

# Gouvernance de l'effectif et de la répartition des médecins

Feuille de route de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)

 **SAMWASSM**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Académie Suisse des Sciences Médicales  
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche  
Swiss Academy of Medical Sciences

## Indications concernant l'élaboration de cette feuille de route

Les personnes suivantes font partie du groupe de travail qui a élaboré cette feuille de route: Prof. Urs Brügger, Winterthour (Direction); Dr Hermann Amstad, Berne; PD Dr Peter Berchtold, Berne; Prof. Iren Bischofberger, Zurich; Prof. Peter Meier-Abt, Zurich; Prof. Arnaud Perrier, Genève; Prof. Martin Schwab, Zurich; Prof. Peter Suter, Presinge; Prof. Martin Täuber, Berne; Prof. Thomas Zeltner, Berne.

Le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises pour réfléchir à cette thématique. Après une étude approfondie de la littérature et d'intenses discussions, il a rédigé un premier projet de la feuille de route et l'a soumise au Comité de direction de l'ASSM et à quelques experts choisis (Dr Werner Bauer, Président ISFM, Küsnacht; Prof. Manuela Eicher, Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Université de Lausanne; Prof. Martina Merz, FHS St-Gall; lic. rer. pol. Michael Jordi, Secrétaire central CDS, Berne; Dr Anja Zyska Cherix, Comité de direction VSAO, Lausanne). Le Comité de direction de l'ASSM a discuté et approuvé la version finale lors de sa séance du 5 septembre 2016.

# **Gouvernance de l'effectif et de la répartition des médecins**

Feuille de route de l'Académie Suisse  
des Sciences Médicales (ASSM)



### **Editeur**

Académie Suisse des Sciences Médicales  
Maison des Académies, Laupenstrasse 7, CH-3001 Berne  
mail@samw.ch, www.samw.ch

### **Conception**

Howald Fosco Biberstein, Bâle

### **Photo de couverture**

KEYSTONE / APA / Helmut Fohringer

### **Impression**

Kreis Druck, Bâle

Première édition, 2016 (300 F, 700 A)

La brochure peut être commandée gratuitement au  
secrétariat des Académies suisses des sciences.



Copyright: ©2016 Académie Suisse des Sciences Médicales. Ceci est une publication Open Access, distribuée sous les termes de la licence Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Le contenu de cette publication peut donc être utilisé, distribué et reproduit sous toute forme sans restriction, à condition que l'auteur et la source soient cités de manière adéquate.

Recommandation pour citer le texte: Académie Suisse des Sciences Médicales (2016) Gouvernance de l'effectif et de la répartition des médecins  
Swiss Academies Communications 11 (11).

ISSN (print): 2297 - 1815

ISSN (online): 2297 - 1823

<b>Résumé</b>	5
<b>Contexte</b>	7
<b>La situation en Suisse</b>	8
Répartition géographique et professionnelle des médecins	9
Proportion de médecins étrangers en Suisse	10
<b>Facteurs qui influencent l'offre de prestations médicales</b>	11
<b>Facteurs qui influencent la demande de prestations médicales</b>	13
<b>Possibilités et limites de la gouvernance</b>	16
Interprétation large de la notion de gouvernance	16
Orientation selon les objectifs de santé	17
Prémises d'une gouvernance efficace	17
L'analyse du besoin comme base de la gouvernance	18
Droit du corps médical à l'autonomie et à l'autorégulation	19
Interventions de gouvernance	19
<b>Recommandations</b>	20
1. Conception d'un système d'incitation cohérent	21
2. Création d'une base de données	22
3. Développement d'un système de gouvernance supracantonal efficace	23
4. Modulation de la formation pré- et postgraduée	24
5. Soutien de nouveaux modèles de prise en charge	26
<b>Littérature</b>	27



## Résumé

Pour assurer la pérennité du système de santé, le nombre de médecins et de professionnels de la santé doit être adéquat et leur répartition par disciplines et par régions doit être conforme aux besoins. Comparée aux autres pays de l'OCDE, la densité des professionnels de la santé est élevée en Suisse; celle-ci est toutefois principalement due au recrutement de professionnels de l'étranger.

Cependant, cette immigration massive ne permet de loin pas d'occuper tous les postes dans les différents secteurs du système de santé. Parallèlement, certains éléments indiquent clairement une mauvaise répartition géographique et professionnelle.

Au niveau international, les expériences ont montré que, dans un système de santé financé solidairement, la gouvernance des ressources humaines et notamment des ressources médicales était incontournable. Les médecins sont les acteurs clés, car en Suisse ils détiennent le monopole en matière de diagnostic et d'indication médicale. Le système de santé est un système complexe, c'est pourquoi une telle gouvernance doit être réalisée pas à pas, c'est-à-dire en combinant divers instruments tout en impliquant les principaux partenaires.

Dans la présente feuille de route, l'ASSM propose une série de mesures à court, moyen et long terme destinées à gérer les effectifs et la répartition des médecins: (1) Conception d'un système d'incitation, (2) Création d'une base de données, (3) Développement d'un système de gouvernance supracantonal efficace, (4) Modulation de la formation pré- et postgraduée et (5) Encouragement de nouveaux modèles de soins.

La feuille de route s'adresse aux nombreux acteurs du système de santé, entre autres aux fournisseurs de prestations, aux politiciens de la santé aux niveaux cantonal et fédéral, aux bailleurs de fonds et aux établissements d'enseignement. L'ASSM est consciente qu'actuellement de nombreux projets sur ce thème sont en cours. L'objectif prioritaire de cette feuille de route est de renforcer leur action.





## Contexte

Depuis quelques années, il est question de pénurie de professionnels de la santé en Suisse. En témoignent d'une part les difficultés rencontrées pour pourvoir les postes vacants dans les hôpitaux et, d'autre part, le nombre élevé de professionnels de la santé avec un diplôme obtenu dans un pays étranger. Face à cette situation, le Conseil fédéral a planifié diverses mesures dans le cadre de l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié [1]; le message FRI 2017–2020 prévoit en outre CHF 100 millions pour la création de places de formation supplémentaires pour les médecins [2]. Parallèlement, avec 4,0 médecins pour 1000 habitants (2013) respectivement 17,4 infirmiers pour 1000 habitants (2013), la densité des professionnels de la santé en Suisse est l'une des plus élevée au monde [3]. Le thème des «traitements excessifs» (overuse) est également à l'ordre du jour dans le débat de politique de la santé.

Le gaspillage des ressources dans le système de santé peut être attribué à divers facteurs, tels que des conflits d'intérêts et des incitations erronées, des redondances au niveau du diagnostic et du traitement, la médicalisation croissante, des attentes irréalistes de la part des patients ou la crainte des fournisseurs de prestations de répercussions juridiques de leurs actions (ou de leur inaction) [4]. L'ampleur du besoin réel de médecins et d'infirmiers pour une bonne prise en charge de la population suisse reste néanmoins imprécise; également l'évolution future de la situation est difficile à évaluer.

En 2012, l'ASSM avait déjà mentionné dans sa feuille de route «Médecine durable» qu'en Suisse la pérennité de la médecine respectivement du système de santé n'était pas assurée [5]. Un système de santé durable suppose également un nombre adéquat de médecins et de professionnels de la santé ainsi qu'une répartition géographique et professionnelle conforme aux besoins [6,7].

L'objectif de la présente feuille de route est de réaliser une analyse de la situation à l'exemple des médecins, de montrer les possibilités et les limites de la gouvernance et de formuler des recommandations à l'attention des différents acteurs du système de santé.

## La situation en Suisse

Depuis 50 ans, le nombre de médecins ne cesse d'augmenter en Suisse; sur l'ensemble de cette période, il a quadruplé (tableau 1). La forte croissance des années 1970 et 1980 a progressivement faibli entre 1994 et 2004. Depuis lors, elle s'est à nouveau accentuée. La proportion de femmes a augmenté massivement, d'environ 13% en 1964 à presque 40% en 2014.

Le nombre d'étudiants en médecine humaine a également augmenté, toutefois de loin pas autant que le nombre de médecins exerçant en Suisse (tableau 1). De 1970 à 2015, le nombre d'étudiants en médecine n'a augmenté que de 55% (alors que le nombre de médecins a augmenté de 300%). Dans ce laps de temps, la proportion de femmes parmi les étudiants en médecine a fortement augmenté: alors qu'en 1970 cette proportion s'élevait à environ 20%, elle atteignait 57,4% en 2015.

Tableau 1: Nombre de médecins et d'étudiants en médecine au fil du temps

	1964	1974	1984	1994	2004	2014
Nombre de médecins	8578	12257	18124	24648	27742	34348
Augmentation par rapport à la période précédente (en %)		42,9%	47,9%	36,0%	12,6%	23,8%
dont femmes	1114	1915	3444	6032	8934	13589
in %	13,0%	15,6%	19,0%	24,5%	32,2%	39,6%

	1970	1980	1990	2000	2010	2015
Nombre d'étudiants en médecine humaine	6108	7077	7049	7199	8382	9474
Augmentation par rapport à la période précédente (en %)		15,9%	-0,4%	2,1%	16,4%	13,0%
dont femmes	1232	2044			4844	5437
in %	20,2%	30,5%			57,8%	57,4%

## Répartition géographique et professionnelle des médecins

La répartition des médecins par régions et par disciplines est l'un des principaux aspects du débat autour du besoin en médecins. Ainsi, en raison de disparités régionales et de répartitions inégales des disciplines médicales, on peut constater, dans notre pays, simultanément des excès de traitement et des insuffisances de traitement.

Le tableau 2 présente la répartition des médecins par régions et par disciplines par 100 000 habitants. On constate, dans les centres et les communes à revenu élevé, une densité de médecins nettement plus élevée que dans d'autres types de communes, donc une mauvaise répartition géographique et professionnelle [8].

Tableau 2: Nombre de médecins établis pour 100 000 habitants selon le type de commune et la discipline, 2012 [8]

Type de commune	Médecine de premier recours	Gynécologie	Psychiatrie	Méd. spécialisée sans chirurgie	Méd. spécialisée avec chirurgie	Autres spécialisations	Total	Nombre d'habitants
Centres	135	29	85	55	75	26	409	2 386 784
Communes suburbaines	88	9	19	15	20	7	161	2 335 869
Communes à revenu élevé	110	14	39	20	42	17	246	353 158
Communes périurbaines	56	1	6	2	7	3	76	863 861
Communes touristiques	93	6	7	12	14	4	140	263 801
Communes industrielles et tertiaires	88	6	9	7	8	2	122	756 554
Communes pendulaires rurales	34	1	2	1	4	1	45	499 825
Communes agricoles et agraires-mixtes	47	1	3	0	4	0	57	579 208
Total	94	13	35	23	32	11	210	8 039 060

Ces différences régionales ne démontrent pas à elles seules les excès ou les insuffisances de traitement, mais peuvent être perçues comme un signal indiquant des disparités géographiques manifestes dans la prise en charge par des praticiens indépendants.

## Proportion de médecins étrangers en Suisse

Au niveau national, 30,5% des médecins exerçant en Suisse sont titulaires d'un diplôme d'études en médecine humaine obtenu à l'étranger. La répartition des médecins étrangers diverge fortement d'une région à l'autre (tableau 3) et s'étend de 25% dans la région lémanique à 47% au Tessin. La proportion des médecins étrangers augmente d'environ 1,5% par an. 56,2% d'entre eux exercent dans le domaine stationnaire, 41,7% dans le domaine ambulatoire et 2,1% dans un autre domaine. La majorité des spécialistes étrangers vient d'Allemagne (17,4%), d'Italie (2,4%), de France (1,7%) ou d'Autriche (1,7%). Des 1501 titres de spécialistes décernés en 2014, 44% ont été attribués à des médecins titulaires d'un diplôme étranger. Avec 42,7% et 46,8%, la proportion de médecins étrangers exerçant en Suisse orientale et au Tessin dépasse largement la moyenne nationale.

Tableau 3: Médecins titulaires d'un diplôme étranger par grandes régions 2015

Région	Secteur ambulatoire	Secteur stationnaire	Total
Région lémanique	21,4%	29,7%	25,2%
Région du Plateau	20,5%	32,7%	26,5%
Nord-ouest de la Suisse	27,0%	39,0%	33,0%
Zurich	25,6%	38,2%	31,9%
Suisse orientale	37,7%	47,9%	42,7%
Suisse centrale	30,8%	38,2%	34,7%
Tessin	33,1%	61,8%	46,8%
Suisse	25,9%	37,5%	31,5%

extrait des statistiques FMH, mars 2016, Esther Kraft, 7

Proportionnellement au nombre de médecins exerçant actuellement en Suisse et comparée à d'autres pays, la Suisse forme trop peu de médecins [3]. Par ailleurs, l'OMS considère comme un problème éthique le fait qu'un pays prospère soustraie des experts médicaux à des pays qui en auraient eux-mêmes un besoin urgent [9].

## Facteurs qui influencent l'offre de prestations médicales

Un regard nuancé sur l'interaction entre l'offre et la demande de prestations médicales et leurs facteurs d'influence est indispensable pour répondre aux questions liées au besoin en médecins, à la mesure de la pénurie des médecins ou à la mauvaise répartition géographique et professionnelle des médecins et pour entrevoir les différentes possibilités de gouvernance.

L'offre de prestations médicales dépend de divers facteurs. Tant le nombre de médecins que leur degré d'occupation moyen jouent un rôle dans l'étendue de cette offre. Les entrées et les sorties du «pool» de médecins sont attribuées à diverses raisons. Ces dernières années, l'afflux de médecins étrangers a joué un rôle majeur en Suisse; il semble toutefois que le solde net de l'immigration – jusqu'alors élevé – soit entrain de s'atténuer. Le tableau 4 récapitule les différents facteurs d'influence sur l'offre de prestations médicales.

Tableau 4: Facteurs qui influencent l'offre de prestations médicales

Influence sur le nombre de médecins	Nombre de diplômés et de titres de spécialistes
	Immigration de médecins
	Départs en retraite
	Départ des médecins vers leur pays d'origine (émigration)
	Abandon de la pratique médicale par des médecins
Réinsertion dans la pratique médicale	
Influence sur le taux d'activité	Travail à temps partiel/«féminisation»
	Nouveaux projets de vie («génération Y»)
	Réglementations (limitation du temps de travail, droits des médecins)
	Quantité de travail administratif, d'activités d'enseignement et de recherche)
Facteurs d'influence indirects	Attractivité relative de certaines disciplines (salaire et autres facteurs)
	Attractivité de la profession (salaire, prestige etc.)
	Bonnes conditions de travail et d'engagement

La diminution du taux d'activité moyen des médecins, constatée ces dernières années, peut être attribuée, d'une part à la limitation de la durée du travail hebdomadaire des médecins assistants et des chefs de cliniques à 50 heures – introduite en 2005 – et d'autre part, à l'augmentation du nombre de postes à temps partiel.

Le tableau 5 présente la répartition selon le taux d'activité et le sexe. Il montre que le travail à temps partiel est plus répandu dans le secteur ambulatoire que dans le secteur stationnaire. On constate également que, dans les deux secteurs, les femmes travaillent plus fréquemment à temps partiel que les hommes. Plus de 40% des femmes du secteur stationnaire et plus de 70% du secteur ambulatoire travaillent à temps partiel. Ces taux qui ont fortement augmenté ces dernières années, se répercutent sur les besoins en médecins.

Tableau 5: Fréquence des différents taux d'activité des médecins, ventilés par secteur et par sexe [10]

Taux d'activité	Ambulatoire		Stationnaire	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
20%	4%	5%	4%	2%
40%	3%	13%	3%	4%
60%	7%	31%	4%	15%
80%	17%	25%	6%	21%
100%	55%	23%	50%	46%
120%	12%	2%	25%	9%
140%	2%	1%	8%	2%

On notera la proportion élevée de médecins qui n'exercent plus leur profession: selon une nouvelle étude de l'observation de santé Obsan, elle s'élève à 32% [11]. De même, les médecins qui n'exercent pas leur activité avec et pour des patients (administration, controlling etc.) réduisent l'offre médicale.

Au-delà de ces facteurs directs, l'offre de prestations médicales est influencée par toute une série de facteurs indirects. Il s'agit en l'occurrence de l'attractivité relative de certaines disciplines, par exemple les différences quelquefois importantes en matière de remboursement des soins et notamment des tarifs des prestations ambulatoires. Ces facteurs expliquent en partie les déséquilibres existants par régions (par exemple pénurie de médecins de famille) et par disciplines (par exemple offres excédentaires de certaines disciplines médicales).

## Facteurs qui influencent la demande de prestations médicales

La demande de prestations médicales dépend, elle aussi, de nombreux facteurs (tableau 6). Le progrès médico-technique et la prospérité grandissante sont les deux principaux facteurs de l'augmentation de la demande de prestations de santé – et donc de prestations médicales – ces dernières décennies[12]. Plus une société s'enrichit, plus ses dépenses de santé augmentent, et cela même de manière disproportionnée. Le vieillissement de la population joue également un rôle dans la demande croissante de prestations de santé, mais dans une mesure moindre que les deux facteurs mentionnés précédemment.

Le progrès médico-technique comme l'un des principaux moteurs de la demande croissante a également le potentiel de réduire la demande de prestations médicales, dans la mesure où il parvient à automatiser certaines prestations ou à les transférer du secteur stationnaire au secteur ambulatoire. Ce potentiel de rationalisation du développement technique est toutefois beaucoup plus faible dans le système de santé que dans d'autres branches, car les prestations de santé sont des prestations interactives liées aux personnes, qui ne permettent qu'une rationalisation limitée, surtout dans certaines disciplines, telles que la psychiatrie ou la gériatrie. Certes, la prise en charge ambulatoire réduit la demande dans les hôpitaux, mais les patients et leurs proches doivent alors assumer eux-mêmes de nombreuses tâches, telles que le transport et l'accompagnement du patient aux rendez-vous médicaux, l'organisation des médicaments ou une partie du traitement, par exemple le pansement de plaies.

Outre les facteurs d'influence de l'environnement, les structures du système de santé influencent, elles aussi, la demande de prestations médicales, par exemple les structures des hôpitaux et le nombre d'hôpitaux. Ainsi, pour la même quantité de prestations médicales fournies, les petites unités ont besoin de plus de personnel médical que les plus grandes unités (effets d'échelle).

Par ailleurs, des nouveaux modèles de soins sont constamment développés et ont des répercussions sur la demande de prestations médicales. Ainsi, la possibilité de transférer une partie des activités médicales à d'autres professionnels de la santé (par exemple médecins assistants, advanced nurses practitioner, pharmaciens) est discutée depuis quelques temps. Dans d'autres pays qui tra-

vailent d'ores et déjà selon ces modèles, la demande de prestations médicales a pu être réduite ainsi, sans altérer la qualité des soins [13].

Tableau 6: Facteurs qui influencent la demande de prestations médicales

	Domaine	Facteur d'influence	Évolution
Environnement	Facteurs techniques	Progrès techniques (plus de possibilités)	↗
		Progrès techniques (automatisation)	↘
	Facteurs économiques	Prospérité grandissante	↗
	Démographie	Croissance démographique	↗
		Vieillesse de la population	↗
	Epidémiologie	Augmentation du nombre de maladies chroniques/ multimorbidité	↗
		Abrègement de la durée des maladies/dépendance	↘
	Facteurs sociaux	Exigences des patients («tout, uniquement le meilleur et immédiatement»)	↗
	Facteurs politiques	Elargissement/Limitation du catalogue des prestations	↗ / ↘
		Plus de HTA et application systématique	↘
Autres facteurs	Plus de directives	↘	
	Smarter Medicine	↘	
Système de santé	Marché de la santé	Concurrence entre les différents fournisseurs de prestations (mise à niveau pour des raisons de prestige, par exemple)	↗
		Insuffisance des médecins de premier recours (Gatekeeper), développement des unités de soins d'urgence	↗
		Concentration du paysage hospitalier	↘
		Développement des soins ambulatoires	?
	Nouveaux modèles de prises en charge	Nouvelle répartition des tâches (ANP etc.)	↘
		Prise en charge intégrée	↘
		Passage de cabinets individuels à des cabinets de groupes	↘
		Nouvelles structures de la pratique médicale ambulatoire	↘



Même si l'on ne peut trouver de réponse définitive à la question de la prise en charge «juste», c'est-à-dire à la question de savoir si les soins sont excessifs ou insuffisants en Suisse, certains éléments indiquent une mauvaise répartition géographique et professionnelle dans le système de santé suisse. Ainsi, dès 2008, une étude de l'Obsan a conclu que, selon le scénario d'avenir retenu, d'ici 2030, le besoin prévu en prestations médicales ambulatoires pourrait dépasser l'offre correspondante – en médecine générale jusqu'à 50%, en chirurgie et en psychiatrie jusqu'à 25% [14].

## Possibilités et limites de la gouvernance

Le problème des mauvaises répartitions des ressources médicales et leurs conséquences est analysé et discuté depuis des années, tant en Suisse qu'à l'étranger. Ces analyses et discussions se déroulent dans des contextes très différents, avec des répercussions sur la prise en charge correspondante, son cadre politique ainsi que les profils des acteurs. Dès lors, il n'est pas surprenant que les initiatives et les mesures adoptées par les différents pays soient également très différentes. On peut néanmoins trouver un dénominateur commun, à savoir que dans un système de santé financé solidairement, la gouvernance des ressources médicales est indispensable [15].

### Interprétation large de la notion de gouvernance

Le terme de «gouvernance» doit être interprété ici au sens large; il ne comprend pas uniquement des mesures fixées par l'Etat. Il englobe également la régulation des incitations (financières ou autres). Ce faisant, il ne faut pas oublier que le système de santé est extrêmement complexe. Les médecins ne sont qu'une partie de ce système tout en étant les acteurs clés, car ils détiennent en Suisse le monopole en matière de diagnostic et d'indication médicale. Dès lors, les répercussions des mesures de gouvernance dans un domaine partiel du système sont difficilement prévisibles. Il importe de tenir compte de ces réalités en cas d'intervention dans la gestion de ce système.

La présente feuille de route ne prétend pas refléter intégralement les enjeux et la complexité de la gouvernance. Ainsi, par exemple, il est évident que les conditions cadres structurelles et la coopération des différents groupes professionnels jouent également un rôle important dans ce contexte.

## Orientation selon les objectifs de santé

Dans l'idéal, la gouvernance s'oriente selon les objectifs respectivement les stratégies de santé; il importe de ne pas éparpiller les moyens limités ou les utiliser en fonction d'intérêts personnels, mais de les regrouper et les investir pour le bien-être de la population. Dans un état fédéral tel que la Suisse, cette approche de santé publique est complexe au regard des 26 stratégies de santé cantonales, parfois très différentes.

Au niveau national, le Conseil fédéral a défini ses priorités en politique de la santé dans l'agenda «Santé 2020» [16]. Cette stratégie nationale est assortie de stratégies spécifiques (entre autres cancer, démence, soins palliatifs, maladies non transmissibles) et d'autres champs d'action (entre autres santé psychique, prévention et promotion de la santé, proches soignants et aidants). La gouvernance des professionnels de la santé et des médecins doit donc être pensée dans un cadre très large.

## Prémises d'une gouvernance efficace

Dans toute forme de gouvernance de l'activité médicale, l'offre, les besoins et la demande doivent être considérés comme étroitement liés; il importe également de noter que les structures du système de santé sont relativement statiques alors que la médecine pratique se caractérise par des mutations très rapides, parfois même radicales (par exemple la médecine personnalisée, la digitalisation, les nouveaux rôles professionnels). Des prémisses fondamentales ont été formulées pour une gouvernance efficace [17]:

- Le diagnostic et la thérapie allant de pair, la prise en charge médicale est toujours exposée au risque d'une augmentation de la demande induite par l'offre; il est donc nécessaire d'introduire une réglementation.
- La demande de prestations médicales devrait découler du besoin réel, qui, dans le contexte de l'assurance maladie financée solidairement, doit s'orienter aux critères EAE (efficacité, adéquation, économicité) conformément à la LAMal.
- Les offres de soins dans le domaine de l'assurance sociale devraient se baser sur ce besoin réel et s'orienter selon le triple objectif d'une bonne qualité de la prise en charge, d'un accès équitable et de l'économicité.
- L'évaluation du besoin réel et de l'offre adéquate exige des connaissances nuancées des ressources professionnelles et de leurs développements futurs.

## L'analyse du besoin comme base de la gouvernance

Toutes les interventions de gouvernance reposent sur l'analyse du besoin respectivement sur une base de données qui comprend aussi bien le monitoring et l'analyse que des modèles de projection. Pour la réalisation proprement dite de l'analyse du besoin, on distingue trois approches différentes, par analogie aux définitions utilisées dans l'UE:

- projection d'offres (supply projection ou trend model)
- approches orientées selon les demandes (demand-based)
- approches orientées selon les besoins (needs-based)

Le choix d'une approche consiste la plupart du temps à mettre en balance une approche aussi globale que possible et une approche pragmatique. Les projections d'offres se réfèrent en général aux ratios médecins-population et étudient l'afflux de personnel nécessaire pour maintenir le standard actuel de la prise en charge. Les approches orientées selon les demandes font un pas de plus en tenant compte du recours aux prestations, tandis que les approches orientées selon les besoins intègrent en plus des éléments concernant les facteurs de risque, la morbidité et l'incidence/la prévalence des maladies. Les modèles orientés selon les besoins promettent les prévisions les plus détaillées, néanmoins les modélisations nécessaires pour ce faire sont particulièrement complexes et ambitieuses.

La valeur effective des analyses et des prévisions des besoins réside moins dans le fait de générer des chiffres exacts et détaillés, que de révéler les tendances actuelles ou émergentes et de mettre à la disposition des décisionnaires politiques des informations basées sur des données pour planifier les interventions selon les besoins.

A la demande du groupe thématique «Coordination de la formation médicale» de la plateforme «Avenir de la formation médicale», l'observatoire de la santé Obsan a d'ores et déjà élaboré un rapport de méthodes concernant l'évaluation des futurs besoins en médecins par disciplines [18]. Le modèle de calcul esquissé dans le rapport devrait permettre de créer une base d'information et de décision fondée sur des données. Pour ce faire, Obsan oriente son approche selon les besoins (recours aux prestations médicales, aujourd'hui et à l'avenir). Obsan procède actuellement aux premiers calculs pour les domaines de la médecine de premier recours, la médecine intensive et la psychiatrie, dans le sens d'un test et pour poursuivre le développement du modèle.

## **Droit du corps médical à l'autonomie et à l'autorégulation**

La gouvernance de la formation pré- et postgraduée et de l'exercice de la profession médicale est un défi exigeant dans la mesure où elle représente une tentative d'intervention dans des voies de développement et de socialisation depuis l'extérieur. En raison de son droit historique à l'autonomie et à l'autorégulation, la profession médicale se montre très critique face à de telles ingérences. Et en même temps, la profession est confrontée à de profonds changements, précisément en ce qui concerne son évolution et sa future identité (par exemple dans le cadre de la féminisation ou de nouvelles exigences de jeunes médecins). Ainsi, on peut conclure que les interventions de gouvernance ne sont utiles à la formation et à l'exercice de la profession médicale que lorsqu'elles tiennent compte du droit à l'autonomie et à l'autorégulation, d'une part, et de l'évolution professionnelle, d'autre part.

## **Interventions de gouvernance**

Les interventions de gouvernance dans la formation et dans l'exercice de la profession médicale devraient se concentrer en priorité sur l'amélioration de l'attractivité et de l'image des disciplines aux effectifs insuffisants (par exemple médecine générale) et sur les besoins de la nouvelle génération de médecins qui comprend de plus en plus de femmes. Par exemple, l'attractivité de la médecine générale pourrait être augmentée grâce à de nouvelles formes de prises en charge et de structures médicales avec des modèles d'horaires de travail flexibles. Les incitations financières, largement discutées, sont des instruments de gouvernance efficaces lors du choix de la carrière médicale ou du lieu de travail, mais uniquement combinées à d'autres incitations et non pas comme mesures isolées. En principe, les interventions de gouvernance multidimensionnelles sont réussies lorsqu'elles associent des incitations extrinsèques (financières) et des aspects intrinsèques (organisation plus flexible du travail, assistance, réseau) [10].

## Recommandations

L'ASSM propose cinq groupes de mesures pour la gouvernance de l'effectif et de la répartition des médecins dans le système de santé suisse. La prise de conscience de la nécessité d'adopter des mesures combinées les unes aux autres est au cœur de ces recommandations, car les interventions de gouvernance isolées de quelque nature qu'elles soient, loin de produire les effets escomptés, provoquent surtout des effets secondaires indésirables [10]. **Pour chaque mesure, il est indiqué avec quelle priorité elle doit être adoptée et si elle doit être réalisée à court, à moyen ou à long terme.** Certaines de ces recommandations ont déjà été formulées par l'ASSM dans un autre contexte (médecine durable; futurs profils professionnels); elles gardent leur validité.

Pour une gouvernance réussie, il importe en premier lieu de prendre en compte les nombreux facteurs qui influencent l'offre en prestations médicales (cf. tableau 4). Deuxièmement ces mesures doivent être envisagées et implémentées dans le cadre d'un dialogue entre les acteurs du système de santé, les bailleurs de fonds et les régulateurs. La plateforme «Avenir de la formation médicale» offre à cet égard une première approche en Suisse (19). Comme en témoignent les expériences internationales, la correction trop lente et insuffisante de la mauvaise répartition géographique et professionnelle peut, en partie, être attribuée au manque de coordination des nombreux acteurs dans la planification du besoin médical.

## 1. Conception d'un système d'incitation cohérent

Dans le choix de la discipline comme du lieu de travail, de nombreux facteurs financiers ou non financiers jouent un rôle prépondérant. C'est pourquoi, il importe de concevoir des systèmes d'incitations multidimensionnels. De tels modèles associent des incitations extrinsèques (avant tout financières) et des aspects intrinsèques (par exemple organisation du travail, assistance, réseau) d'une manière cohérente (c'est-à-dire complémentaire).

Compte tenu des déficiences sérieuses dans les systèmes tarifaires, relatives à la mauvaise répartition des ressources médicales, des incitations financières cohérentes ne peuvent être réalisées qu'avec **une révision et une optimisation des tarifs des prestations médicales**. A cet égard, l'attention sera essentiellement portée sur (1) la **révision du TARMED** telle qu'elle est actuellement planifiée avec la réduction de certains tarifs de spécialistes et la revalorisation des prestations de la médecine de premier recours (médecine générale, psychiatrie, pédiatrie), (2) des **programmes return-of-service** pour les zones rurales et (3) des **modèles de remboursement liés aux performances**.

### Mesures et acteurs

- Les partenaires tarifaires développent une **structure tarifaire TARMED** qui définit des incitations **pour une répartition de l'offre ambulatoire aussi juste que possible**. Les distorsions des incitations entre les disciplines techniques et les disciplines non techniques, qui résultent des progrès différents en termes de productivité, doivent être corrigées. *(priorité élevée; réalisable à moyen terme)*
- Les cantons définissent des incitations financières et autres, positives et négatives, pour pallier **la mauvaise répartition géographique et professionnelle**. *(priorité élevée; réalisable à moyen terme)*
- Les partenaires tarifaires expérimentent des **nouveaux modèles de remboursement** permettant de réduire les incitations erronées inhérentes à la structure tarifaire actuelle (Tarmed, DRG). *(priorité élevée; réalisable à moyen terme)*

## 2. Création d'une base de données

L'analyse et la prévision des besoins sont au cœur de toutes les interventions de gouvernance; ces données sont indispensables pour définir quelles sont les qualifications et les offres médicales pouvant répondre aux différentes demandes de prestations médicales. «Il est difficile de faire des pronostics, surtout quand ils concernent l'avenir». Cette affirmation s'applique également à ce contexte. Ainsi, on peut conclure de manière laconique, mais non moins importante, que les pronostics à court terme donnent des résultats plus fiables. Dès lors, il importe d'observer continuellement l'évolution du personnel spécialisé, dans le sens d'un système apprenant, et de n'établir des pronostics que pour des courtes périodes.

Des discussions approfondies concernant l'élaboration d'un concept de gouvernance n'étant guère pertinentes sans une telle base de données, un **modèle de calcul concernant les besoins médicaux** devrait être élaboré sans attendre et les premiers calculs devraient être effectués, même si les informations à disposition sont encore incomplètes. Comme mentionné ci-dessus, **Obsan** travaille d'ores et déjà à l'élaboration d'un tel modèle de calcul; il s'agit à présent de vérifier ce modèle, de l'ajuster et de l'utiliser comme base de la gouvernance.

### Mesures et acteurs

- La confédération et les cantons amorcent un **processus d'implémentation de ce modèle de calcul**, (1) dont l'objectif est de poursuivre le développement du modèle (2) en englobant le dialogue avec les experts. *(priorité élevée; réalisable à court terme)*
- Les rapports concernant la situation du personnel dans différentes professions ou groupes professionnels – publiés entre autres par Obsan – préconisent une approche plus **centrée sur les patients et basée sur l'équipe**, en d'autres termes ils précisent qui assume des tâches pour et avec les patients et les proches. Ainsi, l'optique de la profession sera encouragée en faveur d'une optique de l'utilisateur, comme le recommande l'OMS dans sa stratégie «person-centered and integrated health care» [20]. *(priorité moyenne; réalisable à moyen terme)*



### 3. Développement d'un système de gouvernance supracantonale efficace

Les interventions de gouvernance concernent de nombreux acteurs du système de santé et, donc, un large éventail de rôles, de responsabilités et d'intérêts. Il va de soi que ces intérêts sont divergents, voire quelquefois contradictoires. Ainsi, l'efficacité des projets de gouvernance dépend fortement de la mesure dans laquelle les différents intérêts et exigences peuvent être harmonisés, mais également de la possibilité d'élaborer ensemble et d'adopter des mesures soutenues par tous les partenaires.

Un **système de gouvernance avec une participation effective des acteurs** est la condition préalable à ce nouveau processus de concertation et de décision. Celui-ci comprend (1) des institutions et des organes dont le rôle, les tâches et les responsabilités sont claires, (2) des processus de travail et de décision harmonisés entre eux, (3) des recommandations au caractère contraignant, (4) une évaluation des résultats. A cet égard, les premières **propositions du groupe thématique «Coordination de la formation postgraduée médicale»** de la plateforme «Avenir de la formation médicale» sont d'ores et déjà disponibles.

Le système de gouvernance de même que les trains de mesures doivent tenir compte de notre système de soins fédéraliste. Il convient de noter, que pour une gouvernance réussie de l'effectif et de la répartition des médecins, un nouveau niveau de gouvernance supracantonale pourrait s'avérer nécessaire. Ce niveau compterait environ 7 régions (par analogie aux régions des hautes écoles spécialisées) avec une population d'au moins 1 million d'individus. **Au niveau de ces régions, l'offre médicale pourrait être gérée beaucoup plus efficacement** qu'au niveau cantonal.

#### Mesures et acteurs

- La Confédération et les cantons constituent un **comité de gouvernance national** comme le propose la plateforme «Avenir de la formation médicale»; une connexion au «Dialogue de la Politique nationale de la santé» semble pertinente. Les missions de ce comité de gouvernance consistent notamment à (1) concevoir un système de gouvernance, (2) garantir le traitement des bases de données conformément au modèle de calcul et (3) adopter des recommandations de coordination et de gouvernance à l'attention des organes responsables. *(priorité élevée; réalisable à moyen terme)*

- Ce comité élabore, à l'attention des organes responsables, des bases et des propositions de règlements et des bases juridiques respectivement des **adaptations des textes juridiques existants** (par exemple LPMéd) qui définissent notamment les destinataires des recommandations et leurs obligations. (*priorité élevée; réalisable à moyen terme*)
- La Confédération et les cantons élaborent les **bases juridiques** correspondantes. (*priorité moyenne; réalisable à moyen terme*)
- La Confédération et les cantons encouragent – en collaboration avec d'autres acteurs – la création de **régions de gouvernance intégrées** (supracantoniales) orientées selon des modèles internationaux de best-practice et permettant des expériences avec un suivi scientifique. (*priorité moyenne; réalisable à long terme*)
- Les régions supra-cantoniales assurent une meilleure concertation entre les hôpitaux et renforcent leurs profils. (*priorité moyenne; réalisable à long terme*)

#### 4. Modulation de la formation pré- et postgraduée

Les CHF 100 millions alloués pour la création de places de formation supplémentaires pour les médecins, dans le cadre du message FRI 2017–20, devraient permettre entre autres d'augmenter les effectifs de la relève pour la pratique de la médecine de premier recours et de réduire la dépendance aux médecins avec un diplôme étranger. Le niveau master des études en médecine est particulièrement important pour les futurs médecins et pour leur activité professionnelle, car environ la moitié des médecins prennent les décisions liées à leur carrière à ce moment-là. Cette période représente un tournant décisif pour l'exercice futur de la profession. Les exigences du message FRI 2017–20 ne pourront être satisfaites que si la **formation médicale est plus nuancée** et qu'elle accorde, dès les études, plus de poids **aux aspects liés à l'interprofessionnalité et à l'interdisciplinarité**. De tels modèles ont fait leurs preuves à l'étranger et sont d'ores et déjà prévus en différents endroits en Suisse (EPF, Fribourg, St-Gall, Lucerne, Tessin) [10].

Dès lors, l'augmentation des places de formation, à elle seule, ne suffit pas à sortir la prise en charge médicale de l'impasse. Un **engagement dans la formation postgraduée** des médecins est également nécessaire. De plus, des mesures supplémentaires doivent être prises dans cette phase, **pour colmater le «leaky pipeline»**, c'est-à-dire limiter autant que possible la perte de professionnels qualifiés. Il s'agit de tenir davantage compte des valeurs et des idées des jeunes générations, pour permettre – notamment aux femmes – **de concilier à long terme les objectifs de vie et les buts professionnels**. Les femmes constituant d'ores et déjà la majorité des professionnels de la santé, chaque réforme doit tenir compte de cette réalité.

### Mesures et acteurs

- Toutes les institutions de formation médicale (facultés de médecine, EPF, év. hôpitaux cantonaux) conçoivent et implémentent des **tracks de formation médicale spécifiques** tels que, par exemple, des **tracks pour chercheurs débutants ou pour les médecins de premier recours dans les zones rurales**. (*priorité élevée; réalisable à long terme*)
- Les cantons soutiennent les projets de **curricula de formation postgraduée** pour les médecins assistants dans les disciplines qui en ont véritablement besoin. (*priorité moyenne; réalisable à moyen terme*)
- Les hôpitaux mettent à disposition un **nombre suffisant de places de crèche** et s'engagent dans des concepts globaux pour la conciliation de l'activité professionnelle et de la vie familiale, y compris les soins et la prise en charge de proches âgés, malades ou handicapés. (*priorité moyenne; réalisable à moyen terme*)

## 5. Soutien de nouveaux modèles de prise en charge

Les nouveaux modèles de soins permettent d'améliorer la **collaboration entre les différents groupes professionnels** et **d'optimiser la répartition du travail et des compétences** grâce à des réseaux et des parcours de patients bien définis et organisés. Outre les améliorations au niveau de l'affectation des ressources, l'attractivité des professions peut être augmentée. Les nouveaux modèles de soins doivent prévoir des **conditions de travail modernes et attractives** pour les actuels et les futurs professionnels de la santé. Les mesures formulées dans la feuille de route «Médecine durable» n'ont rien perdu de leur actualité.

### Mesures et acteurs

- Dans leur phase de lancement, les **modèles de soins innovateurs** doivent être soutenus financièrement par les cantons (selon les cas, en collaboration avec d'autres partenaires comme les fournisseurs de prestations et leurs associations, la Confédération et les communes). *(priorité moyenne; réalisable à moyen terme)*
- Les médecins et les hôpitaux, soutenus par la Confédération et les cantons, introduisent le plus rapidement possible l'**E-Health**. *(priorité élevée; réalisable à moyen terme)*

## Littérature

- [1] Eidg. Dep. für Wirtschaft, Bildung und Forschung. Fachkräfteinitiative (FKI): **Massnahmen des Bundes** [Internet]. [cited 2016 Jul 21]. [www.wbf.admin.ch/wbf/de/home/themen/fachkraefte.html](http://www.wbf.admin.ch/wbf/de/home/themen/fachkraefte.html)
- [2] WBF/EDI. **Gesamtsicht Aus- und Weiterbildung Medizin im System der Gesundheitsversorgung** [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 23]. [www.sbf.admin.ch/sbf/de/home/dokumentation/publikationen/universitaeten.html](http://www.sbf.admin.ch/sbf/de/home/dokumentation/publikationen/universitaeten.html)
- [3] OECD. **Health at a Glance 2015 – OECD Indicators** [Internet]. [cited 2016 Jan 21]. [www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm](http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm)
- [4] Gerber, Michelle, Kraft, Esther, Bosshard, Christoph. **Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem**. SAEZ. 2016; 97(7): 236–43.
- [5] SAMW. **Nachhaltige Medizin – Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften** [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 24]. [www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html](http://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html)
- [6] Suter, P; Meier Abt, P; Zeltner, Th. **Gesundheitssystem: Reformen für eine gute medizinische Versorgung** [Internet]. Neue Zürcher Zeitung. 2015 [cited 2015 Oct 15]. [www.nzz.ch/meinung/kommentare/reformen-fuer-eine-gute-medizinische-versorgung-1.18615062](http://www.nzz.ch/meinung/kommentare/reformen-fuer-eine-gute-medizinische-versorgung-1.18615062)
- [7] SAMW. **Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen und Pflegenden – Bericht und Kommentar** [Internet]. 2011 [cited 2016 Jul 21]. [www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html](http://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html)
- [8] Dubach, Ph; Künzi, K; Oesch, T, Dutoit, L; Bannwart, L. **Steuerung der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz**. BASS; 2014.
- [9] WHO. **The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel** [Internet]. WHO. 2010 [cited 2016 May 11]. [www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/](http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/)
- [10] Hostettler, Stefanie, Kraft, Esther. **Neuste Zahlen und Übersicht zur Ärztestatistik 2013**. SAEZ. 2014; 95(12): 467–73.
- [11] Obsan. **Berufsaustritte von Gesundheitspersonal** [Internet]. 2016 [cited 2016 Jun 18]. [www.obsan.admin.ch/de/publikationen/berufsaustritte-von-gesundheitspersonal](http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/berufsaustritte-von-gesundheitspersonal)
- [12] OECD. **Value for Money in Health Spending** [Internet]. 2010 [cited 2015 Aug 8]. [www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264088818-en](http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264088818-en)
- [13] Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. **Advanced practice nurse outcomes 1990–2008: a systematic review**. Nurs Econ. 2011 Oct; 29(5): 230–50; quiz 251.
- [14] Obsan. **Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz – Prognosen bis zum Jahr 2030** [Internet]. 2008 [cited 2016 Mar 24]. [www.obsan.admin.ch/de/publikationen/offret-recours-aux-soins-medicaux-ambulateires-en-suisse-projections-lhorizon-2030](http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/offret-recours-aux-soins-medicaux-ambulateires-en-suisse-projections-lhorizon-2030)
- [15] Berchtold, P; Schmitz, Ch; Reichert, A.; Amelung, V. **Steuerung der ärztlichen Weiterbildung: Eine systematische Literaturrecherche und strukturierte Expertengespräche zu internationalen Erfahrungen**. 2014.
- [16] BAG. **Gesundheit 2020 – Eine umfassende Strategie für das Gesundheitswesen** [Internet]. [cited 2015 Aug 7]. [www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=de)
- [17] WHO. **Assessing future health workforce needs** [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 24]. [www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2010/assessing-future-health-workforce-needs](http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2010/assessing-future-health-workforce-needs)

- [18] Obsan. Ermittlung des zukünftigen Bestandes und Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebiet: Konzeptionelles Modell [Internet]. 2016 [cited 2016 Jun 18]. [www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/15279/index.html?lang=d](http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/15279/index.html?lang=d)
- [19] Spycher, Stefan, del Rey, Nuria, Jordi, Michael, Grünig, Annette. Die Akteure an einem Tisch. SAEZ. 2016; 97(17): 623-66.
- [20] WHO. WHO global strategy on people-centred and integrated health services [Internet]. WHO. 2015 [cited 2016 May 11]. [www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/](http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/)



