
Panorama de la formation universitaire et postgrade des médecins dans le système de santé

Rapport conjoint du DEFR et du DFI

Table des matières

Abréviations	1
Condensé	3
1 Contexte et objectifs	8
1.1 Contexte	8
1.2 But du rapport.....	9
2 Les carrières médicales	9
2.1 Voies de formation et carrières professionnelles	9
2.2 Bases juridiques	10
3 Actions en cours et défis à relever	13
3.1 Formation universitaire	13
3.1.1 Défis à relever dans la formation universitaire	13
3.1.2 Actions en cours dans la formation universitaire	16
3.2 Formation postgrade	17
3.2.1 Défis à relever dans la formation postgrade.....	19
3.2.2 Actions en cours dans la formation postgrade	20
3.3 Système de santé et coût	22
3.3.1 Défis à relever en ce qui concerne les soins de santé et les coûts	24
3.3.2 Actions en cours en ce qui concerne les soins de santé et les coûts	25
3.4 Cadres généraux de la politique de la santé	28
4 Annexe	30

Abréviations

OFSP	Office fédéral de la santé publique
Message FRI	Message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation
OFS	Office fédéral de la statistique
Cst.	Constitution fédérale
Dialogue PNS	Dialogue de la politique nationale de la santé
DFI	Département fédéral de l'intérieur
AELE	Association européenne de libre-échange
LDEP	Loi fédérale sur le dossier électronique du patient
UE	Union européenne
FMH	Fédération des médecins suisses
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
LEHE	Loi fédérale sur l'encouragement et la coordination des hautes écoles
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
MHS	Médecine hautement spécialisée
HTA	Health Technology Assessment (évaluation des technologies de la santé)
AIU	Accord intercantonal universitaire
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
CTI	Commission pour la technologie et l'innovation
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
MEBEKO	Commission des professions médicales (LPMéd)
LPMéd	Loi sur les professions médicales
NOSO	Infections nosocomiales (contractées dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
SEFRI	Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation
SCLO	Catalogue suisse des objectifs de formation
CSHE	Conférence suisse des hautes écoles
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
CIMS	Commission interfacultés médicale suisse
FNS	Fonds national suisse
IST	Infections sexuellement transmissibles
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups (système de tarification des séjours hospitaliers en soins somatiques aigus)

TARMED	Barème de tarification des actes de médecine ambulatoire
DEFR	Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche
CTD	Centre pour le développement de tests et le diagnostic

Condensé

Besoin d'un nombre accru de médecins

La Suisse a formé ces dernières années moins de médecins qu'elle n'en avait besoin. Ce déficit a été comblé par un recours accru à des médecins étrangers. Il existe un large consensus social et politique sur la nécessité de former à l'avenir davantage de médecins, dans le sillage de l'acceptation de l'initiative contre l'immigration de masse (art. 121a Cst.) qui pourrait entraver l'accès à des compétences étrangères, mais pour d'autres raisons aussi.

Un surcroît d'efforts nécessaire

Les universités ont déjà notablement étoffé ces dernières années leurs capacités de formation en médecine humaine, mais il faudra encore un surcroît d'efforts pour atteindre l'objectif de 1 200 à 1 300 masters annuels que recommande le Conseil fédéral. Ce dernier a donc décidé d'agir avec les cantons pour augmenter durablement le nombre de diplômes décernés en médecine humaine, dans le cadre des mesures accompagnant la mise en œuvre de l'art. 121a Cst. et l'initiative du Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR) visant à combattre la pénurie de personnel qualifié. Il prévoit dans ce but d'accroître à hauteur maximale de 100 millions de francs dans le message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation (message FRI 2017-2020) le crédit des contributions liées à des projets visés dans la LEHE.

Ce financement spécial est une mesure importante d'augmentation des effectifs de médecins formés en Suisse. Mais ce n'est pas simplement en multipliant les diplômes décernés en médecine que l'on parviendra à rattraper la progression continue des besoins de soins médicaux. Il conviendra aussi de s'interroger dans ce contexte sur la structure, l'efficacité et la qualité du système de santé, et de se pencher par exemple sur l'adaptation des formations postgrades aux besoins, l'affectation durable des capacités existantes du corps médical, la productivité du système et la législation en la matière. Il faudra surtout maintenir les médecins plus longtemps dans l'exercice de leur profession, et arriver à un mix de spécialistes ajusté aux besoins. Au-delà des mesures déployées au niveau de la formation universitaire, il sera indispensable d'adapter les cadres généraux de la formation postgrade et de l'exercice de la profession.

Une vue panoramique en prévision du débat FRI

Le présent rapport donne au Parlement une vue générale des défis à relever, des actions déjà entreprises et de la répartition des compétences en matière de formation et de santé, de sorte qu'il puisse apprécier dans son contexte global le financement spécial de projets qu'il est envisagé d'accorder aux universités pour augmenter le nombre des diplômes délivrés en médecine humaine. Car il sera indispensable de procéder à d'autres ajustements structurels dans l'environnement complexe de l'ensemble du système de santé pour faire convenablement face à la progression des besoins de soins de santé, même si l'on parvient à augmenter sensiblement encore le nombre de diplômes décernés en médecine humaine.

Le présent rapport est communiqué au Parlement avec le message FRI 2017-2020. Il a été préparé par le DEFR et le Département fédéral de l'intérieur (DFI).

Formation universitaire

Les universités suisses ont sensiblement accru ces dernières années leurs capacités d'accueil en études de médecine humaine, mais ces efforts ne leur suffiront pas à atteindre l'objectif de 1 300 masters annuels pour 2025. D'autres redimensionnements sont nécessaires, qui appellent à la fois un financement additionnel et une approche coordonnée au sein de la Conférence suisse des hautes écoles.

Défis	Mesures
<p>Accroissement coordonné des capacités d'accueil en formation universitaire.</p> <p>Optimisation de l'exploitation des capacités hospitalières de formation clinique.</p> <p>Paramétrage des études de médecine : impératifs d'efficacité, coopération entre hautes écoles et sites, contenu des filières et coordination avec la formation médicale postgrade, restrictions à l'admission (<i>numerus clausus</i>).</p>	<p>Programme spécial d'accroissement des capacités d'accueil en médecine humaine plafonné à 100 millions de francs pour la période 2017-2020.</p> <p>Coordination des efforts au sein de la Conférence suisse des hautes écoles.</p>

Spécialisation postgrade

La formation universitaire, qui débouche sur le diplôme fédéral de médecin, est suivie de la formation postgrade de médecin spécialiste dans l'une des 44 filières médicales postgrades (« spécialités ») accréditées. Mais les titulaires du diplôme fédéral de médecin n'optent pas tous pour un titre postgrade. Les études médicales coûtant très cher, la société a tout intérêt à ce qu'aucun médecin n'abandonne l'exercice de sa profession. Les salaires des médecins assistants font partie des prestations prises en charge en vertu de la loi sur l'assurance-maladie ; la formation postgrade reçue (structurée ou non) est ainsi rémunérée par le salaire. Le coût de la formation dispensée (structurée ou non) est en revanche expressément exclu des prestations médicales couvertes par la loi sur l'assurance-maladie, et doit être pris en charge par les cantons, au titre des prestations d'intérêt général ; or on constate aujourd'hui des écarts considérables d'un canton à l'autre en ce qui concerne son financement. La spécialisation postgrade dure par ailleurs bien plus longtemps que le minimum légal de cinq ou six années.

Défis	Mesures
<p>Diminuer le nombre d'abandons de la profession chez les titulaires du diplôme de médecin.</p> <p>Réduire la durée de la formation postgrade (que les médecins terminent en général à plus de 37 ans).</p>	<p>Résultats attendus pour 2016 d'une étude sur les abandons de la profession médicale.</p> <p>Plusieurs actions ont été entreprises pour raccourcir la formation postgrade : l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) soutient les médecins assistants par le journal de bord électronique de leur formation postgrade ; les sociétés de discipline médicale, les hôpitaux et les cantons s'impliquent dans l'organisation de réseaux de formation postgrade.</p>
<p>Garantir dans tous les cantons le financement de la formation postgrade structurée dispensée.</p>	<p>La ratification de la convention de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) se terminera à la fin de l'année 2016 ; l'accord prévoit que les cantons versent 15 000 francs par an et équivalent plein temps d'un médecin assistant aux hôpitaux assurant la formation postgrade. Cela devrait compenser les charges encourues par les hôpitaux au titre de la formation postgrade structurée dispensée.</p>

Défis	Mesures
Mieux aligner sur les besoins la formation post-grade entreprise après la formation universitaire (davantage de médecins de famille, par exemple).	Un groupe de travail possédant une large assise a été constitué en 2014 par la plate-forme « Avenir de la formation médicale » à la demande du Dialogue de la politique nationale suisse de la santé (PNS). Il formule des propositions qui fonderont la préparation et la mise en œuvre de recommandations relatives aux besoins de formation postgrade en fonction de la spécialité. Il existe déjà un modèle de calcul, qui sera testé en 2016.
Mieux déployer la formation à l'interprofessionnalité, base importante de la coopération interprofessionnelle.	Un groupe de travail de la plate-forme « Avenir de la formation médicale » a préparé en 2013 six modules de formation à l'interprofessionnalité centrés sur des cas concrets de soins interprofessionnels. Leur mise en œuvre a été examinée en 2014 avec les établissements de formation, dans le cadre d'une conférence nationale. Le Conseil fédéral prendra par ailleurs au printemps 2016 sa décision sur un programme d'encouragement de l'interprofessionnalité, qui devrait permettre de mettre en œuvre des projets de formation à l'interprofessionnalité pendant les années 2017 à 2020. Cette action a été lancée par le Conseil fédéral dans le contexte de l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié, volet PLUS, et devrait réduire les besoins de personnel qualifié.
Étudier les effets de la spécialisation de plus en plus fine de la médecine sur l'évolution de la structure de l'offre et de la demande.	Le groupe de travail constitué en 2015 par la plate-forme « Avenir de la formation médicale » à la demande du Dialogue PNS présentera à la fin de l'année 2016 un rapport sur les façons de lutter dans toute la mesure possible contre les répercussions indésirables du phénomène.

Systeme de santé et coûts

Peu de pays ont un système de santé capable de rivaliser avec celui de la Suisse pour ce qui est de la couverture géographique, des performances et de la qualité. Mais une offre abondante de soins de santé sur un espace très réduit a son prix : les dépenses de santé sont en Suisse parmi les plus lourdes du monde, avec toutefois des variations marquées de coûts et de taux de recours aux prestations d'un canton à l'autre. Plusieurs actions de la stratégie de janvier 2013 du Conseil fédéral en matière de santé (stratégie Santé2020) cherchent à mieux aligner l'offre de soins sur les besoins futurs de la population. Elles doivent permettre d'employer plus judicieusement les ressources disponibles, et de réduire la dépendance à l'égard de l'étranger en ce qui concerne le personnel de santé. Plusieurs visent en outre à des gains d'efficacité et de productivité. Il s'agirait ainsi d'agir sur le coût de la santé et son alourdissement.

Système de santé et coûts	
Défis	Actions Santé2020 en cours
Réduire la dépendance à l'égard de l'étranger en ce qui concerne les professions de santé, employer judicieusement les compétences et encourager l'interprofessionnalité.	Outre la formation d'un nombre accru de médecins, il convient de mettre en application la loi sur les professions de santé en 2019, pour préparer le terrain aux nouveaux rôles et métiers de santé au niveau des hautes écoles spécialisées. Le Conseil fédéral prendra au printemps 2016 sa décision sur le programme 2017-2020 d'encouragement de l'interprofessionnalité, qui s'inscrit dans le cadre de l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié et pourrait renforcer la coordination dans la fourniture des soins en élargissant la place de l'interprofessionnalité dans la formation et l'exercice de la profession.
Mieux adapter le système de santé aux besoins d'une population en vieillissement.	De nombreux projets, stratégies, actions et programmes visent à une meilleure adaptation du système de santé aux besoins de la population et à un emploi efficient des ressources : encouragement de la coordination dans les soins fournis à certains groupes de patients et à certaines transitions (comme le passage de l'hospitalisation à la réadaptation), introduction du dossier électronique du patient, stratégies en matière de soins palliatifs, d'Alzheimer ou de soins de longue durée, voire programme national de recherche « système de santé » du FNS.
Freiner l'alourdissement des coûts.	Les partenaires tarifaires révisent actuellement le barème à l'acte TARMED. Les prestations figurant au TARMED doivent faire l'objet d'une tarification juste et calculée sur des critères économiques, faute de quoi il poussera à la surconsommation de soins médicaux, relancera les coûts et détériora la qualité des soins. En médecine hautement spécialisée, il conviendra de concentrer d'autres domaines pour obtenir des gains d'efficacité et de qualité des prestations. La stratégie qualité et le renforcement de l'évaluation des technologies de la santé doivent améliorer la qualité et la sécurité du suivi des patients, tout en réduisant les prestations manquant d'efficacité et d'efficience.

Cadres généraux de la politique de la santé

Il existe de nombreuses possibilités pour décharger le système de santé en agissant au niveau des personnes bien portantes comme malades, qu'il convient de motiver et de rendre aptes à mener une vie plus saine et à mieux se prendre en charge. Cela permettrait de réduire notablement le recours à la médecine et aux médecins. Les décisions prises dans d'autres secteurs (éducation, économie, environnement, action sociale, par exemple) peuvent aussi avoir un impact bénéfique sur la santé en améliorant l'égalité des chances, la participation à la vie économique et sociale, voire l'environnement dans lequel vit la population.

Cadres généraux de la politique de la santé	
Défis	Actions Santé2020 en cours
Accroître le nombre d'années de bonne santé dans l'ensemble de la vie (réduction de la morbidité) afin de réduire la demande de prestations médicales et de soins.	Les stratégies nationales de lutte contre les maladies non transmissibles, les assuétudes et les troubles psychologiques prendront la relève des programmes qui doivent se clore à la fin de l'année 2016 (tabac et alcool, par exemple). Les efforts de prévention des troubles addictifs et comportementaux doivent être mieux coordonnés au sein de ces trois priorités thématiques, avec meilleure exploitation des synergies. La Confédération s'efforcera avec ses partenaires de motiver la population à adopter un mode de vie sain. Les stratégies nationales de lutte contre les infections contractées dans les hôpitaux et établissements médico-sociaux (NOSO), l'infection au virus d'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST), de même que l'éradication de la rougeole et la prévention des gripes saisonnières viendront amortir encore l'impact des maladies transmissibles.
Accroître les compétences de l'individu en matière de santé et sa capacité à se traiter lui-même.	Cette mesure concerne surtout les groupes vulnérables, comme la population issue de la migration ou les personnes à faible revenu, qui savent souvent mal utiliser le système de santé.
Sensibiliser d'autres secteurs aux questions de santé.	Plus de 330 000 personnes d'âge actif prodiguent aujourd'hui des soins et de l'assistance. Au vu de la croissance attendue des besoins, le Conseil fédéral a adopté un plan d'action visant à appuyer et à décharger spécifiquement les proches aidants. Il se prononcera par ailleurs au printemps 2016 sur un programme encourageant le développement des offres de soulagement aux personnes aidantes pour 2017-2020. Cette action est liée à l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié, volet PLUS, et devrait réduire les besoins de personnel qualifié. La bonne santé dépend à 60 % de facteurs qui ne relèvent pas de la politique de la santé. En élargissant cette dernière, l'OFSP se propose de sensibiliser d'autres secteurs et d'encourager le choix de modes de vie sains.

1 Contexte et objectifs

1.1 Contexte

La Suisse a formé ces dernières années moins de médecins qu'elle n'en avait besoin. Cela s'expliquerait notamment par le coût très élevé des études de médecine ainsi que par des capacités insuffisantes en formation clinique. Ce déficit a été comblé par recours accru à des médecins étrangers : 30 % des médecins exerçant en Suisse seraient titulaires d'un diplôme étranger, selon la Fédération des médecins suisses (FMH)¹, et même plus de 40 % dans les hôpitaux². La proportion de titulaires d'un diplôme étranger reconnu dépasse actuellement les 50 % dans les autorisations de pratiquer délivrées par les autorités de surveillance cantonales à des médecins indépendants³.

Il existe un large consensus social et politique sur la nécessité de former à l'avenir davantage de médecins – non seulement dans le sillage de l'acceptation de l'initiative contre l'immigration de masse (art. 121a Cst.), qui pourrait rendre plus difficile l'appel à des compétences étrangères, mais aussi par égard pour les pays d'origine qui prennent en charge la formation de ces personnes. La formation d'un nombre accru de professionnels de la santé solidement qualifiés apparaît expressément dans le domaine d'action *garantir et renforcer la qualité des soins* de la stratégie *Santé 2020* du Conseil fédéral, mais s'inscrit aussi dans l'ensemble de la stratégie, qui prévoit d'autres domaines d'action et mesures. L'augmentation du nombre de diplômes délivrés en médecine humaine figure par ailleurs dans le train de mesures de mise en œuvre de l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié⁴.

Les universités ont déjà notablement étoffé ces dernières années leurs capacités de formation en médecine humaine. Mais il faudra encore un surcroît d'efforts pour arriver aux 1 200 à 1 300 masters annuels que recommande un récent rapport du Conseil fédéral de septembre 2011⁵. C'est le niveau qu'il faut atteindre pour renouveler par des médecins formés en Suisse les 32 000 médecins que comptait le corps médical en 2009. Même si cet effectif a crû depuis, le chiffre de 1 300 diplômes annuels de médecine humaine a valeur d'objectif.

Au vu de cet objectif, le Conseil fédéral a décidé avec les cantons de mettre en place des mesures d'augmentation durable du nombre de diplômes décernés en médecine humaine, dans le cadre des mesures d'accompagnement de la mise en œuvre de l'art. 121a Cst. et du déploiement de l'initiative du DEFR visant à combattre la pénurie de personnel qualifié. Il propose ainsi d'augmenter d'un maximum de 100 millions de francs dans le message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation (message FRI 2017-2020) le crédit des contributions liées à des projets visées dans la LEHE. Cela devrait permettre de financer des programmes à caractère incitatif d'accroissement durable du nombre de diplômes décernés en médecine humaine. Ce financement additionnel de la Confédération permettrait d'atteindre l'objectif de 1 300 masters annuels de médecine humaine pour 2025 au plus tard.

À un horizon temporel plus éloigné, le Conseil fédéral a également décidé de contrôler avec les cantons, au cours de la première moitié de la législature 2015-2019, le bon fonctionnement du mécanisme actuel de financement fédéral de la formation en médecine humaine. Globalement, il s'agirait de créer des incitations efficaces aux gains d'efficience dans la formation des médecins.

1 Bulletin des médecins suisses (2015) : statistique médicale 2014 de la FMH. Augmentation de la part de femmes et de médecins étrangers, p. 462-469.

2 Statistique des hôpitaux 2013 (OFS) : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/data/01.html>.

3 Se reporter à ce sujet aux analyses publiées sur le site Internet de l'OFSP : <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13930/13938/14387/index.html?lang=fr>

4 Rapport du Conseil fédéral du 19 juin 2015, Initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié – état de mise en œuvre, en réponse à plusieurs interventions parlementaires.

5 Rapport du Conseil fédéral, Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours, 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 », <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/14201/index.html?lang=fr>.

1.2 But du rapport

Le nombre de médecins à former en Suisse pour que le système de santé soit efficace et remplisse ses buts dépend non seulement des effectifs du corps médical, mais aussi de nombreux autres facteurs. Il faut s'interroger sur la structure, l'efficacité et la qualité du système : comment le rendre aussi efficient que possible, et le paramétrer en fonction des besoins futurs de la société ? De quels médecins aura-t-on besoin pour cela ? Comment affecter et employer au mieux sur la durée les ressources en personnel de santé (médecins et non-médecins) ? Comment freiner l'augmentation du coût de la santé ? Comment promouvoir davantage encore à l'avenir la santé en général et encourager les patients à mieux se prendre en charge eux-mêmes ? Le rapport montre en particulier que de nombreuses mesures ont déjà été lancées sur ces points. Il donne un aperçu général des défis à relever, des actions déjà entreprises et de la répartition des compétences en matière de formation et de santé, de sorte que le Parlement puisse apprécier dans son contexte global le financement spécial de projets qu'il est envisagé d'accorder aux universités pour accroître le nombre des diplômés délivrés en médecine humaine. Il s'agit donc d'un document d'information communiqué au Parlement avec le message FRI 2017-2020 en vue du débat sur le volet médical du dossier FRI. Il a été préparé conjointement par le Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

2 Les carrières médicales

2.1 Voies de formation et carrières professionnelles

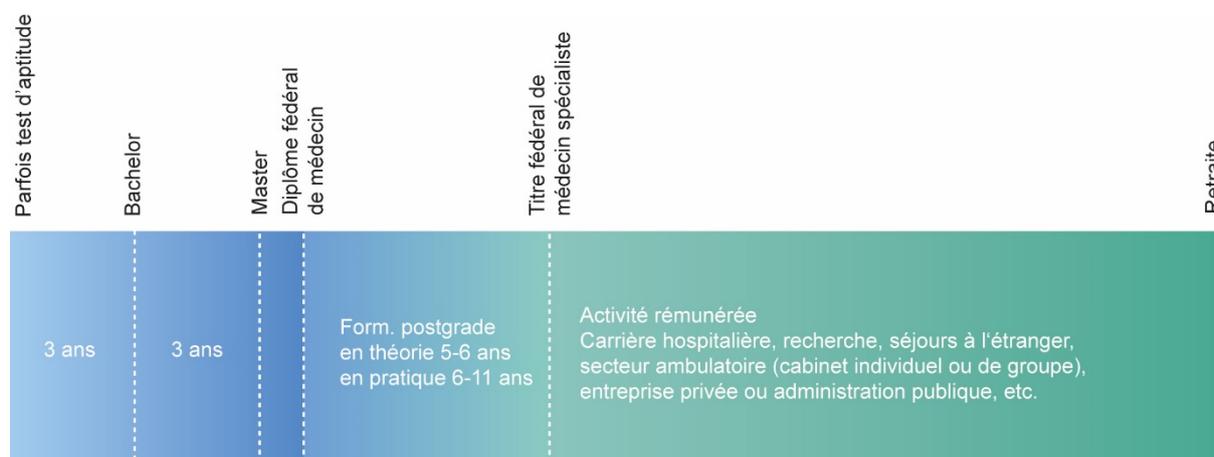
Pour être admissible en études de médecine humaine, il faut être titulaire d'une maturité fédérale ou d'un diplôme reconnu équivalent par la Confédération. Les universités de Suisse alémanique⁶ sélectionnent de plus les étudiants par un dispositif de *numerus clausus* depuis 1998. Et depuis 2009, les études de médecine sont structurées en deux cycles (bachelor et master) de trois ans chacun. Les deux premières années en particulier (et une partie de la troisième) du cycle de bachelor sont consacrées à l'acquisition d'une formation de base en sciences naturelles (études précliniques), et les trois années de master (ainsi qu'une partie de la troisième année de bachelor) à la formation clinique. Dix mois de la cinquième année sont en règle générale pris par un stage de pratique professionnelle (année d'études à option dans des fonctions de médecin stagiaire). Ces études universitaires se terminent par le travail de master.

L'obtention du master permet de se présenter à l'examen fédéral de médecine humaine, sanctionné par le diplôme fédéral de médecin, avec lequel il est possible de travailler sous surveillance et de faire sa spécialisation postgrade (en qualité de médecin assistant). La spécialisation a presque toujours lieu en hôpital, sous la surveillance d'un médecin spécialiste. Il existe 44 titres fédéraux de spécialiste (médecine interne générale, psychiatrie et psychothérapie, par exemple), et trois titres de médecin spécialiste sous régime de droit privé. La spécialisation postgrade s'étale sur cinq ou six ans, selon les exigences du programme. En réalité, elle est la plupart du temps plus longue ; en 2014, l'âge moyen d'obtention d'un titre fédéral de médecin spécialiste approchait les 38 ans. Au terme de cette formation, le titulaire du diplôme est admis à exercer la profession médicale sous sa propre responsabilité professionnelle (par exemple en cabinet médical) ; il n'a pas besoin du doctorat pour cela.

À l'issue de sa spécialisation, la personne peut faire carrière dans le secteur hospitalier ou ambulatoire. Il existe aussi des formes mixtes – comme les médecins agréés, qui voient leurs patients dans leur cabinet mais aussi à l'hôpital, par exemple pour une intervention chirurgicale dans leur spécialité (orthopédie, gynécologie et obstétrique, etc.).

⁶ Universités de Bâle, de Berne, de Fribourg et de Zurich ; l'université de Fribourg n'offre que le cycle de bachelor, le master devant ensuite être préparé à l'université de Bâle, de Berne ou de Zurich.

Figure 1 : Schéma de la carrière médicale en Suisse, de l'université à la retraite.



Pour une carrière hospitalière, il faut non seulement s'occuper des patients, mais aussi faire de la recherche et publier. Les postes correspondants sont ceux de chef de clinique, de chef de service et de médecin-chef. À partir d'un certain niveau, la carrière hospitalière est étroitement liée à la carrière universitaire, qui requiert le doctorat en médecine. Il est toutefois possible de demander sans doctorat l'habilitation sur la base d'une longue activité clinique et de recherche en Suisse et à l'étranger. Par l'habilitation, la faculté confirme que la personne concernée est capable d'enseigner et de faire de la recherche par elle-même. Même si les universités suisses n'exigent pas toujours l'habilitation, elle est fréquemment considérée comme un avantage dans la perspective d'une carrière universitaire ou en CHU. Cet itinéraire débouche sur un poste de professeur ordinaire ou extraordinaire, parfois précédé par un poste de professeur assistant avec ou sans *tenure track*.

2.2 Bases juridiques

Le tableau ci-dessous présente les principaux textes juridiques qui régissent la carrière professionnelle et universitaire d'un médecin.

Tableau 1 : Les textes juridiques qui régissent la formation universitaire, la formation postgrade et la carrière professionnelle.

Étapes de la carrière	Bases juridiques	Compétence	Observations
Admissibilité en études de médecine, <i>numerus clausus</i>	Réglementation cantonale	Cantons universitaires	Collectivités de rattachement autonomes, les cantons universitaires décident chaque année, au vu du nombre d'inscriptions et des places disponibles, de limiter ou non l'admission. La Conférence des recteurs des universités suisses (<i>swissuniversities</i>) organise les examens d'admission avec le Centre pour le développement de tests et le diagnostic (CTD).
Cycles de bachelor et de master	Lois cantonales	Cantons universitaires	Les universités suisses relèvent de la souveraineté cantonale. Leur fonctionnement et leur financement sont régis par la législation cantonale.

Étapes de la carrière	Bases juridiques	Compétence	Observations
	Accord intercantonal universitaire (AIU)	Cantons	Règle l'accès intercantonal aux universités en respect du principe de l'égalité de traitement, et fixe la compensation à verser par les cantons aux cantons universitaires.
	Loi sur l'encouragement et la coordination des hautes écoles (LEHE)	Confédération (SEFRI)	La Confédération soutient les universités à titre subsidiaire. La LEHE coordonne et réglemente notamment le financement des hautes écoles, la répartition des tâches dans les domaines particulièrement onéreux, l'accréditation et la distribution des contributions fédérales.
	Loi sur les professions médicales (LPMéd), règlements des facultés	Confédération (OFSP), Commission interfacultés médicale suisse (CIMS), facultés	La LPMéd fixe les objectifs de formation, concrétisés dans le catalogue suisse des objectifs de formation (SCLO). C'est sur ce dernier que se fondent les filières et l'examen fédéral.
Examen fédéral de médecine humaine et diplôme fédéral de médecin	LPMéd et ordonnances concernant les examens LPMéd	Confédération (OFSP), en liaison avec la commission d'examen et les experts des facultés	Un examen uniforme se déroule au même moment dans toutes les facultés de médecine ; il comporte une partie écrite théorique et une partie pratique. Le diplôme fédéral de médecin permet d'exercer professionnellement sous surveillance, et d'entamer une formation postgrade LPMéd.
Reconnaissance des diplômes étrangers	Loi sur les professions médicales (LPMéd)	Commission des professions médicales (MEBEKO)	La MEBEKO reconnaît les diplômes étrangers des professions médicales universitaires s'il existe un accord avec le pays concerné (membres de l'UE et de l'AELE). Les ressortissants des autres pays peuvent demander le diplôme fédéral ; la MEBEKO définit alors ses conditions d'obtention.
Formation postgrade de médecin spécialiste	Objectifs de la formation postgrade définis par la LPMéd Réglementation pour la formation postgraduée (RFP) (sociétés de discipline médicale et ISFM)	Confédération (OFSP), Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), sociétés de discipline médicale	Il existe actuellement 44 formations postgrades accréditées (spécialités comme l'ophtalmologie). La LPMéd exige que les programmes soient accrédités tous les sept ans par le DFI. Les candidats choisissent librement leur spécialité. Les programmes de formation sont conçus et ajustés par les sociétés de discipline médicale en liaison avec l'ISFM. Ce dernier est l'organisation du corps médical responsable de toutes les formations de spécialisation et de perfectionnement. Outre les titres fédéraux de formation postgrade, il existe trois titres privés de médecin spécialiste, 35 titres privés de formation approfondie et 31 attestations de formation complémentaire.

Étapes de la carrière	Bases juridiques	Compétence	Observations
Examen de spécialiste et titres fédéraux de formation postgrade	Réglementation pour la formation postgraduée de l'ISFM et dispositions conformes au programme de formation de chaque société de discipline médicale	Sociétés de discipline médicale	La personne qui passe avec succès l'examen de spécialiste montre qu'elle a atteint les objectifs de formation définis dans la LPMéd et le programme de formation postgrade de la spécialité correspondante.
Reconnaissance des diplômes étrangers	Loi sur les professions médicales (LPMéd)	Commission des professions médicales (MEBEKO)	La MEBEKO reconnaît les diplômes postgrades étrangers des professions médicales universitaires s'il existe un accord avec le pays concerné (membres de l'UE et de l'AELE).
Exercice de la médecine dans le secteur ambulatoire	LPMéd (conditions requises pour l'octroi de l'autorisation et obligations professionnelles pour l'exercice de la médecine sous sa propre responsabilité professionnelle)	Autorités de surveillance cantonales	La LPMéd soumet au régime d'autorisation obligatoire les médecins souhaitant exercer dans le secteur ambulatoire privé sous leur propre responsabilité professionnelle. Les cantons contrôlent les conditions requises pour l'octroi de l'autorisation, conformément à la LPMéd, et délivrent l'autorisation de pratiquer si elles sont remplies.
Exercice de la médecine dans le secteur hospitalier	Lois et ordonnances cantonales sur la santé	Autorités de surveillance cantonales	Certains cantons soumettent tous les médecins au régime de l'autorisation obligatoire. La plupart soumettent à ce régime certaines fonctions hospitalières d'encadrement. Les règles ne sont pas uniformes.

3 Actions en cours et défis à relever

3.1 Formation universitaire

La formation à la médecine humaine relève des facultés de médecine des universités⁷, elles-mêmes placées sous l'autorité de leur canton de rattachement. La Conférence des hautes écoles et la Conférence des recteurs des hautes écoles suisses (*swissuniversities*) assurent des fonctions de coordination. Les cantons en particulier, mais aussi la Confédération, ont déjà déployé ces dernières années des efforts pour accroître le nombre de diplômes de médecine humaine décernés par les cinq facultés de médecine. La présente section examine le financement et les conditions générales de la coordination entre les parties associées à la formation universitaire en médecine humaine⁸. Elle montre par ailleurs comment les capacités d'accueil ont évolué ces dernières années jusqu'au diplôme fédéral, avec des prévisions pour les années qui viennent.

3.1.1 Défis à relever dans la formation universitaire

Financement et coordination de la formation universitaire en médecine humaine

Comme on l'a vu à la section 2.2, les cantons gèrent et financent leurs universités et filières, et donc les facultés de médecine et la formation des médecins jusqu'au master. Ce qui veut dire qu'ils en supportent le gros de la charge financière. La Confédération finance les hautes écoles à titre subsidiaire, comme le prévoit la loi sur l'encouragement et la coordination des hautes écoles (LEHE, RS 414.20), en leur versant trois sortes de contributions : une contribution de base, des contributions d'investissement et une participation aux frais locatifs, et des contributions liées à des projets. Elle verse aussi aux facultés de médecine des universités des aides à la recherche (Fonds national suisse, Commission pour la technologie et l'innovation et programmes-cadres de l'UE). La contribution de base finance les frais de fonctionnement des universités ; elle a constamment augmenté entre 2008 et 2014, à un rythme annuel moyen de 3,9 %. Au cours de la période FRI 2013-2016, la Confédération a aussi financé par des contributions liées à des projets un programme doté de 3 millions de francs visant à encourager et à consolider l'enseignement et la recherche en médecine de famille. La part des contributions de la Confédération à l'enseignement de la médecine humaine⁹ a été de 27 % en 2013¹⁰. Ce chiffre ne tient pas compte de la recherche-développement, car il n'est pas possible de déterminer exactement l'apport fédéral à son financement.

La contribution de base ne donne à la Confédération qu'une influence limitée sur l'offre. Au sein de la Conférence suisse des hautes écoles (CSHE), elle et les cantons ne peuvent encourager plus énergiquement la médecine dans l'enseignement supérieur qu'en jouant sur le poids relatif de chaque domaine d'études dans le modèle de répartition des contributions de base. Mais les hautes écoles distribuent à leur guise les crédits qu'elles reçoivent à ce titre. Le Conseil fédéral peut aussi favoriser dans ses ordres de priorités les investissements immobiliers servant à la formation des médecins, comme le prévoit la loi sur les subventions (LSu, RS 616.1). Elle ne peut exercer une influence plus marquée que par le biais des contributions liées à des projets, grâce auxquelles elle et les cantons peuvent soutenir des projets concrets des hautes écoles en vue de la réalisation de tâches et d'objectifs définis conjointement. Cela permet aussi de contrôler la réalisation des objectifs.

Admission en études de médecine

⁷ Les universités de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich ont une faculté de médecine et offrent un cursus complet d'études de médecine (bachelor et master). L'université de Fribourg offre un cycle de bachelor, le master devant ensuite être préparé dans une des cinq facultés de médecine (BS, BE, GE, LS, ZH). L'admission à l'université de Fribourg est restreinte, les candidats doivent passer un test d'aptitude. Il est possible de suivre une première année d'études de médecine à l'université de Neuchâtel sans restriction d'accès ; en cas de succès, l'étudiant poursuit ses études à Genève ou à Lausanne.

⁸ Hautes écoles universitaires, facultés de médecine, cantons de rattachement (direction de l'instruction publique et direction de la santé), Confédération.

⁹ L'enseignement englobe la formation de base et la formation approfondie. Ne sont pas pris en charge les coûts de la recherche-développement.

¹⁰ OFS : Couverture des charges par catégorie de revenu, objet de coût et domaine d'études 2013 (31.7.2015), <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/15/06/data/blank/04.html>

Les demandes d'inscription en études de médecine dépassant nettement les places disponibles dans les universités cantonales, surtout en formation clinique, les établissements alémaniques (Bâle, Berne, Fribourg¹¹ et Zurich) filtrent l'accès par des examens d'aptitude. Le *numerus clausus* est censé garantir un emploi efficace des capacités d'accueil. L'accroissement de ces dernières ne changera pas fondamentalement cet état de choses. En 2014, il y avait dans les universités pratiquant le *numerus clausus* quelque 3 500 candidatures pour 800 places en première année.

Dans les universités romandes, l'admission en études de médecine n'est pas restreinte, mais chaque université sélectionne les étudiants au cours des deux premières années. Deux formes d'admission en études de médecine coexistent donc actuellement dans les universités suisses. Chacune a ses qualités : le *numerus clausus* protège l'économie nationale et l'individu contre le risque de perte d'une ou de plusieurs années de formation ; la sélection au cours des premières années est plus conforme à la liberté de choix des études, et permet sans doute de mieux apprécier les aptitudes des candidats.

Sachant que le nombre d'étudiants admis est aligné sur les capacités d'accueil, et qu'une proportion plus importante des étudiants de première année arrive jusqu'au master dans les universités pratiquant le *numerus clausus*, on peut penser que la limitation de l'accès aux études de médecine n'a vraisemblablement pas d'effet significatif sur le nombre de masters décernés en médecine humaine. Il appartient en dernier ressort au canton de décider de la limitation des places et de la forme de la sélection, même si le dispositif est coordonné par la CSHE. Cette dernière va se pencher en 2016 sur la question de l'examen d'aptitude aux études de médecine humaine ; elle a formé un groupe de travail qui étudiera l'efficacité et le coût du test pratiqué aujourd'hui, ainsi que les autres formules possibles. Le rapport de présentation des résultats devrait être publié pour la fin de l'année 2016.

Accroissement des capacités universitaires d'accueil en médecine humaine

Les universités cantonales ont sensiblement accru ces dernières années leurs capacités d'accueil en médecine humaine. La sélection ayant lieu au cours des deux premières années dans celles qui ne pratiquent pas le *numerus clausus*, l'appréciation des capacités d'accueil doit se fonder sur les nombres de places en phase clinique et sur les nombres de masters décernés. La CSHE estime que les cinq facultés de médecine suisses offrent 1 055 places en formation clinique pour 2016, soit 44 % de plus qu'en 2007 (tableau 2). La formation clinique a directement lieu dans les hôpitaux en majeure partie. L'augmentation des capacités dans ce secteur est donc étroitement liée aux possibilités de coopération entre hôpitaux et facultés de médecine. Il sera de plus en plus important à l'avenir de mieux tirer parti du potentiel inexploité des hôpitaux qui se prêteraient à une coopération avec les facultés de médecine, et seraient disposés à s'impliquer dans la formation.

Tableau 2 : Capacités d'accueil en phase clinique dans les facultés de médecine entre 2007 et 2015

Année	Places disponibles en formation clinique	Progression cumulée (% , base 2007)
2007	731	-
2010	815	+ 12 %
2013	860	+ 18 %
2016	1055	+ 44 %

Source : Conférence suisse des hautes écoles, chiffres novembre 2015

L'accroissement des capacités d'accueil en études cliniques a déjà eu un impact sur le nombre des masters, qui a progressé entre 2005 et 2014 de près de 39 %, pour passer de 622 à 863 diplômes.

¹¹ À l'université de Fribourg, il n'est possible de suivre que le bachelor de médecine humaine. Le master se prépare dans une autre université.

Tableau 3 : Nombre de diplômes de master décernés en médecine humaine entre 2004 et 2014

Année	Nombre de masters	Progression cumulée (% , base 2005)
2005	622	-
2008	667	+ 7 %
2011	744	+ 20 %
2014	863	+ 39 %

Source : OFS

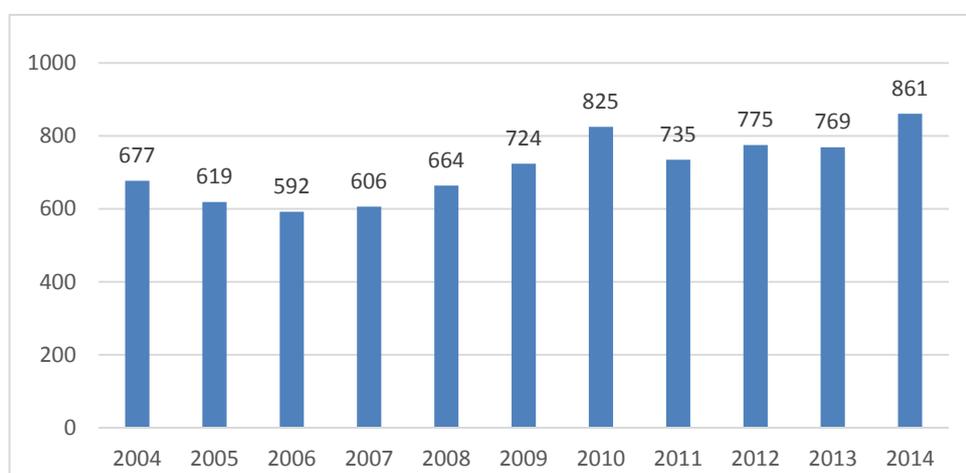
Féminisation des études de médecine

La proportion de femmes a nettement tendance à augmenter depuis quelques années parmi les nouveaux titulaires d'un master de médecine humaine. Si elle était d'un peu moins de 30 % au début des années 80, elle frôlait les 50 % en 2002, et a continué de progresser, pour atteindre 56 % en 2004.

Diplôme fédéral

Globalement, 10 138 diplômes fédéraux de médecin ont été décernés entre 2001 et 2014, soit 724 en moyenne annuelle. Le nombre des diplômes fédéraux obtenus suit étroitement celui des masters de l'année correspondante ; il a lui aussi progressé ces dernières années. Deux tiers de ces diplômes ont été délivrés dans les cantons alémaniques, et un tiers dans les cantons romands.

Figure 2 : Nombre de diplômes fédéraux de médecin décernés à des personnes titulaires d'un diplôme d'une université suisse



Source : Registre des professions médicales OFSP

Progression prévue par l'OFS du nombre de diplômes décernés en médecine humaine

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a calculé en 2015 des scénarios à l'horizon 2024 en se fondant sur l'accroissement constant des capacités d'accueil des universités cantonales en médecine humaine. Il estime que le nombre des diplômes de médecine humaine devrait continuer d'augmenter, même si l'on ne tient pas compte des nouveaux efforts qu'il est prévu de déployer. Il pense que les universités suisses décerneront en 2024 quelque 1 050 diplômes de médecine humaine. Ce chiffre est en accord avec les capacités d'accueil en phase clinique (master) qu'envisagent en 2015 les universités (1 055 à compter de 2016).

Diplômes décernés, comparaison entre la Suisse et l'étranger

La comparaison des diplômes de masters délivrés en médecine humaine en 2013 pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE révèle que la Suisse forme sensiblement moins de médecins (9,7 pour 100 000 habitants) que l'Allemagne (12,2), le Royaume-Uni (13,2), les Pays-Bas (14,4) et le Danemark (18,4)¹². Les 1 050 diplômés prévus par l'OFS pour 2024 porteraient cette proportion à 12,6 diplômés pour 100 000 habitants (sur la base de la population actuelle de 8,3 millions d'habitants). Le nombre relativement modeste de masters décernés pour la densité de médecins dans le pays permet de conclure que la Suisse puise largement dans le vivier de médecins étrangers pour couvrir ses besoins médicaux (section 3.3).

3.1.2 Actions en cours dans la formation universitaire

Les universités suisses ont sensiblement étoffé ces dernières années leurs capacités d'accueil, mais ces efforts ne leur suffiront pas à atteindre l'objectif de 1 300 masters annuels pour 2025. D'autres redimensionnements sont nécessaires, qui appellent à la fois un financement additionnel et une approche coordonnée au sein de la Conférence suisse des hautes écoles.

Programme spécial médecine humaine

Comme on l'a vu à la section 3.1.5, la Confédération peut surtout guider l'offre de formation en médecine humaine par le biais des contributions LEHE liées à des projets. C'est pourquoi elle prévoit de consacrer un financement spécial à l'accroissement des capacités correspondantes dans les hautes écoles universitaires. Le Conseil fédéral propose dans le message FRI 2017-2020 une dotation initiale maximale de 100 millions de francs pour un programme spécial d'augmentation durable du nombre de diplômés décernés par les universités en médecine humaine¹³. Le train de mesures ainsi financées doit porter durablement le nombre annuel de masters de médecine humaine à quelque 1 300 au maximum pour 2025 au plus tard.

Le Conseil des hautes écoles, qui décide de l'attribution des contributions liées à des projets, a défini les grandes lignes du programme spécial : les mesures doivent être rapidement réalisables, mais contribuer sur le long terme à accroître les capacités d'accueil (en bachelor et master, comme le prévoit la loi sur les professions médicales) et ainsi le nombre des diplômés décernés, de sorte que l'offre de soins médicaux accompagne les besoins. Sont jugés particulièrement souhaitables les efforts de renforcement de la médecine de premier recours et de l'interprofessionnalité. La décentralisation de la médecine hautement spécialisée n'est pas considérée comme prioritaire. Le financement ne peut pas porter sur les études de faisabilité, les études de projet, ni non plus les infrastructures de recherche. Le caractère durable doit être garanti par des plans financiers pluriannuels soutenus par l'entité de rattachement. L'offre doit par ailleurs être développée d'une façon utile à l'ensemble du système et garantir un emploi efficient des ressources. L'insertion à tous les niveaux de la formation (capacités d'accueil en bachelor, master et stages) doit être démontrée. En recourant à des forfaits, le Conseil des hautes écoles met en place un modèle de financement simple, transparent et juste, ouvert sur les demandes innovantes.

Le Conseil des hautes écoles mettra au point le programme spécial une fois que le Conseil fédéral aura adopté son message FRI 2017-2020. L'appel à propositions suivra, avec coordination de la préparation des demandes de contribution par la Conférence des recteurs des hautes écoles suisses (*swissuniversities*). Le Comité permanent pour la médecine universitaire examinera les demandes parvenant au Conseil des hautes écoles¹⁴, qui prendra sur

¹² OECD Data, Medical Graduates 2013. <https://data.oecd.org/healthres/medical-graduates.htm>.

¹³ Les conditions actuelles d'octroi des contributions liées à des projets imposent à la haute école d'apporter 50 % de l'enveloppe du projet sur ses propres ressources. Il est possible de renoncer à tout ou partie des contributions propres si les partenaires fournissent de très importantes prestations de coordination ou des prestations anticipées (art. 59, al. 3, LEHE et concept relatif à l'octroi des contributions liées à des projets 2017-2020 du 30 janvier 2014).

¹⁴ Composition du comité : trois représentants des cantons siégeant au Haut conseil et ayant une faculté de médecine ; deux représentants des cantons siégeant au Haut conseil et n'ayant pas de faculté de médecine ; trois représentants de *swissuniversities* (niveau rectorat) ; un représentant de la direction de l'OFSP ; un représentant politique de la conférence suisse des directrices et directeurs de la santé (CDS) ; un représentant universitaire de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM).

cette base, après les délibérations parlementaires sur le message FRI 2017-2020, les décisions nécessaires sur le financement des projets, et ainsi sur la coordination et la répartition des tâches.

Formation universitaire	
Défis	Mesures
<p>Accroissement coordonné des capacités d'accueil en formation universitaire</p> <p>Optimisation de l'exploitation des capacités hospitalières de formation clinique</p> <p>Paramétrage des études de médecine : impératifs d'efficacité, conception de la filière d'études¹⁵, coopérations entre hautes écoles et sites, contenu des filières et coordination avec la formation médicale postgrade, restrictions à l'admission (<i>numerus clausus</i>)</p>	<p>Programme spécial d'accroissement des capacités d'accueil en médecine humaine plafonné à 100 millions de francs pour la période 2017-2020.</p> <p>Coordination des efforts au sein de la CSHE.</p>

3.2 Formation postgrade

La formation universitaire et l'obtention du diplôme fédéral de médecin sont suivies de la formation postgrade de médecin spécialiste dans l'une des 44 filières de formation médicale postgrade (« spécialités ») accréditées en vertu de la LPMéd. Pour exercer dans le privé sous sa propre responsabilité professionnelle (par exemple en cabinet), le médecin doit impérativement obtenir un titre de formation postgrade dans sa spécialité. Outre les 44 spécialités fédérales, il en existe aussi sous régime de droit privé. Selon la spécialité, des formations approfondies (35), une formation approfondie interdisciplinaire (1) et des attestations de formation complémentaire (31) qualifiantes sanctionnent l'acquisition de compétences approfondies ou additionnelles ; certaines d'entre elles donnent le droit de facturer des prestations à l'assurance obligatoire des soins, comme un titre postgrade. Les progrès constants de la médecine devraient se traduire par une spécialisation de plus en plus fine.

Médecins sans formation postgrade

Les titulaires du diplôme fédéral de médecin n'optent pas tous pour une formation et un titre postgrades. Une analyse montre que 12 % de ceux qui avaient obtenu leur diplôme en Suisse entre 1984 et 2003 n'avaient pas acquis de titre postgrade à la fin de l'année 2013 (10,5 % d'hommes et 14,4 % de femmes)¹⁶. Ils exploitent peut-être leurs connaissances dans d'autres activités professionnelles (assurance, administration, industrie pharmaceutique, etc.). Il faut aussi envisager l'émigration temporaire ou définitive, voire l'abandon de l'exercice de la médecine – dont la fréquence et les raisons ne semblent pas avoir été bien étudiées.

Nombre annuel de titres fédéraux de formation postgrade

Le nombre des médecins assistants et le nombre annuel des titres de formation postgrade décernés ont beaucoup augmenté ces dernières années, notamment dans le sillage de l'introduction de la semaine de 50 heures en 2005. Le niveau annuel dépasse les 1 600 titres fédéraux de formation postgrade depuis 2012, soit à peu près le double de celui des diplômes de fin d'études universitaires. Le phénomène s'explique par le fait que plus de 40 % des nouveaux titres de spécialiste sont délivrés à des médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger.

¹⁵ Formation en médecine humaine: analyse systémique et recommandations – Rapport final. 2015. Prof. Antonio Loprieno, sur mandat du Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation SEFRI. www.sbf.admin.ch > Documentation > Publications > Universités

¹⁶ Rapport statistique médecine humaine 2013 (OFSP) : <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13930/index.html?lang=fr>

Pays où les nouveaux médecins de Suisse ont fait leurs études, 2005 - 2013

Outre les médecins assistants titulaires d'un diplôme étranger, de nombreux spécialistes arrivent en Suisse « tout prêts ». Le contingent de nouveaux médecins se compose ainsi de trois groupes : 1) ceux qui ont effectué en Suisse leurs études universitaires et postgrades ; 2) ceux qui ont effectué leurs études universitaires à l'étranger et leur formation postgrade en Suisse ; 3) les médecins des pays de l'UE et de l'AELE qui ont obtenu leur diplôme et leur titre postgrade à l'étranger. Sur la période 2005-2013, les proportions étaient de 40 % pour les nouveaux médecins formés en Suisse, et de 60 % pour ceux qui avaient effectué tout ou partie de leur formation à l'étranger (figure X de l'annexe 1).

Distribution des spécialités médicales, 1990 - 2013

Les médecins de premier recours (médecine générale interne, pédiatrie et praticiens) auxquels s'adressent en premier toutes les catégories de patients pour tous leurs problèmes de santé forment toujours le groupe de spécialités médicales le plus souvent choisi. Leur nombre et leur proportion ont augmenté depuis 1990, et ils représentent actuellement près de la moitié des titres postgrades délivrés (figure Y de l'annexe). C'est un phénomène bienvenu, que pourraient notamment expliquer les améliorations introduites au niveau de la formation universitaire et postgrade et de la rémunération par le plan directeur « médecine de famille et soins médicaux de base ». Les femmes obtiennent plus de la moitié des titres de formation postgrade – une proportion qui atteindra les 60 % dans quelques années, comme pour les diplômes de fin d'études universitaires. Les hommes et les femmes n'optent pas pour les mêmes spécialités, mais leurs préférences respectives ne sont pas nécessairement stables. Les femmes sont aujourd'hui nettement majoritaires en gynécologie et obstétrique. Elles sont également de plus en plus présentes en médecine de premier recours (médecine interne générale, pédiatrie), où elles ont obtenu 54 % des titres de formation postgrade en 2013. Leur progression dans le corps médical nourrit ainsi celle de la médecine de premier recours. Mais leur proportion augmente également dans des spécialités à composante chirurgicale. Il convient toutefois d'observer à ce propos que les femmes et les jeunes médecins en général assurent moins d'heures de travail que leurs aînés, ce qui veut dire que l'accroissement du nombre absolu de médecins ne se traduit pas par une progression parallèle en équivalents plein temps.

Dépendance à l'égard de l'étranger selon la spécialité

En ce qui concerne la dépendance à l'égard de l'étranger en fonction de la spécialité, la part de spécialistes entièrement formés à l'étranger dépassait les 50 % dans 18 des 44 spécialités entre 2005 et 2014 (figure Z de l'annexe 1).

Durée de la formation postgrade

La formation postgrade varie en durée selon le programme. Elle est censée s'étaler sur cinq ou six ans dans la plupart des cas, sauf pour la médecine générale¹⁷, mais il faut en fait nettement plus longtemps aux médecins pour arriver jusqu'au titre postgrade : ils obtenaient en moyenne à 26,7 ans leur diplôme fédéral de médecin en 2014, mais à 37,7 ans leur titre fédéral de formation postgrade. Ils ne peuvent donc entreprendre que tardivement une activité professionnelle sous leur propre responsabilité, en ouvrant par exemple un cabinet. La formation postgrade peut encore être allongée par la préparation de qualifications additionnelles, comme des formations approfondies – utiles et justifiées dans la perspective de l'exercice ultérieur de la médecine (en cabinet). L'âge moyen tardif d'obtention du titre s'explique aussi par des interruptions dans l'activité professionnelle ou par le fait que le titre n'est pas toujours demandé tout de suite après la formation postgrade.

¹⁷ La directive 93/16 de l'UE impose à chaque État membre de mettre en place une formation spécifique à la médecine générale d'une durée minimale de trois années de formation à plein temps. Le titre de médecin praticien est conforme à cette norme et habilite son titulaire à exercer sous sa propre responsabilité professionnelle.

Motifs de choix d'une spécialité

Le choix d'une spécialité se fonde en grande partie sur la variété, le contact avec les patients et la possibilité de concilier vie professionnelle et familiale qu'elle offre. Les femmes ont davantage tendance à privilégier ce dernier critère. L'importance de l'attrait financier est diversement appréciée. Malgré des revenus plus bas que dans d'autres spécialités, le nombre absolu et la proportion de titres postgrades de médecine de premier recours ont augmenté. Les conditions et les horaires de travail pourraient avoir un impact comparable, voire supérieur, à celui des revenus dans le choix d'une spécialité.

3.2.1 Défis à relever dans la formation postgrade

Il ressort de ce qui précède que plusieurs défis sont à relever au niveau de la formation postgrade. Les études médicales coûtant très cher, la société a tout intérêt à ce que les médecins restent si possible tous dans la profession. On connaît encore assez mal la fréquence et les motifs des abandons après le diplôme, voire la formation postgrade, et il faudrait mieux étudier le phénomène. Ce n'est qu'une fois que l'on saura combien de jeunes médecins quittent la profession et pourquoi ils le font que l'on pourra prendre des mesures pour réduire leur proportion¹⁸. Autre problème à régler : il faudrait que les médecins de demain se forment dans les spécialités où existera un besoin de soins au sein de la population. Il convient par ailleurs de garantir le financement de la formation postgrade. Le coût de la formation dispensée (structurée ou non) est expressément exclu des prestations médicales couvertes par la loi sur l'assurance-maladie : il doit être pris en charge par les cantons, au titre des prestations d'intérêt général. En revanche, les salaires des professeurs assistants peuvent être inclus dans les prestations médicales LAMal. La formation postgrade reçue (structurée ou non) est ainsi rémunérée par le salaire. On constate aujourd'hui des écarts considérables d'un canton à l'autre en ce qui concerne le financement des prestations de formation postgrade structurée dispensée¹⁹. D'autre part, la formation postgrade de spécialisation dure bien plus longtemps que le minimum légal de cinq ou six années. Dans ce contexte, la constitution de réseaux de formation fondés sur la coopération régionale entre plusieurs hôpitaux permettrait d'organiser plus efficacement les rotations exigées par la formation postgrade. Des actions de ce type ont déjà été lancées, et seront encore intensifiées avec l'appui de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) et les sociétés de discipline médicale²⁰. La formation postgrade pourrait aussi être raccourcie par des modules d'approfondissement thématiques insérés dès la formation universitaire et pris en compte dans la formation postgrade. Il ne pourra être procédé à ces ajustements qu'avec les parties prenantes chargées de la formation universitaire et de la formation postgrade (facultés de médecine, ISFM et sociétés de discipline médicale). Enfin, la compatibilité entre vie professionnelle et familiale est essentielle pour les jeunes médecins. Les médecins (assistants) désireux de réduire leur temps de travail pour des raisons familiales doivent pouvoir bénéficier de modèles de travail plus flexibles. Il serait ainsi possible de lutter contre les abandons ou suspensions d'activité professionnelle pour raisons familiales. Les hôpitaux et les cabinets de médecine ambulatoire devront pour cela adapter encore mieux leurs horaires de travail aux besoins des jeunes médecins, et passer en particulier systématiquement à la semaine de 50 heures pour les maintenir dans la profession. Il y a encore le défi que représente l'évolution constante de la médecine, qui se traduira probablement par une spécialisation de plus en plus fine et diversifiée. Elle débouche sur des progrès dans le traitement des patients, mais complique le système et exige une coordination plus étroite entre les professions de santé.

¹⁸ Une étude de ce type a été lancée en 2016 par l'Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (VSAO-ASMAC) et la Fédération des médecins suisses (FMH).

¹⁹ La formation structurée comprend les activités de formation prévues dans les directives relatives à la formation postgrade. Une distinction doit être établie entre les prestations de formation reçues (point de vue du médecin assistant) et les prestations de formation dispensées (point de vue du professeur). Les prestations de formation dispensées incluent les coûts découlant du travail d'enseignement, tels que l'organisation des travaux pratiques, les séminaires, les exposés, les colloques, la préparation/correction d'examens, la préparation de (programmes de) cours ; en revanche, les coûts des établissements découlant de la participation des médecins à une formation postgrade n'entrent pas dans la catégorie des prestations dispensées.

²⁰ Le Coursus romand de médecine de famille (CRMF), par exemple, est un projet roman d'amélioration de l'organisation des rotations.

3.2.2 Actions en cours dans la formation postgrade

La Confédération et les cantons ont mis ensemble sur pied en 1998 le projet « politique nationale suisse de la santé », ensuite devenu le « Dialogue de la politique nationale de la santé » (PNS), dans l'intention de faire front commun devant les défis actuels et à attendre dans le domaine de la santé. Le Dialogue PNS a créé en 2010 la plate-forme « Avenir de la formation médicale », qui s'occupe des actions décrites ci-dessous relatives à la formation postgrade des médecins et à l'interprofessionnalité.

Financement de la formation postgrade des médecins, convention

On avait pu craindre que la révision de la LAMal portant sur le financement des hôpitaux (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, avec application de la majorité des mesures à compter du 1^{er} janvier 2012) ne contraigne les hôpitaux et les cliniques à se désengager de la formation universitaire et postgrade des médecins en raison de l'alourdissement attendu des coûts. Le financement de la formation postgrade dispensée (structurée et non structurée) n'entre pas dans les forfaits par cas liés aux prestations (soins somatiques aigus SwissDRG) ; c'est une prestation dite d'intérêt général, dont le financement incombe aux cantons. En revanche, les salaires des médecins assistants peuvent être comptés dans les prestations médicales couvertes par la loi sur l'assurance-maladie. La formation postgrade reçue (structurée ou non) est ainsi rétribuée par le salaire. Ces craintes ont incité le Dialogue PNS à charger la plate-forme « Avenir de la formation médicale » d'analyser la situation et de proposer des solutions concrètes pour la formation postgrade. Il a adopté au mois d'août 2011 le modèle PEP (pragmatisme, simplicité et approche forfaitaire) du groupe thématique « Formation postgrade médicale », qui oblige tous les hôpitaux et cliniques inscrits sur la liste hospitalière à former un nombre de médecins-assistants en rapport avec leurs capacités. Les cantons soutiennent la formation postgrade dispensée en versant une contribution forfaitaire par équivalent plein temps et par an ; ce versement est lié au respect de certains critères de qualité. La CDS a adopté à son assemblée plénière du 20 novembre 2014 la Convention sur le financement de la formation postgrade, et prié les cantons de lancer sa ratification. La convention prévoit que le canton siège verse un forfait annuel d'un minimum de 15 000 francs par an et par équivalent plein temps pour la formation postgrade structurée dispensée. Elle crée par ailleurs un dispositif de compensation intercantonale sous forme de versements aux cantons très impliqués dans la formation postgrade. Elle ne prévoit pas d'obligation générale de dispenser des formations postgrades. Elle avait été ratifiée par six cantons à la mi-novembre 2015, la phase de ratification devant se clore en 2016. Elle entrera en vigueur à la 18^e ratification cantonale.

Coordination de la formation postgrade médicale

La plate-forme « Avenir de la formation médicale » examine depuis 2013 la question de la formation des nombres voulus de spécialistes en fonction des besoins dans chaque spécialité. Elle a fait procéder à deux études sur les mécanismes de pilotage de la formation postgrade médicale en Suisse et dans le reste du monde²¹. En ce qui concerne la Suisse, les experts interrogés ont évoqué le risque de surabondance dans certaines spécialités. Le groupe des spécialistes qui arrivent « tout prêts » en Suisse, en particulier, serait fréquemment surreprésenté dans les spécialités chirurgicales, et moins présent dans les disciplines d'habitude associées à la médecine de premier recours – ce que confirment les données reproduites au début de la section 3.2. Il n'a pas été possible de déterminer avec certitude dans quelle mesure il pourrait y avoir dès à présent ou dans un proche avenir surabondance ou pénurie dans certaines spécialités ou régions. L'analyse suivie de l'offre actuelle et à venir de soins médicaux bute sur le manque de données qui permettraient de croiser l'évolution de l'offre avec la demande ou les besoins.

Sur la base de ces deux rapports, et à la demande du Dialogue PNS, la plate-forme « Avenir de la formation médicale » a formé à la fin de l'année 2014 un large groupe thématique sur la coordination de la formation postgrade médicale ; coprésidé par l'OFSP et l'ISFM, il est chargé de réunir l'information manquante et de préparer un modèle de calcul (outil) qui servira à coordonner le mix de spécialités. Il doit également proposer une structure

²¹ Berchtol, P. et al. (2014): Steuerung der ärztlichen Weiterbildung. Eine systematische Literaturrecherche und strukturierte Expertengespräche zu internationalen Erfahrungen. Dubach, P. et al. (2014): Steuerung der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz. Consultables (en allemand) à <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/15279/index.html?lang=fr>

d'organisation (organe), des modes de travail et des instruments de mise en œuvre des recommandations relatives à la formation postgrade dans certaines spécialités et groupes de spécialités. Le modèle de calcul est décrit dans le détail dans un rapport de novembre 2015. De premières prévisions « techniques » devraient être produites en 2016-2017 pour certaines spécialités.

Interprofessionnalité

À la demande du Dialogue PNS, la plate-forme « Avenir de la formation médicale » a formé en 2012 un groupe thématique qu'elle a chargé de se pencher sur la place de l'interprofessionnalité dans la formation. La formation à l'interprofessionnalité est considérée comme la base d'une bonne coopération interprofessionnelle. Elle fait mieux connaître les compétences des diverses professions de santé, et améliore ainsi la coordination des prestations dans les traitements complexes. Le groupe thématique a conçu des modules de formation à l'interprofessionnalité centrés sur six situations concrètes qui requièrent une approche interprofessionnelle, comme les urgences, le traitement ambulatoire de suivi après hospitalisation et les soins palliatifs. Cette « boîte à outils » a été examinée avec des établissements de formation de toute la Suisse au mois de décembre 2014, à l'occasion d'une conférence nationale sur la formation des professionnels de la santé à l'interprofessionnalité et l'amélioration permanente de la prise en charge des patients. Le Conseil fédéral prendra au printemps 2016 sa décision sur un programme d'encouragement de l'interprofessionnalité, qui devrait permettre de mettre en œuvre des projets de formation à l'interprofessionnalité pour les années 2017 à 2020. Les modules préparés par la plate-forme « Avenir de la formation médicale » pourraient être utilisés dans le programme de soutien à l'interprofessionnalité 2017-2020 pour des projets de formation de ce type (se reporter à ce sujet à la section 3.3.2, programme d'encouragement de l'interprofessionnalité).

Spécialisation croissante de la médecine humaine et répercussions sur l'organisation des hôpitaux

La spécialisation de la médecine a débouché le plus souvent par le passé sur la création de nouvelles chaires professorales et de nouvelles offres de soins, avec ouverture de nouveaux services dans les hôpitaux et les cabinets médicaux. La plate-forme « Avenir de la formation médicale » a chargé en décembre 2015 un autre groupe thématique d'étudier les effets de la spécialisation croissante de la médecine dans le système de santé. Le progrès médical est une bonne chose, mais il convient de vérifier ses effets induits sur la qualité et l'efficacité (recouplements entre spécialités ou apparition de nouvelles structures dans l'offre, puis la demande, par exemple). Un rapport sera publié à ce sujet à la fin de l'année 2016.

Formation postgrade des médecins	
Défis	Actions en cours
<p>Diminuer le nombre d'abandons de la profession après obtention du diplôme de médecin.</p> <p>Réduire la durée de la formation postgrade (les médecins ont en général plus de 37 ans lorsqu'ils la terminent).</p>	<p>Résultats d'une étude sur l'abandon de la profession médicale attendus pour 2016.</p> <p>Plusieurs actions ont été entreprises pour raccourcir la formation postgrade. L'ISFM soutient les médecins assistants par le journal de bord électronique de leur formation postgrade ; les sociétés de discipline médicale, les hôpitaux et les cantons s'impliquent dans l'organisation de réseaux de formation postgrade. Le DFI peut aussi avoir une influence sur la conception de la formation postgrade par le biais de l'accréditation des filières LPMéd.</p>

Formation postgrade des médecins	
Défis	Actions en cours
Garantir dans tous les cantons le financement de la formation postgrade structurée dispensée.	La ratification du concordat de la CDS se terminera à la fin de l'année 2016 ; l'accord prévoit que les cantons versent 15 000 francs par an et équivalent pleins temps d'un médecin assistant aux hôpitaux assurant la formation postgrade. Cela devrait compenser les charges encourues par les hôpitaux au titre de la formation postgrade structurée dispensée.
Mieux aligner sur les besoins la formation postgrade entreprise après la formation universitaire (davantage de médecins de famille, par exemple).	La plate-forme « Avenir de la formation médicale » a formé en 2014 un groupe de travail possédant une large assise. Il travaille sur des propositions qui fonderont la préparation et la mise en œuvre des recommandations relatives aux besoins de formation postgrade en fonction de la spécialité. Il existe déjà un modèle de calcul, qui sera testé en 2016.
Mieux déployer la formation à l'interprofessionnalité, base importante de la coopération interprofessionnelle.	Un groupe de travail de la plate-forme « Avenir de la formation médicale » a mis au point en 2013 six modules de formation à l'interprofessionnalité centrés sur des cas concrets de soins interprofessionnels. Leur déploiement a été examiné en 2014 avec les établissements de formation, dans le cadre d'une conférence nationale. Le Conseil fédéral prendra en 2016 sa décision sur un programme d'encouragement de l'interprofessionnalité, qui devrait permettre de réaliser des projets de formation de ce type au cours de la période 2017-2020. Cette action est liée à l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié, volet PLUS, et devrait réduire les besoins de personnel qualifié.
Étudier les effets de la spécialisation de plus en plus fine de la médecine sur l'évolution de la structure de l'offre.	Le groupe de travail constitué en 2015 par la plate-forme « Avenir de la formation médicale » à la demande du Dialogue de la politique nationale suisse de la santé présentera à la fin de l'année 2016 un rapport sur les façons de lutter dans la mesure du possible contre les répercussions indésirables du phénomène.

3.3 Système de santé et coût

Peu de pays ont un système de santé capable de rivaliser avec celui de la Suisse pour ce qui est de la couverture géographique, des performances et de la qualité. La santé dépend des cantons, qui assument le gros de son financement public. Ils mettent en place l'offre de soins hospitaliers, qu'ils financent avec les compagnies d'assurance. Ils délivrent les autorisations d'exercice aux prestataires indépendants, et peuvent les autoriser à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (article 55a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie). Les explications qui suivent décrivent brièvement les capacités du système de santé et son évolution.

Effectif et évolution du corps médical

Selon la FMH, le corps médical aurait augmenté de 70 % pour atteindre 34 348 médecins entre 1990 et 2014²². Les hommes y restent plus nombreux que les femmes (60,4 %), mais cette proportion devrait s'inverser dans les années qui viennent. Un tiers des médecins en exercice (10 478) sont d'origine étrangère. Les tendances actuelles (forte proportion d'étrangers ayant suivi leur formation universitaire à l'étranger et venant en Suisse pour leur formation postgrade, immigration de spécialistes) conduisent à penser que cette proportion va continuer de croître.

Comparaison de la densité médicale en Suisse et dans d'autres pays en 2013

C'est l'Autriche qui possède la plus forte densité de médecins parmi les pays de l'OCDE (4,99 par millier d'habitants). La Suisse (4,04) atteint un niveau comparable à celui de l'Allemagne (4,05), de la Norvège (4,31), de la Suède (4,01) et de l'Italie (3,9). Le chiffre est nettement inférieur dans des pays anglo-saxons comme les États-Unis (2,56), le Royaume-Uni (2,77) et l'Australie (3,36).

Médecins du secteur ambulatoire et temps de travail

Les statistiques de la FMH indiquent que 17 804 médecins (soit près de 52 %) ont leur activité principale dans le secteur ambulatoire, dont 57,2 % en cabinet individuel. Ils travaillent en moyenne 8,2 demi-journées²³ – les femmes en moyenne un peu moins longtemps que les hommes (6,8 demi-journées hebdomadaires contre 8,8). La compatibilité entre vie personnelle et vie professionnelle a pris de l'importance aux yeux d'une grande partie des futurs médecins des deux sexes. Le temps de travail moyen des médecins pourrait ainsi diminuer encore ces prochaines années, ce qui accroîtra d'autant les besoins de formation.

Transformation de la structure de l'offre de soins ambulatoires

L'introduction de la formation postgrade obligatoire pour tous les médecins en 2002 a tronqué la durée de l'activité professionnelle dans le secteur ambulatoire. Les médecins ont en moyenne plus de 40 ans lorsqu'ils ouvrent un cabinet. Le raccourcissement de la durée d'exercice et du temps de travail jusqu'à la retraite potentialise l'impact des frais d'investissement et de fonctionnement (matériel radiologique et d'analyse, eHealth et administration) et érode la rentabilité de l'activité. La longueur de la formation postgrade, la réduction des horaires de travail et l'âge moyen auquel un médecin ouvre son cabinet (plus de 40 ans) érodent la rentabilité des investissements d'infrastructure. Il vaut donc la peine de répartir cette charge entre plusieurs personnes, ce qui est en outre conforme à la façon dont les jeunes médecins souhaitent exercer leur profession. Les gros centres de soins ambulatoires permettent le travail à temps partiel et accueillent parfois d'autres professions de santé (physiothérapeutes, sages-femmes et autres personnels soignants spécialisés). C'est dans cette lumière qu'il faut voir le problème souvent déploré de la succession de nombreux médecins de famille travaillant en cabinet individuel. Des structures plus amples sont aussi en cours de création ; elles sont parfois mises en place par des hôpitaux (centres médicaux ou d'urgence, comme la Citynotfall AG de l'hôpital Insel et la clinique Sonnenhof à Berne, ou les centres du groupe Hirslanden). Certaines communes investissent dans des structures offrant à de jeunes médecins de bonnes conditions de travail en cabinet. De grands groupes non médicaux, comme Migros, investissent par ailleurs dans des centres de médecine ambulatoire. Cette transformation de la structure des soins ambulatoires offre de nombreuses possibilités de gains d'efficacité et de meilleur suivi du nombre croissant de personnes souffrant de polyopathologies chroniques.

Médecine de famille et médecine spécialisée

²² La statistique de la FMH couvre bien le secteur ambulatoire, mais pas le secteur hospitalier. La statistique des hôpitaux de l'OFS contient quelque 7 000 médecins de plus que la statistique médicale de la FMH.

²³ Selon la définition de l'enquête publiée sur myFMH, une demi-journée correspond à une plage de six à huit heures.

Bien qu'il y ait près de 2 000 médecins de famille de plus qu'en l'an 2000, leur densité par millier d'habitants n'a pratiquement pas changé, en raison de l'évolution démographique. Il y avait 8 032 médecins de premier recours²⁴ en Suisse en 2014, soit un pour mille habitants – une densité conforme aux recommandations de l'OCDE. Fin 2014, la population suisse disposait de 9 772 spécialistes exerçant en cabinet, ce qui portait à 54,9 % leur proportion dans le secteur ambulatoire. Les proportions de médecins de premier recours et de spécialistes ont évolué en faveur des spécialistes dans tous les pays de l'OCDE au cours de ces dernières décennies. C'est aussi le cas en Suisse, où elles rejoignent en 2011 le ratio moyen des pays de l'OCDE (deux spécialistes pour un généraliste)²⁵.

Régulation des autorisations d'ouverture de cabinets (secteur ambulatoire)

La limitation des autorisations d'ouverture de nouveaux cabinets introduite en 2002 et reconduite à plusieurs reprises a été levée en 2011, ce qui s'est surtout traduit par une forte recrudescence des autorisations de pratiquer accordées par les cantons à des spécialistes indépendants. Les cantons peuvent à nouveau, depuis le 5 juillet 2013, réguler une offre médicale excédentaire sur leur territoire. Ne sont pas concernés les médecins qui ont travaillé pendant un minimum de trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade. Cette règle s'applique jusqu'à la fin du premier semestre 2016. Dans son message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (pilotage du domaine ambulatoire) du 18 février 2015, le Conseil fédéral proposait de piloter à long terme le domaine ambulatoire. Le Parlement n'a pas suivi cette proposition, que le Conseil national a définitivement rejetée le 18 décembre 2015. À compter du second semestre 2016, les cantons n'auront plus aucune possibilité de régulation, et devront délivrer l'autorisation à tous les médecins.

Hôpitaux et médecins hospitaliers

Il y avait en 2013 en Suisse 293 hôpitaux d'une capacité totale de 37 836 lits, contre 364 en 2000 (et 45 569 lits). Malgré cette notable contraction, la Suisse possède par rapport à d'autres pays de l'OCDE beaucoup d'hôpitaux pour sa population et son territoire, même si le nombre de lits est légèrement inférieur à la moyenne de l'OCDE. Le séjour moyen en hôpital a sensiblement raccourci, tout en restant au-dessus de la moyenne de l'OCDE²⁶. Les médecins hospitaliers étaient au nombre de 24 204 à la fin de l'année 2013, soit 20 350 équivalents plein temps ; 48 % d'entre eux sont en formation postgrade (médecins assistants), et 42 % sont titulaires d'un diplôme de médecine étranger.

Dépenses de santé et écarts significatifs entre les cantons

Une offre abondante de soins de santé sur un espace très réduit à son prix : les dépenses de santé sont en Suisse parmi les plus lourdes du monde, mais avec de fortes variations entre cantons en ce qui concerne les coûts et les taux de recours aux prestations²⁷. Sur l'ensemble des coûts de l'assurance obligatoire des soins, l'écart était en 2011 de 1 668 francs entre le canton le plus cher (Genève, avec un coût par habitant de 3 538 francs) et le moins cher (Appenzell Rhodes-Intérieures, 1 869 francs). Les différences les plus marquées s'observent dans les hospitalisations, suivies des soins hospitaliers ambulatoires et des médicaments.

3.3.1 Défis à relever en ce qui concerne les soins de santé et les coûts

Le système de santé suisse est extrêmement bien doté en infrastructures et ressources humaines. Les écarts prononcés de coûts d'un canton à l'autre et les différences entre catégories de soins (taux de césariennes, par exemple) pourraient révéler une pénurie ou un excès de l'offre dans certains domaines. La décision prise par le Conseil national le 18 décembre 2015 prive définitivement à partir du second semestre 2016 les cantons de toute

²⁴ Les médecins de premier recours sont ceux qui ont un titre de formation postgrade de médecine interne générale, de pédiatrie ou de médecin praticien.

²⁵ OCDE (2013) : Panorama de la santé 2013, LES INDICATEURS DE L'OCDE.

²⁶ OCDE (2013) : Panorama de la santé 2013, LES INDICATEURS DE L'OCDE.

²⁷ Coûts de l'assurance obligatoire des soins et recours à ses prestations en Suisse, Obsan Bulletin 5/2013

possibilité de réguler en fonction des besoins les autorisations accordées aux nouveaux médecins dans les domaines à forte densité médicale. En ce qui concerne le personnel de santé, on observe une dépendance marquée, encore en progression et qu'il conviendrait de réduire, à l'égard de l'étranger. Le système de santé est toujours très centré sur le traitement des maladies aiguës ; or il faudra à l'avenir traiter et suivre un nombre accru de personnes âgées présentant des polyopathologies chroniques. Si chaque maladie est traitée selon les règles de la spécialité correspondante, on obtient souvent des effets globaux indésirables (surmédication et intolérances médicamenteuses, par exemple), qui entraînent de fréquentes hospitalisations d'urgence. Promouvoir la coordination des traitements entre les professionnels de la santé, mieux organiser les interfaces et les phases transitoires et prévenir les doubles emplois et les actes inutiles améliorent la qualité des soins et gagnent donc en importance. Il sera en même temps essentiel d'obtenir des gains de productivité et d'efficacité dans les années qui viennent pour endiguer le gonflement des besoins en professionnels de la santé. Car il convient globalement de freiner l'alourdissement des coûts pour préserver l'accès universel aux prestations de l'assurance obligatoire des soins.

3.3.2 Actions en cours en ce qui concerne les soins de santé et les coûts

Les quelques actions présentées ci-dessous sont tirées des priorités de janvier 2013 du Conseil fédéral en matière de santé (stratégie Santé2020) et cherchent notamment à mieux aligner l'offre de soins sur les besoins futurs de la population. Elles tendent à employer plus judicieusement les ressources disponibles, et à réduire la dépendance à l'égard de l'étranger en ce qui concerne le personnel de santé. Plusieurs d'entre elles visent en outre à des gains d'efficacité et de productivité. Il s'agirait ainsi d'agir sur le coût de la santé et son alourdissement²⁸. Il deviendrait alors possible de faire assurer les mêmes prestations par un personnel moins nombreux.

Loi sur les professions de la santé

La coordination des soins s'appuie sur la coopération entre les professionnels de la santé. Les efforts déployés dans le contexte de la politique des formations aux métiers de la santé cherchent depuis des années déjà à orienter les filières sur la coopération interprofessionnelle et à promouvoir une nouvelle conception de l'exercice de ces professions. L'interprofessionnalité a pris une place nettement plus grande dans la formation universitaire et post-grade avec l'adoption de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires et la révision de la loi sur les produits thérapeutiques, qui confie un rôle nouveau au pharmacien dans les soins de premier recours. La loi sur les professions de la santé préparée par le SEFRI et l'OFSP, et qui devrait entrer en vigueur en 2019, marque une nouvelle étape : elle soutient au niveau des hautes écoles spécialisées la mise en place d'une offre de soins coordonnés assurés par des professionnels de la santé solidement formés. De nouveaux profils et rôles professionnels en médecine de premier recours peuvent décharger en particulier les médecins de premier recours. Cela pourrait rehausser le pouvoir d'attraction des professions médicales et soignantes, et ainsi maintenir plus longtemps en exercice les personnes concernées.

Programme d'encouragement de l'interprofessionnalité

Le Conseil fédéral a chargé le DFI le 19 juin 2015, dans le cadre de l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié, de lancer un programme 2017-2020 d'encouragement de l'interprofessionnalité, en particulier en ce qui concerne la médecine de premier recours. Le DFI soumettra au Conseil fédéral une proposition en ce sens au printemps 2016, avec chiffrage des ressources nécessaires. Ce programme encouragera des projets portant sur l'interprofessionnalité dans la formation et le système de santé. Il soutiendra la coopération interprofessionnelle sur un pied d'égalité, en vue d'améliorer la coordination intersectorielle des soins. Le but est de mettre plus efficacement les ressources humaines au service du patient.

²⁸ On trouvera une présentation complète des 36 mesures mises en place dans le cadre de Santé2020 à <http://www.bag.admin.ch/ge-sundheit2020/14638/index.html?lang=fr>

Encouragement de la coordination des soins

Les patients qui souffrent de plusieurs maladies en même temps (polyopathologies) consultent fréquemment plusieurs professionnels de la santé, qui les traitent chacun dans l'optique de sa spécialité, et prescrivent les thérapies et médicaments correspondants. Faute d'incitation structurelle, ces actes sont trop rarement coordonnés. En définitive, ils peuvent même donner lieu à des soins excessifs, insuffisants ou inadaptés, ce qui affecterait leur qualité. L'amélioration de la coordination des soins est donc au cœur de la stratégie Santé2020 ; elle doit se traduire par un emploi plus judicieux de l'infrastructure et des ressources humaines. Une grande importance va être accordée dans les années qui viennent à la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP), qui améliore les possibilités de coordination des traitements et l'efficacité du système de santé. Le texte devrait entrer en vigueur dès 2017. Il faudrait aussi obtenir des améliorations spécifiques pour certains groupes de patients et à certaines interfaces qui nécessitent un haut degré de coordination (comme le passage de l'hospitalisation à la réadaptation).

Stratégies nationales en matière de soins palliatifs, de démence et de soins de longue durée

La stratégie nationale pour les soins palliatifs a été lancée en 2010, par décision de la Confédération et des cantons. Ces soins visent à optimiser la qualité de la vie restante des personnes atteintes de pathologies incurables, mortelles ou chroniques et évolutives. Ils reposent en grande partie sur l'optimisation de la coopération interprofessionnelle entre intervenants sociaux et soignants. Cette médecine privilégie une qualité de vie optimale, par opposition à un maximum de soins qui mobiliseraient de lourdes ressources humaines.

La stratégie en matière de démence qu'ont adoptée la Confédération et les cantons en 2013 pour mieux faire face aux besoins des personnes qui souffrent de cette maladie passe en revue les soins offerts pour en relever les lacunes. Il conviendrait d'encourager le dépistage et le diagnostic précoces pour améliorer le traitement des patients et le soutien à leurs proches. L'examen du financement doit envisager l'indemnisation convenable et l'accessibilité financière des soins adaptés aux besoins des personnes souffrant de démence. Cela permettra notamment de décharger en temps voulu les proches aidants et de retarder autant que possible l'institutionnalisation des patients. La stratégie contribuera aussi à freiner l'évolution des besoins en soignants qualifiés.

La Confédération et les cantons sont convenus en 2014, dans le cadre du Dialogue sur la politique nationale suisse de la santé, de préparer une stratégie sur les soins de longue durée. Cette stratégie en préparation vise à intensifier la prévention pour retarder autant que possible l'apparition des besoins de soins. Il convient en outre de garantir le financement, le recrutement du personnel soignant, la décharge des proches et la qualité des soins de longue durée. Cette stratégie doit elle aussi contribuer à la réduction des besoins de personnel soignant qualifié.

Programme national de recherche (PNR) Système de santé

Le PNR Système de santé du FNS encourage la recherche innovante sur les services de santé. Doté d'une enveloppe de 20 millions de francs, il court sur cinq ans, de 2017 à 2021. Il doit produire de nouvelles connaissances débouchant sur l'optimisation des structures de traitement des pathologies et de préservation de la santé, ainsi que sur des gains de qualité et d'efficacité des services, et une meilleure maîtrise des soins excessifs, insuffisants ou inadaptés. Ses résultats contribueront en outre à la maîtrise des problèmes concrets que suscite le traitement des maladies chroniques en Suisse.

Révision du TARMED

Les actes médicaux sont la plupart du temps tarifés au barème TARMED dans le secteur ambulatoire (LAMal, LAA, LAM, LAI). C'est un tarif à l'acte, qui pousse à la consommation : plus les actes sont nombreux, plus il est possible d'en facturer. Les partenaires concernés (prestataires et fédérations d'assureurs) procèdent actuellement à sa révision ; ils auront à veiller à l'appréciation analytique des tarifs, et à respecter l'impératif d'indemnisation fondée sur les charges et le principe de causalité. Les prestations figurant au TARMED doivent faire l'objet d'une tarification juste et calculée sur des critères économiques, faute de quoi il se traduira par une surconsommation de soins

médicaux, gonflera encore les coûts et détériorera la qualité des soins. Il convient donc d'ajuster les postes surévaluées, par exemple en radiologie, en radiothérapie, en ophtalmologie ou en chirurgie ambulatoire. Les partenaires ont annoncé qu'ils soumettraient leur proposition au milieu de l'année 2016.

Concentration de la médecine hautement spécialisée

La médecine hautement spécialisée est celle des interventions et traitements rares, complexes et onéreux (comme les grandes brûlures chez l'enfant). Si trop de centres offrent ces prestations, la qualité en souffre, car le personnel manque de pratique et de connaissances spéciales ; et il n'est pas non plus possible d'arriver à l'efficacité optimale, ce qui induit des coûts financiers très lourds dans cette branche de la médecine. La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) astreint les cantons à une planification nationale conjointe de ce domaine dans le financement des hôpitaux. S'ils ne s'acquittent pas à temps de cette obligation, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales (art. 39, al. 2^{bis}, LAMal). Les directeurs cantonaux de la santé ont fait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2009 la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée, pour s'acquitter de la mission de planification nationale que leur impose la loi en la matière. Des prestations ont été attribuées dans certaines catégories. Des hôpitaux ont contesté plusieurs de ces attributions devant le tribunal administratif fédéral. Dans ses arrêts, ce dernier a demandé une planification à deux degrés, en reconnaissance du droit des hôpitaux d'être entendus. Il a précisé que les critères de planification du Conseil fédéral ont valeur impérative. Le Conseil fédéral a contrôlé la planification de la médecine hautement spécialisée en se fondant sur un rapport d'étape de la CDS, et adopté son rapport le 18 décembre 2015. Il n'a pas fait usage jusqu'à présent de sa compétence subsidiaire en la matière, et procédera à un nouveau contrôle dans trois ans. Il continuera de suivre l'évolution de la situation, et prendra le cas échéant des mesures, sans recourir à sa compétence subsidiaire, pour empêcher que le processus ne traîne inutilement en longueur.

Stratégie d'assurance de la qualité et intensification de l'évaluation des technologies de la santé

La Confédération doit incontestablement assumer en matière d'assurance de la qualité un rôle de guide et de coordinateur. Un projet de loi visant à instituer et à financer les structures nationales nécessaires (loi fédérale sur le centre pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins) a été préparé dans un souci de déploiement efficace et durable de la stratégie d'assurance de la qualité adoptée par le Conseil fédéral en 2009. Eu égard aux synergies exploitables entre les deux domaines, le texte devait aussi porter sur les structures nationales d'intensification de l'évaluation des technologies de la santé (*Health Technology Assessment*, HTA). Une telle analyse permet de contrôler systématiquement les prestations médicales fournies, améliore les bases décisionnelles d'évaluation des nouvelles prestations et aide à reconnaître précocement les nouvelles prestations ou extensions d'indication d'une efficacité, d'une adéquation ou d'une rentabilité contestées ; elle débouche sur la réduction des prestations, produits pharmaceutiques et procédés manquant d'efficacité ou d'efficacité, et comprime les coûts. Sur la base des résultats de la procédure de consultation sur le projet de loi, le Conseil fédéral a décidé en mai 2015 de traiter désormais séparément la qualité et l'évaluation des technologies de la santé. L'OFSP soumettra pour le printemps 2016 les ressources à prévoir au Conseil fédéral pour décision. Ce dernier a d'ailleurs affecté 600 000 francs par an au premier programme d'évaluation des technologies de la santé (2015-2017).

La stratégie d'assurance de la qualité doit rehausser encore la sécurité et la qualité du système de santé tout en comprimant les coûts de la non-qualité ; elle prévoit un financement par l'assurance-maladie. Une cellule de l'OFSP préparera des propositions d'objectifs stratégiques à l'intention du Conseil fédéral, ainsi que des projets et programmes qu'elle mettra au concours, adjugera et évaluera. Une commission spécialisée extraparlamentaire sur la qualité dans l'assurance-maladie conseillera le Conseil fédéral sur la définition des objectifs stratégiques impératifs qui serviront au Conseil fédéral à piloter le système. Le déploiement de la stratégie s'appuiera également sur les compétences de spécialistes de la santé, des cantons, des prestataires, des assureurs, des assurés et des patients. La modification correspondante de la loi fédérale sur l'assurance-maladie devrait entrer en vigueur d'ici 2018.

Systeme de sante et cots	
Dfis	Actions Sant2020 en cours
Rduire la dpendance l'gard de l'etranger en ce qui concerne les professions de sante, employer judicieusement les competences et encourager l'interprofessionnalite.	Outre la formation d'un nombre accru de medecins, il convient de mettre en application la loi sur les professions de sante en 2019, pour acclereler le passage a un systeme de soins coordonnes s'appuyant sur des professionnels convenablement qualifies, et preparer le terrain pour la cooperation interprofessionnelle entre les professions de sante enseignees dans les hautes ecoles specialisees et les professions medicales. Un programme 2017-2020 d'encouragement de l'interprofessionnalite doit etre lance dans le cadre de l'initiative visant a combattre la penurie de personnel qualifie ; il aura pour but de renforcer la coordination dans la fourniture des soins en elargissant la place de l'interprofessionnalite dans la formation et l'exercice de la profession.
Mieux adapter le systeme de sante aux besoins d'une population en vieillissement.	De nombreux projets, strategies, actions et programmes doivent mieux adapter le systeme de sante aux besoins de la population et conduire a un emploi efficace des ressources : encouragement de la coordination dans les soins fournis a certains groupes de patients et a certaines transitions (comme le passage de l'hospitalisation a la readaptation), introduction du dossier electronique du patient, strategies en matiere de soins palliatifs, d'Alzheimer ou de soins de longue duree, voire programme national de recherche « systeme de sante ».
Freiner l'alourdissement des cots.	Les partenaires tarifaires revisent actuellement le barème a l'acte TARMED. Les prestations qui y figurent doivent etre tarifees a leur valeur objective, sur des criteres economiques, faute de quoi il poussera a la surconsommation de soins medicaux, relancera les cots et detriora la qualite des soins. En medecine hautement specialisee, il conviendra de concentrer certains domaines pour obtenir des gains d'efficacite et de qualite des prestations. La strategie qualite et le renforcement de l'evaluation des technologies de la sante doivent ameliorer la qualite et la securite du suivi des patients, tout en reduisant les prestations manquant d'efficacite et d'efficience.

3.4 Cadres generaux de la politique de la sante

La section 3.3 etait consacree aux professions de la sante, a la cooperation entre elles et a l'adaptation de l'offre de soins aux besoins. La presente section donne un apercu rapide des multiples facons possibles de decharger le systeme de sante en agissant au niveau des personnes bien portantes comme malades. Il convient de les motiver, et de les rendre aptes a mener une vie plus saine et a prendre mieux soin d'elles-memes. Cela permettrait de reduire notablement le recours a la medecine et aux medecins. Les decisions prises dans d'autres secteurs (education, economie, environnement, action sociale, par exemple) peuvent avoir un impact positif sur la sante en

améliorant l'égalité des chances et la participation à la vie économique et sociale, ou en assainissant l'environnement dans lequel vit la population.

Cadres généraux de la politique de la santé	
Défis	Actions Santé2020 en cours
Accroître le nombre d'années de bonne santé dans l'ensemble de la vie (réduction de la morbidité) afin de réduire la demande de prestations médicales et de soins.	Les stratégies nationales de lutte contre les maladies non transmissibles, les assuétudes et les troubles psychologiques constitueront à l'avenir le cadre d'intégration des programmes qui doivent se clore fin 2016 (tabac et alcool, par exemple). La prévention des troubles addictifs et comportementaux doit être mieux coordonnée au sein de ces trois priorités thématiques, avec meilleure exploitation des synergies. La Confédération s'efforcera avec ses partenaires de motiver la population à adopter un mode de vie sain. Les stratégies nationales de lutte contre les infections contractées dans les hôpitaux et établissements médico-sociaux (NOSO), le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST), l'élimination de la rougeole et la prévention des gripes saisonnières doivent amoindrir encore l'impact des maladies transmissibles.
Accroître les compétences de l'individu en matière de santé et sa capacité à se traiter lui-même.	Cette mesure concerne surtout les groupes vulnérables, comme la population issue de la migration ou les personnes à faible revenu, qui savent souvent mal utiliser le système de santé.
Sensibiliser d'autres secteurs aux questions de santé.	Plus de 330 000 personnes d'âge actif assurent aujourd'hui des tâches de soin et d'assistance. Au vu de la croissance attendue des besoins, le Conseil fédéral a adopté un plan d'action visant à appuyer et à décharger spécifiquement les proches aidants. Il se prononcera par ailleurs au printemps 2016 sur un programme encourageant le développement des offres de soulagement des personnes aidantes pour 2017-2020. Cette mesure est liée à la mise en œuvre de l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié plus, et devrait comprimer les besoins de personnel spécialisé. La bonne santé dépend à 60 % de facteurs qui ne relèvent pas de la politique de la santé. En élargissant cette dernière, l'OFSP entend sensibiliser d'autres secteurs et encourager les choix politiques favorables à la santé.

4 Annexe

Figure X

Relève médicale par voie de formation 2005-2013

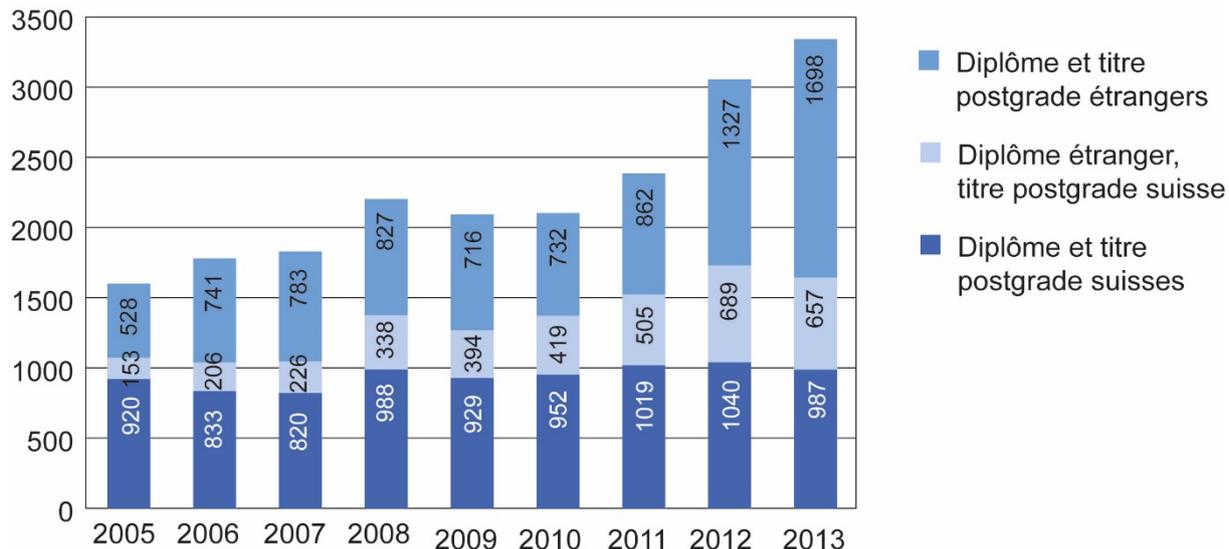


Figure Y

Titres de formation postgrade en fonction de la spécialité

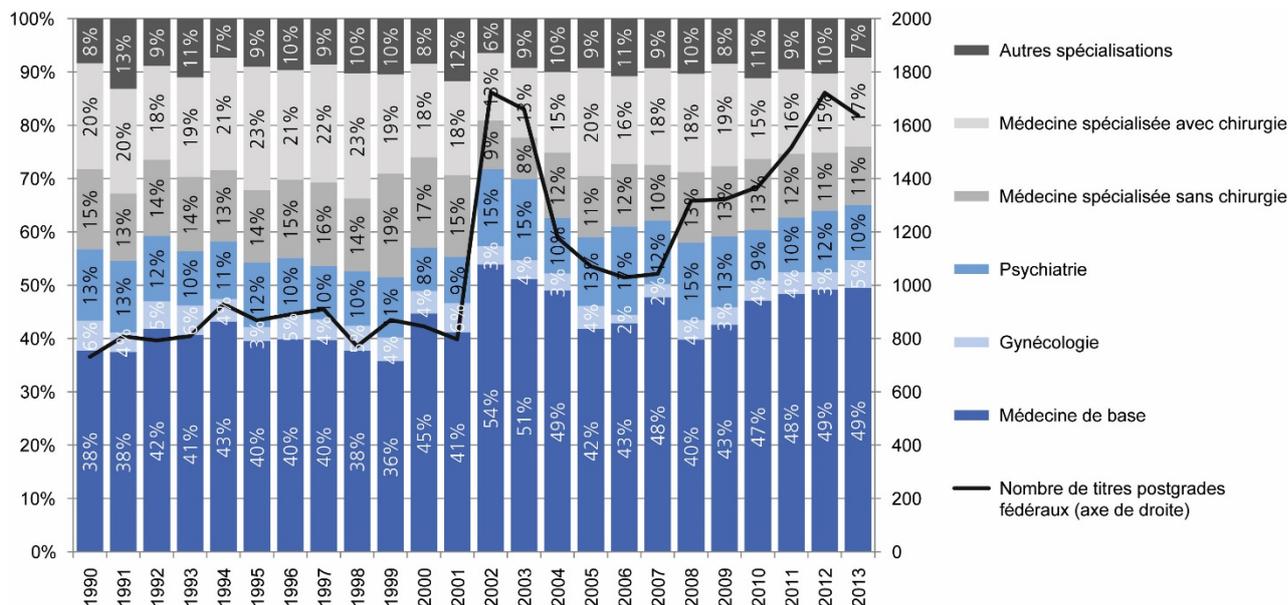


Figure Z

