2.2 Pénurie de médecins dans la médecine de premier recours dans le secteur ambulatoire

Les difficultés de succession de cabinets dans le domaine de la médecine de premier recours sont notamment relevées comme indice de la pénurie de médecins. Ainsi, Marty (2006)<sup>8</sup> a comparé le nombre d'offres d'emploi et de cabinets publié dans le Bulletin des médecins suisses (BMS) avec le nombre de cabinets ouverts en 2002 et 2005. Alors que 218 cabinets de médecin de famille étaient encore proposés et 162 cabinets ouverts en 2002, ce rapport s'est nettement dégradé en 2005 avec 191 offres de cabinet contre seulement 71 ouvertures. Les résultats de cette étude doivent être interprétés avec circonspection, ce dont convient même l'auteur. Les chiffres publiés ne sont pas complets, car de nombreux cabinets ne sont jamais proposés par voie d'annonce, sans compter qu'il n'y a pas d'obligation de publication dans le BMS concernant les ouvertures. Il n'y a cependant aucune raison de douter de la tendance relevée dans cette étude. Les quelques informations supplémentaires fournies par cette petite étude à propos des types de cabinets proposés constituent toutefois une explication possible de l'excédent croissant de l'offre : en 2002, 66 % des cabinets proposés étaient des cabinets individuels, en 2005, ils étaient même 72 %. Seuls 11 % des employeurs offraient la possibilité d'un travail à temps partiel dans les offres d'emploi proposées. Or, il ressort des études sur la vision qu'ont les jeunes médecins de leur profession que le travail en cabinets individuels est de moins en moins conforme à ces aspirations. Les emplois à temps partiel seront donc de plus en plus recherchés.<sup>9</sup>

Les études les plus récentes de l'Obsan démontrent que la médecine de premier recours n'a guère diminué entre 1998 et 2007, à l'aune de l'évolution de la densité médicale dans 106 régions de soins<sup>10</sup>. Aucune conclusion quant à l'équilibre de l'offre et de la demande n'étant ainsi possible, l'Obsan a en outre étudié les régions dans lesquelles le taux d'activité<sup>11</sup> des médecins de premier recours est supérieur à la valeur moyenne. Cette valeur permet de mesurer l'augmentation par les médecins de leur volume de travail en raison de l'accroissement de la demande. Alors qu'une seule région de soins remplissait ces deux critères entre 1998 et 2002 (à savoir diminution de la densité médicale et augmentation du volume de travail) et entrait donc dans la catégorie des « régions vulnérables », elles étaient six régions de soins entre 2002 et 2007. Concrètement, cela signifie que l'élasticité entre l'offre et la demande ne devrait plus être très importante dans ces régions, mais pas qu'il existe une pénurie.

Les deux études dans le domaine de la médecine de premier recours suggèrent que l'offre de prestations diminue dans certaines régions. Ce constat s'accompagne d'une croissance particulièrement forte des coûts dans le domaine des prestations hospitalières ambulatoires : de 2007 à 2008, l'augmentation des coûts dans ce domaine était de 11 %, soit près de deux fois plus élevée que la croissance tendancielle dans tous les domaines. Le nombre de traitements d'urgence qui auraient tout aussi bien pu être assurés par les médecins de premier recours selon l'Association faïtière des assureurs maladie de Suisse (santésuisse) a notamment augmenté. Cette affirmation mérite sans nul doute d'être relativisée : pour certains traitements d'urgence, l'infrastructure du service ambulatoire d'un

<sup>7</sup> Bieri, U. et al. (2009) : Personalangel - ein mehrheitlicher Problemdruck verlangt nach Lösung. Rapport final sur la pénurie de personnel à la demande de H+ Les établissements hospitaliers de Suisse. Gfs. Berne.

<sup>8</sup> Marty, F. (2006) : Nombre d'offres de cabinets 2005 – trois ans après l'introduction de la limitation de l'admission. In PrimaryCare 2006;6: n° 17.

<sup>9</sup> Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Klaghofer, R.: Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte. In: Gesundheitswesen 2008; 70: 123-128.

<sup>10</sup> Evolution de l'offre médicale ambulatoire de 1998 à 2007 : présentation de l'Obsan à l'occasion de la séance du Dialogue de la politique nationale de la santé du 21 octobre 2010.

<sup>11</sup> Mesuré à l'aune des prestations décomptées à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

hôpital est indispensable, alors que l'on peut se demander pourquoi les traitements d'urgence habituellement dévolus aux médecins de famille ne sont pas assurés par des cabinets de premier recours : serait-ce lié aux heures d'ouverture ? Les connaissances concernant l'utilisation optimale du système de santé suisse feraient-elles défaut aux patients et plus particulièrement à ceux issus de l'immigration ou bon nombre de ces patients n'auraient-ils pas de médecin de famille ?<sup>12</sup>

#### 4.2.3 Recrutement à l'étranger

Le recrutement de personnel formé à l'étranger fait l'objet de critiques de plus en plus vives. Bien que les médecins formés à l'étranger et travaillant en Suisse viennent majoritairement des pays limitrophes, la Suisse contribue ainsi indirectement à un « exode des cerveaux » dans les pays qui sont dès aujourd'hui confrontés à une certaine précarité des soins. C'est dans ce contexte que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) vient d'adopter en mai 2010 un code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé.<sup>13</sup> La prise en compte des recommandations de l'OMS est certes facultative, mais celles-ci doivent inciter les Etats membres à promouvoir les principes éthiques lors du recrutement des personnels de santé à l'étranger. Les Etats membres sont invités à former eux-mêmes du personnel en nombre suffisant pour couvrir leurs propres besoins.

La dernière étude de l'Obsan sur le personnel de santé étranger en Suisse montre que notre pays figure parmi les bénéficiaires de ce type de migration.<sup>14</sup> Aussi le chef du DFI a-t-il plaidé en faveur d'une réduction de la dépendance de la Suisse par rapport au personnel formé à l'étranger, à l'occasion du discours inaugural de la 12<sup>e</sup> réunion de travail Politique nationale suisse de la santé (PNS) en novembre 2010. A moyen et long terme, elle devrait chercher à former elle-même du personnel de santé qualifié et adapté aux besoins en nombre suffisant. Cet objectif est en principe atteignable dans la formation des médecins, si l'on considère le nombre de personnes intéressées.

Jusqu'à présent, la plupart des discussions ont cherché à déterminer la part actuelle du personnel de santé étranger et quelle pourrait ou devrait être son évolution à l'avenir. Or, dans l'optique du code de pratique de l'OMS, ce n'est pas tant la question de la part des étrangers au sens de nationalité qui importe que la question de savoir qui supporte les coûts de la formation. La question de la sécurité des soins se pose en outre en Suisse, eu égard à la part croissante de personnel formé à l'étranger : celle-ci peut-elle encore être garantie, en cas de baisse sensible de l'immigration des professionnels de santé, par exemple, suite à une amélioration substantielle des conditions de travail dans les principaux pays de recrutement (Allemagne, France) ?

Aucune réponse définitive ne peut être apportée à la question de la part équitable de professionnels de santé formés à l'étranger dans le sens de l'OMS. Les données disponibles concernant l'échange international sont très lacunaires. Bon nombre d'entre elles ne font pas de distinction entre nationalité et pays de formation. Le solde net qui a été calculé uniquement sur la base des valeurs d'immigration et d'émigration, mais dans l'ignorance de la durée et de la finalité du séjour, interdit toute conclusion définitive quant à l'échange effectif entre les pays. Il apparaîtra ultérieurement dans ce rapport qu'un nombre étonnamment élevé de médecins formés en Suisse utilise également la mobilité dans une perspective de développement professionnel (cf. à ce sujet le chap. 7.1.4). Ces données faisaient défaut lors des calculs ou estimations antérieurs du solde migratoire effectués par l'Obsan.

La réponse à cette question ne sera plus aussi importante quand la Suisse formera elle-même suffisamment de médecins pour couvrir ses propres besoins. C'est la raison pour laquelle ce rapport s'attache intensivement à clarifier cette question.

Dans la perspective de la sécurité et de la qualité des soins, les médecins travaillant en Suisse devraient idéalement posséder les compétences linguistiques et culturelles requises pour répondre aux besoins de la population, dont une population étrangère résidente permanente de 22 %. Les médecins immigrés ou formés en Suisse, mais issus de l'immigration continueront donc de jouer un rôle important dans notre système de santé à l'avenir. L'échange international est tout aussi indispensable pour le développement de ce domaine que de tous les autres domaines scientifiques.

<sup>12</sup> L'enquête suisse sur la santé 2007 a révélé que les personnes issues de l'immigration seraient beaucoup moins nombreuses à avoir un médecin de famille.

<sup>13</sup> OMS Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé. 2010. Lien: [http://www.who.int/hrh/migration/code/full\\_text/fr/index.html](http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/fr/index.html)

<sup>14</sup> Jaccard Ruedin, H. et al. (2010) : L'immigration du personnel de santé vers la Suisse. Obsan, Rapport 39.

### 4.3 Proportionnalité des prestations et de l'efficacité

Les études suivantes démontrent que la pénurie de médecins pronostiquée peut aussi être relativisée à différents égards.

#### 4.3.1 Différences de fréquence de certains traitements médicaux

Les traitements médicaux ne sont pas partout réalisés avec la même fréquence (différences régionales et nationales). Les études correspondantes réalisées dans le cadre du programme national de recherche 53 « Santé musculosquelettique – douleurs chroniques » montrent qu'il existe aussi une offre excédentaire de prestations médicales dans certains domaines.

Ainsi, Busato (2009)<sup>15</sup> fait-il état en Suisse de trois différences régionales concernant le remplacement de l'articulation de la hanche, de neuf différences concernant les arthroscopies du genou et même de 37 différences concernant les arthroscopies de l'épaule. Ces différences ne s'expliquent pas uniquement par des facteurs cliniques. Elles seraient aussi la conséquence d'une structure de l'offre et d'un recours aux soins variables selon les contextes ainsi que de la « *surgical signature* » (forme de traitement prédominante) dans une région de soins ou encore de considérations financières. En d'autres termes, on peut se demander si les interventions décrites sont toujours adaptées, nécessaires et appropriées.

Il existe des exemples similaires pour les hystérectomies, les naissances par césarienne, les tomodensitométries à des fins diagnostiques ou les examens avec cathétérisme cardiaque ou les traitements par ritaline.

#### 4.3.2 Importantes ressources personnelles dans le secteur hospitalier

La pénurie de médecins pronostiquée doit aussi être quelque peu relativisée eu égard aux importantes ressources personnelles en comparaison internationale ou à la moindre productivité des hôpitaux suisses.

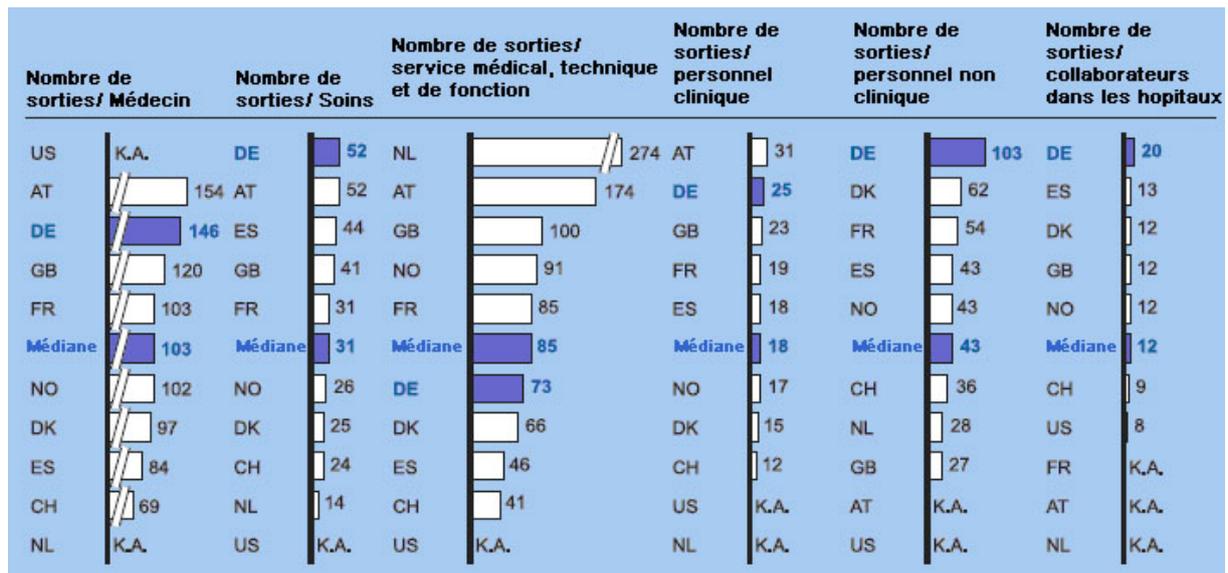
La figure 1 de Salfeld (2008, 2009) montre la productivité du personnel dans les hôpitaux de différents pays de l'OCDE<sup>16</sup>. La productivité se mesure au nombre de sorties de patients hospitalisés par catégorie de collaborateurs et par an. Les chiffres correspondent à des équivalents plein temps.

---

<sup>15</sup> Busato, A. et al. (2009) : En Suisse, l'épaule fait plus ou moins mal selon les régions. Forum Médical Suisse 2009; 9(24): 438.

<sup>16</sup> Salfeld, R.; Hehner, S.; Wichels, R. (2008, 2009) : Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Deuxième édition mise à jour et enrichie. Springer Verlag.

Figure 1 : Productivité du personnel par fonctions et domaines individuels en 2003 (en équivalents plein temps)



Source : Statistiques nationales<sup>17</sup>

L'illustration montre clairement que la productivité des médecins en Suisse était inférieure d'environ 30 % à la valeur médiane<sup>18</sup> en 2003. Si l'on compare la productivité des médecins avec celle de l'Allemagne ou de l'Autriche, elle est même inférieure d'environ 50 %. Outre le standard en matière de soins, ce besoin de personnel relativement important pourrait aussi s'expliquer par la taille moyenne moins élevée des hôpitaux suisses et les moindres effets d'échelle qui en résultent ainsi que par la durée de séjour moyenne plus importante des patients suisses.

Le nombre élevé de médecins employés dans le secteur hospitalier ne peut pas être justifié par un nombre de lits important, contrairement à ce qui est parfois supposé : en 2008, la Suisse comptait 39 900 lits soit 3,45 lits pour 1000 habitants dans le secteur aigu. La Suisse possède donc un nombre de lits qui est même inférieur à la moyenne de l'OCDE de 3,8 lits pour 1000 habitants. Les hôpitaux au nombre de 318 en 2008 sont, en revanche, nombreux ; 75 % d'entre eux comptent moins de 150 lits.

#### 4.4 Prévention

La prévention est un aspect important en relation avec la pénurie de médecins pronostiquée et avec l'évolution du besoin futur de prestations médicales. Elle n'est pas approfondie dans le présent rapport, mais doit néanmoins être évoquée ici dans un souci d'exhaustivité. Dans la comparaison des pays de l'OCDE, la Suisse engage des moyens relativement limités pour la prévention et la promotion de la santé. Selon le rapport des experts de l'OCDE<sup>19</sup>, le besoin de prestations médicales pourrait être abaissé, si la consommation d'alcool et de tabac pouvait être limitée plus efficacement ou si les maladies jusqu'à présent négligées, telles que les maladies psychiques et l'obésité, bénéficiaient d'une plus grande attention.

#### 4.5 Résumé

Y a-t-il actuellement une pénurie de médecins ? A ce jour, nous pouvons clairement répondre à cette question par la négative. Les études évoquées montrent toutefois clairement que l'activité de formation

<sup>17</sup> Germany - Federal Office of Statistics, UK - office of National Statistics and Department of Health UK, US - 2005 AMA Physician Characteristics 2003 data, AHA 2003 data, Spain- Establecimientos Sanitarios en Régimen de internado 2003, France, Switzerland - Swiss Federal Statistical Office, Austria- Statistik Austria, Norway - Samdata Somatikk 2004, Sintef Health Research, Norway. Statistics Norway, Denmark - Sundhedssektoren i tal 2005 ( The health sector in numbers 2006), The Danish Ministry of the Interior and Health; Statistics Denmark, Netherlands - RIVM, Dutch Central Bureau of Statistics

<sup>18</sup> La valeur médiane scinde un groupe en deux moitiés, dont l'une est inférieure à cette valeur et l'autre supérieure.

<sup>19</sup>2006 : Etude de l'OCDE et de l'OMS sur le système de santé suisse.

est insuffisante en Suisse. Ce fait s'explique par l'impossibilité pour les hôpitaux de recruter suffisamment de médecins formés en Suisse pour couvrir leur besoin en personnel, des problèmes de recrutement parfois assez importants se posant dans certaines spécialités (p. ex., en psychiatrie). Les difficultés pour trouver un successeur aux cabinets de médecins de famille dans certaines régions montrent qu'il y a de plus en plus de problèmes concernant la répartition. Le manque de conformité entre la structure actuelle de l'offre (cabinets individuels) et la vision qu'ont les jeunes médecins de leur métier devrait expliquer la plupart des problèmes de succession. Des études plus récentes de l'Obsan concernant l'évolution dans le domaine de la médecine de premier recours en cabinet montrent qu'il n'y a pas de pénurie systématique dans aucune des 106 régions de soins définies par l'OFS. L'élasticité de l'offre a toutefois nettement diminué dans six régions.

Parallèlement, l'offre de prestations hospitalières ambulatoires a très fortement augmenté ces dernières années. Elle inclut de nombreuses prestations qui auraient, en principe, aussi pu être fournies par des médecins de premier recours. Rien ne permet de déterminer précisément pourquoi de telles prestations sont de plus en plus sollicitées à l'hôpital.

Outre des indices de pénurie (probable) dans certaines spécialités / milieux de soins / régions, des signes révélant un excédent de soins sont également visibles. Les importantes ressources personnelles dans les établissements hospitaliers de Suisse (moindre productivité), sautent par ailleurs aux yeux dans la comparaison des pays de l'OCDE, pour un nombre de lits modéré. Même si une amélioration de l'efficacité venait à réussir à l'avenir, il faut s'attendre à une nouvelle amplification du besoin de médecins, eu égard à l'évolution démographique, aux investissements modérés dans la prévention par rapport aux autres pays de l'OCDE et au travail à temps partiel qui gagne du terrain au sein du corps médical.

La question souvent controversée de la « juste » part des médecins formés à l'étranger passera au second plan si la Suisse forme suffisamment de médecins à l'avenir pour couvrir elle-même ses besoins. La compétence linguistique et culturelle ainsi que l'échange international de connaissances étant généralement essentiels pour la qualité des soins et le développement du secteur, les médecins issus de l'immigration continueront de jouer un rôle important dans le système de santé suisse, ne serait-ce qu'en raison d'une population étrangère résidente permanente de 22 %.

En termes d'approvisionnement, il est toutefois à noter qu'en cas de nette diminution de l'immigration de médecins formés à l'étranger et de capacités de formation inchangées, la Suisse ne sera plus en mesure d'assurer le niveau de soins actuel. Eu égard à l'évolution des capacités de formation et de l'immigration, rien ne permet actuellement d'affirmer qu'il y aura bien à l'avenir une pénurie de médecins. En adoptant le code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé de l'OMS, la Suisse s'est (volontairement) fixé pour objectif de former davantage de médecins.

## 5 Population des médecins

Le présent chapitre met en évidence les principaux indicateurs en lien avec la population actuelle des médecins en s'appuyant sur l'évolution des diplômes, de la répartition entre les sexes, de la proportion de spécialistes en médecine humaine formés à l'étranger, du rapport entre les médecins de famille et les spécialistes ainsi que des critères démographiques supplémentaires de cette population.

### 5.1 Etat et évolution de la population des médecins

#### 5.1.1 Densité médicale

Le nombre de médecins a constamment augmenté ces dernières années. En 2009, la Suisse comptait plus de 32 000 médecins en activité, ce qui représente une densité médicale d'au moins 4,12 pour 1000 habitants. Dans la comparaison des pays de l'OCDE, la Suisse se classe ainsi parmi les pays à la plus forte densité médicale.

#### 5.1.2 Effectif des médecins

Les chiffres disponibles sur l'effectif actuel des médecins divergent selon les sources. En effet, il n'existe aucun service centralisé qui recense les données concernant l'ensemble des médecins actifs

selon des critères uniformes, de manière exhaustive et régulière<sup>20</sup>. Par ailleurs, l'établissement de la statistique est compliqué par le fait que de nombreux médecins travaillent dans plusieurs institutions hospitalières, ou à la fois dans les secteurs hospitalier et ambulatoire.

Les chiffres figurant dans le tableau 1 proviennent de deux sources datant d'années différentes et présentant des disparités considérables : la statistique médicale 2009 de la FMH et les données de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan, 2007). Contre toute attente, les chiffres de la FMH pour 2009 sont inférieurs à ceux de l'Obsan pour l'année 2007.

Tableau 1 : Statistique médicale de la FMH 2009 et Obsan 2007 (nombre de personnes, pas équivalents plein temps)

	<b>FMH 2009</b>	<b>Obsan 2007</b>
Médecins (hôpital)	13 768	16 300 (estimation)
Médecins (cabinets)	15 912	15 500
<b>Tous les médecins</b>	<b>29 680</b>	<b>31 800</b>

Pour 2007, le nombre de médecins actifs dans les hôpitaux a été estimé à 18 500 ; seuls 16 300 ont été inclus dans le tableau ci-dessus, car selon les estimations de la FMH, près de 14 % des médecins travaillent à plusieurs endroits. Ces statistiques ne correspondent pas à des équivalents plein temps, mais au nombre de personnes. Les chiffres nettement moins élevés de la statistique de la FMH pour le secteur hospitalier sont dus à la prise en compte incomplète de ce domaine dans la statistique de la FMH<sup>21</sup>.

Près de la moitié des médecins employés dans le secteur hospitalier sont des médecins-assistants. Entre-temps, le nombre de médecins exerçant en Suisse devrait toutefois se situer au-delà de 32 000.<sup>22</sup>

### 5.1.3 Âge moyen des médecins

Comme la formation postgrade se déroule presque exclusivement dans le secteur hospitalier, les médecins y sont en moyenne plus jeunes que dans le secteur ambulatoire. Selon les données de la FMH, le passage du secteur hospitalier au cabinet a lieu relativement tard. A 40 ans, la moitié des médecins ont ouvert leur cabinet. Cette proportion s'élève à 90 % à l'âge de 48 ans. La moitié des médecins en exercice dans le secteur ambulatoire ont déjà plus de 50 ans, ce qui ne constitue pas un fait remarquable, eu égard à l'âge auquel débute l'activité en cabinet.

Dans les deux domaines, la tendance générale est au vieillissement. Entre 2003 et 2009, l'âge moyen dans le secteur ambulatoire a augmenté de 2 ans, de 3 ans dans le secteur hospitalier.

Tableau 1 : Age moyen des médecins : Evolution entre 2003 et 2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médecins dans le secteur ambulatoire	51	52	52	52	53	53	53
Médecins dans le secteur hospitalier	39	39	40	40	40	41	42

Source : Statistique médicale 2009 de la FMH

Les facteurs suivants ont pu mener à cette évolution :

- formation postgrade à temps partiel avec prolongation de la durée de la formation en conséquence ;
- obtention de plusieurs titres postgrades (environ 10 % de médecins avaient deux titres postgrades ou plus, tendance à la hausse) ;

<sup>20</sup> Le registre des professions médicales permet de disposer aujourd'hui de données personnalisées sur l'ensemble des médecins, avec des indications sur la formation. Comme la loi sur les professions médicales prévoit uniquement une obligation de s'annoncer pour les membres du corps médical exerçant à titre indépendant, il manque des informations sur l'activité des personnes employées dans le secteur ambulatoire et hospitalier.

<sup>21</sup> Plus d'affiliation obligatoire depuis 2002.

<sup>22</sup> Selon la statistique des hôpitaux de l'OFS, les effectifs de médecins dans le domaine hospitalier ont augmenté de 4,3 % en moyenne entre 2002 et 2007.

- la limitation de l'admission à l'activité au détriment de l'assurance-maladie selon l'article 55a LAMal débouche sur une durée d'emploi plus longue dans le domaine hospitalier ;
- meilleures possibilités de travailler à temps partiel dans le secteur hospitalier ;
- intérêt généralement à la baisse pour reprendre un cabinet médical dans le domaine des soins médicaux de base (féminisation / travail à temps partiel).

Tous ces facteurs contribuent à ce que la phase de la pratique de la profession à titre indépendant soit plus courte et que l'âge moyen des médecins en exercice dans le secteur ambulatoire continue d'augmenter. Les changements dans la structure de la couverture ambulatoire avec un nombre croissant de collectifs médicaux et la possibilité de travailler à temps partiel devraient contribuer à ce que la durée moyenne de l'exercice de la médecine dans le secteur ambulatoire croisse de nouveau, et donc aussi à améliorer le retour sur investissement (rendement du capital investi dans le cabinet).

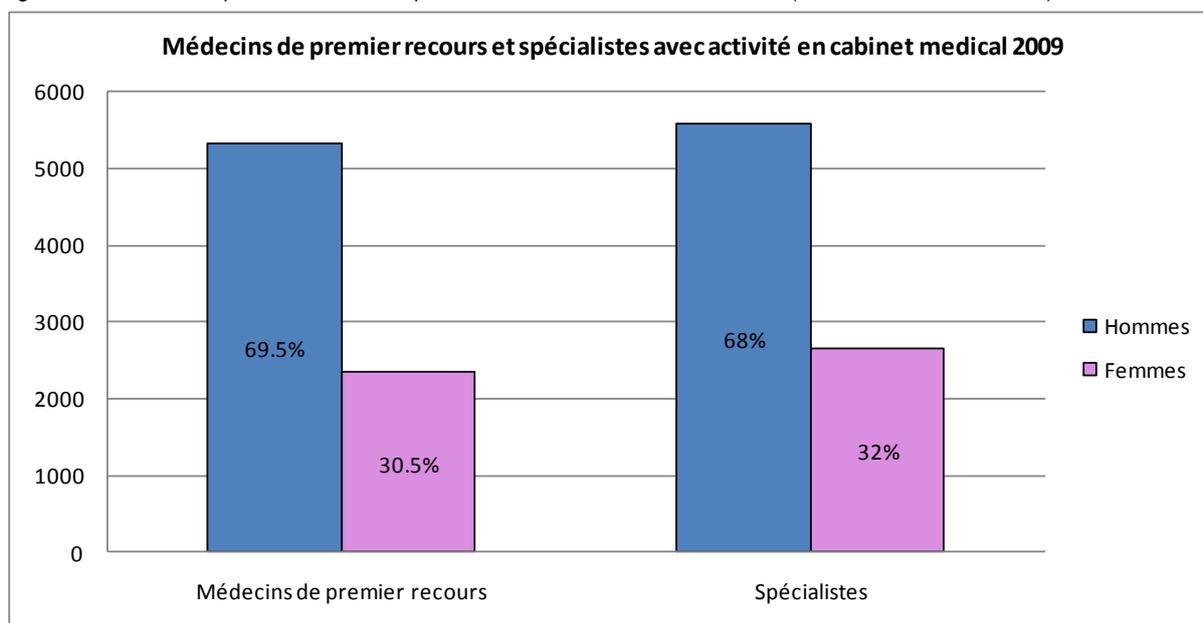
#### 5.1.4 Répartition de l'âge des médecins de premier recours et des spécialistes (exerçant en cabinet)

L'augmentation de l'âge moyen des médecins de premier recours est souvent perçue comme problématique. Des comparaisons en la matière entre spécialistes et médecins de premier recours dans le secteur ambulatoire ne révèlent aucune différence en termes d'âge moyen. On constate toutefois que dans le groupe le plus important des médecins de premier recours, celui des généralistes, 57 % des hommes ont plus de 55 ans. Les départs à la retraite prévisibles devront être compensés ces prochaines années par un nombre d'autant plus important de nouvelles admissions. Seuls 48 % des hommes ont plus de 55 ans chez les spécialistes. Quelles que soient les spécialités, les femmes sont nettement plus jeunes.

#### 5.1.5 Médecins de premier recours et spécialistes (exerçant en cabinet)

Si toutes les spécialités recensées selon l'article 55a LAMal sont comptabilisées dans le groupe de la médecine de premier recours<sup>23</sup>, la situation en Suisse dans le secteur ambulatoire se présente comme suit :

Figure 2 : Médecins de premier recours et spécialistes dans le secteur ambulatoire (selon le nombre et le sexe)



Source : Statistique médicale 2009 de la FMH

En 2009, 43 % (6954) des médecins exerçant dans le secteur ambulatoire étaient des médecins de premier recours. Si l'on tient compte en sus des médecins sans spécialité principale, ils étaient 48 % soit 7678 médecins. Les spécialistes en médecine générale forment le plus grand groupe de médecins

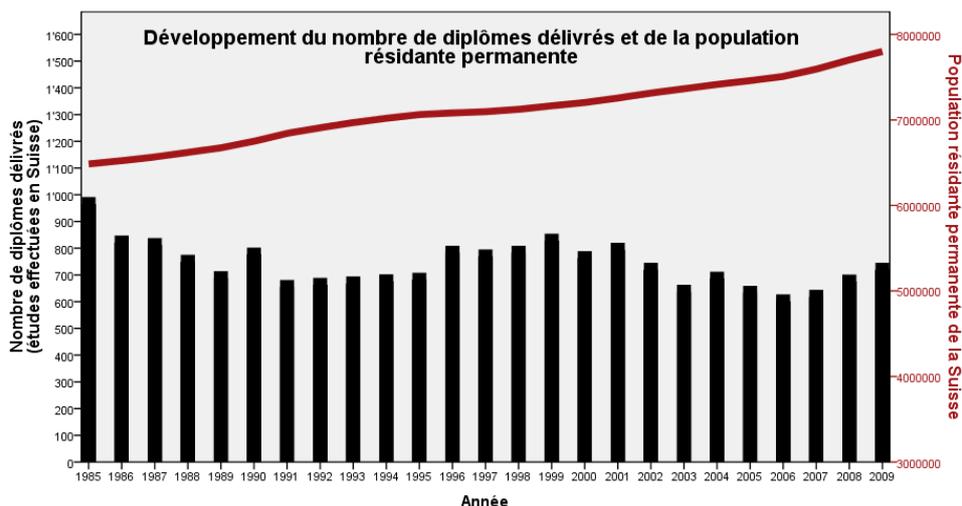
<sup>23</sup> Au sens de l'art. 55a LAMal. Aucune combinaison incluant des titres de spécialistes n'a été retenue (cf. aussi la note de bas de page 3).

de premier recours. La part des femmes exerçant en cabinet est d'environ 30 %. La Suisse se distingue – eu égard à l'ensemble des médecins en exercice - par un nombre important de spécialistes<sup>24</sup>.

### 5.1.6 Diplômes fédéraux et population résidente

Depuis 1985, le nombre de médecins formés en Suisse est resté plus ou moins stable. Les années 2003 à 2007 révèlent une diminution du nombre de diplômes fédéraux, chiffre qui repart à la hausse depuis 2008. Si l'on compare le nombre de diplômes fédéraux en médecine humaine avec l'évolution de la population résidente permanente, on remarque une baisse notable. La population résidente permanente a crû de 19 % depuis 1985, mais le nombre de diplômes fédéraux n'a pas suivi cette évolution.

Figure 3 : Nombre de diplômes et évolution de la population depuis 1985

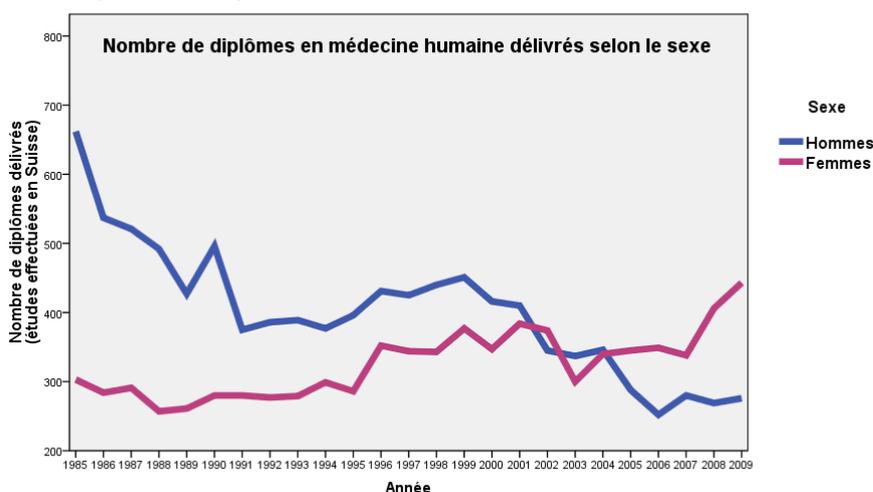


Source : Registre des professions médicales et chiffres de la population de l'OFS

### 5.1.7 Evolution de la répartition par sexe

Depuis 1985, la part de femmes ayant obtenu un diplôme fédéral en médecine humaine a doublé. En 2009, 61,5 % des diplômes fédéraux sont allés à des femmes. La répartition entre les sexes en médecine humaine reflète celle observée pour les certificats de maturité.

Figure 4 : Répartition des diplômes selon le sexe 1985 - 2009



Source : Registre des professions médicales OFSP

<sup>24</sup> Elle figure en tête de la comparaison de l'OCDE avec un rapport de 0,5 médecin de premier recours pour 2,8 spécialistes, devant l'Allemagne, la France, l'Italie, l'Autriche, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas. Pour le calcul toutefois, seuls les spécialistes en médecine générale ont été définis comme médecins de premier recours.

La part croissante de femmes transparait aussi avec le temps de retard escompté dans l'octroi des titres fédéraux de formation postgrade. En 1984, seuls 18 % de ces titres (à cette époque des titres FMH) étaient attribués aux femmes. Cette proportion s'élevait à 46 % déjà en 2009. En 2009, les femmes ont acquis 51 % de tous les titres fédéraux de formation postgrade en médecine de premier recours. Depuis 1984, le pourcentage de femmes exerçant la médecine a doublé pour atteindre 35 % aujourd'hui. En 2009, 31 % des médecins exerçant en cabinet étaient des femmes. Ce pourcentage continuera de croître fortement ces prochaines années.

#### 5.1.8 Médecins formés à l'étranger

Selon la statistique médicale de la FMH, 22 % (env. 7000) de l'ensemble des médecins exerçant en Suisse en 2009 ont achevé leur formation à l'étranger (17 % en 2003)<sup>25</sup>. Cette proportion correspond actuellement à la population étrangère résidante permanente. Cette part s'élève à 30 % dans le secteur hospitalier et à 14 % dans le secteur ambulatoire. La proportion des médecins formés à l'étranger est plus faible en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. Selon la statistique des hôpitaux 2007 de l'OFS, la proportion d'étrangers<sup>26</sup> dans le domaine hospitalier atteint 37 %. Ce pourcentage est le plus élevé en psychiatrie stationnaire, où 52 % des médecins en exercice sont de nationalité étrangère<sup>27</sup>. La statistique de l'OFS précise la nationalité et non le pays de formation.

#### 5.1.9 Evolution quantitative de tous les médecins

La figure 5 montre, à titre d'exemple, l'évolution quantitative des médecins sur la base des titres fédéraux de formation postgrade reconnus et accordés entre 2005 et 2010. Leur nombre total s'élève à 11 726.

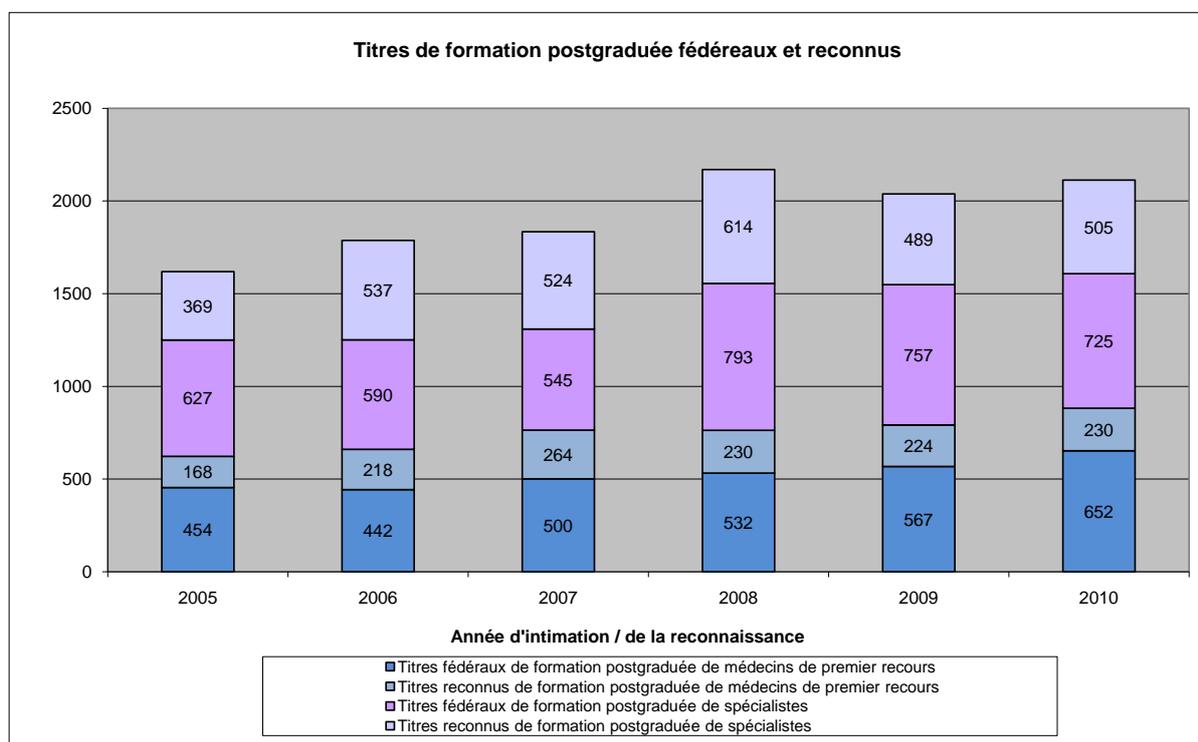
---

<sup>25</sup> Kraft, E. ; Hersperger, M. (2009) : Le corps médical en Suisse – confrères et collègues venus de l'étranger. Bulletin des médecins suisses 2009 ; 90:49.

<sup>26</sup> Contrairement à la statistique de la FMH, cette statistique ne répertorie que la nationalité et non le pays d'octroi du diplôme.

<sup>27</sup> Monitoring des médecins actifs en milieu hospitalier, données 2007. Publication commune de l'Obsan, FMH, CDS, OFSP. Les données dans le secteur hospitalier correspondent à des équivalents plein temps.

Figure 5 : titres fédéraux de formation postgrade reconnus et accordés entre 2005 et 2010



Source : Registre des professions médicales de l'OFSP

On note que le nombre de titres fédéraux de formation postgrade reconnus ou accordés chaque année est supérieur à 2000 depuis 2008 et qu'il est désormais plus de deux fois plus élevé que le nombre de médecins formés en Suisse chaque année (cf. le chap. 7.1.3 relatif à la loi sur le travail). Les médecins de premier recours profitent également de cette forte augmentation, en chiffres absolus. L'immigration ne se traduit cependant pas par une augmentation relative des médecins de premier recours par rapport aux spécialistes.

Le nombre élevé s'explique par le fait que 24 %, soit 1724 des 7183 titres fédéraux de formation postgrade accordés entre 2005 et 2010, l'ont été à des médecins titulaires d'un diplôme étranger reconnu. 4543 médecins supplémentaires ont fait reconnaître en Suisse leur titre de formation postgrade déjà acquis à l'étranger.<sup>28</sup> A quelques exceptions près, il s'agit de médecins ayant été formés à l'étranger.<sup>29</sup> La part des médecins de premier recours dans ce groupe n'est que de 29 % et est donc nettement inférieure à celle observée dans le groupe des titres fédéraux de formation postgrade, qui demeure stable, autour de 45 %.

En résumé, le tableau est donc le suivant :

Entre 2005 et 2010, 11 726 titres de formation postgrade ont été acquis en Suisse (7183) ou reconnus par la Suisse (4543).<sup>30</sup> Le nombre total de médecins formés à l'étranger (6267) correspond à la somme des 1724 titres de formation postgrade acquis en Suisse par des médecins formés à l'étranger et aux 4543 titres de formation postgrade reconnus par la Suisse. La part des médecins formés à l'étranger représente donc 53 % en tout, à l'aune du nombre de titres fédéraux de formation postgrade reconnus et accordés entre 2005 et 2010.

<sup>28</sup> La reconnaissance du titre de formation postgrade suppose également la reconnaissance du diplôme. La Commission des professions médicales responsable à cet égard perçoit une taxe de 1380 francs en tout pour ces prestations.

<sup>29</sup> Seules 22 personnes ayant des titres de formation postgrade reconnus ont suivi leur formation en Suisse.

<sup>30</sup> Le nombre des titres de formation postgrade est supérieur à celui des médecins, car certains d'entre eux ont acquis plus d'un titre de formation postgrade.

## 5.2 Résumé

Avec environ 4,12 médecins pour 1000 habitants, la Suisse possède l'une des densités médicales les plus importantes dans le monde. En 2009, près de 32 000 médecins étaient actifs dans les soins de santé. L'effectif précis n'est pas connu ; il manque notamment des données exhaustives sur les médecins (-assistants) travaillant dans les hôpitaux. La part des médecins de premier recours dans les médecins exerçant en cabinet est de 48 % ou 52 % chez les spécialistes. L'âge moyen des médecins a augmenté ces dernières années, aussi bien dans le domaine ambulatoire qu'hospitalier. S'agissant de l'âge moyen des médecins exerçant en cabinet, on ne constate aucune différence entre médecins de premier recours et spécialistes. Le groupe le plus important des médecins de premier recours, celui de la médecine générale, présente toutefois la structure d'âge la plus défavorable. Conjointement avec la part des femmes dans la médecine de premier recours, dont l'augmentation est particulièrement forte, le besoin de relève dans la médecine de premier recours va encore s'accroître. La stagnation des diplômés par rapport à l'évolution de la population résidante suisse, le doublement de la part de femmes depuis 1985 de même que l'augmentation relative et absolue de la proportion de médecins formés à l'étranger indiquent une pénurie croissante dans la formation des médecins : ceux-ci ont acquis 53 % (ou 6227 titres de formation postgrade) des 11 726 titres fédéraux de formation postgrade reconnus et accordés entre 2005 et 2010. En chiffres absolus, les médecins de premier recours profitent également de l'immigration, mais un peu moins que les spécialistes.

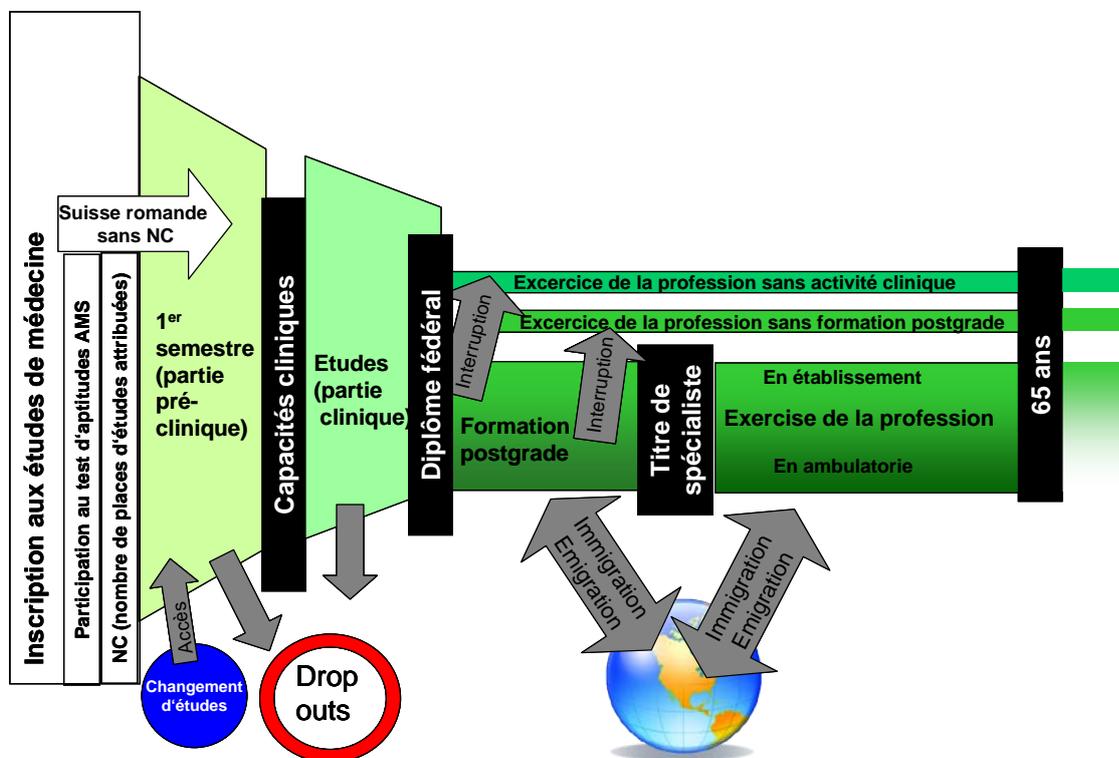
## 6 Formation

Ce chapitre présente un modèle permettant de cerner les besoins en formation en Suisse. Il analyse les facteurs qui déterminent l'évolution des effectifs de médecins en formation et l'efficacité avec laquelle les capacités disponibles sont utilisées. Il fournit également un aperçu d'autres pays, qui permet d'estimer les capacités de formation. Dans le cadre de la promotion de la médecine de famille, il examine enfin le niveau d'intégration et la portée de la médecine de premier recours.

### 6.1 Système de la santé : entrées et sorties

Comme pour les autres professions, on suppose que les diplômés en médecine ne seront pas tous actifs dans leur discipline. Le modèle présenté ci-dessous recense et répertorie les entrées des médecins dans le système ainsi que leurs sorties. Pour ce faire, il prend en compte la période allant de l'inscription aux études de médecine jusqu'à la retraite ou à la cessation de l'activité.

Figure 6 : Modèle présentant les entrées dans le système et les sorties du système, de l'inscription à la retraite



Source : Office fédéral de la santé publique

#### 6.1.1 Besoins en formation

Il est difficile d'estimer les futurs besoins en médecins titulaires du diplôme fédéral, parce que la notion de « satisfaction des besoins » est difficile à déterminer objectivement. Pour cette raison, il faut avant tout clarifier la question de savoir si la Suisse forme suffisamment de médecins pour maintenir la densité médicale (nombre de médecins) actuelle. Des aspects tels que l'évolution du taux d'occupation ne sont pas (encore) pris en compte ici. Il convient en premier lieu de calculer les besoins en formation nécessaires en Suisse. Les capacités d'accueil disponibles, l'évolution du nombre des nouveaux inscrits, les taux de réussite ainsi que le rôle et les effets du numerus clausus (NC) seront également mis en lumière.

Pour déterminer le nombre nécessaire de médecins qui doivent entrer chaque année dans le système de santé afin d'assurer la densité médicale actuelle, le modèle de calcul suivant, très simplifié, a été élaboré :

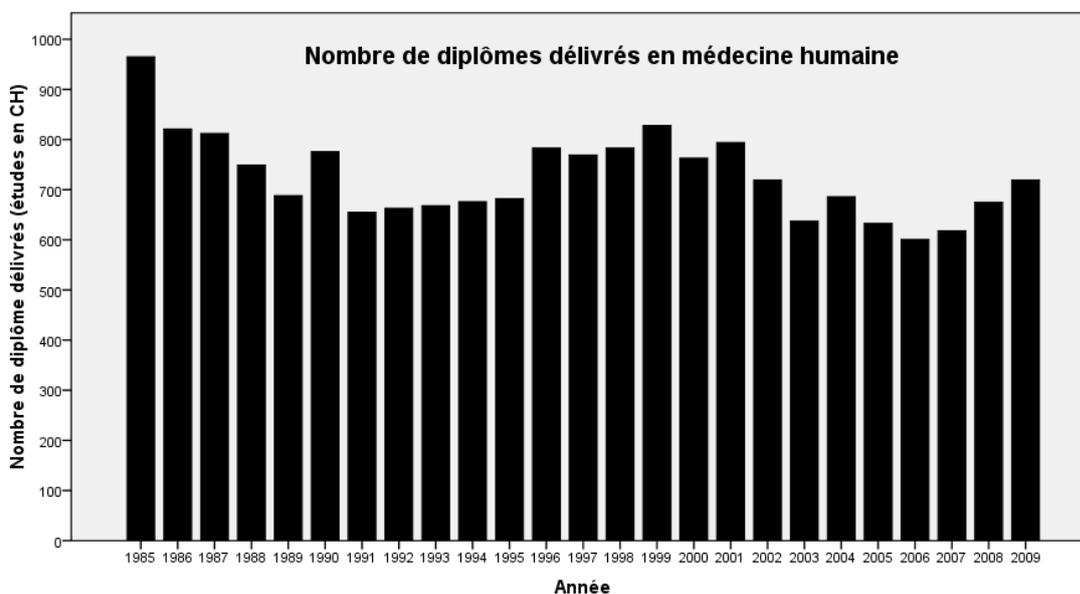
Médecins en exercice dans le système de santé :	32 000
Durée moyenne d'activité (années) :	37
Nombre nécessaire de médecins chaque année :	864

La durée moyenne d'activité clinique se base sur l'estimation selon laquelle les médecins commencent à travailler à l'âge de 28 ans et prennent leur retraite à 65 ans. Cette estimation englobe environ 93 % des médecins en activité actuellement. En effet, 7 % des médecins en activité ont plus de 65 ans. En limitant le calcul à 65 ans, on a tenu compte de la tendance générale, pour les deux sexes, à la retraite anticipée et à la réduction du temps de travail.

Formons-nous chaque année 864 nouveaux médecins ?

La figure 7 suivante montre le nombre de diplômes fédéraux délivrés entre 1986 et 2009. On voit bien que l'effectif de 864 médecins diplômés n'a pas été atteint ces dernières années.

Figure 7 : Diplômes délivrés entre 1985 et 2009



Source : Registre des professions médicales, OFSP

### 6.1.2 Intérêt porté aux études de médecine

Les études de médecine restent une discipline très attrayante car elles sont un gage de sécurité pour l'avenir. En 2009, 3394 bacheliers se sont inscrits en études de médecine et, en 2010, 3824. Entre 2007 et 2009, de 400 à 700 personnes, soit 20 à 35 % des inscrits dans les universités appliquant le numerus clausus, à savoir Berne, Bâle, Zurich et Fribourg, ont toutefois attendu le jour du test d'aptitude aux études de médecine pour annuler leur inscription. Malgré ces retraits et les années de faible natalité, le nombre des inscriptions suffit pour que la Suisse puisse former ses propres médecins aujourd'hui et à l'avenir. La médecine humaine se trouve ainsi dans une bien meilleure situation que les autres professions médicales, telles les professions de soins.

### 6.1.3 Capacités d'accueil et nombre d'étudiants en première année

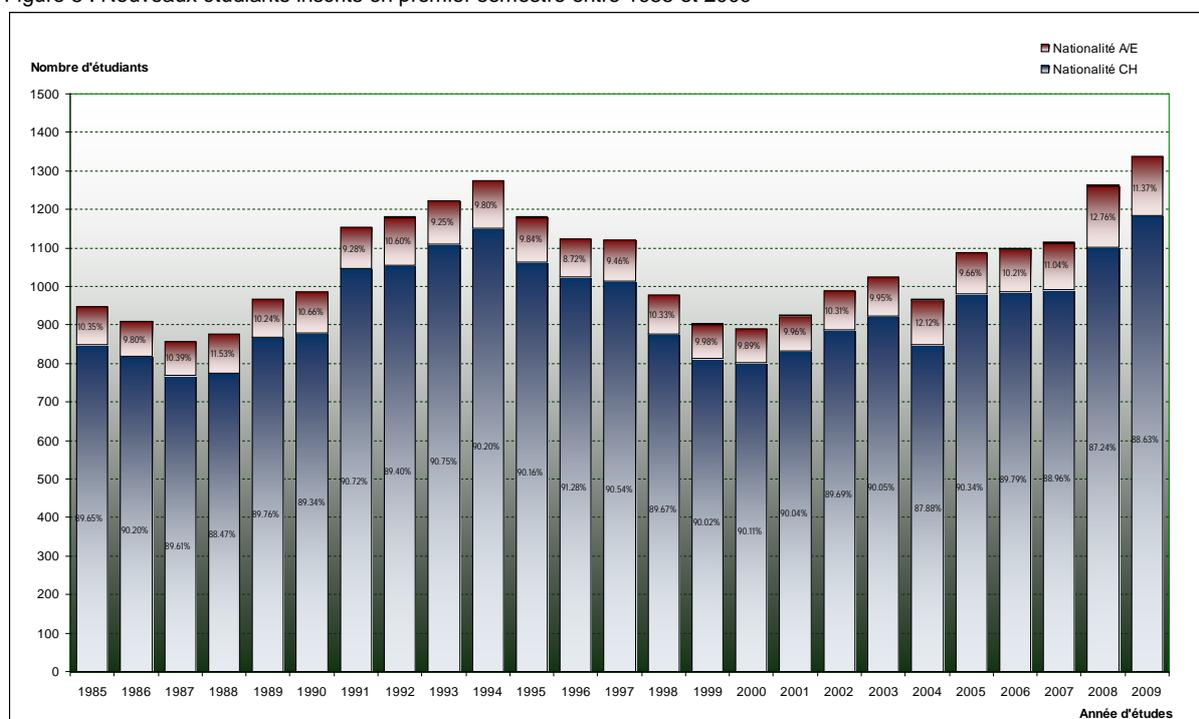
Selon les informations de la CRUS, les capacités d'accueil en médecine humaine sont passées de 923 à 1064 entre 2000 et 2010, soit une augmentation de 15 %. Il est vrai que l'on fait entrer plus d'étudiants pour pouvoir compenser les abandons. Par ailleurs, la Suisse romande n'applique pas de numerus clausus.

Dans les capacités d'accueil, il faut en outre faire la distinction entre le nombre d'étudiants pouvant être admis au premier semestre universitaire et le nombre d'étudiants pouvant chaque année achever le cursus en fonction des capacités cliniques disponibles (patients qui se mettent à disposition à des fins de formation).

Les données publiées par la CRUS quant aux capacités d'accueil concernent le nombre d'étudiants pouvant être admis. La capacité clinique est inférieure d'environ 20 % à la capacité d'accueil. Par conséquent, la capacité de fin d'études pour 2010 est de 850 places environ. Ce sont les capacités cliniques, limitées, qui posent des difficultés pour la formation, et ce, dès la 2<sup>e</sup> ou la 3<sup>e</sup> année d'études selon la faculté. Aujourd'hui, la formation clinique a principalement lieu dans les hôpitaux universitaires et, parfois, dans les hôpitaux cantonaux. Les possibilités de transmettre les connaissances cliniques à l'aide de programmes d'*e-learning* sont encore peu utilisées pour étendre les capacités cliniques limitées (simulations, scénarios basés sur des cas avec des patients virtuels). En Allemagne, ce thème est désormais si important que la *Gesellschaft für Medizinische Ausbildung* a créé une commission spécifique.<sup>31</sup> La disponibilité des patients à des fins de formation devrait encore diminuer avec l'introduction du forfait par cas DRG et en raison de la durée d'hospitalisation moyenne plus courte escomptée, ce qui laisse apparaître la question de la disponibilité des capacités cliniques comme encore plus urgente.

La figure 8 ci-dessous a été établie par l'Office fédéral de la statistique. Elle montre les nouveaux inscrits au premier semestre pour les années 1985 à 2009<sup>32</sup>. Elle indique également la proportion d'étudiants étrangers, qui demeure plus ou moins constante depuis 1985 (10 à 12 %).

Figure 8 : Nouveaux étudiants inscrits en premier semestre entre 1985 et 2009



Source : OFS 2009 (évaluation selon mandat de l'OFSP)

Le nombre de nouveaux inscrits est en nette hausse depuis 2005 : à l'avenir, on peut donc s'attendre à un accroissement du nombre de diplômes délivrés. En tablant sur un taux de réussite moyen de 70 % pour toutes les facultés de médecine (appliquant ou non le numerus clausus), les universités suisses devraient délivrer entre 850 et 900 diplômes fédéraux dès 2015.

<sup>31</sup> Voir à ce sujet les informations disponibles à l'adresse suivante : <http://www.checkpoint-elearning.de/article/6830.html>

<sup>32</sup> Le premier semestre d'études correspond à la première immatriculation au cursus médical correspondant. L'indication « 1<sup>er</sup> semestre d'études » ne se réfère pas à la progression des étudiants. Les personnes qui ont des acquis dans un autre cursus ou une autre université étrangère ne peuvent être distingués des étudiants qui commencent le cursus.

#### 6.1.4 Numerus clausus

La suppression du numerus clausus est maintes fois invoquée comme moyen éprouvé de lutte contre le risque de pénurie de médecins. Pourtant, en raison du fort intérêt que suscitent les études de médecine, leur accès est, de facto, limité dans les pays occidentaux (p. ex., Etats-Unis, Canada, Grande-Bretagne, Allemagne, Autriche, Italie, Pays-Bas et Espagne). La France et la Belgique pratiquent – à l’instar de la Suisse romande – une sélection très stricte au terme de la première année d’étude afin de limiter le nombre d’étudiants et l’adapter aux capacités de formation. Ainsi, en France, seuls 20 % des étudiants de première année passent en deuxième année. Depuis 2010/2011, les étudiants français en médecine humaine, pharmacie, obstétrique, physiothérapie et médecine dentaire suivent une formation commune la première année. Seuls ceux qui obtiennent un très bon résultat à la fin de la première année peuvent continuer leurs études en médecine humaine.

Pour sélectionner leurs étudiants, tous les pays analysés (dont la Suisse) font passer des tests cognitifs et/ou se basent sur la moyenne des notes obtenues (Allemagne). Les premiers donnent une bonne indication des probabilités de réussite aux examens. Certains pays combinent des tests cognitifs avec des entretiens, des essais autobiographiques, des lettres de recommandation, des tests de personnalité ou des tests d’intelligence émotionnelle. La fiabilité et la pertinence de ces tests sont toutefois controversées scientifiquement.

Le numerus clausus (NC = « nombre fermé ») a été introduit en 1998 dans les universités de Berne, de Zurich, de Bâle et de Fribourg parce que le nombre de nouveaux inscrits dépassait de plus en plus les capacités de formation (cliniques) existantes et qu’il n’était plus possible d’assurer une qualité suffisante. La compétence dans la décision de limiter les admissions incombe exclusivement aux responsables universitaires.

Jusqu’ici, les universités romandes n’ont pas introduit de NC, mais pratiquent une sélection sévère après la 1<sup>re</sup> ou la 2<sup>e</sup> année, également en raison de capacités cliniques limitées. Cette sélection fait qu’aujourd’hui, seulement 50 à 60 % des étudiants immatriculés achèvent leurs études. A cet égard, on parle aussi de « numerus clausus caché ». En 2010, le canton de Genève a mis en place le test d’aptitudes pour la première fois ; les résultats faibles ne sont toutefois communiqués que dans le cadre d’un entretien destiné à réorienter les candidats ayant échoué.

Le test d’aptitudes, qui permet de sélectionner les étudiants, s’avère un instrument approprié pour augmenter le taux de réussite. De fait, ce taux se situe entre 80 et 90 % dans les universités appliquant le NC, tandis qu’il stagne entre 50 et 60 % dans celles qui ne l’appliquent pas.<sup>33</sup>

En cas de suppression complète du NC, les universités devraient renforcer massivement leurs capacités au vu des 3000 à 4000 personnes qui s’intéressent chaque année aux études de médecine.<sup>34</sup> Cela entraînerait des coûts élevés et se traduirait par une baisse de la qualité de la formation, sans parler du fait qu’il est impossible d’augmenter les capacités cliniques à loisir. Par ailleurs, les faibles résultats enregistrés dans les universités n’appliquant pas le NC donnent à entendre que, sans sélection à l’entrée, le taux de réussite des universités NC de Suisse alémanique chuterait de nouveau. En cas de suppression du NC, 1800 à 2400 médecins diplômés quitteraient chaque année l’université (en tablant sur un taux de réussite de 60 % à l’échelon suisse). Ce nombre dépasse nettement le besoin calculé, même en tenant compte des départs ultérieurs à l’issue des études (cf. à ce sujet le chap. 8.1). Certes, ce calcul se base sur une approximation, mais il fournit un ordre de grandeur qui dépasse largement les besoins.

#### 6.1.5 Capacités supplémentaires : Nouveaux développements

Depuis le semestre d’automne 2009, l’Université de Fribourg propose une troisième année d’études qui débouche sur le diplôme de Bachelor. Par ailleurs, l’Université de la Suisse italienne examine la possibilité de créer un programme de Master en médecine humaine. Celui-ci pourrait constituer un complément judicieux au programme de Bachelor de Fribourg, seule possibilité permettant d’augmenter le nombre total de diplômés.

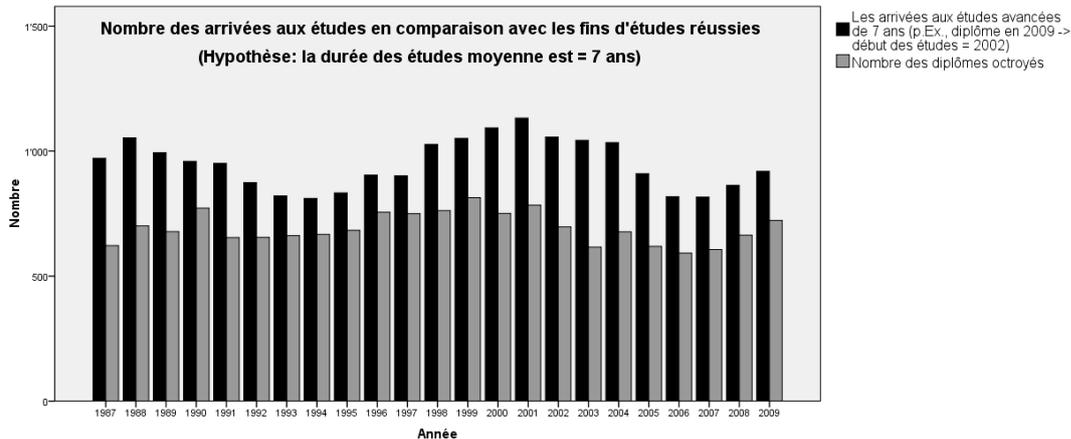
<sup>33</sup> Conférence universitaire suisse : Augmentation des capacités d’accueil en médecine humaine ? Document de travail, 5 août 2009.

<sup>34</sup> Pour l’année universitaire 2010/11, 3824 étudiants souhaitant suivre des études de médecine humaine se sont inscrits.

### 6.1.6 Capacités d'accueil et taux de réussite en comparaison internationale

Le nombre de médecins diplômés dépend, d'une part, de la capacité d'accueil et, d'autre part, du taux de réussite aux études. La figure 9 ci-dessous montre que la proportion des diplômés décernés par rapport au nombre d'étudiants en première année varie considérablement selon les années. Le taux de réussite<sup>35</sup>, qui augmente à nouveau depuis trois ans, s'élevait à 78 % en 2009. Cette hausse est avant tout due aux meilleurs résultats obtenus dans les universités appliquant le numerus clausus.

Figure 9 : Inscriptions (7 ans avant l'année d'obtention du diplôme) et nombre de diplômés délivrés



Source : Registre des professions médicales, OFSP

Avec une capacité de 1064 places d'étude pour les futurs spécialistes en médecine humaine, la Suisse se situe à la troisième place par rapport aux autres pays figurant dans le tableau ci-après. L'Allemagne, principal « pays exportateur de médecins » en Suisse, a moins de places d'études pour 100 000 habitants. Cependant, si l'on compare le nombre de diplômés délivrés, l'Allemagne a formé 12 médecins pour 100 000 habitants en 2008, tandis que la Suisse en a formé 8,9 pour le même nombre d'habitants. En Allemagne, selon l'office fédéral allemand des statistiques, 87,3 % des étudiants en médecine humaine ont réussi les études de médecine humaine ; le taux suisse était, pour la même année, de 73 %. L'Allemagne utilise donc beaucoup mieux ses capacités de formation, phénomène qui s'explique par une sélection plus stricte des étudiants à l'entrée.

<sup>35</sup> Le taux de réussite est calculé selon un modèle tablant sur une durée d'études de sept années (en 2008, la CUS a établi une durée d'études moyenne de 6,8 ans). Ce calcul sert uniquement à montrer les variations dans l'exploitation des capacités d'accueil.

Tableau 3 : Capacités d'accueil en comparaison internationale

Pays	NC	Capacités d'accueil en médecine humaine 2009/10	Nombre d'habitants 2008	Places pour 100 000 habitants 2008	Diplômes de fin d'études 2008	Diplômes pour 100 000 habitants
Suisse	Oui, sauf Suisse romande	1064	7,6 millions	14	676	8,9
Allemagne	Oui	10 048	82 millions	12,2	9857	12
Autriche	Oui, depuis 2006/07	1500	8,2 millions	18,3	1797 <sup>36</sup>	21
France	Non, mais capacités limitées en 2 <sup>e</sup> année	7400	64 millions	11,5	4000 <sup>37</sup>	6,25
Pays-Bas	Oui	2850	16,6 millions	17,1	n.c.	n.c.
Etats-Unis	Oui	18 400	309 millions	5,9	n.c.	n.c.
Canada	Oui	2695	33 millions	8,1	n.c.	n.c.

Source : Recherches sur Internet et demandes par courriels de la part de l'OFSP

#### 6.1.7 Aspects qualitatifs de la formation

La formation est dispensée conformément aux exigences de qualité fixées par la loi sur les professions universitaires (LPMéd)<sup>38</sup>. Par contre, la loi ne contient pas de disposition en vertu de laquelle la Confédération pourrait influencer sur l'évolution quantitative des professions médicales universitaires. Cet élément relève de la seule compétence des cantons universitaires. Toutefois, la Confédération contribue aux frais de formations par des subventions de base conformément à la loi du 8 octobre 1999 sur l'aide aux universités (RS 414.20). 70 % des subventions de base sont réparties dans les universités cantonales en fonction du nombre d'étudiants inscrits. Une pondération selon les disciplines académiques est ensuite effectuée, en fonction de l'accord intercantonal universitaire (AIU) du 20 février 1997<sup>39</sup>. Les étudiants en médecine font partie du groupe de facultés II (première et deuxième années d'études) et du groupe de facultés III, le plus coûteux (dès la troisième année d'études). Les universités cantonales obtiennent donc des aides plus importantes pour leurs étudiants en médecine que pour leurs étudiants inscrits dans d'autres disciplines.

Les études ont lieu suivant la structure de Bologne, à savoir un programme Bachelor de trois ans, suivis d'un cycle Master de deux ans puis d'une expérience clinique d'un an, le tout sanctionné par un diplôme fédéral. La structure Bachelor-Master donne en principe la possibilité de vérifier si d'autres parcours professionnels seraient utiles, tant dans le domaine des activités médicales pratiques que dans la recherche. Les possibilités de réorientation après l'achèvement d'un cursus de Bachelor sont encore extrêmement limitées aujourd'hui. Une meilleure perméabilité aurait en principe l'avantage de pouvoir utiliser les capacités existantes (limitées) dans la formation médicale de manière plus ciblée et donc efficace, dans la perspective de l'activité professionnelle future souhaitée. Elle implique cependant aussi que les étudiants devraient se décider plus tôt qu'avant dans quelle profession ils souhaitent travailler ultérieurement.

Il convient également de se demander si et comment une meilleure représentation de la médecine de base dans la formation permettrait d'augmenter la part des futurs médecins de premier recours. Fondamentalement, la formation selon la LPMéd permet de suivre le cursus de son choix ; elle n'est

<sup>36</sup> L'accès libre aux études de médecine jusqu'en 2006/2007 explique le nombre élevé de diplômes. En 2006, le nombre des nouveaux inscrits est en effet passé à 846.

<sup>37</sup> Nombre pour l'année 2004 (source : EURACT)

<sup>38</sup> RS 811.11

<sup>39</sup> AS 1999 1503

donc pas spécifiquement orientée vers la médecine de premier recours. Cependant, les compétences de base fixées dans la LPMéd nécessaires à cette discipline revêtent une place primordiale. La révision de loi, qui sera mise en consultation courant 2011, renforcera cette position : les objectifs de formation seront en effet davantage et explicitement axés sur la médecine de base et, particulièrement, sur le rôle du médecin de famille (art. 4 et 8 LPMéd). La valorisation de la formation interprofessionnelle et interdisciplinaire gagne également en importance. Des soins intégrés et interconnectés requièrent précisément des compétences pointues et une préparation au travail dans des équipes multiprofessionnelles, qui doivent accomplir leur mission, tant dans le domaine hospitalier qu'ambulatoire. Ce point sera d'autant plus important qu'il faudra tenir compte à l'avenir de tous les aspects des soins, c.-à-d. des soins curatifs, mais aussi de plus en plus des soins préventifs, de réadaptation et palliatifs, notamment eu égard à l'évolution démographique. Entre-temps, des chaires de médecine de premier recours ont été créées dans les facultés suisses. Les ressources que leur allouent les facultés diffèrent d'une université à l'autre et ne sont pas du ressort de la Confédération. La collecte des fonds de recherche s'est jusqu'ici avérée difficile. Une proposition de programme national de recherche (PNR) intitulé « Recherche sur les soins médicaux de base » a été déposée dans le cadre du cycle de sélection PNR 2008/2009. Le Comité de pilotage Formation, recherche et technologie (FRT) n'a accordé qu'une très faible priorité à cette proposition. Pour cette raison, aucune étude de faisabilité n'a été ordonnée pour cette thématique. On peut en principe comprendre que les différents services fédéraux ou cantonaux accordent des priorités différentes aux demandes de recherche, en raison de leurs perspectives et objectifs respectifs. Il n'y a pas à cet égard de politique cohérente dans le domaine des soins médicaux de base. On peut ajouter que le PNR « Fin de vie » a été lancé en février 2010. Il est probable que le rôle des médecins de premier recours sera également abordé dans ce contexte.

La recherche est essentielle pour accroître l'attractivité de ce domaine. Sans un renforcement des activités de recherche ainsi qu'un encouragement ciblé des chercheurs, il n'est toutefois guère possible d'atteindre le développement qualitatif qui va de pair avec un meilleur ancrage académique. Dans son programme pluriannuel 2012-2016, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a formulé la nécessité de promouvoir les ressources pour la recherche clinique pratique et axée sur les patients.

## 6.2 Résumé

Pour stabiliser la densité médicale actuelle, 864 médecins devraient entrer chaque année dans le système de santé. Ce chiffre ne tient pas compte de la proportion des étudiants qui ne suivent pas de formation postgrade après la fin de leurs études, ni des besoins supplémentaires liés à la baisse du taux d'occupation. Les pertes qui en résultent seront calculées dans le chapitre suivant, consacré à la formation postgrade et à l'exercice de la profession.

L'intérêt porté aux études de médecine continue d'être élevé et, malgré les années de faible natalité, la Suisse remplit les conditions pour pouvoir disposer, aujourd'hui et à l'avenir, d'un nombre suffisant de médecins. La médecine humaine se trouve ainsi dans une bien meilleure situation que les autres professions médicales, telles les professions de soins.

Ces dernières années, les universités suisses n'ont pas octroyé le nombre de diplômes nécessaire pour stabiliser la densité médicale. Depuis 2000, les cantons universitaires ont pourtant augmenté de 15 % leurs capacités d'accueil. En 2015, le nombre de diplômes variera entre 850 et 900. Bien que les capacités suisses soient plus élevées par rapport à l'Allemagne, elles sont moins bien exploitées. Ce résultat est notamment dû à la Suisse romande, qui stagne avec un taux réussite de 50 à 60 %. Les taux de réussite aux universités appliquant le NC se situent, quant à eux, entre 80 et 90 %. Le numerus clausus permet ainsi d'utiliser beaucoup mieux les capacités disponibles. Sa suppression aurait probablement pour effet que 3000 à 4000 étudiants commenceraient leurs études chaque année, dont 1800 à 2400 pourraient quitter les universités avec leur diplôme de médecin en poche. Un processus de sélection est absolument indispensable à l'heure actuelle, en raison du manque de capacités cliniques. Une augmentation si massive et si coûteuse du nombre de places d'études n'est pas appropriée. Certaines évolutions récentes, comme l'extension de deux à trois ans pour le titre de Bachelor à l'Université de Fribourg ainsi que les travaux préparatoires à l'Université de la Suisse italienne visant la création d'un programme de Master, pourraient accroître l'offre existante et, partant, contribuer au développement souhaité des capacités.

Des progrès ont pu être atteints dans la formation en médecine de premier recours ; pourtant, d'un point de vue sanitaire, l'importance de ce domaine dans le paysage universitaire fait encore l'objet d'une attention trop peu soutenue. Certes, des instituts de médecine de famille ont été érigés dans toutes les facultés de médecine, mais la levée de fonds en faveur d'un renforcement des activités de recherche s'avère difficile. Or, cet apport serait primordial pour ancrer cette matière à l'université. Une évaluation de la médecine de famille a lieu dans le cadre de la révision de la LPMéd : les objectifs de formation doivent mieux préparer à la médecine de premier recours et à l'interconnexion avec d'autres professions de santé. Le projet révisé sera mis en consultation en 2011.

## 7 Formation postgrade

### 7.1 Etat et évolution de la formation postgrade

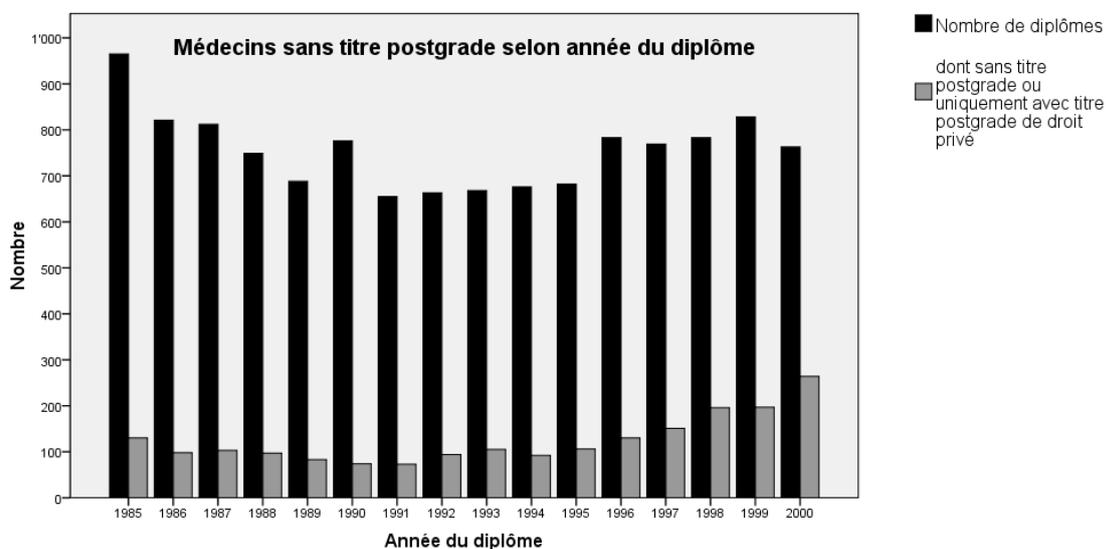
Ce chapitre décrit l'évolution quantitative de la population de médecins formée en Suisse dans la phase de formation postgrade, afin d'approfondir la question du besoin de formation (grandeur cible : stabilisation de la densité médicale et du volume de travail disponible).

Le nombre de médecins restant fidèles à leur objectif professionnel et suivant une formation postgrade est donc d'une importance capitale. Des aspects tels que le taux d'occupation des médecins suivant une formation postgrade et les taux d'immigration et d'émigration de cette population sont également étudiés. Le rapport chiffré entre les médecins de premier recours et les spécialistes étant particulièrement intéressant, les efforts pour une organisation plus attrayante de la formation postgrade des médecins de premier recours seront présentés. Les mécanismes ayant une influence déterminante sur ce rapport chiffré seront également pris en compte.

#### 7.1.1 Médecins diplômés avec et sans titre de formation postgrade

Les chiffres précis concernant les médecins titulaires d'un diplôme fédéral qui suivent une formation postgrade ne sont disponibles qu'une fois que ceux-ci ont acquis un titre fédéral de formation postgrade (ou un titre étranger reconnu par la Commission des professions médicales responsable à cet égard). Aux termes de la LPMéd, une entrée correspondante dans le registre des professions médicales est alors effectuée par l'organisation professionnelle compétente FMH. Sur la base des données enregistrées dans ce registre, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a déterminé le nombre de médecins titulaires d'un diplôme fédéral ayant obtenu un titre de formation postgrade (fédéral ou étranger reconnu) entre 1985 et 2000.

Figure 10 : part des médecins sans titre de formation postgrade (1985 - 2000).



Source : Registre des professions médicales de l'OFSP

L'analyse montre que la part des médecins diplômés sans formation postgrade est notamment nettement plus élevée chez les médecins diplômés entre 1998 et 2000 que chez les médecins diplômés les années précédentes. Il n'est pas encore possible de déterminer s'il s'agit d'une tendance ou non. Il est possible que certains médecins acquièrent encore un titre de formation postgrade 10 à 12 ans après l'obtention de leur diplôme. Si ce n'est pas le cas, il s'agit d'une tendance inquiétante, dont les causes devraient être étudiées. Le tableau 4 ci-après présente la même analyse en chiffres absolus par sexe.

Tableau 4 : chiffres absolus et parts relatives des hommes et des femmes, avec et sans titre de formation postgrade

	<b>1985 - 2000 (tous)</b>	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
Total diplômes fédéraux	12 081 (100 %)	7221 (60 %)	4860 (40 %)
avec titre de formation postgrade	10 088 (83,5 %)	6236 (86,4 %)	3852 (79,3 %)
<b>sans titre de formation postgrade</b>	<b>1993 (16,5 %)</b>	<b>985 (13,6 %)</b>	<b>1008 (20,7 %)</b>

Source : Registre des professions médicales de l'OFSP

Sur les médecins ayant obtenu un diplôme fédéral entre 1985 et 2000, 16,5 % n'ont acquis aucun titre de formation postgrade à ce jour. Malgré l'absence de données sur l'activité professionnelle de ce groupe, qui pourrait en principe travailler sans titre de formation postgrade mais sous surveillance (p. ex., dans un hôpital), nous partons ici du principe qu'une part de cette importance n'est plus à la disposition du système de santé.<sup>40</sup> Cette perte accroît le besoin de formation calculé au chapitre précédent de 864 à 1030 médecins par an.

### 7.1.2 Taux d'occupation des médecins assistants

En 2010, Buddeberg a mené une enquête auprès de 460 médecins assistants vivant en partenariat et formés en Suisse (53 % d'entre eux ayant un ou plusieurs enfants), six ans après l'obtention de leur diplôme. Cette enquête a permis de collecter d'autres indices importants concernant leur taux d'occupation durant la phase de formation postgrade : 98 médecins assistants, soit 21 % des personnes interrogées, indiquent avoir fait jusqu'à présent une pause professionnelle de 8 mois en moyenne.

Tableau 5 : taux d'occupation et pauses professionnelles des médecins assistants

	Hommes (n / %)	Femmes (n / %)	Total (n / %)
Actuellement en pause professionnelle	6 / 2,7%	24 / 10,2%	30 / 6,5
Taux d'occupation de 50 % ou moins	8 / 3,6%	58 / 24,7%	66 / 14
Taux d'occupation entre 60 et 90 %	23 / 10,2%	46 / 19,6%	69 / 14
Taux d'occupation de 100 %	188 / 83,5%	107 / 45,5%	295 / 63,5
Total	225	235	460 / 100

L'étude confirme que même chez les médecins ce sont essentiellement les femmes qui font une pause professionnelle et/ou réduisent sensiblement leur taux d'occupation au moment de fonder une famille. 45,5 % des femmes et 83,5 % des hommes travaillent en revanche à 100 %. La réduction du taux d'occupation et les pauses professionnelles au moment de fonder une famille sont certainement l'une des raisons de la pénurie de médecins assistants dans le domaine hospitalier.

### 7.1.3 Conséquence du travail à temps partiel et de la loi sur le travail

Le travail à temps partiel particulièrement répandu chez les femmes durant la phase de formation postgrade débouche sur une durée de formation plus longue et accroît donc le besoin de médecins diplômés dans le domaine hospitalier.

Le temps de travail hebdomadaire maximal des médecins assistants a en outre été fixé à 50 heures depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Le besoin supplémentaire de personnel qui en résulte est estimé à 25 % (+ 3 - 4000 postes).<sup>41</sup> La loi sur le travail n'est pas encore universellement appliquée selon l'ASMAG.

<sup>40</sup> La prise en compte totale d'une perte de 16,5 % sans formation postgrade est défendable, malgré l'incertitude relative au devenir de ce groupe, ne serait-ce que parce que le présent rapport ne tient plus compte des autres départs de la profession intervenant à un stade ultérieur de la carrière professionnelle. Des chiffres de comparaison enregistrés en Allemagne pour l'année 2009 montrent que 103 981 médecins exerçant une activité professionnelle sur un total de 429 926 ne travaillaient plus comme médecins. Les « pertes » sous la forme de médecins exerçant une activité non médicale sont donc de 24 % pour l'Allemagne.

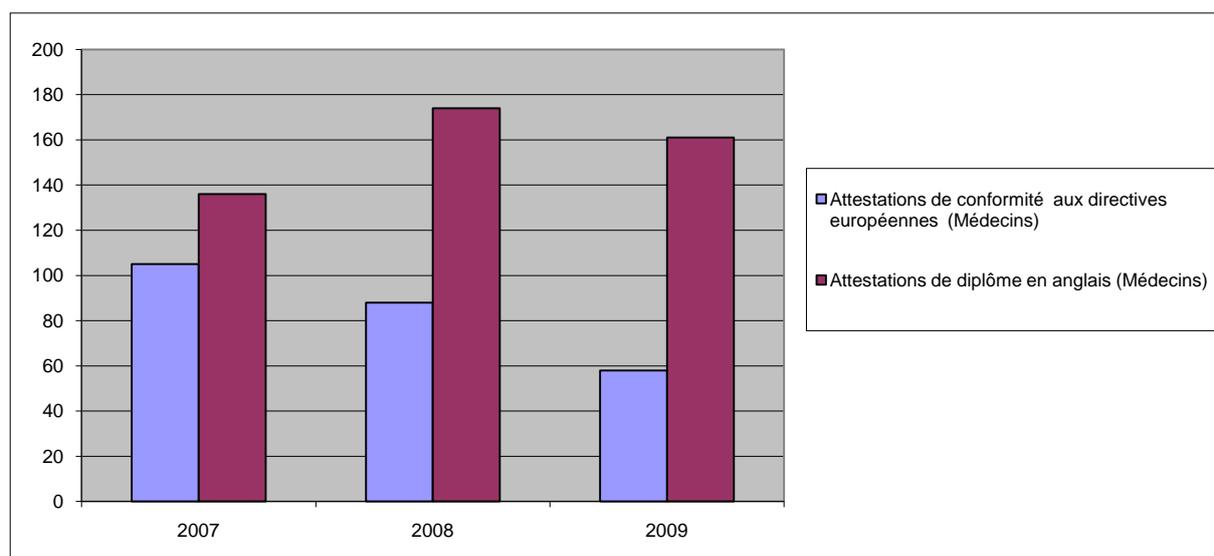
<sup>41</sup> Allal, N.; Herrmann, H.-U. (2007) : Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung. Conseil suisse de la science et de la technologie (CSST), Berne.

#### 7.1.4 Emigration de médecins suisses

Le nombre d'attestations de conformité aux directives et d'attestations de diplôme en langue anglaise établies chaque année par l'OFSP moyennant finance donnent une indication de l'immigration (probable et sans doute temporaire) des médecins formés en Suisse. Les attestations de conformité aux directives sont requises pour commencer une formation postgrade ou une activité de médecin dans des pays de l'UE/AELE. Les traductions de diplômes en anglais sont principalement requises pour l'émigration aux Etats-Unis ou au Canada. N'ont pas été prises en compte les traductions des diplômes en allemand, français et italien, car elles sont généralement commandées conjointement avec une attestation de conformité aux directives.

L'illustration 11 qui suit montre le nombre de documents établis de 2007 à 2009. Aucune indication ne peut être faite quant à la durée de l'activité ou de la formation postgrade à l'étranger, parce qu'il manque (encore) les données correspondantes.<sup>42</sup>

Figure 11 : émigration de médecins suisses 2007 - 2009



Source : documents archivés par l'OFSP

L'analyse montre qu'il y a chaque année entre 200 et 250 médecins formés en Suisse qui émigrent. Ainsi, près d'un tiers des médecins formés en Suisse ne sont (provisoirement) plus à la disposition du système de santé durant la phase de la formation postgrade. Il n'y a pas (encore) d'informations sur la durée du séjour à l'étranger ni sur le retour au pays. Des indications ne peuvent être données que s'ils acquièrent en Suisse un titre fédéral de formation postgrade ou s'ils font reconnaître leur titre de formation postgrade acquis à l'étranger. L'émigration des médecins formés en Suisse est une autre raison pour laquelle la part des médecins (assistants) étrangers est particulièrement élevée dans le domaine hospitalier (cf. aussi à ce sujet les chap. 5.1.2 et 5.1.3).

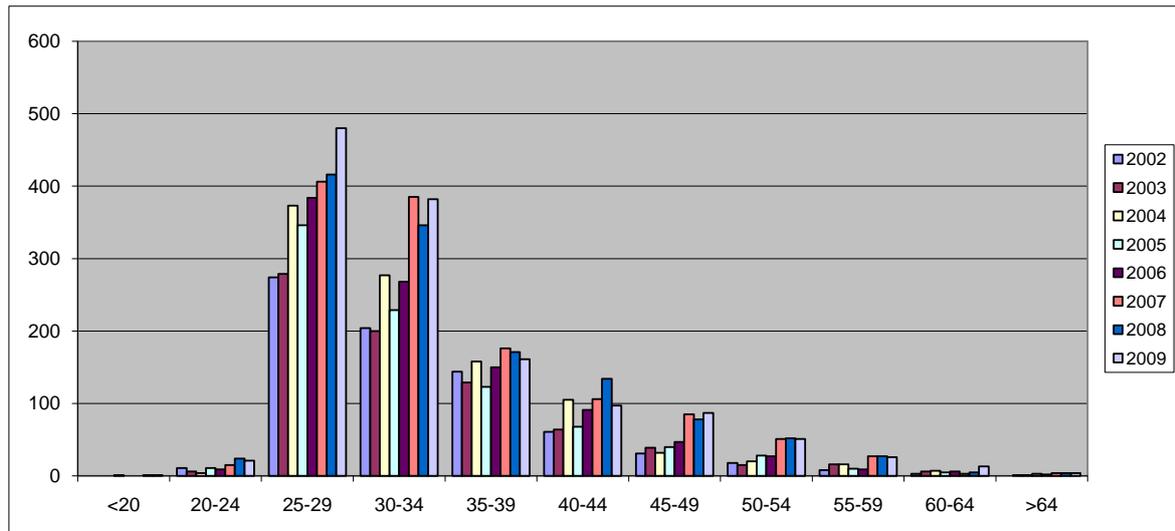
#### 7.1.5 Immigration de médecins (assistants) étrangers

Selon l'Office fédéral des migrations (ODM), entre 750 et 1300 médecins étrangers ont immigré chaque année en Suisse entre 2002 et 2009. L'immigration contribue de manière déterminante à ce que les structures de soins existantes puissent être pourvues d'un personnel suffisant. L'illustration 12 ci-dessous montre que la majeure partie (64 %) des immigrants est âgée de 25 à 34 ans, ce qui suggère que ces médecins immigreront en Suisse pour suivre une formation postgrade. La majeure partie d'entre eux est originaire d'Allemagne. Les conditions de formation postgrade en Suisse sont jugées nettement meilleures par les médecins assistants allemands, tant d'un point de vue qualitatif qu'en termes de conditions de travail (temps de travail, salaire).<sup>43</sup>

<sup>42</sup> En mai 2011, l'Office fédéral de la santé publique a commencé à interroger systématiquement les médecins qui demandent des attestations correspondantes. L'enquête se poursuivra jusqu'à fin 2011.

<sup>43</sup> Fotuhi, P.; Siegrist, M.; Vogel, S.; Orlow, P.; Neises, G.; Giger, M. (2007) : Deutsche Ärzte unzufriedener als ihre Schweizer Kollegen. Deutsches Ärzteblatt 104<sup>e</sup> année, cahier 5, février 2007.

Figure 12 : immigration cumulée de médecins étrangers par classe d'âge, de 2002 à 2009



Source : Office fédéral des migrations

Les chiffres de l'ODM correspondent plus ou moins aux diplômés de médecins étrangers reconnus par la Commission des professions médicales (cf. à ce sujet les chap. 5.1.2 et 5.1.3).

L'immigration est extrêmement importante pour le maintien de la structure de soins hospitalière existante et de plus en plus aussi pour la structure ambulatoire (cf. à ce sujet le chap. 8.3.1 relatif aux autorisations de pratiquer). Parallèlement, on peut se demander si l'immigration contribue éventuellement à désavantager les médecins suisses souhaitant une formation postgrade à temps partiel. Il se peut que les médecins formés à l'étranger et disposés à travailler à 100 % soient les candidats les plus intéressants pour des postes de médecins assistants aux yeux des hôpitaux.

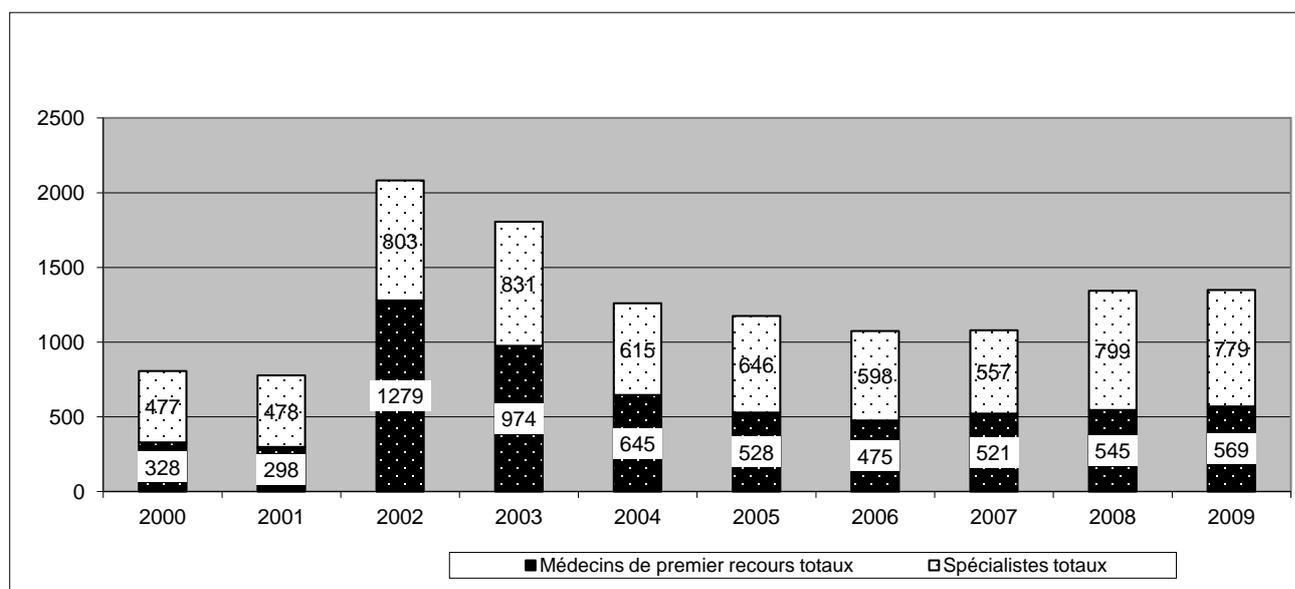
#### 7.1.6 Rapport chiffré entre les médecins de premier recours et les spécialistes

Une pénurie de médecins est plus particulièrement pronostiquée pour le domaine de la médecine de premier recours ambulatoire. C'est pourquoi le rapport chiffré entre les médecins de premier recours et les spécialistes qui résulte du système suisse de formation universitaire et de formation postgrade est particulièrement intéressant.

La figure 13 montre l'évolution du rapport entre les médecins de premier recours<sup>44</sup> et les spécialistes sur la base des titres fédéraux de formation postgrade octroyés depuis 2000 par la FMH à des titulaires de diplômes fédéraux et étrangers reconnus en médecine humaine.

<sup>44</sup> Somme des nouveaux médecins spécialistes en médecine générale, médecine interne, pédiatrie, médecins praticiens.

Figure 13 : octroi de titres fédéraux de formation postgrade, de 2000 à 2009



Source : statistique médicale de la FMH 2000 – 2009

En 2002 et 2003, le nombre de titres de médecin de premier recours accordés est élevé, parce que l'entrée en vigueur de la LPMéd a introduit une obligation de formation postgrade et qu'un titre de formation postgrade a été accordé a posteriori aux médecins déjà en exercice, à des conditions allégées. L'évolution dès 2005, année qui n'est plus marquée par cette règle transitoire, montre que le nombre des titres de médecin de premier recours augmente certes légèrement, mais moins que le nombre de titres de formation postgrade pour les spécialistes.

La part des titres fédéraux de formation postgrade dans des spécialités de la médecine de premier recours est stable. Elle oscille entre 40 et 48 depuis 2006. L'augmentation particulièrement forte des femmes dans la médecine de premier recours est remarquable. En 2009, les femmes ont acquis 51 % de tous les titres de formation postgrade en médecine de premier recours et leur part était de 46 %, toutes spécialités confondues. La féminisation semble donc avoir un effet fondamentalement positif sur la médecine de premier recours. La croissance relative et absolue est toutefois quelque peu atténuée en raison de la part plus importante des personnes travaillant à temps partiel.

#### 7.1.7 Formation postgrade des médecins de premier recours

La formation postgrade étant aujourd'hui organisée de manière presque exclusive dans le cadre de la structure de soins hospitalière existante, principalement axée sur les soins aigus, la revendication des médecins de premier recours qui souhaitent une formation postgrade proche de la pratique semble compréhensible et mérite d'être soutenue. Cette revendication a été concrétisée avec l'introduction de l'assistantat en cabinet médical (formation postgrade dans les cabinets de médecins de premier recours, centres de santé ambulatoires) et mise en œuvre dans la plupart des cantons sous forme de projets pilotes. Pour que l'attractivité de l'assistantat en cabinet médical puisse également être assurée en termes de salaire, des composantes de salaire sont aujourd'hui en partie prises en charge par le canton ou des tiers (cf. à ce sujet le rapport final de la CDS du 26 octobre 2006, intitulé « Financement d'une formation postgrade spécifique »). Le financement à long terme de l'assistantat en cabinet médical n'est toutefois pas encore assuré.

L'assistantat en cabinet médical a également été intégré dans le nouveau programme de formation postgraduée « Médecine interne générale » adopté par l'assemblée plénière de l'ISFM en novembre 2009. Il inclut trois années de formation postgraduée de base et deux ans de formation postgraduée secondaire. La formation postgraduée de base doit comprendre au moins deux ans de formation en médecine interne générale hospitalière et au moins six mois de médecine interne générale ambulatoire,

de préférence sous forme d'assistantat en cabinet médical. La formation postgraduée secondaire est composée de deux modules individuels à choix visant à compléter la formation en vue du titre d'interniste hospitalier ou d'interniste en pratique ambulatoire/médecin de famille. Le cursus est conçu de telle sorte que la formation postgraduée de base est, en principe, accomplie en premier. La formation postgraduée secondaire peut ainsi être orientée vers la future activité professionnelle. Les programmes de médecin de famille proposés en Suisse romande, à l'hôpital cantonal de Saint-Gall et désormais aussi à l'hôpital universitaire de Zurich sont totalement compatibles avec le nouveau programme de formation postgraduée «Médecine interne générale». En cas de planification correspondante et de coaching individuel, la formation postgrade peut être achevée dans un délai de cinq ans.

Un nouveau programme de formation postgrade propre à améliorer l'attractivité de cette dernière a ainsi été développé pour les futurs médecins de premier recours. Rien ne permet toutefois pour l'instant d'affirmer que la part des futurs médecins de premier recours va ainsi augmenter.

Les objectifs de la formation postgrade doivent être étendus en conséquence avec la révision de la LPMéd (art. 17 LPMéd) afin de renforcer la médecine de base.

La Confédération a initié d'autres projets visant à promouvoir la formation postgrade. La plate-forme « Avenir de la formation médicale » a été lancée en septembre 2010 à l'initiative du Dialogue Politique nationale suisse de la santé (PNS). Dans le cadre de cette plate-forme, plusieurs groupes de travail constitués de représentants de 16 organisations partenaires concernées étudient différents thèmes liés à la formation médicale. Le financement de la formation postgrade médicale est l'un des thèmes essentiels. Des contributions des cantons pour la promotion des futurs médecins de famille sont également prévues à cet égard, pour peu que la formation postgrade satisfasse à certains critères de qualité.

#### 7.1.8 Choix et développement des spécialités

Aujourd'hui, les médecins diplômés peuvent choisir entre 43 spécialités ou cursus de formation postgrade accrédités selon la LPMéd. Seules quatre d'entre eux relèvent de la médecine de premier recours.<sup>45</sup> Deux d'entre eux, à savoir la médecine générale et la médecine interne, ont entre-temps été regroupés dans un nouveau cursus « Médecine interne générale ». Le titre de médecin praticien peut être obtenu en suivant la formation de base de trois ans de ce cursus nouvellement créé. Il inclut une formation postgrade de trois ans dans des unités de formation postgrade reconnues, dont au moins six mois dans des unités de formation postgrade cliniques et au moins six mois dans des unités de formation postgrade de la prise en charge ambulatoire des patients. En termes de contenu, le programme de formation postgrade de médecin praticien se fonde sur celui de spécialiste en médecine interne générale. La réussite à l'examen de spécialiste en médecine interne générale doit être attestée pour l'obtention du titre fédéral de médecin praticien. Ce titre peut également être demandé si un autre titre de formation postgrade a déjà été acquis (p. ex., cardiologie, pneumologie). Grâce à la création du nouveau programme de formation postgrade, les futurs médecins de famille disposent d'une formation postgrade spécifique.

Le choix de la spécialité est souvent le fruit « d'années d'apprentissage et de pérégrinations » dans les différentes spécialités. Le début de la période d'assistantat n'est pas lié à la conclusion d'un « contrat de formation postgrade ». Un tel contrat supposerait que le médecin devant bénéficier d'une formation postgrade ait déjà choisi la spécialité et que son partenaire contractant (p. ex., l'hôpital ou la société de discipline médicale) soit tenu de garantir au médecin assistant une formation postgrade contraignante avec les contenus de formation requis, conformément aux cursus de formation postgrade. La formation postgrade ne devant pas être achevée dans un laps de temps déterminé, la décision quant à la spécialité peut en principe rester en suspens des années durant.

Une étude de Buddeberg (2006)<sup>46</sup> montre que 40 % des femmes et 49 % des hommes ne savent pas encore durant la dernière année des études de médecine vers quelle spécialité ils souhaitent s'orienter. Deux ans plus tard, 29 % des femmes et 36 % des hommes sont toujours irrésolus et après quatre ans de formation postgrade, ce taux est encore de 17 % pour les femmes et de 15 % pour les hommes.

<sup>45</sup> Médecine générale, médecine interne, médecin praticien, pédiatrie selon l'art. 55a LAMal. Le nouveau titre Médecine interne générale est désormais considéré comme une formation postgrade au sens de l'art. 55a LAMal.

<sup>46</sup> Buddeberg-Fischer, B. et al. (2006): Swiss residents specialty choices - impact of gender, personality, traits, career motivation and life goals. BMC Health Services Research 2006, 6:137.

Dans bien des cas, la spécialisation résulte apparemment de la disponibilité des postes de médecins assistants et semble moins être le résultat d'un choix délibéré depuis le départ.

Depuis l'entrée en vigueur de la LPMéd le 1<sup>er</sup> septembre 2007, la FMH a créé deux autres cursus de formation postgrade de droit privé (neuropathologie, chirurgie de la main) qui ne débouchent pas (pour l'instant) sur des titres fédéraux de formation postgrade. Ces deux cursus s'ajoutent aux 43 cursus de formation postgrade déjà accrédités selon la LPMéd. La différenciation et la spécialisation dans des domaines partiels choisis se poursuivent donc.

La différenciation est encouragée par la recherche et le développement qui débouchent sur des innovations médicales. Les universités sont confrontées à une concurrence internationale, pour laquelle c'est avant tout la recherche médicale (de pointe) qui importe. La question de savoir sous quelle forme les innovations ou les nouvelles connaissances seront « institutionnalisées » dans la formation universitaire et la formation postgrade est essentielle.

Les processus d'« institutionnalisation » des nouveaux enseignements dans le système d'éducation et de soins peuvent être décrits comme suit (les processus peuvent se dérouler dans un ordre différent ou en parallèle) :

- création de nouvelles chaires ;
- allocation des fonds de recherche correspondants ;
- création d'une nouvelle spécialité par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) et, parallèlement,
- création successive d'offres de soins correspondantes dans les domaines hospitalier et ambulatoire.

Toute création supplémentaire de spécialités a, en principe, pour conséquence de faire baisser le nombre « absolu » de médecins assistants par spécialité. Cela devient problématique quand la spécialisation croissante se fait au détriment de spécialités qui souffrent ou risquent de souffrir d'une pénurie. Eu égard aux changements prévisibles de la demande de prestations médicales (notamment davantage de personnes atteintes de maladies chroniques ou de patients multimorbides), il faudrait recourir davantage aux spécialisations interdisciplinaires telles que la gériatrie, qui ne sont aujourd'hui proposées qu'en tant que formation approfondie dans le cadre d'un programme de formation postgrade régulier.

Il suffit de se pencher sur d'autres pays qui ont tous un nombre différent de spécialités pour constater que le nombre et le contenu des spécialités sont négociables. La définition de l'étendue et de la profondeur des spécialités varie également d'un pays à l'autre, ce qui a des conséquences sur le champ d'activité des différents spécialistes. Ainsi, la définition de l'activité des médecins de premier recours est-elle différente en Suisse de ce qu'elle est, par exemple, en Allemagne, aux Pays-Bas ou en Angleterre (par rapport à l'équipement du cabinet ou au champ d'activité, comme la part de gynécologie, de psychothérapie, de pédiatrie).

L'ISFM reconnaît les unités de formation postgrade en relation avec les sociétés de discipline médicale. La formation postgrade se déroulant pour l'essentiel dans le domaine hospitalier, le nombre de postes d'assistant disponibles par spécialité est aujourd'hui en grande partie le reflet des soins hospitaliers (très spécialisés). Sur les 9401 postes d'assistant répertoriés pour l'année 2009, seuls 30 % à peine, soit 2771 postes de médecin assistant, sont reconnus pour la formation postgrade dans une spécialité de la médecine de premier recours. Comme la formation postgrade de tous les médecins spécialistes et a fortiori celles des médecins de premier recours est constituée de plusieurs spécialités (p. ex., gynécologie, chirurgie), on ne peut pas tout simplement en déduire qu'il y a trop peu de places de formation postgrade pour les futurs médecins de premier recours. L'hypothèse selon laquelle la formation postgrade des médecins de premier recours dans un système de soins hospitaliers hautement spécialisé suscite moins d'intérêt que celle des spécialistes semble, en revanche, plausible.

Rien ne permet pour l'instant de prédire les effets du nouveau cursus de formation postgrade « Médecine interne générale » sur l'attractivité et la disponibilité des postes de médecin assistant dans le domaine de la médecine de premier recours. La formation postgrade secondaire de deux ans pour devenir interniste en pratique ambulatoire (médecin de famille) pourrait, en principe, contribuer à ce que

le nombre et l'attractivité des postes de médecin assistant soient accrus, notamment par la création de nouveaux postes dans le domaine ambulatoire proche de la pratique (assistant en cabinet médical). Il faut toutefois que les salaires et le suivi par des médecins formateurs qualifiés puissent être assurés.

#### 7.1.9 Marché de la formation postgrade

La structure des soins stationnaires, qui représente la majeure partie du marché actuel de la formation postgrade, est caractérisée par un nombre important de 318 hôpitaux au total. Parmi ceux-ci figurent un grand nombre d'hôpitaux de taille moyenne, voire petite, qui, en règle générale, proposent également une gamme étendue de prestations très spécialisées. La structure des soins hospitaliers détermine en grande partie le rapport chiffré entre médecins de premier recours et spécialistes. Compte tenu de l'offre étendue de prestations spécialisées de tous les hôpitaux, il existe aussi une offre correspondante de postes pour la formation postgrade (c.-à-d. davantage de spécialistes). Tant que la structure des soins hospitaliers existante ou l'organisation de la formation postgrade ne seront pas modifiées, les rapports chiffrés actuels entre les différentes spécialités seront perpétués. En dehors de l'atout de la proximité avec la population, cette densité de la structure de l'offre a également des effets indésirables.

La structure des soins exige des médecins assistants une grande mobilité s'ils n'ont pas la chance de pouvoir accomplir leur formation postgrade dans un hôpital universitaire ou central. Dans les hôpitaux de plus petite taille, les interventions ou traitements exigés conformément au programme de formation postgrade ne peuvent souvent pas être réalisés, d'autant que les périodes de formation postgrade ne sont souvent prises en compte que de manière limitée dans le temps. La planification des étapes de la formation postgrade est complexe. En cas de non-disponibilité de la place de formation postgrade requise selon le programme de formation postgrade, elle débouche sur des « files d'attente » qui prolongent inutilement cette formation. Parallèlement, la formation postgrade coïncide avec la période où l'on fonde une famille. Aussi, le besoin de formation postgrade à temps partiel est-il élevé, alors que la disposition et la possibilité de se déplacer sont logiquement plus limitées (p. ex., en raison de l'absence de structures d'accueil en complément de la famille, d'une marge de manœuvre réduite des petits hôpitaux concernant un temps de travail flexible et réduit, des conséquences inacceptables de la mobilité pour le partenaire, etc.). Il n'est donc guère surprenant que les femmes indiquent notamment comme l'un des principaux critères de choix de la spécialité la durée de la formation postgrade et la possibilité de concilier l'activité professionnelle ultérieure avec la vie de famille.<sup>47</sup>

Il y a en outre des indices selon lesquels la structure des soins hospitaliers locale existante entraîne des baisses de qualité dans la formation postgrade et le traitement des patients, en raison d'un nombre de cas insuffisant dans certains domaines. Selon le P<sup>r</sup> Thomas Cerny, président de la Ligue suisse contre le cancer, il faut au moins 200 lits de plus – de préférence 500 et davantage – dans la médecine aiguë pour assurer des soins de qualité. En dessous de ce nombre, la qualité serait en baisse et les complications ainsi que les rechutes seraient plus nombreuses.<sup>48</sup>

## 7.2 Résumé

Les quelque 16,5 % de médecins formés sans titre de formation postgrade, dont on pense qu'ils ont quitté le système de santé, accroissent le besoin de formation calculé de 20 %, soit de 864 à 1030 diplômes par an. Par ailleurs, l'insertion de pauses dans l'exercice de la profession ainsi que l'augmentation du travail à temps partiel dans le domaine hospitalier débouchent sur un besoin croissant de médecins assistants. Ce besoin supplémentaire n'a pas encore été quantifié. L'émigration, au moins temporaire, de médecins formés en Suisse, qui peut atteindre 30 %, accroît également le besoin dans le domaine stationnaire. Quelles que soient les craintes suscitées par cette évolution, il convient de souligner qu'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et privée, la limitation du temps de travail maximal et l'échange international sont en principe des évolutions qui méritent d'être saluées.

<sup>47</sup> Buddeberg-Fischer, B. et al. (2010) : The impact of gender and parenthood in physicians' careers - professional and personal situation seven years after graduation. BMC Health Services Research 2010, 10:40.

<sup>48</sup> Voir à ce sujet les déclarations du P<sup>r</sup> T. Cerny « Föderalismus tötet Patienten » dans Sonntag online : [www.sonntagonline.com/index.php?show=news&type=menschen&id=382](http://www.sonntagonline.com/index.php?show=news&type=menschen&id=382)

L'immigration de médecins assistants étrangers permet (encore) de compenser l'absence de relève formée en Suisse. Mais il se pourrait aussi que l'immigration défavorise les médecins suisses qui souhaitent suivre une formation postgrade à temps partiel. L'un dans l'autre, l'immigration joue cependant un rôle essentiel dans la préservation des structures de soins actuelles.

Le choix des spécialités permet de dresser le tableau suivant : la part des titres fédéraux de formation postgrade octroyés à des médecins de premier recours oscille entre 40 et 80 % depuis 2006. En 2009, les femmes ont acquis 51 % des titres de médecin de premier recours. Au total, les femmes ont acquis 46 % de tous les titres de formation postgrade. Les femmes sont donc surreprésentées, ce qui accentuera encore le besoin de médecins de premier recours à l'avenir. L'opinion fréquemment exprimée selon laquelle l'intérêt pour la médecine de premier recours reculerait n'est pas confirmée, du moins au regard de la part des titres de médecin spécialiste accordés. Ce sont avant tout les médecins formés en Suisse qui contribuent à cette stabilité avec leur choix d'une spécialité. Grâce au programme de formation postgrade « Médecine interne générale » créé en 2009, les futurs médecins de premier recours disposent d'un programme de formation postgrade attractif qui permet une formation postgrade mieux adaptée à la future activité professionnelle. Le financement des médecins assistants qui suivent une formation postgrade « proche du cabinet du médecin de famille » sous la forme de l'« assistantat en cabinet médical » n'a pas été résolu à long terme. Des solutions pour le financement de la formation médicale postgrade seront élaborées dans le cadre de la nouvelle plate-forme « Avenir de la formation médicale ». La révision de la LPMéd doit en outre compléter les objectifs de la formation postgrade de manière à ce que la médecine de base devienne le point de référence de tous les cursus de formation postgrade (cf. la version remaniée de l'art. 17 LPMéd).

La gestion des quantités dans la formation postgrade est avant tout le résultat des structures de soins hospitaliers existantes et de la possibilité d'un libre choix entre 43 formations postgrade réglées par la Confédération et deux formations supplémentaires de droit privé. Seules quatre d'entre elles concernent la médecine de premier recours. La recherche et l'innovation médicales contribuent à une différenciation supplémentaire et renforcent certes la compétitivité internationale, mais le fossé a tendance à se creuser au détriment de la médecine de premier recours. La spécialisation dans le sens de programmes de formation postgrade interdisciplinaires intégratifs est encore très limitée pour l'instant. Les hôpitaux répercutent cette différenciation sous la forme d'offres de formation postgrade et de traitement correspondantes. Etant donné que même les petits hôpitaux proposent souvent une large gamme de traitements, il n'est guère surprenant que 70 % des postes de formation postgrade soient réservés à de futurs spécialistes, contre seulement 30 % aux médecins de premier recours. La formation postgrade des médecins de premier recours étant toutefois constituée de différentes spécialités, on ne peut pas simplement en déduire qu'il y a trop peu de postes de médecin assistant disponibles pour les futurs médecins de premier recours. Il est en revanche plausible qu'une plus grande attention soit accordée dans le domaine hospitalier hautement spécialisé à la formation postgrade de médecin spécialiste. Il est impossible pour l'instant de savoir si la création du nouveau cursus en médecine interne générale aura des effets positifs sur la disponibilité et l'attractivité de la formation postgrade en médecine de premier recours, d'autant que la question du financement de l'assistantat en cabinet médical n'est pas encore réglée.

Le nombre important d'hôpitaux complique encore l'organisation et la planification de la formation postgrade : les médecins assistants doivent être prêts à accepter une grande mobilité dans la formation postgrade dans une période qui coïncide généralement avec la fondation d'une famille. Il y a aussi des indices selon lesquels les petits hôpitaux n'atteignent pas la qualité requise des traitements et, partant, de la formation postgrade correspondante, faute d'un nombre de cas suffisant.

## 8 Exercice de la profession

Ce chapitre décrit l'évolution quantitative de la population de médecins formée en Suisse dans la phase de l'exercice de la profession, évalue le besoin supplémentaire suite à l'augmentation du travail à temps partiel et calcule définitivement le besoin de formation en vue d'une stabilisation du volume de travail médical. La structure des soins sera ensuite étudiée. Le secteur hospitalier, qui a déjà été abordé en relation avec les importantes ressources personnelles et le marché de la formation postgrade, ne sera que brièvement évoqué. Compte tenu du besoin de personnel croissant, nous nous intéressons avant tout à l'évolution quantitative et qualitative de la structure des soins ambulatoires. Nous nous

concentrerons sur les nouveaux modèles de soins, également dans la perspective de l'implication d'autres professions de la santé (*skill-mix*). De nouvelles réglementations dans le domaine des services de garde et d'urgence ainsi que du dossier électronique du patient seront en outre discutées dans le cadre de la stratégie de cybersanté.

## 8.1 Calcul définitif du besoin de formation

Il n'est malheureusement pas possible d'attester avec certitude du nombre de médecins travaillant effectivement dans le secteur de la santé à l'issue de leur formation postgrade. Les médecins employés dans le secteur hospitalier sont certes recensés dans le cadre de la statistique hospitalière, mais l'évolution des différentes cohortes de formation ne peut pas être suivie en raison de l'anonymat de l'enquête. Il est donc impossible de donner des indications quant au nombre de médecins qui quittent temporairement ou définitivement le secteur de la santé à l'issue de la formation postgrade, par exemple, pour travailler dans un autre secteur.

Des informations sur les pertes déjà évoquées (pas de formation postgrade) et le taux d'occupation dans la phase de formation postgrade servent de base au calcul définitif du besoin de formation. Des informations supplémentaires sur le revenu soumis à l'AVS des travailleurs indépendants sont consultées pour une meilleure estimation du taux d'occupation durant la phase d'exercice de la profession.

Sur les médecins formés à 100 %, 83,5 % ont poursuivi leur objectif professionnel en terminant une formation postgrade. On suppose que les 16,5 % de médecins formés restants ne sont plus à la disposition du système de santé et doivent être compensés.<sup>49</sup> Il en va de même du taux d'occupation généralement plus faible des femmes, qui doit également être compensé. L'hypothèse suivante peut être formulée au vu des indications relatives au taux d'occupation durant la phase de la formation postgrade et sur la base du revenu soumis à l'AVS des femmes médecins indépendantes, dont le revenu est généralement inférieur de 40 à 45 % à celui des hommes : trois femmes assument le même volume de travail que deux hommes. La tendance générale aux retraites anticipées et à la réduction du temps de travail, même des hommes, a été prise en compte comme si la durée de l'activité professionnelle a été strictement limitée à l'âge de 65 ans, bien que 7 % des médecins actuellement en activité ont plus de 65 ans.

Aujourd'hui, 61 % des diplômés sont des femmes. Si ce pourcentage reste constant, la part des femmes actives passera de 35 % aujourd'hui à 50 voire 60 % au cours des 20 prochaines années. Avec une part de femmes s'élevant à 60 %, le volume de travail des médecins disponibles diminue cependant d'environ 10 % par rapport à aujourd'hui. C'est pourquoi nous aurons besoin de 10 % de médecins en plus dans 20 ans, soit 35 200 médecins. L'augmentation doit être successive, ce qui signifie qu'il convient de former progressivement plus de médecins d'année en année.

**La Suisse devra donc atteindre environ 1200 à 1300 diplômes par an au cours des 20 prochaines années afin de stabiliser le volume de travail actuel avec des médecins formés en Suisse.**

## 8.2 Soins hospitaliers

Plus de la moitié des médecins en activité travaillent dans le secteur hospitalier. Selon la statistique des hôpitaux<sup>50</sup>, il y avait 318 hôpitaux (129 hôpitaux de soins aigus et 189 cliniques spéciales) avec un total de 39 900 lits en Suisse en 2008. 75 % de ces hôpitaux affichaient moins de 150 lits en 2008. En comparaison avec les autres membres de l'OCDE, la Suisse possède ainsi un grand nombre d'hôpitaux avec un nombre de lits modéré.

Comme dans la plupart des autres pays de l'OCDE, la densité des lits et la durée de séjour moyenne des patients ont diminué ces dernières années en Suisse. Le nombre de médecins employés dans les

<sup>49</sup> Cf. la Chambre fédérale allemande des médecins 2009 : sur un total de 430 000 médecins, près de 298 000, soit près de 70 %, travaillent dans les soins ambulatoires ou hospitaliers. Voir : <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.8175.8176>

<sup>50</sup> Selon la statistique des hôpitaux, les réseaux hospitaliers avec une seule adresse juridique sont considérés comme un seul hôpital, même si le réseau compte différents établissements. Exemple : Spital Netz Bern AG avec les sites de Belp, Riggisberg, Aarberg, Münsingen, Ziegler et Tiefenau = 1 hôpital.

hôpitaux a malgré tout augmenté, en raison de l'augmentation du travail à temps partiel et de l'introduction du temps de travail hebdomadaire maximum. Le nouveau financement hospitalier, qui entrera en vigueur en 2012, a fait naître des attentes concernant l'élagage du paysage hospitalier.

Il est impossible pour l'instant de savoir quel sera l'effet des changements structurels à la veille et après l'introduction du nouveau financement hospitalier sur le besoin de médecins dans le secteur hospitalier : un gain d'efficacité est toutefois attendu, et ce avant tout parce que la durée de séjour moyenne à l'hôpital devrait continuer à diminuer. Il en résultera cependant un déplacement des prestations hospitalières vers les soins médicaux de base ambulatoires, qui devra être compensé par différents professionnels de la santé (p. ex., médecins, mais aussi infirmiers, ergo- et physiothérapeutes, nutritionnistes, etc.).

### 8.3 Soins ambulatoires

Vous trouverez ci-après quelques chiffres-clés concernant l'évolution du secteur ambulatoire et la structure des soins ambulatoires. Ils permettent de déduire la tendance de l'évolution dans le domaine des soins médicaux de base et spéciaux ambulatoires.

#### 8.3.1 Evolution du nombre d'autorisations cantonales de pratiquer

Depuis fin 2010, les autorisations accordées par l'ensemble des cantons pour l'activité professionnelle indépendante des médecins selon l'article 36 LPMéd peuvent être analysées à l'aide des inscriptions dans le registre des professions médicales. Conformément à l'article 7, alinéa 2, de l'ordonnance concernant le registre<sup>51</sup>, les cantons inscrivent également sur une base facultative toutes les autorisations selon le droit cantonal<sup>52</sup>, dans la mesure où celles-ci sont accordées à des médecins qui travaillent sous leur propre responsabilité technique, mais avec un statut d'employé selon la LPMéd. Il peut, par exemple, s'agir de médecins qui ont organisé leur cabinet sous forme de société anonyme. Au sens de la LPMéd, ils sont considérés comme des employés et sont donc soumis au droit cantonal pour ce qui est de l'exercice de la profession.<sup>53</sup> Les deux « formes d'autorisation » sont généralement requises pour agir dans le domaine ambulatoire. On suppose pour cela un titre de formation postgrade fédéral ou reconnu. L'analyse ne tient compte que des autorisations accordées à des médecins ayant achevé leur formation postgrade. Les médecins ayant des autorisations dans plusieurs cantons n'ont été comptabilisés qu'une fois.

Les points suivants doivent être pris en compte pour l'interprétation de l'analyse :

Il est possible qu'une partie des titulaires d'autorisations cantonales de pratiquer soit ou reste employée (en totalité ou en partie) dans le secteur hospitalier ou dans un secteur autre que le secteur de la santé. Il est également possible que certaines autorisations aient été demandées pour ainsi dire « en réserve ». Il se peut par ailleurs que certains médecins ne fassent jamais usage de leur autorisation.

Bref, ces chiffres ne permettent pas de juger définitivement de l'évolution du secteur ambulatoire (p. ex., évolution quantitative exacte, distribution régionale, etc.). A cet effet, il faudrait réaliser des analyses plus poussées ou consulter des données supplémentaires qui ne sont pas (encore) disponibles ou qui ne peuvent pas être combinées pour des raisons liées à la protection des données.

En dépit de ces restrictions, ces chiffres sont pertinents et permettent assurément d'évaluer les tendances de l'évolution.

L'illustration 14 ci-dessous présente l'analyse évoquée pour les années 2005 à 2010 :

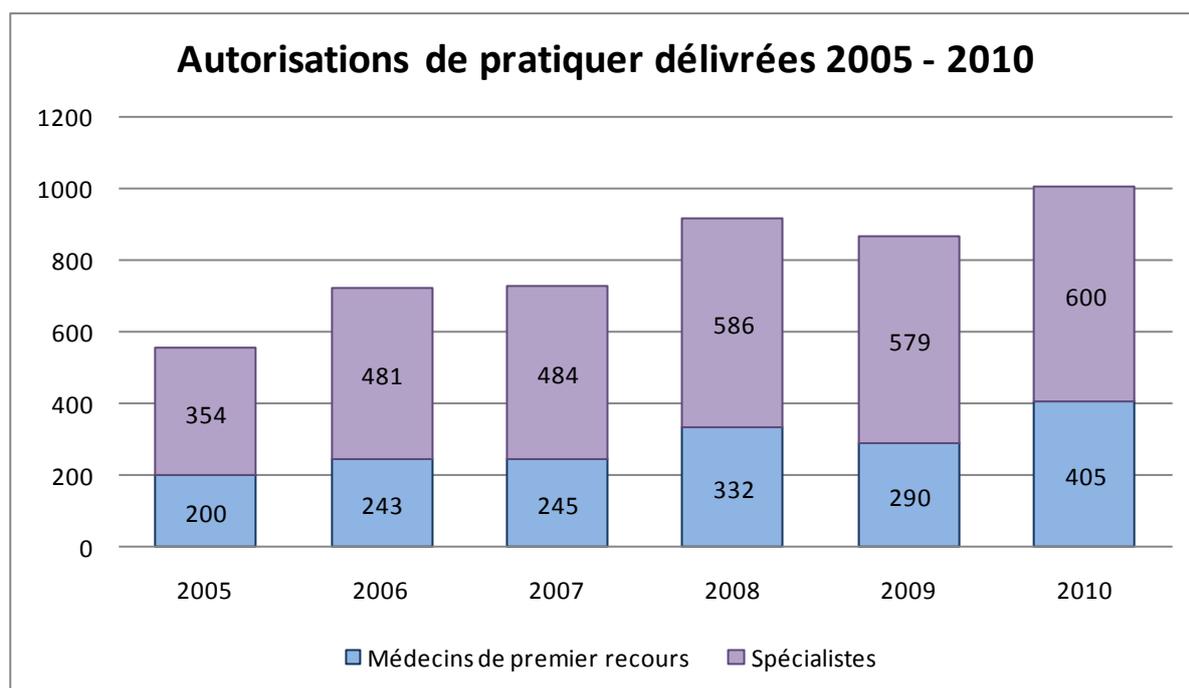
---

<sup>51</sup> RS 811.117.3

<sup>52</sup> Il peut par ailleurs s'agir de médecins-chefs employés à l'hôpital qui ont besoin d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal. Les réglementations cantonales afférentes ne sont pas homogènes.

<sup>53</sup> A l'occasion de la révision de la LPMéd, la notion d'« indépendant » sera remplacée par « à titre économique privé sous sa propre responsabilité technique ».

Figure 14 : nombre d'autorisations de pratiquer accordées (AP 2005 – 2010)



Source : Registre des professions médicales de l'OFSP

Le nombre d'autorisations accordées par les autorités de surveillance cantonales augmente d'année en année depuis 2005 et ce, tant chez les médecins de premier recours que chez les spécialistes. Rien ne permet d'affirmer ici que cette évolution est conforme aux besoins.

Le nombre total (élevé) des autorisations accordées chaque année montre clairement qu'il ne peut pas s'agir exclusivement de médecins formés en Suisse. Une analyse des autorisations accordées en 2010 montre d'ailleurs que 44 % de celles-ci ont été accordées à des médecins ayant un diplôme étranger reconnu. Ce pourcentage était de 40 % chez les médecins de premier recours. La part élevée des médecins formés à l'étranger semble à présent s'étendre progressivement de l'hôpital au secteur des médecins exerçant en cabinet.

Le nombre de nouvelles autorisations accordées en 2010 à des médecins de premier recours est remarquable : il est en effet de 405, ce qui représente une hausse de 39 % par rapport à l'année précédente. Il se pourrait que cette augmentation s'explique au moins en partie par l'arrêt du gel des admissions pour les médecins de premier recours selon l'article 55a LAMal, introduit le 1<sup>er</sup> janvier 2010.<sup>54</sup>

L'évolution quantitative des médecins à l'aune des titres de formation postgrade fédéraux et reconnus acquis entre 2005 et 2010 autoriserait en principe une stabilisation à ce niveau élevé au cours des prochaines années (cf. à ce sujet le chap. 5.1.3). Il est impossible de déterminer quelle sera l'évolution de l'immigration à moyen terme, comme cela a déjà été précisé à plusieurs reprises.

Ces chiffres indiquent une nouvelle fois clairement le déficit de formation des médecins en Suisse. Cette affirmation ne vaut toutefois pas seulement pour les médecins de premier recours, mais aussi pour les spécialistes.

<sup>54</sup> L'octroi d'une autorisation de pratique indépendante selon l'article 36 LPMéd est certes exclusivement lié au respect de conditions techniques et personnelles. L'exercice d'une activité en cabinet ou la génération d'un revenu ne sont toutefois possibles que si le médecin correspondant peut également décompter ses prestations à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (AOS). Pour cela, il faut une autorisation supplémentaire du canton, selon laquelle les prestations peuvent être décomptées à la charge de l'AOS. Cette règle ne s'applique actuellement qu'aux spécialistes. Les médecins de premier recours ont sans doute davantage profité de l'arrêt du gel des admissions pour demander un numéro correspondant (code créancier) à santésuisse pour le décompte selon l'AOS.

### 8.3.2 Structure de soins ambulatoires

En 2009, 63,3 % de ces médecins ont indiqué travailler dans des cabinets individuels.<sup>55</sup> L'activité en cabinet individuel est marquée par la responsabilité exclusive et de longues journées de travail, notamment pour les médecins de premier recours. A cela s'ajoutent l'organisation des visites à domicile, des services de nuit, de jour férié et d'urgence, qui mobilise d'importantes ressources. Le travail à temps partiel ou les horaires de travail réglés sont difficilement réalisables dans les cabinets individuels.<sup>56</sup>

Les problèmes de succession, un besoin grandissant et changeant ainsi que la vision qu'ont les jeunes médecins de leur profession requièrent une adaptation de la structure des soins médicaux. Le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques étant en augmentation du fait du vieillissement de la société, une imbrication plus forte des professionnels de santé est également requise.

## 8.4 Soins intégrés

Les réseaux de médecins existent depuis longtemps. Cela fait déjà une vingtaine d'années que les médecins ont commencé à se regrouper au sein de réseaux. Selon les derniers chiffres du Forum Managed Care<sup>57</sup>, quelque 900 000 assurés sont désormais suivis dans 86 réseaux. Environ 50 % de tous les médecins de premier recours et plus de 400 spécialistes ont rejoint ces réseaux de médecins. Sur un plan géographique, ils sont particulièrement nombreux en Suisse du Nord-est. A ce jour, le canton du Tessin ne compte aucun réseau de médecins et même en Suisse romande, on ne les trouve que dans le canton de Genève. Les cantons AG, BE et GE affichent une densité particulièrement importante de ces réseaux.

Une responsabilité budgétaire a été convenue dans les conventions de 73 réseaux (84 %), ce qui signifie qu'il leur incombe de respecter un objectif de coûts convenu pour un certain groupe de patients. Presque tous les réseaux (96 %) travaillent avec des cercles de qualité. Les médecins appartenant à un réseau ne se contentent pas de collaborer entre eux. Ils collaborent aussi avec des spécialistes, des hôpitaux, etc., souvent en vertu d'un contrat, ou choisissent leurs partenaires préférés (mise en réseau verticale) en fonction des expériences acquises dans les cercles de qualité ou de données qualitatives. Selon l'association faïtière des réseaux de médecins suisses<sup>58</sup>, environ un tiers de tous les assurés maladie a aujourd'hui opté pour un modèle d'assurance alternatif. L'association regrette toutefois que tous ces modèles proposés n'adhèrent pas dans les faits à la philosophie de base des soins intégrés selon laquelle une « meilleure coordination débouche sur une meilleure qualité et a également un effet positif sur les coûts ».

On entend par soins intégrés « les soins médicaux et la prise en charge des assurés tout au long de la chaîne de traitement ». En plus d'une qualité élevée des soins, les modèles de soins intégrés doivent également déboucher sur une utilisation efficace des ressources, ce qui requiert une meilleure coordination des prestations de santé. Tous ces modèles ont en commun le principe du *gatekeeping* : la personne assurée s'engage à toujours opter pour le même « accès » au système de santé en cas de problèmes de santé. Il peut s'agir du médecin de famille, d'un centre de santé (HMO) ou d'un centre d'appel médical contacté par téléphone ou même dans certains cas d'un spécialiste. Les modèles médecin de famille et HMO sont les formes d'organisation intégrée les plus répandues en Suisse.

Le 16 juin 2010, le Conseil national a adopté la révision de la LAMal dans le domaine des soins intégrés. Le 15 décembre 2010, le Conseil des Etats a également adopté un projet modifié.<sup>59</sup> La consultation relative au projet prendra vraisemblablement fin lors de la session d'automne 2011.

<sup>55</sup> Kraft, E. (2010) : 30 166 médecins au service de la population helvétique. Bulletin des médecins suisses 2010; 91:11.

<sup>56</sup> La FMH a pu analyser les réponses de 3829 médecins concernant le taux d'occupation pour l'année 2010 : ainsi, les femmes dans le secteur ambulatoire travaillaient en moyenne 6,8 demi-journées contre 9,1 en moyenne pour les hommes.

<sup>57</sup> Le Forum Managed Care est une association ouverte pour la discussion et la diffusion de systèmes innovants dans le système de santé suisse. Il réunit tous les acteurs et institutions du système de santé qui se consacrent à la gestion des soins d'un point de vue qualitatif et économique.

[http://www.fmc.ch/fileadmin/Dateiliste/Dokumente/Infothek/AErznetze\\_Schweiz/Fakten\\_Integrierte\\_Versorgung\\_Schweiz.pdf](http://www.fmc.ch/fileadmin/Dateiliste/Dokumente/Infothek/AErznetze_Schweiz/Fakten_Integrierte_Versorgung_Schweiz.pdf) (en allemand)

<sup>58</sup> Selon ses propres indications, Medswiss.net inclut 47 associations de médecins de famille et réseaux de médecins avec environ 2000 médecins, qui suivent environ 500 000 assurés. [www.medswiss.net](http://www.medswiss.net)

<sup>59</sup> Les principaux points de divergence avec le Conseil national sont l'obligation de proposer de la caisse-maladie et le montant de la quote-part.

L'association professionnelle « Médecins de famille Suisse »<sup>60</sup> soutient également le nouveau projet de loi, bien qu'il ne soit pas en tous points conforme à ses souhaits. Avec les réseaux de soins intégrés, la politique de la santé offre une réponse moderne à l'évolution à la fois sociétale et démographique, ainsi qu'à la manière dont la relève souhaite exercer la profession de médecin de famille. Ils ont pour but de favoriser le bien-être des patients et de renforcer la qualité élevée des soins médicaux de base en Suisse. La révision de la loi serait « un moyen adapté de promouvoir la médecine de famille, dès lors que les médecins de famille jouent un rôle-clé dans la gestion des soins médicaux ambulatoires ». Les médecins de famille refusent toutefois que la Confédération définisse les exigences à l'égard de la qualité nécessaire des réseaux de soins intégrés et de l'étendue de la responsabilité budgétaire. La participation aux modèles de soins intégrés doit par ailleurs rester facultative pour tous les médecins de famille et ne devrait, par exemple, pas être associée à la levée de l'obligation de contracter. Les réserves plus ou moins fortes de la population à l'encontre des soins intégrés ont été discutées en mai 2010, lors du congrès organisé par le Collège de médecine de premiers recours.<sup>61</sup> Parallèlement, il a été rappelé que certains médecins étaient opposés au projet, craignant notamment qu'une partie d'entre eux ne soit remplacée par du personnel soignant.<sup>62</sup> Or ces craintes sont difficilement fondées, eu égard à la pénurie croissante des médecins de premier recours.<sup>63</sup>

La politique, le corps médical et les assureurs ne sont pas les seuls à reconnaître les avantages des soins intégrés. Plus le temps passe, plus l'opinion publique adhère à l'idée qu'une médecine soucieuse de l'aspect économique n'est pas automatiquement synonyme de rationnement et de moindre qualité.

#### 8.4.1 Nouveaux modèles de soins

Les soins intégrés, ou *managed care*, favorisent le changement structurel (nécessaire), parce que les objectifs et conditions générales allant de pair avec cette forme de soins (p. ex., *gatekeeping*, coordination, responsabilité budgétaire, assurance qualité) sont plus faciles à atteindre au sein d'unités de soins plus importantes. Parallèlement, les jeunes médecins trouvent dans les unités de soins importantes les conditions susceptibles de contribuer à ce que les médecins de premier recours soient de nouveau plus nombreux à opter pour une activité ambulatoire. Il s'agit notamment des économies de coûts induites par l'infrastructure commune, d'un revenu plus élevé et moins fluctuant, de la décharge des tâches administratives, de la possibilité d'échapper à l'isolement et du travail d'équipe, des horaires de travail réglementés et du travail à temps partiel, de meilleures possibilités de formation continue, de la diminution des facteurs de stress et d'une amélioration de la qualité de vie. Le temps plus important requis par la coordination ou les risques accrus de conflit résultant des questions de répartition équitable des coûts ou de spécialisations (inopportunes) ont un effet négatif.<sup>64</sup>

Afin de promouvoir de nouveaux modèles de soins, l'OFSP et la CDS ont confié, en avril, un nouveau mandat concernant la structuration des futurs travaux au groupe de travail « Médecine de premier recours », mis en place dès 2005.<sup>65</sup> Un nouveau groupe de travail incluant des médecins et des membres du personnel soignant à domicile a été constitué entre-temps, afin d'étudier le thème des « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours ». Il lui appartient de développer de nouveaux modèles, notamment pour les zones rurales, en tenant compte du *skill-mix*. Ce groupe de travail tiendra également compte des possibilités et de l'importance de la prévention dans le cadre du traitement des maladies chroniques (*Chronic Care Models*) : de nombreuses études montrent que les mesures préventives et les examens de contrôle réguliers réduisent les frais de traitement tout en améliorant le résultat du traitement. En plus de ces travaux, la CDS a lancé un échange d'idées sur le thème « Médecine de premier recours dans les régions périphériques ». Les possibilités d'amélioration

<sup>60</sup> L'association professionnelle regroupe des généralistes SSMG, des internistes SSMI et des pédiatres SSP. Vous trouverez la prise de position détaillée de Médecins de famille Suisse sur

[http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/integrierte\\_Versorgung\\_6\\_5.pdf](http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/integrierte_Versorgung_6_5.pdf) (en allemand)

<sup>61</sup> L'attitude de la population à l'égard des soins intégrés a fait l'objet d'une enquête dans le « Moniteur de la santé gfs 2010 ».

<http://www.gfsbern.ch/News/tabid/177/itemid/15/amid/1151/gesundheitsmonitor-2010.aspx>

<sup>62</sup> Pour de plus amples explications sur la discussion lors du congrès 2010 du CMPR, voir Kissling, Bruno. Un nouveau ministre de la santé, un nouveau directeur de l'OFSP, une nouvelle association professionnelle – et tout ira pour le mieux? In: *Primary Care*, 2010; 10: n° 12, p. 230s.

<sup>63</sup> Cf. à ce sujet le rapport du DFE « Formation aux professions des soins » sur

<http://www.bbt.admin.ch/themen/berufsbildung/01247/01248/index.html?lang=fr>

<sup>64</sup> Mojon-Azzi, S.M. (2001): Gruppenpraxen - ihre Vor- und Nachteile. *Bulletin des médecins suisses* 2001; 82: n° 22 (en allemand)

<sup>65</sup> OFSP/CDS, Mesures destinées à soutenir et à promouvoir la médecine de premier recours, Mandat concernant la structuration des futurs travaux, Phase IV, 9.2.2010.

de l'attractivité, la conception des incitations financières et les offres de soutien aux jeunes médecins lors de leur installation dans des régions périphériques sont discutées et évaluées à cette occasion.

#### 8.4.2 *Skill-mix* (prise en compte de différentes professions de la santé)

Les médecins de premier recours jouent un rôle essentiel dans le cadre des modèles de soins intégrés, car ils représentent la clé de voûte de la médecine de base. Avec des patients souffrant de pathologies plus complexes, il est toutefois utile que des spécialistes assument également le rôle de premier interlocuteur et de coordinateur. Parallèlement, toutes les prestations assurées jusqu'à présent par des médecins ne devront pas nécessairement être fournies uniquement par eux à l'avenir. L'implication d'autres spécialistes de la santé dans la médecine de base est déjà une réalité sous différentes formes et avec une intensité diverse. Il ne faut pas oublier non plus à cet égard les pharmaciens qui sont d'ores et déjà le premier interlocuteur de nombreux patients. Il conviendra cependant de clarifier, en collaboration avec les catégories professionnelles concernées, les fonctions et les rôles que celles-ci pourront jouer à l'avenir. C'est le seul moyen d'instaurer la confiance nécessaire à une modification du *skill-mix*.

L'implication d'autres professionnels de santé est souvent refusée, au motif d'une pénurie accrue de spécialistes, notamment en ce qui concerne le personnel infirmier. L'étude européenne NEXT (*nurses' early exit*) de grande envergure montre que de nombreux infirmiers quittent leur métier à un stade précoce. Avec l'âge et l'expérience, ils souhaitent une plus grande autonomie de travail. De ce point de vue, il semble utile d'examiner toutes les possibilités disponibles pour une utilisation plus durable des ressources humaines. Si un plus grand nombre d'infirmiers ayant bénéficié d'une formation spécifique pouvait être employé dans la médecine de base, la durée de maintien dans la profession serait globalement accrue. Des possibilités de formation postgrade correspondantes sont toutefois requises à cet effet et elles devront être adaptées aux programmes d'études médicaux.

En Grande-Bretagne, aux Etats-Unis et en Australie, cela fait un certain temps que des prestations spécialisées ou déléguées par un médecin peuvent être assurées par des infirmiers. Ces professionnels qualifiés de *nurse practitioners* prennent des décisions diagnostiques et thérapeutiques en toute autonomie et de leur propre chef. Leurs domaines d'intervention classiques sont le tri/la consultation initiale, la prévention des maladies et la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques. Des expériences dans ces pays montrent qu'il n'y a guère de différences dans les processus de soins et dans les résultats entre les catégories professionnelles « généraliste » et « infirmier ». Les consultations chez les *nurse practitioners* durent généralement un peu plus longtemps que chez les médecins, mais le degré de satisfaction des patients est aussi un peu plus élevé.

L'expérience des pays qui emploient depuis longtemps des *nurse practitioners* (infirmiers titulaires d'un Bachelor ou d'un Master) dans la médecine de base a montré que le nombre de consultations dont on estime qu'elles peuvent être déléguées oscille entre 20 et 60 %.<sup>66</sup>

Le potentiel inexploité des assistantes en cabinet médical est souvent évoqué par les médecins de famille. Ils estiment que celles-ci pourraient leur apporter un soutien accru, ce qui constituerait une issue possible à la crise de la médecine de premier recours. De concert avec la FMH et les écoles médicales professionnelles, l'Association suisse des assistantes et aides médicales (SVA) dirige des travaux en vue d'établir la réglementation relative à un système modulaire pour l'examen professionnel pour les assistantes médicales avec obtention du certificat fédéral de capacité. La nouvelle formation et l'examen professionnel d'assistante médicale en chef (désignation provisoire) doivent permettre aux assistantes de revêtir une fonction dirigeante, autant du point de vue médical qu'administratif, dans les cabinets médicaux d'une certaine importance. La SVA et la FMH ont créé un organisme responsable de cet examen, chargé d'établir en commun les structures et les bases réglementaires requises (les premiers examens devraient avoir lieu en 2011 selon la description du projet).

Début 2010, le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFPT) et l'OFSP d'élaborer en commun une réglementation uniforme des exigences en matière de formation et d'exercice des professions de santé (hautes écoles spécialisées) et de lui

<sup>66</sup> Si l'on veut mettre à profit ce potentiel de substitution, il faudra en particulier se concentrer sur les questions structurelles et organisationnelles. Pour de plus amples informations sur l'implication d'autres professions de santé, voir, p. ex., Künzi K., Detzel P. Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute, rapport Obsan 2007 (résumé en français).

soumettre en 2011 un avant-projet susceptible d'être mis en consultation. A l'instar de la loi sur les professions médicales, la loi sur les professions de santé en cours d'élaboration doit ancrer au niveau législatif des standards minimaux en matière d'objectifs de formation et d'autorisation d'exercer et contribuer à une meilleure harmonisation future des rôles et des fonctions des différents professionnels de santé.

#### 8.4.3 Réorganisation des services de garde et d'urgence

De nombreuses propositions de solutions ont été élaborées dans le cadre du groupe de travail « Médecine de premier recours » de la CDS et de l'OFSP afin de décharger les médecins de premier recours du service de garde et d'urgence.<sup>67</sup> Le groupe de travail a notamment recommandé une collaboration renforcée entre médecins de garde et hôpitaux ou autres centres sous direction médicale (services ambulatoires, Callcenter). Grâce à un tri compétent, on pourra, par exemple, décharger les médecins de garde du traitement des cas de bagatelle. L'optimisation des rayons d'urgence a également été suggérée. Une telle optimisation doit être recherchée grâce au regroupement ou à la redéfinition des limites, notamment en ce qui concerne les rayons d'urgence de moindre importance. Les différentes mesures ont été évaluées dans un autre rapport.<sup>68</sup> Il en ressort que des solutions adaptées aux particularités locales et les plus économiques possible doivent être recherchées et trouvées. Il semble important à cet égard que les réformes soient soutenues par les médecins de premier recours. A long terme, une collaboration avec d'autres fournisseurs comme les hôpitaux ou les centrales téléphoniques semble incontournable, afin d'assurer le service médical de garde.

Le service médical de garde a été réorganisé dans de nombreux cantons ces dernières années, parallèlement à ces travaux. La collaboration entre les médecins de famille et les hôpitaux a notamment été renforcée, par exemple, grâce à la mise en place de cabinets de garde associés à l'hôpital. Il s'agit de cabinets de garde intégrés à l'hôpital ou proches de l'hôpital dans lesquels des médecins de famille ou des médecins de l'hôpital soignent ensemble des patients venus en urgence et ne nécessitant pas un traitement hospitalier. Ailleurs, le service médical de garde est aujourd'hui pris en charge par l'hôpital, la nuit et durant le week-end. Les numéros médicaux de garde ont par ailleurs été uniformisés, les rayons d'urgence réorganisés et les règlements du service de garde adaptés à la situation actuelle. Toutes ces mesures ont permis d'atténuer grandement la problématique des services de garde.

La CDS propose une plate-forme d'information sur le service de garde et d'urgence afin de promouvoir l'échange d'expériences et d'informations entre les responsables<sup>69</sup>. Celle-ci offre également une vue d'ensemble intéressante sur les projets concrets de réorganisation.

#### 8.4.4 Utilisation de la cybersanté

Le 27 juin 2007, le Conseil fédéral a adopté la stratégie en matière de cybersanté (« eHealth »), dont les objectifs ont été repris par les cantons. Cette stratégie doit être mise en œuvre dans le cadre des compétences respectives.<sup>70</sup> Six projets partiels (normes et architecture, essais pilotes et partenariat public-privé, services en ligne et culture sanitaire, formation, bases légales, financement et mesures d'incitation) doivent assurer les travaux opérationnels et techniques. Le « Groupe d'experts Cybersanté », mis en place par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), a ainsi rédigé un rapport qui explique quelles réglementations légales sont nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie en matière de cybersanté (eHealth) Suisse. Sur la base des recommandations formulées dans le rapport, le Conseil fédéral a chargé le DFI d'élaborer, d'ici à septembre 2011, un avant-projet susceptible d'être mis en consultation concernant les bases légales pour l'introduction d'un dossier électronique du patient.<sup>71</sup>

La cybersanté doit d'abord être mise en œuvre dans les processus les plus fréquents, c.-à-d. lors des décomptes, du transfert de patients à des spécialistes ou à des hôpitaux, de la prescription de

<sup>67</sup> CDS, rapport final. Service de garde et d'urgence : mesures et recommandations. 2006.

<sup>68</sup> CDS: Réorganisation du service médical de garde : Evaluation de mesures spécifiques. 2008.

<sup>69</sup> <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=test0>

<sup>70</sup> La Confédération et les cantons ont conclu une convention-cadre pour la coordination de la mise en œuvre et créé la plate-forme « eHealth Suisse », qui élabore des directives et formule des recommandations. Voir en outre le rapport relatif au postulat Humbel 10.3327, Mise en œuvre de la stratégie en matière de cybersanté.

<sup>71</sup> Rapport du groupe d'experts, Mise en œuvre de la « Stratégie Cybersanté (eHealth) Suisse » : recommandations relatives à la réglementation légale, 30.9.2010. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=fr>

médicaments ou de traitements et du monitoring de l'état de santé. Elle doit par conséquent être intégrée dans les cursus de toutes les professions de santé.

La cybersanté est un instrument important pour soutenir les réformes dans le domaine de la structure des soins. Le scepticisme du corps médical concernant l'utilisation de la cybersanté est encore relativement important. Il y a toute une série de questions non résolues, p. ex., en ce qui concerne l'uniformité des normes ou le financement des investissements.<sup>72</sup> Cela vaut aussi bien pour la constitution du dossier électronique du patient que pour une infrastructure nationale.

Il y a très peu de données sur le nombre de médecins ou d'hôpitaux utilisant les outils de cybersanté dans leur travail quotidien et sur la manière dont ils le font.<sup>73</sup> Le Baromètre suisse de la cybersanté présente la situation actuelle et l'évolution en Suisse.<sup>74</sup> Conclusion : la plupart des responsables de la cybersanté, mais aussi une majorité du corps médical estiment que la cybersanté revêt une importance capitale, eu égard aux changements imminents dans le système de santé, tels que le nouveau financement hospitalier. A l'aune de cette importance capitale, un tiers tout au plus des personnes interrogées estime que les bases légales sont suffisantes. Une majorité des personnes interrogées atteste que la cybersanté contribue à la qualité et à l'efficacité. Par rapport à l'année précédente, les hôpitaux sont désormais nettement plus nombreux à posséder une stratégie de cybersanté. Le tableau d'ensemble s'est ainsi amélioré.

A l'avenir, la technologie de l'information et de la communication aura une influence encore plus grande sur le travail des médecins et des hôpitaux. La cybersanté n'est pourtant pas encore entrée dans les mœurs, par exemple, lors de l'échange électronique de données médicales entre les médecins qui assurent ensemble le suivi de patients.

#### *Dossier électronique du patient*

A l'heure actuelle, les informations concernant les patients sont dispersées en raison des structures fédéralistes du système sanitaire, parfois marquées par la petite industrie et ne sont donc pas disponibles à court terme, à tout moment et en tout lieu. En général, les processus électroniques peuvent régler ce problème et contribuer à diminuer les erreurs de diagnostic et de traitement, tout en réduisant les doublons. Un dossier électronique du patient doit donc être introduit d'ici 2015, conformément à la « Stratégie Cybersanté (eHealth) Suisse ». Les différentes régions de soins sont toutefois autonomes dans la mise en œuvre et sont plus ou moins avancées. De nouvelles bases légales doivent créer les conditions d'un échange de données sécurisé (projet de consultation élaboré d'ici septembre 2011). Outre les normes techniques et l'infrastructure requise pour un échange de données en Suisse, elles doivent également réglementer les instruments d'identification des fournisseurs de prestations et des patients.

L'utilisation des dossiers électroniques de patients peut être bénéfique à une collaboration médicalement efficace et économique des fournisseurs de prestations tout au long de la chaîne de traitement, dans le cadre des soins intégrés. Une application systématique permet de mettre simultanément différents constats à la disposition de tous, permettant ainsi une prise de décision plus rapide et plus compétente concernant les suites à donner au traitement des patients. Un échange complet d'informations permet aussi de garantir un contrôle exhaustif des médicaments.

Selon le « Groupe d'experts Cybersanté », la mise en œuvre de la « Stratégie Cybersanté (eHealth) Suisse » ne réussira que si le dossier électronique du patient est accepté par les fournisseurs de prestations et les patients, sans la moindre contrainte légale.

#### *Télé médecine*

La télé médecine est l'un des aspects de la cybersanté qui connaît dès à présent un succès relatif. Par télé médecine, on entend des prestations en relation avec un traitement médical, où les parties prenantes n'entretiennent aucun contact physique direct. Elles peuvent se dérouler entre le patient et le médecin (téléconsultation) ou entre médecins (téléconseil). Deux acteurs majeurs interviennent en Suisse, Medi24 et Medgate.

<sup>72</sup> Voir, p. ex., Grätzel von Grätz, P. Ärzte und Patienten profitieren von der Vernetzung, in: BMS, 2010, 91: 37.

<sup>73</sup> Selon la Société suisse de télé médecine & eHealth, il n'y a pour l'heure ni directives ni vérifications de l'utilisation et de l'utilité des technologies de communication modernes en médecine.

<sup>74</sup> 687 médecins, 21 des 26 responsables de cybersanté contactés pour la première fois au niveau des cantons et 68 responsables de cybersanté des hôpitaux qui représentent un total de 131 hôpitaux ont participé à l'étude réalisée début 2011. Pour en savoir plus : <http://www.infosocietydays.ch/eHealth/Swiss-eHealth-Barometer-2011.html>

Selon une étude de l'Université de Bâle<sup>75</sup> datant de 2008, la télémédecine est bien acceptée par la population, si la téléconsultation est assurée par un médecin. Les médecins d'un certain âge sont plutôt hostiles à la télémédecine, alors que plus des deux tiers des médecins de moins de 46 ans peuvent imaginer être aidés dans leur travail par la télémédecine. Les médecins de famille sont plus sceptiques à l'égard de la télémédecine que les médecins spécialistes et d'hôpital. Ceux-ci considèrent que la télémédecine peut plutôt les soulager et en apprécient les vertus de *gatekeeper*. Certains assureurs-maladie proposent des modèles où il faut commencer par contacter un callcenter de télémédecine. Les professionnels de santé qui y travaillent doivent posséder une expérience clinique de plusieurs années et utilisent des systèmes de questionnement assistés par ordinateur (*guidelines*) qui les guident tout au long de l'entretien. Lors du traitement des patients souffrant de maladies chroniques, 39 % des personnes interrogées recherchent une intégration de la télémédecine (programmes de suivi télé-médicaux). Les programmes télé-médicaux de gestion des maladies constituent une approche pour une prise en charge des patients au processus optimisé, centrée sur le patient, quel que soit l'endroit où il se trouve.

## 8.5 Résumé

Les arrivées et départs de la population de médecins à l'issue de la formation postgrade ou durant la phase d'exercice professionnel ne sont pas totalement attestés. Une perte de 16 % (sans formation postgrade) ayant déjà été prise en compte pour le calcul définitif du besoin de formation, le besoin supplémentaire engendré par l'augmentation du travail à temps partiel est désormais également évalué. Les données sur l'emploi et sur le revenu des femmes médecins suggèrent notamment que trois femmes accomplissent le même volume de travail que deux hommes. La part des femmes actives qui est aujourd'hui de 35 % va vraisemblablement augmenter à environ 60 % au cours des 20 prochaines années. Avec une part de femmes de 60 %, le volume de travail des médecins disponibles diminue cependant d'environ 10 % par rapport à aujourd'hui. Autrement dit, il faudra, dans 20 ans, 3200 médecins de plus qu'aujourd'hui, soit un total de 35 200 médecins. Le besoin de formation définitif est calculé sur la base de cette nouvelle grandeur de référence, en tenant compte une nouvelle fois des pertes dans la formation postgrade. **Il s'ensuit que la Suisse devra atteindre environ 1200 à 1300 diplômes par an au cours des 20 prochaines années afin de stabiliser le volume de travail actuel avec des médecins formés en Suisse.**

Des gains d'efficacité sont attendus avec la nouvelle réglementation du financement hospitalier et l'introduction des forfaits par cas (DRG) le 1<sup>er</sup> janvier 2012 ainsi qu'avec le développement de soins intégrés. Il est impossible pour l'instant de savoir quel sera l'effet des changements structurels sur le besoin futur de médecins. Compte tenu du vieillissement de la société et des progrès de la médecine, il semble plutôt improbable que les prestations médicales requises à l'avenir soient moins nombreuses qu'aujourd'hui. On attend, en revanche, un déplacement des prestations hospitalières vers les soins médicaux de base ambulatoires (soins compris), en raison de la diminution supposée de la durée de séjour moyenne à l'hôpital. C'est pourquoi le développement de l'offre dans le domaine ambulatoire revêt un intérêt particulier : l'analyse des autorisations de pratiquer accordées par les autorités cantonales aux médecins suggère une forte croissance dans ce domaine. Elle concerne tous les médecins. Rien ne permet d'affirmer ici que cette évolution est conforme aux besoins. Le nombre d'autorisations de pratiquer accordées en 2010 a progressé de 39 % par rapport à l'année précédente, suite à l'arrêt du gel des admissions pour les médecins de premier recours au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Une stabilisation (du moins provisoire) au niveau (élevé) de 2010 est en principe possible, eu égard au nombre de médecins formés en Suisse et à l'étranger. On note que 44 % des autorisations de pratiquer accordées en 2010 l'ont été à des médecins titulaires d'un diplôme étranger. La part élevée des médecins formés à l'étranger dans les hôpitaux semble à présent s'étendre au domaine ambulatoire. Cela montre une nouvelle fois que la Suisse forme trop peu de médecins. La faible activité de formation touche aussi bien les médecins de premier recours que les spécialistes.

La plupart des médecins de premier recours travaillent encore dans des cabinets individuels. Le grand défi des prochaines années consistera à créer des structures de soins ambulatoires nouvelles et plus

<sup>75</sup> MEDGATE a soutenu ce projet. Questionnaires distribués à un échantillon aléatoire de 3000 personnes âgées de plus de 18 ans, à 1000 utilisateurs des prestations Medgate et à 3000 médecins en Suisse alémanique et romande. Le taux de réponse était de 11%. [http://www.presseportal.ch/fr/pm/100001063/100566611/medgate\\_ag](http://www.presseportal.ch/fr/pm/100001063/100566611/medgate_ag)

importantes, au sein desquelles les jeunes médecins trouveront des horaires de travail réglés, un travail à temps partiel et un champ d'activité intéressant et dans lesquels ils pourront échanger et suivre une formation continue dans des cercles de qualité. Les services de garde et d'urgence ont été réorganisés dans la plupart des cantons afin d'accroître l'attractivité de la médecine de premier recours dans le secteur ambulatoire. La CDS et l'OFSP ont lancé d'autres projets visant à encourager la médecine de premier recours : un nouveau groupe de travail interdisciplinaire a été mis en place en 2010 afin d'élaborer de nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours en impliquant d'autres professions de santé (*skill-mix*). Le Conseil fédéral a chargé le DFI et le DFE de présenter un avant-projet susceptible d'être mis en consultation concernant les bases légales pour les professions de santé du niveau des hautes écoles spécialisées. Il s'agit notamment de créer les conditions pour une collaboration plus cohérente entre les différents professionnels de la santé. Fin 2010, le Conseil fédéral a donné mandat pour l'élaboration des bases légales pour l'introduction du dossier électronique du patient (projet de consultation à élaborer d'ici septembre 2011). Il semble évident que l'échange sécurisé et systématique d'informations médicales, notamment le dossier électronique du patient, doit jouer un rôle central dans un système de soins intégrés. Certains obstacles doivent néanmoins encore être surmontés.

En dépit des divergences entre les deux Chambres, le Parlement a approuvé le projet relatif aux soins intégrés dans le cadre de la révision de la LAMal et a ainsi donné le signal d'un changement de paradigme dans le secteur de la santé. A l'heure actuelle, environ 12 % de la population sont déjà suivis par des réseaux de médecins. La diffusion progressive des soins intégrés dépendra pour l'essentiel de la capacité à convaincre la population et les professionnels de santé des avantages de cette forme de soins, grâce à des incitations appropriées et à l'argument de la qualité.

## 9 Revenu et tarification

Le revenu des médecins et la tarification des prestations sont évoqués dans ce chapitre. Les questions suivantes se posent notamment : Quelles sont les conditions-cadres ? Quel est le rôle que peut/doit jouer la Confédération concernant la question des revenus ? Et pour finir : Y a-t-il des indices permettant de supposer que l'évolution des revenus débouche ou débouchera sur une pénurie de médecins de premier recours ?

### 9.1 Conditions-cadres et situation de départ

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, toutes les prestations médicales effectuées à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les services ambulatoires des hôpitaux et dans les cabinets médicaux sont remboursées sur la base d'un tarif à la prestation (TARMED) valable dans toute la Suisse. L'art. 46 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) précise qu'il incombe, à quelques exceptions près, aux assureurs et aux fournisseurs de prestations de convenir des tarifs. L'autonomie tarifaire prédomine donc. Les partenaires tarifaires ont, en conséquence, fondé l'organisation TARMED Suisse, chargée de gérer et de développer le tarif médical TARMED. Une évaluation selon les principes de la gestion d'entreprise et une structure appropriée des tarifs doivent être prises en compte lors de la rémunération.

Les prix fixés ou administrés par la Confédération pour les analyses, les moyens et appareils ainsi que pour les marges sur les médicaments s'appliquent par ailleurs.

Ainsi, le revenu des médecins est déterminé par un cadre prescrit par la loi d'une part et négocié par les partenaires tarifaires d'autre part. Des dispositions différentes s'appliquent aux prestations dans le domaine des assurances complémentaires qui peuvent contribuer à une hausse substantielle du revenu, notamment pour les spécialistes pratiquant la chirurgie.

Les médecins de premier recours ne sont actuellement satisfaits ni de l'évolution des prix administrés, ni des tarifs négociés de manière autonome selon le TARMED. Entre garantie de la dispensation des soins de base, prix administrés, autonomie tarifaire et bases d'évaluation incomplètes, il s'agit de trouver le moyen d'examiner les aspirations des médecins de premier recours et d'en tenir compte si elles sont justifiées, tout en jetant les bases des changements futurs nécessaires. Il s'agit donc d'étudier ci-après la question de la rémunération « appropriée ».

### 9.1.1 Rétribution appropriée des prestations

Les partenaires tarifaires définissent le caractère approprié de la rémunération dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La rétribution des prestations est en principe modifiable, mais les tarifs doivent cependant tenir compte des principes qui sont ancrés dans la loi et dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie. La rétribution appropriée d'une prestation est déterminée dans TARMED, sur la base d'un modèle de coûts et en comparaison avec d'autres positions tarifaires. Il n'y a en principe aucune obligation de l'AOS de garantir un certain revenu aux médecins. Les partenaires tarifaires ont néanmoins répondu indirectement à la question d'un revenu « approprié » avec le revenu de référence de 207 000 francs : ce revenu a servi de base à TARMED, qui repose sur la structure de coûts d'un cabinet individuel.

Les médecins de premier recours critiquent l'évolution négative de leur situation avec l'introduction du TARMED. Leurs constatations et exigences coïncident dans une large mesure avec celles du Contrôle fédéral des finances (CDF), qui a publié un rapport d'évaluation du TARMED en novembre 2010.<sup>76</sup> Le rapport atteste certes à TARMED l'atteinte des objectifs sur certains points (p. ex., transparence, neutralité des coûts), mais relève aussi de nombreux points faibles (p. ex., mise à jour insuffisante du tarif, revalorisation financière insuffisante des actes médicaux). Les différences de revenu augmenteraient au lieu de diminuer depuis l'introduction du TARMED. Le CDF confirme ainsi en grande partie la critique exprimée par les médecins de premier recours. Il ne veut cependant pas porter de jugement définitif sur la « réalité des coûts » en précisant qu'il faudrait pour cela disposer des données de coûts représentatives d'un cabinet géré efficacement. Dans ce contexte, on peut se demander si la Confédération devrait intervenir davantage à l'avenir lors de la structuration tarifaire et le cas échéant, sous quelle forme.

### 9.1.2 Attentes des partenaires tarifaires et rôle de la Confédération

Les partenaires tarifaires sont unanimes quant à la nécessité de réviser le tarif. Jusqu'à présent, ils n'ont toutefois pas réussi à gommer leurs divergences. La révision du tarif est bloquée, faute de consensus entre les quatre partenaires responsables de la mise à jour du tarif santésuisse, FMH, H+ et la Commission des tarifs médicaux (principe de l'unanimité).

Les positions des partenaires tarifaires doivent être présentées dans un premier temps. Leurs réactions au rapport du CDF sont partagées, comme il fallait s'y attendre.

Alors que la FMH juge compréhensibles les analyses et les conclusions qui en ont été tirées, le rapport final et notamment les recommandations du CDF ne sont pas jugés convaincants.<sup>77</sup> Au lieu de recommandations basées sur des faits, les déclarations de nature politique seraient prépondérantes : aussi la FMH est-elle opposée à la recommandation du CDF consistant à donner davantage de compétences et de possibilités d'intervention à la Confédération. L'autonomie tarifaire existante des partenaires doit être préservée.

Préalablement à la révision, santésuisse exige la conclusion d'un contrat permettant de gérer les coûts (respect de la neutralité des coûts). L'amélioration de la situation des médecins de premier recours devrait être atteinte au détriment des spécialistes, notamment par l'adaptation immédiate des points tarifaires en cas d'améliorations de l'efficacité et de la productivité (p. ex., suite à de nouveaux procédés diagnostiques ou thérapeutiques). Selon santésuisse, les exigences du corps médical entraîneraient des coûts supplémentaires annuels d'environ 800 millions de francs, sans que cela ne se traduise par une utilité supplémentaire pour les assurés.<sup>78</sup>

Pour finir, la CDS a également invité le Conseil fédéral en janvier 2011 à utiliser la marge de manœuvre légale disponible et à formuler des prescriptions pour une structure tarifaire mise à jour et calculée selon les principes de la gestion d'entreprise. Le Conseil fédéral devrait en outre avoir la possibilité de définir une structure tarifaire appropriée, au cas où les partenaires tarifaires ne parviendraient pas à se mettre d'accord sur une révision.

<sup>76</sup> Contrôle fédéral des finances (2010) : Tarmed - le tarif des prestations médicales ambulatoires. Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération.

<sup>77</sup> Medical Tribune online : Newsticker : <http://www.medical-tribune.ch/deutsch/news/news.php?monat=12.2010>

<sup>78</sup> Communiqué de santésuisse (11.11.2010) : santésuisse est pour le renforcement de la médecine de premier recours. Site Internet : [http://www.santesuisse.ch/fr/dyn\\_output.html?content.vcid=6&content.cdid=29839&detail=yes&navid=](http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=29839&detail=yes&navid=)

L'un dans l'autre, il apparaît que les négociations tarifaires sont souvent difficiles en raison des intérêts divergents des partenaires de négociation.

La Confédération attend des partenaires tarifaires qu'ils élaborent des solutions partenariales et adaptent les tarifs si possible immédiatement. La tarification doit reposer sur une fourniture de prestations efficace et appropriée. Il ne s'agit pas en priorité d'améliorer la position des médecins de premier recours au détriment des spécialistes. Le calcul de toutes les positions tarifaires selon les principes de la gestion d'entreprise est essentiel ; les prestations surévaluées doivent être adaptées, tout comme les prestations sous-évaluées. Eu égard à l'analyse du CDF, la Confédération estime que les médecins de premier recours seront les principaux bénéficiaires de ces adaptations tarifaires. Les différences de revenu entre les spécialistes (pratiquant la chirurgie) et les médecins de premier recours pourraient ainsi être atténuées, mais non supprimées. Comme cela a déjà été indiqué à plusieurs reprises, les spécialistes pratiquant la chirurgie dégagent notamment un revenu supplémentaire, grâce aux prestations couvertes par les assurances complémentaires.

Par sa réponse du 25 mai 2011 à la motion 11.3070 de Jacqueline Fehr déposée en relation avec le rapport du CDF, le Conseil fédéral soutient l'initiative parlementaire 11.429 : celle-ci donnerait compétence au Conseil fédéral pour procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et si les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure. Le chef du DFI a entendu les partenaires tarifaires au sujet de l'état des négociations tarifaires en mai 2011. Dans le cadre de cet entretien, on a convenu des points-clés de la révision et fixé un délai au 30 septembre 2011 pour un concept de révision élaboré par les partenaires tarifaires. Pour une demande de révision de TARMED au Conseil fédéral, le délai envisagé est fin 2012.

Le Conseil fédéral refuse, en revanche, une intervention de principe dans l'autonomie tarifaire, au sens de la motion 11.3070 : la fixation d'un modèle tarifaire par la Confédération éliminerait l'autonomie tarifaire et déboucherait sur un tarif officiel. Le Conseil fédéral juge disproportionnée une intervention aussi fondamentale dans le système actuel de rétribution. TARMED ne tient cependant pas compte des nouvelles formes de collaboration avec les membres d'autres professions de la santé et se focalise en outre fortement sur la structure des coûts d'un cabinet individuel. Avec son tarif à la prestation, Tarmed ne promeut en outre ni les soins intégrés, ni explicitement la qualité. Dans ce contexte, les possibilités tarifaires dans le cadre des soins intégrés offrent des solutions pour des formes de rétributions nouvelles et innovantes. La mission de la Confédération consiste en priorité à créer des conditions-cadres appropriées pour que la qualité et l'efficacité soient encouragées dans le cadre des soins intégrés et dans la perspective du changement structurel qui se dessine.

L'avenir du panorama tarifaire est actuellement discuté dans le cadre du projet « Stratégie nationale de la santé ». Le projet partiel « Tarifs et points-clés d'un futur financement » vérifie si et comment les conditions-cadres de la structuration tarifaire peuvent être optimisées. Des solutions seraient, par exemple, l'alignement de la tarification des prestations identiques dans le domaine hospitalier et ambulatoire ainsi que des possibilités supplémentaires pour des tarifs forfaitaires.

## **9.2 Influence du revenu sur la structure de l'offre**

La question qui se pose systématiquement en relation avec l'offre est de savoir si les possibilités de gain doivent être améliorées pour que des médecins de premiers recours soient disponibles à l'avenir.

Le nombre de titres de médecin spécialiste accordés dans la médecine de premier recours et le nombre d'autorisations de pratiquer accordées par les autorités de surveillance cantonales (cf. à ce sujet le chap. 8.3.1) fournissent des indices pour répondre à cette question. En ce qui concerne les titres fédéraux de formation postgrade accordés, il est actuellement impossible de confirmer une diminution absolue ou même relative du nombre de médecins de premier recours par rapport aux spécialistes (cf. les chap. 5.1.9 et 7.1.6). Dans l'absolu, les chiffres de tous les titres de médecin spécialiste accordés augmentent, même ceux des médecins de premier recours. Il en va de même du nombre d'autorisations de pratiquer accordées, qui a augmenté de 39 % en 2010 par rapport à l'année précédente. Les conditions sont donc en principe réunies pour que l'offre actuelle dans le domaine de la médecine de premier recours puisse non seulement être préservée, mais même étendue. Le nombre de médecins disponibles et au bénéfice d'une formation universitaire et postgrade correspondante ne garantit

toutefois pas à lui seul le maintien inchangé de la structure existante de l'offre ambulatoire. Ainsi que cela a déjà été évoqué et justifié en plusieurs endroits, un changement structurel profond est requis dans les soins ambulatoires, pour que des formes de travail modernes et plus flexibles soient possibles et que de jeunes médecins osent franchir le pas de l'activité ambulatoire en dehors de l'hôpital. Le chapitre suivant exposera brièvement les raisons pour lesquelles les changements structurels sont payants à différents égards. Des informations concernant les revenus ainsi que des valeurs de comparaison internationales se trouvent dans le rapport du Conseil fédéral en réponse aux postulats 07.3279 et 07.3561.<sup>79</sup> Etant donné qu'aucune donnée à jour concernant le revenu n'est disponible et que les chiffres existants ne reposent pas sur des revenus normalisés, l'évolution des revenus ne peut pas être évaluée de façon concluante. Compte tenu de ces éléments, il est donc impossible de dire dans quelle mesure les revenus très différents d'une personne à l'autre influent sur l'offre de façon générale.

### 9.2.1 Augmentation des revenus dans les cabinets de groupe

Des études montrent que le changement du cabinet individuel au cabinet de groupe est payant pour les médecins : ils peuvent ainsi profiter d'une baisse des coûts marginaux et accroître leur revenu.<sup>80</sup> Les unités de soins de plus grande envergure avec une mise en réseau sont avantageuses et pas seulement du point de vue économique. Elles offrent également une plus grande souplesse des revenus, qui vont du travail à temps partiel (rémunéré) à la participation complète aux bénéfices et aux pertes de l'entreprise. De telles unités de soins permettent d'éviter bon nombre des aspects jugés désavantageux pour un cabinet individuel traditionnel, tels que l'isolement, le surmenage, le manque de temps pour la formation postgrade et continue et l'absence d'échange avec des collègues. Le changement structurel confronte les médecins qui souhaitent céder leur cabinet ou le transformer en cabinet de groupe à d'importants défis : la création d'un cabinet de groupe implique des investissements supplémentaires. La difficulté du passage d'un cabinet individuel à un cabinet de groupe vient aussi du fait que la vente du cabinet individuel peut souvent générer un produit nettement inférieur aux attentes, en raison de la faible demande. Cette situation concerne cependant aussi tous les autres entrepreneurs indépendants, par exemple, les dentistes et les vétérinaires.

## 9.3 Résumé

Entre garantie de la dispensation des soins de base, prix administrés, autonomie tarifaire et bases d'évaluation incomplètes, il s'agit de trouver le moyen d'examiner les aspirations des médecins de premier recours et d'en tenir compte si elles sont justifiées. Parallèlement, il s'agit de faire en sorte que les structures de soins actuelles ne soient pas cimentées et qu'un changement structurel profond puisse être opéré dans les soins ambulatoires.

La question de la rétribution « appropriée » doit rester ouverte pour l'essentiel : TARMED se fonde sur un revenu de référence de 207 000 francs. Etant donné qu'aucune donnée à jour concernant le revenu n'est disponible et que les chiffres des années 2005 et 2006 ne reposent pas sur des enquêtes normalisées, l'évolution des revenus ne peut pas être évaluée de façon concluante.

A l'avenir, un nombre croissant de médecins voudra travailler à temps partiel. Un revenu « approprié » est plus facile à atteindre quand l'infrastructure nécessaire est utilisée si possible de façon conjointe et donc à pleine capacité. Cette situation est plus facile à atteindre dans le cadre d'unités de soins plus importantes. Le tarif à la prestation TARMED repose toutefois sur le modèle de coûts d'un cabinet individuel. Bien que rien ne laisse présager une diminution du nombre de médecins de premier recours, une intervention est néanmoins requise : à la suite d'une analyse, le CDF conclut que le TARMED devrait être adapté en faveur des médecins de premier recours sur différents points. La révision nécessaire du tarif est restée bloquée jusqu'à présent, à cause des intérêts divergents des partenaires tarifaires. Le Conseil fédéral veut contribuer à un déblocage des négociations tarifaires : dans sa réponse du 25 mai 2011 à la motion 11.3070 de Jacqueline Fehr déposée en relation avec le rapport du CDF, il soutient l'initiative parlementaire 11.429 : celle-ci donnerait compétence au Conseil fédéral pour

<sup>79</sup> Le rapport est publié sur le site Internet de l'OFSP sous le thème Professions de la santé : <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/07962/index.html?lang=fr>

<sup>80</sup> Baudier, F. et al. 2010 : La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Mojon-Azzi, S.M. (2001) : Gruppenpraxen - ihre Vor- und Nachteile. Bulletin des médecins suisses 2001; 82: n° 22.

procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et si les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure dans un certain délai. Il refuse, en revanche, une intervention de principe dans l'autonomie tarifaire.

L'avenir du paysage tarifaire est actuellement discuté à la demande du Dialogue Politique nationale suisse de la santé<sup>81</sup> ou dans le cadre du projet « Stratégie nationale en matière de santé ». Le projet partiel « Tarifs et points-clés d'un futur financement » permet de vérifier si et comment les conditions-cadres de la structuration tarifaire peuvent être optimisées.

---

<sup>81</sup> Lien : <http://www.nationalegesundheit.ch/fr/index.html>

## 10 Conclusions

L'analyse ci-dessus montre que de nombreux facteurs extérieurs dans la formation universitaire et postgrade ainsi qu'au cours de la vie professionnelle ultérieure, mais aussi la vision personnelle qu'ont les (futurs) médecins de leur métier influent sur l'offre et la demande de prestations médicales. La conclusion selon laquelle plus de médecins doivent être formés en Suisse est incontestée.

Mais l'analyse montre également que des gains d'efficacité sont possibles dans de nombreux domaines et peuvent contribuer à prévenir une future pénurie de médecins. Les gains d'efficacité sont particulièrement souhaitables lorsqu'ils peuvent contribuer à optimiser les conditions d'une meilleure qualité (p. ex., grâce à des nombres de cas plus élevés dans les hôpitaux, à une assurance qualité systématique dans le cadre des réseaux de soins intégrés). Les intérêts régionaux doivent être pris en compte lors – pour autant que cela s'avère possible et pertinent – de la concrétisation de mesures censées déboucher sur des gains d'efficacité, dans le sens d'une meilleure accessibilité des offres. Les cantons, responsables du système de santé, sont ainsi confrontés à de grands défis.

La modification des structures de soins ambulatoires et hospitaliers recèle d'ailleurs de grandes opportunités. Dans le domaine hospitalier, l'introduction de la rétribution forfaitaire a permis de donner une impulsion en faveur de gains d'efficacité au moins à moyen terme, dont on peut espérer qu'elle sera décisive. De nouvelles amorces de solution sont recherchées dans le domaine ambulatoire : c'est particulièrement flagrant au travers de l'exemple de la médecine de famille, où (en raison aussi d'une forte féminisation) une part croissante du travail à temps partiel et une phase globalement plus courte d'activité indépendante en cabinet contribuent à une dégradation du rapport entre coûts d'infrastructure et revenu. Les hausses de prix générales qui servent avant tout à compenser la baisse de revenu qui en résulte doivent être clairement délimitées par rapport aux prétentions légitimes d'une rémunération appropriée des prestations qui sont aujourd'hui sous-évaluées.

En conclusion, la présente analyse débouche sur les domaines d'intervention suivants ; le Conseil fédéral est conscient de la compétence des cantons dans le système de santé et des possibilités d'action réduites de la Confédération dans ce domaine.

### A. La Suisse doit former plus de médecins.

Cette exigence s'explique pour des questions de sécurité des soins et d'équité vis-à-vis des autres pays. Mais l'échange international jouera également un rôle en cas d'amplification sensible de la formation, car les médecins formés en Suisse quittent également notre pays (du moins) temporairement afin de poursuivre leur qualification dans d'autres pays. Cet échange mérite d'être salué. Actuellement, le solde migratoire penche cependant clairement en faveur de la Suisse, ce qui signifie qu'elle profite des investissements d'autres pays dans la formation. Le besoin de formation estimé dans ce rapport entre 1200 et 1300 diplômés par an vise une stabilisation et non une augmentation du volume de travail médical actuellement disponible. Le scénario de stabilisation avec lequel le besoin de formation est évalué pour la préservation du volume de travail actuel a été choisi comme principal scénario, car il offre de la place pour des améliorations de l'efficacité dans différents domaines. On part pour cela du principe que le gain d'efficacité permettrait de couvrir le besoin futur supplémentaire résultant du vieillissement démographique et de la croissance de la population.

### B. Les pertes de médecins formés doivent être minimisées et l'égalité des chances entre les sexes doit être améliorée en ce qui concerne le choix de la spécialisation.

Des efforts supplémentaires sont requis pour **minimiser** autant que possible les **pertes** de médecins formés à l'avenir, notamment mais pas exclusivement eu égard à la féminisation. L'organisation de la formation postgrade doit permettre aux futurs médecins qui sont en train de fonder une famille d'effectuer leur formation postgrade dans des conditions clairement définies : il convient d'éviter les changements d'emplacement trop nombreux et les files d'attente qui en résultent sous la forme d'étapes de la formation postgrade et qui ne servent pas à atteindre le titre de médecin spécialiste souhaité. Les conditions-cadres de la formation postgrade doivent en outre être organisées de telle sorte que les hommes et les femmes aient les mêmes chances dans toutes les spécialités. A l'heure actuelle, la féminisation croissante a plutôt tendance à agir en faveur de la médecine de premier recours, gynécologie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comprises. Ce point mérite d'être salué, car des

médecins supplémentaires seront notamment requis dans la médecine de premier recours (en ambulatoire) et la psychiatrie. Ce serait toutefois avoir une vision particulièrement limitée que de porter l'attention exclusivement sur la médecine de premier recours. La féminisation de la médecine va modifier le poids relatif de toutes les spécialités entre elles. Si les préférences liées au sexe sont conservées, de futures impasses dans d'autres spécialités ne sont pas à exclure.

**C. Le développement de nouveaux modèles de soins qui répondent non seulement aux besoins d'une population vieillissante, mais aussi à la manière dont les professionnels de la santé envisagent leur métier est prioritaire. D'autres professions de la santé doivent également être davantage impliquées dans les soins afin de décharger et d'épauler les médecins.**

Le développement de nouveaux modèles de soins constitue un défi essentiel, mais aussi une chance non négligeable, eu égard aux différents problèmes rencontrés par la médecine de famille. La structure de l'offre ambulatoire existante, qui est encore pour l'essentiel marquée par le cabinet individuel, n'est généralement plus conciliable avec les aspirations professionnelles des jeunes médecins. C'est la raison pour laquelle la formulation d'incitations appropriées en faveur d'un changement structurel représente un défi majeur. Des efforts supplémentaires sont par ailleurs requis pour que les membres des professions de la santé non médicales puissent être intégrés de manière adéquate dans les nouveaux modèles de soins. L'attractivité de toutes les professions de la santé peut s'en trouver accrue, ce qui peut contribuer à une durée de séjour prolongée ou à une utilisation plus durable des investissements consentis pour leur formation. L'implication de ces professions ne vise pas à concurrencer les médecins, mais doit contribuer à une maîtrise satisfaisante des défis à venir. La Confédération peut soutenir les efforts consentis en ce sens en assumant un rôle de coordination et instaurer des conditions-cadres aussi adaptées que possible, par exemple, dans le domaine des prescriptions de qualité pour la formation universitaire et postgrade.

La composition optimale du personnel ne sera jamais une science exacte et ne sera pas planifiable en ce sens : il est impossible de concrétiser complètement le besoin, mais aussi de prévoir les évolutions de la médecine et de la technique, ainsi que leurs conséquences sur le besoin futur de professionnels de la santé. C'est pourquoi des objectifs communs sont requis pour les différents partenaires et que des orientations circonspectes doivent être décidées sur cette base en ce qui concerne l'organisation des soins futurs. La formation universitaire et postgrade de tous les professionnels de santé doit contribuer à ce que tous les membres des différentes professions de santé puissent accomplir leurs tâches dans des conditions optimales.

L'étroite imbrication de la politique de l'éducation, de la santé et des soins montre au final qu'il est impératif d'analyser par avance toutes les conséquences des différentes décisions, dans la perspective des objectifs souhaités. De nombreux acteurs privés et publics participent aujourd'hui et participeront à l'avenir à la formation universitaire et postgrade ainsi qu'aux conditions d'exercice de toutes les professions de santé avec des objectifs différents. Ces différents objectifs devront être plus transparents à l'avenir et la concertation entre les différents acteurs devra être améliorée. Dans cette réglementation complexe, la solution ne peut toutefois résider exclusivement ni dans un « marché libre » ni dans une « planification étatique ». Cette conclusion se reflète également dans les recommandations suivantes et les mesures déjà engagées.

## 11 Recommandations

### 11.1 Remarques générales

L'ordre des recommandations suivantes se base sur la structure du rapport. Il est tenu compte de la répartition existante des compétences entre la Confédération, les cantons et les partenaires privés. Les recommandations désignent les acteurs qui ont la compétence de décision en vue de la mise en œuvre de la recommandation, ainsi que les acteurs qui devraient être impliqués en tant que personnes concernées ou participants. Des stratégies coopératives doivent être élaborées conjointement pour certains domaines d'intervention, afin d'éviter autant que possible les conflits d'intérêts éventuels et les blocages qui en résultent. Ainsi, le processus sera certes un peu plus délicat à mettre en œuvre, mais aura l'avantage d'être largement étayé et sera en mesure d'accueillir les initiatives privées correspondantes : eu égard au règlement existant des compétences, ce sont avant tout les cantons responsables de la formation et des soins qui en seront affectés.

Les plates-formes communes existantes doivent être mises à profit pour l'élaboration de solutions. La plate-forme « Avenir de la formation médicale » mandatée par le Dialogue Politique nationale suisse de la santé et mise en place par l'OFSP contribue dès aujourd'hui à la coordination nécessaire. Les thèmes « Financement de la formation postgrade des médecins », « Harmonisation des formations universitaire, postgrade et continue des médecins » et « Interprofessionnalité » sont discutés dans ce cadre.

Différents rapports nationaux et internationaux attestent de la grande qualité du système de santé suisse, mais en critiquent les problèmes de gestion et les dépenses de prévention (trop) faibles. Dans ce contexte, la Confédération et les cantons ont mis en place un groupe de travail supplémentaire « Stratégie nationale en matière de santé / Compétences » le 15 avril 2010, dans le cadre du Dialogue Politique nationale suisse de la santé. Ce groupe de travail doit contrôler la réglementation existante des compétences entre la Confédération et les cantons et élaborer des propositions concernant les domaines dans lesquels la répartition actuelle des tâches requiert une correction ou une précision. Les discussions portent actuellement sur des questions concernant l'importance ou le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé, l'offre, la qualité et les incitations dans les soins curatifs ainsi que de façon générale sur les possibilités de gestion du système. Dans ce contexte, il conviendrait également de déterminer quelles mesures seraient à prévoir pour compenser financièrement des transferts de tâches entre les différents échelons des pouvoirs publics. En plus d'une vérification de la réglementation actuelle des compétences, sous l'angle d'une organisation plus efficace des soins, le groupe de travail a été chargé de contrôler les modèles de gestion coopérative. Les premiers résultats sont attendus en octobre 2011. Le Conseil fédéral proposera d'en discuter dans le cadre du Dialogue Politique nationale suisse de la santé et décidera des prochaines étapes conjointement avec les cantons.

Les problèmes à venir (p. ex., augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques, multiplication des traitements ambulatoires suite à l'introduction du forfait par cas) ne pourront pas être résolus uniquement par le renforcement et la promotion des médecins de premier recours. Des conditions devront plutôt être créées pour une meilleure mise en réseau générale de la médecine de premier recours future et pour que tous les professionnels de la santé puissent être employés conformément à leurs compétences et aux besoins. Il ne fait aucun doute que les médecins de premier recours auront toujours un rôle essentiel à jouer. Les défis futurs ne pourront toutefois être résolus que si la marge de manœuvre reste relativement flexible.

Les recommandations suivantes sont formulées dans cette perspective et en étroite collaboration avec les cantons et d'autres partenaires. Le Conseil fédéral a déjà élaboré ou attribué plusieurs de ces recommandations ou mandats avant même l'initiative (p. ex., nouvelle loi sur les professions de santé, révision de la loi sur les professions médicales).

## 11.2 Tableau récapitulatif des recommandations

Problème	Recommandations	Acteurs ayant une compétence de décision	Autres acteurs/comités à associer
<b>Formation en général</b>			
La Suisse forme trop peu de médecins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre des diplômes fédéraux de médecins devrait être porté à 1200 – 1300 par an pour que le volume de travail médical actuellement disponible puisse être stabilisé avec des médecins spécialement formés en Suisse.</li> </ul>	Cantons universitaires	CUS, CDIP, CDS, CRUS, CIMS, SER, OFSP, plate-forme « Avenir de la formation médicale »
	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Confédération s'engage, dans la limite de ses compétences, notamment dans le cadre de la Conférence universitaire suisse, en faveur d'une augmentation du nombre de places d'étude.</li> </ul>		
Les capacités de formation disponibles ne sont pas utilisées de manière suffisamment efficace.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les capacités devraient être utilisées plus efficacement, pour que 85 – 90 % de tous les étudiants terminent leurs études avec succès.</li> </ul>	Cantons universitaires	Hôpitaux universitaires, CUS, CDIP, CDS, CRUS, CIMS, SER, OFSP, plate-forme « Avenir de la formation médicale »
	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'introduction du numerus clausus combiné avec un test d'aptitude devrait être étudiée en Suisse romande et le cas échéant concrétisée.</li> </ul>	Cantons universitaires	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le numerus clausus associé à un test d'aptitude doit être conservé dans les universités de Suisse alémanique.</li> </ul>	Cantons universitaires	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le test d'aptitude ou d'autres procédés cognitifs peuvent éventuellement être combinés avec des tests d'auto-évaluation. Il sera ainsi possible d'évaluer l'aptitude aux études et les futurs étudiants auront également la possibilité de mieux pouvoir juger de leur aptitude professionnelle.</li> </ul>	Cantons universitaires	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il faudrait déterminer dans quelle mesure les capacités cliniques manquantes (patients) peuvent être davantage remplacées par le développement de modules d'e-learning (simulations de patients).</li> </ul>	Cantons universitaires	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les cantons non-universitaires devraient être davantage impliqués, pour que des capacités cliniques supplémentaires puissent être mises à disposition.</li> </ul>	Cantons	

Problème	Recommandations	Acteurs ayant une compétence de décision	Autres acteurs/comités à associer
La formation prépare de manière trop peu ciblée au choix futur de la spécialité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une préparation plus ciblée à la future activité professionnelle devrait avoir lieu dès la formation universitaire au niveau Bachelor et Master, pour que des décisions plus précoces concernant la filière et la profession (spécialité) soient possibles.</li> </ul>	Universités (facultés de médecine)	CUS, CDIP, CDS, CRUS, CIMS, SER, OFSP, ISFM, sociétés de discipline médicale, plate-forme « Avenir de la formation médicale »
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des coachings individuels et des programmes de mentorat devraient être intégrés dans la formation pour les étudiants souhaitant s'orienter vers la médecine de famille.</li> </ul>	Universités (facultés de médecine, instituts pour la médecine de famille)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les expériences pratiques pendant la formation devraient être encouragées par la mise en place de relations de travail entre mentor et jeunes médecins.</li> </ul>	Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les mentors des « régions marginales » doivent particulièrement être pris en compte, afin d'améliorer l'attractivité des régions périphériques</li> </ul>	Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse	
Les personnes intéressées par des études de médecine qui ont été refusées sont perdues pour le système de santé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise en œuvre du test d'aptitude devrait permettre d'attirer l'attention de manière ciblée sur des alternatives aux études de médecine. Les hautes écoles spécialisées en santé pourraient par exemple proposer des informations spécifiques concernant les professions de santé au niveau HES.</li> </ul>	Universités (facultés de médecine)	CUS, CDIP, CDS, CIMS, CRUS, KFH Hautes écoles spécialisées, OdASanté, OFPT, OFSP, SER
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des passerelles adaptées entre les filières de sciences naturelles et la formation master en médecine doivent être étudiées, afin de compenser notamment les pertes dans la formation Bachelor</li> </ul>	Universités / ETH/EPFL	

<b>Formation des médecins de premier recours</b>			
Trop faible importance de la médecine de base dans la formation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les instituts universitaires de médecine générale devraient être mieux dotés (chaires ordinaires). Il s'agit de réfléchir à une concentration des capacités dans le sens de la création d'un centre de compétences pour la médecine de famille dans certaines facultés (p. ex., Suisse romande et Suisse alémanique).</li> </ul>	Universités (facultés de médecine, instituts de médecine de famille)	CUS, CDIP, CDS, CIMS, CRUS, SER, FNS, OFSP, plate-forme « Avenir de la formation médicale »
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les efforts des instituts de médecine de famille pour mieux mettre en réseau leur activité d'enseignement et de recherche doivent être soutenus (p. ex., par des contributions liées à des projets, conformément à la loi sur l'aide aux universités).</li> </ul>	CNS	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les instituts de médecine de famille devraient être intégrés dans une recherche sur les soins de grande envergure afin d'accroître l'attrait universitaire de la spécialité et de promouvoir l'évidence professionnelle.</li> </ul>	FNS	
Les contenus techniques de la médecine de base ne sont pas assez ancrés dans les études de médecine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des objectifs de formation spécifiques de la médecine de premier recours doivent être intégrés dans la LPMéd (une révision correspondante de la LPMéd est actuellement en cours).</li> </ul>	Confédération, Parlement	CUS, CDIP, CDS, CIMS, CRUS, SER, OFSP, plate-forme « Avenir de la formation médicale »
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il s'agit de créer plus de possibilités pour que des parties de l'année optionnelle (après l'obtention du Master et avant le diplôme fédéral) puissent être effectuées dans des cabinets ambulatoires de médecins de premier recours.</li> </ul>	Universités (facultés de médecine, instituts de médecine de famille, médecins-enseignants)	

<b>Formation postgrade en général</b>			
L'organisation actuelle de la formation postgrade débouche sur un nombre croissant de médecins qui ne suivent pas de formation postgrade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conformément aux prescriptions légales, la durée de la formation postgrade doit si possible être respectée (aujourd'hui elle dure nettement plus de 5 – 6 ans). C'est possible en supprimant, par exemple, les années à option sans objectifs de formation spécifiques.</li> </ul>	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), sociétés de discipline médicale	CDS, H+, ASMAC, OFSP, facultés de médecine, hôpitaux universitaires, plateforme « Avenir de la formation médicale »
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une meilleure structuration grâce à un respect plus explicite des programmes de formation postgrade et un contrôle au moyen de journaux de bord doit en outre être atteinte.</li> </ul>	ISFM, sociétés de discipline médicale	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les hôpitaux et/ou l'ISFM devraient conclure des conventions de formation postgrade (similaires aux conventions d'apprentissage dans la formation professionnelle) avec les étudiants en formation postgrade.</li> </ul>	ISFM, sociétés de discipline médicale	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les conventions doivent assurer aux étudiants en formation postgrade des étapes de formation postgrade contraignantes pour l'atteinte de leur objectif professionnel et contribuer à éviter les files d'attente (périodes de formation postgrade inutiles à l'obtention du titre de formation postgrade). Des formations à temps partiel doivent donc également être mises en place.</li> </ul>	ISFM, sociétés de discipline médicale	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des réseaux devraient être créés à cet effet entre les unités de formation postgrade, au sein desquelles les différentes étapes requises pour le programme de formation postgrade correspondant seront coordonnées.</li> </ul>	ISFM, sociétés de discipline médicale	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etant donné la période de fondation d'une famille dans laquelle se trouve de nombreux étudiants en formation postgrade, il faudrait essayer d'organiser la formation postgrade dans un cadre si possible régional afin d'éviter autant que possible les changements de lieu.</li> </ul>	ISFM, sociétés de discipline médicale	

Les femmes sont moins nombreuses à terminer une formation postgrade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il faudrait définir davantage d'incitations pour la création de postes de formation postgrade à temps partiel (p. ex., avec des conventions de prestations entre les cantons et les unités de formation postgrade/hôpitaux ou cabinets ambulatoires).</li> </ul>	Cantons	CDS, ISFM, ASMAC, OFSP, facultés de médecine, plateforme « Avenir de la formation médicale »
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il doit être plus facile concilier vie de famille et vie professionnelle (p. ex. grâce à des offres spécifiques de garde d'enfant pour le personnel hospitalier).</li> </ul>	H+, cantons	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'égalité des chances en termes de choix de la spécialité devrait être vérifiée (les femmes choisissent beaucoup moins souvent des spécialités impliquant une pratique chirurgicale, les raisons n'en ont pas encore été clarifiées).</li> </ul>	Sociétés de discipline médicale, ISFM	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des réflexions de fond doivent en principe être menées à propos de l'assouplissement de la formation postgrade. La possibilité d'une modularisation de la formation postgrade devrait notamment être étudiée, dans le but de mieux concilier vie de famille et carrière professionnelle. Mais des réorientations ultérieures devraient également être facilitées par le caractère modulaire (p. ex., spécialisation technique).</li> </ul>	ISFM	

<b>Formation postgrade des médecins de premier recours</b>			
La part des médecins de premier recours devrait être légèrement accrue, parce que la féminisation est plus marquée dans ce domaine que dans d'autres (p. ex., domaine avec activité chirurgicale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A l'instar de la formation universitaire, la formation postgrade devrait également s'accompagner d'une information plus ciblée sur les carrières professionnelles possibles, pour que des décisions d'orientation et de profession (spécialité, modèles de soins privilégiés/cabinet individuel/cabinet de groupe) puissent être prises plus tôt.</li> </ul>	ISFM, sociétés de discipline médicale	CDS, ASMAC, OFSP, facultés de médecine, plate-forme « Avenir de la formation médicale »
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des coachings individuels et des programmes de mentorat devraient être réalisés pour les étudiants en formation postgrade souhaitant s'orienter vers la médecine de famille.</li> </ul>	Médecins-enseignants	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des mentors de « régions marginales » doivent de préférence être impliqués et soutenus, afin d'améliorer l'attractivité des régions périphériques.</li> </ul>	Médecins-enseignants issus de régions périphériques	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il faudrait vérifier que les instruments de gestion aujourd'hui disponibles suffisent à garantir les offres de formation postgrade correspondantes dans le domaine de la médecine de base et d'autres spécialités où une pénurie semble se dessiner. Les cantons devraient éventuellement prévoir d'autres instruments de gestion, par exemple, dans le cadre de conventions avec les unités de formation postgrade (hôpitaux, cabinets), qui permettent d'augmenter le nombre de formations postgrades achevées dans les disciplines où une pénurie existe et de diminuer ce nombre dans les domaines déjà bien dotés.</li> </ul>	Cantons	
Le nombre de postes d'assistants en cabinet médical est (encore) trop faible dans les cabinets de médecin de famille et le financement à long terme n'est pas encore assuré.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les assistants en cabinet médical (formation postgrade en cabinet de médecin de famille) devraient être encouragés et leur financement par les cantons assuré à long terme. Des modèles de financement appropriés doivent être prévus à cet effet, tels qu'ils sont, par exemple, déjà discutés et recommandés dans la plate-forme « Avenir de la formation médicale » (p. ex., sous la forme du modèle PEP : pragmatique, simple et forfaitaire).</li> </ul>	Cantons	ISFM, ASMAC, CDS, OFSP, plate-forme « Avenir de la formation médicale »

<b>Exercice de la profession</b>			
<p>Les soins actuels sont encore trop peu « intégrés ».</p> <p>La structure des soins prédominante dans le domaine ambulatoire ne répond plus aux besoins de nombreux fournisseurs de prestations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les soins intégrés devraient être encouragés et renforcés grâce à des incitations appropriées (p. ex., sous la forme de la révision de la LAMal dans le domaine des soins intégrés).</li> </ul>	Parlement	Associations professionnelles et organisations faitières dans le domaine de la santé, CDS, OFSP, Obsan
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le dossier électronique du patient devrait être introduit dans les meilleurs délais (la base légale correspondante sera mise en consultation en septembre 2011).</li> </ul>	Parlement	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les idées relatives aux nouveaux modèles de soins devraient être publiées et faire l'objet d'un développement ascendant en impliquant les fournisseurs de prestations (des idées correspondantes sont actuellement mises au point dans le cadre du groupe de travail « Nouveaux modèles de soins » sous la houlette de la CDS).</li> </ul>	CDS, Forum Managed Care, etc.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le <i>skill-</i> et <i>grade-mix</i> approprié des différents modèles de soins devrait être discuté en impliquant différentes professions de la santé et des modèles et ententes correspondants entre les métiers concernés devraient être préparés.</li> </ul>	CDS, Confédération, privés, etc.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les cantons devraient dresser un état des lieux et mettre au point un concept de développement des structures de soins ambulatoires (cabinets individuels, cabinets de groupe, services ambulatoires, etc.). Les régions menacées d'une pénurie de soins médicaux pourraient être identifiées rapidement sur cette base.</li> </ul>	Cantons	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des solutions innovantes devraient également être envisagées afin de garantir les soins médicaux de base dans ces régions, plutôt que de vouloir préserver les structures à tout prix (p. ex., projets en phase avec les communes avec implication plus importante des services d'aide et de soins à domicile).</li> </ul>	Cantons, communes, fournisseurs de prestations	

Le potentiel des différentes professions de la santé n'est pas exploité de façon optimale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'implication des professionnels de la santé non-médecins dans les soins médicaux de base doit être renforcée dans le but de décharger les médecins de prestations qui ne doivent pas nécessairement être accomplies par eux (p. ex., infirmiers spécialisés, assistantes et aides médicales spécialisées, conseillers en nutrition, pharmaciens).</li> </ul>		OFPT, OdASanté, OFSP, CDS, plateforme « Avenir de la formation médicale »
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les contenus des formations universitaires et postgrade des différentes professions de santé médicales et non-médicales doivent être harmonisés, dans l'optique d'une collaboration plus étroite (notamment en intégrant une nouvelle loi sur les professions de santé – cf. aussi les explications correspondantes au chap. 12.1).</li> </ul>	Confédération, Parlement, facultés de médecine, hautes écoles spécialisées en santé	
<b>TARMED</b>			
La révision du Tarmed est bloquée. Les adaptations nécessaires à la réalité des coûts n'ont pas toujours lieu en temps utile et les médecins de famille sont parfois désavantagés de ce fait.	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'autonomie tarifaire doit en principe être préservée.</li> </ul>	Partenaires tarifaires, Parlement	OFSP, CDS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les partenaires tarifaires élaborent actuellement un concept de révision du Tarmed, dans le but de le remanier de fond en comble d'ici fin 2012. Le Conseil fédéral soutient en outre la réalisation de l'initiative parlementaire 11.429, sur la base de laquelle il peut fixer des adaptations de la structure tarifaire, si celle-ci ne semble plus appropriée et que les parties ne parviennent pas à s'entendre sur les adaptations nécessaires dans un certain délai (cf. à ce propos la réponse du Conseil fédéral du 25 mai 2011 à la motion 11.3070).</li> </ul>	Partenaires tarifaires, Conseil fédéral	

<b>Généralités</b>			
Les bases statistiques concernant la population de médecin et les autres professions de la santé sont insuffisantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La création d'un groupe de travail conjoint avec des offices fédéraux impliqués dans les collectes de données correspondantes doit être prévue (cette question est actuellement aussi traitée dans le cadre du Projet Stratégie nationale de la santé [SNS]).</li> </ul>	Confédération	OFS, Obsan, OFSP, OFPT, SNS, CDS, SER, FMH, OdASanté
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un monitoring annuel de l'évolution quantitative de la population de médecins (formés en Suisse et à l'étranger) ainsi que de la répartition des médecins entre les différentes spécialités (titres fédéraux de formation postgrade reconnus) devrait être réalisé.</li> </ul>	Confédération	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un monitoring des autres professions de santé doit également être prévu.</li> </ul>	Confédération	

## 12 Mesures

### 12.1 Mesures engagées par la Confédération

Les mesures déjà engagées ou mises en œuvre par la Confédération sont répertoriées ci-après. Il s'agit de montrer clairement que de nombreuses mesures ont déjà été engagées afin de pallier une pénurie future de médecins ou de tenir compte de l'évolution de la demande de prestations médicales. Les principales mesures sont détaillées ci-après :

- *Création d'une nouvelle loi sur les professions de santé :*  
En janvier 2010, le Conseil fédéral a chargé les deux départements DFI et DFE d'élaborer une nouvelle loi sur les professions de santé, pour que ces dernières puissent être adaptées de façon optimale, au niveau des hautes écoles spécialisées, aux différents rôles dans des soins médicaux de base en réseau. Le Conseil fédéral vise une mise en consultation en 2011.
- *Création d'une nouvelle loi pour l'introduction d'un dossier électronique du patient :*  
En décembre 2010, le Conseil fédéral a chargé le DFI de créer une base juridique pour l'introduction du dossier électronique du patient. Ce dossier est un facteur décisif pour l'amélioration de l'efficacité et de la sécurité des soins. Un projet susceptible d'être mis en consultation doit être élaboré d'ici septembre 2011.
- *Soutien de la recherche en médecine de famille :*  
L'OFSP soutient la recherche en médecine de famille en aidant à la constitution de réseaux des instituts universitaires de médecine de famille et à la remise des projets de recherche, conformément à la loi du 8 octobre 1999 sur l'aide aux universités.<sup>82</sup> Grâce à cette mesure, l'OFSP entend soutenir les requêtes spécifiques à la recherche de l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille ».
- *Révision de la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd) :*  
La révision doit non seulement permettre d'apporter les adaptations nécessaires aux nouvelles directives de l'UE, mais aussi de focaliser les objectifs de la formation universitaire et postgrade sur la médecine de famille. Les requêtes de l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » spécifiques à la formation universitaire et postgrade doivent ainsi être soutenues. La mise en consultation relative à cette révision a été ouverte à l'été 2011.
- *Contre-projet direct à l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » :*  
Avec son contre-projet direct, le Conseil fédéral renforce les soins médicaux de base et donc explicitement la médecine de famille. Dans le cadre de ses compétences, il soutient les cantons en ce sens où d'autres professions importantes pour les soins médicaux de base (p. ex., infirmiers) seront formées en conséquence dans la perspective des nouveaux défis (davantage de personnes atteintes de maladies chroniques ou de patients multimorbides) et pourront être impliquées de manière appropriée dans les soins médicaux de base. Le message relatif à l'initiative populaire sera transmis au Parlement à l'automne 2011, conjointement avec ce rapport.
- *Création d'un nouveau titre fédéral de formation postgrade en médecine interne générale :*  
Le cursus de formation postgrade nouvellement élaboré prévoit deux orientations professionnelles, dont l'une vise spécifiquement l'activité d'interniste en pratique ambulatoire ou de médecin de famille. Il a pris effet le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et a été intégré dans l'ordonnance correspondante à la LPMéd, en tant que nouveau cursus de formation postgrade réglé au niveau fédéral. Les futurs médecins de famille disposeront ainsi d'un cursus de formation postgrade spécifiquement adapté à leur activité ultérieure.
- *Travaux de révision de la loi sur l'assurance-maladie (prolongation de la clause du besoin) :*  
Le gel des admissions pour les spécialités de la médecine de premier recours a été levé le 1<sup>er</sup> janvier 2010. La clause du besoin selon l'art. 55a LAMal dans son champ d'application restreint expire fin 2011.

---

<sup>82</sup> SR 414.20.

- *Travaux de révision de la loi sur l'assurance-maladie (projet de soins intégrés) :*  
Cette révision vise à encourager les soins intégrés dans le sens de soins médicaux et de prise en charge des assurés tout au long de la chaîne de traitement. Les débats parlementaires prendront vraisemblablement fin lors de la session d'automne 2011.

## 12.2 Mesure conjointes de la Confédération et des cantons

Depuis 2005, la Confédération et les cantons redoublent d'efforts pour régler les problèmes les plus urgents concernant la médecine de premier recours. Ceux-ci ont été analysés dans différents groupes de travail, des amorces de solutions ont été élaborées et des rapports correspondants publiés. Les principales mesures concernent la réorganisation du service de garde et d'urgence (2006) et le financement de la formation postgrade spécifique (2006). Les deux thèmes ont été approfondis entre 2007 et 2009 et des plates-formes d'information correspondantes ont été mises en place pour les cantons. Ces plates-formes révèlent que les travaux relatifs au service de garde et d'urgence ont notamment déclenché de nombreuses réorganisations, qui contribuent à décharger les médecins de premier recours. Un aperçu complet des travaux est disponible sur le site Internet de la CDS en cliquant sur le lien suivant : <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=847&L=1>

Les projets suivants susceptibles d'atténuer la pénurie dans la médecine de famille et dans les professions de soins peuvent encore être évoqués :

- *Groupe de travail « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours » :*  
L'OFSP soutient ce groupe de travail mis en place en avril 2010 sous la houlette de la CDS lors de l'élaboration de propositions censées permettre le changement structurel dans les soins ambulatoires grâce à l'implication des infirmiers. Le rapport du groupe de travail sera présenté au plus tard à l'automne 2011.
- *Forum « Médecine de premier recours » :*  
Ce comité correspond au groupe de travail ayant succédé au groupe de travail « Médecine de premier recours » qui a élaboré depuis 2006 différents rapports sur des thèmes relatifs à la médecine de famille (p. ex., numéro d'urgence, réorganisation du service de garde et d'urgence et formation médicale postgrade en médecine de famille).
- *Masterplan « Formation aux professions de soins » :*  
Un Masterplan « Formation aux professions de soins » a été élaboré en 2010 pour la période 2010-2015, sur la base du rapport du DFE « Formation aux professions de soins » établi conjointement. Ce Masterplan doit contribuer à l'accroissement des capacités de formation et de la durée de séjour dans la profession, mais aussi à une formation à tous les niveaux de qualification, pour que le personnel de soins dispose de qualifications si possible adaptées aux besoins.
- *Plate-forme « Avenir de la formation médicale » (AFM) :*  
Cette nouvelle plate-forme a été mise en place en 2010 par l'OFSP, sur mandat du Dialogue Politique nationale suisse de la santé (PNS). Un premier échange avec les 17 administrations et organisations représentées au sein de la plate-forme a eu lieu en septembre 2010. Le financement de la formation postgrade médicale est le premier thème essentiel. La plate-forme doit être utilisée à l'avenir comme forum de discussion pour de nombreux autres thèmes.
- *Projet « Stratégie nationale de la santé » (SNS) :*  
En avril 2010, le Dialogue Politique nationale suisse de la santé a ordonné un récapitulatif des principaux enjeux de la politique de la santé qui résultent de la répartition actuelle des compétences entre la Confédération et les cantons. Le thème du personnel de santé a également été contrôlé en détail de ce point de vue. La pertinence du thème a été reconnue. Etant donné que différents comités opéraient déjà dans le domaine du personnel de santé, le Dialogue a décidé de garder le thème sous observation, sans de lancer de nouvelles activités. Les tarifs des prestations ont cependant été identifiés comme l'un des thèmes essentiels à traiter. Le projet SNS a été lancé en octobre 2010. La gestion dans le système de santé et l'alimentation de la base de données requise à cet effet (notamment les données relatives au personnel de santé dans le domaine ambulatoire) ont été choisies comme principal pilier thématique. La CDS, l'OFSP et l'OFS sont impliqués dans les travaux. Les premiers résultats seront discutés en octobre 2011 dans le cadre du Dialogue PNS.