



OBSAN RAPPORT

04/2022

Projections des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse

Partie 1: Total des domaines de spécialité,
médecine de premier recours, pédiatrie,
psychiatrie et psychothérapie et orthopédie

Rapport final de l'Obsan et du comité «Coordination de la formation postgrade
des médecins» sur mandat du dialogue «Politique nationale suisse de la santé»

Laila Burla, Marcel Widmer, Cinzia Zeltner



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

dialogue plate-forme
de la politique permanente de
nationale la confédération
de la santé et des cantons

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan) et comité «Coordination de la formation postgrade des médecins»

Mandant

Dialogue «Politique nationale suisse de la santé»

Auteurs

- Laila Burla, Marcel Widmer (Obsan)
- Cinzia Zeltner (Office fédéral de la santé publique (OFSP))

Comité «Coordination de la formation postgrade des médecins»

- Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAG)
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- curafutura
- Fédération des médecins suisses (FMH)
- H+ Les hôpitaux de Suisse
- Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)
- Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- santésuisse
- Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI)
- swissuniversities

Remerciements

Nous remercions tous les experts qui ont participé au projet pour leur engagement, leurs précieuses réactions et les échanges ouverts et constructifs. La réalisation de ce projet n'aurait pas été possible sans leur engagement et leur soutien.

Direction du projet à l'Obsan

Laila Burla, Marcel Widmer

Série et numéro

Obsan Rapport 04/2022

Référence bibliographique

Burla, L., Widmer, M. & Zeltner, C. (2022). *Projections des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse. Partie 1: Total des domaines de spécialité, médecine de premier recours, pédiatrie, psychiatrie et psychothérapie et orthopédie. Rapport final de l'Obsan et du comité «Coordination de la formation postgrade des médecins» sur mandat du dialogue «Politique nationale suisse de la santé»* (Obsan Rapport 04-2022). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

www.obsan.ch

Observatoire suisse de la santé, CH-2010 Neuchâtel
obsan@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 45

Langue du texte original

Allemand, cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 873-2204).

Traduction

Office fédéral de la santé publique (OFSP), services linguistiques

Mise en page/graphiques

Obsan

Image page de titre

[iStock.com/Matjaz Slanic](https://iStock.com/Matjaz_Slanic)

Page de couverture

Office fédéral de la statistique (OFS), section DIAM, Prepress/Print

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Impression

www.obsan.ch → Publications

Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel

order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60

Impression réalisée en Suisse

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2022

La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Numéro OFS

874-2204

ISBN

978-2-940670-23-9

Effectifs et besoins futurs en médecins spécialistes en Suisse

Partie 1: Total des domaines de spécialité, médecine de premier recours, pédiatrie, psychiatrie et psychothérapie et orthopédie

Rapport final de l'Obsan et du comité «Coordination de la formation postgrade des médecins» sur mandat du dialogue «Politique nationale suisse de la santé »

Auteurs Laila Burla, Marcel Widmer, Cinzia Zeltner

Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan) et comité
«Coordination de la formation postgrade des médecins»

Neuchâtel 2022

Table des matières

Résumé	4	4	Calculs pour les différents domaines de spécialité	25
Sintesi	7			
1 Introduction	10			
1.1 Situation initiale	10	4.1	Total des domaines de spécialité	25
1.2 Le comité « Coordination de la formation postgrade des médecins »	10	4.1.1	Effectifs actuels	25
1.3 Projet partiel I (période 2021/2022)	11	4.1.2	Outflow	26
1.4 Structure du rapport	12	4.1.3	Inflow	26
		4.1.4	Besoins actuels	28
		4.1.5	Facteurs d'influence sur le recours aux soins	28
		4.1.6	Effectifs et besoins futurs	28
PARTIE 1: MODÈLE DE SIMULATION: MÉTHODOLOGIE ET CALCULS POUR LES DIFFÉRENTS DOMAINES DE SPÉCIALITÉ	13	4.2	Médecine de premier recours	30
2 Bases du modèle de simulation	14	4.2.1	Effectifs actuels	30
2.1 De quoi s'agit-il ?	14	4.2.2	Outflow	30
2.2 Modèle conceptuel	14	4.2.3	Inflow	31
2.3 Données utilisées	15	4.2.4	Besoins actuels	34
2.3.1 Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS)	15	4.2.5	Facteurs d'influence sur le recours aux soins	34
2.3.2 Statistique médicale de la FMH (y compris myFMH)	16	4.2.6	Effectifs et besoins futurs	34
2.3.3 Registre des professions médicales (MedReg)	16	4.2.7	Point de vue des sociétés de discipline médicale	41
2.3.4 Pool de données de SASIS SA	16	4.3	Pédiatrie	43
2.3.5 Statistique médicale des hôpitaux (MS)	17	4.3.1	Effectifs actuels	43
2.3.6 Statistique de la population et des ménages (STATPOP)	17	4.3.2	Outflow	44
2.3.7 Scénarios d'évolution démographique de 2020 à 2050	17	4.3.3	Inflow	44
3 Méthodologie	18	4.3.4	Besoins actuels	46
3.1 Définition des paramètres à prendre en compte : vue d'ensemble	18	4.3.5	Facteurs d'influence sur le recours aux soins	46
3.2 Méthode concrète pour les différents éléments	20	4.3.6	Effectifs et besoins futurs	47
3.2.1 Calcul des effectifs futurs	20	4.3.7	Point de vue de la société de discipline médicale	50
3.2.2 Calcul des besoins futurs	23	4.4	Psychiatrie et psychothérapie	51
		4.4.1	Effectifs actuels	51
		4.4.2	Outflow	51
		4.4.3	Inflow	52
		4.4.4	Besoins actuels	54
		4.4.5	Facteurs d'influence sur le recours aux soins	55
		4.4.6	Effectifs et besoins futurs	55
		4.4.7	Point de vue de la société de discipline médicale	59
		4.5	Orthopédie	60
		4.5.1	Effectifs actuels	60
		4.5.2	Outflow	60
		4.5.3	Inflow	61
		4.5.4	Besoins actuels	62
		4.5.5	Facteurs d'influence sur le recours aux soins	63
		4.5.6	Effectifs et besoins futurs	63
		4.5.7	Point de vue de la société de discipline médicale	67

5	Limites et potentiels du modèle	69
6	Synthèse	71
6.1	Effectifs actuels	71
6.2	Futurs départs (outflow)	71
6.3	Futures entrées (inflow)	72
6.4	Évolution des effectifs et des besoins jusqu'en 2030	72
6.5	Projections concernant les effectifs et les besoins : quelle est la marge de variation ?	75
6.6	Quelles sont les principales informations à retenir ?	76
	PARTIE 2 : RECOMMANDATIONS DU COMITÉ	77
7	Recommandations	78
	Bibliographie	80
	Liste des abréviations	81
	Annexe	82

Résumé

Introduction

En Suisse, les ressources en médecine humaine et leur répartition géographique et disciplinaire font depuis longtemps l'objet de discussions et d'interventions politiques. Malgré l'augmentation des capacités de formation, 60 % seulement des postes de médecins assistants sont actuellement pourvus par des candidats issus de la relève suisse. Le reste du contingent est formé de médecins provenant d'autres pays, ce qui induit une forte dépendance vis-à-vis de l'étranger. En effet, l'augmentation du nombre de places d'étude ne garantit pas que les médecins supplémentaires se spécialiseront dans les domaines où les besoins sont les plus importants. Cette dépendance se retrouve également chez les spécialistes : chaque année, le nombre de spécialistes étrangers faisant reconnaître leur diplôme en Suisse est presque aussi élevé que le nombre de spécialistes formés dans le pays. Cette immigration peut expliquer l'excédent constaté dans certaines disciplines et certaines régions, mais permet aussi de couvrir les besoins dans de nombreux endroits.

Au vu de cette situation, la plateforme « Avenir de la formation médicale » a institué en décembre 2014 le groupe thématique « Coordination de la formation postgrade des médecins », chargé d'examiner la question de la coordination de l'offre et de la demande, et indirectement celle de la couverture des besoins en Suisse. L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a élaboré, dans le cadre de ce groupe, un premier modèle de simulation des futurs effectifs et besoins en médecins spécialistes (Burla & Widmer, 2018). Les travaux seront poursuivis à long terme dans le cadre du comité « Coordination de la formation postgrade des médecins » (comité CFM), institué en 2019, qui formulera des recommandations relatives aux offres de formations postgrades dans les principaux domaines de spécialité. Un projet s'étendant sur cinq ans (2021-2025) composé de cinq projets partiels a été lancé. Sur la base des résultats, le comité formule des recommandations pour les prochaines étapes. Le projet partiel actuel I (2021/2022) est consacré aux spécialités ou groupes de spécialités suivants :

- total des spécialistes
- médecine de premier recours
- médecine pour enfants et adolescents (pédiatrie)
- psychiatrie et psychothérapie (sans enfants et adolescents)
- chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (orthopédie)

PARTIE I : LE MODÈLE DE SIMULATION : MÉTHODOLOGIE ET CALCULS POUR LES DIFFÉRENTS DOMAINES DE SPÉCIALITÉ

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Méthodologie

Les calculs des effectifs et besoins futurs ont été réalisés au moyen d'un modèle de simulation. La procédure est la suivante :

- Les *effectifs futurs* de médecins spécialistes sont déterminés en déduisant des effectifs actuels les futurs départs (résultant des départs à la retraite, des sorties précoces de la profession et des émigrations / retours au pays) et en ajoutant les futures arrivées (résultant de la formation postgrade en Suisse et des flux d'immigration). Pour déterminer les effectifs en équivalents plein temps (EPT), le taux d'occupation a été pris en compte.
- Les *besoins futurs* en médecins spécialistes sont calculés à partir de l'actuel recours aux soins, en tenant compte de l'évolution que devraient connaître divers facteurs ayant une influence sur celui-ci. Il s'agit notamment de la démographie, mais aussi d'autres mutations (par ex. en matière de technologies, de délégation et de substitution des prestations / tâches entre les spécialités et les groupes professionnels). Cette approche part du principe que le recours actuel aux soins correspond aux besoins, tout en sachant qu'il existe des exceptions. Il est en outre possible d'utiliser un facteur de correction pour prendre en compte une situation actuelle de sur- ou sous-approvisionnement.

Les chiffres et les paramètres utilisés pour les différentes spécialités proviennent, dans la mesure du possible, des données existantes et des évaluations des groupes d'experts. Les bases de données suivantes ont été consultées en priorité : données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS), statistique médicale de la FMH (y compris myFMH), registre des professions médicales (MedReg), pool de données de SASIS SA et statistique médicale des hôpitaux (MS).

Limites du modèle de simulation

Il convient notamment de tenir compte des limites du modèle pour l'interprétation des résultats :

- Des incertitudes sont liées aux données et hypothèses utilisées, par exemple en matière de détermination des EPT, du recours aux soins actuel dans le secteur ambulatoire hospitalier ou des facteurs d'influence sur les effectifs et besoins futurs. Le modèle tient compte de ces incertitudes, puisqu'il propose des scénarios reflétant l'ensemble des évolutions potentielles.
- Le modèle de simulation ne peut déterminer si le recours actuel aux soins dans une discipline donnée est adéquat, et donc si l'on se trouve actuellement en situation de pénurie.
- Le modèle fournit des calculs à l'échelle du pays. Les différences régionales ou cantonales ne sont donc pas (encore) prises en compte.
- Les perspectives s'appliquent aux spécialités dans leur globalité. Les diverses priorités, leurs spécificités et leur future évolution ne sont actuellement pas prises en compte.

Résultats

Quelle est l'évolution des effectifs ? Les calculs montrent que les effectifs de médecins spécialistes évolueront de manière très différente en fonction de la spécialité. Ainsi, les effectifs en orthopédie devraient fortement augmenter, alors que le nombre de psychiatres (en EPT) devrait rester stable. Dans toutes les spécialités, l'augmentation prévue est toutefois calculée en partant du principe que la forte immigration de spécialistes étrangers se maintiendra. Sans celle-ci en effet, les effectifs n'augmenteraient au mieux que de quelques pour cent par rapport aux chiffres actuels, et dans la plupart des cas, ils diminueraient même.

Quelle est l'évolution des besoins ? Comme pour les effectifs, l'évolution des besoins varie fortement en fonction de la spécialité considérée. Sans facteur de correction du besoin actuel, on constate une hausse dans la plupart des disciplines. Celle-ci s'explique essentiellement par l'augmentation démographique. L'application d'un facteur de correction (correction d'un actuel excédent ou d'une actuelle pénurie) modifie bien sûr fortement les résultats de chaque spécialité.

Les effectifs couvriront-ils les besoins ? Ou seront-ils trop élevés ou trop bas ? On constate que les effectifs couvrent ou dépassent les besoins dans de nombreuses spécialités, compte tenu du maintien d'un taux relativement élevé d'immigration. En psychiatrie et psychothérapie, en revanche, les effectifs seront insuffisants, ou couvriront à peine les besoins. Si toutefois on part de l'hypothèse qu'une pénurie existe actuellement en médecine de premier recours, en pédiatrie et en psychiatrie, même l'immigration serait insuffisante, ou couvrirait à peine les besoins. Sans spécialistes étrangers, une partie des spécialités examinées

seraient confrontées à une pénurie massive, à l'exception de l'orthopédie, compte tenu de l'hypothèse d'un excédent actuel. En résumé :

1. *En Suisse, les besoins en spécialistes dans les disciplines considérées ne peuvent être couverts sans l'apport de médecins étrangers.*
2. *Les données indiquent que toutes les spécialités considérées font et feront face à une pénurie.*

PARTIE II : RECOMMANDATIONS

Comité « Coordination de la formation postgrade des médecins »

Le comité CFM formule les recommandations suivantes pour les prochaines étapes, sur la base des résultats et des limites de l'étude présentés dans la première partie du présent rapport :

Recommandation 1 : Les bases de décision sur lesquelles reposent les futures recommandations du comité doivent être optimisées, à savoir que les données doivent être améliorées et les résultats, mieux étayés.

Il est pour l'heure impossible de déterminer avec suffisamment de précision les besoins actuels en prestations ou les effectifs réels en médecins, de sorte qu'une situation de sur ou sous-approvisionnement doit être représentée par un facteur de correction. Les estimations reposent essentiellement sur l'avis d'experts.

Les bases de données doivent être améliorées, en augmentant notamment le taux de réponse de l'enquête MAS. Il convient également de promouvoir le travail de l'Office fédéral de la statistique (OFS) qui, dans le cadre de la gestion nationale des données (NaDB), souhaite utiliser un identifiant unique pour les médecins dans chacune de ses bases de données (KS, PSA, MS, MAS).

En plus d'améliorer les données, les bases de décision des recommandations du comité seront optimisées, à savoir que les résultats seront mieux étayés et plus plausibles. Pour ce faire, un groupe écho sera institué ; le comité statuera sur sa composition.

Recommandation 2 : L'effectif de médecins ayant obtenu leur diplôme et leur titre postgrade en Suisse doit être augmenté.

En matière de formation médicale, le programme spécial en médecine humaine (2016–2025) de la Confédération ne parviendra pas à augmenter le nombre de titres délivrés par les universités suisses dans une proportion suffisante permettant de diminuer la dépendance vis-à-vis de l'étranger. La Confédération et les cantons doivent donc prendre d'autres mesures.

Dans le domaine de la formation postgrade, les actuels efforts visant à combler ou éviter une pénurie dans certaines spécialités doivent être poursuivis et intensifiés. Cela suppose avant tout de disposer de bons formateurs cliniques dotés des compétences adéquates. Mais il est aussi nécessaire d'utiliser des instruments de formation modernes, tels que des simulations médicales, et de mettre en place une formation postgrade basée sur les

compétences. Enfin, il convient de promouvoir les incitations à créer des places de formation postgrade dans le domaine ambulatoire. Il serait envisageable d'allouer une contribution de financement fixe par médecin assistant, telles qu'il en existe déjà dans le milieu hospitalier.

Sintesi

Introduzione

Da anni in Svizzera le risorse nella medicina umana e la loro distribuzione tra diverse specializzazioni e regioni sono oggetto di dibattiti e interventi politici. Benché siano stati aumentati i posti di formazione in medicina umana, attualmente le nuove leve formate in Svizzera riescono a coprire appena il 60 per cento dei posti di medico assistente. I rimanenti sono occupati da medici formati fuori dalla Svizzera, situazione che crea una forte dipendenza dall'estero. Inoltre, è un dato di fatto che l'aumento del numero di posti di studio da solo non garantisce che il sovrappiù di medici formati si specializzi negli ambiti in cui sussiste il fabbisogno maggiore. La dipendenza della Svizzera dall'estero è evidente anche nel caso dei medici specialisti: ogni anno il numero degli specialisti stranieri che fa riconoscere il proprio diploma in Svizzera e quello dei medici che si formano in Svizzera è pressoché identico. Da un lato, l'immigrazione è una delle ragioni di un'offerta che, in determinati settori di specializzazione e regioni, talvolta risulta eccedentaria. D'altra parte, senza di essa, in molti luoghi non si potrebbe soddisfare il fabbisogno.

Prendendo le mosse da questa situazione di partenza, nel dicembre 2014 la piattaforma «Futuro della formazione medica» ha istituito il gruppo tematico «Coordinamento del perfezionamento in medicina», che ha affrontato la questione del coordinamento dell'offerta dei perfezionamenti in funzione del fabbisogno, toccando quindi indirettamente anche il tema dell'approvvigionamento commisurato al fabbisogno in Svizzera. Nel contesto di questo gruppo tematico, l'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) ha elaborato un primo modello al fine di simulare il fabbisogno e gli effettivi futuri di medici in diversi settori di specializzazione (Burla & Widmer, 2018). Nel quadro del comitato «Coordinamento del perfezionamento in medicina» (di seguito «comitato CPM»), istituito nel 2019, i lavori saranno portati avanti a lungo termine e si formuleranno raccomandazioni riguardo all'offerta di perfezionamento nei settori di specializzazione più importanti. È stato avviato un progetto della durata di cinque anni (2021-2025) che si compone di cinque progetti parziali. Sulla base dei risultati, il comitato CPM formula le raccomandazioni sul modo di procedere. Nel presente progetto parziale I (durata 2021/2022) sono stati oggetto di studio i seguenti settori di specializzazione risp. gruppi di specializzazioni:

- totalità dei medici specialisti;
- medicina di famiglia;

- medicina dell'infanzia e dell'adolescenza (pediatria);
- psichiatria e psicoterapia (senza la psichiatria e la psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza);
- chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (ortopedia).

PARTE 1: IL MODELLO DI SIMULAZIONE: METODOLOGIA E CALCOLI PER I SINGOLI SETTORI DI SPECIALIZZAZIONE

Osservatorio svizzero della salute (Obsan)

Metodologia

Gli effettivi e il fabbisogno futuri sono calcolati mediante un modello di simulazione. La procedura è riassunta di seguito:

- *per determinare gli effettivi futuri* di medici specialisti, dagli attuali effettivi si sottraggono le future dimissioni (dovute a pensionamenti, abbandono precoce della professione, emigrazione/ritorno al Paese di origine) e si aggiungono i futuri arrivi (dovuti ai perfezionamenti in Svizzera e all'immigrazione). Per gli effettivi in equivalenti a tempo pieno (ETP) si include il rispettivo tasso di occupazione;
- *il fabbisogno futuro* di medici specialisti è calcolato partendo dall'attuale domanda e tenendo conto dell'evoluzione stimata per il futuro dei diversi fattori che la influenzano. In questo calcolo sono presi in considerazione segnatamente la demografia, ma anche altri sviluppi (p. es. concernenti la tecnologia, la delega e la sostituzione di prestazioni/compiti tra settori di specializzazione e gruppi professionali). Questo approccio parte dal presupposto, benché non sia sempre il caso, che l'attuale domanda corrisponda all'attuale fabbisogno. Si può comunque applicare un fattore di correzione per tenere conto anche dell'esistenza di un approvvigionamento inadeguato.

Ove possibile, le cifre e i parametri per i vari settori di specializzazione sono stati determinati sulla base dei dati esistenti e della stima di gruppi di esperti. Per le analisi sono state utilizzate principalmente le seguenti banche dati: dati strutturali degli studi medici e dei centri ambulatoriali (MAS), statistica medica della Federazione dei medici svizzeri (FMH; incl. myFMH), registro delle professioni mediche (MedReg), pool di dati SASIS SA e statistica medica ospedaliera (MS).

Limiti del modello di simulazione

Nell'interpretazione dei risultati va tenuto conto in particolare dei seguenti limiti del modello:

- vi sono incertezze in merito ai dati e alle ipotesi utilizzati per esempio nella determinazione degli ETP, come anche riguardo all'attuale domanda nel settore ospedaliero ambulatoriale e ai fattori d'influsso sugli effettivi e sul fabbisogno futuri. Nel modello si contemplano queste incertezze delineando scenari che rispecchino un ventaglio di possibili sviluppi;
- il modello di simulazione non può essere usato per determinare se l'attuale domanda in un particolare settore di specializzazione sia adeguata o meno e se quindi attualmente vi sia un approvvigionamento inadeguato;
- il modello di simulazione fornisce cifre calcolate a livello nazionale. Pertanto le differenze regionali o cantonali non possono (ancora) essere prese in considerazione;
- le previsioni si riferiscono ai settori di specializzazione nel loro complesso: attualmente non è possibile analizzare le diverse discipline con le loro differenti caratteristiche ed evoluzioni future.

Risultati

Come evolvono gli effettivi? I calcoli dimostrano che l'evoluzione futura degli effettivi di medici specialisti varia molto a seconda del settore di specializzazione. Per esempio, in ortopedia è previsto un notevole incremento, mentre il numero di psichiatri (in ETP) difficilmente aumenterà. Tuttavia, in tutti i settori di specializzazione gli effettivi aumenteranno solo in misura proporzionale, perché i calcoli sono stati effettuati partendo dall'assunto che si continuerà ad assistere a un'elevata immigrazione di specialisti stranieri. Senza di essa, rispetto allo stato attuale gli effettivi aumenterebbero al massimo di qualche punto percentuale e nella maggior parte dei casi diminuirebbero.

Come evolve il fabbisogno? Anche l'evoluzione del fabbisogno presenta importanti differenze in funzione del settore di specializzazione. Considerando dapprima i risultati senza correzione dell'attuale fabbisogno, nella gran parte dei settori di specializzazione se ne riscontra un aumento, dovuto soprattutto all'andamento demografico. Applicando un fattore di correzione (in base all'esistenza di un approvvigionamento insufficiente o eccessivo), i risultati per ogni settore di specializzazione cambiano ovviamente in modo drastico.

Gli effettivi futuri coprono il fabbisogno futuro? Oppure sono molto superiori o inferiori ad esso? In molti settori di specializzazione è emerso che, tenendo conto di una persistente immigrazione relativamente alta di specialisti stranieri, gli effettivi sono in grado di coprire quasi completamente il fabbisogno o addirittura di superarlo. In psichiatria e psicoterapia, invece, è stato messo in luce un sotto approvvigionamento o al massimo una copertura

stentata. Tuttavia, se si presuppone l'esistenza di un'offerta insufficiente nella medicina di famiglia, nella pediatria e nella psichiatria, il fabbisogno è da considerarsi come non soddisfatto o al massimo soddisfatto di misura, pur contemplando l'immigrazione. Senza i medici specialisti stranieri, la Svizzera andrebbe incontro a una massiccia penuria in alcuni dei settori di specializzazione esaminati. Fa eccezione a questa tendenza l'ortopedia, partendo dal presupposto che attualmente in questo settore l'approvvigionamento è eccessivo. Riassumendo si può asserire che:

1. *nei settori di specializzazione esaminati, senza i medici stranieri è impossibile coprire il fabbisogno in Svizzera;*
2. *in tutti i settori di specializzazione analizzati sono emersi elementi a conferma di un attuale e futuro approvvigionamento inadeguato.*

PARTE 2: RACCOMANDAZIONI

Comitato «Coordinamento del perfezionamento in medicina»

Sulla base dei risultati illustrati nella parte 1 del presente rapporto e dei limiti dello studio ivi esposti, il comitato CPM formula le seguenti raccomandazioni sul modo di procedere:

Raccomandazione 1: si deve ottimizzare la base decisionale del comitato CPM per le future raccomandazioni migliorando la base di dati e conferendo un fondamento più ampio ai risultati.

Nella situazione odierna, né l'attuale fabbisogno di prestazioni né il numero effettivo di medici sono determinabili con sufficiente precisione, motivo per cui l'esistenza di un approvvigionamento insufficiente o eccessivo deve essere rappresentato mediante un fattore di correzione. La stima si basa principalmente sulle opinioni di esperti.

Da una parte, la base di dati deve essere migliorata aumentando il tasso di risposta alla raccolta dei dati MAS. Inoltre, occorre sostenere l'Ufficio federale di statistica (UST) nell'introduzione di un identificatore univoco per i medici in tutte le banche dati dell'UST (KS, PSA, MS, MAS) nel quadro della gestione dei dati a livello nazionale (NaDB).

Dall'altra, è necessario ottimizzare la base decisionale per le raccomandazioni del comitato CPM anche assicurando un fondamento più ampio ai risultati calcolati e verificandone la plausibilità. Ciò deve avvenire con il ricorso a un gruppo di feedback, la cui composizione deve essere decisa dal comitato CPM.

Raccomandazione 2: si devono aumentare gli effettivi dei medici formati e specializzati in Svizzera.

Nell'ambito della formazione dei medici, il programma speciale medicina umana (2016-2025) della Confederazione volto ad aumentare i diplomati delle università svizzere in questo settore non basterà da solo a ridurre la dipendenza dall'estero. La Confederazione e i Cantoni devono pertanto adottare ulteriori provvedimenti.

Nell'ambito del perfezionamento occorre sostenere ulteriormente e intensificare gli sforzi esistenti per mettere in sicurezza i settori di specializzazione in cui esiste o si prevede un approvvigionamento insufficiente. Ciò richiede anzitutto buoni formatori clinici che dispongano delle competenze didattiche adeguate. Inoltre, sono necessari strumenti formativi moderni quali le simulazioni mediche e l'introduzione del perfezionamento medico basato sulle competenze. Non da ultimo, bisogna sostenere gli incentivi per la creazione di ulteriori posti di perfezionamento nel settore ambulatoriale. Infine si potrebbe ipotizzare di istituire un contributo finanziario definito per ogni medico assistente, come avviene già in ambito stazionario.

1 Introduction

1.1 Situation initiale

En Suisse, les ressources en médecine humaine et leur répartition géographique et disciplinaire font depuis longtemps l'objet de discussions et d'interventions politiques. Diverses mesures ont été prises ces dernières années dans l'optique d'assurer un approvisionnement adéquat en soins, à savoir d'éviter les situations d'excédent et de pénurie.

Dans le domaine de la formation médicale, le Conseil fédéral a lancé en 2016, dans le cadre du message FRI, un programme spécial doté de 100 millions de francs visant à augmenter le nombre de titres délivrés en médecine humaine. Grâce à ce financement spécial axé sur les projets, le nombre annuel de titres devrait passer de 850 en 2014 à 1350 en 2025.

Malgré ces mesures, cela fait des années qu'à peine 60 % des postes de médecins assistants, c'est-à-dire de médecins en formation, sont pourvus par des professionnels formés en Suisse. Selon toute vraisemblance, ce problème perdurera, et en 2025, le reste du contingent sera formé de médecins provenant d'autres pays, ce qui induit une forte dépendance vis-à-vis de l'étranger. Suite à l'introduction de la semaine de 50 heures en 2005, le nombre de places de médecins assistants a été augmenté afin de garantir le fonctionnement des hôpitaux, ce qui a encore aggravé la situation. La formation postgrade suisse jouit d'une très bonne réputation à l'étranger, notamment dans les pays limitrophes, et est donc attrayante pour les médecins étrangers. Malgré cela, il est de plus en plus difficile de pourvoir certaines places de formation postgrade. Des problèmes de recrutement se font sentir aujourd'hui déjà, et à l'avenir, certains postes resteront vacants.

Le fait est que l'augmentation du nombre de places d'étude ne garantit pas que les médecins supplémentaires se spécialiseront dans les domaines où les besoins sont les plus importants. D'une part, les médecins assistants sont libres de choisir leur parcours de formation. D'autre part, le nombre de postes de médecins assistants par spécialité est en grande partie déterminé par les besoins fonctionnels des établissements de formation (hôpitaux, pour la plupart). En effet, ceux-ci ont besoin d'eux pour assurer leur bon fonctionnement. Or les besoins fonctionnels des hôpitaux ne correspondent pas forcément aux besoins de la population en matière de soins. Il semble donc que l'on forme trop de médecins spécialistes dans certains domaines, et pas assez dans d'autres.

Cette dépendance vis-à-vis de l'étranger n'est pas limitée à la formation postgrade, mais se retrouve aussi dans le nombre de

médecins spécialistes. Bien que cette forme d'immigration ait légèrement ralenti ces dernières années, on recense un nombre presque équivalent de spécialistes étrangers installés en Suisse que de médecins spécialistes formés dans le pays. Cette immigration est garantie par l'accord sur la libre circulation, et explique l'excédent constaté dans certaines spécialités et certaines régions. Mais elle permet aussi de couvrir les besoins dans de nombreux endroits.

1.2 Le comité « Coordination de la formation postgrade des médecins »

Compte tenu de cette situation, la plate-forme « Avenir de la formation médicale » a fondé en décembre 2014 le groupe thématique « Coordination de la formation postgrade des médecins », afin de réfléchir à la coordination de l'offre de formation postgrade en fonction des besoins et donc, indirectement aussi, à une offre de soins adaptée aux besoins en Suisse.

Ce groupe thématique, placé sous la direction conjointe de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de l'Institut suisse pour la formation médicale postgrade et continue (ISFM), a notamment été chargé de mettre au point une base décisionnelle reposant sur des données quantitatives afin de définir l'évolution de la formation médicale postgrade à l'avenir. Sur cette base, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a élaboré un premier modèle permettant de simuler des projections de besoins et des futurs effectifs de médecins dans les différents domaines de spécialisation (Burla & Widmer, 2018).

Les travaux du groupe thématique ont pris fin en septembre 2018. Suite à cela, le Dialogue « Politique nationale de la santé » a constitué en 2019 le **comité « Coordination de la formation postgrade des médecins » (comité CFM)**, chargé de poursuivre à plus long terme les travaux de l'ancien groupe thématique et plus particulièrement d'émettre des recommandations concernant l'offre de formation postgrade dans les principaux groupes de spécialités. Pour le moment, le comité CFM est prévu pour cinq ans (2021–2025). Ses travaux doivent être évalués avant la fin de cette période. La liste de ses membres figure dans l'encadré 1.

Dans ce contexte, l'Obsan mène actuellement une étude mandatée par le comité CFM. Pour les besoins de cette étude, le modèle de projection mis au point en 2018 est utilisé pour différentes spécialisations médicales. Le projet global se déroule

sur une période de cinq ans (2021–2025) et comprend cinq projets partiels d'une durée d'un an chacun.

Chaque projet partiel étudie différentes spécialisations médicales sélectionnées par le comité CFM. Sur la base des calculs réalisés, des projections concernant les effectifs et les besoins futurs dans ces domaines de spécialité sont établies. A partir de ces résultats et de l'avis des sociétés de discipline médicale concernées, le comité CFM formule des recommandations concernant les actions à entreprendre.

1.3 Projet partiel I (période 2021/2022)

Dans le cadre du projet partiel I (période 2021/2022), les spécialités ou groupes de spécialités suivants ont été étudiés :

- Médecine de premier recours
- Pédiatrie
- Psychiatrie et psychothérapie (hors psychiatrie et psychothérapie des enfants et adolescents)
- Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur
- Total des médecins spécialistes

Le choix a été réalisé en se basant notamment sur les effectifs et sur l'importance de ces spécialités pour la couverture des besoins en soins. En outre, le comité a choisi d'étudier des spécialités pour lesquelles on peut supposer une offre insuffisante ou excédentaire.

Encadré 1 Membres du comité « Coordination de la formation postgrade des médecins »

- Office fédéral de la santé publique (OFSP) :
Bernadette Häfliger Berger, responsable de la division Professions de la santé, Office fédéral de la santé publique
Déborah Prisi Brand, responsable suppléante de la division, responsable de la section Développement des professions de la santé
Cinzia Zeltner, responsable suppléante de la section Développement des professions de la santé
- Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) :
Depuis le 1^{er} février 2021 : D^r Monika Brodmann Mäder, privat-docente, présidente
Auparavant : D^r Werner Bauer, président de l'ISFM jusqu'au 31 janvier 2021
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) :
Micheal Jordi, secrétaire général
Seraina Grünig, cheffe de projet
- Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAC) : *D^r Anja Zyska Cherix*
- curafutura : *Maja Eckold, cheffe de projet*
- H+ Les hôpitaux de Suisse :
Markus Trutmann, responsable du département Politique, membre de la Direction
Jürg Winkler, responsable technique Politique du personnel et de la formation
- santésuisse : *Adrian Jaggi*
- Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) : *Sonja Henrich*
- swissuniversities : *Sabine Felder*

Délimitation entre le projet et les travaux entrepris dans le cadre de l'ordonnance sur la fixation des nombres maximaux

Les travaux relatifs à la nouvelle ordonnance prennent place parallèlement au présent projet réalisé dans le cadre du comité CFM. L'Obsan participe notamment au calcul du taux de couverture.

Ces projets sont très proches sur un plan thématique, mais *il s'agit bien de deux projets distincts, tant au niveau du contexte de que des objectifs*. Le présent projet s'intéresse à l'adéquation entre besoins et formation postgrade en Suisse et aux éventuelles adaptations nécessaires. Le modèle national examine donc l'évolution probable des effectifs et des besoins en médecins spécialistes dans leur ensemble (domaine ambulatoire et milieu hospitalier), par spécialité. Le comité formule des recommandations sur cette base. Les résultats du projet, contrairement aux travaux relatifs à l'ordonnance, *ne constituent pas une base de calcul pour les chiffres maximaux et n'ont aucune influence sur les nouvelles autorisations d'établissement délivrées par les cantons dans le domaine ambulatoire*.

L'orientation des projets est donc distincte, et les interactions probables ne peuvent pas encore être évaluées avec certitude. On peut toutefois supposer que dans certains domaines de spécialité, la mise en œuvre des chiffres maximaux aura un impact sur l'inflow.

1.4 Structure du rapport

Ce rapport s'articule en deux parties (voir aussi la représentation graphique ci-dessous) :

Partie 1 : Modèles de simulation : méthodologie et calculs pour les différents domaines de spécialisation

Elaboré par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Partie 1 : La première partie comprend l'élaboration d'une base de données empiriques. Le modèle de simulation et la méthodologie sont expliqués et les résultats sont présentés.



Partie 1 : Modèles de simulation

Description de la méthodologie et résultats des calculs

Observatoire suisse de la santé (mandataire)

Partie 2 : Recommandations

Elaboré par le comité "Coordination de la formation postgrade des médecins"

Partie 2 : La deuxième partie concerne l'interprétation des résultats et les recommandations. Cette partie a été préparée par le comité « Coordination de la formation postgrade des médecins ».



Partie 2 : Recommandations

Interprétation des résultats et formulation des recommandations

Comité « Coordination de la formation postgrade des médecins ».

PARTIE 1:

MODÈLE DE SIMULATION: MÉTHODOLOGIE ET CALCULS POUR LES DIFFÉRENTS DOMAINES DE SPÉCIALITÉ

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

2 Bases du modèle de simulation

2.1 De quoi s'agit-il ?

Les effectifs futurs et les besoins en médecins spécialistes en Suisse sont évalués à l'aide d'un modèle de simulation. Les résultats obtenus serviront de base décisionnelle au comité « Coordination de la formation postgrade des médecins » (voir 0) pour améliorer la coordination de la formation postgrade des médecins. Ce modèle de simulation se fonde sur les travaux menés au préalable par l'Obsan (Burla & Widmer, 2016, 2017, 2018). Dans le cadre du projet partiel I, le modèle a été modifié et actualisé en ce qui concerne les données et hypothèses prises en compte. Des calculs ont été réalisés pour les cinq spécialités ou groupes de spécialités suivants :

- Total des médecins spécialistes
- Médecine de premier recours (médecine interne générale (MIG) et médecins praticiens)
- Pédiatrie
- Psychiatrie et psychothérapie (hors psychiatrie et psychothérapie des enfants et adolescents)
- Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (orthopédie)

Les calculs se rapportent aux spécialités dans leur ensemble. Les sous-spécialités et autres éléments de différenciation au sein de chaque spécialité, avec leurs diverses caractéristiques, ne sont pas pris en compte.

L'horizon de projections a été fixé à 2030. Le projet se concentre sur les médecins spécialistes, c'est-à-dire les médecins qui ont suivi une formation postgrade et qui disposent d'un titre de spécialiste (y compris les médecins praticiens). Il convient également de noter que le projet étudie les effectifs et les besoins en médecins spécialistes actifs sur le plan clinique ou dans les soins au sens strict. Les effectifs et besoins dans d'autres domaines (par ex. administration, recherche, industrie) ne peuvent pas être déterminés à l'aide de ce modèle.

2.2 Modèle conceptuel

Le graphique G 2.1 illustre le modèle conceptuel qui a servi de base pour le modèle de simulation. Il se fonde sur le modèle mis au point par l'institut NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research), qui est utilisé aux Pays-Bas pour gérer notamment la formation postgrade des médecins (Van

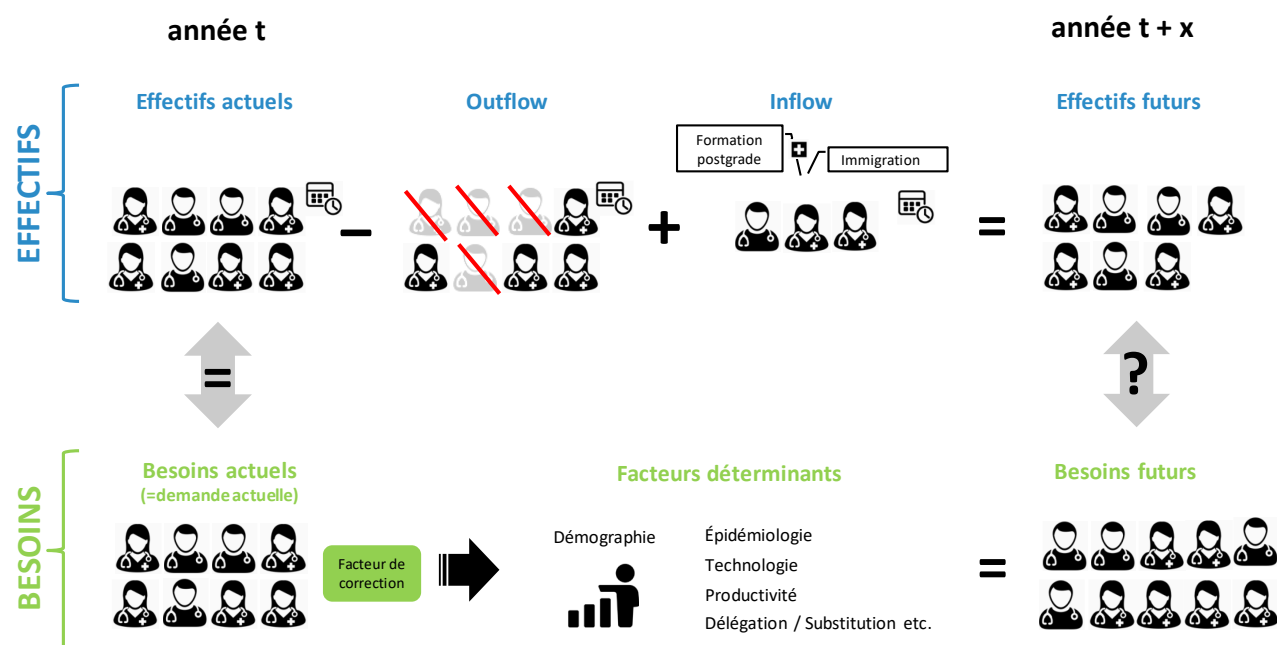
Encadré 2 Recours aux soins actuel = besoins ?

Dans le modèle de simulation, les futurs besoins en spécialistes sont calculés d'après le recours aux soins actuel, en supposant que celui-ci correspond bien aux besoins actuels. Or ce n'est pas forcément la réalité. Compte tenu de la difficulté de définir les besoins de la population en matière de (soins de) santé, cette approche constitue cependant aujourd'hui la meilleure façon d'évaluer les futurs besoins en médecins spécialistes. Le modèle permet de prendre en compte une situation de sous-approvisionnement ou de sur-approvisionnement dans un domaine de spécialité à l'heure actuelle, grâce à l'intégration d'un facteur de correction. Dans le présent rapport, cela a été fait pour tous les domaines de spécialité (médecine de premier recours, pédiatrie, psychiatrie, orthopédie).

Greuning et al., 2012, 2013). Au cours de l'élaboration du modèle de simulation (Burla & Widmer, 2017 ; Burla & Widmer, 2018), ce modèle conceptuel a été légèrement réajusté à plusieurs reprises. Il peut être résumé de la façon suivante :

- Les *effectifs futurs* de médecins spécialistes sont déterminés en déduisant des effectifs actuels les futurs départs (*outflow* ; résultant des départs à la retraite, des sorties précoces de la profession et des émigrations / retours au pays) et en ajoutant les futures arrivées (*inflow* ; résultant de la formation postgrade en Suisse et des flux d'immigration). Pour déterminer les effectifs en équivalents plein temps (EPT), les calculs ont été réalisés sur la base du taux d'occupation.
- Les *besoins futurs* en médecins spécialistes sont calculés à partir du recours aux soins actuel, en tenant compte de l'évolution que devraient connaître divers facteurs ayant une influence sur le recours aux soins. Il s'agit notamment de la démographie, mais aussi d'autres évolutions (par ex. en matière de technologies, de délégation et de substitution des prestations / tâches entre les spécialités et les groupes professionnels). Cette approche part du principe que le recours aux soins actuel correspond aux besoins actuels, avec la possibilité d'utiliser un facteur de correction pour prendre en compte une situation existante de sur-approvisionnement ou de sous-approvisionnement (voir encadré 1).

G 2.1 Effectifs et besoins futurs en médecins : modèle conceptuel du modèle de simulation de l'Obsan



Source : Burla & Widmer d'après Batenburg (2012)

© Obsan 2022

2.3 Données utilisées

Diverses sources de données ont été consultées afin de réaliser les calculs. Le sous-chapitre suivant donne un aperçu des données utilisées, ainsi que des limites inhérentes aux différentes sources de données. Le chapitre 3 détaille le choix des données en fonction des éléments du modèle et quels paramètres ont été pris en compte et définis.

2.3.1 Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS)

Dans le modèle de simulation, ces données servent de base pour le calcul des effectifs actuels, des futurs départs à la retraite et du taux d'occupation moyen des médecins dans les cabinets.

L'enquête Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) fournit des informations au sujet de la structure et de l'offre des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (hors secteur hospitalier). Cette enquête a été réalisée pour la première fois en 2015.

La qualité des données est encore insuffisante pour permettre des analyses approfondies, en raison notamment du faible pourcentage de réponse et de l'absence de certaines informations. En 2018, le taux de participation a été de 40% environ. L'OFS a donc complété les données avec d'autres sources de données (notamment le registre des professions

médicales MedReg). L'Obsan a également dû pondérer les données pour estimer les informations encore manquantes et améliorer la représentativité. À la suite de cette pondération, un tableau agrégé présentant le nombre moyen de demi-journées travaillées par spécialité, par sexe et par groupe d'âge de médecins a été établi. C'est ce tableau qui sert de base pour le modèle de simulation.

Aspects importants :

- Les données comportent encore un certain niveau d'incertitude, surtout pour les spécialités les moins représentées. Au moment de l'établissement du présent rapport, elles constituent cependant la meilleure base disponible. Il faut partir du principe que la qualité des données de l'enquête MAS s'améliorera nettement, du moins à moyen terme, grâce à une augmentation du taux de participation.
- Les informations concernant le taux d'occupation sont fournies sous forme de demi-journées, ce qui peut donner lieu à des imprécisions, dans la mesure où une demi-journée peut compter entre 4 et 6 heures de travail. Les taux d'occupation des médecins exerçant en cabinet calculés sur la base de l'enquête MAS ont toutefois été jugés réalistes par les experts participants (voir 3.1).

2.3.2 Statistique médicale de la FMH (y compris myFMH)

Dans le modèle de simulation, ces données servent de base pour le calcul des effectifs actuels, des futurs départs à la retraite et du taux d'occupation moyen des médecins dans les hôpitaux.

La statistique médicale de la Fédération des médecins suisses (FMH) porte sur les médecins actifs en Suisse. Les données proviennent de la statistique des membres de la FMH, qui est ensuite complétée avec les listes des membres de la convention TARMED entre la FMH et Santésuisse, entre autres. Ainsi, tous les médecins qui établissent des décomptes de prestations ambulatoires sont pris en compte. Outre les caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge), la statistique fournit de nombreux renseignements sur la formation universitaire et postgrade des médecins. Selon des estimations, près de 95% des médecins exerçant en Suisse y sont répertoriés.

Un questionnaire disponible sur le portail des membres myFMH permet de recueillir des informations relatives à l'activité professionnelle (taux d'occupation, structure de cabinet, etc.) dans un relevé distinct.

Aspects importants :

- La statistique médicale comporte des lacunes, notamment en ce qui concerne les médecins-assistants et les médecins étrangers, même si seuls ces derniers sont pertinents pour le projet actuel. Certains éléments portent à croire que le nombre de médecins praticiens est sous-estimé. En effet, les médecins étrangers constituent une part non négligeable de cette spécialité et ne sont pas tous inclus dans la statistique.
- Il existe également quelques incertitudes au sujet de l'actualisation des données des médecins. Il est possible de supposer qu'une partie des médecins reprend certaines informations de l'année précédente (par ex. secteur d'activité) sans les actualiser, même s'ils renouvellent leur statut de membre chaque année.
- Seulement un quart des spécialistes enregistrés dans la statistique médicale de la FMH indiquent leur taux d'occupation dans myFMH. Certaines études ont toutefois montré que les données de myFMH concernant le taux d'occupation sont généralement de bonne qualité (Dutoit et al., 2014 ; Hostettler et al., 2013). Dans le cadre du projet actuel, les données de la FMH sont utilisées uniquement pour les médecins travaillant à l'hôpital. Si l'on compare ces données avec celles de la statistique des hôpitaux de l'OFS, on constate que les EPT calculés pour la totalité des médecins spécialistes travaillant à l'hôpital (hors médecins-assistants) sont cohérents. Il subsiste cependant des incertitudes quant aux taux d'occupation moyens et aux EPT qui en découlent, ce dont il faut tenir compte dans l'interprétation.
- Les informations concernant le taux d'occupation sont fournies sous forme de demi-journées dans myFMH, ce qui peut donner lieu à des imprécisions, dans la mesure où une

demi-journée peut compter entre 4 et 6 heures de travail. Les taux d'occupation des médecins exerçant en cabinet calculés sur la base de myFMH ont toutefois été jugés réalistes par les experts participants (voir 3.1).

2.3.3 Registre des professions médicales (MedReg)

Dans le modèle de simulation, ces données servent de base pour les scénarios concernant le futur inflow résultant des titres de formation postgrade fédéraux et reconnus.

Le registre des professions médicales (MedReg) de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est une base de données qui répertorie l'intégralité du personnel médical universitaire – et donc tous les médecins – qui exercent leur profession médicale en Suisse. Les personnes titulaires d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme étranger reconnu y sont enregistrées. Depuis 2018, les personnes titulaires d'un diplôme étranger qui ne peut être reconnu sont elles aussi enregistrées dans le MedReg.

Ce registre contient des données sur les diplômes de médecin et les titres de formation postgrade, ainsi que sur les autorisations de pratiquer accordées par les cantons.

2.3.4 Pool de données de SASIS SA

Dans le modèle de simulation, ces données servent de base pour les calculs concernant le recours aux soins actuel dans les cabinets et dans le secteur hospitalier ambulatoire, à partir du nombre de consultations.

Le pool de données est une base de données constituée à partir de 2001 par Santésuisse et depuis 2009 par SASIS SA, une filiale de Santésuisse, afin de répertorier toutes les prestations relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il rassemble toutes les factures saisies par les assureurs participant à la statistique, y compris la participation aux coûts des personnes assurées.

Aspects importants :

- Le pool de données de SASIS SA comprend uniquement les prestations payées par l'assurance obligatoire des soins. Les prestations financées par d'autres agents payeurs, par exemple les autres assurances sociales (AI/AVS, LAA, AM), des assurances privées, l'État et les ménages privés, ne sont donc pas incluses.
- Le pool de données comprend uniquement les factures qui sont transmises aux assurances maladie. Les factures retenues par les assurés, par exemple en raison d'un montant de franchise élevé, ne sont pas enregistrées.
- Certains médecins sont classés dans le groupe de prestataires « cabinets de groupe ». Il s'agit de regroupements administratifs de médecins qui exercent différentes spécialités. Dans l'étude actuelle, les consultations de ces cabinets de groupe ont été réparties entre les spécialités sur la base des positions tarifaires du

TARMED utilisées pour la facturation, qui se divisent en différents chapitres.

- La version du pool de données mise à la disposition de l'Obsan ne fournit pas de données individuelles sur les fournisseurs de prestations. L'analyse se base donc exclusivement sur des données agrégées, c'est-à-dire sur des groupes d'assurés et des groupes de fournisseurs de prestations.

2.3.5 Statistique médicale des hôpitaux (MS)

Dans le modèle de simulation, ces données servent de base pour calculer le recours aux soins actuel dans le secteur hospitalier stationnaire, à partir du nombre de journées d'hospitalisation / cas.

La Statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'OFS rassemble les données relatives à toutes les hospitalisations dans les hôpitaux suisses. Cette enquête est réalisée par chaque hôpital et chaque maternité, ou par chaque clinique. Les informations recueillies sont aussi bien des données socio-démographiques au sujet des patients que des données administratives (comme le type d'assurance ou le lieu de séjour avant l'hospitalisation) et des informations médicales telles que les diagnostics et traitements.

Aspects importants :

- Dans la MS, les hospitalisations ne sont pas attribuées aux différents groupes de médecins spécialistes. Afin de pouvoir réaliser une estimation en fonction des groupes de médecins spécialistes, les prestations ont été attribuées aux groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) correspondant aux unités organisationnelles dans les hôpitaux. Ainsi, il est possible d'effectuer un rapprochement avec les activités des différents groupes de spécialistes.

2.3.6 Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

Dans le modèle de simulation, ces données servent de base pour le calcul des taux actuels de recours aux soins dans les hôpitaux.

La Statistique de la population et des ménages (STATPOP) de l'OFS fait partie du système de recensement fédéral de la population. Elle fournit des renseignements sur le décompte et la structure de la population résidente en fin d'année, ainsi que sur les déplacements de population au cours de l'année civile. Avec l'enquête structurelle, elle constitue aussi la base de travail pour les statistiques budgétaires. Sont recensées les personnes qui font partie de la population résidente permanente mais aussi non permanente (au domicile principal et, le cas échéant, au domicile secondaire).

2.3.7 Scénarios d'évolution démographique de 2020 à 2050

Dans le modèle de simulation, ces données servent de base pour les calculs des futurs taux de recours aux soins en fonction de l'évolution démographique.

L'OFS a calculé trois scénarios d'évolution démographique différents à partir de certaines hypothèses concernant l'évolution future de la fécondité, de la mortalité, des flux d'immigration et d'émigration, etc. :

- Le *scénario de référence (scénario moyen)* se situe dans la lignée de l'évolution des dernières années.
- Le *scénario haut* repose sur une combinaison d'hypothèses favorables à la croissance de la population.
- Le *scénario bas* combine plusieurs hypothèses moins favorables à la croissance de la population.

Ces trois scénarios couvrent toute l'amplitude possible et plausible de l'évolution démographique à venir.

3 Méthodologie

3.1 Définition des paramètres à prendre en compte : vue d'ensemble

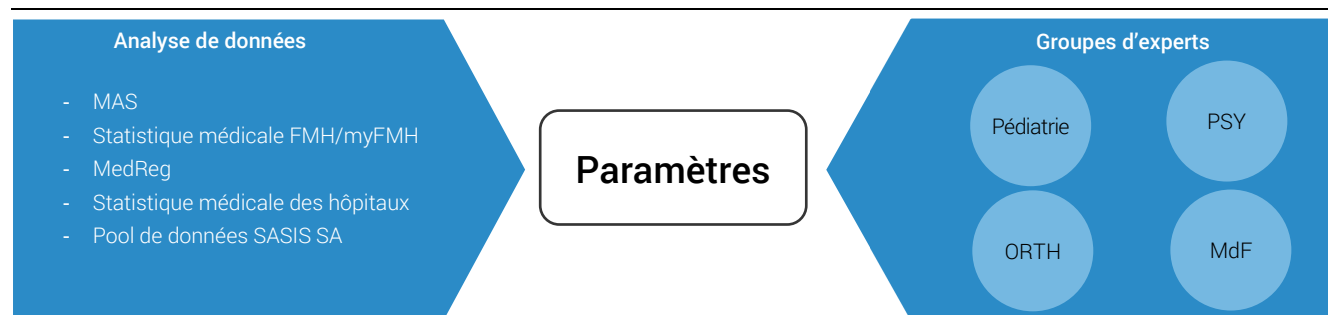
Afin d'obtenir une simulation des effectifs et des besoins futurs en médecins spécialistes, il est nécessaire de recouper les différents éléments du modèle conceptuel (voir G 2.1) avec des données chiffrées. Les paramètres utilisés pour cela dépendent en grande partie des données existantes, mais aussi de certaines considérations méthodologiques. Afin de définir les paramètres à prendre en compte dans le modèle de simulation, les deux approches suivantes ont été retenues (G 3.1) :

- *Analyse des données existantes* : Le cas échéant, les données existantes ont été évaluées et utilisées comme base pour les calculs ou la définition des scénarios et hypothèses.
- *Échange avec des groupes d'experts* : Des experts ont été consultés afin de définir, notamment, les hypothèses et scénarios concernant l'évolution future des facteurs qui ont une influence sur les effectifs (outflow, inflow et taux d'occupation futur) et sur les besoins (productivité, délégation des tâches, etc.). Ces personnes ont généralement été sélectionnées par les sociétés de discipline médicale correspondantes.

En collaboration avec les groupes d'experts, des hypothèses et scénarios ont été proposés, les premiers résultats ont été présentés et les paramètres à prendre en compte ont été définis. Les experts participants, issus des différentes spécialités, sont répertoriés dans l'encadré 2. Aucun groupe d'experts n'a été constitué pour considérer conjointement l'ensemble des spécialités.

Il convient de noter que la composition des groupes d'experts peut donner lieu à une certaine homogénéité des opinions et points de vue. En effet, en tant que représentants d'une société de discipline médicale, les experts défendent aussi des intérêts professionnels, ce qui peut se refléter dans leurs déclarations ou leurs avis (par ex. au sujet d'un éventuel sur-approvisionnement ou sous-approvisionnement).

G 3.1 Modèle de simulation : définition des paramètres



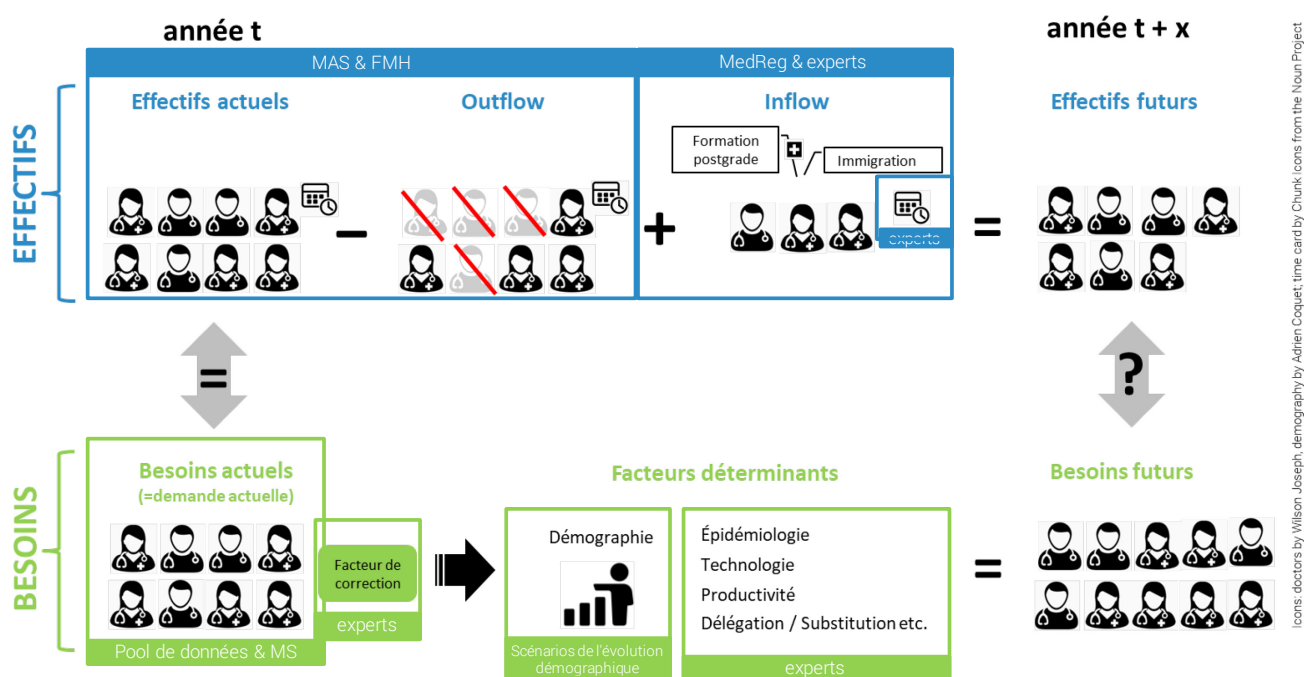
MAS : Données structurales des cabinets médicaux et des centres ambulatoires ; MedReg : registre des professions médicales
MdF = médecine de famille / médecine de premier recours

Source : graphique créé par les auteurs

© Obsan 2022

Le graphique 3.2 donne une vue d'ensemble des données utilisées pour les différents éléments, ainsi que des aspects pour lesquels l'avis des experts a été pris en compte. Les conditions exactes de calcul des différents éléments sont décrites dans le sous-chapitre 3.2.

G 3.2 Effectifs et besoins futurs en médecins : données utilisées



MAS : données structurales des cabinets médicaux et des centres ambulatoires ; FMH : statistique médicale de la FMH (y compris myFMH) ; MedReg : registre des professions médicales ; experts : avis des groupes d'experts ; MS : statistique médicale des hôpitaux

Source : graphique créé par les auteurs

© Obsan 2022

Encadré 3 Experts participants

Médecine de premier recours	P^r Arnaud Chioléro, service médecine, université de Fribourg D^r Philippe Luchsinger, président de Médecins de famille et de l'enfance (mfe) P^r Nicolas Senn, Directeur Institut universitaire de médecine de famille, Lausanne P^r Sven Streit, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)
Pédiatrie	P^r Christoph Aebi, membre du Conseil de pédiatrie suisse depuis de nombreuses années ; chef de service à l'Hôpital de l'Île de Berne D^r Julian Jakob, représentant des assistants au sein de Pédiatrie Suisse D^r Philipp Jenny, président de Pédiatrie Suisse D^r Isabelle Pramana, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) P^r Christoph Rudin, université de Bâle
Psychiatrie et psychothérapie	D^r Wilhelm Felder, professeur émérite, président sortant de la SSPPEA D^r Julius Kurmann, président de la commission de formation postgrade et continue de la SSPP D^r Rafael Traber, vice-président de la SSPP
Orthopédie	P^r Olivier Borens, président de la commission de formation continue de Swiss Orthopaedics P^r Näder Helmy, président de la commission de la formation postgrade de Swiss Orthopaedics D^r Hannes A. Rüdiger, privat-docent, membre de la commission de la formation postgrade de swiss orthopaedics

3.2 Méthode concrète pour les différents éléments

Les paragraphes suivants décrivent la manière dont les paramètres ont été définis pour les différents éléments du modèle conceptuel (voir G 2.1). La démarche étant similaire pour tous les domaines de spécialité étudiés, ce chapitre présente la méthode de base. Les particularités ainsi que les hypothèses et scénarios concrètement définis pour les différentes spécialités sont décrits dans les sous-chapitres correspondants du chapitre 4.

3.2.1 Calcul des effectifs futurs

Le calcul des effectifs a été réalisé sur la base d'EPT, ce qui signifie que les effectifs futurs calculés sont exprimés en EPT et non en nombre de médecins spécialistes. L'avantage de cette approche est qu'elle permet de prendre en compte la totalité du volume de prestations. Il n'est pas nécessaire d'affecter les médecins qui travaillent à la fois en cabinet et à l'hôpital à un secteur (ce qui serait le cas si l'on basait les calculs sur le nombre de médecins) : la totalité de leur activité professionnelle peut être prise en compte.

Le graphique G 3.3 présente sous forme schématique la méthode de calcul des effectifs futurs. Ces calculs sont effectués séparément pour chaque sexe. Les étapes exactes sont les suivantes :

Effectifs pour l'année t (effectifs actuels)

Comme les données proviennent de sources différentes, les effectifs actuels de médecins spécialistes dans chaque spécialité ont été calculés de façon distincte pour les cabinets médicaux et les hôpitaux. Pour le secteur des cabinets, les données complétées et pondérées de l'enquête MAS de 2018 ont été utilisées (voir 2.3.1). Pour le secteur hospitalier, ce sont celles de la statistique médicale de la FMH de 2018 (y compris myFMH ;

voir 2.3.2). Des données plus récentes auraient été disponibles pour le secteur hospitalier (2020) mais, afin de se baser sur la même année d'analyse que pour les cabinets, il a été décidé d'étudier les données de 2018.

a) Cabinets

Les effectifs de médecins de cabinet (en EPT) par spécialité et par sexe ont été calculés sur la base du tableau agrégé de l'enquête MAS, avec les demi-journées. Seuls les médecins en activité au 31.12. de l'année de l'enquête (2018) et n'ayant pas été absents plus de 24 semaines au cours de l'année de l'enquête ont été pris en compte. Les médecins-assistants ont été exclus de l'analyse. Le tableau T 3.1 montre l'attribution des différents domaines de spécialité pour les analyses.

b) Secteur hospitalier

Pour évaluer les effectifs dans le secteur hospitalier (en EPT), le nombre de médecins a été calculé à l'aide des données de la statistique médicale de la FMH. Tous les médecins possédant un titre de spécialiste (y compris un titre de médecin praticien) et exerçant à l'hôpital, à titre principal ou non, ont été pris en compte. L'assignation à une spécialité a été réalisée sur la base du principal domaine de spécialisation enregistré. Le tableau T 3.1 montre l'attribution des différents domaines de spécialité pour les analyses.

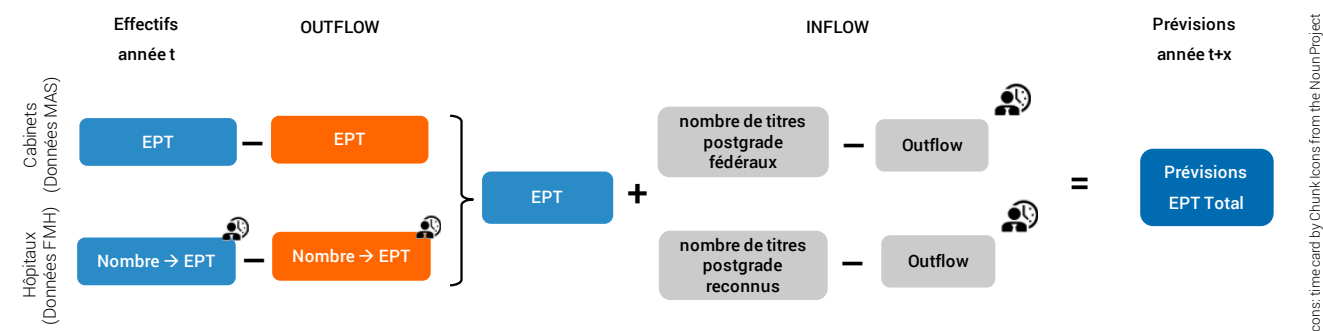
T 3.1 Répartition des domaines de spécialité

Spécialité	Spécialités prises en compte
Médecine de premier recours (cabinets uniquement)	Médecine interne générale Médecin praticien
Pédiatrie	Médecine d'enfants et d'adolescents
Psychiatrie et psychothérapie	Psychiatrie et psychothérapie (hors psychiatrie des enfants et adolescents)
Orthopédie	Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur

Source : graphique créé par les auteurs

© Obsan 2022

G 3.3 Calculs des effectifs : représentation schématique de la méthode



👤 : taux d'occupation

MAS : données structurales des cabinets médicaux et des centres ambulatoires ; FMH : statistique médicale de la FMH (y compris myFMH) ; MedReg : registre des professions médicales ; EPT : équivalents plein temps

Les calculs sont réalisés pour les deux sexes.

Source : graphique créé par les auteurs

© Obsan 2022

La conversion du nombre de médecins en EPT a été effectuée à l'aide du taux d'occupation moyen. Pour cela, les effectifs ont été ventilés par spécialité, par sexe et par secteur principal, puis déterminés à l'aide des taux d'occupation moyens correspondants dans ces sous-groupes (voir les explications relatives au « taux d'occupation » plus bas). Le secteur principal indique si le lieu d'activité principal est l'hôpital ou un autre secteur (cabinet, recherche). Le taux d'occupation moyen à l'hôpital varie selon que l'hôpital est le lieu d'activité principal ou non. Grâce à cette ventilation, il est possible de déterminer les EPT de façon plus précise.

En vue de leur utilisation dans le modèle de simulation, les EPT sont calculés pour chaque spécialité et chaque sexe.

Outflow (départs)

Il n'est pas simple d'évaluer les futurs départs, également appelés « outflow ». L'état actuel des données ne permet pas de disposer de connaissances approfondies au sujet des évolutions de carrière des médecins. Il existe cependant certains indices.

Les analyses par âge montrent qu'une partie des médecins continue de travailler après l'âge de la retraite, bien qu'à cet égard, des différences importantes existent en fonction des spécialités et des secteurs. On dispose de peu de données quant à l'évolution du taux d'occupation des médecins au cours de leur carrière, par exemple. Il faut également se demander pourquoi certains continuent de travailler et comment ce phénomène va évoluer à l'avenir. En médecine de premier recours par exemple, la proportion relativement élevée de médecins âgés de plus de 64 ou 65 ans peut-elle s'expliquer par le fait que beaucoup d'entre eux (des hommes, pour la plupart) ne trouvent pas de successeur à leur cabinet et repoussent donc involontairement leur départ à la retraite ? Et/ou la jeune génération de médecins a-t-elle une autre conception du travail et prendra-t-elle sa retraite dès qu'elle atteindra l'âge requis ? Il est aussi imaginable qu'à l'avenir, les médecins auront un taux d'occupation moins important au cours de leur carrière, mais qu'ils travailleront plus longtemps.

Si l'outflow résultant des départs à la retraite peut être estimé au moyen de la distribution par âge, il n'existe que peu de chiffres sur les sorties précoces de la profession (par ex. en raison d'un changement de profession ou de l'arrêt de l'activité professionnelle pour raisons de santé) et sur les émigrations et retours au pays. Une étude de l'Obsan montre qu'une part significative des médecins n'exercent plus leur activité dans le domaine de la santé (Lobsiger & Liechti, 2021). Cette étude ne permet cependant de tirer que des conclusions limitées en ce qui concerne le nombre concret de sorties de la profession pour le modèle de simulation.

En ce qui concerne les retours au pays, il est supposé que les médecins étrangers retournent de plus en plus dans leur pays d'origine ces dernières années parce que les conditions s'y étaient améliorées et parce qu'ils ne se sentaient pas souhaités en Suisse. On peut toutefois se demander si le nombre de retours au pays va réellement augmenter. Les données chiffrées concernant les émigrations et les retours au pays ne confirment pour l'instant pas cette tendance (Obsan, 2021).

Les paragraphes suivants expliquent la méthode de calcul de l'outflow. Comme pour les effectifs actuels, le calcul des futurs départs a été réalisé séparément pour les cabinets médicaux et le secteur hospitalier, en raison de l'utilisation de sources de données différentes.

a) Cabinets

Pour le calcul des *départs à la retraite* dans les cabinets médicaux, on a utilisé les EPT agrégés issus des données de l'enquête MAS de 2018, établis par spécialité, par sexe et par âge (voir 2.3.1). On a ensuite calculé l'année de projection au cours de laquelle les EPT correspondants atteindront l'âge de la retraite (femmes : 64 ans ; hommes : 65 ans).

Pour les médecins qui avaient déjà plus de 64 ou 65 ans au moment de l'enquête, les départs à la retraite (en EPT) ont été répartis sur les six années de projections suivantes, en supposant que la plupart d'entre eux cesseraient leur activité professionnelle à 70 ou 71 ans.

Pour les médecins âgés de moins de 64 ou 65 ans, les départs à la retraite (en EPT) ont été agrégés par spécialité, par année de projection et par sexe. Mais comme une partie des médecins exerçant en cabinet continuent de travailler après avoir atteint l'âge officiel de la retraite, un pourcentage a encore été déduit de ces départs à la retraite. Ce pourcentage a été défini en collaboration avec les groupes d'experts et se situe entre 5% et 15% selon le domaine de spécialité.

Afin de prendre en considération les *sorties précoces de la profession, qui incluent les émigrations et les retours au pays*, on a déduit un pourcentage correspondant du nombre de médecins qui n'atteindront pas l'âge de la retraite d'ici l'horizon des projections (dans le présent projet : 2030). Ce pourcentage (entre 5% et 10% selon les spécialités) a été défini avec le groupe d'experts et constitue une hypothèse. Un pourcentage de 10% signifie donc qu'on suppose que 10% des médecins en activité et âgés de moins de 52 ou 53 ans en 2018 quitteront le métier d'ici l'horizon des projections (dans le présent projet : 2030).

b) Secteur hospitalier

Le calcul des *départs à la retraite* dans le secteur hospitalier a été réalisé sur la base d'un tableau présentant le nombre de médecins par spécialité, par sexe, par secteur principal et par âge. À partir de ce tableau, l'année au cours de laquelle les médecins correspondants atteindront l'âge de la retraite a été calculée (femmes : 64 ans ; hommes : 65 ans).

Comme pour les cabinets médicaux, le nombre de départs à la retraite des médecins qui avaient déjà plus de 64 ou 65 ans au moment de l'enquête a été réparti sur les six années de projection suivantes.

Pour les médecins âgés de moins de 64 ou 65 ans, les départs à la retraite ont été agrégés par spécialité, par année de projection, par sexe et par secteur principal. Là encore, un certain pourcentage a été déduit pour tenir compte du fait que certains médecins travaillent plus longtemps. Les groupes d'experts se sont accordés à dire que la proportion de ces médecins est plus faible dans le secteur hospitalier que dans celui des cabinets

médicaux, en raison des règles institutionnelles qui s'appliquent. Voilà pourquoi, dans de nombreuses spécialités, ce pourcentage a été fixé à zéro.

En vue de leur utilisation ultérieure dans le modèle de simulation, le nombre de départs à la retraite calculé précédemment est multiplié par le taux d'occupation moyen des sous-groupes correspondants, afin d'obtenir le nombre de départs en EPT.

Comme pour le secteur des cabinets médicaux, les *sorties précoces de la profession, y compris les émigrations et les retours au pays*, ont été prises en compte par la déduction d'un pourcentage parmi les médecins de moins de 52 ou 53 ans. Pour cela, on a utilisé la même valeur que pour les cabinets médicaux (entre 5% et 10% selon la spécialité).

Inflow (arrivées)

Concernant l'inflow, c'est-à-dire les futures arrivées de médecins, on a pris en compte les arrivées résultant aussi bien de la formation postgrade en Suisse que de l'immigration de médecins spécialistes étrangers. Le calcul de l'inflow futur résultant de la formation postgrade en Suisse a été réalisé sur la base des titres de formation postgrade fédéraux délivrés. Le calcul de l'inflow futur résultant de l'immigration a été établi à partir des titres de formation postgrade reconnus (« titres reconnus par la MEBEKO » et « titres jugés équivalents par la MEBEKO »). Les deux types de titres sont enregistrés dans le MedReg.

Les scénarios d'évolution pour l'avenir ont été établis sur la base de l'évolution connue jusqu'à présent. Pour ce faire, le nombre de titres de formation postgrade fédéraux ou reconnus délivrés dans chaque spécialité a été analysé entre 2008 et 2020. Comme le nombre de titres peut varier fortement selon les années, on a systématiquement calculé la moyenne mobile (moyenne sur 5 ans) afin de lisser les courbes. À partir de cette moyenne mobile et en tenant compte des avis des groupes d'experts, trois scénarios (« bas », « moyen », « haut ») ont été définis pour l'évolution future. Ces scénarios ont pour but de montrer tout l'éventail des évolutions possibles.

Une part importante des médecins qui obtiennent un titre postgrade fédéral sont titulaires d'un diplôme de médecin étranger. Afin de pouvoir représenter l'évolution que suivraient les effectifs sans ces médecins-assistants étrangers, on a également prévu un quatrième scénario (« examen suisse uniquement »), dans lequel seuls les médecins ayant accompli leur formation en médecine humaine en Suisse sont pris en compte. Pour cela, un pourcentage constant de médecins titulaires d'un diplôme de médecin étranger a été déduit du nombre de titres du scénario moyen, sur toutes les années. Pour la même raison, un scénario « zéro » a été défini pour les titres reconnus. D'une part, parce qu'il est très difficile de prévoir quelle sera l'immigration à l'avenir. D'autre part, parce que cela permet de simuler dans le modèle comment les effectifs évolueraient en l'absence de médecins spécialistes étrangers. On peut ainsi mettre en évidence combien de diplômes de spécialiste sont délivrés en Suisse. Si on combine ce scénario avec le quatrième scénario pour les titres fédéraux, intitulé « examen suisse

Récapitulatif des scénarios pour l'inflow :

Titres de formation postgrade fédéraux :

1. haut
2. moyen
3. bas
4. examen suisse uniquement : comme le scénario moyen mais avec déduction d'un pourcentage de médecins titulaires d'un diplôme de médecine étranger

Titres de formation postgrade reconnus :

1. haut
2. moyen
3. bas
4. nul : aucun titre de formation postgrade reconnu

uniquement », on peut montrer dans quelle mesure la Suisse est globalement dépendante des médecins étrangers.

Tant pour les titres fédéraux que pour les titres reconnus, une hypothèse concernant l'évolution future de la proportion moyenne de femmes d'ici 2030 a été définie pour chaque spécialité. Cela permet de déterminer l'inflow pour chaque sexe, ce qui est pertinent pour le calcul des EPT compte tenu des différences de taux d'occupation. Ces hypothèses ont été définies sur la base de données rétrospectives ainsi que d'estimations des groupes d'experts, notamment en ce qui concerne la proportion actuelle de femmes parmi les médecins-assistants.

Tous les médecins n'exercent pas une activité clinique dans la spécialité pour laquelle ils ont obtenu leur titre de formation postgrade : il leur arrive par exemple de poursuivre leur formation postgrade et d'acquérir un autre titre, de travailler dans une spécialité autre que celle dont ils détiennent le titre de spécialiste, de ne pas être actifs dans les soins au sens strict (par ex. recherche, administration, etc.) ou encore d'émigrer. Voilà pourquoi une déduction a été appliquée aux titres de formation délivrés, sous la forme d'un pourcentage. Cette déduction est particulièrement pertinente pour la médecine de premier recours, étant donné qu'une part importante des médecins qui obtiennent un titre en MIG ne se dirigent pas vers la médecine de premier recours (voir 4.2.3).

Comme toute forme de projection, les scénarios élaborés comportent des incertitudes : le nombre futur de titres de formation postgrade fédéraux délivrés, par exemple, dépendra du nombre d'établissements de formation postgrade mais aussi du nombre de médecins étrangers menant à bien une formation postgrade écourtée en Suisse. En ce qui concerne le nombre de titres de formation postgrade reconnus, il dépendra de l'évolution économique et politique à l'étranger comme en Suisse (par ex. de l'initiative populaire « Contre l'immigration de masse ») et est donc très difficile à estimer.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, de nouvelles dispositions concernant les critères d'admission sont incluses dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie et applicables : les médecins souhaitant exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) devront avoir travaillé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de

formation postgrade, et dans le domaine de spécialité demandé. Ils devront de plus s'affilier au dossier électronique du patient et disposer des connaissances linguistiques nécessaires. Du reste, depuis le 1^{er} juillet 2021, les cantons peuvent décider eux-mêmes de limiter ou non le nombre de médecins dans certains domaines de spécialité ou certaines régions (OFSP, 2021a). Ces nouvelles règles auront une influence sur l'immigration de médecins étrangers. Il est cependant difficile de prédire dans quelle mesure. Le scénario « zéro » pour les titres postgrades reconnus à donc une importance centrale, les simulations permettant de montrer à quel point la Suisse est en mesure de couvrir les besoins dans une spécialité sans immigration de médecins spécialistes.

En vue de son utilisation dans le modèle de simulation, le nombre de titres fédéraux et reconnus défini a été multiplié par le taux d'occupation, afin d'obtenir l'inflow en EPT. Pour cela, on a utilisé un taux d'occupation moyen pour chaque sexe sur l'ensemble, à savoir les cabinets médicaux et les hôpitaux (voir explications concernant le « taux d'occupation » plus bas).

Taux d'occupation

Le taux d'occupation moyen, actuel et futur, a été calculé de façon distincte pour les cabinets et les hôpitaux, étant donné que les sources de données n'étaient pas les mêmes. Les données complétées et pondérées de l'enquête MAS de 2018 ont été utilisées pour le secteur des cabinets (voir 2.2.1), et celles de myFMH pour le secteur hospitalier (voir 2.2.2).

Le taux d'occupation actuel moyen a été calculé pour chaque domaine de spécialité, chaque sexe – et pour le secteur hospitalier, également pour chaque secteur principal. Pour cela, les demi-journées correspondantes ont été converties en pourcentages : 10 demi-journées correspondent à 100%, 6,5 demi-journées représentent donc 65%. Les valeurs supérieures à 10 ont été conservées, ce qui rend possibles des taux supérieurs à 100%. Il convient de noter qu'une demi-journée peut compter de 4 à 6 heures (voir explications aux points 2.3.1 et 2.3.2).

Les taux d'occupation calculés pour chaque secteur et domaine de spécialité (voir résultats pour les différentes spécialités dans « Effectifs actuels » au chapitre 4) semblent parfois assez bas pour des médecins. Cela peut notamment s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un taux d'occupation moyen pour le secteur (cabinets médicaux ou hôpitaux). Or une part importante du corps médical travaille à la fois en cabinet et à l'hôpital. Ainsi, une pédiatre qui exerce à 60% dans un cabinet et à 20% en clinique a un taux d'occupation de 80%, mais représente un taux de 60% pour les cabinets médicaux et de 20% pour les hôpitaux.

Afin de convertir l'inflow (voir explications plus haut) en EPT, un taux d'occupation moyen par sexe a été défini pour les deux secteurs. Dans le modèle de simulation, deux scénarios ont généralement été utilisés : un scénario constant – qui correspond au taux d'occupation moyen calculé selon les données de l'enquête MAS ou de myFMH en 2018 – et un scénario de baisse, supposant une diminution du taux d'occupation moyen d'ici 2030.

Ce scénario bas s'appuie sur les estimations des groupes d'experts.

Effectifs pour l'année $t + x$

Les futurs effectifs de médecins spécialistes (en EPT) sont obtenus en déduisant des effectifs actuels les départs prévus résultant des départs à la retraite et des sorties précoces de la profession, et en y ajoutant les arrivées calculées résultant de la formation postgrade et de l'immigration (voir graphique G 3.3). Ces calculs sont réalisés sur la base des EPT, de façon distincte pour chaque sexe. À l'issue de ce processus, les effectifs futurs calculés pour les deux sexes sont additionnés.

3.2.2 Calcul des besoins futurs

Comme décrit au point 2.1, les besoins futurs en personnel sont calculés sur la base du recours aux soins actuel. On part donc du principe que le recours aux soins pendant l'année t correspond aux besoins et que ces besoins peuvent être couverts avec les ressources existantes en médecins spécialistes. En d'autres termes, on suppose une prise en charge adéquate, sans surapprovisionnement ni sousapprovisionnement (voir encadré 1 au point 2.1). Si l'on veut prendre en considération une inadéquation de l'offre existante, il est cependant possible d'intégrer un facteur de correction dans les calculs.

Besoins pour l'année t (besoins actuels)

Les besoins actuels, soit le recours aux soins actuel, ont été calculés séparément pour les trois secteurs de soins (cabinets médicaux, secteur hospitalier stationnaire, secteur hospitalier ambulatoire). D'une part parce que les calculs s'appuient sur des bases de données différentes, d'autre part parce que les évolutions dans ces secteurs de soins sont très différentes à certains égards.

1. Recours aux soins dans les cabinets médicaux

Le recours aux soins actuel dans les cabinets a été déterminé sur la base du nombre de consultations (y compris les visites à domicile) enregistré dans le pool de données de SASIS SA. Pour cela, on a calculé le nombre de consultations pour 1 000 habitants, pour chaque classe d'âge et chaque sexe. L'affectation des consultations aux différentes spécialités a été réalisée en fonction du titre de médecin spécialiste du fournisseur des prestations (voir 2.3.4).

Pour les cabinets de groupe rassemblant différentes spécialités, les consultations ont été attribuées de façon proportionnelle à ces spécialités à partir des structures tarifaires utilisées dans les décomptes.

2. Recours aux soins dans les hôpitaux : secteur stationnaire

Le recours aux soins actuel dans le secteur hospitalier stationnaire a été calculé à partir du nombre de jours de soins de

la Statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'OFS. Pour cela, on a calculé le nombre d'hospitalisations pour 1 000 habitants, pour chaque classe d'âge et chaque sexe. Afin de pouvoir affecter les prestations aux différents domaines de spécialité, les prestations ont été attribuées aux groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) correspondant aux unités organisationnelles dans les hôpitaux. Ainsi, il est possible d'effectuer un rapprochement avec les activités des différents groupes de spécialistes. Trois domaines de soins ont été définis : les soins somatiques aigus, la psychiatrie et la réadaptation. La délimitation a été réalisée d'après la définition utilisée par Füglistler-Dousse & Widmer (2016). Les maisons de naissance n'ont pas été incluses. Pour les domaines de spécialité étudiés, les analyses ont été réalisées comme indiqué dans le tableau 3.2.

T 3.2 Secteur hospitalier stationnaire : affectation des prestations

Spécialité	Critères d'inclusion
Total des médecins spécialistes	Total des hospitalisations
Médecine de premier recours	Aucun calcul, étant donné que seuls les cabinets médicaux sont pris en compte
Pédiatrie	Hospitalisations de patients de 0 à 15 ans
Psychiatrie et psychothérapie	Hospitalisations dans les cliniques psychiatriques ou les services psychiatriques des hôpitaux de soins somatiques aigus
Orthopédie	Hospitalisations appartenant au GPPH « Orthopédie »

Source : graphique créé par les auteurs

© Obsan 2022

3. Recours aux soins dans les hôpitaux : secteur ambulatoire

Le recours aux soins actuel dans le secteur ambulatoire des hôpitaux n'a pas pu être calculé séparément, compte tenu des données disponibles. Il faut préciser ici que ce secteur pourra être analysé de façon plus détaillée à l'avenir, avec la nouvelle enquête Données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA).

Dans l'ensemble du secteur hospitalier, il n'est pas possible d'attribuer les EPT des médecins au secteur stationnaire ou au secteur ambulatoire. De plus, comme les données disponibles ne permettent pas de déterminer correctement le recours aux soins dans le secteur hospitalier ambulatoire, les projections reposent uniquement sur des hypothèses. Pour cela, il a fallu estimer pour chaque spécialité quelle part de leur temps d'activité les médecins consacrent au secteur ambulatoire. De plus, il a fallu émettre des hypothèses concernant l'ampleur de la croissance ou du déclin que connaîtra le secteur ambulatoire au cours des prochaines années. Ces estimations ont été réalisées sur la base des avis communiqués par les groupes d'experts.

Facteur de correction

Le facteur de correction permet de prendre en compte dans le modèle une inadéquation de l'offre existante. Ainsi, s'il existe un consensus concernant un sur-approvisionnement ou un sous-approvisionnement dans une spécialité, on peut l'inclure dans les

calculs. La décision d'intégrer ou non un facteur de correction dans les calculs a été prise en tenant compte de l'avis des groupes d'experts.

Facteurs d'influence sur le recours aux soins

Les facteurs d'influence sur l'évolution future du recours aux soins ont été rassemblés en deux groupes : dans le modèle, l'évolution démographique est prise en compte de façon individuelle. Les autres éléments, quant à eux, sont intégrés ensemble dans le modèle de simulation. Pour chaque spécialité, un scénario démographique et au moins un scénario alternatif ont été établis :

Scénario démographique :

Dans ce scénario, seule l'évolution démographique (population, structure par âge et par sexe) est prise en compte. Les résultats montrent donc comment les besoins évolueront selon la taille et la structure de la population à l'avenir. Les autres facteurs d'influence sur le recours aux soins (par ex. évolution technologique, délégation des tâches, productivité, épidémiologie) sont considérés comme constants.

Pour l'évolution démographique, on a utilisé les trois scénarios de l'OFS : « moyen (scénario de référence) », « haut » et « bas » (voir point 2.3.7). Pour des raisons de lisibilité, seuls les résultats du scénario moyen sont représentés dans la partie consacrée aux résultats.

Scénario(s) alternatif(s) :

Un ou plusieurs scénarios alternatifs ont été créés, en supposant que le recours aux soins connaîtra des changements en rapport avec la délégation des tâches, des transferts de prestations entre le stationnaire et l'ambulatoire, etc. (en plus de l'évolution démographique)

Ces scénarios alternatifs (= pourcentage d'évolution du recours aux soins jusqu'à l'horizon des projections) ont été établis en s'appuyant sur l'estimation des groupes d'experts spécialisés. Les trois domaines de soins (cabinets médicaux, secteur hospitalier stationnaire, secteur hospitalier ambulatoire) ont fait l'objet d'estimations séparées. Une fois encore, pour des raisons de lisibilité, seuls les résultats du scénario moyen de l'OFS sont représentés dans la partie consacrée aux résultats.

Besoins pour l'année $t + x$

À partir des besoins et du recours aux soins actuels, les besoins futurs dans chaque spécialité ont été extrapolés de façon linéaire, avec une distinction en fonction de l'âge et du sexe. Un calcul purement démographique et au moins un calcul fondé sur un scénario alternatif ont été réalisés.

4 Calculs pour les différents domaines de spécialité

4.1 Total des domaines de spécialité

En ce qui concerne les calculs réalisés pour tous les domaines de spécialité, il convient de noter que les scénarios et hypothèses ont été établis sans intervention des groupes d'experts. Il s'agit de calculs concernant la totalité des médecins et non d'une somme des analyses réalisées pour les différentes spécialités.

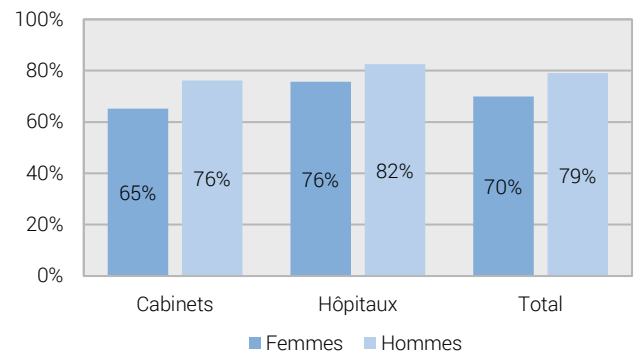
4.1.1 Effectifs actuels

En 2018, les médecins spécialistes représentaient 28 658 EPT en Suisse (G 4.1). Un peu plus de la moitié (16 465 EPT ; 57%) correspond à des cabinets médicaux, le reste (12 193 EPT ; 43%) aux hôpitaux. La part de femmes se situe entre 36% et 38%, selon les secteurs. En ce qui concerne la distribution par âge, on constate des différences importantes selon les secteurs : près de la moitié (48%) des spécialistes exerçant en cabinet sont âgés de 55 ans ou plus et atteindront donc l'âge de la retraite au cours des dix prochaines années. Dans les hôpitaux en revanche, cette proportion est nettement plus faible (29%). Dans les cabinets, on constate que 13% des médecins ont déjà atteint l'âge de la retraite.

Dans le secteur des cabinets, le taux d'occupation moyen est de 65% pour les femmes et 76% pour les hommes. Dans le secteur hospitalier, il est respectivement de 76% et 82% (G 4.2).

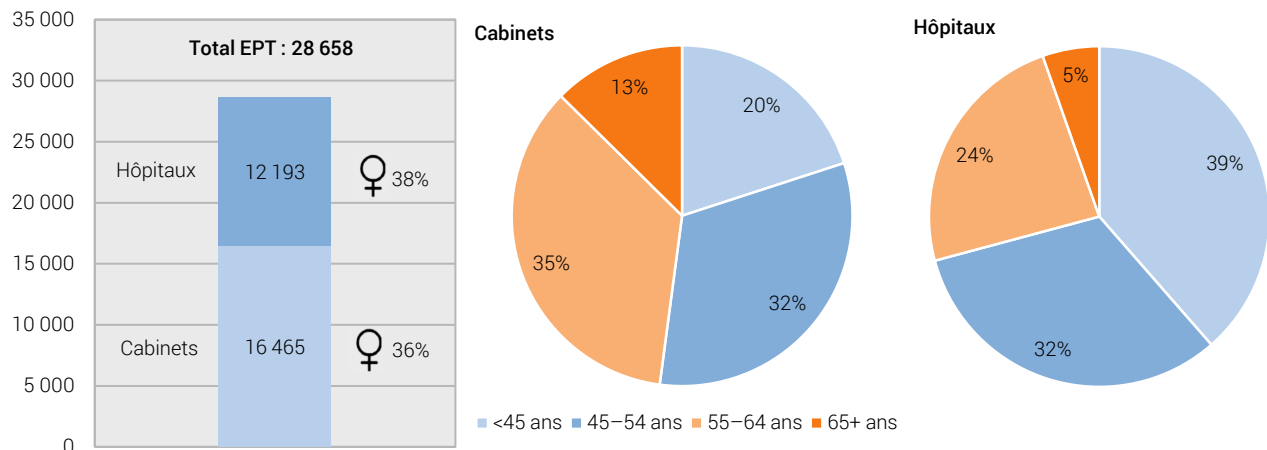
En recoupant les deux secteurs, on obtient un taux d'occupation moyen de 70% pour les femmes et 79% pour les hommes.

G 4.2 Total des domaines de spécialité : taux d'occupation, Suisse, 2018



Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale © Obsan 2022

G 4.1 Total des domaines de spécialité : effectifs en EPT, pourcentage de femmes, distribution par âge, Suisse, 2018



Les chiffres correspondent à des équivalents plein temps ; exception : la répartition des âges dans les hôpitaux est établie sur la base du nombre de médecins.

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale

© Obsan 2022

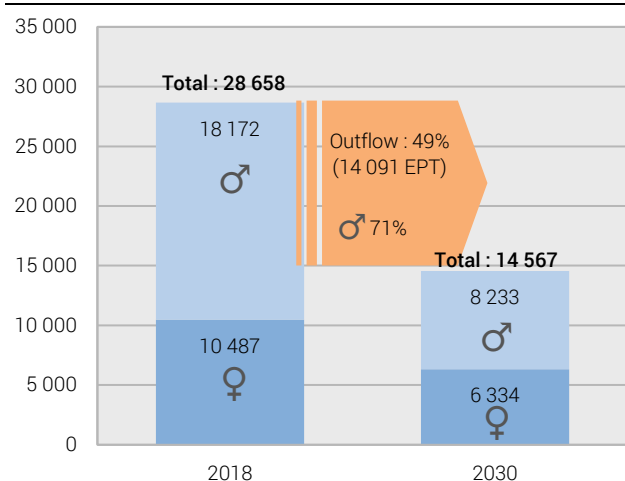
4.1.2 Outflow

Afin d'estimer combien de médecins spécialistes actuellement en activité quitteront la profession à l'avenir, on a pris en compte les départs à la retraite mais aussi les sorties précoces de la profession.

Pour calculer les *départs à la retraite*, on a déduit les EPT des médecins qui atteindront l'âge de la retraite au cours de l'une des années de projection d'ici 2030 (voir 3.2.1). Pour tenir compte du fait qu'une partie des médecins continueront de travailler même après avoir atteint l'âge officiel de la retraite, une déduction de 10% pour le secteur des cabinets médicaux et de 2% pour le secteur hospitalier a été appliquée. Afin de prendre en considération les *sorties précoces de la profession*, qui incluent les émigrations et les retours au pays, on a appliqué au nombre restant de médecins (âgés de moins de 52 ou 53 ans) une déduction de 10%.

Pour la totalité des domaines de spécialité, on obtient un outflow de 14 091 EPT (G 4.3) – soit presque la moitié (49%) des effectifs actuels. Les médecins qui quitteront la profession sont majoritairement (71% des EPT) des hommes.

G 4.3 Total des domaines de spécialité : outflow, Suisse, 2018/2030



Outflow en équivalents plein temps

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale © Obsan 2022

4.1.3 Inflow

Afin de calculer combien de médecins spécialistes arriveront dans le métier, on a pris comme base le nombre de titres de formation postgrade délivrés. Les graphiques G 4.4 et G 4.5 montrent l'évolution suivie jusqu'à présent et les scénarios définis pour le nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus, toutes spécialités confondues.

Le nombre de *titres fédéraux* a connu une augmentation plus ou moins constante jusqu'en 2015 (G 4.4). La valeur élevée

constatée en 2015 s'explique par deux raisons : tout d'abord, depuis le 30 juin 2015, tous les médecins-assistants doivent enregistrer leurs formations postgrades dans la base de données en ligne e-logbook. Les médecins qui pouvaient justifier de toutes les formations requises avant cette date ont été invités à transmettre leur titre avant le changement, pour ne pas avoir à soumettre tous les justificatifs par voie électronique. Ensuite, le délai de transition pour obtenir le titre de spécialiste en « Médecine interne générale » après avoir suivi l'ancien programme de formation postgrade « Médecine générale » a expiré fin 2015. En 2020, une valeur élevée a de nouveau été enregistrée (1 834 titres). Cette augmentation s'explique peut-être par le fait qu'en raison de la pandémie de coronavirus et de l'allègement de la charge dans une partie des services hospitaliers, un plus grand nombre de formations postgrades ont été effectuées. Cependant, cela reste encore à vérifier. Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade fédéraux décernés jusqu'en 2030 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2020 (1 560 titres) – les scénarios suivants ont été définis :

- haut : augmentation à 1 840 titres en moyenne
- moyen : augmentation à 1 720 titres en moyenne
- bas : augmentation à 1 600 titres en moyenne

Pour tenir compte du fait que les médecins qui reçoivent un titre de formation postgrade fédéral ne prodiguent pas tous des soins médicaux, une déduction de 10% a été appliquée.

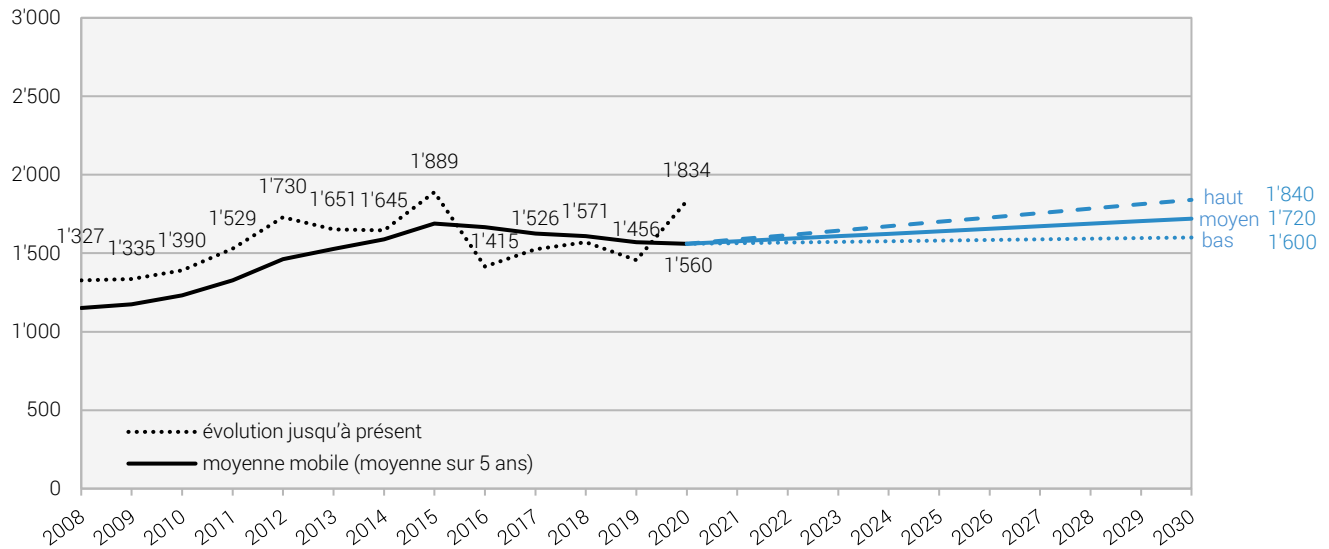
Le nombre de *titres de formation postgrade reconnus* a été en augmentation jusqu'en 2015, sauf en 2014 (G 4.5). Depuis 2015, le nombre de titres reconnus a régulièrement diminué : en 2020, on recensait 1 273 titres reconnus. Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade reconnus jusqu'en 2030 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2020 (1 426 titres) – les scénarios suivants ont été définis :

- haut : augmentation à 1 450 titres en moyenne
- moyen : baisse à 1 300 titres en moyenne
- bas : baisse à 1 150 titres en moyenne
- zéro : aucun titre de formation postgrade reconnu

Avec le scénario « zéro », il est possible, comme expliqué au chapitre 3.2.1, de simuler l'évolution des effectifs s'il n'y avait plus aucune immigration de médecins spécialistes étrangers. Ainsi, on peut mettre en évidence le nombre de médecins spécialistes que le système de formation postgrade suisse « produit » et à quel point il est – ou va devenir – dépendant de l'étranger.

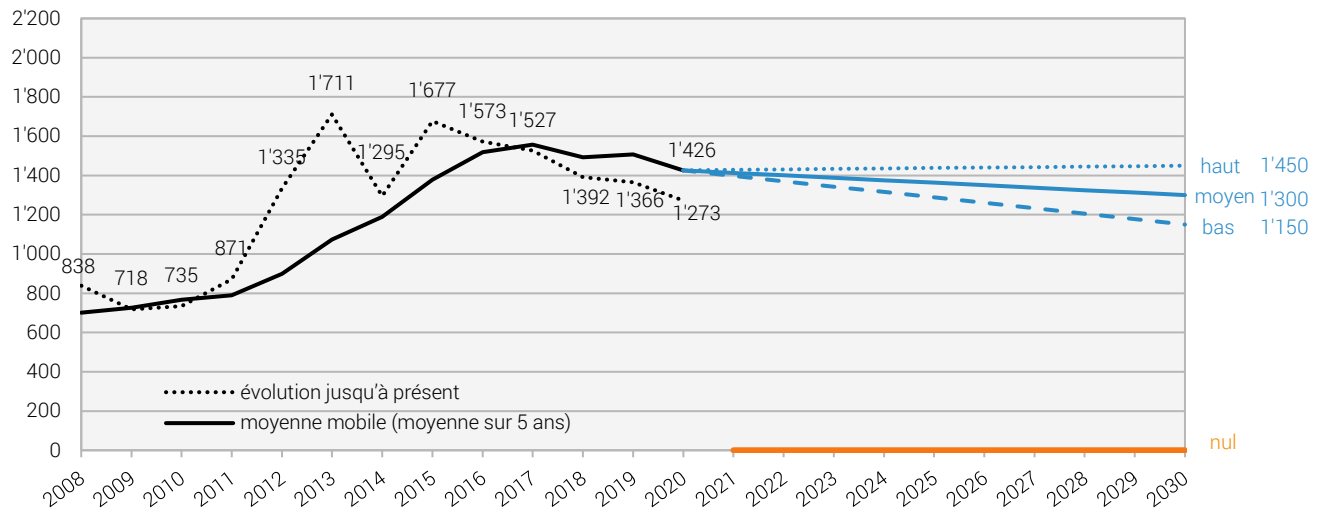
Afin de tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent la reconnaissance d'un titre de formation postgrade ne prodiguent pas tous des soins médicaux, une déduction de 15% a été appliquée.

Si l'on regroupe l'inflow estimé résultant des titres de formation postgrade fédéraux et reconnus, on constate que les titres reconnus représentent environ 43% de l'inflow en moyenne.

G 4.4 Total des domaines de spécialité : nombre de titres de formation postgrade fédéraux, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2030


Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

G 4.5 Total des domaines de spécialité : nombre de titres de formation postgrade reconnus, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2030


Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

La part de femmes dans les *titres de formation postgrade fédéraux* a augmenté constamment jusqu'en 2015. Depuis, elle se situe entre 55% et 59% (G 4.6). En 2020, la moyenne sur 5 ans était de 58%. Les projections se fondent donc sur l'hypothèse d'une augmentation linéaire jusqu'à 60% d'ici 2030.

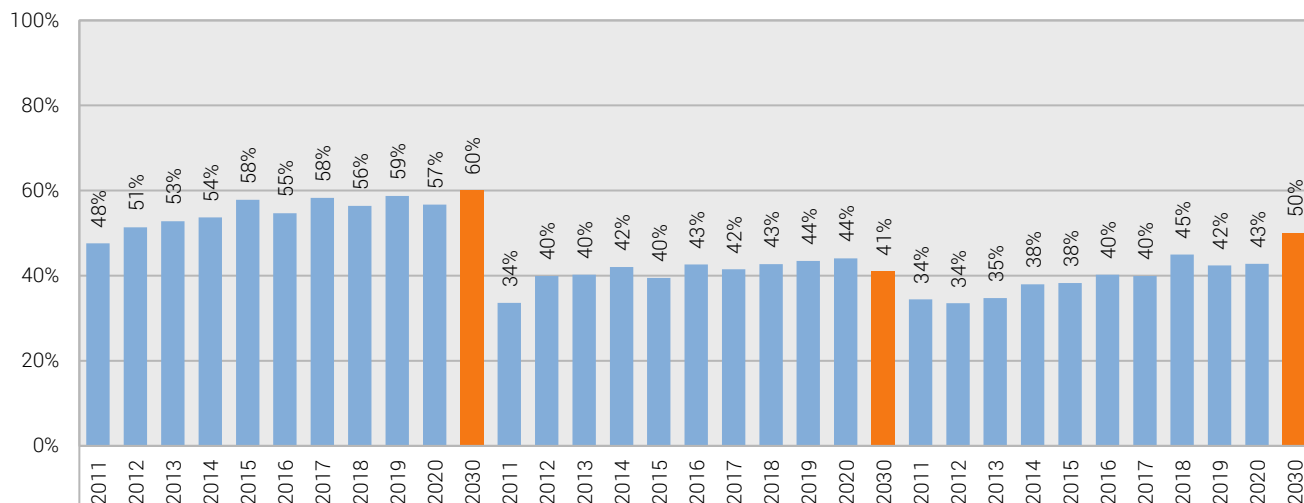
La part de médecins titulaires d'un diplôme étranger se situait à 43% en moyenne au cours des 5 dernières années (G 4.6). Pour les projections, on a fixé un pourcentage moyen de 41%.

La part de femmes parmi les médecins disposant d'un titre *reconnu* s'est établie à 42% en moyenne ces 5 dernières années (G 4.6). Pour les projections, le pourcentage moyen de femmes a

été établi à 50%, en supposant que cette proportion continuera d'augmenter dans le domaine de la médecine, y compris à l'étranger.

Afin de convertir l'inflow en EPT (voir 3.2.1), le nombre prévu d'arrivées par sexe a été déterminé à l'aide d'un taux d'occupation moyen, sur la base de deux scénarios. Le scénario constant utilise le taux moyen des deux secteurs calculé à partir des données existantes : femmes 70%, hommes 79% (G 4.2). Pour le scénario à la baisse, on a supposé que le taux d'occupation diminuera régulièrement jusqu'en 2030, de 5% pour les femmes et de 10% pour les hommes.

G 4.6 Total des domaines de spécialité : titres de formation postgrade fédéraux et reconnus – part des femmes et part de médecins titulaires d'un diplôme étranger, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2030



Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

4.1.4 Besoins actuels

Les besoins actuels sont calculés sur la base du recours aux soins actuel.

En 2018, on a enregistré 6 220 consultations en cabinet pour 1 000 habitants. En 2017, on a comptabilisé dans les hôpitaux 150 jours de soins pour 1 000 habitants.

Pour le total des domaines de spécialité, les calculs ont été réalisés en se fondant sur l'hypothèse que le recours aux soins actuel coïncide avec les besoins et que les effectifs actuels de médecins spécialistes couvrent ces besoins – en d'autres termes, qu'il n'y a pas inadéquation de l'offre. Par conséquent, aucun modèle intégrant un facteur de correction des besoins actuels n'a été établi.

Scénario alternatif

Les hypothèses suivantes sont formulées quant à l'évolution future du recours aux soins :

- Cabinets : Augmentation de +10%
- Secteur hospitalier stationnaire : Baisse de –10%
- Secteur hospitalier ambulatoire : Augmentation de +10%
- Part du secteur ambulatoire à l'hôpital (par rapport au volume de travail des médecins spécialistes) : 50%

Pour des raisons de lisibilité, seuls les résultats du scénario moyen de l'OFS sont représentés dans les graphiques. Le scénario démographique est désigné comme « moyen » et le scénario alternatif comme « moyen+ ».

4.1.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins

Les facteurs d'influence sur l'évolution future du recours aux soins ont été rassemblés en deux groupes : dans le modèle, l'évolution démographique est prise en compte de façon individuelle. Les autres éléments, quant à eux, sont intégrés ensemble dans le modèle de simulation. Pour le total des domaines de spécialité, on a établi des calculs pour le scénario démographique et pour un scénario alternatif, sur la base des hypothèses suivantes (voir 3.2.2) :

Scénario démographique

Seule l'évolution démographique est prise en compte, d'après les trois scénarios de l'OFS. Les autres facteurs d'influence sur le recours aux soins sont considérés comme constants.

4.1.6 Effectifs et besoins futurs

Dans les graphiques G 4.7 et G 4.8, les projections concernant les effectifs et les besoins sont indiquées en EPT pour le total des domaines de spécialité.

Les résultats montrent que, selon les scénarios concernant l'inflow et le taux d'occupation, les effectifs de médecins spécialistes vont augmenter jusqu'en 2030 pour passer de 28 658 EPT à entre 35 166 EPT et 39 660 EPT, ce qui correspond à une hausse de 23 à 38% (+6 508 EPT–11 002 EPT ; lignes/colonnes bleues).

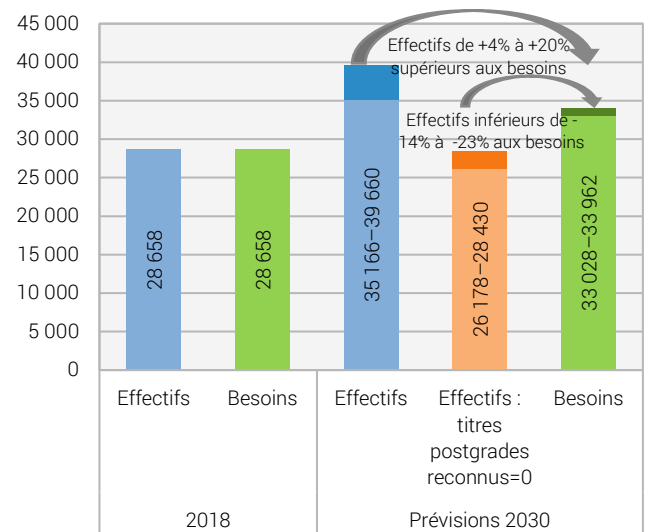
Durant la même période, dans le scénario purement démographique, on constate que les besoins devraient augmenter de 15% pour passer de 28 658 EPT à 33 028 EPT (+4 369 EPT ; lignes/colonnes vertes). Dans le scénario alternatif, qui, outre l'évolution démographique, part de l'hypothèse d'une

augmentation du recours aux soins dans le secteur ambulatoire et d'une baisse dans le secteur stationnaire, on constate une augmentation des besoins de 19%, pour atteindre 33 962 EPT (+5 304 EPT).

Selon les hypothèses retenues, les effectifs devraient couvrir les besoins, voire se situer bien au-delà (écart : effectifs 4% à 20% supérieurs aux besoins). Ce n'est cependant le cas que grâce à un niveau encore relativement élevé d'immigration de spécialistes étrangers : l'inflow estimé est constitué à environ 43% de titres de formation postgrade reconnus (voir hypothèses relatives à l'inflow au chapitre 4.1.3). Avec une immigration nulle, les effectifs futurs se situeraient 14% à 23% en-dessous des besoins (lignes/colonnes orange).

La ligne grise dans le graphique G 4.7 montre comment les effectifs évolueraient si l'immigration de médecins spécialistes était nulle et si l'inflow résultant des titres de formation postgrade fédéraux intégrait uniquement les médecins ayant réalisé leurs études de médecine en Suisse. Cette simulation permet de mettre en évidence la dépendance de la Suisse à l'égard de l'étranger, non seulement pour les médecins spécialistes, mais aussi pour l'affectation des postes de médecin-assistant.

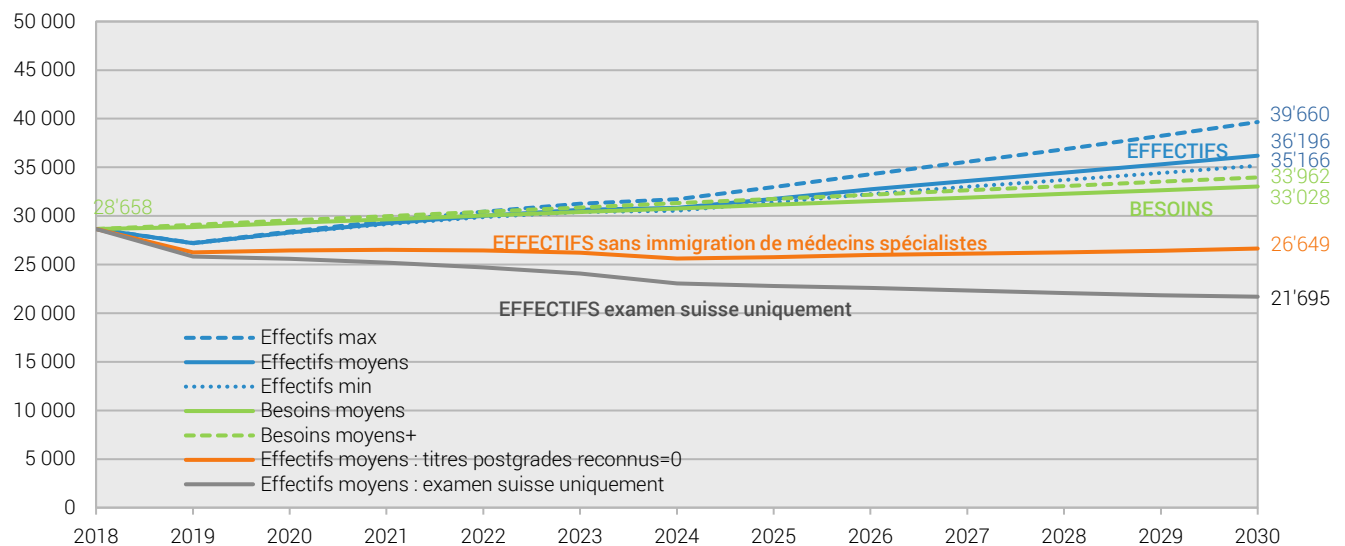
G 4.7 Total des domaines de spécialité : prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2030



« Effectifs : titres de formation postgrade reconnus=0 » : effectifs futurs si aucun médecin spécialiste étranger ne vient plus exercer en Suisse (hypothèse : titres de formation postgrade reconnus = 0)

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; OFSP – MedReg ; FMH – Statistique médicale ; OFS – MS, STATPOP et scénarios de l'évolution démographique ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan
© Obsan 2022

G 4.8 Total des domaines de spécialité : prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2018–2030



Effectifs : résultat le plus bas, moyen et le plus haut, en fonction du scénario choisi pour l'inflow (nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus) et pour le taux d'occupation.

Besoins : « moyen » : scénario d'évolution démographique moyen / « moyen+ » : scénario d'évolution démographique moyen avec scénario alternatif : cabinets et secteur hospitalier ambulatoire +10%, secteur hospitalier stationnaire -10%

Pour des raisons de lisibilité, seule une partie des résultats possibles est représentée.

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale ; OFSP – MedReg ; OFS – MS et STATPOP ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan
© Obsan 2022

4.2 Médecine de premier recours

4.2.1 Effectifs actuels

En 2018, on comptait en Suisse 6262 EPT pour les médecins de premier recours (G 4.9). Il s'agit en grande partie (84%; 5 242 EPT) de spécialistes en médecine interne générale (MIG); les médecins praticiens représentent quant à eux 16% (1 020 EPT) de ces effectifs. Il convient de noter que pour la médecine de premier recours, seuls les médecins exerçant en cabinet sont pris en compte.

Parmi les médecins de premier recours possédant un titre en MIG, un tiers sont des femmes (32%). Parmi les médecins praticiens, cette part est un peu plus élevée et se situe à 42%.

Près de la moitié (49%) des médecins de premier recours exerçant en cabinet ont 55 ans ou plus et atteindront donc l'âge de la retraite au cours des dix prochaines années. Force est de constater que 14% de ces médecins ont déjà atteint l'âge de la retraite ou un âge plus avancé. Les médecins praticiens sont un peu plus jeunes (55 ans et plus : 45%; MIG : 50%).

Parmi les médecins de premier recours possédant un titre de MIG, le taux d'occupation moyen calculé est de 64% pour les femmes et 81% pour les hommes. Chez les médecins praticiens, ce taux s'établit à 67% pour les femmes et 76% pour les hommes.

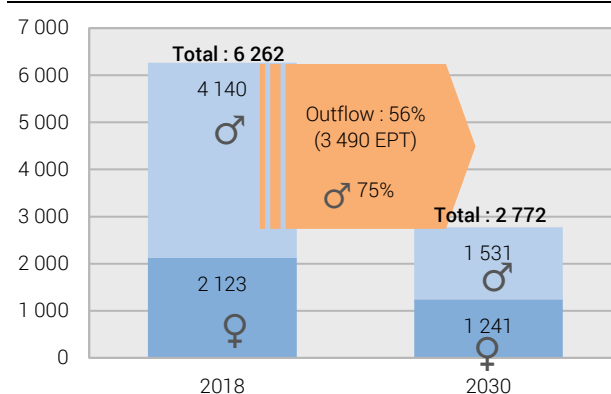
4.2.2 Outflow

Afin d'estimer combien de médecins de premier recours actuellement en activité quitteront la profession à l'avenir, on a pris en compte les départs à la retraite mais aussi les sorties précoces de la profession.

Pour calculer les *départs à la retraite*, on a déduit les EPT des médecins qui atteindront l'âge de la retraite au cours de l'une des années de projection d'ici 2030 (voir 3.2.1.). Compte tenu du fait qu'une partie des médecins continue de travailler après avoir atteint l'âge officiel de la retraite, on a appliqué une déduction de 10% au nombre de départs à la retraite. Afin de prendre en considération les *sorties précoces de la profession*, qui incluent les émigrations et les retours au pays, on a appliqué au nombre restant de médecins (âgés de moins de 52 ou 53 ans) une déduction de 7%.

Pour la médecine de premier recours, on obtient un outflow de 3490 EPT (G 4.10) – soit plus de la moitié (56%) des effectifs actuels. Les médecins qui quitteront la profession sont aux trois-quarts (75% des EPT) des hommes.

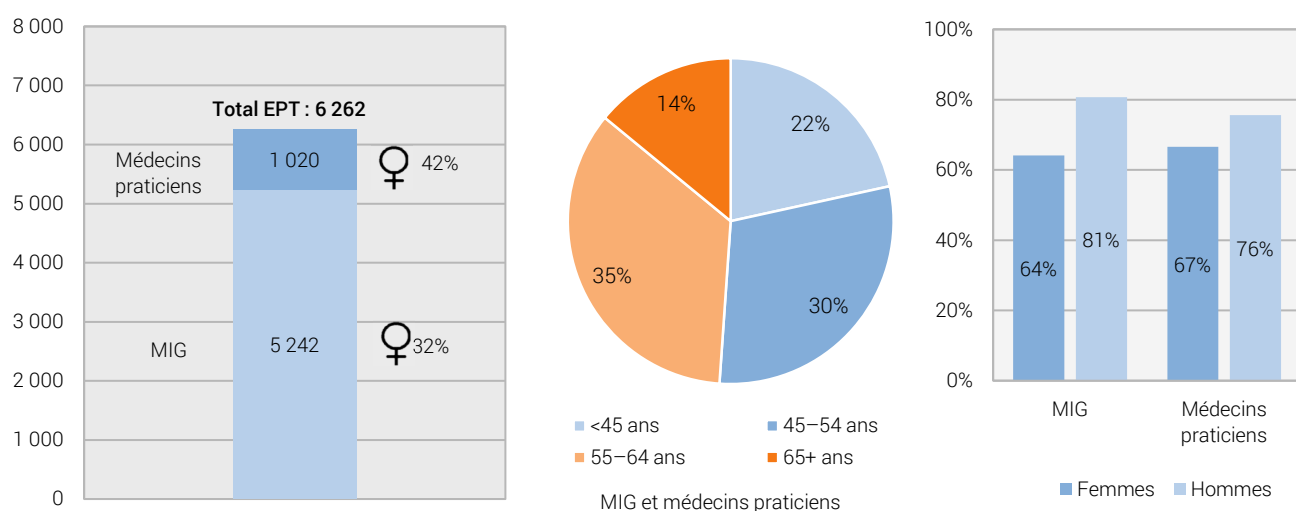
G 4.10 Médecine de premier recours : outflow, Suisse, 2018/2030



Outflow en équivalents plein temps

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée
© Obsan 2022

G 4.9 Médecine de premier recours : effectifs en EPT, pourcentage de femmes, distribution par âge et taux d'occupation, Suisse, 2018



Les chiffres sont basés sur des équivalents plein temps

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée

© Obsan 2022

4.2.3 Inflow

Le calcul du nombre de médecins spécialistes qui arriveront dans le métier est basé sur le nombre de titres de formation postgrade délivrés. Les graphiques G 4.11 et G 4.12 montrent l'évolution suivie jusqu'à présent et les scénarios définis pour le nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus (MIG et médecins praticiens).

Il convient de noter que parmi les titres fédéraux, seul celui de MIG est pris en compte, en partant du principe que les médecins qui obtiennent le titre fédéral de « médecin praticien » n'exercent généralement pas en médecine de premier recours mais se servent de ce titre en tant que passerelle. Cela a été confirmé par le groupe d'experts.

Le nombre de *titres fédéraux* en MIG a augmenté de façon plus ou moins régulière jusqu'en 2015 (G 4.11). La valeur élevée constatée en 2015 s'explique à deux titres : tout d'abord, depuis le 30 juin 2015, tous les médecins-assistants doivent enregistrer leurs formations postgrades dans la base de données en ligne e-logbook. Les médecins qui pouvaient justifier de toutes les formations requises avant cette date ont été invités à transmettre leur titre avant le changement, pour ne pas avoir à soumettre tous les justificatifs par voie électronique. Ensuite, le délai de transition pour obtenir le titre de spécialiste en « Médecine interne générale » après avoir suivi l'ancien programme de formation postgrade « Médecine générale » a expiré fin 2015. Les années suivantes, le nombre de titres s'est situé nettement en-dessous de 500. En 2020 toutefois, une valeur élevée a de nouveau été enregistrée (586 titres). Cette hausse s'explique peut-être par les mesures d'encouragement de la médecine de premier recours. Peut-être aussi qu'en raison de la pandémie de coronavirus et de l'allègement de la charge dans une partie des services

hospitaliers, un plus grand nombre de formations postgrades ont été effectuées. Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade fédéraux en MIG décernés jusqu'en 2030 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2020 (439 titres) – les scénarios suivants ont été définis :

- haut : augmentation à 570 titres en moyenne
- moyen : augmentation à 520 titres en moyenne
- bas : augmentation à 470 titres en moyenne

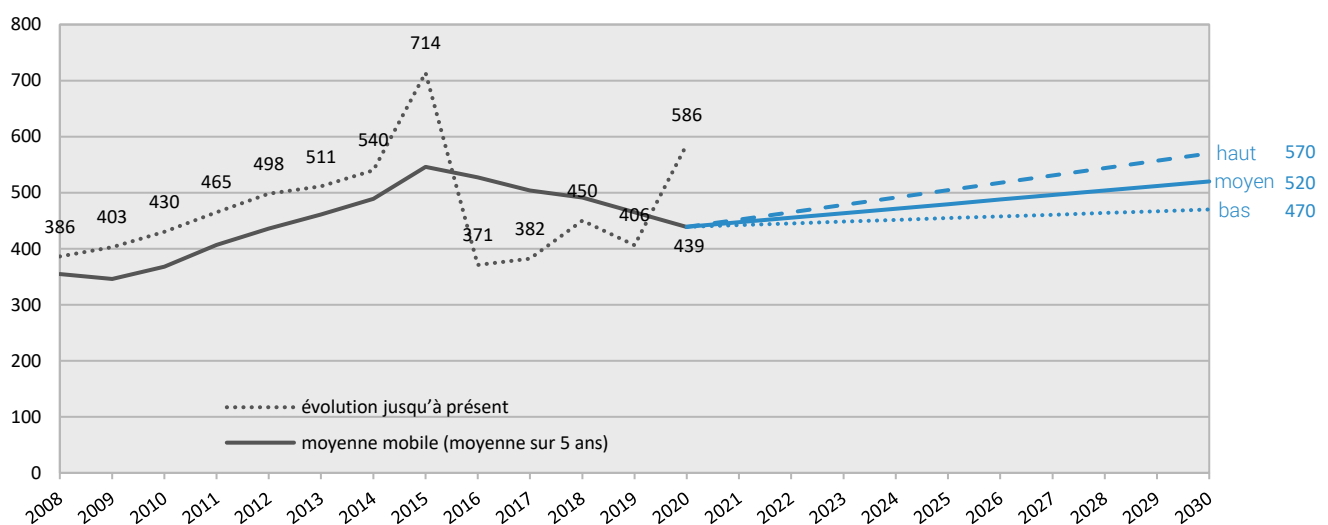
La définition de ces scénarios à la hausse se fonde sur l'hypothèse que le nombre de titres de formation postgrade fédéraux va augmenter de manière générale et que les jeunes médecins se dirigeront davantage vers les soins de base. Une évolution qui sera certainement encouragée aussi par l'augmentation du nombre de places d'assistantat en cabinet.

Déduction de l'inflow associé aux titres de formation postgrade fédéraux :

Dans le domaine de la MIG, il faut cependant tenir compte du fait qu'une part non négligeable des médecins obtenant un titre en MIG ne se dirigent toujours pas vers la médecine de premier recours : certains partent travailler à l'hôpital, d'autres poursuivent par une formation dans une autre spécialité. Afin de réaliser les calculs, deux scénarios ont été définis pour la médecine de premier recours :

- Scénario 1 : Déduction de 30% (70% des médecins obtenant un titre en MIG décident de pratiquer la médecine de premier recours)
- Scénario 2 : Déduction de 15% (85% des médecins obtenant un titre en MIG décident de pratiquer la médecine de premier recours)

G 4.11 Médecine de premier recours : nombre de titres de formation postgrade fédéraux, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2030



Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

Il est important de noter que, dans les premiers calculs réalisés à titre d'exemple en 2018, cette déduction était nettement plus importante, avec 75% (Burla & Widmer, 2018). Cela démontre le niveau élevé d'incertitude lié à ce paramètre. Il faudra examiner dans quelle mesure ce paramètre du modèle peut être défini de façon plus précise à l'avenir.

Le graphique G 4.12 montre le nombre de *titres de formation postgrade reconnus* en MIG, ainsi que de titres de médecin praticien.

Le nombre de titres reconnus a augmenté entre 2002 et 2015 environ, avec notamment une forte augmentation du nombre de titres de médecin praticien. En 2019 et 2020 en revanche, ces chiffres ont connu un net recul. L'augmentation a été moins forte en MIG. Depuis 2016, le nombre de titres y est en stagnation voire en baisse (140 titres en 2020).

Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade reconnus jusqu'en 2030 – sur la base des moyennes mobiles de l'année 2020 (MIG : 140 titres, médecin praticien : 249 titres) – les scénarios suivants ont été définis :

MIG :

- haut : stagnation à 140 titres en moyenne
- moyen : baisse à 125 titres en moyenne
- bas : baisse à 110 titres en moyenne
- zéro : aucun titre de formation postgrade reconnu

Médecin praticien :

- haut : augmentation à 260 titres en moyenne
- moyen : baisse à 230 titres en moyenne

- bas : baisse à 200 titres en moyenne
- zéro : aucun titre de formation postgrade reconnu

Avec les scénarios « zéro », il est possible, comme expliqué au chapitre 3.2.1, de simuler comment les effectifs évolueraient s'il n'y avait plus aucune immigration de médecins de premier recours étrangers. Ainsi, on peut mettre en évidence le nombre de médecins spécialistes que le système de formation postgrade suisse « produit » et à quel point il est – ou va devenir – dépendant de l'étranger.

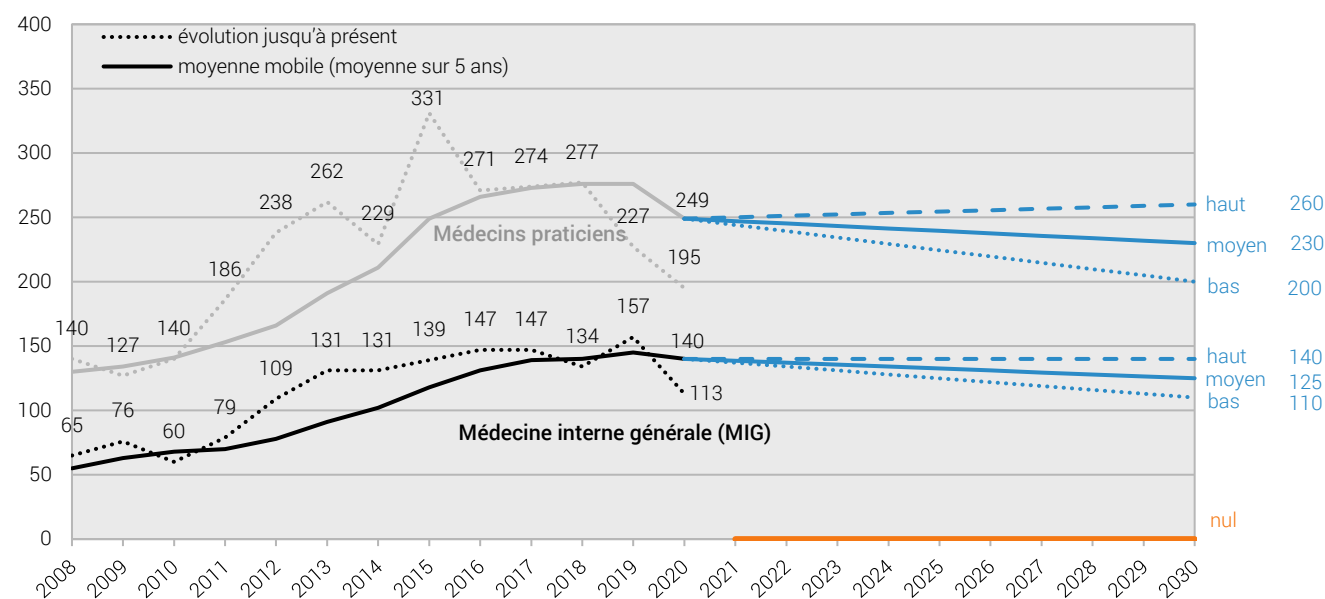
Déduction de l'inflow associé aux titres de formation postgrade reconnus :

Afin de tenir compte du fait que tous les médecins qui obtiennent la reconnaissance d'un titre en MIG ou d'un titre de médecin praticien n'exerceront pas en médecine de premier recours, les déductions suivantes ont été appliquées :

- MIG : déduction de 50%, en supposant que de nombreux médecins étrangers titulaires d'un titre en MIG exerceront dans le secteur hospitalier.
- Médecin praticien : déduction de 10%

Si l'on regroupe l'inflow estimé résultant des titres de formation postgrade fédéraux et reconnus, on constate que les titres reconnus représentent environ 40% de l'inflow en moyenne.

G 4.12 Médecine de premier recours : nombre de titres de formation postgrade reconnus par type de titre, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2030



Source : OFSP – MedReg

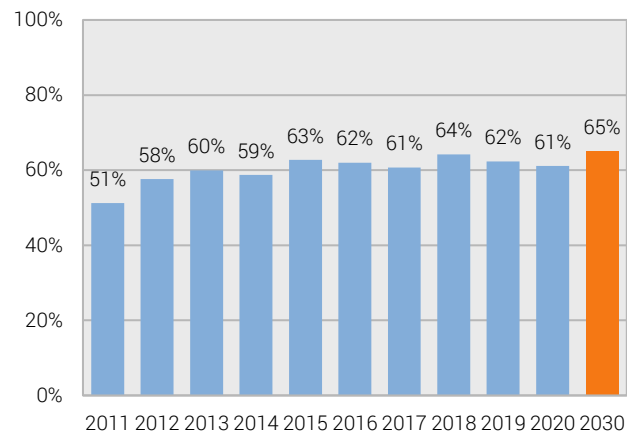
© Obsan 2022

Parmi les titres de formation postgrade fédéraux en MIG (le titre de médecin praticien n'est pas pris en compte, comme expliqué au début du chapitre 4.2.3), 62% en moyenne ont été décernés à des femmes ces 5 dernières années (G 4.13 ci-dessous). Pour les projections, on a pris pour base une légère augmentation linéaire jusqu'à 65% en 2030.

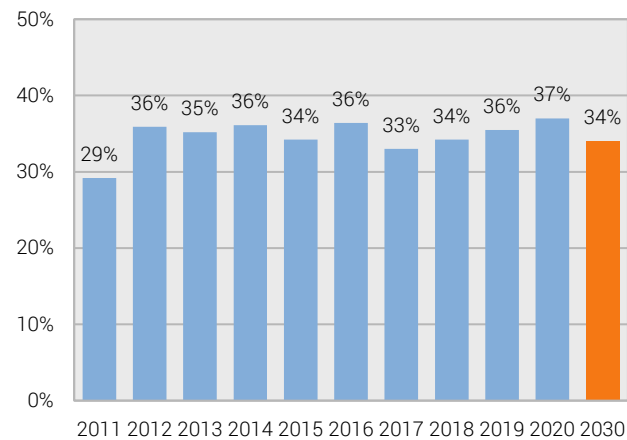
La part de médecins titulaires d'un diplôme étranger se situait à 35% en moyenne au cours des 5 dernières années (G 4.13 ci-dessous). Pour les projections, on a retenu un pourcentage moyen de 34%.

G 4.13 Médecine de premier recours : titres de formation postgrade fédéraux en MIG – part de femmes et part de médecins titulaires d'un diplôme étranger, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2030

Part de femmes



Part de médecins titulaires d'un diplôme étranger



Source : OFSP – MedReg

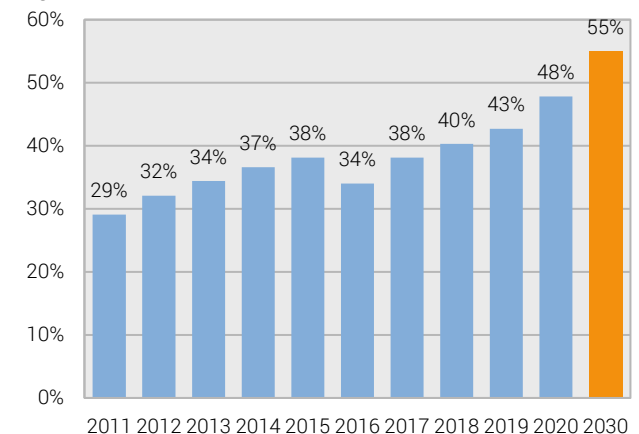
© Obsan 2022

La part de femmes parmi les médecins disposant d'un *titre reconnu* s'est établie à 41% en moyenne au cours des 5 dernières années en MIG et à 43% parmi les médecins praticiens (G 4.14). En MIG, ce pourcentage augmente depuis plusieurs années. Pour les projections, on a défini un pourcentage moyen de 55% de femmes pour les deux types de titres.

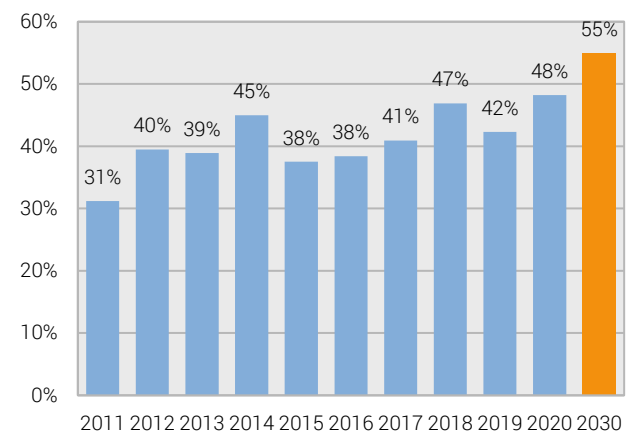
Afin de convertir l'inflow en EPT (voir 3.2.1), le nombre prévu d'arrivées par sexe a été déterminé à l'aide d'un taux d'occupation moyen, sur la base de deux scénarios. Le scénario constant utilise le taux moyen calculé à partir des données existantes : femmes 64%, hommes 81% (MIG) ou femmes 67%, hommes 76% (médecins praticiens) (voir G 4.9). Pour le scénario à la baisse, on a supposé que le taux d'occupation des médecins de sexe masculin baissera régulièrement de 5% dans les deux groupes de médecins jusqu'en 2030, tandis qu'il restera constant chez les médecins de sexe féminin.

G 4.14 Médecine de premier recours : titres de formation postgrade reconnus – part de femmes, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2030

MIG



Médecin praticien



Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

4.2.4 Besoins actuels

Les besoins actuels sont calculés sur la base du recours aux soins actuel.

En 2018, on a enregistré 2 439 consultations en cabinets de médecine de premier recours pour 1 000 habitants.

Deux modèles ont été calculés pour la médecine de premier recours :

1. Un « modèle de référence », dans lequel aucune correction n'a été apportée aux besoins actuels. Les calculs ont donc été réalisés dans l'hypothèse que le recours aux soins actuel est adéquat et que les effectifs actuels de médecins spécialistes couvrent ces besoins – en d'autres termes, qu'il n'y a pas inadéquation de l'offre.
2. Un modèle « Sous-approvisionnement » suppose quant à lui que l'offre actuelle est inadéquate dans le domaine de la médecine de premier recours. Selon diverses études, de nombreux cabinets de médecine de premier recours ont décidé d'un arrêt partiel voire total des admissions de nouveaux patients (Pahud, 2019 ; Stierli et al., 2021 ; Gloor & Chiolerio, 2019 ; voir aussi la discussion exposée à la fin du chapitre 4.2.6). D'après le groupe d'experts, le fait que de nombreux médecins de premier recours âgés aient des difficultés à trouver un successeur et continuent de travailler après l'âge de la retraite est aussi révélateur d'une situation de sous-approvisionnement.

Pour les calculs, on a pris en compte un facteur de correction de +20%.

4.2.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins

Les facteurs d'influence sur l'évolution future du recours aux soins ont été rassemblés en deux groupes : l'évolution démographique est prise en compte dans le modèle de façon individuelle. Les autres éléments sont intégrés ensemble dans le modèle de simulation (voir 3.2.2). Pour la médecine de premier recours, on a établi des calculs pour le scénario démographique et deux scénarios alternatifs, sur la base des hypothèses suivantes :

Scénario démographique :

Seule l'évolution démographique est prise en compte, d'après les trois scénarios de l'OFS. Les autres facteurs d'influence sur le recours aux soins sont considérés comme constants.

Scénario alternatif 1 : +10%

Pour le scénario alternatif 1, on a supposé – sans tenir compte de l'évolution démographique – que les besoins augmenteront de 10% d'ici 2030.

Cette hypothèse se fonde sur l'idée que la multimorbidité augmentera, que la productivité baissera (les médecins auront besoin de plus de temps qu'avant pour leurs consultations ou

pour certaines prestations) et que les tâches administratives prendront de l'importance.

Scénario alternatif 2 « Changement de système » : -20%

Pour le scénario alternatif 2, on a supposé – sans tenir compte de l'évolution démographique – que les besoins vont baisser de 20% d'ici 2030. Ces calculs ont été réalisés afin de montrer ce que cela impliquerait si d'autres groupes professionnels (par ex. assistants-médicaux, personnel soignant) reprenaient davantage de prestations des médecins de premier recours.

Pour des raisons de lisibilité, seuls les résultats du scénario moyen de l'OFS sont représentés dans les graphiques.

4.2.6 Effectifs et besoins futurs

Dans les graphiques G 4.15 à G 4.19, les projections concernant les effectifs et les besoins sont indiquées en EPT pour la médecine de premier recours. Sur la base des différents scénarios/hypothèses concernant

- l'inflow (combien de médecins obtenant un titre fédéral en MIG décident d'exercer en médecine de premier recours ? voir 4.2.3) ;
- les besoins (trois scénarios différents ; voir 4.2.5) et
- le facteur de correction pour les besoins actuels (voir 4.2.4)

une multitude de combinaisons possibles est obtenue. Afin de représenter les résultats, on a donc opéré une sélection pour illustrer les conséquences des différentes hypothèses. Quatre calculs (appelés modèles) sont décrits en détail ci-dessous, avec leurs hypothèses. Le tableau 4.1 indique les scénarios et hypothèses associés à chaque modèle. Le modèle de référence sert de modèle de comparaison. Dans les trois calculs successifs, un ou deux paramètres sont modifiés à chaque étape. Ceux-ci figurent en bleu dans le tableau T 4.1.

Une description plus détaillée des résultats des calculs figure ci-dessous, suivie d'une brève discussion à leur sujet.

T 4.1 Médecine de premier recours : calculs présentés et hypothèses correspondantes

Modèle	Paramètre	Description	Scénarios/hypothèses retenus
Modèle de référence (= modèle de comparaison)	Inflow	Pourcentage de médecins qui obtiennent un titre fédéral en MIG et qui exercent en médecine de premier recours	Scénario 1 : 70% (déduction des titres de formation postgrade fédéraux en MIG : -30%)
	Facteur de correction des besoins	Correction des besoins actuels afin de tenir compte d'une inadéquation de l'offre existante	Facteur de correction = 0
	Facteurs d'influence sur les besoins	Scénarios utilisés en ce qui concerne l'évolution future des besoins	1. Scénario démographique (moyen) 2. Scénario alternatif 1 : +10% (moyen+)
Modèle « Sous-approvisionnement I »	Inflow	Pourcentage de médecins qui obtiennent un titre fédéral en MIG et qui exercent en médecine de premier recours	Scénario 1 : 70% (déduction des titres de formation postgrade fédéraux en MIG : -30%)
	Facteur de correction des besoins	Correction des besoins actuels afin de tenir compte d'une inadéquation de l'offre existante	Facteur de correction = +20% Hypothèse d'un sous-approvisionnement actuel
	Facteurs d'influence sur les besoins	Scénarios utilisés en ce qui concerne l'évolution future des besoins	1. Scénario démographique (moyen) 2. Scénario alternatif 1 : +10% (moyen+)
Modèle « Sous-approvisionnement II »	Inflow	Pourcentage de médecins qui obtiennent un titre fédéral en MIG et qui exercent en médecine de premier recours	Scénario 2 : 85% (déduction des titres de formation postgrade fédéraux en MIG : -15%)
	Facteur de correction des besoins	Correction des besoins actuels afin de tenir compte d'une inadéquation de l'offre existante	Facteur de correction = +20% Hypothèse d'un sous-approvisionnement actuel
	Facteurs d'influence sur les besoins	Scénarios utilisés en ce qui concerne l'évolution future des besoins	1. Scénario démographique (moyen) 2. Scénario alternatif 1 : +10% (moyen+)
Modèle « Changement de système »	Inflow	Pourcentage de médecins qui obtiennent un titre fédéral en MIG et qui exercent en médecine de premier recours	Scénario 1 : 70% (déduction des titres de formation postgrade fédéraux en MIG : -30%)
	Facteur de correction des besoins	Correction des besoins actuels afin de tenir compte d'une inadéquation de l'offre existante	Facteur de correction = 0
	Facteurs d'influence sur les besoins	Scénarios utilisés en ce qui concerne l'évolution future des besoins	1. Scénario démographique (moyen) 2. Scénario alternatif 2 : -20% (moyen-)

Source: tableau créé par les auteurs

© Obsan 2022

Modèle de référence = modèle de comparaison

- Hypothèse de base : pas d'inadéquation de l'offre existante
- Hypothèse concernant l'inflow : 70% des médecins qui obtiennent un titre de MIG fédéral décident d'exercer en médecine de premier recours
- Scénarios concernant les besoins : scénario démographique et scénario alternatif basé sur l'hypothèse d'une augmentation de 10%

Le graphique G 4.15 ci-contre montre les résultats du modèle de référence, qui part du principe que les effectifs actuels correspondent aux besoins (pas d'inadéquation de l'offre). Pour l'inflow, on utilise le scénario 1, qui suppose que 70% des médecins qui obtiennent un titre de formation postgrade fédéral en MIG décident d'exercer en médecine de premier recours. Les

besoins sont calculés avec le scénario démographique ainsi qu'avec le scénario alternatif 1 (+10%).

En s'appuyant sur ces hypothèses et selon les scénarios concernant l'inflow et le taux d'occupation, les effectifs de médecins de premier recours vont augmenter jusqu'en 2030 pour passer de 6 262 EPT à entre 7 766 EPT et 8 548 EPT, ce qui correspond à une hausse de 24 à 37% (+1 504 EPT – 2 286 EPT ; colonnes bleues). Durant la même période, dans le scénario purement démographique, on constate que les besoins devraient augmenter de 17% pour passer de 6 262 EPT à 7 323 EPT (+1 061 EPT ; colonnes vertes). Avec le scénario alternatif 1, les besoins augmenteraient de 23% pour atteindre 7 720 EPT (+1 458 EPT).

D'après ces calculs, en 2030 les effectifs se situeraient donc au minimum -1% en-dessous des besoins et au maximum +17% au-dessus. Ainsi, les effectifs se situeraient très légèrement en-deçà des besoins ou permettraient de les couvrir avec un peu de

marge. Ce n'est cependant le cas que grâce à un niveau d'immigration de spécialistes étrangers encore relativement élevé, quoiqu'en baisse : avec une immigration nulle, les effectifs futurs se situeraient 19% à 29% en-dessous des besoins (colonnes orange).

Dans le modèle « Sous-approvisionnement », les effectifs futurs ne couvrent pas les besoins : selon les scénarios, ils se situent entre 3% et 16% en-dessous des besoins. Si l'on établit des calculs pour ce modèle en se basant sur un scénario dans lequel l'immigration de spécialistes étrangers est nulle, on constate que les effectifs seraient même 33 à 41% inférieurs aux besoins.

Modèle « Sous-approvisionnement I »

En quoi les résultats du modèle de référence changent-ils si l'on part du principe que les besoins actuels sont sous-estimés (hypothèse : pénurie actuelle de 20 %) ?

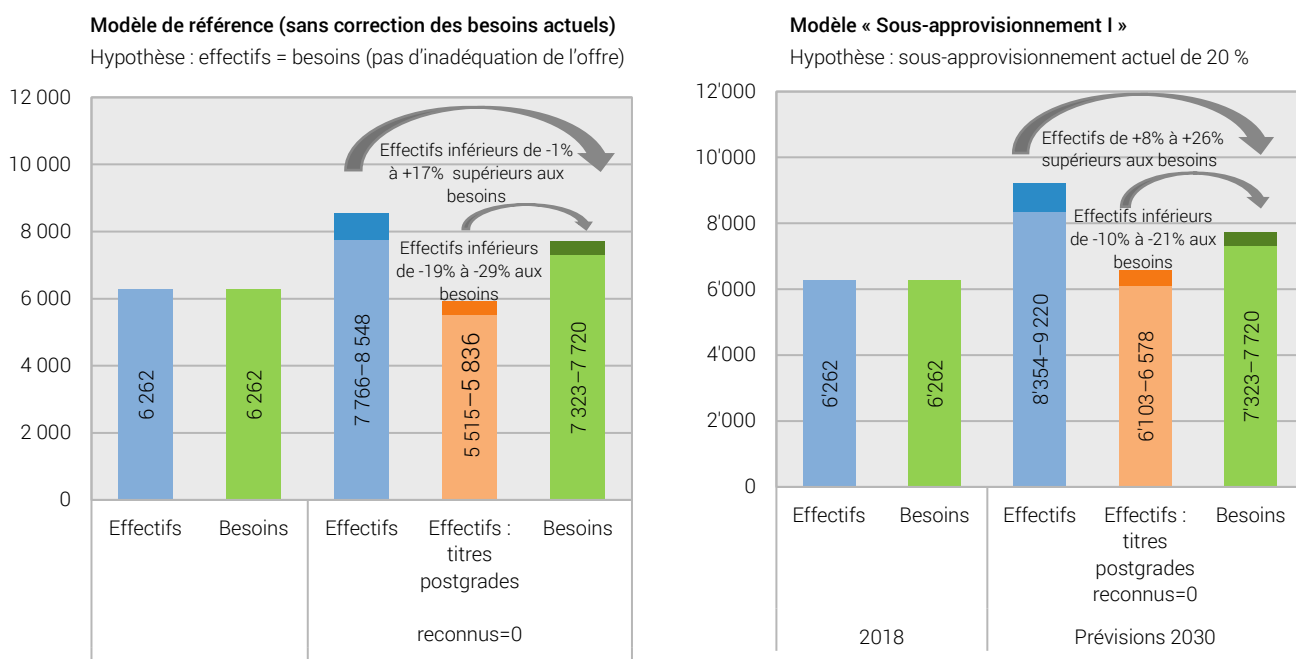
Dans le G 4.15 ci-contre, on peut voir les résultats du modèle « Pénurie I », qui montre comment les résultats du modèle de référence évolueraient si l'on supposait qu'il existe actuellement

un sous-approvisionnement de 20 % en médecine de premier recours.

Si l'on tient compte d'une pénurie hypothétique de 20 %, les besoins actuels se situent à 7514 EPT. Dans ce modèle, les besoins augmenteraient donc à 8787 EPT (scénario démographique) voire 9264 EPT (scénario alternatif 1) d'ici 2030. Les résultats concernant les effectifs sont identiques à ceux du modèle de référence.

Dans le modèle « Pénurie », les effectifs futurs ne couvrent pas les besoins : selon les scénarios, ils se situent entre 3 % et 16 % en-dessous des besoins. Si l'on établit des calculs pour ce modèle en se basant sur un scénario dans lequel l'immigration de spécialistes étrangers est nulle, on constate que les effectifs seraient même 33 à 41 % inférieurs aux besoins.

G 4.15 Médecine de premier recours : prévisions du modèle de référence et du modèle « Sous-approvisionnement », Suisse, 2030



Scénario alternatif concernant les besoins : augmentation de 10 % jusqu'en 2030

Outflow pour les titres de formation postgrade fédéraux = 30 % : 70 % des médecins qui obtiennent un titre de formation postgrade fédéral en MIG décident d'exercer en médecine de premier recours.

« Effectifs : titres de formation postgrade reconnus=0 » : effectifs futurs si aucun médecin de premier recours étranger ne vient plus exercer en Suisse (hypothèse : titres de formation postgrade reconnus = 0)

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; OFSP – MedReg ; OFS – STATPOP et scénarios de l'évolution démographique ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2022

Modèle « Sous-approvisionnement II »

Quelle est la variation par rapport au modèle de référence si l'on suppose, comme dans le modèle « Sous-approvisionnement I », qu'il existe actuellement un sous-approvisionnement de 20% de médecins de premiers recours, mais que 85% (au lieu de 70%) des médecins qui obtiennent un titre fédéral en MIG décident d'exercer en médecine de premier recours?

À partir du modèle « Sous-approvisionnement I », le graphique G 4.16 montre ce qui changerait si, à la place des 70%, 85% des médecins obtenant un titre de formation postgrade fédéral en MIG décidaient d'exercer en médecine de premier recours.

Selon ces calculs, les effectifs passeraient de 6 262 EPT à entre 8 354 EPT et 9 220 EPT, ce qui correspond à une hausse de 33 à 47% (+2 092 EPT – 2 958 EPT). À titre de comparaison, dans le modèle de référence, l'augmentation se situe entre 24% et 37%. Les résultats concernant les besoins sont identiques à ceux du modèle « Sous-approvisionnement I ».

Les effectifs se situeraient ainsi entre -10% et +5% par rapport aux besoins et les couvriraient de justesse ou avec un léger manque. Si l'on réalise des calculs pour la variante avec une immigration nulle de médecins de premier recours étrangers, on constate une fois encore que les besoins ne seraient pas couverts. Par rapport au modèle « Sous-approvisionnement I », l'écart est toutefois un peu moins important : les effectifs se situeraient 25 à 34% en-dessous des besoins.

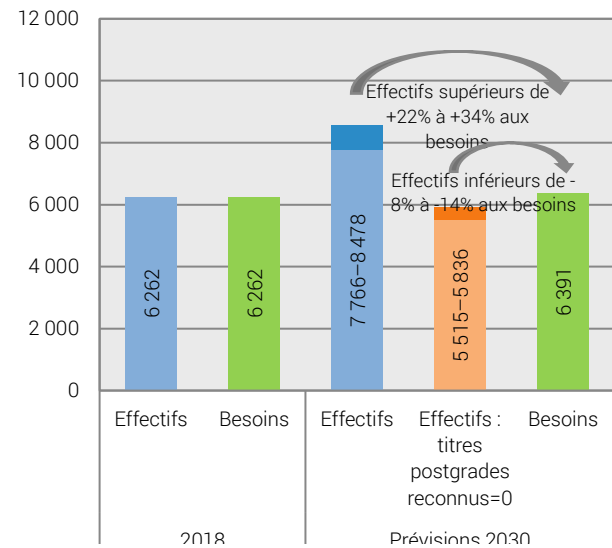
Modèle « Changement de système »

Quelle est la variation par rapport au modèle de référence si l'on modifiait les besoins dans le scénario alternatif et si, au lieu d'une augmentation de 10%, on supposait une baisse de 20% (en raison notamment de la délégation de tâches) ?

Le G 4.17 présente les résultats du modèle « Changement de système », qui utilise le scénario alternatif 2 pour calculer les besoins : au lieu de s'appuyer sur l'hypothèse d'une augmentation des besoins, ce scénario simule un changement de système qui entraîne une baisse de 20% jusqu'en 2030 – et ce, principalement grâce à la délégation de prestations à d'autres groupes professionnels (délégation des tâches). Les autres hypothèses sont les mêmes que dans le modèle de référence. On ne considère donc pas qu'il existe un sous-approvisionnement.

G 4.16 Médecine de premier recours : prévisions du modèle « Sous-approvisionnement II », Suisse, 2030

Hypothèse : sous-approvisionnement actuel de 20%



Scénario alternatif concernant les besoins : augmentation de 10% jusqu'en 2030

Outflow pour les titres de formation postgrade fédéraux = 15% : 85% des médecins qui obtiennent un titre de formation postgrade fédéral en MIG décident d'exercer en médecine de premier recours

« Effectifs : titres de formation postgrade reconnus=0 » : effectifs futurs si aucun médecin de premier recours étranger ne vient plus exercer en Suisse (hypothèse : titres de formation postgrade reconnus = 0)

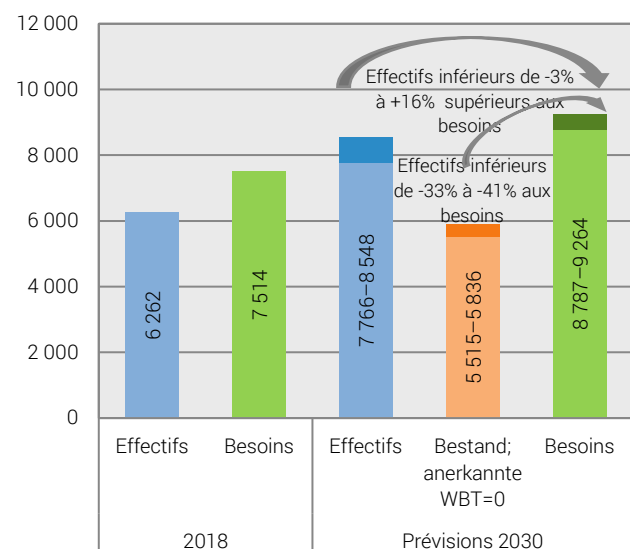
Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; OFSP – MedReg ; OFS – STATPOP et scénarios de l'évolution démographique ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2022

Selon ces calculs, les besoins n'augmentent que très légèrement, de 2%, pour passer de 6 262 EPT à 6 391 EPT (+129 EPT). Les effectifs seraient donc nettement supérieurs aux besoins, de l'ordre de 18 à 33%. Cependant, malgré leur baisse, les besoins ne seraient couverts que grâce à l'immigration de médecins de premier recours étrangers, comme le montrent les colonnes orange : avec une immigration nulle, les effectifs se situeraient 9 à 16% en-dessous des besoins. Dans ce modèle aussi, si l'on suppose que 85% des médecins qui obtiennent un titre en MIG vont exercer comme médecin de premier recours, les besoins pourraient être couverts pratiquement sans immigration.

Les résultats présentés dans les graphiques linéaires G 4.18 (ci-dessous) et G 4.19 correspondent à un changement de système fondé sur l'hypothèse d'un sous-approvisionnement actuelle : comment les projections évolueraient-elles si l'on supposait qu'il existe actuellement un sous-approvisionnement de 20% en médecine de premier recours mais que l'on parvenait à réduire les besoins au moyen d'une délégation des tâches ?

G 4.17 Médecine de premier recours : Prévisions du modèle « Changement de système », Suisse, 2030

Hypothèse : effectifs = besoins (pas d'inadéquation de l'offre)



Scénario alternatif concernant les besoins : baisse de 20% jusqu'en 2030
Outflow pour les titres de formation postgrade fédéraux = 30% : 70% des médecins qui obtiennent un titre de formation postgrade fédéral en MIG décident d'exercer en médecine de premier recours.

« Effectifs : titres de formation postgrade reconnus=0 » : effectifs futurs si aucun médecin de premier recours étranger ne vient plus exercer en Suisse (hypothèse : titres de formation postgrade reconnus = 0)

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; OFSP – MedReg ; OFS – STATPOP et scénarios de l'évolution démographique ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2022

Discussion

Une hypothèse centrale : combien de médecins formés en médecine interne générale (MIG) décident d'exercer en médecine de premier recours ?

Les analyses des modèles « Sous-approvisionnement I et II » avec différents scénarios concernant la déduction associée aux titres fédéraux en MIG (médecins qui ne s'orientent pas vers la médecine de premier recours) montrent bien que cette hypothèse a un effet considérable sur les projections relatives aux effectifs. Les hypothèses retenues pour les présents calculs sont fondées sur une estimation du groupe d'experts. Il existe de grandes incertitudes à ce sujet : dans le cadre des calculs réalisés à titre d'exemple en 2018, on a fixé un taux de déduction bien plus élevé, de 75% (Burla & Widmer, 2018). Il sera nécessaire de vérifier cette hypothèse lorsque les données permettront de mieux analyser l'évolution de carrière des médecins. Le scénario 1 (déduction de 30%) semble le plus réaliste à ce jour. Mais si la formation postgrade venait à être davantage contrôlée, avec l'obligation pour les médecins de définir la spécialité souhaitée dès le début de leur formation postgrade (comme c'est déjà partiellement le cas en Suisse romande), et/ou si l'attractivité de la médecine de

premier recours augmentait, le scénario 2 (déduction de 15%) serait tout à fait réaliste.

Les besoins en médecine de premier recours ne peuvent pas être couverts sans les médecins étrangers

Quel que soit le modèle, on constate que la Suisse ne serait pas en mesure de couvrir ses besoins en médecine de premier recours sans l'aide des médecins étrangers.

Actuellement, près de la moitié des médecins de premier recours qui s'installent sont des spécialistes immigrés (principalement des médecins praticiens). Même si le nombre de médecins de premier recours détenteurs d'un titre fédéral augmente à l'avenir, les besoins futurs ne pourront être couverts que si une part importante de médecins de premier recours étrangers immigreront en Suisse, comme c'est le cas actuellement.

Cette dépendance est encore plus importante en prenant en compte le fait qu'environ un tiers des médecins de premier recours qui accomplissent leur formation postgrade en Suisse ont effectué leur formation initiale (études de médecine) à l'étranger (voir G 4.13 plus haut). Dans les graphiques linéaires G 4.18 et G 4.19, les lignes grises montrent l'évolution des effectifs si l'immigration de médecins de premier recours étrangers était nulle et si l'inflow résultant des titres de formation postgrade fédéraux intégrait uniquement les médecins ayant réalisé leurs études de médecine en Suisse. Cette simulation permet de mettre en évidence la dépendance de la Suisse à l'égard de l'étranger non seulement pour les médecins spécialistes mais aussi pour l'affectation des postes de médecin assistant.

Éléments indiquant un sous-approvisionnement actuel qui pourrait s'accroître

Quel modèle correspond le mieux à la situation, celui intitulé « Modèle de référence », « Sous-approvisionnement » ou « Changement de système » ? Le modèle de simulation ne permet pas de déterminer si, actuellement, il existe ou non une inadéquation de l'offre en médecine de premier recours. Les modèles « Sous-approvisionnement » avec un facteur de correction pour les besoins actuels ont été définis principalement en raison des retours d'une partie du groupe d'experts. Certaines études semblent en outre indiquer qu'il existe un sous-approvisionnement, du moins dans certaines régions. Une enquête nationale menée auprès des médecins de premier recours arrive par exemple à la conclusion que près d'un quart des cabinets de médecine de premier recours n'acceptent plus de nouveaux patients (Pahud, 2019). Par ailleurs, dans le cadre de l'étude Workforce du canton de Berne, 14% des cabinets ont indiqué un arrêt complet des admissions de nouveaux patients, et 46% un arrêt partiel. De plus, parmi les médecins de premier recours bernois, 66% estiment actuellement qu'il existe un sous-approvisionnement dans le domaine de la médecine de premier recours (Stierli et al., 2021). Dans le cadre d'une enquête réalisée dans le canton du Valais, 12% des médecins ont déclaré ne plus admettre de nouveaux patients. En moyenne, 29% des médecins

interrogés estiment que les soins de base offerts seront insuffisants dans cinq ans et 38% qu'ils seront *plutôt* insuffisants (Gloor & Chiolerio, 2019).

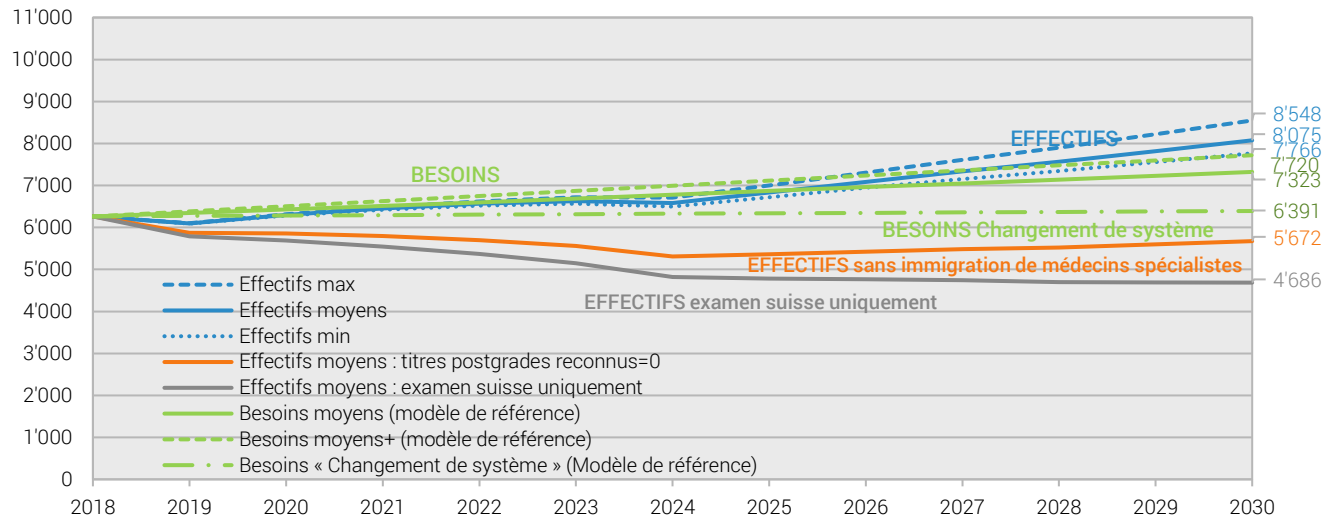
En ce qui concerne les analyses relatives à un changement de système, il est à noter qu'il s'agit de calculs de simulation qui visent à illustrer l'influence sur les projections d'une délégation plus importante de certaines prestations par d'autres groupes professionnels, ainsi que de l'automatisation de certaines tâches dans le cadre de la numérisation. Un tel changement de système

nécessiterait notamment de disposer de suffisamment de professionnels (qui devraient être formés) pour assumer des tâches auparavant effectuées par le médecin. Cela pourrait être des assistants médicaux (AM), des coordinateurs en médecine ambulatoire ou du personnel soignant spécialisé (p. ex. des infirmiers de pratique avancée). Pour que ces autres professionnels puissent prendre en charge des tâches, il faudrait mettre en place des profils de compétence et des possibilités de facturation.

G 4.18 Médecine de premier recours : prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2018–2030

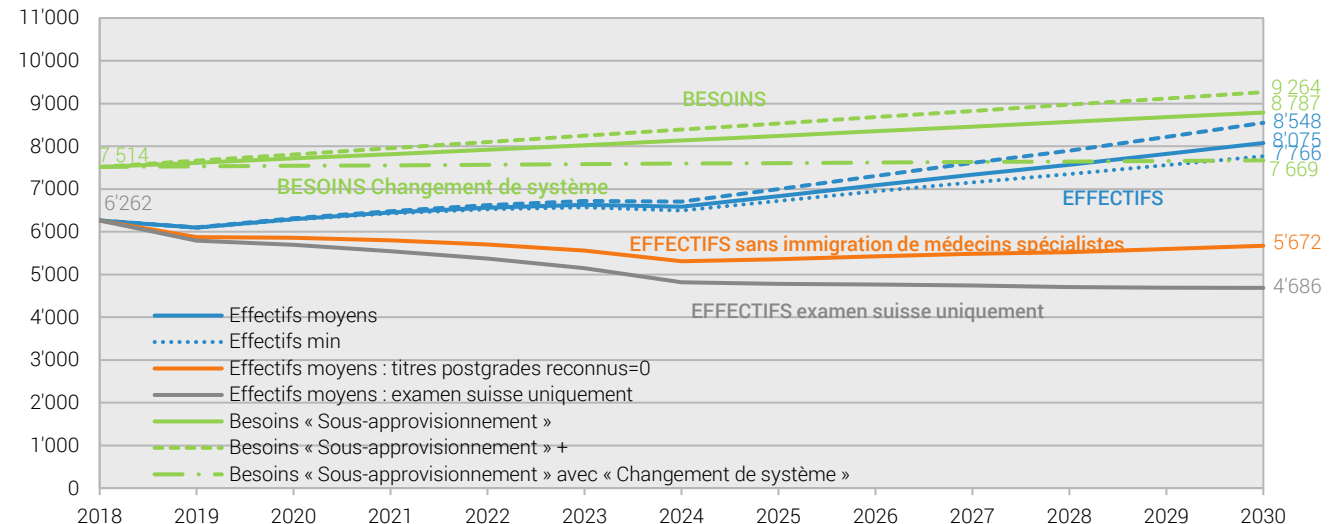
Modèle de référence, avec « Changement de système », pour l'analyse des besoins (sans correction des besoins actuels)

Hypothèse : effectifs = besoins (pas d'inadéquation de l'offre)



Modèle « Sous-approvisionnement » avec « Changement de système » pour l'analyse des besoins

Hypothèse : sous-approvisionnement actuel de 20%



Effectifs : résultat le plus bas, moyen et le plus haut, en fonction du scénario choisi pour l'inflow (nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus) et pour le taux d'occupation.

Besoins : « moyen » : scénario d'évolution démographique moyen / « moyen+ » : scénario d'évolution démographique moyen avec scénario alternatif : cabinets +10%

Pour des raisons de lisibilité, seule une partie des résultats possibles est représentée.

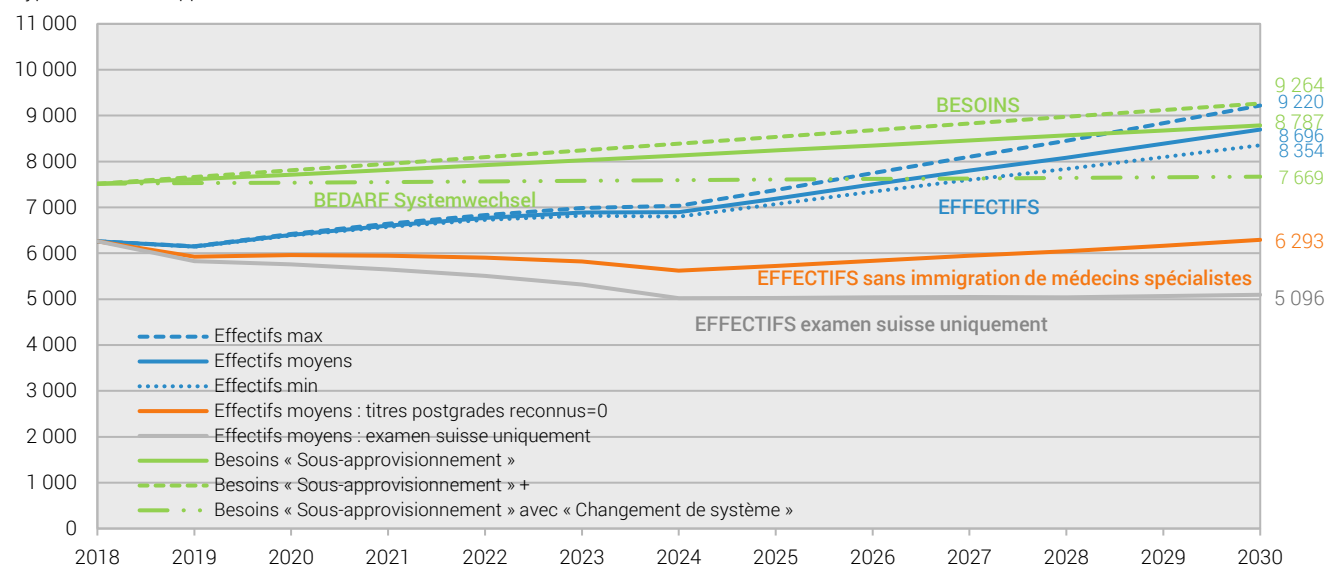
Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; OFSP – MedReg ; OFS – STATPOP ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan

© Obsan 2022

G 4.19 Médecine de premier recours : prévisions concernant les effectifs et les besoins, modèle « Sous-appvisionnement II », Suisse, 2018–2030

Modèle « Sous-appvisionnement II » avec « Changement de système » pour l'analyse des besoins

Hypothèse : sous-appvisionnement actuel de 20%



Effectifs : résultat le plus bas, moyen et le plus haut, en fonction du scénario choisi pour l'inflow (nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus) et pour le taux d'occupation.

Besoins : « moyen » : scénario d'évolution démographique moyen (sans facteur de correction) / « Changement de système+ » : scénario d'évolution démographique moyen avec scénario alternatif II : cabinets -20% (sans facteur de correction) /

« Sous-appvisionnement » : scénario d'évolution démographique moyen avec facteur de correction pour les besoins actuels de +20% / « Sous-appvisionnement+ » : scénario d'évolution démographique moyen avec facteur de correction pour les besoins actuels et scénarios alternatifs : cabinets +10%

Pour des raisons de lisibilité, seule une partie des résultats possibles est représentée.

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; OFSP – MedReg ; OFS – STATPOP ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan

© Obsan 2022

4.2.7 Point de vue des sociétés de discipline médicale

Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)

La MIG comprend aussi bien la médecine de premier recours que la médecine hospitalière. Malheureusement, la présente étude ne s'intéresse qu'à la médecine de premier recours, à savoir les spécialistes en MIG et les médecins praticiens.

Ces deux groupes ont été pris en compte séparément dans le calcul des nouvelles admissions. Or, en réalité, on constate un transfert entre médecins praticiens et spécialistes en MIG. D'une part, des candidats ayant obtenu de mauvais résultats repassent leur examen de spécialiste, et de l'autre, des médecins titulaires d'un diplôme étranger obtiennent après coup le titre de spécialiste en MIG. Aucun facteur de correction n'a été appliqué, alors que, selon nous, il abaisserait les pourcentages.

Il est correct de dire que la part des femmes en médecine de premier recours continuera d'augmenter, et que leur taux d'occupation (équivalent plein temps EPT) est un peu inférieur à celui de leurs collègues masculins. Chez ces derniers, on note toutefois aussi une tendance à réduire le taux d'occupation (cf. p. 30), puisque l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle gagne en importance. L'analyse chiffre les prestations de travail en demi-journées par semaine. Elle ne tient cependant pas compte du fait qu'outre les EPT fournis, la base de mesure d'une semaine de travail est également en pleine mutation. Jusqu'ici, une semaine normale comptait souvent 50 heures pour un EPT. Mais la tendance s'inverse, notamment chez les médecins salariés dont la semaine de travail s'élève de plus en plus fréquemment à 40 ou 42 heures. La prestation fournie pour un même EPT diminue donc de 20%.

L'augmentation de la « pression tarifaire » dans le domaine médical représente un autre facteur d'influence, encore difficile à prévoir. L'introduction d'une « enveloppe budgétaire » pourrait notamment inciter les médecins plus âgés à renoncer à leur activité. Il faut de plus s'attendre à ce que les médecins se formant en MIG ne souhaitent plus exercer à titre privé en raison du peu d'attrait économique et de la situation insatisfaisante liée à l'approvisionnement des patients. Pour contrer cette tendance, il faudrait introduire des mécanismes de revalorisation financière de la médecine de premier recours.

Le modèle de référence et le modèle « Sous-approvisionnement » (p. 22 et 26) part du principe que le taux de 70% de nouvelles admissions de détenteurs d'un titre en médecine de premiers recours restera inchangé. Cette proportion pourrait être surestimée, puisque la part de médecins détenant plusieurs titres en MIG reste élevée et devrait encore augmenter. De même, la proportion des internes restant à l'hôpital est bien trop basse.

Si l'on considère l'ensemble des facteurs, la SSMIG s'attend à une augmentation du sous-approvisionnement en soins déjà existante aujourd'hui au niveau régional. Nous estimons qu'une évolution conforme au modèle de sous-approvisionnement I est la plus probable. Au vu des arguments exposés ci-dessus, nous pensons toutefois que l'effectif futur de spécialistes en MIG sera plus restreint, et redoutons donc une aggravation de la situation de sous-approvisionnement.

Au vu de l'augmentation du sous-approvisionnement en personnel de santé, le modèle « Changement de système » nous paraît peu réaliste.

Enfin, nous souhaitons souligner l'importance que revêtent pour l'ensemble du système de santé les soins de base fournis en cabinet médical et à l'hôpital par les spécialistes en MIG. Seul un nombre suffisant d'internes permettra de répondre aux besoins d'une population vieillissante et présentant de plus en plus fréquemment des pathologies multiples.

mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse

La mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse vous remercie de la possibilité de pouvoir prendre position sur les effectifs et besoins en médecins spécialistes, ainsi que d'avoir été associée en amont aux travaux. En sa qualité de représentante des médecins de premier recours et de l'enfance suisses pour les questions ayant trait à la politique et à la pratique, la mfe s'exprime d'autant plus volontiers sur le présent rapport que cette étude a un impact non négligeable sur la planification potentielle des soins en Suisse.

La question de l'effectif et des besoins préoccupe les médecins de premier recours depuis plus de vingt ans, et les médecins de l'enfance depuis presque aussi longtemps. Ces deux spécialités savent depuis longtemps qu'au vu de la démographie des médecins pratiquants, une pénurie sensible de spécialistes était inévitable à moyen terme. En 2005 déjà, le Pr Tschudi de Bâle avait mis sur pied la première « Étude sur les effectifs », qui a confirmé nos craintes en matière de fourniture de soins ambulatoires de base. Cette étude a été répétée tous les cinq ans, et a confirmé la tendance. Ses résultats ont aussi contribué au développement du présent modèle.

mfe Médecins de premier recours et de l'enfance Suisse a été associée en amont aux discussions portant sur un éventuel modèle de simulation de l'effectif et des besoins en médecins. Nous avons partagé nos idées et notre expertise, y compris sur la modélisation par spécialité. L'apport des membres du comité possédant des années d'expérience et des intérêts spécifiques en matière de

médecine de premier recours et de pédiatrie a été salué dans les discussions. Il nous importait de pouvoir intégrer l'expérience des auteurs de l'étude sur les effectifs.

Le rapport indique avec justesse que les données révèlent d'importantes difficultés. D'autres efforts seront nécessaires afin de mieux asseoir les bases de données, notamment en améliorant la qualité des données disponibles est une solution efficace.

Il convient de garder à l'esprit que l'actuel effectif en médecins de premier recours ne suffit déjà plus à couvrir les besoins. Plusieurs régions (et pas uniquement les régions périphériques) sont en pénurie, ainsi que l'avait prédit l'étude sur les effectifs. Nous partons donc d'une situation de déficit dont il semble difficile de sortir, malgré les efforts consentis.

Les départs sont avant tout liés à l'âge ; nous rejoignons l'étude sur ce point. L'impact des modifications liées au financement (mesures de maîtrise des coûts, incertitudes tarifaires) sur les conditions de travail et l'augmentation du nombre de départs qui en résulte restent incertains.

Grâce aux initiatives pour la relève portées par la SSMIG, mfe et JHaS, l'arrivée de nouveaux médecins formés en Suisse devrait, du moins nous l'espérons, confirmer le scénario « haut ». Même en étant optimistes, le scénario 1 (30 % des nouveaux médecins ne pratiquent pas en médecine de premier recours) reste le plus probable.

S'agissant de l'immigration, les conditions ont changé depuis le 1er janvier 2022. En effet, pour obtenir une autorisation d'exercice à la charge de l'AOS, les candidats doivent désormais avoir exercé en tant que spécialistes en Suisse pendant trois ans. Cette modification concerne aussi bien les titres de spécialiste MIG que les titres de médecin praticien.

Sur la base de nos propres enquêtes, il nous semble que la relève existe, et que l'association d'autres groupes de professions (collaboration interprofessionnelle) modifiera la répartition du travail. Le modèle « pénurie » correspond le mieux à notre estimation.

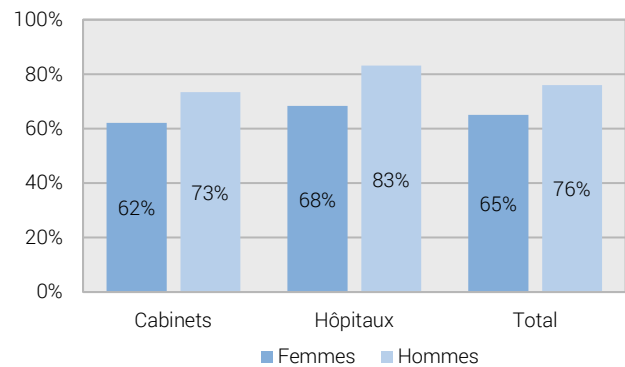
4.3 Pédiatrie

4.3.1 Effectifs actuels

En 2018, les médecins spécialistes en pédiatrie représentaient 1 698 EPT en Suisse (G 4.21), dont environ deux tiers (1 054 EPT ; 62%) en cabinet médical et le reste (644 EPT ; 38%) en hôpital. Dans les deux secteurs, la part de femmes est très similaire, avec respectivement 58% et 59%. En ce qui concerne la distribution par âge, on constate des différences selon les secteurs : un peu plus d'un tiers (35%) des pédiatres exerçant en cabinet ont 55 ans ou plus et atteindront donc l'âge de la retraite au cours des dix prochaines années. Dans les hôpitaux en revanche, cette proportion est plus faible (21%).

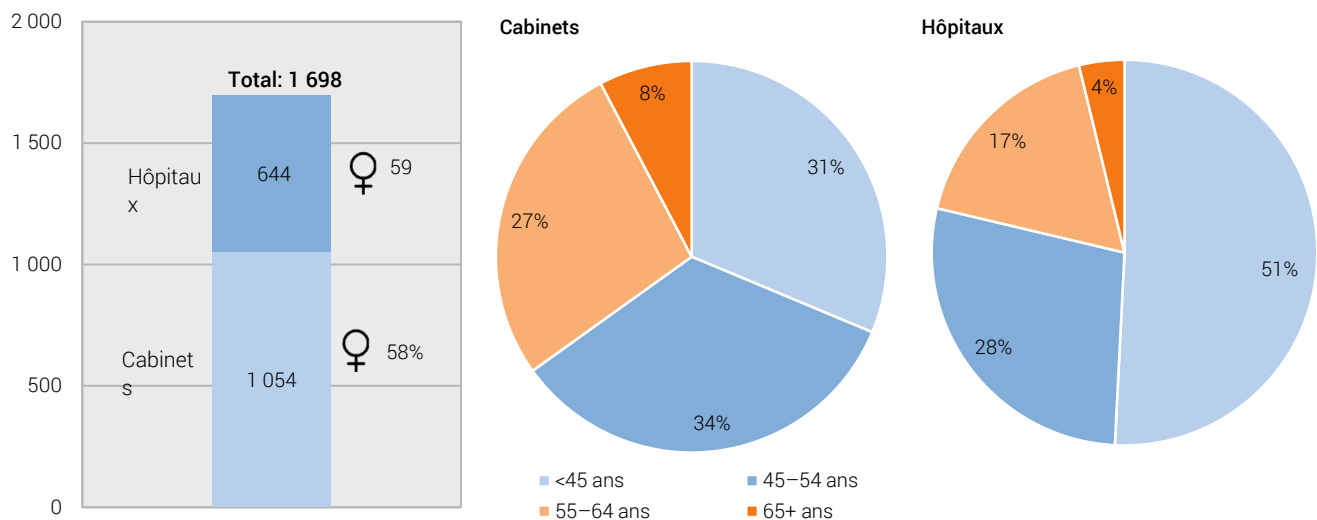
Dans les cabinets, le taux d'occupation moyen calculé est de 62% pour les femmes et 73% pour les hommes. Dans le secteur hospitalier, il est respectivement de 68% et 83% (G 4.20). En recoupant les deux secteurs, on obtient un taux d'occupation moyen de 65% pour les femmes et 76% pour les hommes.

G 4.21 Pédiatrie : taux d'occupation, Suisse, 2018



Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale © Obsan 2022

G 4.20 Pédiatrie : effectifs en EPT, pourcentage de femmes, distribution par âge, Suisse, 2018



Les chiffres correspondent à des équivalents plein temps ; exception : la répartition des âges dans les hôpitaux est établie sur la base du nombre de médecins.

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale

© Obsan 2022

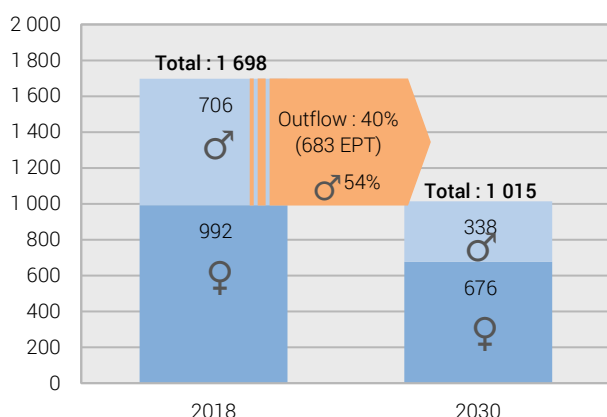
4.3.2 Outflow

Afin d'estimer combien de médecins spécialistes en pédiatrie actuellement en activité quitteront la profession à l'avenir, on a pris en compte les départs à la retraite mais aussi les sorties précoces de la profession.

Pour calculer les *départs à la retraite*, on a déduit les EPT des médecins qui atteindront l'âge de la retraite au cours de l'une des années de projection d'ici 2030 (voir 3.2.1.). Compte tenu du fait qu'une partie des médecins continue de travailler après avoir atteint l'âge officiel de la retraite, une déduction de 10% du nombre de départs à la retraite a été appliquée dans le secteur des cabinets. Afin de prendre en considération les *sorties précoces de la profession*, qui incluent les émigrations et les retours au pays, une déduction de 10% a été appliquée aux médecins âgés de moins de 52 ou 53 ans.

Pour la pédiatrie, on obtient un outflow de 683 EPT (G 4.22) – soit 40% des effectifs actuels. Les médecins qui quitteront la profession sont pour plus de la moitié (54% des EPT) des hommes.

G 4.22 Pédiatrie : outflow, Suisse, 2018/2030



Outflow en équivalents plein temps

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale © Obsan 2022

4.3.3 Inflow

Le calcul du nombre de médecins spécialistes qui arriveront dans le métier est basé sur le nombre de titres de formation postgrade délivrés. Les graphiques G 4.23 et G 4.24 montrent l'évolution suivie jusqu'à présent et les scénarios définis concernant le nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus en pédiatrie.

Le nombre de *titres fédéraux* en pédiatrie a augmenté de façon plus ou moins régulière jusqu'en 2015 (G 4.23). En 2015, un pic a été atteint avec 116 titres, ce qui peut surtout être imputé à la transition vers le e-logbook : depuis le 30 juin 2015, tous les médecins-assistants doivent enregistrer leurs formations postgrades dans cette base de données en ligne. Les médecins

qui pouvaient justifier de toutes les formations requises avant cette date ont été invités à transmettre leur titre avant le changement, pour ne pas avoir à soumettre tous les justificatifs par voie électronique. Le nombre de titres a ensuite baissé, puis recommencé à augmenter depuis 2018. En 2020, une valeur élevée (114 titres) a été enregistrée une nouvelle fois. Cette hausse s'explique peut-être par l'augmentation du nombre de places d'étude en médecine humaine. Peut-être aussi qu'en raison de la pandémie de coronavirus et de l'allègement de la charge dans une partie des services hospitaliers, un plus grand nombre de formations postgrades ont été effectuées. Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade fédéraux décernés jusqu'en 2030 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2020 (100 titres) – les scénarios suivants ont été définis :

- haut : augmentation à 119 titres en moyenne
- moyen : augmentation à 107 titres en moyenne
- bas : baisse à 95 titres en moyenne

Pour tenir compte du fait que les médecins qui reçoivent un titre de formation postgrade fédéral en pédiatrie ne prodiguent pas tous des soins médicaux dans cette spécialité, une déduction de 10% a été appliquée.

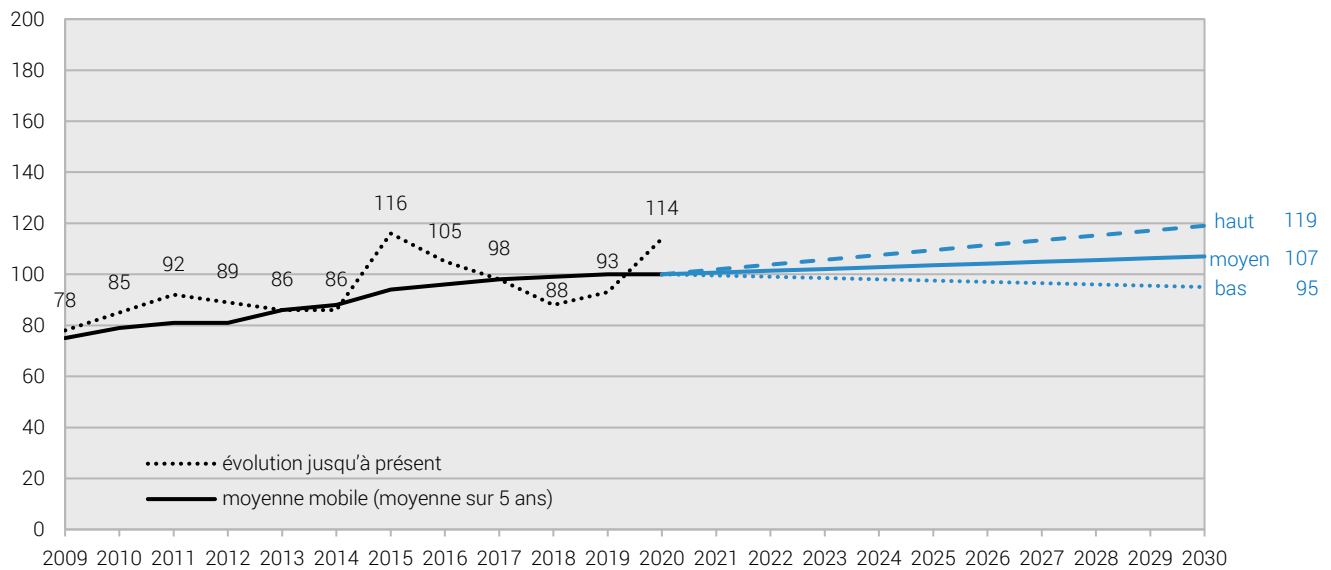
Le nombre de *titres de formation postgrade reconnus* en pédiatrie a augmenté jusqu'en 2016, sauf en 2014 (G 4.24). Depuis 2016, le nombre de titres reconnus a régulièrement diminué. En 2020, 52 titres ont été reconnus en pédiatrie. Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade reconnus jusqu'en 2030 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2020 (67 titres) – les scénarios suivants ont été définis :

- haut : baisse à 59 titres en moyenne
- moyen : baisse à 52 titres en moyenne
- bas : baisse à 45 titres en moyenne
- zéro : aucun titre de formation postgrade reconnu

Avec le scénario « zéro », il est possible, comme expliqué au chapitre 3.2.1, de simuler l'évolution des effectifs s'il n'y avait plus aucune immigration de pédiatres étrangers. Ainsi, on peut mettre en évidence le nombre de médecins spécialistes que le système de formation postgrade suisse « produit » et à quel point il est ou va devenir dépendant de l'étranger.

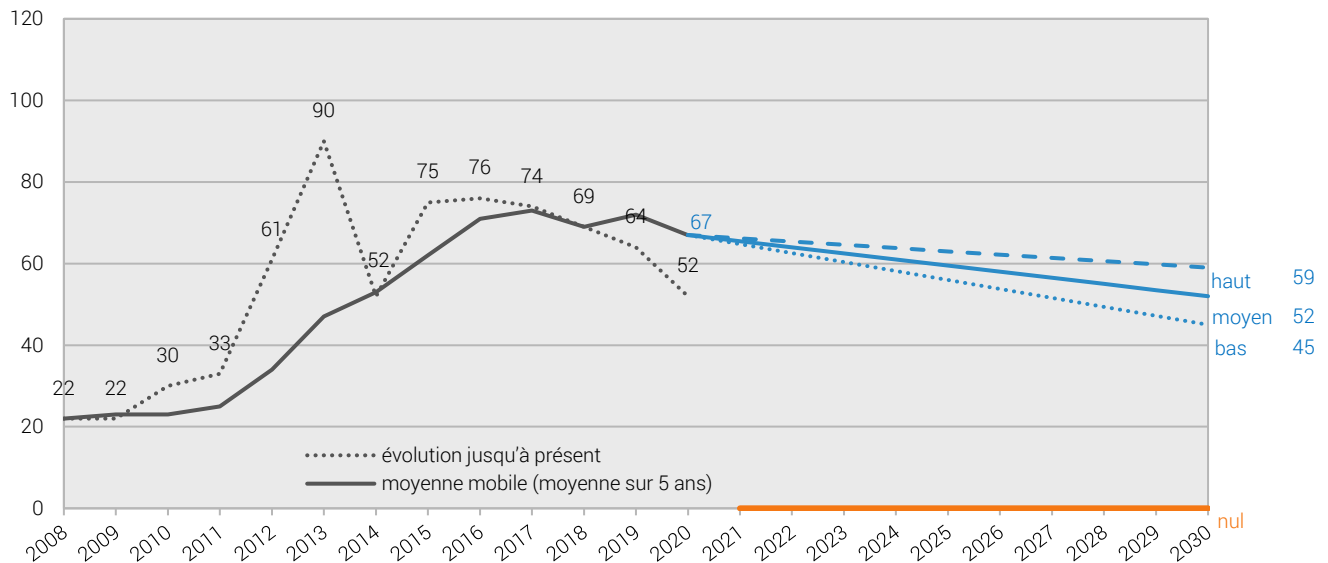
Pour tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent la reconnaissance d'un titre de formation postgrade en pédiatrie ne prodiguent pas tous des soins médicaux dans cette spécialité, une déduction de 10% a également été appliquée.

Si l'on regroupe l'inflow estimé résultant des titres de formation postgrade fédéraux et reconnus, on constate que les titres reconnus représentent environ 32% de l'inflow en moyenne.

G 4.23 Pédiatrie : nombre de titres de formation postgrade fédéraux, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2030


Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

G 4.24 Pédiatrie : nombre de titres de formation postgrade reconnus, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2030


Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

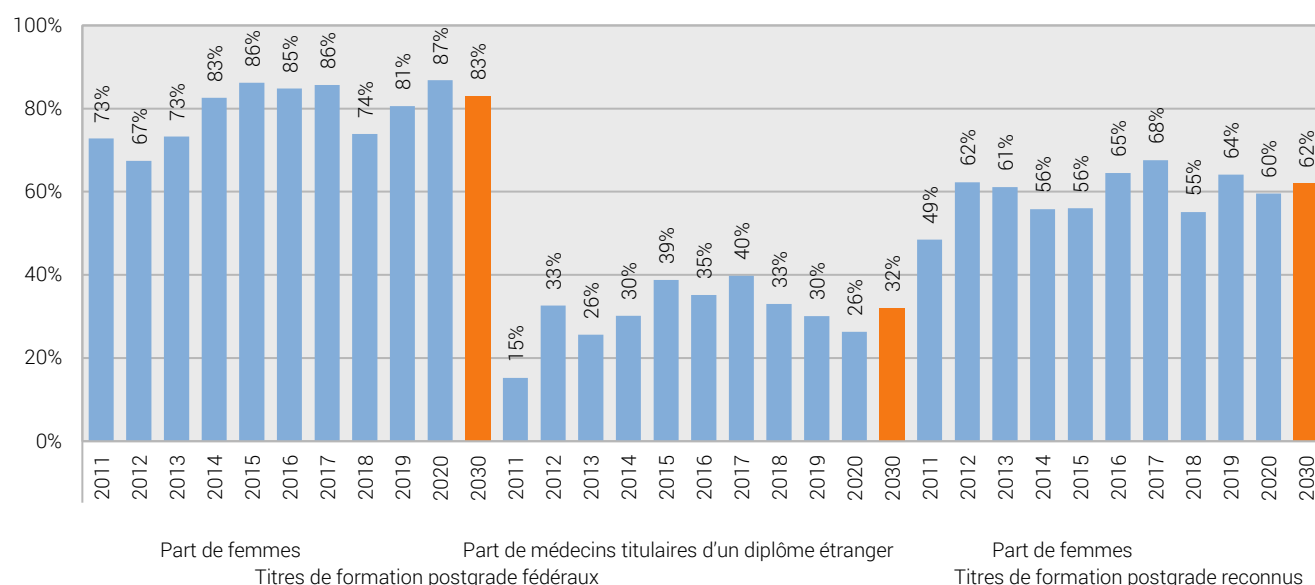
La part de femmes dans les *titres de formation postgrade fédéraux* a augmenté de façon plus ou moins constante jusqu'en 2015. Depuis, elle se situe entre 74% et 87% (G 4.25). La moyenne des 5 dernières années est de 82%. Pour les projections, on a pris pour base une légère augmentation linéaire jusqu'à 83% en 2030.

La part de médecins titulaires d'un diplôme étranger se situait à 33% en moyenne au cours des 5 dernières années (G 4.25) – mais depuis 2017, ce pourcentage diminue. Pour les projections, un pourcentage moyen de 26% a été fixé, en concertation avec le groupe d'experts.

La part de femmes parmi les médecins disposant d'un *titre reconnu* s'est établie à 62% en moyenne au cours des 5 dernières années (G 4.25). Pour les projections, on a fixé un pourcentage moyen de femmes de 62%.

Afin de convertir l'inflow en EPT (voir 3.2.1), le nombre prévu d'arrivées par sexe a été déterminé à l'aide d'un taux d'occupation moyen, sur la base de deux scénarios. Le scénario constant utilise le taux moyen des deux secteurs calculé à partir des données existantes : femmes 65%, hommes 76% (G 4.21). Pour le scénario à la baisse, on a supposé que le taux d'occupation des médecins

G 4.25 Pédiatrie : titres de formation postgrade fédéraux et reconnus – part de femmes et part de médecins titulaires d'un diplôme étranger, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2030



Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

de sexe masculin baissera régulièrement de 10% jusqu'en 2030 pour atteindre 66%, alors qu'il restera constant à 65% chez les médecins de sexe féminin.

Dans les hôpitaux, la pénurie se manifeste notamment par une difficulté à recruter des chefs de clinique et par le manque de relève dans certaines disciplines spéciales de la pédiatrie. Pour les calculs, le facteur de correction suivant a donc été défini pour le recours aux soins actuel :

Cabinets : sous-approvisionnement de 20%
Hôpitaux : sous-approvisionnement de 10%

4.3.4 Besoins actuels

Les besoins actuels sont calculés sur la base du recours aux soins actuel.

En 2018, on a enregistré 485 consultations en cabinet de pédiatrie pour 1 000 habitants. En 2017, dans les hôpitaux, 819 jours de soins en médecine pédiatrique ont été comptabilisés pour 1 000 habitants.

Deux modèles ont été calculés pour la pédiatrie :

1. Un « modèle de référence », dans lequel aucune correction n'a été apportée aux besoins actuels. Les calculs ont donc été réalisés dans l'hypothèse que le recours aux soins actuel est adéquat et que les effectifs actuels de médecins spécialistes couvrent ces besoins – en d'autres termes, qu'il n'y a pas d'inadéquation de l'offre.
2. Un modèle « Sous-approvisionnement », fondé sur l'hypothèse qu'il existe actuellement une inadéquation de l'offre aussi bien dans les cabinets que dans les hôpitaux. Selon le groupe d'experts, il est en effet extrêmement difficile de trouver un pédiatre, car beaucoup de cabinets n'acceptent plus de nouveaux patients, ou seulement les nouveau-nés. Et comme les cabinets de pédiatrie se concentrent dans les villes, il existe un sous-approvisionnement dans les régions rurales.

4.3.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins

Les facteurs d'influence sur l'évolution future du recours aux soins ont été rassemblés en deux groupes : l'évolution démographique est prise en compte dans le modèle de façon individuelle. Les autres éléments sont intégrés ensemble dans le modèle de simulation (voir 3.2.2). Pour la pédiatrie, on a établi des calculs pour un scénario démographique et un scénario alternatif, sur la base des hypothèses suivantes :

Scénario démographique

Seule l'évolution démographique est prise en compte, d'après les trois scénarios de l'OFS. Les autres facteurs d'influence sur le recours aux soins sont considérés comme constants.

Scénario alternatif

Les hypothèses formulées quant à l'évolution future du recours aux soins sont les suivantes :

- Cabinets : augmentation de +10%
- Secteur hospitalier stationnaire : baisse de -15%
- Secteur hospitalier ambulatoire : augmentation de +30%

- Part du secteur ambulatoire à l'hôpital (par rapport au volume de travail des médecins spécialistes) : 70%

Plusieurs facteurs ont été pris en compte pour définir le pourcentage d'augmentation dans les cabinets, notamment la reprise de certaines prestations qui étaient jusqu'à présent fournies par d'autres spécialités médicales (substitution). L'évaluation des données des assurances maladie montre que, parmi toutes les consultations de patients de moins de 16 ans dans les cabinets de médecine de premier recours et de pédiatrie, près de 15% sont assurées par des médecins de premier recours. Dans beaucoup de cas, il serait pourtant nécessaire que les soins soient dispensés par un médecin spécialiste en pédiatrie.

De plus, la productivité est en déclin : les médecins ont besoin de plus de temps qu'avant pour réaliser les consultations et pour certaines prestations. À cela s'ajoute le fait que les tâches administratives se multiplient.

Dans le secteur hospitalier stationnaire, la prévision à la baisse est liée à une réduction générale de la durée d'hospitalisation et à la volonté de réaliser le plus possible de soins en ambulatoire. En conséquence, une augmentation du recours aux soins a été prévue dans le secteur hospitalier ambulatoire.

Pour des raisons de lisibilité, seuls les résultats du scénario moyen de l'OFS sont représentés dans les graphiques. Le scénario démographique est désigné comme « moyen » et le scénario alternatif comme « moyen+ ».

4.3.6 Effectifs et besoins futurs

Dans les graphiques G 4.26 et G 4.27, les projections concernant les effectifs et les besoins sont indiquées en EPT pour la pédiatrie.

Modèle de référence (sans correction des besoins actuels)

- Hypothèse de base : pas d'inadéquation de l'offre existante
- Scénarios concernant les besoins : scénario démographique et scénario alternatif fondé sur les hypothèses suivantes : cabinets : +10% ; secteur hospitalier stationnaire : -10% ; secteur hospitalier ambulatoire : +25%.

Les résultats du modèle de référence, sans correction pour les besoins actuels montrent que, selon les scénarios concernant l'inflow et le taux d'occupation, les effectifs de médecins spécialistes en pédiatrie vont augmenter jusqu'en 2030 pour passer de 1 698 EPT à entre 2 022 EPT et 2 262 EPT, ce qui correspond à une hausse de 19 à 33% (+324 EPT – 564 EPT ; lignes / colonnes bleues).

Durant la même période, dans le scénario purement démographique, on constate que les besoins devraient augmenter de 12% pour passer de 1 698 EPT à 1 910 EPT (+212 EPT ; lignes/colonnes vertes). Dans le scénario alternatif,

qui, outre l'évolution démographique, part de l'hypothèse d'une augmentation du recours aux soins dans le secteur ambulatoire et d'une baisse dans le secteur stationnaire, on constate une augmentation des besoins de 19%, pour atteindre 2 014 EPT (+316 EPT).

Selon ces calculs, les effectifs futurs se situeraient donc au niveau des besoins ou jusqu'à 18% au-delà. Les effectifs devraient couvrir les besoins, de façon plus ou moins nette. Ce n'est cependant le cas que grâce à un niveau d'immigration de pédiatres étrangers certes en baisse mais encore relativement élevé (voir les hypothèses concernant l'immigration au point 4.3.3). Avec une immigration nulle, les effectifs futurs se situeraient 6% à 18% en-dessous des besoins (lignes/colonnes orange).

Modèle « Sous-approvisionnement »

- En quoi les résultats changent-ils si l'on part du principe que les besoins actuels sont sous-estimés (hypothèse : sous-approvisionnement de 20% dans les cabinets, et de 10% dans les hôpitaux) ?

En intégrant dans les calculs du modèle de simulation l'hypothèse qu'il existe actuellement un sous-approvisionnement en pédiatrie de 20% dans les cabinets et de 10% dans les hôpitaux, on constate que les besoins actuels s'établissent à 1 973 EPT. Dans ce modèle, les besoins augmenteront donc à 2 217 EPT (scénario démographique) voire 2 336 EPT (scénario alternatif) d'ici 2030. Les effectifs ne suffiraient donc pas à couvrir les besoins, ou à peine : selon les scénarios, les effectifs se situent entre 2% au-dessus et 13% en-dessous des besoins (G 4.26, graphique de droite). Si l'on établit des calculs pour ce modèle en se basant sur un scénario dans lequel l'immigration est nulle, on constate que les effectifs seraient 19 à 29% inférieurs aux besoins.

Discussion

Les besoins en pédiatrie ne peuvent pas être couverts sans les médecins étrangers

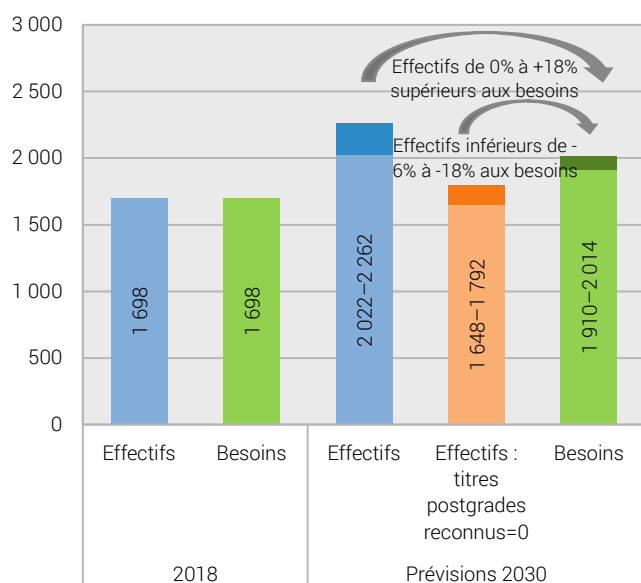
Les analyses montrent que la Suisse peut couvrir (de peu) ses besoins en pédiatrie, mais seulement grâce aux médecins étrangers. Si l'on considère qu'il existe actuellement une situation de sous-approvisionnement, cette dépendance vis-à-vis de l'étranger s'accroît encore. Actuellement, pour 100 titres de formation postgrade fédéraux en pédiatrie, près de 67 sont des titres reconnus. Cela signifie que les médecins étrangers constituent environ 40% des nouveaux pédiatres arrivant en Suisse. Les besoins futurs ne seront qu'à peu près couverts si une part importante de pédiatres étrangers continuent de venir exercer en Suisse.

Cette dépendance à l'égard de l'étranger est encore plus évidente lorsqu'on sait que près d'un quart des pédiatres qui

G 4.26 Pédiatrie : prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2030

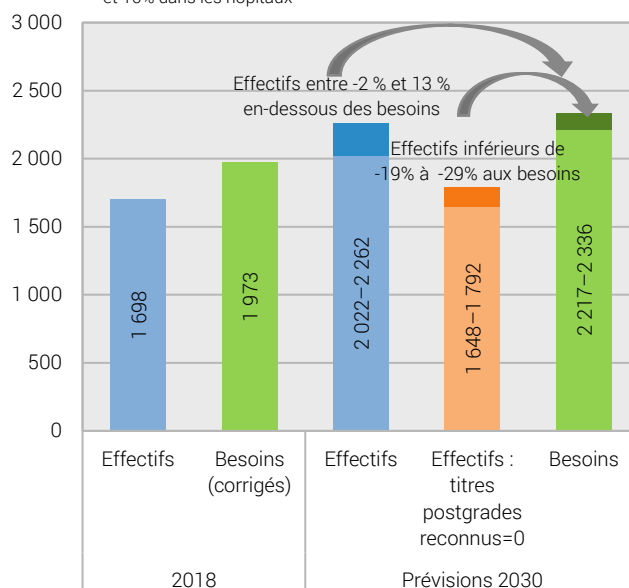
Modèle de référence (sans correction des besoins actuels)

Hypothèse : effectifs = besoins (pas d'inadéquation de l'offre)



Modèle « Sous-approvisionnement »

Hypothèse : sous-approvisionnement actuel de 20% dans les cabinets et 10% dans les hôpitaux



« Effectifs : titres de formation postgrade reconnus=0 » : effectifs futurs si aucun pédiatre étranger ne vient plus exercer en Suisse (hypothèse : titres de formation postgrade reconnus en pédiatrie = 0)

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; OFSP – MedReg ; FMH – Statistique médicale ; OFS – MS, STATPOP et scénarios d'évolution démographique ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan

© Obsan 2022

accomplissent leur formation postgrade en Suisse ont effectué leur formation initiale (études en médecine) à l'étranger (voir G 4.25). Dans les graphiques linéaires du G 4.27, les lignes grises montrent comment les effectifs évolueraient si l'immigration était nulle et si l'inflow résultant des titres de formation postgrade fédéraux intégrait uniquement les médecins qui ont réalisé leurs études de médecine en Suisse. Cette simulation permet de mettre en évidence la dépendance de la Suisse à l'égard de l'étranger non seulement pour les médecins spécialistes mais aussi pour l'affectation des postes de médecin-assistant.

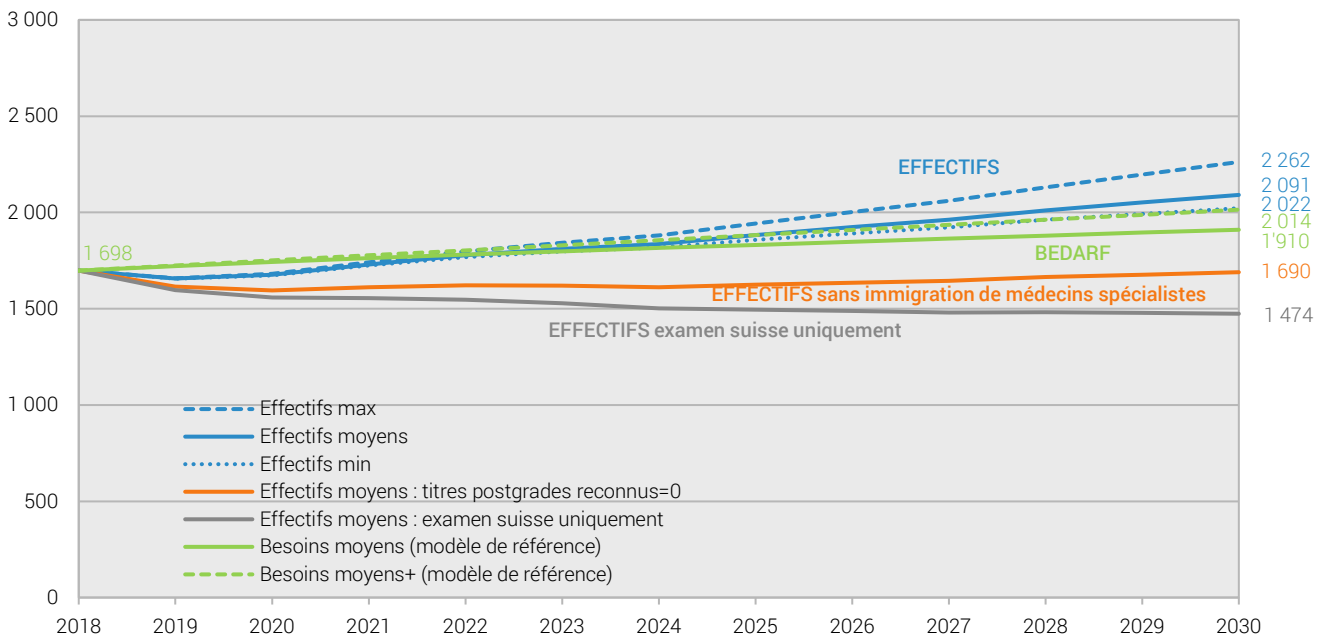
Éléments indiquant un sous-approvisionnement, qui pourrait s'accroître

Si l'on considère en outre qu'il existe actuellement une situation de sous-approvisionnement dans le domaine de la pédiatrie, on constate une dépendance à l'étranger ou une pénurie encore plus importantes. Compte tenu des avis communiqués par le groupe d'experts, des calculs ont été réalisés avec un modèle « Sous-approvisionnement » intégrant un facteur de correction pour les besoins actuels. Certaines études indiquent qu'il existe un sous-approvisionnement, du moins dans certaines régions. Une enquête nationale arrive par exemple à la conclusion qu'un peu plus d'un cabinet de pédiatrie sur dix (11%) n'accepte plus de nouveaux patients (Pahud, 2019). Dans le cadre de l'étude Workforce du canton de Berne, près de 60% des sondés ont

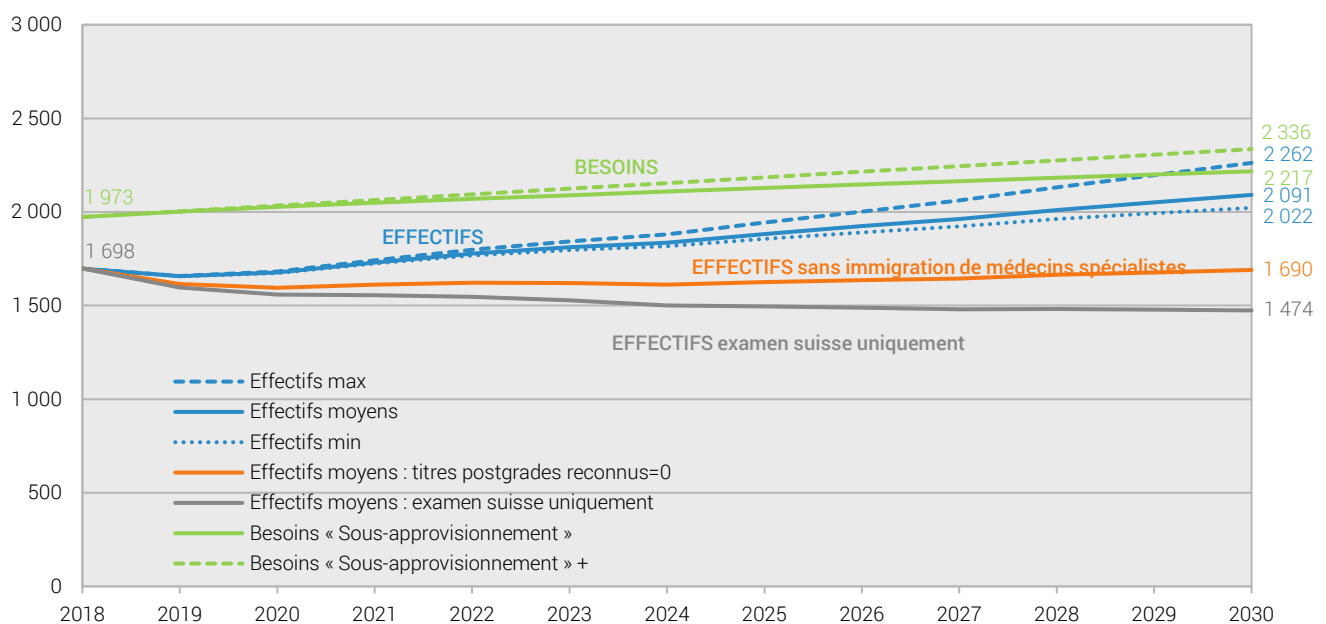
déclaré avoir arrêté d'accepter de nouveaux patients, de façon partielle ou totale (Stierli et al., 2021). De plus, 79% d'entre eux considèrent qu'il existe un sous-approvisionnement de pédiatres dans le canton à l'heure actuelle. Selon le groupe d'experts, il y a une forte concentration de cabinets de pédiatres dans les villes mais aussi une situation de sous-approvisionnement dans de nombreuses régions rurales. De plus, il faut tenir compte du fait qu'une partie des enfants et adolescents sont traités dans des cabinets de médecine de premier recours et non – comme ce serait souvent indiqué sur le plan médical – dans des cabinets de pédiatrie. Dans le secteur hospitalier, on peut également considérer que certains domaines hautement spécialisés, comme la néphrologie pédiatrique, la cardiologie pédiatrique et l'endocrinologie pédiatrique, souffrent d'un manque de spécialistes.

G 4.27 Pédiatrie : prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2018–2030**Modèle de référence (sans correction des besoins actuels)**

Hypothèse : effectifs = besoins (pas d'inadéquation de l'offre)

**Modèle « Sous-approvisionnement »**

Hypothèse : sous-approvisionnement actuel de 20% dans les cabinets et 10% dans les hôpitaux



Effectifs : résultat le plus bas, moyen et le plus haut, en fonction du scénario choisi pour l'inflow (nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus) et pour le taux d'occupation.

Besoins : « moyen (modèle de référence) » : scénario d'évolution démographique moyen (sans facteur de correction) / « moyen+ (modèle de référence) » : scénario d'évolution démographique moyen (sans facteur de correction) avec scénario alternatif : cabinets +10% ; secteur hospitalier ambulatoire +30%, secteur hospitalier stationnaire -15% / « Sous-approvisionnement » : scénario d'évolution démographique moyen avec facteur de correction pour les besoins actuels de +20% dans les cabinets et +10% dans les hôpitaux / « Sous-approvisionnement+ » : scénario d'évolution démographique moyen avec facteur de correction pour les besoins actuels et scénario alternatif : cabinets +10% ; secteur hospitalier ambulatoire +30%, secteur hospitalier stationnaire -15%

Pour des raisons de lisibilité, seule une partie des résultats possibles est représentée.

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale ; OFSP – MedReg ; OFS – MS et STATPOP ; SASIS
SA – pool de données / analyses Obsan

© Obsan 2022

4.3.7 Point de vue de la société de discipline médicale

Pédiatrie suisse – L'organisation professionnelle de pédiatrie

Pédiatrie suisse exprime ses remerciements à l'équipe chargée de l'étude pour la bonne collaboration. Bien qu'il n'existe que peu de bases de données valides sur la recherche relative à l'approvisionnement, et qu'il ait été nécessaire de formuler de nombreuses hypothèses, l'équipe s'est efforcée d'établir des prévisions aussi différenciées que possible. Selon pédiatrie suisse, le modèle « Sous-approvisionnement » repose sur les hypothèses les plus plausibles permettant de calculer la prévision pour 2030, au vu de la situation actuelle. Comme mentionné dans le rapport, l'ensemble des données disponibles et l'expérience tirée de notre pratique quotidienne et de notre secrétariat attestent que nous sommes actuellement en situation de sous-approvisionnement : des parents inquiets cherchent un pédiatre pour leurs enfants, des médecins ne trouvent personne pour reprendre leur cabinet et des hôpitaux ne peuvent pourvoir leurs postes disponibles. De plus, dans les régions périphériques, de nombreuses consultations de jeunes enfants sont assurées par des spécialistes de médecine interne générale du fait de la pénurie de pédiatres.

Il nous semble important de souligner que la situation actuelle de sous-approvisionnement, qui devrait se prolonger jusqu'en 2030, serait encore plus prononcée sans l'apport de médecins étrangers, assistants, spécialistes ou sous-spécialistes (p. ex., neurologie pédiatrique) qui s'installent en Suisse depuis des décennies. Parmi les assistants ayant présenté leur examen de spécialiste au cours des dernières années, plus de 30% avaient obtenu leur examen d'État à l'étranger. Si l'on y ajoute les spécialistes entièrement formés à l'étranger, près de 60% des spécialistes commençant à exercer en Suisse ont suivi tout ou partie de leur formation hors de nos frontières. De fait, sans ces collègues étrangers, plus de la moitié des postes de travail proposés chaque année en cabinet privé et dans les hôpitaux ne seraient pas pourvus, et ce, depuis des années. Cette dépendance envers l'étranger nous préoccupe fortement.

Nous attirons donc expressément l'attention sur le risque encouru si les cantons interprètent de manière restrictive les nouvelles conditions d'admission. En effet, appliquer ces conditions de manière restrictive aux pédiatres issus des pays limitrophes (p. ex., exiger trois ans d'activité en Suisse) menacerait un tiers des postes actuellement pourvus chaque année en pédiatrie.

Afin d'assurer la qualité de la prise en charge préventive et thérapeutique de nos enfants et adolescents, nous soulignons, en tant que société de discipline, qu'il en va de notre intérêt de promouvoir la formation et la formation postgrade des pédiatres en Suisse.

mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse

La mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse vous remercie de la possibilité de pouvoir prendre position sur les effectifs et besoins en médecins spécialistes, ainsi que d'avoir été associée en amont aux travaux. En sa qualité de représentante des médecins de premier recours et de l'enfance suisses pour les questions ayant trait à la politique et à la pratique, la mfe s'exprime d'autant plus volontiers sur le présent rapport que cette étude a un impact non négligeable sur la planification potentielle des soins en Suisse.

Le rapport indique avec justesse que les données révèlent d'importantes difficultés. D'autres efforts seront nécessaires afin de mieux asseoir les bases de données, notamment en améliorant la qualité des données disponibles.

La situation en pédiatrie est globalement similaire à celle de la médecine de premier recours (cf. 4.2.7), à une exception importante près : la pénurie est déjà nettement plus marquée. À cela s'ajoute la difficulté qu'aujourd'hui déjà, une partie des soins pédiatriques sont assurés par les médecins de premier recours, et notamment les médecins âgés. En effet, il est nettement plus rare que les jeunes médecins occupent des postes en pédiatrie au cours de leur formation postgrade de spécialiste MIG. Le départ de l'ancienne génération des médecins de premier recours, combiné à la pénurie actuelle de pédiatres, fragilise la situation en matière de soins pédiatriques. De même, le transfert de compétences constaté en médecine de premier recours, où d'autres professions de la santé interviennent, est bien plus difficile en pédiatrie, ce qui aggrave la situation globale des soins.

S'agissant de l'immigration, il convient de tenir compte, comme pour la médecine de premier recours, des nouvelles conditions d'autorisation entrées en vigueur en 2022.

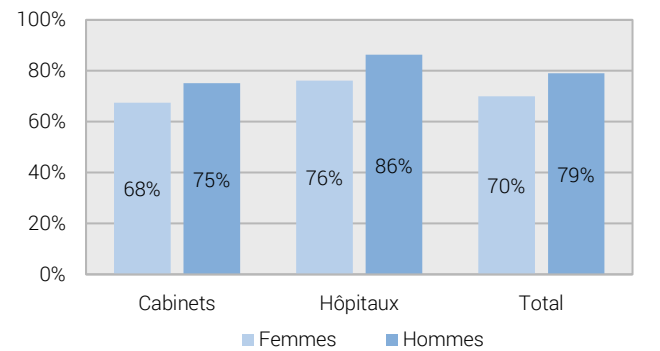
Pour la pédiatrie, nous estimons aussi que le modèle « pénurie » correspond au mieux à la réalité.

4.4 Psychiatrie et psychothérapie

4.4.1 Effectifs actuels

En 2018, les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie (hors psychiatrie des enfants et adolescents) représentaient 3 148 EPT en Suisse (G 4.29), dont environ trois quarts (2 291 EPT ; 73%) en cabinet médical et le reste (857 EPT ; 27%) en hôpital. Dans les deux secteurs, la part de femmes est très similaire, avec respectivement 41% et 42%. En ce qui concerne la distribution par âge, on constate de vraies différences selon les secteurs : plus de la moitié (57%) des psychiatres exerçant en cabinet ont 55 ans ou plus et atteindront donc l'âge de la retraite au cours des dix prochaines années. Dans les hôpitaux en revanche, cette proportion est nettement plus faible (34%).

G 4.29 Psychiatrie et psychothérapie : taux d'occupation, Suisse, 2018



Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale © Obsan 2022

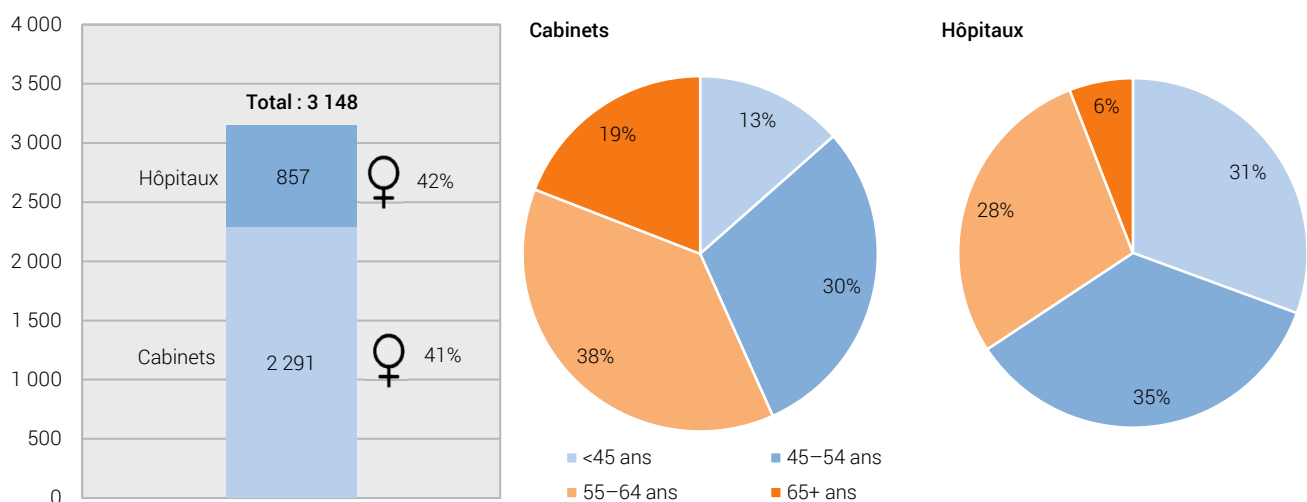
Dans les cabinets, le taux d'occupation moyen est de 68% pour les femmes et 75% pour les hommes. Dans les hôpitaux, il est respectivement de 76% et 86% (G 4.28). En recoupant les deux secteurs, on obtient un taux d'occupation moyen de 70% pour les femmes et 79% pour les hommes.

4.4.2 Outflow

Afin d'estimer combien de médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie actuellement en activité quitteront la profession à l'avenir, on a pris en compte les départs à la retraite mais aussi les sorties précoces de la profession.

Pour calculer les *départs à la retraite*, on a déduit les EPT des médecins qui atteindront l'âge de la retraite au cours de l'une des années de projection d'ici 2030 (voir 3.2.1.). Compte tenu du fait

G 4.28 Psychiatrie et psychothérapie : effectifs en EPT, pourcentage de femmes et distribution par âge, Suisse, 2018



Les chiffres correspondent à des équivalents plein temps ; exception : la répartition par âge dans les hôpitaux est établie sur la base du nombre de médecins.

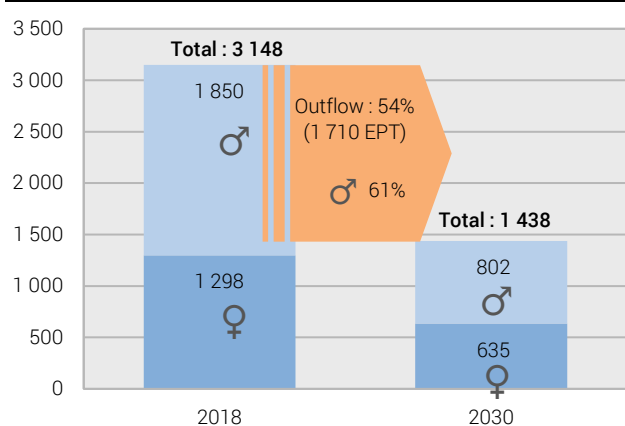
Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale

© Obsan 2022

qu'une partie des médecins continue de travailler après avoir atteint l'âge officiel de la retraite, on a appliqué une déduction de 15% au nombre de départs à la retraite dans les cabinets et les hôpitaux. Pour les *sorties précoces de la profession*, qui incluent les émigrations et les retours au pays, on a appliqué au nombre restant de médecins (âgés de moins de 52 ou 53 ans) une déduction de 5%.

Pour la psychiatrie et la psychothérapie, on obtient un outflow de 1 710 EPT (G 4.30) – soit plus de la moitié (54%) des effectifs actuels. Les médecins qui quitteront la profession sont en majorité (61% des EPT) des hommes.

G 4.30 Psychiatrie et psychothérapie : outflow, Suisse, 2018/2030



Outflow en équivalents plein temps

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale © Obsan 2022

- bas : augmentation à 115 titres en moyenne

Pour tenir compte du fait que les médecins qui reçoivent un titre de formation postgrade fédéral en psychiatrie et psychothérapie ne prodiguent pas tous des soins médicaux dans cette spécialité, une déduction de 10% a été appliquée.

Le nombre de *titres de formation postgrade reconnus* en psychiatrie et psychothérapie a été en augmentation jusqu'en 2015, sauf en 2014 (G 4.32). Depuis 2015, le nombre de titres reconnus a plus ou moins diminué : en 2020, 101 titres ont été reconnus en psychiatrie et psychothérapie. Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade reconnus jusqu'en 2030 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2020 (109 titres) – les scénarios suivants ont été définis :

- haut : augmentation à 115 titres en moyenne
- moyen : baisse à 105 titres en moyenne
- bas : baisse à 95 titres en moyenne
- zéro : aucun titre de formation postgrade reconnu

4.4.3 Inflow

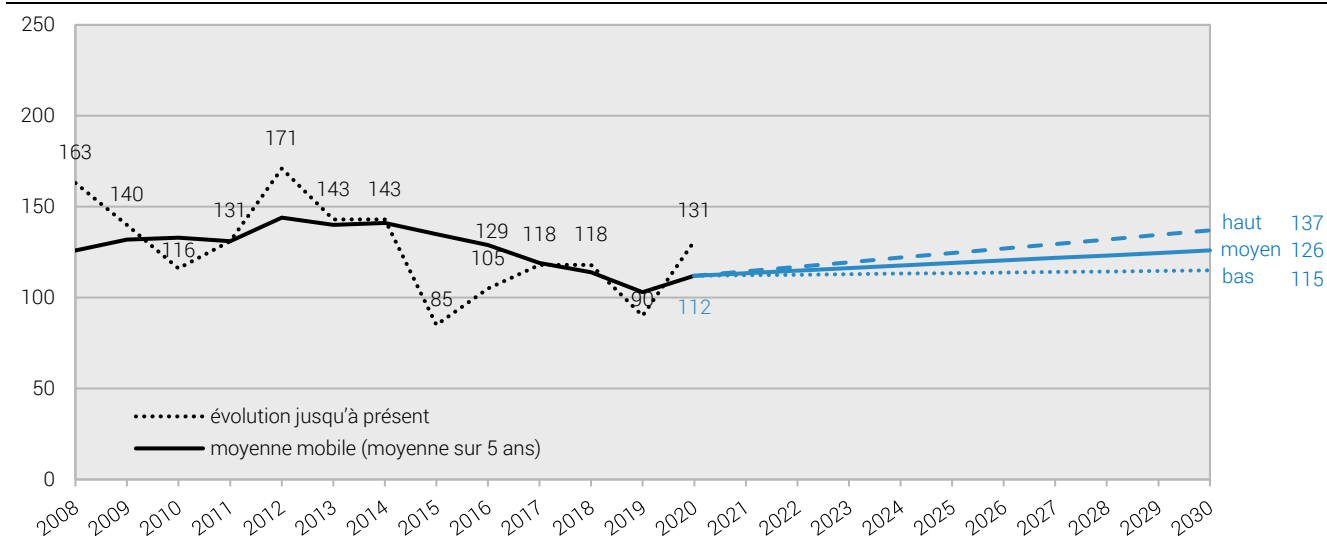
Le calcul du nombre de médecins spécialistes qui arriveront dans le métier, est basé sur le nombre de titres de formation postgrade délivrés. Les graphiques G 4.31 et G 4.32 montrent l'évolution suivie jusqu'à présent et les scénarios définis pour le nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus en psychiatrie et psychothérapie (hors psychiatrie des enfants et adolescents).

Le nombre de *titres fédéraux* connaît cependant d'importantes variations au fil du temps. Si l'on considère la moyenne sur 5 ans (moyenne mobile), on note un recul entre les valeurs de 2014 et de 2019 (G 4.31). En 2020, ce nombre a augmenté de nouveau, avec 131 titres supplémentaires en psychiatrie et en psychothérapie. En l'état actuel, il n'est pas possible de savoir s'il augmentera encore ces prochaines années.

Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade fédéraux décernés jusqu'en 2030 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2020 (112 titres) – les scénarios suivants ont été définis :

- haut : augmentation à 137 titres en moyenne
- moyen : augmentation à 126 titres en moyenne

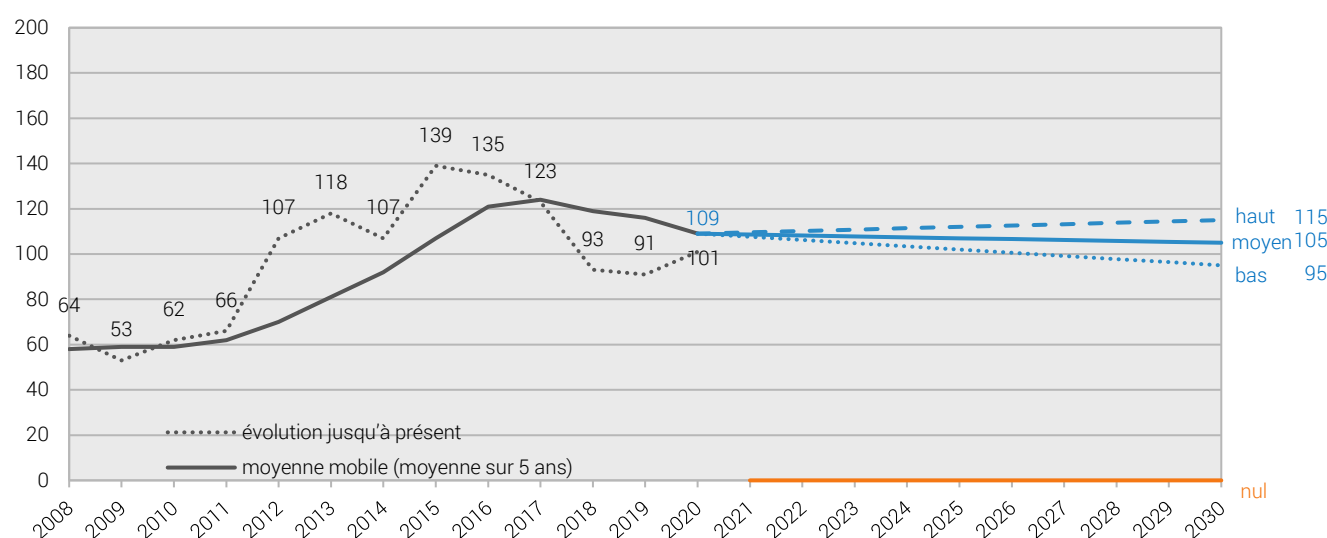
G 4.31 Psychiatrie et psychothérapie : nombre de titres de formation postgrade fédéraux, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2030



Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

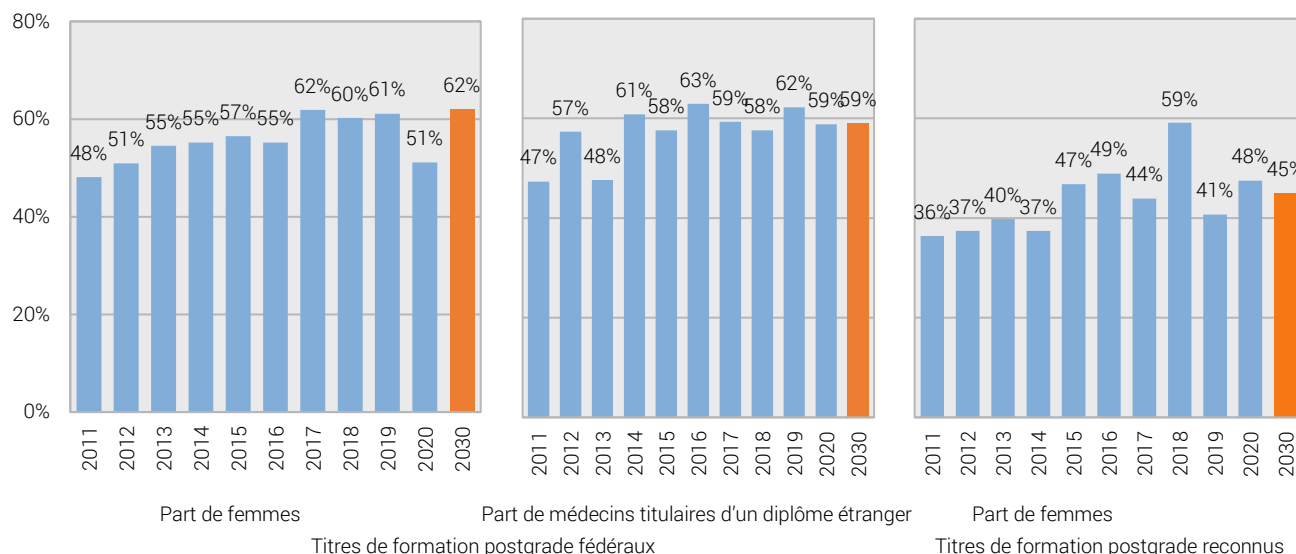
G 4.32 Psychiatrie et psychothérapie : nombre de titres de formation postgrade reconnus, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2030



Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

G 4.33 Psychiatrie et psychothérapie : titres de formation postgrade fédéraux et reconnus : part de femmes et part de médecins titulaires d'un diplôme étranger, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2030



© Obsan 2022

Avec le scénario « zéro », il est possible comme expliqué au chapitre 3.2.1 de simuler l'évolution des effectifs s'il n'y avait plus aucune immigration de psychiatres étrangers. Ainsi, on peut mettre en évidence le nombre de médecins spécialistes que le système de formation postgrade suisse « produit » et à quel point il est – ou va devenir – dépendant de l'étranger.

Pour tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent la reconnaissance d'un titre de formation postgrade en psychiatrie et psychothérapie ne prodiguent pas tous des soins médicaux dans cette spécialité, une déduction de 10% a été appliquée.

Si l'on regroupe l'inflow estimé résultant des titres de formation postgrade fédéraux et reconnus en psychiatrie et psychothérapie, on constate que les titres reconnus représentent environ 45% de l'inflow.

La part de femmes dans les *titres de formation postgrade fédéraux* a augmenté de façon plus ou moins constante jusqu'en 2015. Depuis, elle se situe entre 51% et 62% (G 4.33). La moyenne des 5 dernières années est de 58%. Pour les projections, on a pris comme base une légère augmentation linéaire jusqu'à 62% d'ici 2030.

La part de médecins titulaires d'un diplôme étranger se situait à 60% en moyenne au cours des 5 dernières années (G 4.33). Pour les projections jusqu'en 2030, on a fixé un pourcentage moyen de 59%.

La part de femmes parmi les médecins disposant d'un *titre reconnu* s'est établie à 48% en moyenne au cours des 5 dernières années (G 4.33) – sans la valeur élevée (59%) enregistrée en 2018, ce pourcentage serait cependant plus bas. On a donc fixé un pourcentage moyen de femmes de 45% pour les projections à l'horizon 2030.

Afin de convertir l'inflow en EPT (voir 3.2.1), le nombre prévu d'arrivées par sexe a été déterminé à l'aide d'un taux d'occupation

moyen, sur la base de deux scénarios. Le scénario constant utilise le taux moyen des deux secteurs calculé à partir des données existantes : femmes 70%, hommes 79% (G 4.29). Pour le scénario bas, on a supposé que le taux d'occupation des médecins de sexe féminin baissera régulièrement de 5% jusqu'en 2030 pour atteindre 65%, et qu'il diminuera de 10% pour atteindre 69% chez les médecins de sexe masculin.

4.4.4 Besoins actuels

Les besoins actuels sont calculés sur la base du recours aux soins actuel.

En 2018, 576 consultations en cabinet de psychiatrie ont été enregistrées pour 1 000 habitants. En 2017, dans les hôpitaux, 303 jours de soins en psychiatrie (hors psychiatrie des enfants et adolescents) ont été comptabilisés pour 1 000 habitants.

Deux modèles ont été calculés pour la psychiatrie et la psychothérapie :

1. Un « modèle de référence », dans lequel aucune correction n'a été apportée aux besoins actuels. Les calculs ont donc été réalisés dans l'hypothèse que le recours aux soins actuel est adéquat et que les effectifs actuels de médecins spécialistes couvrent ces besoins – en d'autres termes, qu'il n'y a pas d'inadéquation de l'offre.
2. Un modèle « Sous-approvisionnement » suppose quant à lui que l'offre actuelle est inadéquate. Selon le groupe d'experts en effet, certains patients ne sont pas traités par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie alors que ce serait indiqué. Pour les calculs, on a donc fixé un facteur de correction de 10% tenant compte de ce sous-approvisionnement.

4.4.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins

Qui peut proposer une psychothérapie ?

- Les médecins psychothérapeutes : médecins possédant le titre de spécialiste en « psychiatrie et psychothérapie »
- Les psychothérapeutes non-médecins : psychologues possédant un titre de formation postgrade en psychothérapie

Les facteurs d'influence sur l'évolution future du recours aux soins ont été rassemblés en deux groupes : l'évolution démographique est prise en compte dans le modèle de façon individuelle. Les autres éléments sont intégrés ensemble dans le modèle de simulation (voir 3.2.2). Pour la psychiatrie et psychothérapie, les calculs sont établis sur la base d'un scénario démographique et d'un scénario alternatif, à partir des hypothèses suivantes :

Scénario démographique

Seule l'évolution démographique est prise en compte, d'après les trois scénarios de l'OFS. Les autres facteurs d'influence sur le recours aux soins sont considérés comme constants.

Scénario alternatif

Les hypothèses formulées quant à l'évolution future du recours aux soins sont les suivantes :

- Cabinets : baisse de -20%
- Secteur hospitalier stationnaire : augmentation de +5%
- Secteur hospitalier ambulatoire : augmentation de +10%
- Part du secteur ambulatoire à l'hôpital (par rapport au volume de travail des médecins spécialistes) : 30%

Il convient de noter que les hypothèses concernant les besoins futurs sont des estimations comportant un certain degré d'incertitude. Ces hypothèses devront être validées, dans la mesure du possible, lors de la prochaine actualisation.

La baisse du recours aux soins dans les cabinets a été définie en partant du principe que les psychothérapeutes non-médecins prendront en charge certaines prestations à l'avenir (délégation des tâches). À cet égard, il est important d'évoquer le nouveau modèle de la prescription (OFSP, 2021b) : actuellement, les prestations des psychologues-psychothérapeutes ne sont rémunérées par l'assurance de base que si le thérapeute exerce sous la surveillance d'un médecin (psychothérapie déléguée). À compter du 1^{er} juillet 2022, elles seront prises en charge dès lors qu'elles seront réalisées sur prescription médicale. Ainsi, les psychologues-psychothérapeutes qui exercent sous leur propre responsabilité professionnelle pourront désormais aussi pratiquer à la charge de l'assurance de base. Les effets de ce changement de système, qui passe d'un modèle de délégation à un modèle de prescription, ne sont pas encore clairement établis. On espère que l'accès à la psychothérapie sera plus simple et plus

rapide et qu'il y aura moins de situations de Sous-apvisionnement dans les soins proposés aux enfants, aux adolescents et aux adultes en situation de crise et d'urgence, grâce à l'augmentation du nombre de psychologues-psychothérapeutes habilités à facturer via l'assurance de base (OFSP, 2021b).

Pour des raisons de lisibilité, seuls les résultats du scénario moyen de l'OFS sont représentés dans les graphiques. Le scénario démographique est désigné comme « moyen » et le scénario alternatif comme « moyen+ ».

4.4.6 Effectifs et besoins futurs

Dans les graphiques G 4.34 et G 4.35, les projections concernant les effectifs et les besoins sont indiquées en EPT pour la psychiatrie et la psychothérapie (hors psychiatrie des enfants et adolescents).

Modèle de référence

- Hypothèse de base : pas d'inadéquation de l'offre existante
- Scénarios concernant les besoins : scénario démographique et scénario alternatif fondé sur les hypothèses suivantes : cabinets : -20% ; secteur hospitalier stationnaire : +5% ; secteur hospitalier ambulatoire : +10%.

Les résultats du modèle de référence sans correction pour les besoins actuels montrent que, selon les scénarios concernant l'inflow et le taux d'occupation, les effectifs de médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie vont diminuer jusqu'en 2030 pour passer de 3 148 EPT à 3 025 EPT ou bien augmenter à 3 381 EPT, ce qui correspond à une évolution comprise entre -4% et +7% (-123 EPT – +233 EPT ; lignes/colonnes bleues).

Durant la même période, dans le scénario purement démographique, on constate que les besoins devraient augmenter de 8% pour passer de 3 148 EPT à 3 389 EPT (+241 EPT ; lignes/colonnes vertes). Dans le scénario alternatif, qui, outre l'évolution démographique, part de l'hypothèse d'une diminution du recours aux soins dans les cabinets, en raison de la délégation des tâches, et d'une augmentation dans le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire), on constate que les besoins devraient rester pratiquement constants (-19 EPT ; -1%).

Selon ces calculs, les effectifs devraient se situer entre 10% en-dessous et 8% au-dessus des besoins, en fonction du scénario. Dans le modèle de référence, les effectifs devraient donc plus ou moins couvrir les besoins. Ce n'est cependant le cas que grâce à un niveau d'immigration de médecins spécialistes étrangers en psychiatrie et psychothérapie certes en baisse mais encore relativement élevé (voir les hypothèses concernant l'immigration au point 4.4.3). Avec une immigration nulle, les

effectifs futurs seraient inférieurs de 22 à 33% aux besoins (lignes/colonnes orange).

Modèle « Sous-approvisionnement »

- En quoi les résultats du « modèle de référence » changent-ils si l'on part du principe que les besoins actuels sont sous-estimés (hypothèse : sous-approvisionnement actuel de 10%) ?

En supposant pour les calculs qu'il existe actuellement un sous-approvisionnement de 10% en psychiatrie et psychothérapie, on constate que les besoins actuels se situent à 3 463 EPT. Dans ce modèle, les besoins augmenteraient à 3 442 EPT – 3 728 EPT d'ici 2030. Si ce modèle se vérifiait, les effectifs ne couvriraient pas les besoins : selon les scénarios, ils se situeraient entre 2% et 19% en-dessous des besoins. Si l'on établit des calculs pour ce modèle en se basant sur un scénario dans lequel l'immigration est nulle, on constate que les effectifs seraient 29 à 39% inférieurs aux besoins.

Discussion

Les besoins en psychiatrie et psychothérapie ne peuvent pas être couverts sans les médecins étrangers

Les analyses montrent que, selon les scénarios, la Suisse peut, dans le meilleur des cas, couvrir de justesse ses besoins en

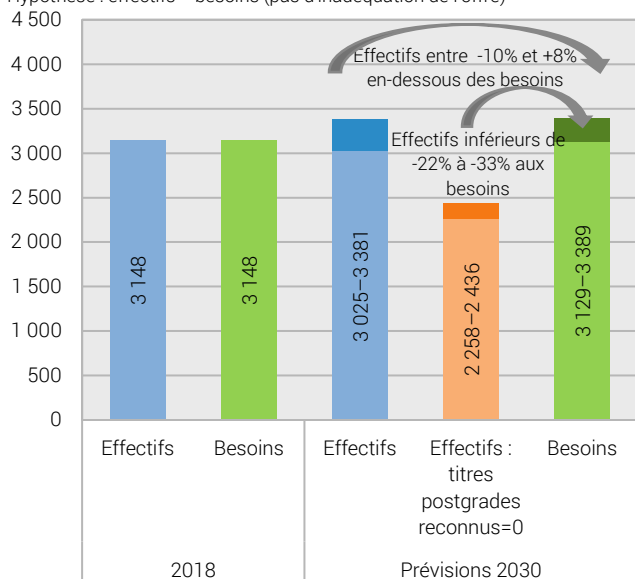
psychiatrie et psychothérapie (hors psychiatrie des enfants et adolescents) mais seulement grâce aux médecins spécialistes étrangers. Si, en plus de cela, on considère qu'il existe actuellement une situation de sous-approvisionnement, la dépendance vis-à-vis de l'étranger s'accroît encore. Actuellement, pour 112 titres de formation postgrade fédéraux en psychiatrie et psychothérapie, il y a presque autant de titres de formation postgrade reconnus. Cela signifie que les médecins étrangers constituent près de 50% des nouveaux psychiatres et psychothérapeutes exerçant en Suisse. Les calculs montrent que les besoins futurs ne pourront être couverts que dans une certaine mesure si une part importante de psychiatres et psychothérapeutes étrangers continuent de venir exercer en Suisse.

Cette dépendance à l'égard de l'étranger est encore plus évidente lorsqu'on sait que près de 60% des psychiatres et psychothérapeutes qui accomplissent leur formation postgrade en Suisse ont effectué leur formation initiale (études en médecine) à l'étranger (voir G 4.33). Dans les graphiques linéaires du G 4.35, les lignes grises montrent comment les effectifs évolueraient si l'immigration était nulle et si l'inflow résultant des titres de formation postgrade fédéraux intégrait uniquement les médecins qui ont réalisé leurs études de médecine en Suisse. Cette simulation permet de mettre en évidence la dépendance de la Suisse à l'égard de l'étranger non seulement pour les médecins spécialistes mais aussi pour l'affectation des postes de médecin-assistant.

G 4.34 Psychiatrie et psychothérapie : prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2030

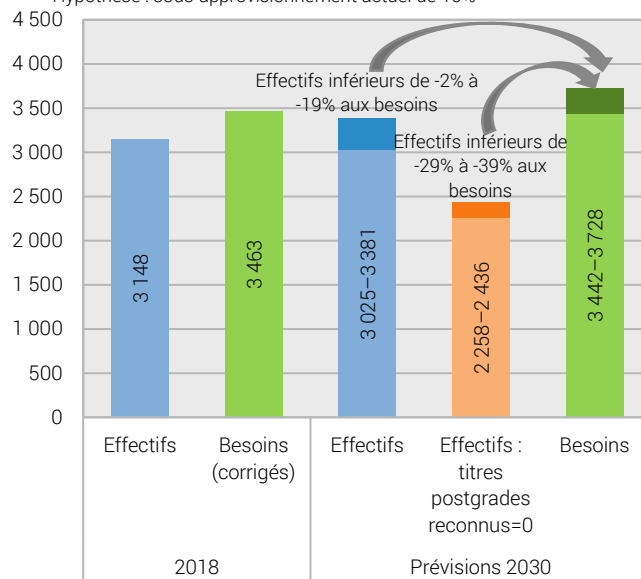
Modèle de référence (sans correction des besoins actuels)

Hypothèse : effectifs = besoins (pas d'inadéquation de l'offre)



Modèle « Sous-approvisionnement »

Hypothèse : sous-approvisionnement actuel de 10%



« Effectifs : titres de formation postgrade reconnus=0 » : effectifs futurs si aucun psychiatre étranger ne vient plus exercer en Suisse (hypothèse : titres de formation postgrade reconnus en psychiatrie et psychothérapie = 0)

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; OFSP – MedReg ; FMH – Statistique médicale ; OFS – MS, STATPOP et scénarios d'évolution démographique ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2022

Éléments indiquant un sous-approvisionnement, qui pourrait s'accroître

Peu d'études ont été menées au sujet de la situation de l'offre de soins en psychiatrie et psychothérapie. Cependant, certains éléments indiquent qu'il existe actuellement un sous-approvisionnement – du moins dans certaines régions – qui pourrait s'accroître au cours des prochaines années. La forte proportion de médecins étrangers en psychiatrie et psychothérapie, par exemple, est révélatrice d'un manque d'effectifs à l'heure actuelle. Cette part importante de psychiatres étrangers (pour certains venus de pays hors UE) pose problème dans la mesure où, dans cette spécialité, les difficultés culturelles et linguistiques sont tout particulièrement susceptibles d'avoir des effets négatifs sur les soins.

Les analyses montrent que même si une part plus importante des prestations est prise en charge par des psychothérapeutes non-médecins à l'avenir (délégation des tâches, voir scénario alternatif pour le calcul des besoins), les besoins en psychiatrie et psychothérapie ne pourront pas être couverts ou seulement grâce au nombre important de médecins venus de l'étranger.

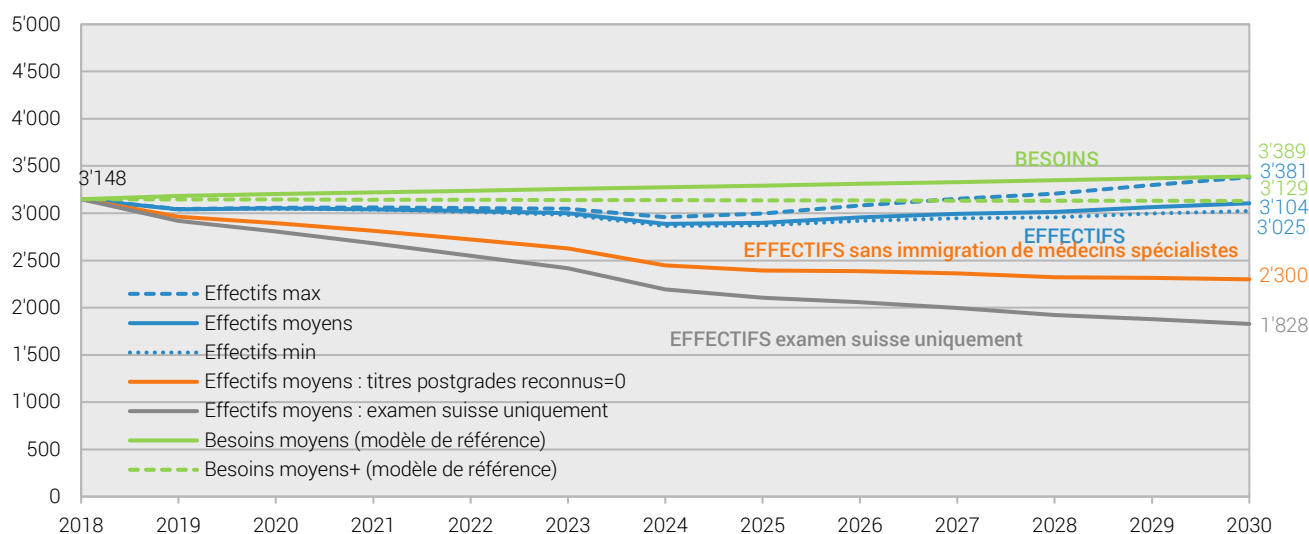
Le nouveau modèle de la prescription et ses conséquences

Les projections pour la psychiatrie et la psychothérapie doivent être interprétées à la lumière du modèle de la prescription, qui sera introduit le 1^{er} juillet 2022. Ses effets sur les besoins et les effectifs dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie ne sont pas encore clairement établis. On peut imaginer qu'une part plus importante des prestations sera prise en charge par des psychothérapeutes non-médecins. Cette évolution est perceptible depuis plusieurs années déjà, mais avec ce changement de système, la délégation des tâches prend encore de l'importance. Lors de l'analyse des besoins avec le scénario alternatif, cette situation a été prise en compte à travers l'application d'une déduction de 20% aux besoins dans le secteur des cabinets psychiatriques. Au cours des prochaines années, on pourra voir si cette hypothèse était appropriée ou si le recours aux soins et donc les besoins vont évoluer autrement.

G 4.35 Psychiatrie et psychothérapie : prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2018–2030

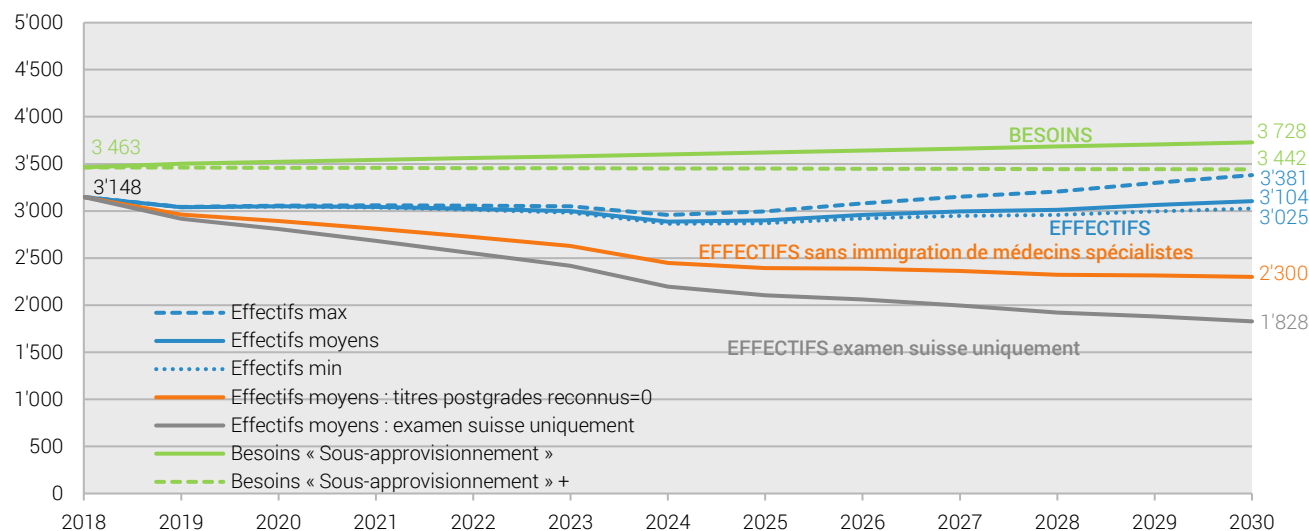
Modèle de référence (sans correction des besoins actuels)

Hypothèse : effectifs = besoins (pas d'inadéquation de l'offre)



Modèle « Sous-approvisionnement »

Hypothèse : sous-approvisionnement actuel de 10%



Effectifs : résultat le plus bas, moyen et le plus haut, en fonction du scénario choisi pour l'inflow (nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus) et pour le taux d'occupation.

Besoins : « moyen (modèle de référence) » : scénario d'évolution démographique moyen (sans facteur de correction) / « moyen+ (modèle de référence) » : scénario d'évolution démographique moyen (sans facteur de correction) avec scénario alternatif : cabinets et secteur hospitalier ambulatoire +10% ; secteur hospitalier stationnaire -10% / « Sous-approvisionnement » : scénario d'évolution démographique moyen avec facteur de correction pour les besoins actuels de -10% / « Sous-approvisionnement+ » : scénario d'évolution démographique moyen avec facteur de correction pour les besoins actuels et scénario alternatif : cabinets et secteur hospitalier ambulatoire +10%, secteur hospitalier stationnaire -10%

Pour des raisons de lisibilité, seule une partie des résultats possibles est représentée.

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale ; OFSP – MedReg ; OFS – MS et STATPOP ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2022

4.4.7 Point de vue de la société de discipline médicale

Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP)

La SSPP adhère aux prévisions publiées dans le rapport.

Pour diverses raisons, la Suisse a la plus grande densité de psychiatres au monde. Cette situation ne relève pas de particularités épidémiologiques de la population suisse, mais du rôle du psychiatre, qui travaille souvent à temps partiel et en tant que médecin de premier recours. La psychothérapie fait partie intégrante de l'activité des psychiatres suisses, qui sont souvent le premier point de contact pour les problèmes psychiques de tous types. En effet, plus de 40% des patients s'adressent directement à un psychiatre. Dans certains pays tels que le Royaume-Uni ou les Pays-Bas, les psychiatres interviennent uniquement lors de maladies psychiques graves et complexes. En Suisse, les temps d'attente sont relativement brefs, précisément pour ces raisons.

Le modèle de prescription adopté par le Conseil fédéral et qui entrera en vigueur par voie d'ordonnance le 1er juillet 2022 pourrait à long et moyen terme modifier profondément le rôle des psychiatres. Malgré un accès facilité aux psychothérapies, il comporte en effet un risque de dégradation de l'offre de soins psychiatriques et psychothérapeutiques.

Si, à l'avenir, les psychothérapies au sens strict sont davantage assurées par des psychologues-psychothérapeutes que par des psychiatres, cela sonnera le glas d'une particularité essentielle du système éprouvé de soins psychiatriques et psychothérapeutiques en Suisse. La marginalisation progressive de la psychothérapie médicale pourrait aussi avoir un impact sur la relève, pour laquelle la profession de psychiatre perdra son attrait. En outre, moins de professionnels seront disposés à pratiquer en cabinet indépendant. On voit donc poindre le risque de pénurie dans le domaine ambulatoire, car ce n'est qu'ensemble que les psychiatres et les psychologues pourront maintenir la sécurité élevée des prestations.

Par ailleurs, l'accès aux soins des personnes gravement malades pourrait être mis en péril, en raison notamment de l'importante pression économique qui pèse sur le système de santé. L'accès facilité aux psychothérapies pourrait notamment entraîner une allocation de ressources supplémentaires en priorité pour le traitement des maladies psychiques légères et d'autres troubles légers, au détriment des personnes gravement malades.

Bien qu'il soit encore trop tôt pour évaluer l'impact du modèle de prescription, il ne faut pas négliger le risque que le changement de système entraîne un sous-approvisionnement au lieu de l'amélioration visée par le Conseil fédéral. D'autres modifications actuellement débattues au niveau politique pourraient également avoir des conséquences négatives sur les prestations (forfaits ambulatoires, service de consultation de premier recours obligatoire, etc.). Les effets concrets de ces modifications pourraient certainement être intégrés au prochain rapport.

La SSPP souhaiterait encore s'exprimer sur les points suivants, qui concernent les soins psychiatriques et psychothérapeutiques :

- Concernant les soins psychiatriques ambulatoires prodigués par des cabinets privés, on constate une nette différence entre les centres urbains et les régions rurales. Les premiers disposent d'un nombre important de cabinets, alors qu'en campagne, il est très difficile d'assurer les soins de base en psychiatrie. La gestion des autorisations, qui relève de la compétence des cantons, est donc primordiale.
- La SSPP constate qu'aujourd'hui déjà, les personnes souffrant de maladies psychiques sont souvent suivies par d'autres prestataires de soins et non par des praticiens spécialisés. Les lacunes sont donc claires, comme le montre le point suivant : d'une part, des études révèlent que 20 à 25% des patients des cabinets de médecine générale présentent des problèmes psychiques. Or, ces problèmes ne sont souvent pas reconnus ou sont insuffisamment traités, les patients n'étant pas référés au spécialiste adéquat. D'autre part, des études font le postulat que 60% des patients de plus de 65 ans hospitalisés pour des maladies somatiques présentent des problèmes psychiques. En général, ceux-ci sont rarement diagnostiqués, et encore moins traités. Par ailleurs, l'accès aux soins des personnes issues de la migration est insuffisant.

Nous souhaiterions en outre signaler que la Suisse forme un nombre trop faible de médecins. Ce constat ne concerne pas que la psychiatrie, mais s'applique à toutes les spécialités. Pour la SSPP, devoir recruter un nombre important de médecins étrangers pour assurer les soins en Suisse n'est pas un acte solidaire. Elle demande donc au monde politique de garantir qu'à l'avenir, un nombre suffisant de médecins soient formés en Suisse afin d'assurer les soins de la population.

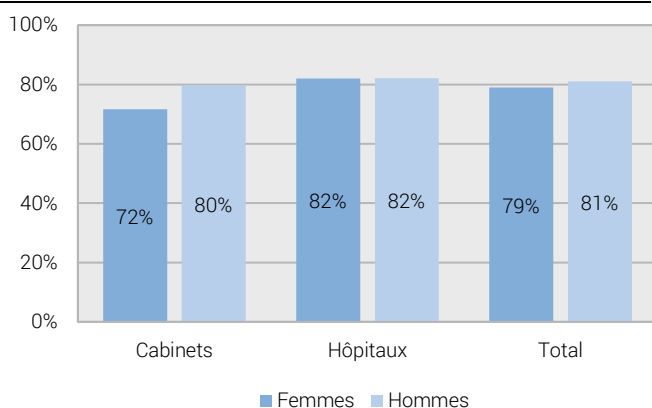
La SSPP attend avec intérêt les études prévues ces prochaines années, car celles-ci permettront d'évaluer avec suffisamment de pertinence l'impact du modèle de prescription et l'évolution des soins de base en psychiatrie.

4.5 Orthopédie

4.5.1 Effectifs actuels

En 2018, les médecins spécialistes en orthopédie représentaient 1 285 EPT en Suisse (G 4.37), dont près de la moitié (628 EPT ; 49%) en cabinet médical et le reste (657 EPT ; 51%) en hôpital. La part de femmes se situe à 7% dans les cabinets et à 11% dans les hôpitaux. En ce qui concerne la distribution par âge, on constate des différences selon les secteurs : 43% des orthopédistes exerçant en cabinet ont 55 ans ou plus et atteindront donc l'âge de la retraite au cours des dix prochaines années. Dans les hôpitaux en revanche, cette proportion est plus faible (31%).

G 4.37 Orthopédie : taux d'occupation, Suisse, 2018



Le taux d'occupation des médecins de sexe féminin dans les hôpitaux a été fixé à 82%. En effet, le taux calculé sur la base des données était de 87%, mais ce chiffre élevé peut être imputé au faible nombre de cas.

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale © Obsan 2022

Dans le secteur des cabinets, le taux d'occupation moyen calculé est de 72% pour les femmes et 80% pour les hommes. Dans le secteur hospitalier, il est de 82% pour les deux sexes (G 4.36). En recoupant les deux secteurs, on obtient un taux d'occupation moyen de 79% pour les femmes et 81% pour les hommes.

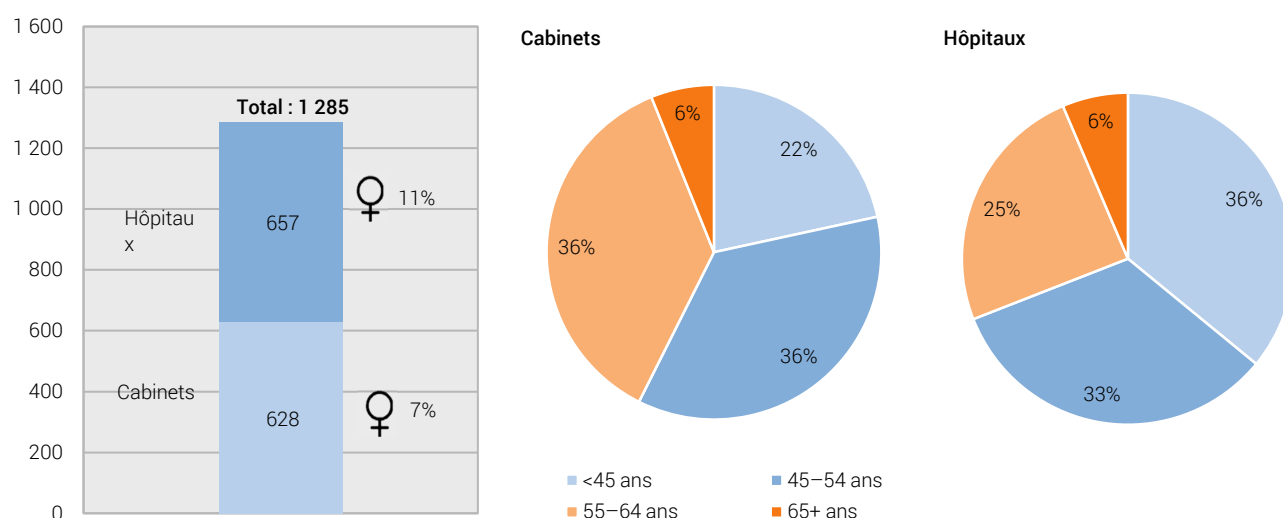
4.5.2 Outflow

Afin d'estimer combien de médecins spécialistes en orthopédie actuellement en activité quitteront la profession à l'avenir, on a pris en compte les départs à la retraite mais aussi les sorties précoces de la profession.

Pour calculer les *départs à la retraite*, on a déduit les EPT des médecins qui atteindront l'âge de la retraite au cours de l'une des années de projection d'ici 2030 (voir 3.2.1.). Étant donné qu'une partie des médecins continue de travailler après avoir atteint l'âge officiel de la retraite, on a appliqué une déduction de 5% au nombre de départs à la retraite dans les cabinets. Afin de prendre en considération les *sorties précoces de la profession*, qui incluent les émigrations et les retours au pays, on a appliqué au nombre restant de médecins (âgés de moins de 52 ou 53 ans) une déduction de 5%.

Pour l'orthopédie, on obtient un outflow de 535 EPT (G 4.38) – soit 42% des effectifs actuels. Les médecins qui quitteront la profession sont presque exclusivement (95% des EPT) des hommes.

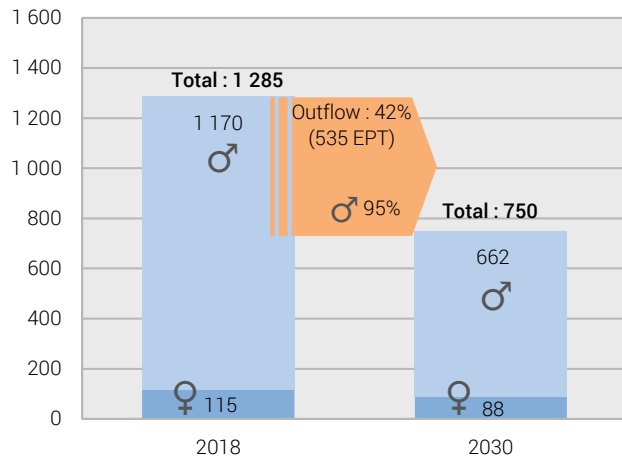
G 4.36 Orthopédie : effectifs en EPT, pourcentage de femmes et distribution par âge, Suisse, 2018



Les chiffres correspondent à des équivalents plein temps ; exception : la répartition des âges dans les hôpitaux est établie sur la base du nombre de médecins.

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale

© Obsan 2022

G 4.38 Orthopédie : outflow, Suisse, 2018/2030


Outflow en équivalents plein temps

 Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ;
 FMH – Statistique médicale © Obsan 2022

4.5.3 Inflow

Le calcul du nombre de médecins spécialistes qui arriveront dans le métier est basé sur le nombre de titres de formation postgrade délivrés. Les graphiques G 4.39 et G 4.40 montrent l'évolution suivie jusqu'à présent et les scénarios définis pour le nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus en orthopédie.

Jusqu'en 2017, le nombre de *titres fédéraux* en orthopédie avait tendance à augmenter, avec une valeur élevée (77 titres) cette année-là (G 4.39). Lors des deux années suivantes, le

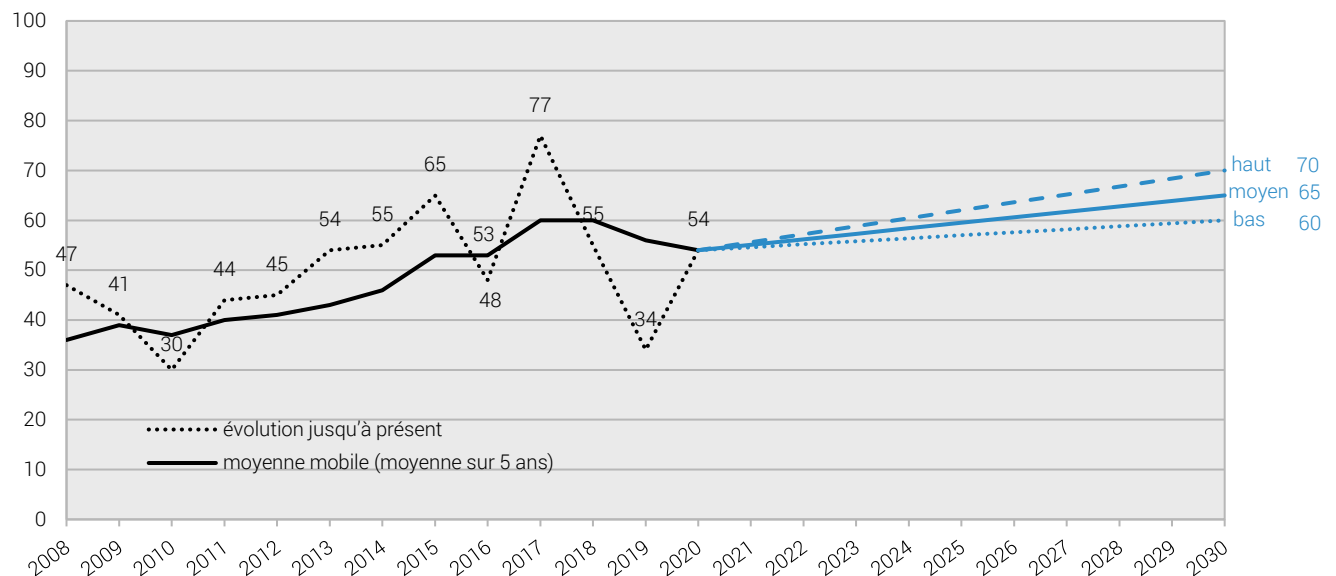
nombre de titres délivrés a été nettement plus faible, avec 55 et 34 titres. En 2020, 54 titres ont été délivrés.

Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade fédéraux décernés jusqu'en 2030 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2020 (54 titres) – les scénarios suivants ont été définis :

- haut : augmentation à 70 titres en moyenne
- moyen : augmentation à 65 titres en moyenne
- bas : augmentation à 60 titres en moyenne

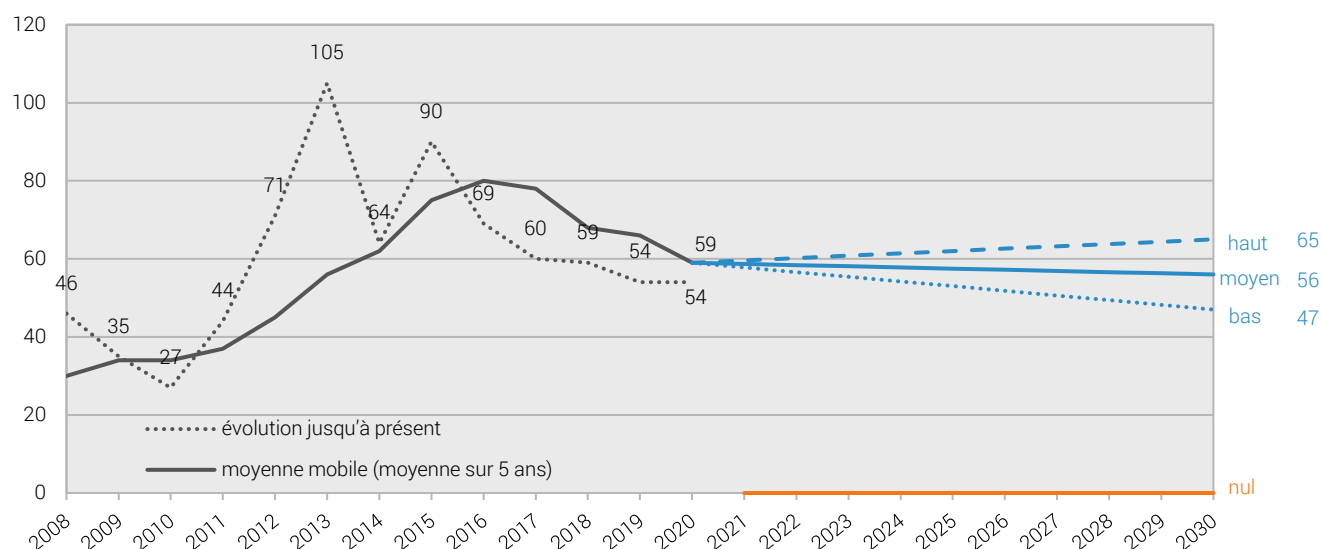
Pour tenir compte du fait que les médecins qui reçoivent un titre de formation postgrade fédéral en orthopédie ne prodiguent pas tous des soins médicaux dans cette spécialité, une déduction de 5% a été appliquée.

Le nombre de *titres de formation postgrade reconnus* en orthopédie a été en hausse jusqu'en 2015, sauf en 2014 (G 4.40). Depuis 2015, le nombre de titres reconnus a plus ou moins diminué : en 2020, 54 titres ont été reconnus en orthopédie. Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade reconnus jusqu'en 2030 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2020 (59 titres) – les scénarios suivants ont été définis :

G 4.39 Orthopédie : nombre de titres de formation postgrade fédéraux, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2030


Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

G 4.40 Orthopédie : nombre de titres de formation postgrade reconnus, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2030


Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

- haut : augmentation à 65 titres en moyenne
- moyen : baisse à 56 titres en moyenne
- bas : baisse à 47 titres en moyenne
- zéro : aucun titre de formation postgrade reconnu

Avec le scénario « zéro », il est possible, comme expliqué au chapitre 3.2.1, de simuler l'évolution des effectifs s'il n'y avait plus aucune immigration d'orthopédistes étrangers. Ainsi, on peut mettre en évidence le nombre de médecins spécialistes que le système de formation postgrade suisse « produit » et à quel point il est – ou va devenir – dépendant de l'étranger.

Pour tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent la reconnaissance d'un titre de formation postgrade en orthopédie ne prodiguent pas tous des soins médicaux dans cette spécialité, une déduction de 5% a été appliquée.

Si l'on regroupe l'inflow estimé résultant des titres de formation postgrade fédéraux et reconnus, on constate que les titres reconnus représentent environ 46% de l'inflow en moyenne.

La part de femmes parmi les médecins disposant d'un *titre de formation postgrade fédéral* s'est établie à 22% en moyenne ces 5 dernières années (G 4.41). Les projections se fondent sur l'hypothèse d'une augmentation linéaire jusqu'à 30% d'ici 2030. La part de médecins titulaires d'un diplôme étranger se situait à 53% en moyenne au cours des 5 dernières années (G 4.41). Pour les projections jusqu'en 2030, on a fixé un pourcentage moyen de 52%.

La part de femmes parmi les médecins disposant d'un titre *reconnu* s'est établie à 14% en moyenne au cours des 5 dernières années (G 4.41). En supposant que la part de femmes orthopédistes va augmenter à l'étranger aussi, on a retenu un pourcentage moyen de 30% de femmes pour les projections d'ici 2030.

Afin de convertir l'inflow en EPT (voir 3.2.1), le nombre prévu d'arrivées par sexe a été déterminé à l'aide d'un taux d'occupation moyen, sur la base de deux scénarios. Le scénario constant utilise le taux moyen des deux secteurs calculé à partir des données existantes : femmes 79%, hommes 81% (voir G 4.37). Pour le scénario à la baisse, on a supposé que le taux d'occupation diminuera progressivement de 10% d'ici 2030 pour les médecins des deux sexes, pour atteindre 69% chez les femmes et 71% chez les hommes.

4.5.4 Besoins actuels

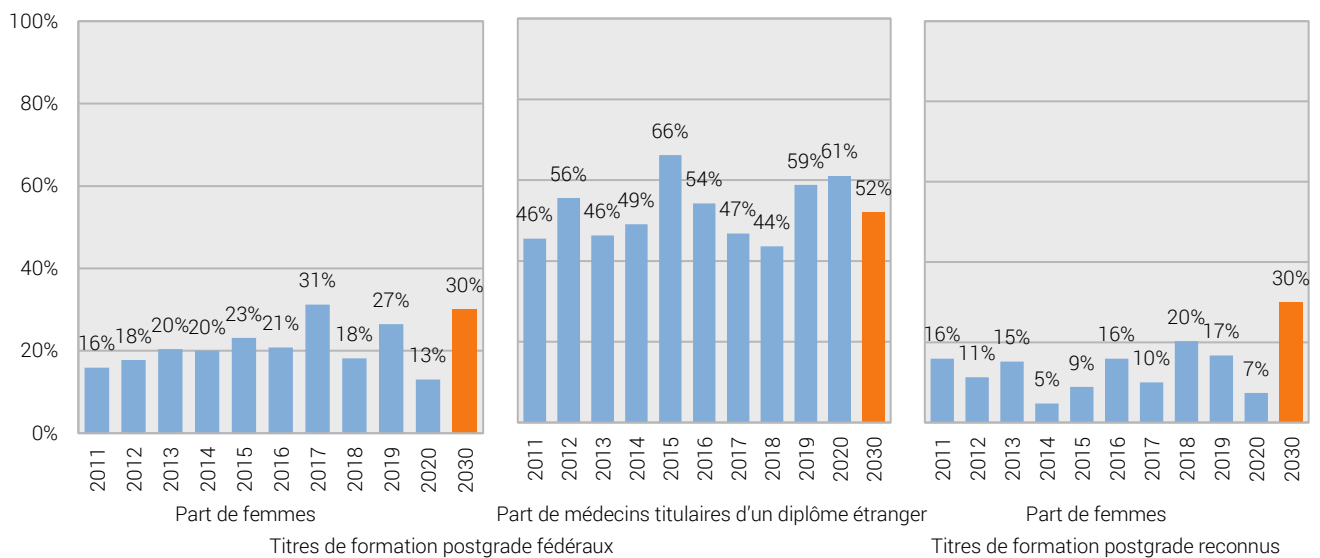
Les besoins actuels sont calculés sur la base du recours aux soins actuel.

En 2018, on a enregistré 119 consultations en cabinet d'orthopédie pour 1 000 habitants. En 2017, dans les hôpitaux, 127 jours de soins d'orthopédie ont été comptabilisés pour 1 000 habitants.

Deux modèles ont été calculés pour l'orthopédie :

1. Un « modèle de référence », dans lequel aucune correction n'a été apportée aux besoins actuels. Les calculs ont donc été réalisés dans l'hypothèse que le recours aux soins actuel est adéquat et que les effectifs actuels de médecins spécialistes couvrent ces besoins – en d'autres termes, qu'il n'y a pas d'inadéquation de l'offre.
2. Un modèle « Sur-approvisionnement » suppose quant à lui que l'offre actuelle est inadéquate. En effet, le groupe d'experts a considéré qu'il existe une situation de sur-approvisionnement dans le domaine de l'orthopédie, aussi bien en cabinet que dans les hôpitaux.

G 4.41 Orthopédie : titres de formation postgrade fédéraux et reconnus – part de femmes et part de médecins titulaires d'un diplôme étranger, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2030



Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

Pour les calculs, on a donc pris en compte un facteur de correction de 20% correspondant à ce surapprovisionnement.

des volumes se poursuivait. Le groupe d'experts considère qu'une telle évolution n'est pas souhaitable car, selon eux, il existe déjà un surapprovisionnement.

Pour des raisons de lisibilité, seuls les résultats du scénario moyen de l'OFS sont représentés dans les graphiques. Le scénario démographique est désigné comme « moyen » et le scénario alternatif comme « moyen+ ».

4.5.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins

Les facteurs d'influence sur l'évolution future du recours aux soins ont été rassemblés en deux groupes : l'évolution démographique est prise en compte dans le modèle de façon individuelle. Les autres éléments sont intégrés ensemble dans le modèle de simulation (voir 3.2.2). Pour l'orthopédie, on a établi des calculs pour le scénario démographique et un scénario alternatif, sur la base des hypothèses suivantes :

Scénario démographique

Seule l'évolution démographique est prise en compte, d'après les trois scénarios de l'OFS. Les autres facteurs d'influence sur le recours aux soins sont considérés comme constants.

Scénario alternatif

Les hypothèses formulées quant à l'évolution future du recours aux soins sont les suivantes :

- Cabinets : augmentation de +10%
- Secteur hospitalier stationnaire : aucun changement (0%)
- Secteur hospitalier ambulatoire : augmentation de +10%
- Part du secteur ambulatoire à l'hôpital (par rapport au volume de travail des médecins spécialistes) : 50%

Ces hypothèses ont été définies dans le but de montrer comment les besoins évolueraient si la tendance actuelle à l'augmentation

4.5.6 Effectifs et besoins futurs

Dans les graphiques G 4.42 et G 4.43, les projections concernant les effectifs et les besoins sont indiquées en EPT pour l'orthopédie.

Modèle de référence

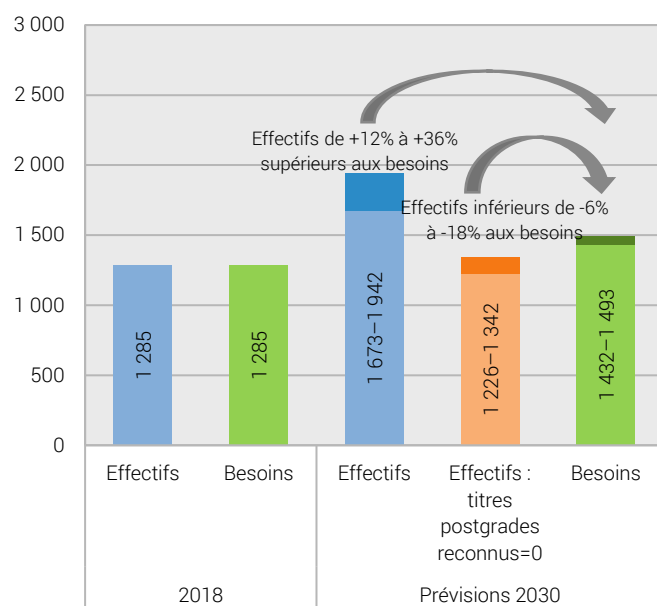
- Hypothèse de base : pas d'inadéquation de l'offre existante
- Scénarios concernant les besoins : scénario démographique et scénario alternatif fondé sur les hypothèses suivantes : cabinets : +10%; secteur hospitalier stationnaire : 0%; secteur hospitalier ambulatoire : +10%.

Les résultats du modèle de référence sans correction pour les besoins actuels montrent que, selon les scénarios concernant l'inflow et le taux d'occupation, les effectifs de médecins spécialistes en orthopédie vont augmenter jusqu'en 2030 pour

G 4.42 Orthopédie : prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2030

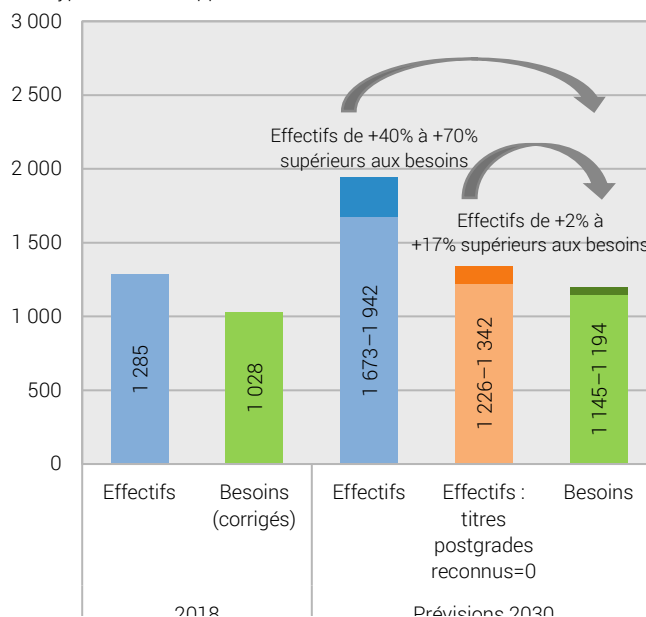
Modèle de référence (sans correction des besoins actuels)

Hypothèse : effectifs = besoins (pas d'inadéquation de l'offre)



Modèle « Sur-approvisionnement »

Hypothèse : sur-approvisionnement actuel de 20%



« Effectifs : titres de formation postgrade reconnus=0 » : effectifs futurs si aucun orthopédiste étranger ne vient plus exercer en Suisse (hypothèse : titres de formation postgrade reconnus en orthopédie = 0)

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; OFSP – MedReg ; FMH – Statistique médicale ; OFS – MS, STATPOP et scénarios d'évolution démographique ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2022

passer de 1 285 EPT à entre 1 673 EPT et 1 942 EPT, ce qui correspond à une hausse de 30 à 51% (+388 EPT – 657 EPT ; lignes/colonnes bleues).

Durant la même période, dans le scénario démographique, on constate que les besoins devraient augmenter de 11% pour passer de 1 285 EPT à 1 432 EPT (+147 EPT ; lignes/colonnes vertes). Dans le scénario alternatif, qui présume que les volumes vont encore augmenter, les besoins devraient augmenter de 16% pour atteindre 1 493 EPT (+208 EPT). Selon ces calculs, les effectifs seraient donc supérieurs de 12 à 36% aux besoins. Ce n'est cependant le cas que grâce à un niveau encore relativement élevé d'immigration de médecins spécialistes étrangers (voir les hypothèses concernant l'immigration au point 4.5.3). Avec une immigration nulle, les effectifs futurs se situeraient 6% à 18% en-dessous des besoins (lignes/colonnes orange).

Modèle « Sur-approvisionnement »

En quoi les résultats du modèle de référence changeraient-ils si l'on supposait qu'il existe actuellement un sur-approvisionnement de l'ordre de 20% ?

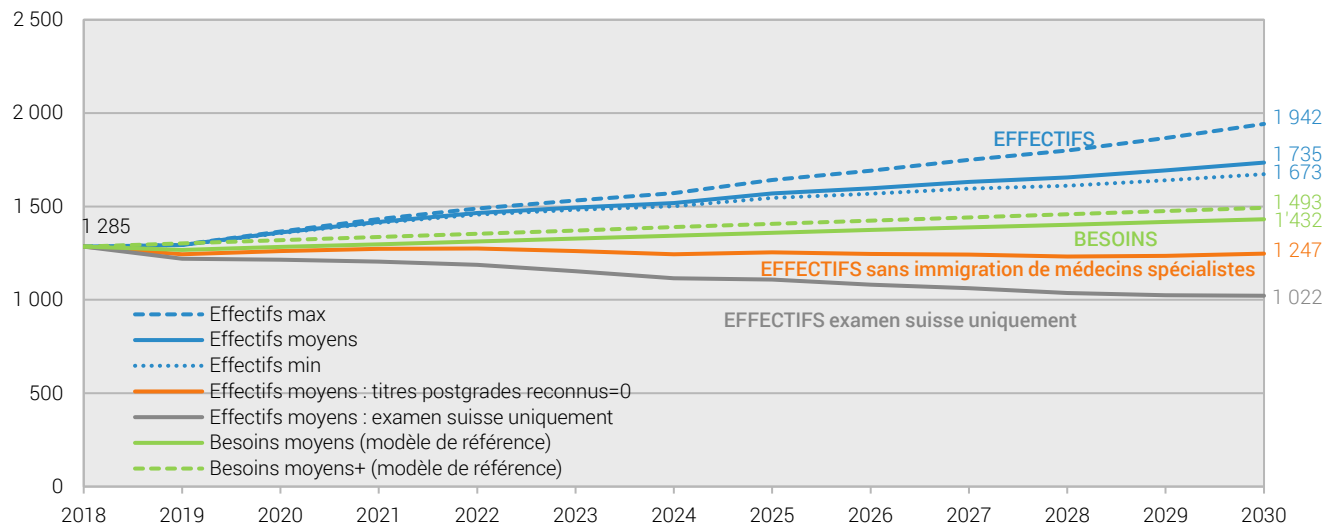
En supposant pour les calculs qu'il existe actuellement un sur-approvisionnement de 20% en orthopédie, on constate que les besoins actuels se situent à 1 028 EPT. Dans ce modèle, les

besoins augmenteraient donc à 1 145 EPT (scénario démographique) voire 1 194 EPT (scénario alternatif) d'ici 2030. Si ce modèle se vérifiait, les effectifs couvriraient largement les besoins : selon les scénarios, ils se situeraient entre 40% et 70% au-dessus des besoins. Si l'on établit des calculs pour ce modèle en se basant sur un scénario dans lequel l'immigration est nulle, on constate que cet écart se réduirait mais que les effectifs resteraient 2 à 17% supérieurs aux besoins. Cela signifie que les besoins pourraient être couverts même sans immigration de médecins orthopédistes formés à l'étranger.

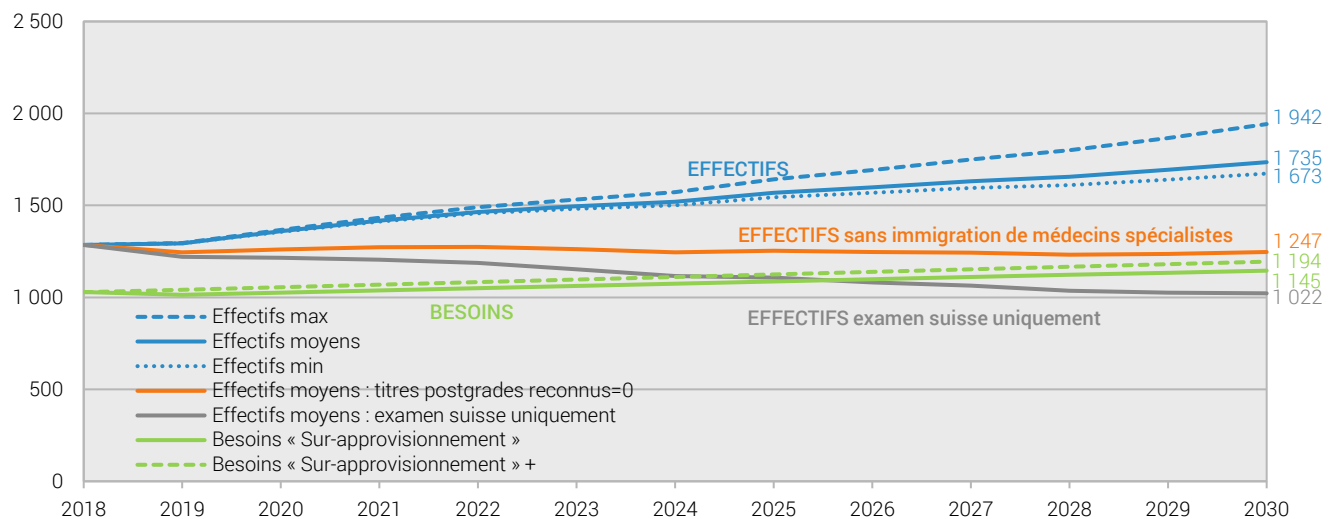
À cet égard, il faut noter que près de la moitié (env. 46%) des orthopédistes qui accomplissent leur formation postgrade en Suisse ont effectué leur formation de base à l'étranger. Dans les graphiques linéaires du G 4.43, les lignes grises montrent comment les effectifs évolueraient si l'immigration était nulle et si l'inflow résultant des titres de formation postgrade fédéraux intégrait uniquement les médecins qui ont réalisé leurs études de médecine en Suisse. Cette simulation permet de mettre en évidence la dépendance de la Suisse à l'égard de l'étranger non seulement pour les médecins spécialistes mais aussi pour l'affectation des postes de médecin-assistant.

G 4.43 Orthopédie : prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2018-2030**Modèle de référence (sans correction des besoins actuels)**

Hypothèse : effectifs = besoins (pas d'inadéquation de l'offre)

**Modèle « Sur-approvisionnement »**

Hypothèse : sur-approvisionnement actuel de 20%



Effectifs : résultat le plus bas, moyen et le plus haut, en fonction du scénario choisi pour l'inflow (nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus) et pour le taux d'occupation.

Besoins : « moyen (modèle de référence) » : scénario d'évolution démographique moyen (sans facteur de correction) / « moyen+ (modèle de référence) » : scénario d'évolution démographique (sans facteur de correction) avec scénario alternatif : cabinets & secteur hospitalier ambulatoire +10% ; secteur hospitalier stationnaire 0% / « Sur-approvisionnement » : scénario d'évolution démographique moyen avec facteur de correction pour les besoins actuels de -20% / « Sur-approvisionnement + » : scénario d'évolution démographique moyen avec facteur de correction pour les besoins actuels et scénario alternatif : cabinets et secteur hospitalier ambulatoire +10%, secteur hospitalier stationnaire 0%

Pour des raisons de lisibilité, seule une partie des résultats possibles est représentée.

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale ; OFSP – MedReg ; OFS – MS et STATPOP ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2022

Discussion

Les besoins dans le domaine de l'orthopédie pourraient être presque entièrement couverts par les médecins spécialistes formés en Suisse

Les analyses montrent que les prévisions concernant les effectifs (colonnes/lignes bleues) sont nettement supérieures aux besoins futurs calculés, aussi bien dans le modèle de référence que dans le modèle « Sur-approvisionnement ». Ces résultats se fondent sur l'hypothèse qu'un nombre de médecins orthopédistes étrangers important (quoiqu'en baisse par rapport à ces dernières années) continuera de venir exercer en Suisse. Actuellement, le nombre de titres de formation postgrade reconnus en orthopédie est presque égal au nombre de titres fédéraux délivrés. D'après les calculs, même sans la venue d'orthopédistes étrangers, les besoins pourraient être couverts, ou presque (colonnes/lignes orange). Si l'on considère en outre qu'il existe actuellement une situation de sur-approvisionnement, les besoins pourraient être largement couverts par le nombre d'orthopédistes ayant suivi leur formation postgrade en Suisse. Mais dans le domaine de l'orthopédie non plus, on ne peut pas se passer totalement de l'immigration : les colonnes/lignes grises montrent qu'il faut des médecins étrangers en formation postgrade pour que les postes de médecin-assistant puissent être pourvus.

Il faut cependant souligner qu'il arrive parfois (dans les cliniques, par exemple) que des difficultés de recrutement apparaissent et que des postes tels que celui de chef de service ne puissent être pourvus que par des médecins étrangers. Cela s'explique par les conditions de travail à l'hôpital, qui rendent de plus en plus difficile le recrutement d'orthopédistes suisses pour ces postes

4.5.7 Point de vue de la société de discipline médicale

swiss orthopaedics

swiss orthopaedics remercie les personnes ayant participé à l'analyse de l'Observatoire suisse de la santé. Swiss Orthopaedics adhère sur le fond aux conclusions du rapport.

Toutefois, nous relevons plusieurs points faibles dans l'analyse présentée :

- Le principal problème est que la valeur cible du niveau quantitatif de prestations reste floue. (« Quels temps d'attente sont raisonnables pour les prestations diagnostiques et thérapeutiques ? »). Cette question renvoie inévitablement à celle de l'accès de la population aux prestations médicales, et revêt donc une dimension politique cruciale. C'est une question à laquelle, en tant que société de discipline, nous ne pouvons répondre seuls.
- Le présent modèle ne peut fournir de données fiables sur l'état actuel de la situation (sur-approvisionnement ou sous-approvisionnement).
- Qualité des données : Le rapport ne fait pas clairement ressortir, par exemple, le nombre d'orthopédistes formés et admis à pratiquer qui exercent une activité clinique et le pourcentage de leur activité. Le même constat s'applique aux sous-spécialisations.

L'Observatoire de la santé a réalisé deux analyses sur mandat de swiss orthopaedics. Le premier modèle part d'une situation d'approvisionnement normal. Il postule que le statu quo correspond à un approvisionnement correct au vu de la démographie actuelle et de l'incidence des maladies. Cette hypothèse se fonde sur les données structurelles de l'OFSP, qui tiennent compte du nombre d'orthopédistes exerçant en cabinet et en milieu hospitalier, des interventions réalisées, des prestations ambulatoires, des coûts occasionnés, etc. Le deuxième modèle fait l'hypothèse d'une situation de sur-approvisionnement ; swiss orthopaedics postule que le sur-approvisionnement s'élève à env. 20%.

Selon swiss orthopaedics, ce sur-approvisionnement concerne surtout les cabinets médicaux, et moins les hôpitaux publics. En effet, les interventions orthopédiques et traumatologiques réalisées à l'hôpital sont liées à des prestations de réserve élevées (service d'urgences ouvert 24h/24, surcapacités temporaires visant à répondre aux pics de demande, etc.). Le système pyramidal est donc inhérent aux hôpitaux publics, et repose sur un grand nombre de spécialistes en formation qui assurent le fonctionnement des établissements comme c'est le cas actuellement. Le durcissement des limites légales relatives au temps de travail des médecins assistants (plafonnement du nombre d'heures hebdomadaires, jours de compensation, temps de repos) accentuera très fortement cette situation. Ce système nécessite cependant beaucoup moins de chirurgiens formés travaillant effectivement sous leur responsabilité personnelle.

Une grande majorité des assistants travaillant en hôpital sont de futurs spécialistes. Du fait de la structure pyramidale décrite plus haut, ceux-ci ne trouvent ensuite pas d'emploi dans le secteur public et sont donc contraints d'exercer dans le secteur privé.

De plus, on constate une arrivée massive de spécialistes étrangers, qui peuvent aisément exercer dans le privé, accentuant ainsi fortement le sur-approvisionnement dans ce secteur.

swiss orthopaedics voit trois possibilités pour freiner ce sur-approvisionnement :

- Les prestations de réserve dans les hôpitaux publics ne doivent pas être entièrement fournies par de futurs spécialistes, mais par des assistants « extérieurs à la spécialité » (en orthopédie, il peut s'agir de futurs médecins de premier recours ou de rhumatologues) ou par des médecins hospitaliers n'étant pas officiellement en formation.
- L'arrivée de spécialistes formés employés dans le système de santé suisse doit être limitée. swiss orthopaedics élabore actuellement un label de qualité qui pourrait servir d'instrument de pilotage pour les cabinets médicaux.
- Enfin, swiss orthopaedics constate un transfert substantiel de spécialistes hautement qualifiés du secteur public vers les cliniques privées. Les hôpitaux publics peinent à recruter, et doivent de plus en plus souvent faire appel à des professionnels étrangers. Il faut donc également réfléchir à optimiser les conditions de travail dans ces établissements, notamment compte tenu de la féminisation croissante, et à permettre une meilleure conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée.

La présente analyse montre qu'il est possible de répondre aux besoins futurs en spécialistes en Suisse sans immigration. Cela signifie que les spécialistes nouvellement formés en Suisse (examen suisse de spécialiste) peuvent couvrir sans problème les besoins de ces prochaines années, sans qu'il soit nécessaire de faire appel à des spécialistes étrangers déjà formés. Avec cet examen, swiss orthopaedics dispose en outre d'un instrument permettant de garantir la qualité des nouveaux spécialistes, ce qui n'est pas le cas pour les médecins étrangers.

swiss orthopaedics salue donc l'ordonnance du 1er janvier 2022, qui oblige les médecins voulant exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins à avoir pratiqué trois ans dans un site de formation postgrade suisse reconnu. Elle approuve également le fait d'exiger un certificat d'aptitude linguistique pour les médecins non formés en Suisse.

En conclusion, la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur est convaincue que la demande en orthopédistes doit continuer d'être couverte par des spécialistes suisses. Elle soutient tous les efforts visant à assurer la qualité et souhaite qu'un débat ait lieu sur la structuration de la formation des spécialistes et sur des critères clairs donnant accès à une activité exercée à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Par ailleurs, il faut constater que les bases légales font défaut pour que les sociétés suisses de discipline et l'ISFM puissent assurer la qualité et la quantité des prestations de sorte d'éviter tout surapprovisionnement supplémentaire en Suisse. Or, cela est nécessaire pour pouvoir à l'avenir garantir au moins la qualité actuelle des prestations, voire de l'améliorer à long et moyen terme. Enfin, il convient de concevoir et de mettre en œuvre les prochaines étapes pour permettre de réguler l'entrée des spécialistes étrangers sur le marché, le but étant d'assurer la quantité et la qualité de l'offre.

5 Limites et potentiels du modèle

Un modèle de projection ou de simulation donne des indications sur les événements qui se produiront à l'avenir. Il est dans la nature des choses que les projections comportent des incertitudes. Il n'est pas possible d'établir des modèles de projection pertinents à brève échéance. Il faut un certain temps pour valider les calculs avec des données comparables issues d'autres sources plus récentes, et pour prendre en compte les enseignements tirés. Qui plus est, il faut disposer de données de bonne qualité pour pouvoir définir au mieux les paramètres d'un modèle de projection.

Le projet actuel consiste à réaliser les premiers calculs des effectifs et des besoins futurs en médecins spécialistes, qui serviront de base pour des recommandations (les précédentes analyses correspondaient à des calculs réalisés à titre d'exemple). Il faudra vérifier et ajuster ces calculs au cours des prochaines années et – si cela est possible – les actualiser avec des données supplémentaires de meilleure qualité. Lors de l'interprétation des résultats, il est important de prendre en compte les limites de ce modèle :

1. Incertitudes liées aux données et hypothèses utilisées

Les incertitudes liées aux données utilisées concernent, d'une part, la situation actuelle. En effet, certains doutes subsistent quant à la détermination du nombre de médecins mais aussi et surtout au calcul du nombre d'EPT. Il est possible que les effectifs actuels et donc le point de départ (référence) des projections soient sous-estimés ou au contraire surestimés. Toutefois, cela n'a guère d'influence sur l'orientation ou la tendance de l'évolution des effectifs. En ce qui concerne les besoins, les données existantes ne sont pas complètes, notamment pour le secteur hospitalier ambulatoire. Par ailleurs, il est essentiel de se demander si le recours aux soins actuel correspond vraiment aux besoins (voir chapitre suivant et sous-chapitre 3.2.2).

Bien sûr, il existe aussi des incertitudes au sujet des facteurs d'influence, c'est-à-dire les éléments du modèle qui auront une incidence sur les effectifs ou besoins futurs. Il est souvent difficile d'estimer l'évolution de ces éléments à l'avenir – ils dépendent de nombreuses questions de politique externe, interne et professionnelle, mais aussi des changements sur le plan économique, social, technologique, etc. Le fait que les données existantes, qui constituent la base des scénarios et des hypothèses, comportent encore des lacunes complique la définition des paramètres à prendre en compte. Par exemple, on ne dispose pas de suffisamment

d'informations au sujet des départs de personnes exerçant en tant que médecin spécialiste. Et en ce qui concerne la médecine de premier recours, il faudrait disposer de plus amples données sur le nombre de personnes qui reçoivent un titre de formation postgrade (fédéral ou reconnu) en médecine interne générale et se dirigent ensuite vers la médecine de premier recours.

Le modèle tient compte de ces incertitudes à travers des scénarios qui représentent tout l'éventail des évolutions possibles.

2. *Il est impossible de déterminer s'il existe un sur-approvisionnement ou un sous-approvisionnement à l'heure actuelle*

D'une manière générale, le modèle de simulation part du principe que le recours aux soins actuel correspond aux besoins. S'il est possible de corriger un sur-approvisionnement ou un sous-approvisionnement comme cela a été fait pour quatre spécialités traitées dans ce rapport, le modèle ne permet pas en soi de déterminer l'adéquation du recours aux soins actuel dans un domaine de spécialité précis.

Comme indiqué en début de rapport, il est extrêmement difficile de définir les besoins en matière de prestations médicales (voir 3.2.2). Certaines informations concernant les listes d'attente, les refus de nouveaux patients ou les problèmes de recrutement peuvent donner des indications à cet égard. Dans de nombreuses spécialités cependant, il existe trop peu de données sur lesquelles s'appuyer pour réaliser une analyse.

3. *Projections nationales : les différences régionales ne sont pas prises en compte*

Le modèle de simulation établit des projections pour la Suisse. Les différences régionales ou cantonales ne peuvent donc pas être prises en compte. Dans certaines spécialités par exemple, il faut considérer qu'il existe un sous-approvisionnement de médecins dans les régions excentrées et un sur-approvisionnement de médecins dans les villes.

4. *Calculs au niveau des spécialités*

Les projections se rapportent aux spécialités dans leur ensemble. Les différentes sous-spécialités, avec leurs diverses caractéristiques et leurs propres évolutions à venir, ne peuvent actuellement pas être prises en compte.

En dépit de ces incertitudes et limites, le modèle de simulation mis au point livre de premiers résultats importants quant aux effectifs et aux besoins actuels et futurs de médecins spécialistes en Suisse.

Il permet de mettre en évidence l'évolution de la situation dans le futur, en fonction de plusieurs conditions, mais aussi de changements de système. Il est donc possible de répondre à des questions telles que : quel effet aurait une baisse du taux d'occupation sur les résultats ? Quelles seraient les projections si l'immigration de médecins spécialistes étrangers restait relativement importante ? Que se passerait-il si cette immigration s'arrêtait ? Certains changements de système peuvent aussi être pris en compte, comme cela a été fait pour la médecine de premier recours. Cela permet par exemple de représenter ce qui arriverait si certaines prestations d'une spécialité étaient à l'avenir déléguées à un autre groupe professionnel.

Le but de ce modèle n'est pas d'établir des prévisions précises mais plutôt d'indiquer des tendances. L'utilisation de scénarios permet de délimiter le spectre des évolutions possibles.

Ainsi, le modèle de simulation constitue une première étape importante pour éclairer la situation de la Suisse en ce qui concerne les médecins spécialistes et pour anticiper les évolutions à venir : y a-t-il un nombre suffisant de médecins en formation initiale et postgrade en Suisse ? À quel point sommes-nous dépendants de l'étranger ? Comment les besoins vont-ils évoluer ?

Grâce à des actualisations et à une amélioration des données, il sera possible de valider et d'affiner le modèle de simulation. Les lacunes au niveau des données devraient en partie être comblées grâce à l'amélioration de la qualité des données recueillies lors des deux enquêtes *Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires* (MAS) et *Données des patients ambulatoires des hôpitaux* (PSA). En outre, il sera possible de réaliser davantage d'analyses concernant les évolutions de carrière des médecins à l'avenir et d'obtenir ainsi des informations importantes pour compléter la projection du modèle de simulation.

6 Synthèse

Les graphiques et explications suivants présentent et analysent de façon comparative les résultats obtenus pour l'ensemble des spécialités ou groupes de spécialités étudiés.

6.1 Effectifs actuels

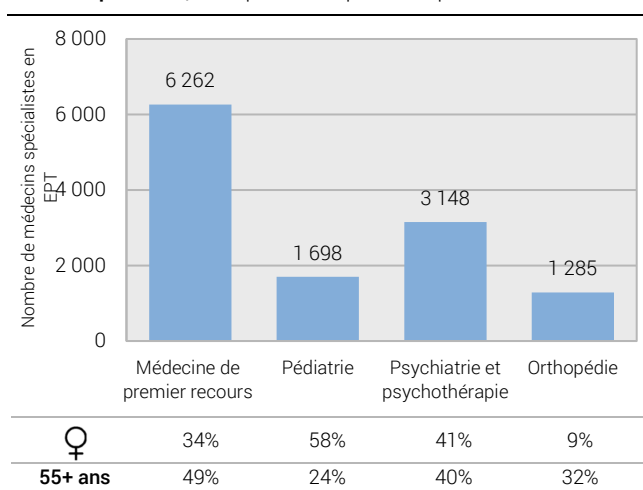
Le graphique 6.1 présente les effectifs actuels (données de 2018) en EPT, la part de femmes et la part de médecins de 55 ans et plus dans chaque spécialité.

On peut souligner la part importante de femmes en pédiatrie (58%) par rapport au pourcentage constaté dans les autres spécialités, parfois largement inférieur à 50%. En orthopédie par exemple, la part de femmes reste très faible, avec 9% seulement. Le pourcentage de femmes devrait cependant augmenter au cours des prochaines années dans l'ensemble des disciplines, en raison du nombre important de départs à la retraite prévu parmi les médecins de sexe masculin mais aussi de l'augmentation de la part de femmes parmi les médecins-assistants et dans toutes les spécialités.

On note aussi d'importantes différences entre les spécialités en termes de distribution par âge : en médecine de premier recours, environ la moitié des médecins ont 55 ans ou plus. En pédiatrie, les médecins sont nettement plus jeunes.

Il faut souligner que la moyenne d'âge des médecins exerçant en cabinet est nettement supérieure à celle des médecins exerçant dans les hôpitaux. Par exemple, 57% des psychiatres exerçant en cabinet sont âgés de 55 ans ou plus, contre seulement 34% des psychiatres exerçant à l'hôpital. Cela s'explique notamment par le fait que de nombreux médecins spécialistes continuent de travailler à l'hôpital après la fin de leur formation postgrade et n'ouvrent leur propre cabinet que plus tard dans leur carrière. En médecine de premier recours et en psychiatrie et psychothérapie, on recense aussi dans les cabinets un fort pourcentage de médecins qui ont déjà atteint l'âge de la retraite. Il faudrait étudier de plus près les raisons de cette tendance pour pouvoir estimer l'évolution de la situation à l'avenir : est-ce que la majorité des médecins choisirait d'arrêter d'exercer après l'âge de la retraite s'ils le pouvaient (raisons financières, succession du cabinet) ? Dans quelle mesure les besoins des prochaines générations de médecins évolueront-elles dans ce domaine ?

G 6.1 Effectifs de médecins spécialistes dans chaque spécialité, en équivalents plein temps, Suisse, 2018



Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale © Obsan 2022

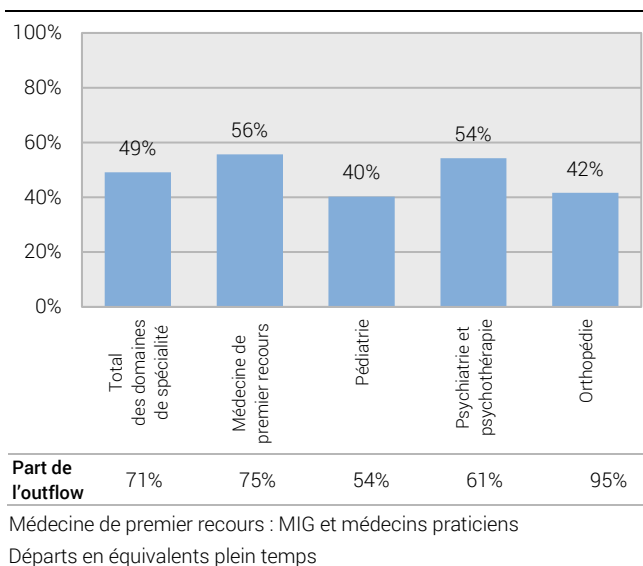
6.2 Futurs départs (outflow)

Le nombre de médecins spécialistes qui cesseront leur activité professionnelle (en Suisse) a une forte influence sur les projections concernant les effectifs. Le graphique G 6.2 fait apparaître, dans les domaines de spécialité étudiés, quels pourcentages des effectifs actuels cesseront leur activité d'ici 2030 en raison d'un départ à la retraite, d'une sortie précoce de la profession ou d'une émigration / d'un retour au pays.

Près de la moitié (49%) des médecins spécialistes actuellement en activité dans la catégorie « Total des domaines de spécialité » arrêteront d'exercer d'ici 2030, avec toutefois des variations importantes entre les spécialités. C'est en médecine de premier recours et en psychiatrie et psychothérapie que l'outflow sera le plus important. Plus de la moitié (56% et 54%) des spécialistes actuellement en activité dans ces domaines cesseront d'exercer. En pédiatrie et en orthopédie, le pourcentage sera un peu plus faible, avec 40% et 42% respectivement. Il convient de noter que le calcul de l'outflow a été réalisé en intégrant certaines hypothèses, notamment au sujet du nombre de médecins qui continueront d'exercer après avoir atteint l'âge de la retraite. Ces hypothèses restent à valider, ce qui pourra être fait dès que de nouvelles données seront disponibles afin de mener des analyses plus approfondies.

Il est également intéressant de savoir comment ces départs se répartiront entre les sexes (voir ligne correspondante dans le graphique G 6.2). Les résultats concernant l'outflow montrent que ce sont en majorité des hommes qui cesseront d'exercer, avec toutefois des différences importantes selon les spécialités : en médecine de ville, trois quarts (75%) des départs concerneront des hommes. En orthopédie, cette proportion atteindra même 95%. En pédiatrie au contraire, un peu plus de la moitié (54%) des départs concernent des hommes, ce qui montre bien que cette spécialité comprend depuis longtemps une part importante de femmes.

G 6.2 Départs d'ici 2030 parmi les médecins spécialistes actuellement en activité, par domaine de spécialité, en%, Suisse



Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale © Obsan 2022

6.3 Futures entrées (inflow)

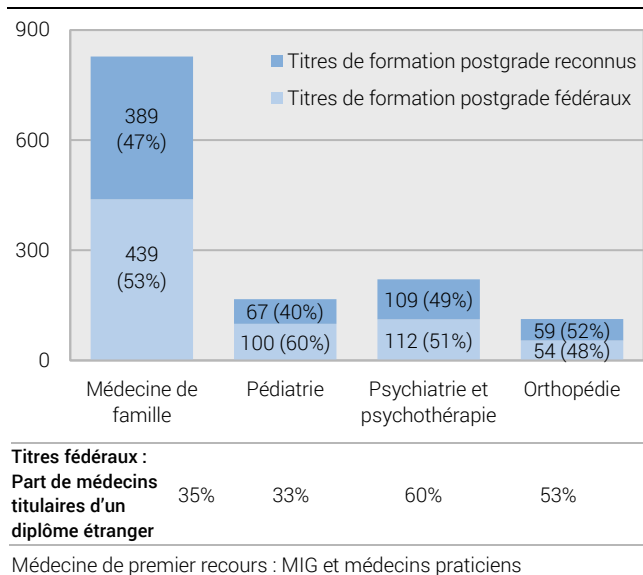
Compte tenu de l'importance de l'immigration dans le domaine de la médecine humaine et de son impact sur les projections, le graphique G 6.3 donne une vue d'ensemble du nombre de titres de formation postgrade délivrés dans les spécialités étudiées. Les valeurs indiquées sont des moyennes sur 5 ans, ce qui permet de lisser les variations annuelles (à ce sujet, voir les explications concernant l'inflow au chapitre 3.2.1).

Les chiffres montrent que les titres de formation postgrade reconnus constituent environ la moitié des titres : pour 100 titres fédéraux délivrés, on constate un nombre presque égal de titres étrangers reconnus. Il n'y a qu'en pédiatrie que cette proportion de titres reconnus est légèrement plus faible, avec 40% de titres.

La proportion de médecins étrangers en formation postgrade constitue une autre information importante. Combien de médecins qui obtiennent un titre fédéral sont titulaires d'un diplôme de médecin étranger ? Les valeurs correspondantes pour

les spécialités étudiées apparaissent dans le graphique G 6.3 ci-dessus. Toutes spécialités confondues, cette proportion avoisine les 43% (donnée non représentée). En médecine de premier recours et en pédiatrie, plus d'un tiers (respectivement 35% et 33%) des médecins qui obtiennent un titre fédéral de médecin spécialiste ont effectué leurs études de médecine à l'étranger. En psychiatrie et psychothérapie, ce pourcentage monte à 60%, en orthopédie à 53%. Ces proportions élevées montrent bien qu'il n'est souvent possible de pourvoir les postes de médecin-assistant qu'avec des médecins étrangers, ce qui représente un indicateur supplémentaire de sous-appvisionnement.

G 6.3 Titres de formation postgrade par type et par spécialité, Suisse, moyenne sur 5 ans 2016–2020



Source : OFSP – MedReg

© Obsan 2022

6.4 Évolution des effectifs et des besoins jusqu'en 2030

Les graphiques G 6.4 et G 6.5 montrent le pourcentage d'évolution des effectifs et des besoins durant la période 2018–2030, de façon à permettre une comparaison pour tous les domaines de spécialité.

Projections concernant les effectifs

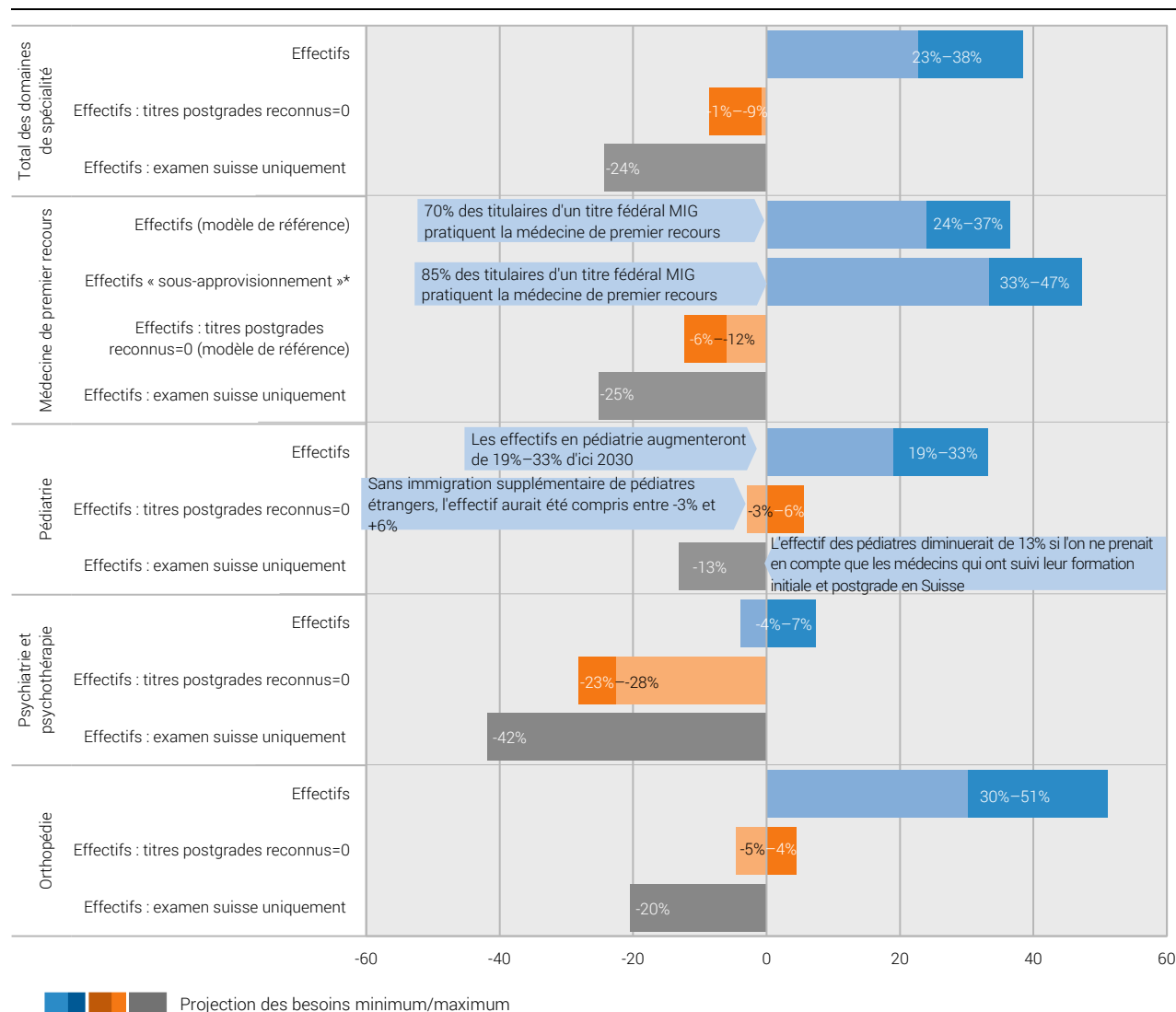
L'évolution des effectifs (G 6.4) est très différente selon les spécialités (barres bleues). Dans le domaine de l'orthopédie, les effectifs devraient connaître une croissance relativement forte : cela s'explique par le fait que le futur inflow estimé est important et que l'outflow devrait être plus faible que dans les autres spécialités (voir G 6.2).

En psychiatrie et psychothérapie, les projections sont totalement à l'opposé : dans cette spécialité, l'inflow devrait être plutôt faible et l'outflow très important, compte tenu de la distribution par âge. En médecine de premier recours, en pédiatrie et pour la totalité des domaines de spécialité, on peut constater une croissance située entre 19% et 38% selon les scénarios. Mais quel que soit le domaine de spécialité, les effectifs n'évoluent de façon aussi importante (barres bleues) que parce que les calculs

se basent sur l'hypothèse que l'immigration de médecins spécialistes étrangers restera forte. Si l'on considère que cette immigration sera nulle, on obtient tout au plus de légères augmentations d'effectifs – dans la plupart des cas, ils diminuent, comme le montrent les **barres orange**. Ce recul est particulièrement marqué en psychiatrie et psychothérapie : sans la venue de psychiatres étrangers, les effectifs diminueraient de près d'un quart (23 à 28%).

G 6.4 Pourcentage d'évolution des effectifs jusqu'en 2030, par domaine de spécialité, Suisse

Année de comparaison : effectifs 2018



« Effectifs : titres de formation postgrade reconnus=0 » : effectifs futurs si aucun médecin spécialiste étranger ne vient plus exercer en Suisse (hypothèse : titres de formation postgrade reconnus = 0)

« Effectifs : examen fédéral suisse uniquement » : effectifs futurs (résultat moyen) si l'on tient compte uniquement des médecins qui réalisent à la fois leurs études de médecine et leur formation postgrade en Suisse.

Médecine de premier recours : effectifs « modèle de référence » : effectifs futurs si l'on suppose que 70% des médecins obtenant un titre en MIG vont exercer en médecine de premier recours. Effectifs « Sous-approvisionnement II » : effectifs futurs si l'on suppose que 85% des médecins obtenant un titre en MIG vont exercer en médecine de premier recours.

Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale ; OFSP – MedReg ; OFS – MS et STATPOP ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2022

Les **barres grises** montrent comment les effectifs évolueraient si l'on intégrait dans l'inflow uniquement les médecins qui réalisent à la fois leur formation de base (études de médecine) et leur formation postgrade en Suisse. Dans ce cas, l'immigration de médecins spécialistes étrangers est définie comme nulle (barres orange) et seuls les médecins possédant un diplôme de médecin suisse sont pris en compte dans les titres de formation postgrade fédéraux. Les baisses parfois importantes d'effectifs mises en évidence par ces deux simulations (barres orange et grises) montrent bien la forte dépendance de la Suisse à l'égard de l'étranger.

Projections concernant les besoins

En ce qui concerne l'évolution des besoins entre 2018 et 2030, on constate aussi des différences importantes entre les spécialités (**barres vertes**).

Tout d'abord, si l'on examine les résultats *des besoins actuels sans correction*, on note une augmentation des besoins dans la plupart des domaines de spécialité. Cette hausse s'explique en premier lieu par des facteurs démographiques : dans le graphique G 6.5, les segments de barre en vert clair montrent l'évolution modélisée par extrapolation des besoins sur une base *purement* démographique avec le scénario d'évolution démographique

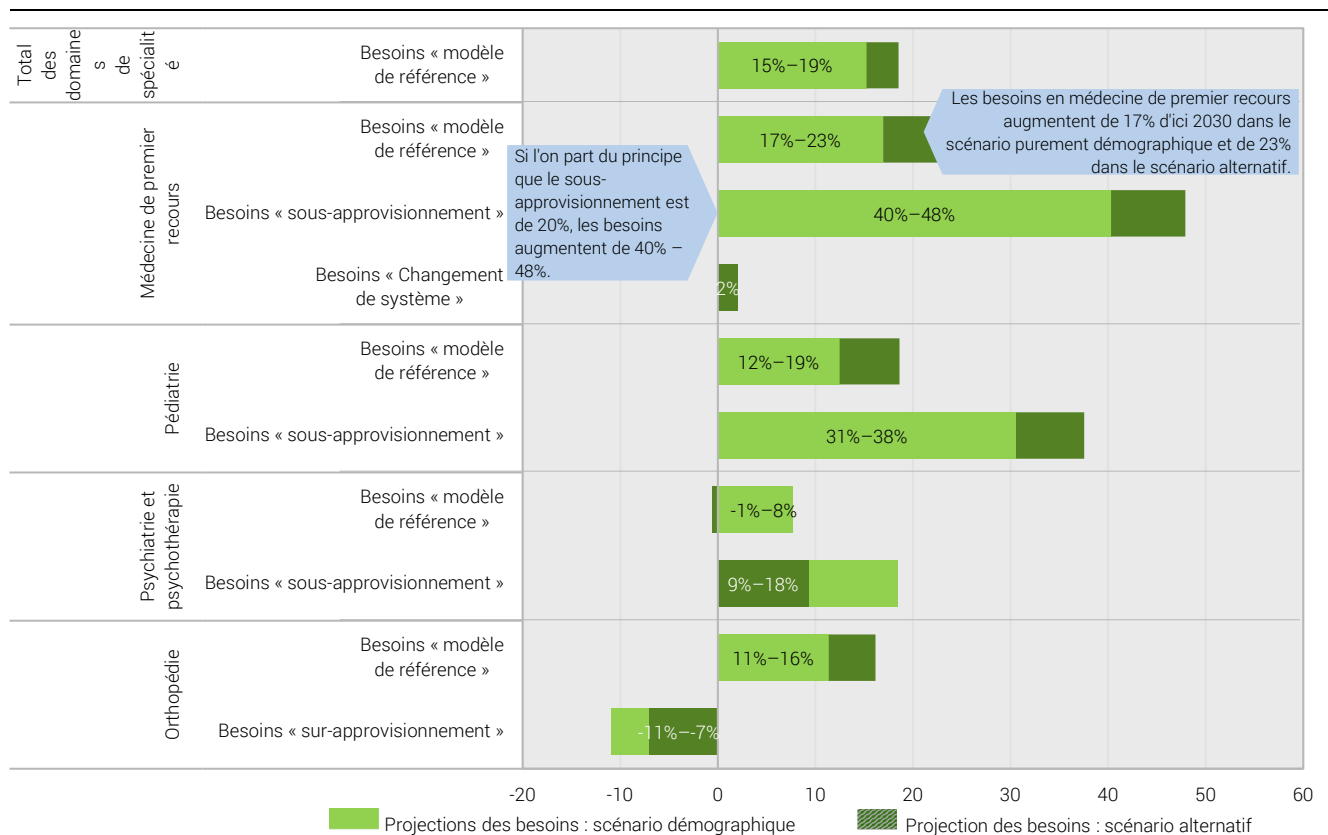
moyen (taille de la population et distribution par sexe et par âge). En médecine de premier recours par exemple, les besoins devraient augmenter de 17% selon l'évolution calculée à partir de critères purement démographiques. En intégrant d'autres hypothèses dans le scénario alternatif 1 retenu (en raison de la multimorbidité, notamment), on constate que les besoins devraient augmenter de 6% de plus pour atteindre 23% (cumul des segments de barre en vert clair et vert foncé).

La psychiatrie et la psychothérapie font exception : les besoins n'augmenteront pas de façon très forte selon des critères démographiques et diminueront même de 1% selon le scénario alternatif. Pour le scénario alternatif en effet, contrairement à tous les autres domaines de spécialité, on a supposé qu'il y aurait un recul des besoins du fait de la délégation des tâches (prise en charge de certaines prestations par des psychologues-psychothérapeutes).

L'application d'un *facteur de correction* modifie bien sûr les résultats obtenus pour les différents domaines de spécialité : en médecine de premier recours par exemple, l'hypothèse d'un sous-approvisionnement de 20% entraîne une augmentation de 40 à 48% des besoins par rapport aux effectifs/besoins actuels. Toujours en supposant qu'il existe un sous-approvisionnement, on constate une augmentation des besoins de l'ordre de 31 à 38%

G 6.5 Pourcentage d'évolution des besoins jusqu'en 2030, par domaine de spécialité, Suisse

Année de comparaison : besoins 2018 sans facteur de correction



Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale ; OFSP – MedReg ; OFS – MS et STATPOP ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2022

en pédiatrie, de 9 à 18% en psychiatrie et psychothérapie. Dans le domaine de l'orthopédie, le scénario alternatif se base en revanche sur l'hypothèse d'un sur-approvisionnement actuel et prévoit donc une baisse de 7 à 11% des besoins. En tenant compte de l'évolution démographique, les besoins augmenteraient aussi mais la prise en compte d'un sur-approvisionnement actuel de 20% aboutit à une diminution des besoins futurs par rapport à ceux d'aujourd'hui. La baisse provoquée par l'application du facteur de correction est donc plus importante que la progression démographique à venir.

6.5 Projections concernant les effectifs et les besoins : quelle est la marge de variation ?

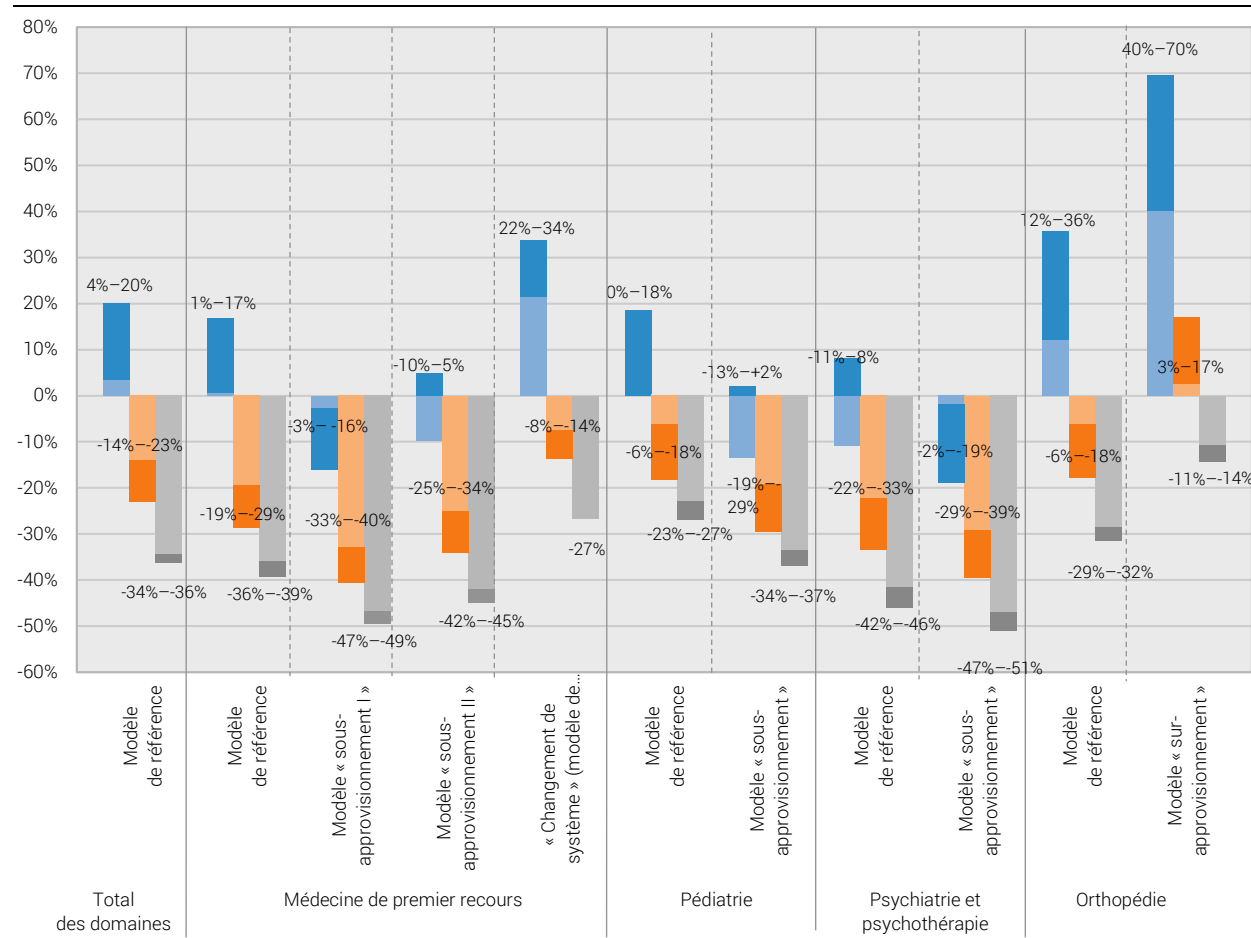
Les effectifs futurs couvriront-ils les besoins ? Ou les excéderont-ils ? Existe-t-il des différences entre les spécialités étudiées ? Le graphique G 6.6 donne une vue d'ensemble et montre les écarts concernant les effectifs et les besoins entre les différentes projections : les colonnes indiquent la différence de pourcentage entre les besoins et les effectifs calculés pour 2030 aux besoins

calculés pour 2030, avec le minimum et le maximum selon les différents scénarios.

Les résultats mettent en évidence des différences importantes selon les spécialités et, bien sûr, selon l'application ou non d'un facteur de correction pour les besoins actuels. Dans de nombreuses spécialités, on constate que les effectifs – avec une immigration de spécialistes étrangers toujours relativement importante – couvrent les besoins de justesse ou les dépassent (colonnes bleues). En psychiatrie et psychothérapie, les besoins ne sont pas couverts ou le sont de justesse : les effectifs se situeraient entre -11% et +8% par rapport aux besoins. En orthopédie, les effectifs sont nettement supérieurs aux besoins. En revanche, en médecine de premier recours, en pédiatrie et en psychiatrie, si l'on suppose qu'il existe actuellement une situation de sous-approvisionnement, les besoins seront soit à peine couverts, soit de manière insuffisante, même avec l'appui de médecins venus de l'étranger.

Les colonnes orange et grises montrent à quel point la Suisse est dépendante de l'étranger : sans les médecins spécialistes étrangers, il ne serait pas possible de couvrir les besoins – sauf en orthopédie, en considérant qu'il existe actuellement un sur-approvisionnement dans cette spécialité. Dans ce cas de figure,

G 6.6 Écarts entre les prévisions concernant les effectifs et les besoins pour 2030, par rapport aux prévisions concernant les besoins pour 2030, par domaine de spécialité, Suisse



Source : OFS & Obsan – Enquête MAS 2018 complétée et pondérée ; FMH – Statistique médicale ; OFSP – MedReg ; OFS – MS et STATPOP ; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan

© Obsan 2022

la relève formée en Suisse permettrait de couvrir les besoins en orthopédistes. Dans toutes les autres spécialités, la Suisse se dirigerait vers un sous-approvisionnement de médecins, particulièrement important dans certains cas. La couverture des besoins dépend non seulement de l'immigration de médecins spécialistes formés à l'étranger, mais aussi, en ce qui concerne la formation postgrade, de médecins-assistants ayant réalisé leur formation de base de médecin à l'étranger (voir G 6.3). Cette situation est mise en évidence par les barres grises, qui illustrent l'évolution des effectifs à l'avenir, si les médecins ayant réalisé leurs études de médecine et leur formation postgrade en Suisse étaient uniquement pris en compte. Ces analyses montrent donc ce que le système de formation postgrade suisse permet de « produire » et la forte dépendance de la Suisse, aussi bien pour les médecins-assistants que pour les médecins spécialistes.

6.6 Quelles sont les principales informations à retenir ?

Dans les spécialités étudiées, les besoins de la Suisse en médecins spécialistes ne peuvent pas être couverts sans les médecins étrangers.

Actuellement, pour 100 titres de formation postgrade fédéraux, il y a presque autant de titres de formation postgrade reconnus. Il n'y a qu'en pédiatrie que cette proportion est légèrement plus faible. Les calculs montrent que les besoins futurs ne pourront être couverts que si une proportion importante de médecins spécialistes étrangers (= médecins qui ont réalisé leur formation postgrade à l'étranger) continue de venir exercer en Suisse. En orthopédie, les besoins peuvent être couverts par le système suisse de formation postgrade, mais uniquement en intégrant un facteur de correction pour une situation actuelle de surapprovisionnement.

Afin de couvrir les besoins, la Suisse a besoin non seulement de médecins spécialistes ayant achevé leur formation mais aussi de médecins-assistants étrangers : plus de 40% des postes de médecin-assistant sont actuellement occupés par des médecins qui ont réalisé leurs études de médecine à l'étranger. Dans certaines spécialités comme l'orthopédie et la psychiatrie et psychothérapie, cette proportion se monte à légèrement plus de 60%. Sans ces médecins-assistants étrangers, le sous-approvisionnement serait encore plus importante dans toutes les spécialités. Même en orthopédie, il ne serait pas possible de couvrir les besoins.

Ces résultats mettent en évidence la dépendance de la Suisse à l'égard de l'étranger, non seulement pour les médecins spécialistes mais aussi pour l'affectation des postes de médecin-assistant.

Certains éléments indiquent une inadéquation de l'offre actuelle et future, dans tous les domaines de spécialité étudiés.

Pour pouvoir déterminer si les effectifs futurs permettront de couvrir les besoins futurs ou si l'on se dirige vers une situation de sous-approvisionnement ou de sur-approvisionnement, il faudrait prendre en compte une inadéquation de l'offre actuelle dans tous les calculs. Le modèle de simulation mis au point ne permet pas de déterminer s'il existe ou non une inadéquation de l'offre à l'heure actuelle dans une spécialité, mais des indications provenant d'experts et de certaines études suggèrent une situation de sous-approvisionnement en médecine de premier recours, en pédiatrie et en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'un sur-approvisionnement en orthopédie. La dépendance de l'étranger que l'on peut constater est elle aussi révélatrice d'une situation de sous-approvisionnement.

Pour l'interprétation des projections, il est important d'intégrer dans les calculs cette inadéquation de l'offre (même si l'on ne connaît pas précisément son ampleur), afin de pouvoir estimer tout l'éventail des évolutions possibles.

S'agissant de la détermination des besoins et de l'estimation d'une inadéquation de l'offre existante dans une spécialité, il faut mentionner la révision de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations. Depuis le 1^{er} juillet 2021, les cantons peuvent décider eux-mêmes de limiter ou non le nombre de médecins dans certaines spécialités médicales ou certaines régions. Selon cette nouvelle disposition, les plafonds définis par les cantons doivent cependant s'appuyer sur une évaluation du taux de couverture régional, calculé de manière uniforme pour tous les cantons. La nouvelle ordonnance concernant l'admission des fournisseurs de prestations aura également une influence sur les réflexions menées dans le cadre du projet « Coordination de la formation postgrade des médecins », étant donné que certains éléments se recoupent en ce qui concerne l'évaluation des besoins. Ils feront l'objet de discussions au fil du projet et le contenu des travaux sera adapté en conséquence si cela s'avère judicieux.

PARTIE 2 :

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Comité « Coordination de la formation postgrade des médecins »

7 Recommandations

Le comité CFM formule les recommandations suivantes pour les prochaines étapes du travail, sur la base des résultats présentés dans la première partie du présent rapport et des limites de l'étude (cf. chap. 5). Les recommandations renvoient directement au mandat du comité CFM, puisqu'elles portent en premier lieu sur la conception de l'étude et la formation postgrade des médecins. Au vu de la continuité existant entre formation, formation postgrade et fourniture des soins, et dans l'optique d'approfondir la discussion, d'autres aspects, étroitement liés à ces recommandations, sont brièvement abordés. Ces derniers n'ont toutefois pas un caractère de recommandation.

Recommandation 1 : Les bases de décision sur lesquelles reposent les futures recommandations du comité CFM doivent être optimisées, à savoir que les données doivent être améliorées et les résultats, mieux étayés.

Il est pour l'heure impossible de déterminer avec suffisamment de précision les besoins actuels en prestations ou les effectifs réels en médecins, de sorte qu'une situation de sur ou sous-approvisionnement doit être représentée par un facteur de correction. Les estimations reposent essentiellement sur l'avis d'experts. Die datengestützte Bestimmung der gesamtschweizerischen und regionalen Versorgungslage in den einzelnen Fachgebieten ist jedoch eine wichtige Voraussetzung für die Abschätzung des Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten.

De ce fait, la Confédération et les cantons doivent, tout comme les associations de médecins, s'efforcer d'optimiser les bases de décisions sur lesquelles reposent les recommandations du comité CFM. Il s'agit d'une part d'améliorer les **données**. Il faudrait, par exemple, augmenter le taux de réponse à l'enquête des données MAS. La collecte des données devrait s'attacher à obtenir une vue d'ensemble des médecins, ce qui permettrait d'évaluer plus précisément les effectifs par secteur et les parcours professionnels (y c. les départs). Dans ce contexte, il convient d'accorder une haute priorité aux efforts de l'Office fédéral de la statistique (OFS) : dans le cadre de la gestion nationale des données (NaDB), celui-ci souhaite utiliser un identifiant unique pour les médecins dans toutes ses bases de données (KS, PSA, MS, MAS).

Pour déterminer les effectifs et besoins futurs en médecins spécialistes, il est en outre indispensable de réaliser d'autres études portant sur d'éventuelles carences dans chaque domaine de spécialité. Les enquêtes thématiques apparentées devraient être mises en relation et examinées sous un angle global. Dans le

prolongement de la présente étude, il convient de déterminer comment harmoniser efficacement les divers travaux réalisés dans le cadre du modèle de situation avec les résultats d'autres études, telles que l'enquête de BSS sur les nombres maximaux de médecins (Kaiser & Krähenbühl, 2020). Concernant l'augmentation du nombre de place de formation postgrade, il faudrait, par exemple, examiner et utiliser les liens et les synergies entre les diverses publications. En effet, harmoniser les différents travaux soutiendrait les cantons dans leur gestion du pilotage des autorisations. Mais il est aussi envisageable d'adopter des approches complémentaires, telles qu'une coordination plus précise des places de formation postgrade et des besoins concrets dans une région ou un domaine de spécialité.

En plus d'améliorer les données, les bases de décision des recommandations du comité doivent être optimisées, à savoir que **les résultats seront mieux étayés et plus plausibles**. Pour ce faire, un groupe d'écho, au sens d'un *sounding board* ou *advisory board*, sera institué. Le comité CFM en définira la composition.

Recommandation 2 : L'effectif de médecins ayant obtenu leur diplôme et leur titre postgrade en Suisse doit être augmenté.

Sur la base de ses calculs, l'Obsan est parvenu à la conclusion que sans les médecins spécialistes formés à l'étranger, la Suisse accusera d'ici 2030 une pénurie parfois marquée dans les quatre domaines examinés ainsi qu'au niveau du nombre total de spécialistes.

Ce pronostic ne tient pas compte de la modification des critères d'autorisation selon la LAMal, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, qui pourrait entraîner un recul de l'immigration des médecins spécialistes entièrement formés à l'étranger. Il est désormais nécessaire d'avoir exercé trois ans sur un site de formation postgrade suisse reconnu pour pouvoir facturer des prestations à la charge de l'assurance-obligatoire des soins dans le domaine de spécialité requis. Comme ces spécialistes étrangers forment une part non négligeable des fournisseurs de prestations, ce changement pourrait avoir des répercussions négatives sur la situation de l'approvisionnement de soins.

Indépendamment des effets de la modification des critères d'autorisation, la dépendance actuellement élevée vis-à-vis de l'étranger contrevient au Code de pratique globale de l'OMS (OMS 2010), qui stipule que les États devraient former le nombre de spécialistes nécessaires à leur propre système de santé. La Confédération s'est donc fixée comme objectif déclaré de

renforcer le contingent de médecins formés en Suisse afin d'assurer les soins médicaux.

En matière de **formation** médicale, le programme spécial en médecine humaine (2016-2025) de la Confédération, qui prévoit d'augmenter le nombre de titres en médecine humaine délivrés chaque année par les universités suisses de 850 en 2014 à 1350 au moins en 2025, ne parviendra pas à lui seul à diminuer la dépendance vis-à-vis de l'étranger. Actuellement, près de la moitié des médecins **détenteurs d'un titre postgrade suisse ont fait leurs études de médecine à l'étranger**. Par conséquent, la Confédération et les cantons doivent prendre d'autres mesures visant à augmenter le nombre de diplômés en médecine humaine.

Concernant la **formation postgrade**, les efforts actuels visant à assurer la pérennité des domaines de spécialité pour lesquels une pénurie existe ou est pronostiquée doivent être soutenus et intensifiés, en particulier dans le domaine des soins de base, qu'il s'agisse de la médecine de premier recours, de la pédiatrie ou du suivi psychiatrique et psychologique. Cela suppose avant tout de disposer de bons formateurs cliniques dotés des compétences adéquates. Il est aussi nécessaire d'utiliser des instruments de formation modernes, tels que des simulations médicales, et de créer une formation postgrade basée sur les compétences.

De plus, il convient de promouvoir les incitations à créer des places de formation postgrade dans le domaine ambulatoire. Il serait envisageable d'allouer une contribution financière fixe par médecin assistant, telles qu'il en existe déjà dans le milieu hospitalier. Enfin, il faut promouvoir l'attrait des places actuelles de formation postgrade en soins médicaux de base, en facilitant les modèles de travail à temps partiel ou en déchargeant de manière ciblée les services d'urgence, par exemple.

Autre aspect : veiller aux pénuries régionales spécifiques à un domaine de spécialité

Les résultats de la présente étude ne permettent pas de se prononcer sur d'éventuelles pénuries régionales, actuelles ou futures, qu'elles soient générales ou cantonnées à un domaine de spécialité. Comme nombre de ces facteurs influencent toutefois le futur effectif en médecins, il convient de les mentionner ici au titre d'aspect complémentaire.

Les **nouvelles dispositions de la LAMal sur la limitation des autorisations, entrées en vigueur le 1er janvier 2022**, fournissent aux cantons un instrument permettant de piloter de manière ciblée les autorisations délivrées aux médecins. Fixer des nombres maximaux pour certains domaines de spécialités ou certaines régions permet avant tout de prévenir d'éventuels excédents. Mais éviter les excédents locaux peut aussi avoir un impact positif sur la pénurie. En effet, les médecins n'ayant pas obtenu d'autorisation dans une région donnée pourraient alors s'installer là où la situation en matière d'approvisionnement de soins est tendue.

Les cantons et les communes, ou les communautés de soins, concernés par la pénurie peuvent prendre des mesures visant à répondre **aux besoins spécifiques**. Il faut en effet mettre à disposition des offres de proximité en médecine de premier recours, en pédiatrie et en psychiatrie. Renforcer l'attrait des sites

par des systèmes d'incitation ad hoc pourrait y contribuer. Il s'agirait notamment de promouvoir des réseaux de soins fonctionnels interdisciplinaires ou intégrés incluant des offres ambulatoires et hospitalières, mais aussi de mettre à disposition des structures visant à renforcer l'attrait des places de formation postgrade et de la pratique professionnelle, par des mesures de soutien destinées aux jeunes médecins et par des modèles de travail innovants.

Bibliographie

OFSP (2021a). Révision LAMal : admission des fournisseurs de prestations. Page Internet : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankensversicherung/krankensversicherung-revisionsprojekte/admission-des-fournisseurs-de-prestations.html> (consulté le : 21.04.2022)

OFSP (2021b). Le Conseil fédéral améliore l'accès à la psychothérapie. Page Internet : <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués.msg-id-82745.html> (consulté le : 21.04.2022)

Batenburg, R.S. (2012). Health workforce planning as a balancing act – The Dutch case. Presentation at the EHMA Health Workforce Meeting in Budapest, 28 novembre 2012.

Burla, L. & Widmer, M. (2016). Détermination des besoins futurs en médecins par spécialité : modèle conceptuel. Rapport établi dans le cadre du mandat partiel « Coordination de la formation postgrade des médecins ». Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Burla, L. & Widmer, M. (2017). Détermination des besoins futurs en médecins par spécialité. Rapport II : premier modèle de calcul Rapport établi dans le cadre du mandat partiel « Coordination de la formation postgrade des médecins ». Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Burla, L., & Widmer, M. (2018). Ermittlung des zukünftigen Bestands und Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebiet: Simulationsmodell. Technischer Bericht III im Rahmen des Teilmandats «Koordination der ärztlichen Weiterbildung». Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Gloor, V. & Chiolerio, A. (2019). Enquête sur l'activité des médecins en Valais, 2018. Sion : Observatoire valaisan de la santé (OVS).

Kaiser, Boris & Krähenbühl, Melanie (2020). Kriterien und methodische Grundlagen für die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte. Bâle: BSS Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).

Lobsiger, M. & Liechti, D. (2021). Personnel de santé en Suisse : sorties de la profession et effectif. Une analyse sur la base des relevés structurels de 2016 à 2018 (Obsan Rapport 01/2021). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé

Obsan (2021). Flux de médecins étrangers. [Flux de médecins étrangers | OBSAN \(admin.ch\)](#) (consulté le : 21.04.2022)

Pahud, O. (2019). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 15/2019). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé

SRF (2021). In Bern droht die psychiatrische Akutversorgung zu kollabieren. Regionaljournal Bern Freiburg Wallis, 02.09.2021, 17h30; wvam;buec <https://www.srf.ch/news/schweiz/pflegenotstand-in-bern-droht-die-psychiatrische-akutversorgung-zu-kollabieren> (consulté le : 21.04.2022)

Stierli, R., Rozsnyai, Z., Felber, R., Jörg, R., Kraft, E., Exadaktylos, AK., Streit, S. (2021). Primary Care Physician Workforce 2020 to 2025 - a cross-sectional study for the Canton of Bern. *Swiss Med Wkly*, 10;151

Van Greuningen, M., Batenburg, R.S. & Van der Velden, L.F. (2012). Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. *Hum Resour Health*, 10: 21.

Van Greuningen, M., Batenburg, R.S. & Van der Velden, L.F. (2013). The accuracy of general practitioner workforce projections. *Hum Resour Health*, 11: 31.

OMS (2010). Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/migration-code/code_en.pdf?sfvrsn=367f7d35_5&download=true (consulté le : 21.04.2022)

Liste des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
CFM	Coordination de la formation postgrade des médecins
EPT	Équivalents plein temps
FMH	Fédération des médecins suisses
GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalière
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
MAS	Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires
MEBEKO	Commission des professions médicales
MedReg	Registre des professions médicales
MIG	Médecine interne générale
MS	Statistique médicale des hôpitaux
NIVEL	Netherlands Institute for Health Services Research
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique

Annexe

A.1 Bases conceptuelles pour des analyses cantonales

En prévision d'éventuelles analyses cantonales, les premières réflexions conceptuelles et méthodologiques sont exposées ci-après. Ces travaux concernent pour l'instant uniquement les cabinets médicaux, les données ne permettant pas de prendre en compte le milieu hospitalier. Deux approches sont esquissées ici :

1. Modèle de simulation pour l'évaluation des futurs effectifs et besoins en médecins spécialistes dans les cantons

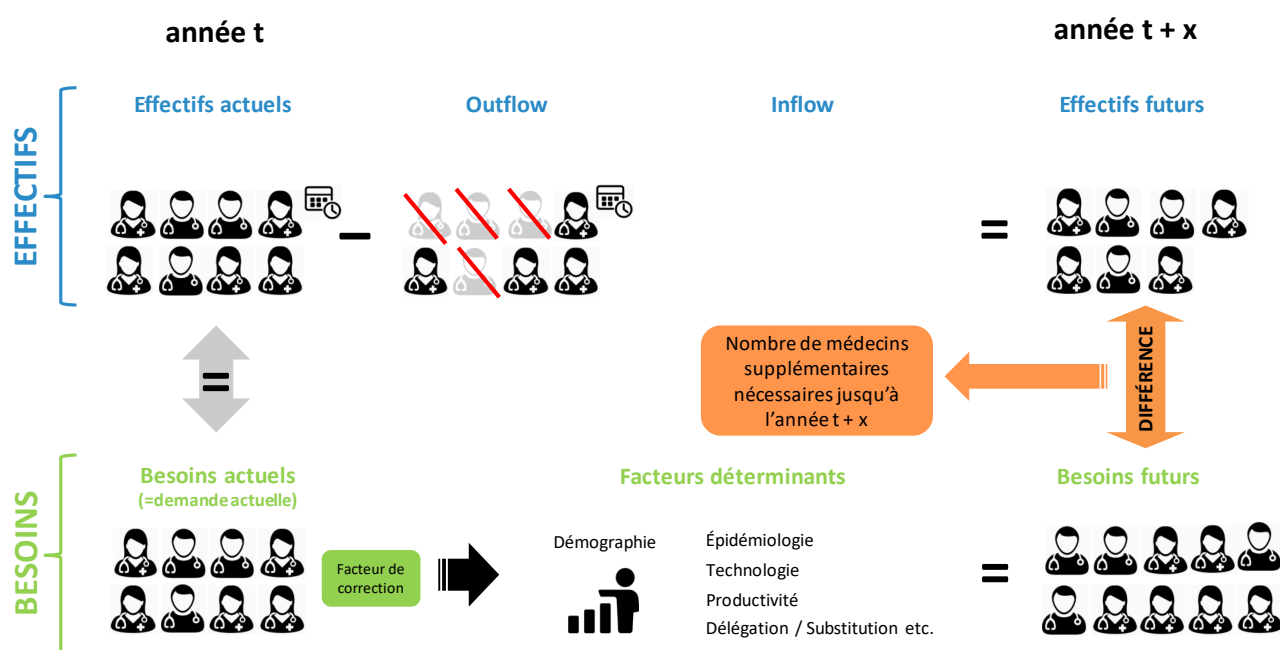
Cette approche tente de répondre à la question suivante : combien d'autorisations un canton doit-il délivrer au cours des prochaines années afin de couvrir les besoins futurs ? Ces analyses indiquent aussi l'évolution cantonale de l'effectif et des besoins en médecins dans un domaine de spécialité.

Bases conceptuelles:

Le graphique G.A.1 présente le modèle conceptuel destiné aux analyses cantonales. Il s'agit d'une adaptation du modèle national de simulation du présent rapport. La principale différence de ce dernier (cf. G.2.1) réside dans le fait que, à l'échelon cantonal, l'inflow n'est pas inclus dans l'évaluation du futur effectif, mais représente pour ainsi dire le résultat des calculs :

1. On calcule d'abord l'évolution de l'effectif actuel de médecins spécialistes en soustrayant les futurs départs (notamment départs à la retraite) de l'effectif actuel. Afin d'obtenir les équivalents plein temps (ETP), on rajoute le taux d'occupation.
2. Dans un deuxième temps, le besoin est calculé en partant de l'actuel taux de recours aux soins et en tenant compte de l'évolution démographique et d'autres facteurs d'influence.
3. Finalement, l'effectif futur (restant) est comparé aux besoins calculés pour l'année $t+x$. La différence entre les besoins et

G.A.1 Modèle conceptuel pour l'évaluation des effectifs et besoins futurs en médecins spécialistes établis en cabinet privé à l'échelon cantonal



Source : Graphique élaboré par nos soins

© Obsan 2022

les effectifs futurs représente le besoin supplémentaire en médecins spécialistes d'ici à l'année de projection, soit le nombre ou les EPT de médecins établis en cabinet privé que le canton doit recruter ou autoriser dans un domaine de spécialité afin de couvrir les besoins futurs.

De même que pour le modèle national de simulation, on part du principe que le recours actuel aux prestations correspond aux besoins. Il est toutefois aussi possible d'introduire un facteur de correction.

Remarque : il serait par ailleurs très utile pour les cantons de pouvoir calculer l'inflow. Les chiffres relatifs aux actuelles autorisations permettraient d'estimer le taux de couverture des besoins supplémentaires. Le canton saurait qu'avec un nombre stable d'autorisations dans un domaine de spécialité, l'effectif dépasserait les besoins. Toutefois, l'inflow à l'échelon cantonal ne peut être estimé que de façon approximative : la plupart des cantons ne connaissent précisément ni le nombre de médecins autorisés dans un domaine de spécialité donné, ni leur taux d'occupation. Le fait qu'ils ne puissent pas distinguer entre autorisation de pratiquer en cabinet privé ou en milieu hospitalier lorsqu'ils délivrent une nouvelle autorisation pose notamment problème.

Réflexions méthodologiques

Prévisions relatives à l'effectif : afin d'évaluer l'effectif futur, il faut partir de l'effectif actuel, comme pour les calculs à l'échelle du pays. Pour le calcul des prévisions et leur mise à jour, il est crucial que les cantons ne doivent pas recueillir eux-mêmes les données, mais puissent s'appuyer sur des données existantes et régulièrement actualisées. Dans ce domaine, la qualité des données cantonales est souvent insuffisante, et de nombreux cantons ne collectent pas de données propres sur les médecins pratiquant en cabinet. Le relevé Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS) de l'OFS est donc la base de données la plus adaptées, du moins à moyen terme.

La qualité des données restant toutefois insuffisante, l'Obsan utilise un jeu de données complété et pondéré (cf. explications au ch. 2.3.1). Celui-ci permet d'extraire des données cantonales, qu'il faut cependant manier avec prudence. De plus, les données doivent encore être validées, notamment pour les petits domaines de spécialité. On peut partir du principe que la qualité des données MAS s'améliorera fortement à moyen terme grâce à l'augmentation du taux de participation.

Prévisions relatives aux besoins : le calcul des futurs besoins en personnel est analogue à celui utilisé à l'échelle nationale, à savoir que le recours cantonal aux prestations en cabinets privés est calculé sur la base du pool de données de SASIS SA. Il faut aussi tenir compte des flux intercantonaux de patients dans la mesure du possible.

2. Indicateur de la densité de l'offre pour l'analyse à petite échelle des soins dans les cantons

Cette approche répond à la question suivante : dans quelles régions du canton doit-on délivrer une autorisation aux futurs médecins afin de couvrir au mieux les besoins en soins ? Elle permet d'analyser la répartition régionale des soins au sein d'un canton.

Cette approche examine la densité de l'offre à l'échelon d'une commune ou d'un district. On utilise le SDI (supply density indicateur), une mesure qui tient compte de la facilité d'accès (distance par rapport aux offres de soins disponibles) et de la disponibilité (nombre d'offres disponibles compte tenu de la concurrence au niveau de la demande) des offres. Le SID par région est comparé à celui d'autres régions (au sein ou à l'extérieur du canton), au sens d'un critère de référence. On en déduit dans quelles régions la densité de l'offre est inférieure ou supérieure à la moyenne, et par conséquent dans quelles régions des offres de soins supplémentaires apporteraient un bénéfice maximum du point de vue de la couverture des soins. Simuler la densité de l'offre dans dix ans permet d'analyser l'impact du vieillissement démographique des médecins sur cette densité.

La procédure méthodologique précise est décrite dans le rapport de Reto et al. (2019). Les éventuelles analyses cantonales pourraient être réalisées au moyen d'un modèle révisé qui devrait être disponible à l'été 2022.



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.