



OBSAN RAPPORT

05/2023

Projections des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse

Partie 2 : Total des domaines de spécialité,
gynécologie et l'obstétrique, psychiatrie
et psychothérapie des enfants et adolescents,
ophtalmologie et cardiologie

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, Lucas Haldimann, 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'Obsan 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, Lucas Haldimann (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 (ASMAC)
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- curafutura
- FMH Association professionnelle des médecins en Suisse
- 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 05/2023

Référence bibliographique

Burla, L., Widmer, M., Haldimann, L. & Zeltner, C. (2023). *Projections des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse. Partie 2 : Total des domaines de spécialité, gynécologie et l'obstétrique, psychiatrie et psychothérapie des enfants et adolescents, ophtalmologie et cardiologie. 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 05/2023). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations

www.obsan.ch

Observatoire suisse de la santé, CH-2010 Neuchâtel
obsan@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 45

Langue du texte original

Allemand, cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS : 873-2305).

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 PUB,
Publications et design visuel

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Impression

www.obsan.ch → Publications
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel
order@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2023
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Numéro OFS

874-2305

ISBN

978-2-940670-31-4

Effectifs et besoins futurs en médecins spécialistes en Suisse

Partie 2: Total des domaines de spécialité, gynécologie et obstétrique, psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents, ophtalmologie et cardiologie

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, Lucas Haldimann, 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	3.2.1 Calcul des effectifs futurs	21
		3.2.2 Calcul des besoins futurs	25
Sintesi	7	4 Calculs pour les différents domaines de spécialité	28
1 Introduction	10	4.1 Total des domaines de spécialité	28
1.1 Situation initiale	10	4.1.1 Effectifs actuels	28
1.2 Le comité «Coordination de la formation postgrade des médecins»	10	4.1.2 Outflow	29
1.3 Projet partiel II (période 2022/2023)	11	4.1.3 Inflow	29
1.4 Groupe d'écho	12	4.1.4 Besoins actuels	31
1.5 Structure du rapport	13	4.1.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins	32
		4.1.6 Effectifs et besoins futurs	32
PARTIE 1: MODÈLE DE SIMULATION: MÉTHODOLOGIE ET CALCULS POUR LES DIFFÉRENTS DOMAINES DE SPÉCIALITÉ	14	4.2 Gynécologie et obstétrique	34
2 Bases du modèle de simulation	15	4.2.1 Effectifs actuels	34
2.1 De quoi s'agit-il ?	15	4.2.2 Outflow	34
2.2 Modèle conceptuel	15	4.2.3 Inflow	35
2.3 Données utilisées	16	4.2.4 Besoins actuels	37
2.3.1 Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS)	16	4.2.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins	38
2.3.2 Statistique médicale de la FMH (y compris myFMH)	17	4.2.6 Effectifs et besoins futurs	38
2.3.3 Registre des professions médicales (MedReg)	17	4.3 Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents (PPEA)	40
2.3.4 Pool de données de SASIS SA	17	4.3.1 Effectifs actuels	40
2.3.5 Statistique médicale des hôpitaux (MS)	18	4.3.2 Outflow	40
2.3.6 Statistique de la population et des ménages (STATPOP)	18	4.3.3 Inflow	41
2.3.7 Scénarios d'évolution démographique de 2020 à 2050	18	4.3.4 Besoins actuels	43
3 Méthodologie	19	4.3.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins	44
3.1 Définition des paramètres à prendre en compte: vue d'ensemble	19	4.3.6 Effectifs et besoins futurs	44
3.2 Méthode concrète pour les différents éléments	21	4.3.7 Point de vue de la société de discipline médicale	47
		4.4 Ophtalmologie	49
		4.4.1 Effectifs actuels	49
		4.4.2 Outflow	49
		4.4.3 Inflow	50
		4.4.4 Besoins actuels	52
		4.4.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins	53
		4.4.6 Effectifs et besoins futurs	53
		4.4.7 Point de vue de la société de discipline médicale	55
		4.5 Cardiologie	56
		4.5.1 Effectifs actuels	56
		4.5.2 Outflow	56
		4.5.3 Inflow	57
		4.5.4 Besoins actuels	60
		4.5.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins	60
		4.5.6 Effectifs et besoins futurs	60
		4.5.7 Point de vue de la société de discipline médicale	62

5	Limites et potentiels du modèle	63
6	Synthèse	65
6.1	Effectifs actuels	65
6.2	Futurs départs (outflow)	65
6.3	Futures entrées (inflow)	66
6.4	Évolution des effectifs et des besoins jusqu'en 2032	66
6.5	Projections concernant les effectifs et les besoins: quelle est la marge de variation ?	68
6.6	Quelles sont les principales informations à retenir ?	70
	PARTIE 2: RECOMMANDATIONS DU COMITÉ	71
7	Recommandations	72
1.	L'attractivité des spécialités menacées ou touchées par un sous-approvisionnement doit être renforcée.	72
2.	La qualité des cursus de formation postgrade doit être améliorée.	73
3.	Les domaines professionnels doivent être développés de manière conjointe.	73
4.	Les données doivent être améliorées.	73
	Bibliographie	75
	Liste des abréviations	76
	Annexe	77
A.1	Bases conceptuelles pour des analyses cantonales	77
A.2	Modifications de l'approche méthodologique par rapport à l'étude partielle I	79

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 constitué de médecins formés dans 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 de la Suisse 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 plate-forme «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 en matière de formation postgrade, 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 effectifs et besoins futurs 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. L'Obsan a pour mandat d'appliquer le modèle de projections mis au point en 2018 à différentes spécialités médicales et de le développer aussi bien sur le plan méthodologique qu'en ce qui concerne son utilisation. Dans le cadre du projet partiel I (2021/2022), le total des domaines de spécialité ainsi que quatre spécialités (médecine de premier recours, pédiatrie, psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'orthopédie) ont été étudiés (Burla, Widmer & Zeltner, 2022).

Dans le cadre du projet partiel II (période 2022/2023), qui fait l'objet du présent rapport, les spécialités ou groupes de spécialités suivants ont été étudiés:

- Total des médecins spécialisés;
- Gynécologie et obstétrique;
- Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents (PPEA);

- Ophtalmologie;
- Cardiologie.

PARTIE 1: MODÈLE DE SIMULATION: MÉTHODOLOGIE ET CALCULS POUR LES DIFFÉRENTS DOMAINES DE SPÉCIALISATION

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Méthodologie

Les calculs des effectifs et des besoins futurs sont réalisés au moyen d'un modèle de simulation. La procédure adoptée se résume comme suit:

- 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), 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 et de l'essor de l'ambulatoire, 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, 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 existante de sur-approvisionnement ou de 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 aux soins actuel dans une discipline donnée est adéquat, ou si l'on se trouve actuellement en situation de pénurie.
- Le modèle fournit des calculs à l'échelle de la Suisse. Les différences régionales ou cantonales ne sont donc pas (encore) prises en compte.
- Les projections s'appliquent aux spécialités dans leur globalité. Les diverses priorités, leurs caractéristiques et leur future évolution ne peuvent pas être prises en compte à l'heure actuelle.

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 cardiologie devraient fortement augmenter, alors que le nombre de psychiatres pour enfants et adolescents (en EPT) devrait à peine augmenter. 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 excédent ou d'une actuelle pénurie) pour la PPEA modifie bien sûr fortement les résultats de cette 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 cardiologie, les effectifs futurs dépassent nettement les besoins. En PPEA, par contre, les effectifs seront insuffisants, ou couvriront à peine les besoins. Si toutefois on part de l'hypothèse qu'une pénurie existe actuellement en PPEA, même l'immigration serait insuffisante pour couvrir les besoins.

Sans médecins spécialistes étrangers, une partie des spécialités examinées seraient confrontées à une pénurie massive en Suisse. Cette situation s'accroît encore si l'on tient compte des médecins-assistants étrangers.

En résumé:

- *En Suisse, les besoins en spécialistes dans les disciplines considérées ne peuvent être couverts sans l'apport de médecins étrangers.*
- *Les données indiquent que la psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents fait et fera face à une pénurie.*

PARTIE 2: RECOMMANDATIONS

Comité «Coordination de la formation postgrade des médecins»

Tout comme dans le rapport 2022, le comité CFM formule les recommandations suivantes pour les prochaines étapes du travail. Celles-ci reposent sur les résultats des calculs de l'Obsan ainsi que des discussions du groupe d'écho nouvellement constitué. Ces recommandations n'ont pas de caractère exhaustif.

Recommandation 1: L'attractivité des spécialités menacées ou touchées par un sous-approvisionnement doit être renforcée.

Formation postgrade

De manière générale, les spécialités menacées ou touchées par un sous-approvisionnement doivent devenir plus attractives afin qu'il soit possible d'assurer une relève de médecins plus importante. En outre, les médecins en cours de formation postgrade doivent pouvoir se concentrer davantage sur le contenu de la formation et moins sur les tâches administratives ou orientées vers les services. Enfin, l'offre en matière de formation postgrade doit être davantage axée sur les besoins d'approvisionnement prévus.

Il convient d'œuvrer pour renforcer et ainsi améliorer le contenu de la formation et l'axer davantage sur les besoins en approvisionnement, aussi bien dans le secteur stationnaire que dans le secteur ambulatoire. Une approche possible serait le financement de postes d'assistants dans des cabinets médicaux, y compris en dehors du domaine de la médecine de premier recours.

Formation universitaire

À des fins de continuité, il est impératif de renforcer la visibilité et l'attractivité des spécialités menacées ou touchées par un sous-approvisionnement dès la formation universitaire.

L'une des potentielles mesures pour renforcer l'attractivité des soins en cabinet et en ambulatoire est d'insister sur leur importance pendant la formation universitaire.

Indépendamment de ces efforts, et comme indiqué dans les recommandations liées au rapport du comité CFM de 2022, il convient d'œuvrer pour augmenter encore le nombre de places de formation.

Formation continue

Les efforts réalisés au niveau de la formation universitaire et de la formation postgrade doivent également se prolonger dans le

cadre de la formation continue. Dans cette optique, les sociétés de disciplines médicales doivent axer le contenu de leurs formations sur les compétences de la même manière que la formation universitaire et la formation postgrade. L'objectif doit être d'avoir une influence positive sur la durée d'activité professionnelle en donnant aux participants les moyens d'adapter continuellement leurs compétences aux exigences en mutation dans une démarche d'apprentissage tout au long de la vie.

Recommandation 2: La qualité des cursus de formation postgrade doit être améliorée.

Outre les conditions-cadre, la qualité des cursus de formation postgrade doit constamment être améliorée. La formation postgrade des médecins fondée sur les compétences, initiée par l'ISFM, doit être mise en œuvre dans tous les domaines de spécialité.

Dans le contexte du transfert croissant des soins stationnaire dans le secteur ambulatoire, la promotion de la formation postgrade en ambulatoire et l'appui des praticiens formateurs actifs dans ce secteur sur le plan didactique revêtent justement un rôle essentiel. En vue de renforcer la formation postgrade en ambulatoire, des cours en matière d'éducation médicale (*medical education*) pourraient être envisagés en-dehors des cours pour praticiens formateurs actuellement disponibles et principalement destinés aux médecins de premier recours, tels que les cours de formation des formateurs (*teach the teachers*) de l'ISFM.

Recommandation 3: Les domaines professionnels doivent être développés de manière conjointe.

La délégation des tâches et la collaboration professionnelle intelligente non seulement ont le potentiel d'améliorer la qualité des soins, mais elles peuvent également contribuer à alléger la charge des médecins. Ils doivent par conséquent être développés et consolidés par les professions concernées. Des contenus de formation communs contribueraient à renforcer la compréhension mutuelle entre les professions et il serait possible d'examiner dans quelle mesure les professions concernées se complètent. Pour une telle approche, il serait toutefois nécessaire de clarifier au préalable les compétences spécialisées centrales de chaque profession et de, par exemple, les cartographier dans une matrice de compétences.

La coopération intégrée et coordonnée des professions, la collaboration professionnelle intelligente et une délégation des tâches adaptées doivent être davantage encouragées. Il serait donc impératif que les obstacles juridiques et tarifaires à ces mesures soient levés, en particulier lorsque les compétences nécessaires à la délégation des tâches suivant les différents cursus sont déjà présentes. Il est important que la délégation des tâches et la collaboration professionnelle intelligente soient planifiées et mises en œuvre dans une optique d'amélioration de la qualité et ne résultent pas d'un simple besoin ou ne donnent pas lieu à des doublons (collaboration professionnelle «intelligente»).

Recommandation 4: Les données doivent être améliorées.

Comme établi dans le rapport 2022 du comité CFM, les données pour les prévisions futures doivent être améliorées. Dans cette optique, il s'agirait dans un premier temps d'examiner quelles données supplémentaires pourraient être collectées. En outre, il serait essentiel de déterminer dans quelle mesure le recours aux soins actuel coïncide réellement avec les besoins, ou si un sous-approvisionnement ou un sur-approvisionnement significatif est à prévoir dans une spécialité ou peut déjà être constaté. Par ailleurs, des analyses approfondies concernant le parcours professionnel des médecins et les sorties précoces de la profession seraient essentielles pour estimer l'évolution future. Il conviendrait également, dans la mesure du possible et si cela est pertinent, de distinguer les spécialités étudiées par sous-spécialité afin de pouvoir formuler des affirmations plus ciblées.

Au cours des prochaines années, les calculs du modèle seront comparés avec l'évolution réelle de la situation, examinés de manière critique et adaptés en conséquence en consultation avec les associations professionnelles concernées, l'ISFM et les employeurs. Pour toute prochaine collecte de données, il sera essentiel que le principe de la collecte unique (principe *once only*) soit respecté en vue d'une plus grande facilité d'utilisation.

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'assistenza commisurata 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). I lavori saranno portati avanti nel quadro del comitato «Coordinamento del perfezionamento in medicina» (di seguito «comitato CPM»), istituito nel 2019.

L'Obsan ha ricevuto l'incarico di applicare il modello di previsione elaborato nel 2018 a diverse discipline mediche e di svilupparlo ulteriormente sotto il punto di vista della metodologia e dell'applicazione. Nel progetto parziale I (2021/2022), la totalità dei settori di specializzazione così come quattro specializzazioni (medicina di famiglia, pediatria, psichiatria e psicoterapia, ortopedia) sono stati oggetto di studio, i cui risultati sono stati pubblicati (Burla, Widmer & Zeltner, 2022).

Nel progetto parziale II (durata 2022/2023), a cui si riferisce il presente rapporto, sono stati oggetto di studio i seguenti settori di specializzazione risp. gruppi di specializzazioni:

- totalità dei medici specialisti;

- ginecologia e ostetricia;
- psichiatria e psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza;
- oftalmologia;
- cardiologia.

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'assistenza inadeguata.

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'assistenza inadeguata;
- 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 cardiologia è previsto tendenzialmente un incremento più marcato, mentre il numero di psichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza (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'assistenza insufficiente o eccessiva), 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 cardiologia, gli effettivi futuri superano nettamente il fab-

bisogno. In psichiatria e psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza, invece, in questo modello di riferimento è già evidente un'assistenza insufficiente o comunque di misura: se si presuppone un'attuale penuria in questo settore, il fabbisogno futuro è da considerarsi lungi dall'essere soddisfatto, pur tenendo conto dell'immigrazione.

Senza i medici specialisti stranieri, la Svizzera andrebbe incontro a una massiccia penuria in alcuni dei settori di specializzazione esaminati. Questo scenario si accentua ulteriormente se si prendono in considerazione i medici assistenti stranieri.

Riassumendo si può asserire che:

1. nei settori di specializzazione esaminati, senza i medici stranieri è impossibile coprire il fabbisogno in Svizzera;
2. nel settore della psichiatria e psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza sono emersi elementi a conferma di un'attuale e futura assistenza inadeguata.

PARTE 2: RACCOMANDAZIONI

Comitato «Coordinamento del perfezionamento in medicina»

Analogamente al rapporto del comitato CPM 2022, di seguito vengono formulate alcune raccomandazioni per l'ulteriore modo di procedere. Queste si basano sui risultati dei calcoli effettuati dall'Obsan, così come sulle discussioni affrontate nel nuovo gruppo di feedback. Le raccomandazioni non hanno la pretesa di essere esaustive.

Raccomandazione 1: aumentare l'attrattiva delle specializzazioni interessate o minacciate da un'assistenza insufficiente

Perfezionamento

Le specializzazioni interessate o minacciate da un'assistenza insufficiente devono essere rese più attrattive in generale, al fine di acquisire e di assicurarsi nuove leve mediche. Inoltre, i medici in perfezionamento dovrebbero concentrarsi di più sui contenuti della formazione e svolgere meno compiti di carattere amministrativo o puramente orientato al servizio. Non da ultimo, l'offerta di perfezionamento dovrebbe essere maggiormente finalizzata al prevedibile fabbisogno.

Una ristrutturazione volta a rafforzare i contenuti formativi e a considerare il fabbisogno dovrebbe essere attuata sia nel settore stazionario che in quello ambulatoriale. Un possibile approccio consiste nel finanziare posti di assistente in studio medico, anche al di fuori della medicina di famiglia.

Formazione

Per garantire la continuità è necessario aumentare già nel corso della formazione medica la visibilità e l'attrattiva delle specializzazioni interessate o minacciate da un'assistenza insufficiente. Una possibile misura per migliorare l'attrattiva dell'assistenza sanitaria negli studi ambulatoriali di studi medici e ospedalieri consiste nell'incrementarne l'importanza durante la formazione.

Come già stabilito nelle raccomandazioni formulate nel rapporto del comitato CPM 2022, indipendentemente da questi sforzi si dovrebbe cercare di aumentare il numero di posti di studio.

Aggiornamento

Gli sforzi compiuti negli ambiti della formazione e del perfezionamento devono essere fatti anche nel settore dell'aggiornamento. In tal senso, le associazioni specialistiche dovrebbero impostare i loro contenuti formativi concentrandosi sulle competenze, in analogia con la formazione e il perfezionamento. L'obiettivo dev'essere quello di influenzare positivamente la durata della permanenza nella professione, offrendo ai partecipanti la possibilità di adattare costantemente le proprie competenze ai requisiti mutevoli, nell'ambito dell'apprendimento permanente.

Raccomandazione 2: migliorare la qualità dei cicli di perfezionamento

Oltre alle condizioni quadro, occorre migliorare costantemente anche la qualità dei cicli di perfezionamento. L'introduzione del perfezionamento basato sulle competenze, avviata dall'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM, deve essere estesa a tutte le specializzazioni e a tutti i centri di perfezionamento.

In particolare in un contesto di progressivo passaggio dall'assistenza ospedaliera a quella ambulatoriale, la promozione dell'aggiornamento ambulatoriale e il sostegno didattico dei medici-insegnanti attivi nel settore rivestono un ruolo centrale. Una misura per rafforzare l'aggiornamento ambulatoriale consiste nella promozione di corsi nell'ambito «medical education» al di fuori dei corsi per medici-insegnanti destinati soprattutto a medici di famiglia e pediatri, come per esempio i corsi «teach the teacher» dell'ISFM.

Raccomandazione 3: sviluppare ulteriormente gli ambiti professionali in maniera congiunta

Il task shifting e la collaborazione interprofessionale (CIP) «smart» non solo hanno il potenziale di migliorare la qualità dell'assistenza, ma possono anche contribuire ad alleggerire il carico dei medici. Per questo motivo le professioni coinvolte dovrebbero ulteriormente svilupparli e concretizzarli. Attraverso contenuti formativi comuni, la comprensione reciproca tra gruppi professionali potrebbe essere aumentata e consolidata, nella misura in cui le professioni coinvolte si completano a vicenda. Tuttavia, ciò presuppone un chiarimento preliminare delle competenze chiave specifiche di ogni professione, nonché per esempio una loro mappatura in una matrice delle competenze.

Occorre promuovere ulteriormente la collaborazione integrata e coordinata degli ambiti professionali, la CIP e un adeguato task shifting. Si dovrebbero quindi chiarire in questo contesto anche gli ostacoli di natura giuridica e tariffaria, soprattutto laddove le competenze necessarie per il task shifting sono già presenti nei diversi curricula. È importante che il task shifting e la CIP siano pianificati e implementati con l'obiettivo di migliorare la qualità e che non derivino meramente dalla situazione di penuria o che non creino una duplicazione del lavoro (CIP «smart»).

Raccomandazione 4: migliorare la qualità della base di dati

Come già indicato nel rapporto del comitato CPM 2022, la base di dati per le previsioni future deve essere ulteriormente affinata. A tal fine, bisognerebbe stabilire dapprima quali dati aggiuntivi dovrebbero essere raccolti. Inoltre, sarebbe importante chiarire in che misura la domanda attuale corrisponde realmente al fabbisogno, oppure se ci si debba aspettare o sussiste già un'assistenza insufficiente o eccessiva in un settore di specializzazione. Inoltre, è fondamentale condurre analisi approfondite dei percorsi di carriera e degli abbandoni prematuri della professione al fine di poter stimare l'evoluzione futura. Non da ultimo, si dovrebbero suddividere i settori presi in esame, dove possibile e sensato, in sottospecializzazioni per poter formulare affermazioni più mirate.

Nei prossimi anni, i calcoli del modello saranno confrontati con l'evoluzione effettiva, esaminati criticamente e adattati di conseguenza, laddove opportuno, in consultazione con le associazioni specialistiche interessate, l'ISFM e i datori di lavoro. Per ogni nuovo rilevamento di dati sarà importante attenersi al principio una tantum al fine di garantire la facilità di utilizzo (il cosiddetto principio «once only»).

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 spécialisent 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 des 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 au maximum (2021–2025). La liste de ses membres figure dans l'encadré 1.

Dans ce contexte, l'Obsan a pour mandat d'utiliser le modèle de projections mis au point en 2018 pour différentes spécialisations médicales et de le développer aussi bien sur le plan de la méthode qu'en vue de son utilisation. Le projet global se déroule aussi sur une période de cinq ans au maximum (2021–2025) et comprend différents projets partiels.

Dans le cadre du projet partiel I (2021/2022), le total des domaines de spécialité ainsi que quatre spécialités (médecine de premier recours, pédiatrie, psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'orthopédie) ont été étudiés et publiés (Burla, Widmer & Zeltner, 2022). À partir de ces résultats, le comité CFM a formulé de premières recommandations concernant les prochaines étapes du travail.

1.3 Projet partiel II (période 2022/2023)

Dans le cadre du projet partiel II (période 2022/2023), les spécialités ou groupes de spécialités suivants ont été étudiés:

- Total des médecins spécialistes;
- Gynécologie et obstétrique;
- Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents;
- Ophtalmologie;
- Cardiologie.

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.

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):*
Dr Monika Brodmann Mäder, privat-docente, présidente
- *Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS):*
Michael Jordi, secrétaire général
Seraina Grünig, cheffe de projet
- *curafutura: Maja Eckold, cheffe de projet*
- *Fédération des médecins suisses (FMH):*
Jana Siroka, membre du Comité central
- *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*
- *Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAC): Dr Patrizia Kündig*

Remarque: 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, au niveau tant du contexte 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 Groupe d'écho

En vue de l'élaboration des recommandations, le comité CFM a mis sur pied un nouveau groupe d'écho pour le projet partiel II. Celui-ci a contribué à inscrire dans un contexte plus large les résultats des calculs et à donner une meilleure assise aux recommandations.

Outre le comité CFM, le groupe d'écho se composait de membres principaux, participant aux discussions sur les quatre spécialités étudiées, et de membres spécialisés participant uniquement aux discussions sur des spécialités apparentées. L'encadré 2 donne un aperçu des personnes participant au groupe d'écho.

Encadré 2: Membres du groupe d'écho 2022

Comité CFM

- OFSP: Déborah Prisi, Cinzia Zeltner, Sina Röthlisberger
- CDS: Seraina Grünig
- ISFM: Monika Brodmann Mäder
- curafutura: Maja Eckold
- FMH: Jana Siroka
- H+: Markus Trutmann (empêchement)
- Obsan: Laila Burla, Marcel Widmer
- santésuisse: Adrian Jaggi
- SEFRI: Sonja Henrich
- swissuniversities: Kathrin Balmer

Membres principaux:

- Médecins de famille et de l'enfance Suisse: Philippe Luchsinger
- Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften: Aldo Kramis
- Association des médecins cantonaux de Suisse: Yvonne Hummel
- ASMAC: Patrizia Kündig

Membres spécialisés:

Gynécologie et obstétrique:

- Berner Fachhochschule, BSc sage-femme: Therese Damke
- Fédération suisse des sage-femmes: Barbara Stocker

Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents:

- Université de Fribourg, MAS axé sur la psychologie de l'enfant et de l'adolescent: Simone Munsch
- Fédération Suisse des Psychologues: Yvik Adler

Ophtalmologie:

- Fédération suisse des opticiens: Roman Nadler
- OPTIQUESUISSE: Valentin Dagon
- Société pour l'optique et l'optométrie: Manuel Kovats

Cardiologie:

- Physioswiss: Stephanie Saxer
- Société suisse de médecine interne générale: Lars Clarfeld

1.5 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 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 1: Modèles de simulation

Description de la méthodologie et résultats des calculs

Observatoire suisse de la santé (mandataire)



Partie 2: Recommandations

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 et les besoins futurs 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 1.2) 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 & Zeltner, 2022; Burla & Widmer, 2016, 2017, 2018). Dans le cadre du projet partiel II, 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;
- Gynécologie et obstétrique;
- Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents;
- Ophtalmologie;
- Cardiologie.

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

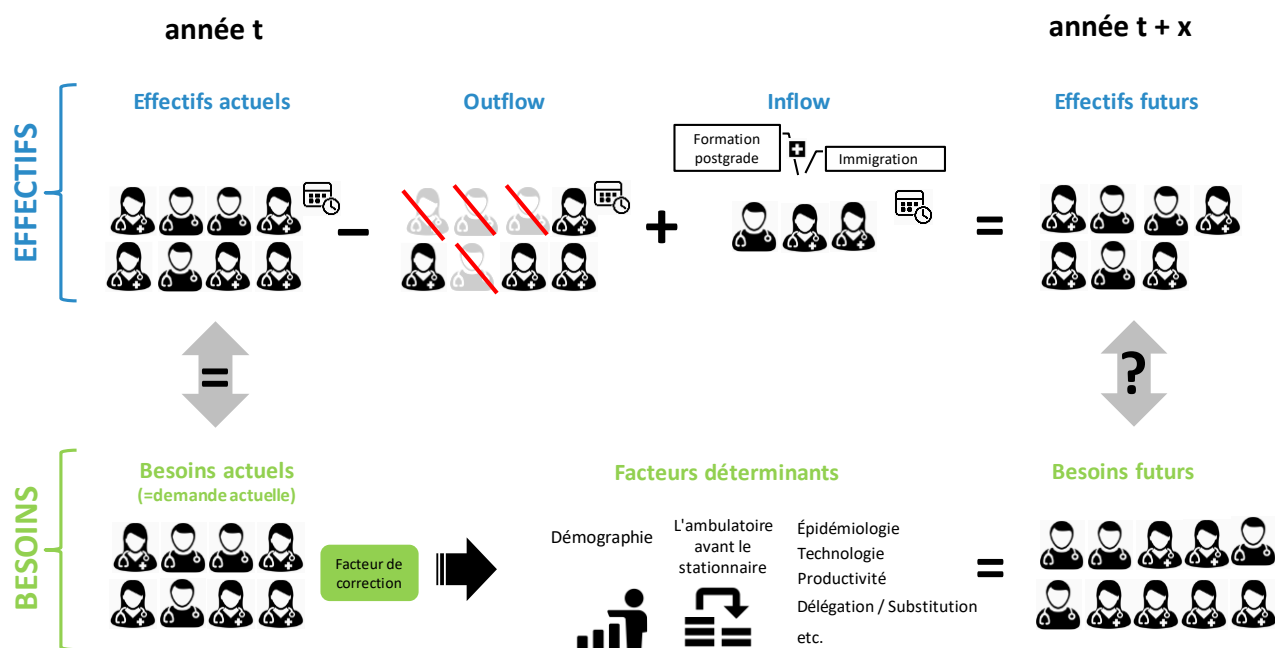
Le graphique G 2.1 illustre le modèle conceptuel qui a servi de base pour le modèle de simulation. Il se fonde sur le modèle mis au point par l'institut NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research), qui est utilisé aux Pays-Bas pour gérer notamment la formation postgrade des médecins (Van Greuning et al., 2012, 2013). Au cours de l'élaboration du modèle de simulation (Burla & Widmer, 2017, 2018; Burla, Widmer & Zeltner, 2022), ce modèle conceptuel a été légèrement réajusté à plusieurs reprises. Il peut être résumé de la façon suivante:

Encadré 3 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).

- 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, du transfert du secteur stationnaire au secteur ambulatoire 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 3).

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 2023

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 2019, le taux de participation a été de 64% 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.
- 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.

- 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.

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.

3 Méthodologie

À quelques exceptions près, la méthodologie employée est identique à celle de l'étude partielle I (Burla, Widmer & Zeltner, 2022). Les modifications les plus importantes sont décrites à l'annexe A2.

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):

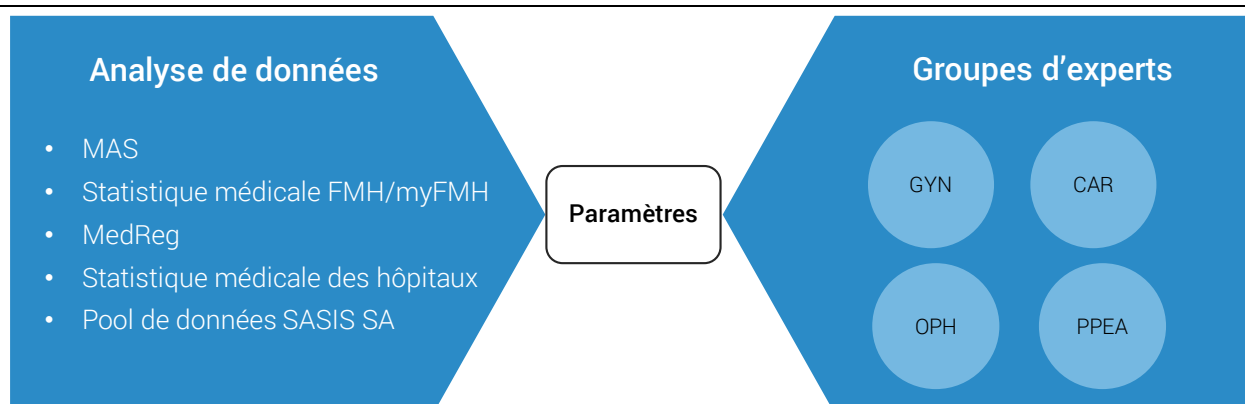
- *Analyse des données existantes*: Le cas échéant, les données existantes ont été évaluées et utilisées comme base pour les calculs ou la définition des scénarios et hypothèses.
- *Échange avec des groupes d'experts*: Des experts ont été consultés afin de définir, notamment, les hypothèses et scénarios 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 4. 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 structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires; MedReg: registre des professions médicales

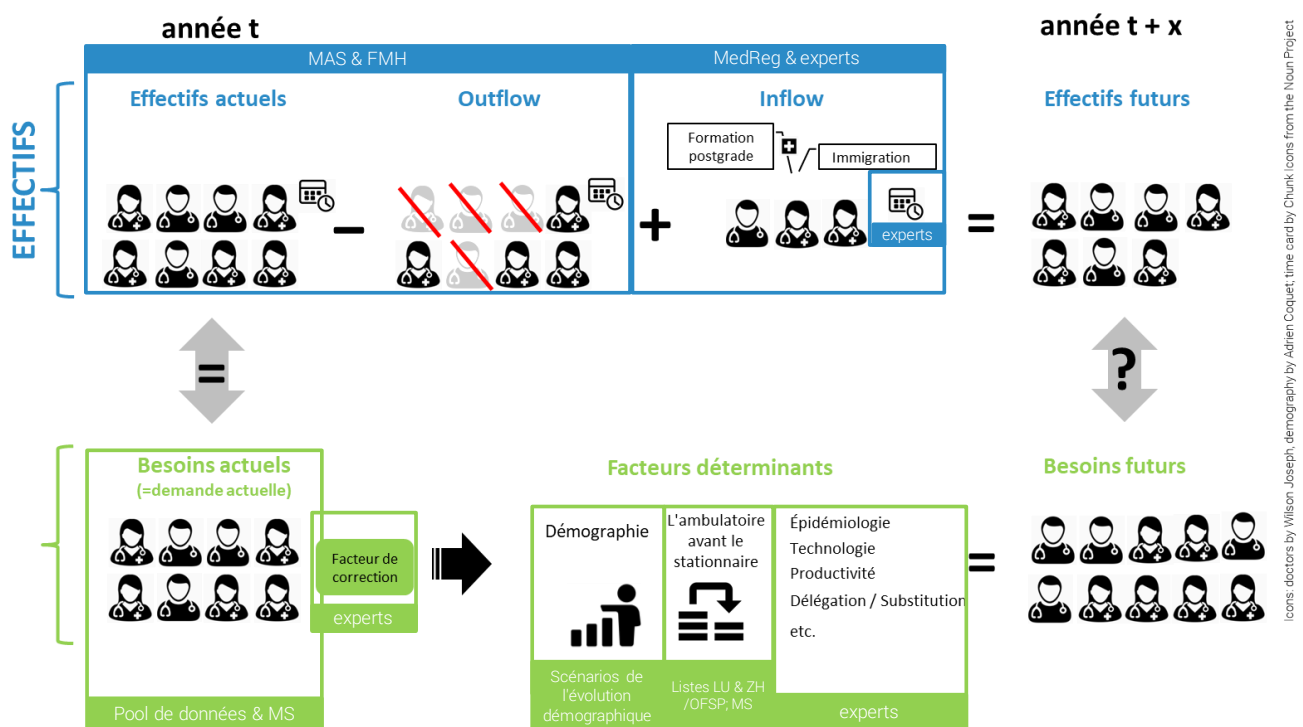
GYN: Gynécologie et obstétrique; CAR: Cardiologie; OPH: Ophtalmologie; PPEA: Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents

Source: graphique créé par les auteurs

© Obsan 2023

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 structurelles 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 2023

Encadré 4 Experts participants

Gynécologie et obstétrique	D ^r Irène Dingeldein, vice-présidente de gynécologie suisse D ^r Thomas Eggimann, secrétaire général de gynécologie suisse D ^r Roger Rytz, représentant du GRSSGO D ^r Marcel Steinmann, médecin-chef de l'hôpital cantonal de Lucerne
Psychiatrie pour enfants et adolescents	P ^r Wilhelm Felder, ancien président de la SSPPEA P ^r Kurt Schürmann, D ^r Elvira Tini, membre du conseil de la SSPPEA
Ophtalmologie	D ^r Alessandra Sansonetti, présidente de la SSO D ^r Alexandra Prünke, membre du conseil de la SSO
Cardiologie	D ^r Peter Gnehm, cabinet à Berne D ^r Marjam Ruediger, directrice de la Société Suisse de Cardiologie P ^r Felix Tanner P ^r Christophe Wyss, Société suisse de cardiologie

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.

Comme indiqué au début du chapitre, la méthodologie a été adaptée sur certains aspects par rapport à celle employée pour le projet partiel I (Burla, Widmer & Zeltner, 2022). Les modifications sont brièvement décrites à l'annexe A.2.

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 2019 ont été utilisées (voir 2.3.1). Pour le secteur hospitalier, ce sont celles de la statistique médicale de la FMH de 2019 (y compris myFMH; voir 2.3.2). Des données plus récentes auraient été disponibles pour le secteur hospitalier (2021) mais, afin de se baser sur la même année d'analyse que pour les cabinets, il a été décidé d'étudier les données de 2019.

a) Cabinets

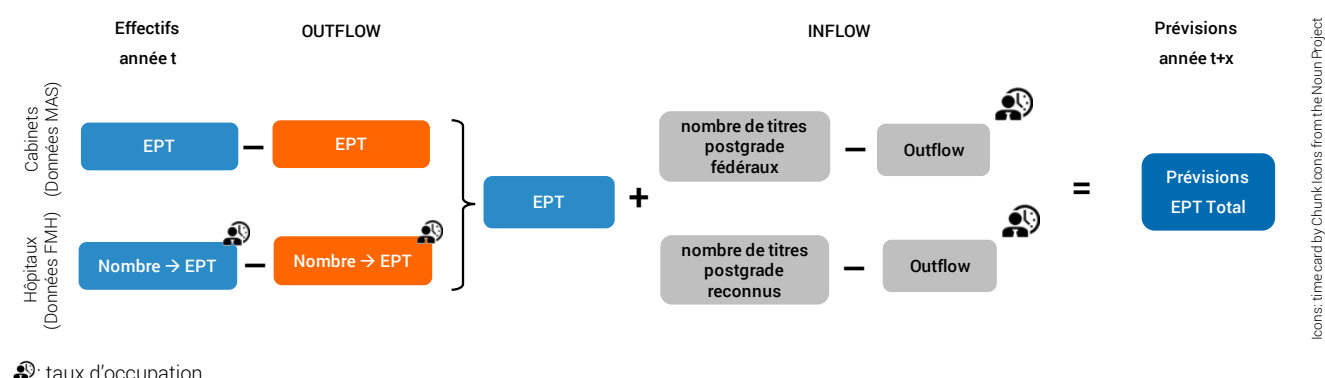
Les effectifs de médecins de cabinet (en EPT) par spécialité et par sexe ont été calculés sur la base du tableau agrégé de l'enquête MAS, avec les demi-journées. Seuls les médecins en activité au 31.12. de l'année de l'enquête (2019) et n'ayant pas été absents plus de 24 semaines au cours de l'année 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.

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

G 3.3 Calculs des effectifs: représentation schématique de la méthode



: taux d'occupation

MAS: données structurelles 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 2023

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.

Il convient de noter qu'une subdivision supplémentaire des EPT entre le secteur stationnaire et le secteur ambulatoire est prévue en tant que base pour la détermination des besoins futurs: les projections des besoins sont réalisées distinctement pour les secteurs hospitaliers stationnaire et ambulatoire (voir 3.2.2), c'est pourquoi les effectifs en EPT doivent aussi être présentés séparément. Dans cette optique, il s'agit d'estimer quelle part du volume de travail des médecins exerçant dans les hôpitaux est réalisée en ambulatoire par rapport au secteur stationnaire. Comme il n'existe pas de donnée sur le sujet, cette estimation est fondée sur les retours des groupes d'experts.

T 3.1 Répartition des domaines de spécialité

Spécialité	Spécialités prises en compte
Total des médecins spécialistes	Tous les domaines de spécialité, y compris les médecins praticiens
Gynécologie	Gynécologie et obstétrique
Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents	Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents
Ophtalmologie	Ophtalmologie
Cardiologie	Cardiologie

Source: graphique créé par les auteurs

© Obsan 2023

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 psychiatrie pour enfants et adolescents par exemple, se pourrait-il que la proportion relativement élevée de médecins âgés de plus de 64 ou 65 ans s'explique par le fait que beaucoup d'entre eux ne trouvent pas de successeur pour leur cabinet et repoussent donc leur départ à la retraite contre leur gré ? Et quelle est la conception du travail de la jeune génération de médecins, 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* dans les cabinets médicaux, on a utilisé les EPT agrégés issus des données de l'enquête MAS de 2019, 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). Les médecins ont été répartis en trois groupes (voir G 3.4) et les départs calculés comme suit:

1. Médecins ayant déjà plus de 64 ou 65 ans au moment de l'enquête.
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 d'ici à leurs 70 ans.
2. Médecins qui atteindront l'âge de la retraite d'ici l'horizon des projections (2032).

Pour les médecins âgés de moins de 64 ou 65 ans qui atteindront l'âge de la retraite d'ici 2032, les futurs 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 pendant trois ans en moyenne 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. Il convient de noter que seule une activité professionnelle prolongée par un médecin «de son plein gré» est prise en considération. Si les médecins travaillent plus longtemps (actuellement ou à l'avenir) parce qu'ils ne parviennent pas à trouver de successeur, on considère alors qu'il s'agit d'un problème systémique et ces cas ne sont pas inclus dans le modèle. Les résultats doivent en effet montrer comment les effectifs évolueraient si tous les médecins qui le souhaitent partent à la retraite, et que les défaillances du système ne sont pas «ancrées».

3. Médecins âgés de moins de 51 ou 50 ans qui n'atteindront donc pas l'âge de la retraite d'ici l'horizon des projections (2032).

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. Ce pourcentage 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 51 ou 50 ans en 2019 quitteront le métier d'ici l'horizon des projections (dans le présent projet: 2032).

b) Secteur hospitalier

Le calcul des *départs* 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, les médecins ont été répartis en trois groupes (voir le graphique G 3.4) et les départs par groupe calculés comme suit:

Récapitulatif des scénarios pour l'inflow:

Titres de formation postgrade fédéraux:

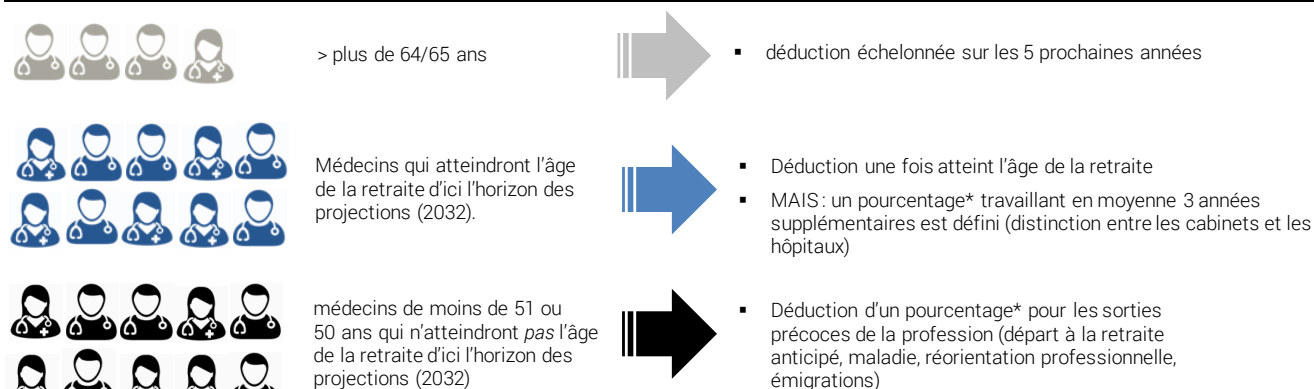
- haut
- moyen
- bas
- examen suisse uniquement: le scénario moyen mais avec déduction d'un pourcentage de médecins titulaires d'un diplôme de médecine étranger

Titres de formation postgrade reconnus:

- haut
- moyen
- bas
- nul: aucun titre de formation postgrade reconnu

1. 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 cinq années de projection suivantes.
2. 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 en moyenne trois années supplémentaires. 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 certaines spécialités, ce pourcentage a été fixé à zéro.
3. Comme pour le secteur des cabinets médicaux, les *sorties précoces de la profession, y compris les émigrations et les retours*

G 3.4 Calcul des sorties de la profession: schéma de la méthodologie employée



* Les pourcentages sont définis par spécialité avec les groupes d'experts correspondants

Source: graphique créé par les auteurs

© Obsan 2023

au pays, ont été prises en compte par la déduction d'un pourcentage parmi les médecins de moins de 52 ou 51 ans. Pour cela, on a utilisé la même valeur que pour les cabinets médicaux.

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.

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 2009 et 2021. Comme le nombre de titres peut varier fortement selon les années, on a systématiquement calculé la moyenne mobile (moyenne sur cinq 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 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 2032 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'acquies 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 Burla, Widmer & Zeltner, 2022).

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 a 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 outre, on ne peut exclure que la limitation des autorisations aura également des répercussions sur la formation postgrade en Suisse: il est ainsi envisageable que l'attractivité de certains domaines de spécialité diminue fortement en raison de l'incertitude relative à une future autorisation.

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 2019 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 12 demi-journées ont été réduites à 12, c'est pourquoi il est possible que des taux d'occupation soient 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 ophtalmologue 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, estimé sur la base des données de l'enquête MAS et de myFMH. Dans le modèle de simulation, deux scénarios ont été utilisés: un scénario constant et un scénario de baisse, supposant une diminution du taux d'occupation moyen d'ici 2030. Le scénario à la baisse était fondé 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 sous-approvisionnement (voir encadré 3 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 aux différentes spécialités suivant les prestations utilisées dans les décomptes. Dans un premier temps, un ensemble de prestations a été défini pour chaque spécialité: celui-ci comprend les positions tarifaires du TARMED caractéristiques du domaine de spécialité analysé. La démarche adoptée pour constituer les ensembles de prestations est décrite plus en détail dans le rapport de Jörg et al. (2022).

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 cas de la Statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'OFS. Pour cela, on a dans un premier temps affecté les cas aux domaines des soins somatiques aigus et de la psychiatrie. Les cas de réadaptation n'ont pas été pris en compte, car ils ne sont pas d'une grande pertinence pour les spécialités analysées. Cette attribution a été réalisée sur la base du centre de coûts principal et du type d'hôpital. L'estimation de l'évolution des besoins suivant la spécialité médicale est fondée sur le groupement des traitements stationnaires conformément à la classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). À partir des projections des besoins par GPPH, les domaines de prestations pour la planification hospitalière

lière (DPPH) correspondants ont été définis pour chaque spécialité en tenant compte des domaines d'activité des différents groupes de médecins spécialistes. Les titres de spécialistes prescrits conformément au concept de groupe de prestations par GPPH ont, dans certains cas, servi de base pour l'attribution des mandats de prestations. Les GPPH déterminants pour les analyses des domaines de spécialité sont indiqués dans le tableau 3.2.

T 3.2 Secteur hospitalier stationnaire: critères d'inclusion

Spécialité	Critères d'inclusion
Total des médecins spécialistes	– Total des hospitalisations
Gynécologie et obstétrique	– Hospitalisations de femmes – Hospitalisations des domaines de prestations «gynécologie» et «obstétrique» (GPPH: GYN, PLC, GEB)
Ophthalmologie	– Hospitalisations du domaine de prestations «ophthalmologie» (GPPH: AUG)
Cardiologie	– Hospitalisations du domaine de prestations «cœur» (GPPH: HER, KAR)
Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents	– Hospitalisation des personnes de 0 à 18 ans – Hospitalisations dans des cliniques psychiatriques ou les départements de psychiatrie d'hôpitaux de soins somatiques aigus

Source: graphique créé par les auteurs

© Obsan 2023

3. Recours aux soins dans les hôpitaux: secteur ambulatoire

Le recours aux soins actuel dans le secteur ambulatoire des hôpitaux a pu être calculé sur la base du nombre de consultations issu de la base de données de SASIS SA. 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).

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 grâce à ce facteur. 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

Pour déterminer l'évolution future du recours aux soins, deux variantes incluant différents facteurs d'influence ont été calculées pour chaque spécialité (exception: ophtalmologie), voir à ce sujet le tableau T.3.3:

«BASIS»: Dans la variante 1, «BASIS», l'évolution démographique, l'essor de l'ambulatoire ainsi que, pour la psychiatrie, une augmentation du recours aux soins ont été pris en compte. Les calculs reposent sur la méthode utilisée par l'Obsan pour la base de la planification des hôpitaux. S'agissant de la psychiatrie, les hypothèses relatives à l'essor de l'ambulatoire et à l'augmentation du recours aux soins reposent sur le rapport de Zurich sur les besoins en effectifs (direction de la santé du canton de Zurich, 2021).

«BASIS+»: pour la variante 2, «BASIS+», d'autres facteurs d'influence sont pris en compte en fonction de la sélection faite pour la variante «BASIS».

Les différents facteurs d'influence sont expliqués dans les paragraphes suivant:

Évolution démographique

L'évolution démographique vise à déterminer comment les besoins évolueront à l'avenir selon la taille de la population ainsi que la structure par âge et par sexe. On utilise pour cela les trois scénarios démographiques de l'OFS: «moyen» (scénario de référence), «haut» et «bas» (voir 2.3.7). Pour des raisons de lisibilité,

T 3.3 Facteurs d'influence sur le recours aux soins futur pris en compte par spécialité et variante de calcul

Spécialité	Variante 1 «BASIS»	Variante 2 «BASIS+»
Total des médecins spécialistes	– Évolution démographique – Essor de l'ambulatoire – Psychiatrie: augmentation du recours aux soins	– Évolution démographique – Essor de l'ambulatoire – Psychiatrie: augmentation du recours aux soins – Autres facteurs d'influence
Gynécologie	– Évolution démographique	– Évolution démographique
Cardiologie	– Essor de l'ambulatoire	– Essor de l'ambulatoire – Autres facteurs d'influence
Ophthalmologie	– Évolution démographique – Essor de l'ambulatoire	<i>pas de calcul pour BASIS+</i>
Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents	– Évolution démographique – Essor de l'ambulatoire – Psychiatrie: augmentation du recours aux soins	– Évolution démographique – Essor de l'ambulatoire – Psychiatrie: augmentation du recours aux soins – Autres facteurs d'influence

Source: graphique créé par les auteurs

© Obsan 2023

seuls les résultats du scénario moyen sont représentés dans la partie consacrée aux résultats.

Essor de l'ambulatoire

L'essor de l'ambulatoire rend compte du transfert des prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire. L'OFSP, de même que la plupart des cantons, a entre-temps édicté des listes comprenant les interventions à réaliser principalement en ambulatoire (Roth & Pellegrini, 2021).

Afin de prendre en considération l'essor de l'ambulatoire dans les projections des besoins, une première étape a consisté à déterminer les cas traités en stationnaire pouvant potentiellement être transférés en ambulatoire. La liste harmonisée des cantons de Lucerne et de Zurich a servi de base à cet effet.¹ Les cas pour lesquels un traitement dans le secteur stationnaire était justifié, suivant les critères de dérogation de l'OFSP (ch. 2 de l'annexe 1a de l'OPAS), ont été déduits.

Les cas ainsi identifiés n'ont pas tous été transférés dans les faits. Il se peut, par exemple, que certaines raisons justifient un traitement dans le secteur stationnaire et ne soient pas incluses dans les critères de dérogation (par. ex. la situation sociale/de logement du patient). C'est pourquoi une deuxième étape a consisté à définir des scénarios montrant comment les besoins évolueraient suivant la part de cas potentiellement transférables qui seraient effectivement traités en ambulatoire. Les trois scénarios suivants ont été définis lors du calcul des besoins:

- bas: 50% des cas transférables sont transférés
- moyen: 75% des cas transférables sont transférés
- haut: 95% des cas transférables sont transférés

S'agissant de la psychiatrie, les hypothèses concernant l'essor de l'ambulatoire sont fondées sur le rapport sur les besoins en effectifs du canton de Zurich (direction de la santé du canton de Zurich, 2021).

Pour des raisons de lisibilité, seuls les résultats du scénario «moyen» sont représentés dans la partie consacrée aux résultats.

Les cas retirés du secteur hospitalier stationnaire en raison de ce transfert doivent être ajoutés au secteur ambulatoire. Étant donné que les calculs sont fondés sur le nombre de cas dans le secteur stationnaire et sur le nombre de consultations dans le secteur ambulatoire, il est nécessaire de convertir les cas en consultations. En d'autres termes: combien de consultations requiert un cas transféré en ambulatoire ? Comme cette conversion comporte des incertitudes, deux variantes ont à chaque fois été établies. Le tableau T 3.4 montre les conversions appliquées pour les différentes spécialités. Les analyses montrent que ces variantes n'ont qu'un léger effet sur les résultats finaux.

Psychiatrie: augmentation du recours aux soins

Dans le domaine de la psychiatrie, une augmentation du recours aux soins a été intégrée dans la variante «BASIS». Cette hypothèse repose sur le rapport sur les besoins en effectifs du canton de Zurich (Direction de la santé du canton de Zurich, 2021). Cette

T 3.4 Essor de l'ambulatoire: «conversion» de cas en consultations

Spécialité	Conversion
Total des médecins spécialistes	Variante 1: 1 cas = 3 consultations Variante 2: 1 cas = 10 consultations
Gynécologie	Variante 1: 1 cas = 3 consultations
Ophtalmologie	Variante 2: 1 cas = 8 consultations
Cardiologie	
Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents	Pas de conversion nécessaire car aucun cas n'a été transféré

Source: graphique créé par les auteurs

© Obsan 2023

situation s'explique principalement par la prévision que les personnes concernées feront, à l'avenir, davantage appel à une aide que jusqu'à présent, et non pas par l'augmentation de maladies psychiques dans la population.

Autres facteurs d'influence

La variante BASIS+ tient compte d'autres facteurs d'influence qui ne sont pas compris dans la variante BASIS. Il peut notamment s'agir d'évolutions sur le plan épidémiologique ou technologique, de délégation des tâches ou encore d'un changement de comportement de la population en matière de recours aux soins. L'essor de l'ambulatoire peut là encore être pris en compte lorsque l'on suppose, par exemple, que bien plus de prestations en stationnaire sont transférées dans le secteur ambulatoire que ne le prévoit déjà la variante BASIS.

Ces évolutions supplémentaires ont été synthétisées et intégrées en pourcentage dans le modèle, en tant que modification du recours aux soins d'ici l'horizon des projections. Les hypothèses pour BASIS+ ont été définies à partir des estimations des groupes d'experts spécialisés. Les trois domaines de soins (cabinets, hospitalier stationnaire et hospitalier ambulatoire) font l'objet d'estimations distinctes. Là encore, pour des raisons de lisibilité, seuls les résultats des scénarios «moyens» concernant l'évolution démographique et l'essor de l'ambulatoire 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.

¹ www.gdk-cds.ch/fr/: Accueil > Soins de santé > Hôpitaux > Planification > L'ambulatoire avant le stationnaire

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.

l'âge de la retraite au cours des dix prochaines années (35%) ou l'ont déjà atteint (13%). Dans les hôpitaux en revanche, cette proportion est nettement plus faible (31%).

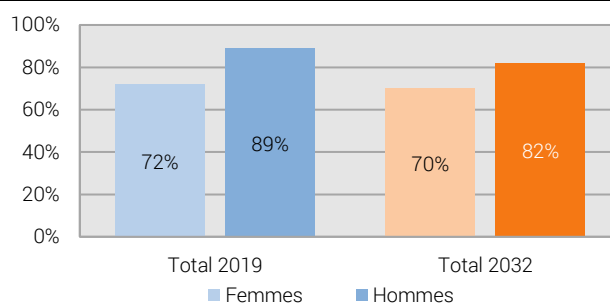
En recoupant les deux secteurs, on obtient un taux d'occupation moyen de 72% pour les femmes et de 89% pour les hommes (voir G 4.2). En plus de ces taux d'occupation, on a également supposé pour les calculs du scénario que le taux d'occupation diminuera à 70% pour les femmes et à 82% pour les hommes (colonnes orange du G 4.2).

4.1.1 Effectifs actuels

En 2019, les médecins spécialistes représentaient 28 349 EPT en Suisse (G 4.1). Un peu plus de la moitié (16 240 EPT; 57%) correspond à des cabinets médicaux, le reste (12 109 EPT; 43%) aux hôpitaux. Pour le calcul des besoins, les EPT dans les hôpitaux doivent en outre être distingués entre le secteur stationnaire et le secteur ambulatoire. Pour le total des domaines de spécialité, on estime que 50% du volume de travail des médecins spécialistes est réalisé dans le secteur hospitalier ambulatoire.

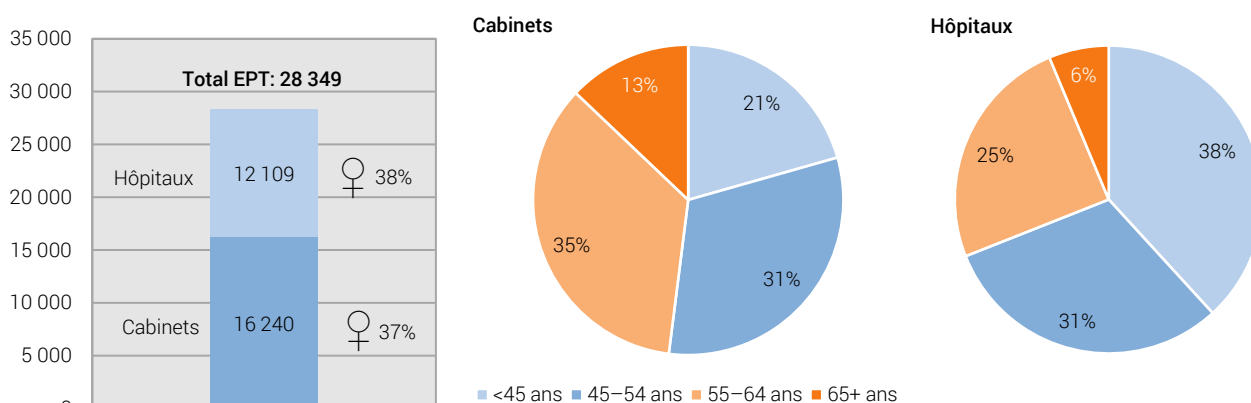
La part de femmes se situe autour de 38%. En ce qui concerne la distribution par âge, on constate des différences importantes selon les secteurs: près de la moitié (48%) des spécialistes exerçant en cabinet sont âgés de 55 ans ou plus et atteindront donc

G 4.2 Total des domaines de spécialité: taux d'occupation, Suisse, 2019/2032



Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale
© Obsan 2023

G 4.1 Total des domaines de spécialité: effectifs en EPT, pourcentage de femmes, distribution par âge, Suisse, 2019



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.

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale

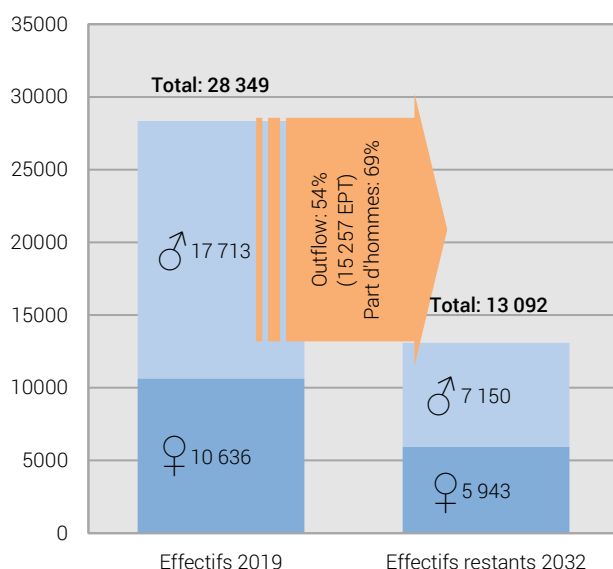
© Obsan 2023

4.1.2 Outflow

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 jusqu'à 2032 (voir 3.2.1). Pour tenir compte du fait qu'une partie des médecins continueront de travailler pendant 3 ans en moyenne après avoir atteint l'âge officiel de la retraite, une déduction de 15% 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 51 ans) une déduction de 10%.

Pour la totalité des domaines de spécialité, on obtient un outflow de 15 257 EPT à l'horizon 2032 (G 4.3), soit plus de la moitié (54%) des effectifs actuels. Les médecins qui quitteront la profession sont majoritairement (69% des EPT) des hommes.

G 4.3 Total des domaines de spécialité: outflow, Suisse, 2019/2032



Outflow en équivalents plein temps

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale © Obsan 2023

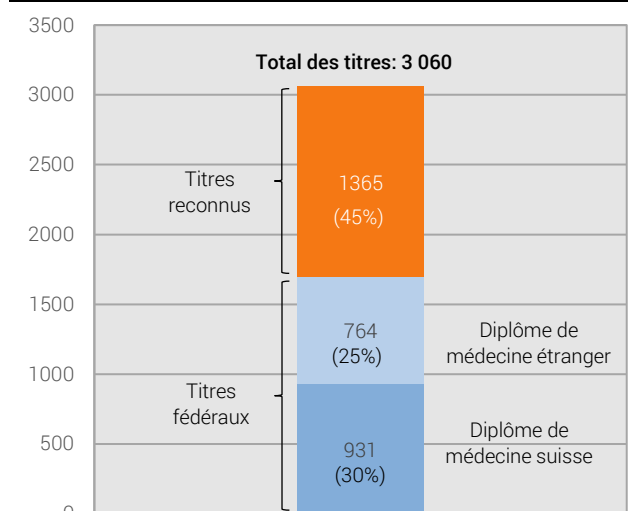
4.1.3 Inflow

Afin de calculer combien de médecins spécialistes arriveront dans le métier, on a pris comme base le nombre de titres de formation postgrade délivrés. Il convient ici de distinguer les titres fédéraux et les titres reconnus: pour les titres reconnus, il s'agit de médecins spécialistes dont le titre a été obtenu à l'étranger et qui font reconnaître ce titre en Suisse.

Le graphique G 4.4 fournit un aperçu du nombre de titres de formation postgrade actuellement décernés sur l'ensemble des

domaines de spécialité: au total, environ 3 060 titres ont été décernés (moyennes sur trois ans pour 2019-2021). 1 695 d'entre eux sont des titres fédéraux, soit plus de la moitié (55%). Les 1 365 autres sont des titres de formation postgrade reconnus. Sur les 1 695 médecins ayant obtenu un titre fédéral, plus de la moitié (931; 55%) ont également réalisé leurs études de médecine en Suisse. Les 764 autres ont un diplôme de médecine étranger. Par conséquent, près d'un tiers (30%) des nouveaux médecins spécialistes ont réalisé aussi bien leurs études universitaires que leur formation postgrade en Suisse.

G 4.4 Total des domaines de spécialité: titres de formation postgrade décernés chaque année par type de titre et origine du diplôme, Suisse, 2019-2021



Moyenne sur 3 ans 2019-2021

Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

Le graphique 4.5 montre l'évolution jusqu'à présent et les scénarios de projection définis pour le nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus sur l'ensemble des domaines de spécialité.

Le nombre de *titres fédéraux* a connu une augmentation plus ou moins constante jusqu'en 2015 (G 4.5 en haut). Ensuite, les chiffres stagnent ou reculent légèrement. On constate à nouveau des valeurs élevées pour les années 2020 et 2021. Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade fédéraux décernés jusqu'en 2032 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2021 (1 636 titres) – les scénarios suivants ont été définis:

- haut: augmentation à 2 000 titres en moyenne
- moyen: augmentation à 1 850 titres en moyenne
- bas: augmentation à 1 700 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.

Depuis 2015, le nombre de *titres de formation postgrade reconnus* a régulièrement diminué (G 4.5 ci-dessous): en 2021, on re-

censait 1 376 titres reconnus. Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade reconnus jusqu'en 2032 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2021 (moyenne sur cinq ans; 1 421 titres) – les scénarios suivants ont été définis:

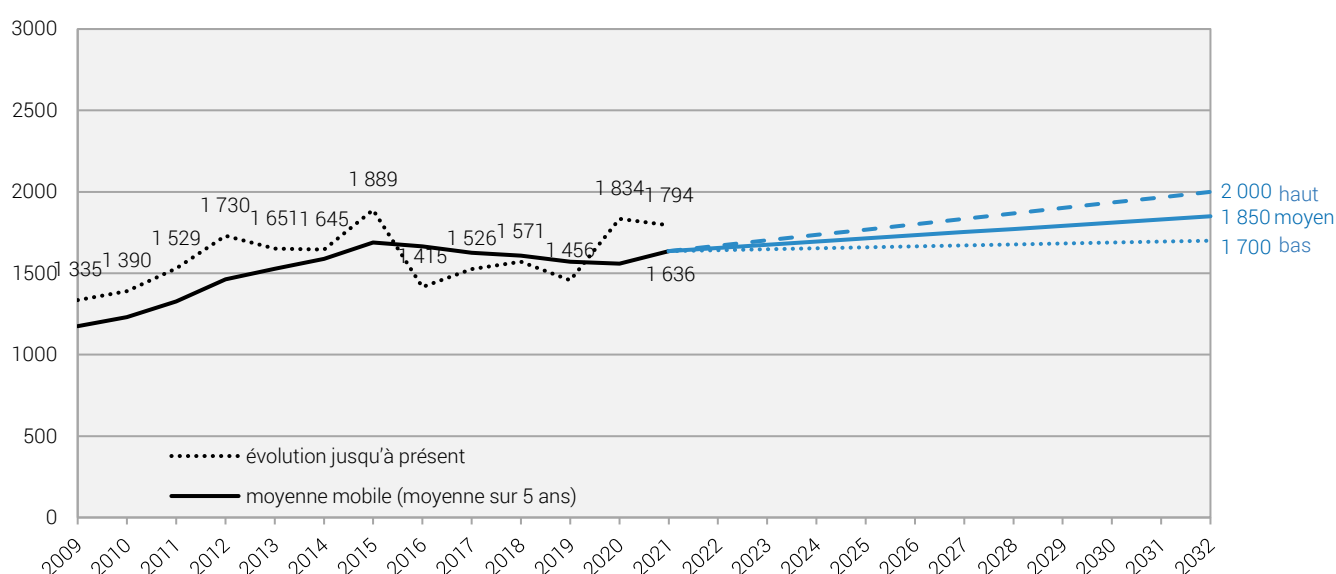
- haut: baisse à 1 400 titres en moyenne
- moyen: baisse à 1 250 titres en moyenne
- bas: baisse à 1 100 titres en moyenne
- zéro: aucun titre de formation postgrade reconnu

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.

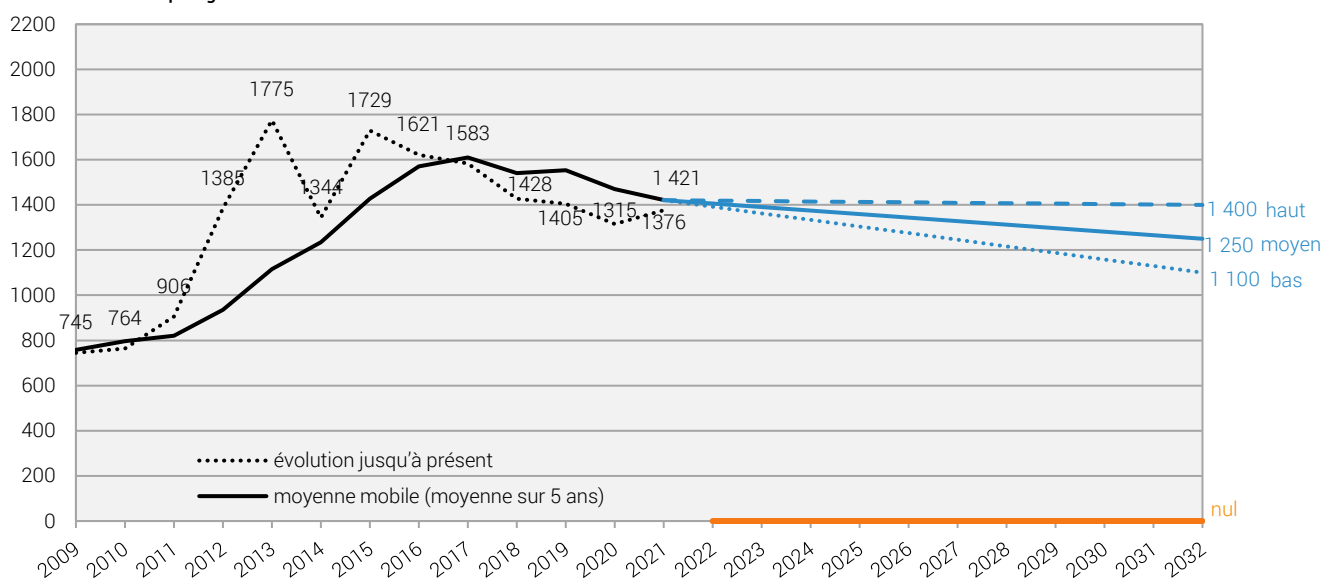
Afin de tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent la reconnaissance d'un titre de formation postgrade ne produisent pas tous des soins médicaux, une déduction de 15% a été appliquée.

G 4.5 Total des domaines de spécialité: nombre de titres de formation postgrade fédéraux décernés par type de titre, évolution jusqu'à présent et scénarios à l'horizon 2032

Titres de formation postgrade fédéraux



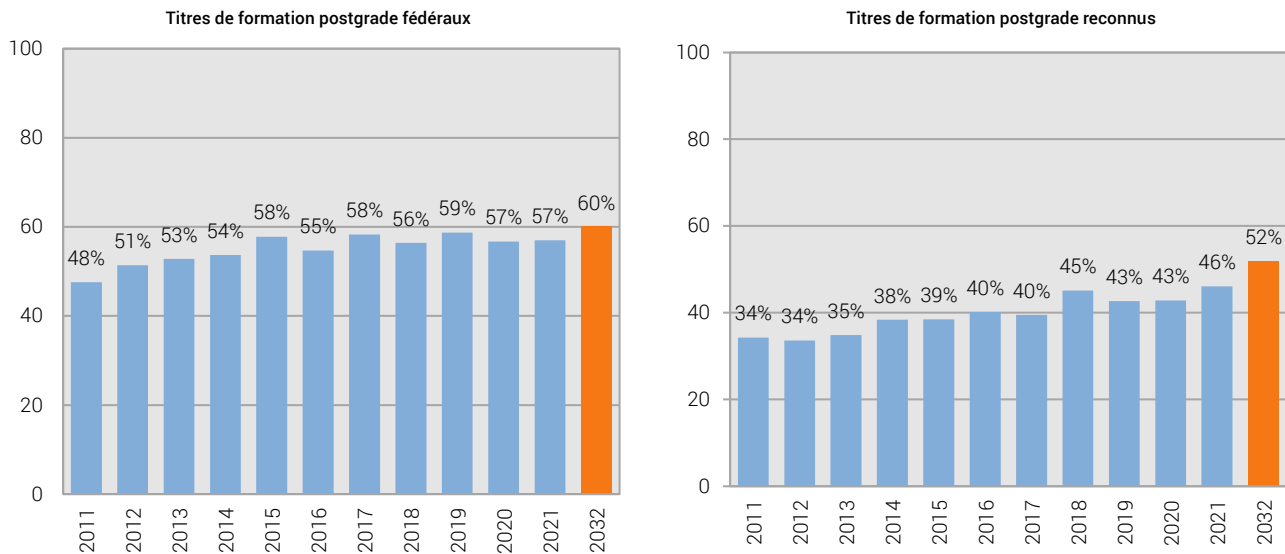
Titres de formation postgrade reconnus



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

G 4.6 Total des domaines de spécialité: titres de formation postgrade fédéraux et reconnus – part de femmes, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2032



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

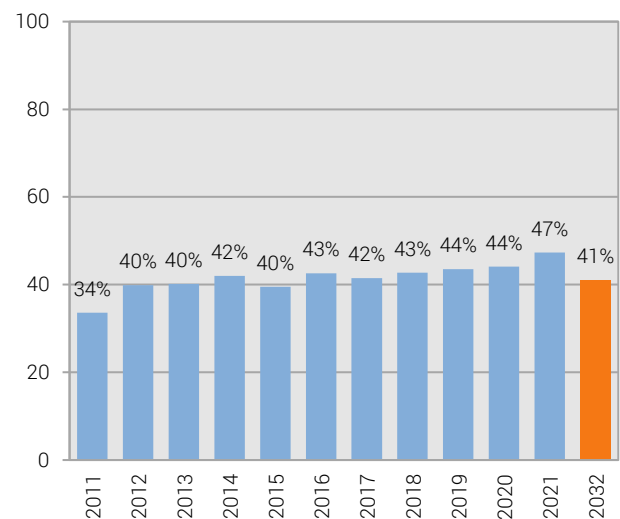
Le graphique G 4.6 présente la part de femmes ainsi que les hypothèses concernant l'évolution future.

La part de femmes dans les *titres de formation postgrade fédéraux* a augmenté constamment jusqu'en 2015 (G 4.6, à gauche). Depuis, elle se situe entre 55% et 59%. En 2021, la moyenne sur cinq ans était de 57%. Les projections se fondent donc sur l'hypothèse d'une augmentation linéaire jusqu'à 60% d'ici 2032. S'agissant des *titres de formation postgrade reconnus*, la part de femmes se situait autour de 43% en moyenne sur cinq ans (G 4.6, à droite). Les projections de 52% de part de femmes reposent sur l'hypothèse que la part de femmes dans la médecine continuera également d'augmenter à l'étranger.

Le graphique G 4.7 indique, pour les *titres de formation postgrade fédéraux*, la part de médecins titulaires d'un diplôme étranger. Le modèle de simulation peut ainsi indiquer comment les effectifs évolueraient si l'on ne tenait compte que des médecins ayant effectué leur formation universitaire et leur formation postgrade en Suisse (voir 3.2.1: inflow). La part de médecins titulaires d'un diplôme étranger se situait à 44% en moyenne au cours des cinq dernières années. Pour les projections, on a fixé un pourcentage moyen de 41%.

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 (voir G 4.2). Le scénario constant utilise le taux moyen des deux secteurs, calculé à partir des données existantes: femmes 72%, hommes 89%. Pour le scénario à la baisse, on a supposé que le taux d'occupation diminuera régulièrement jusqu'en 2032, à 70% pour les femmes et à 82% pour les hommes.

G 4.7 Total des domaines de spécialité: titres de formation postgrade fédéraux – part de médecins titulaires d'un diplôme étranger, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2032



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

4.1.4 Besoins actuels

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

En 2019, on a enregistré 6 402 consultations en cabinet et 1 918 consultations dans le secteur hospitalier ambulatoire pour 1 000 habitants. En 2019, on a également comptabilisé dans les hôpitaux 156 hospitalisations pour 1 000 habitants (données non représentées).

Facteur de correction

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 pour le total des domaines de spécialité.

4.1.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins

Pour le calcul des besoins futurs, deux variantes (BASIS et BASIS+) tenant compte de différents facteurs d'influence sur le recours aux soins futur ont été considérées (voir 3.2.2). Le tableau 4.1 indique quelles évolutions sont intégrées dans chaque variante.

T 4.1 Total des domaines de spécialité: facteurs d'influence pris en compte par rapport au recours aux soins futur

Variante 1 «BASIS»

- Évolution démographique
- Essor de l'ambulatoire:
Scénario moyen: environ 4% des cas sont transférés
Scénarios pour la conversion de cas en consultations: 1) 1 cas = 3 consultations, 2) 1 cas = 8 consultations

Variante 2 «BASIS+»

- Évolution démographique
- Essor de l'ambulatoire:
Scénario moyen: environ 4% des cas sont transférés
Scénarios pour la conversion des cas en consultations: 1) 1 cas = 3 consultations, 2) 1 cas = 8 consultations
- Autres facteurs d'influence:
Cabinets: augmentation de 8%
secteur hospitalier stationnaire: augmentation de 5%
secteur hospitalier ambulatoire: augmentation de 5%

Source: tableau créé par les auteurs

© Obsan 2023

4.1.6 Effectifs et besoins futurs

Dans les graphiques G 4.8 et G 4.9, les projections concernant les effectifs et les besoins sont indiquées en EPT pour le total des domaines de spécialité.

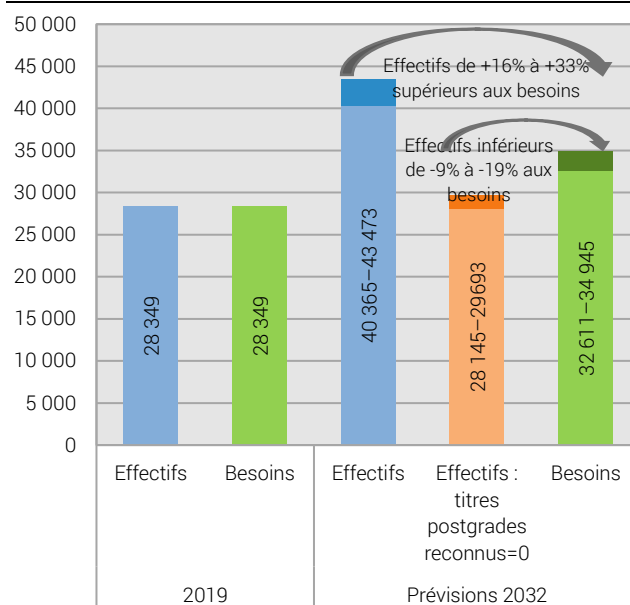
Les résultats montrent que, selon les scénarios concernant l'inflow et le taux d'occupation, les effectifs de médecins spécialistes vont augmenter jusqu'en 2032 pour passer de 28 349 EPT à une valeur entre 40 365 EPT et 43 473 EPT, ce qui correspond à une hausse de 42 à 53% (+12 016 EPT à +15 124 EPT; lignes/colonnes bleues).

Durant la même période, suivant les hypothèses en matière d'essor de l'ambulatoire et l'inclusion d'autres facteurs d'influence, on constate que les besoins devraient passer de 28 349 EPT à une valeur entre 32 611 EPT et 34 945 EPT (+4 262 à +6 597 EPT; lignes/colonnes vertes). Cela correspond à une augmentation de 15 à 23%.

Selon les hypothèses retenues, les effectifs devraient couvrir les besoins (écart: effectifs 16 à 33% 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 40% 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 9 à 19% au-dessous des besoins (lignes/colonnes orange).

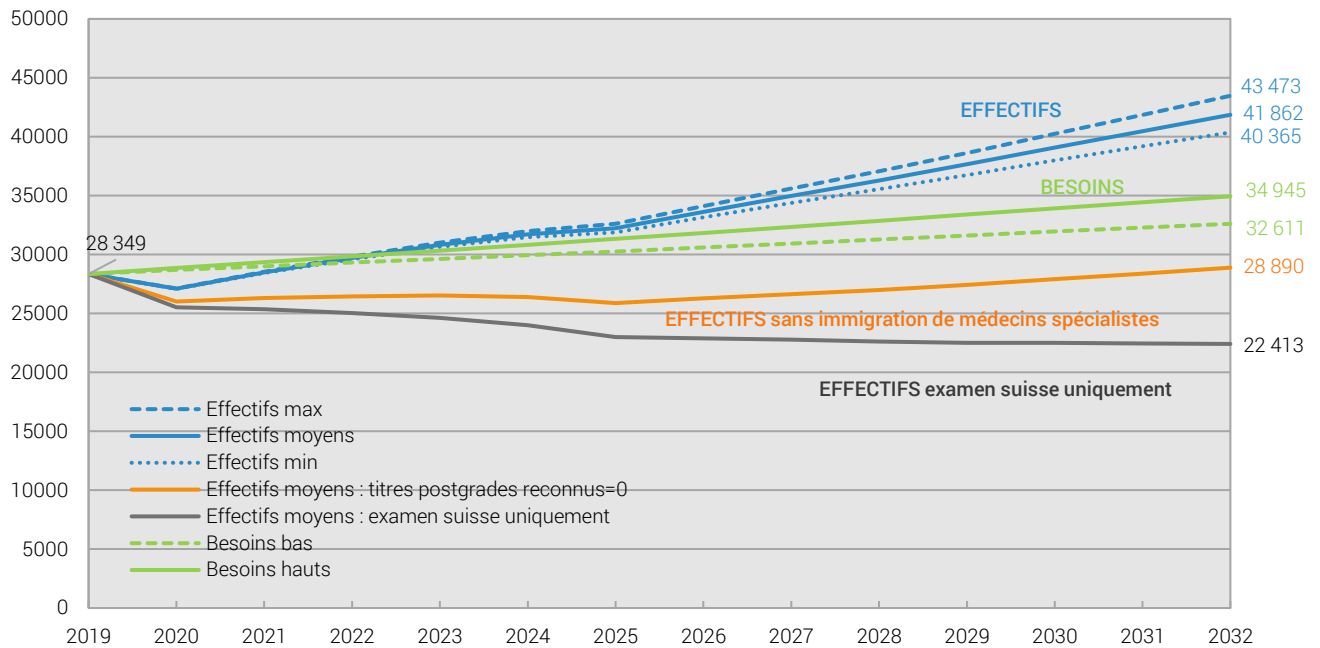
La ligne grise dans le graphique G 4.9 montre comment les effectifs évolueraient si l'immigration de médecins spécialistes était nulle et si l'inflow résultant des titres de formation postgrade fédéraux intégrait uniquement les médecins ayant réalisé leurs études de médecine en Suisse. Cette simulation 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'occupation des postes de médecin-assistant.

G 4.8 Total des domaines de spécialité: effectifs et besoins en 2019 et prévisions pour 2032, Suisse, 2032



«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)

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; OFSP – MedReg; FMH – Statistique médicale; OFS – MS, STATPOP et scénarios de l'évolution démographique; SASIS AG – pool de données / analyses Obsan
© Obsan 2023

G 4.9 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: «bas»: scénario d'évolution démographique moyen; essor de l'ambulatoire: 1 cas = 3 consultations / «haut»: scénario d'évolution démographique moyen; essor de l'ambulatoire: 1 cas = 8 consultations / hypothèse d'évolution supplémentaire: cabinets +8%, secteur hospitalier ambulatoire +5%, secteur hospitalier stationnaire +5%

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

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale; OFSP – MedReg; OFS – MS et STATPOP; SASIS AG – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2023

4.2 Gynécologie et obstétrique

4.2.1 Effectifs actuels

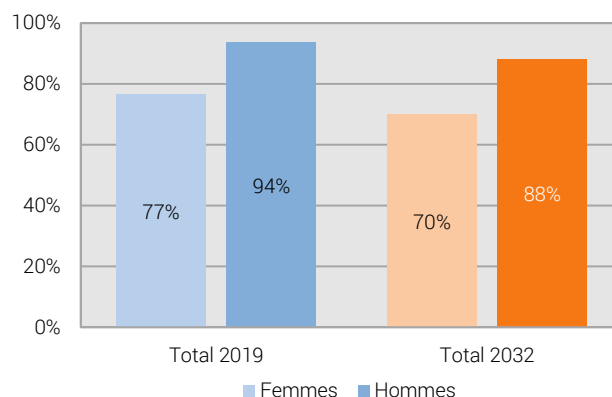
En 2019, on comptait en Suisse 1 800 EPT pour la gynécologie et l'obstétrique (G 4.10). Deux tiers de ces médecins spécialistes (64%; 1 151 EPT) exercent en cabinet et 649 EPT (36%) dans des hôpitaux. La part de femmes en cabinet est de 61% et de 59% dans le secteur hospitalier.

Pour les calculs des besoins, les EPT ont été distingués entre le secteur stationnaire et le secteur ambulatoire: pour la spécialité gynécologie, on estime que 50% du volume de travail des médecins exerçant dans les hôpitaux est effectué dans le secteur hospitalier ambulatoire.

Concernant la structure des âges, on constate des différences suivant le secteur (G 4.11): 46% des médecins spécialistes qui exercent en cabinet ont 55 ans ou plus et atteindront donc l'âge de la retraite au cours des dix prochaines années (34%) ou l'ont déjà atteint (12%). La part de médecins de plus 54 ans est plus faible dans les hôpitaux (36%).

Sur les deux secteurs, le taux d'occupation moyen est de 77% pour les femmes et de 94% pour les hommes (G 4.11). Outre le taux d'occupation, les calculs tiennent également compte d'un scénario supposant que le taux d'occupation diminuerait à 70% chez les femmes et à 88% chez les hommes d'ici 2032 (G 4.11, colonnes orange).

G 4.11 Gynécologie et obstétrique: taux d'occupation, Suisse, 2019



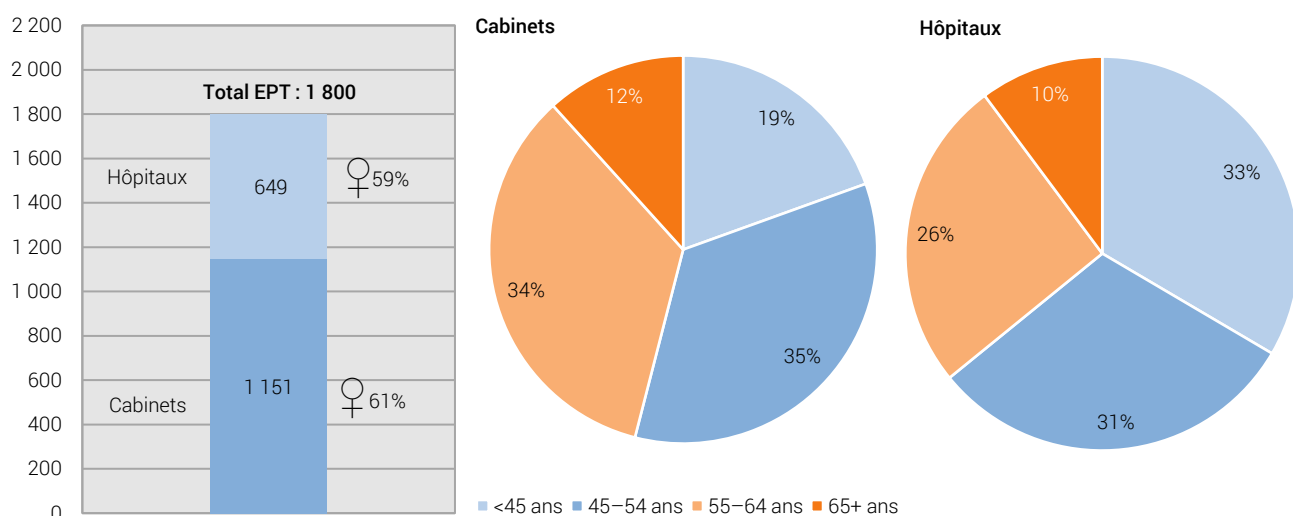
Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale
© Obsan 2023

4.2.2 Outflow

Afin d'estimer combien de gynécologues et obstétriciens actuellement en activité quitteront la profession, 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 2032 (voir 3.2.1). Pour tenir compte du fait qu'une partie des médecins continueront de travailler pendant 3 ans en moyenne après avoir atteint l'âge officiel de la retraite, une déduction de 15% pour le secteur des cabinets médicaux a été appliquée. Aucune déduction n'a été appliquée pour le secteur

G 4.10 Gynécologie: effectifs en EPT, pourcentage de femmes et structure par âge, Suisse, 2019



Les chiffres sont basés sur les équivalents plein temps; exception: la distribution par âge dans les hôpitaux est basée sur le nombre de médecins.

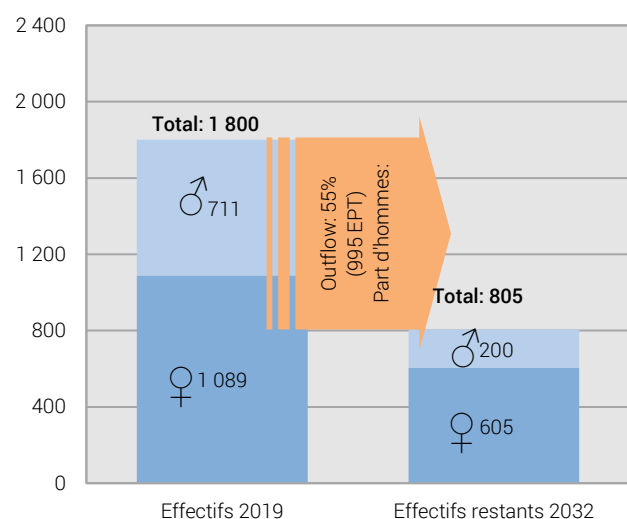
Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale

© Obsan 2023

hospitalier, car en raison des règles institutionnelles qui s'appliquent, il est généralement impossible de travailler au-delà de l'âge de 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 51 ans) une déduction de 10%.

Pour la gynécologie et l'obstétrique, on obtient un outflow de 995 EPT (G 4.12) – soit plus de la moitié (55%) des effectifs actuels. La moitié des médecins qui quitteront la profession (51% des EPT) sont des hommes.

G 4.12 Gynécologie et obstétrique: outflow, Suisse, 2019/2032



Outflow en équivalents plein temps

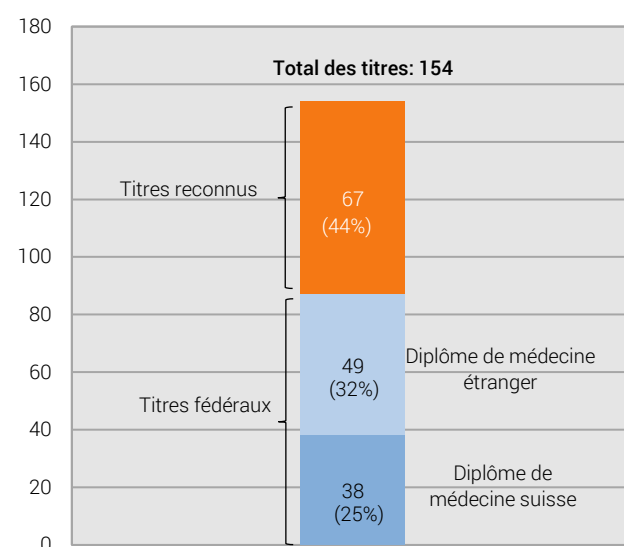
Sources: OFS & Obsan – Enquête 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale © Obsan 2023

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. À cet égard, il convient de distinguer les titres fédéraux et les titres reconnus: pour les titres reconnus, il s'agit de médecins spécialistes détenant un titre étranger en gynécologie et obstétrique qui font reconnaître leur titre en Suisse.

Le graphique G 4.13 donne un aperçu du nombre de titres de formation postgrade délivrés en gynécologie et obstétrique: au total, environ 154 titres sont délivrés (moyennes sur 3 ans pour 2019-2021). Parmi eux, 87 titres (soit plus de la moitié; 56%) sont des titres fédéraux. Les 67 autres titres sont des titres de formation postgrade reconnus. Parmi les 87 médecins ayant obtenu un titre fédéral, 38 (44%) en moyenne ont réalisé leurs études de médecine en Suisse. Les 49 autres (56%) sont titulaires d'un diplôme étranger. Par conséquent, seul un quart (25%) des gynécologues entrant dans la profession ont réalisé leur formation universitaire et leur formation postgrade en Suisse.

G 4.13 Gynécologie et obstétrique: titres de formation postgrade délivrés chaque année par type de titre et origine du diplôme, Suisse, 2019–2021



Moyennes sur 3 ans 2019–2021

Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

Le graphique G 4.14 présente l'évolution jusqu'à présent et les scénarios définis pour le nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus délivrés en gynécologie et obstétrique d'ici 2032.

Le nombre de *titres fédéraux* en gynécologie et obstétrique est plus ou moins en augmentation depuis 2009 (G 4.14 ci-dessus). Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade fédéraux décernés jusqu'en 2032 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2021 (86 titres) – les scénarios suivants ont été définis:

- haut: augmentation à 108 titres en moyenne
- moyen: augmentation à 98 titres en moyenne
- bas: augmentation à 88 titres en moyenne

Afin de tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent un titre de formation postgrade fédéral ne prodiguent pas tous des soins médicaux, une déduction de 5% a été appliquée.

Le nombre de *titres de formation postgrade reconnus* en gynécologie et obstétrique diminue de manière régulière depuis 2015 (voir G 4.14 ci-dessus). En 2021, 57 titres ont été reconnus. Afin de déterminer l'évolution jusqu'en 2032 du nombre annuel de titres de formation postgrade reconnus – sur la base de la moyenne mobile (moyenne sur cinq ans) de l'année 2021 (73 titres) – les scénarios suivants ont été définis:

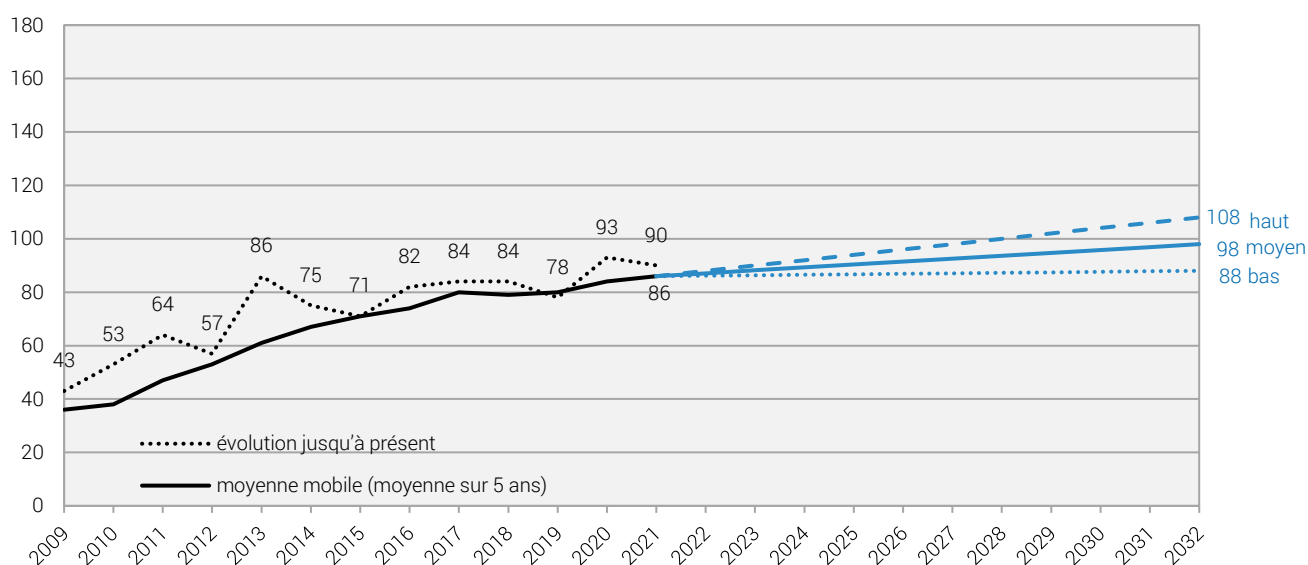
- haut: baisse à 70 titres en moyenne
- moyen: baisse à 60 titres en moyenne
- bas: baisse à 50 titres en moyenne
- zéro: aucun titre de formation postgrade reconnu

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.

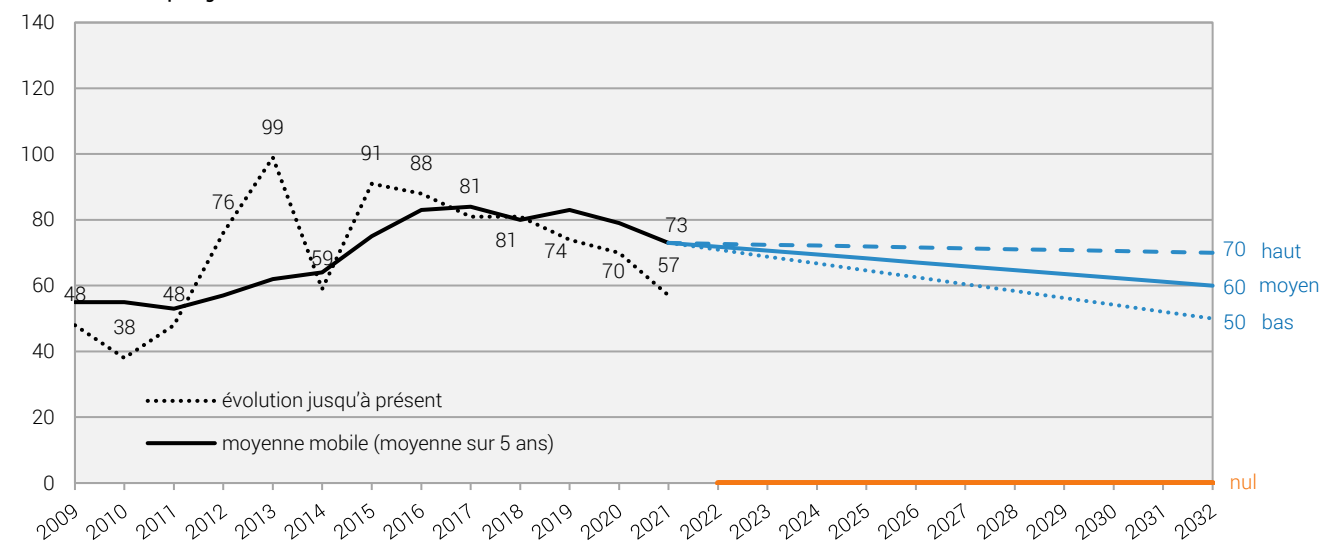
Afin de tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent la reconnaissance d'un titre de formation postgrade ne produisent pas tous des soins médicaux, une déduction de 7% a été appliquée.

G 4.14 Gynécologie et obstétrique: nombre de titres de formation postgrade décernés par type de titre, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2032

Titres de formation postgrade fédéraux



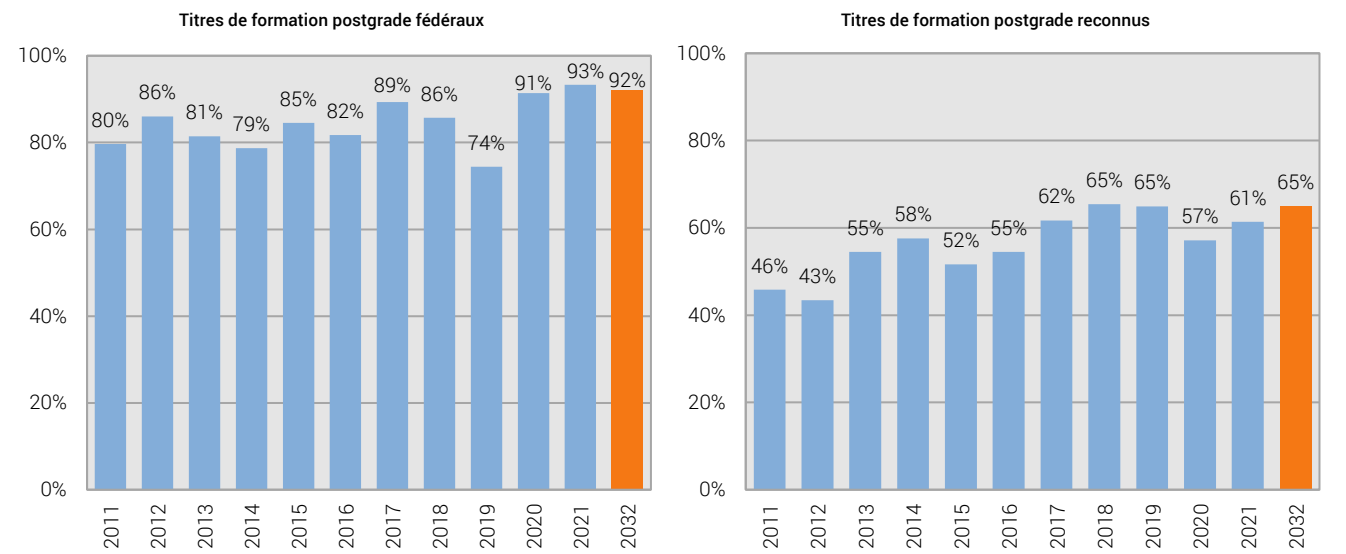
Titres de formation postgrade reconnus



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

G 4.15 Gynécologie et obstétrique: titres de formation postgrade fédéraux et reconnus – part de femmes, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2032



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

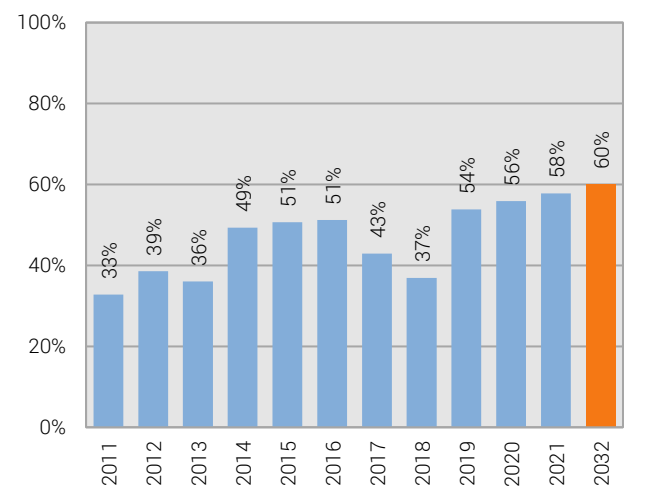
Le graphique G 4.15 présente la part de femmes ainsi que les hypothèses concernant l'évolution future.

S'agissant des *titres de formation postgrade fédéraux* en gynécologie et obstétrique, la part de femmes se situait ces dernières années entre 74% et 93%. La moyenne sur cinq ans s'élevait à 87% en 2021. Dans le cadre des projections, on suppose une augmentation linéaire à 92% d'ici 2032. S'agissant des *titres reconnus*, la part de femmes s'élevait à 62% en moyenne au cours des cinq dernières années. Les projections faisant état d'une part de femmes de 65% reposent sur l'hypothèse que le pourcentage de femmes dans la médecine continuera également d'augmenter à l'étranger.

Le graphique G 4.16 montre, pour les *titres de formation postgrade fédéraux*, la part de médecins titulaires d'un diplôme étranger. Le modèle de simulation peut ainsi indiquer comment les effectifs évolueraient si l'on ne tenait compte que des médecins ayant effectué leur formation universitaire et leur formation postgrade en Suisse (voir 3.2.1: inflow). La part de médecins titulaires d'un diplôme étranger en gynécologie et obstétrique se situait à 49% en moyenne au cours des cinq dernières années. Pour les projections, on a fixé un pourcentage moyen de 60%, car, d'après les groupes d'experts, la part de médecins-assistants titulaires d'un diplôme étranger se situe actuellement nettement au-dessus de 50%.

Afin de convertir l'inflow en EPT (voir 3.2.1: inflow), 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 (voir G 4.11). Le scénario constant utilise le taux d'occupation moyen des deux secteurs calculé à partir des données existantes: femmes 77%, hommes 94%. Pour le scénario à la baisse, on a supposé que le taux d'occupation baissera régulièrement jusqu'en 2032 à 70% chez les femmes et à 88% chez les hommes.

G 4.16 Gynécologie et obstétrique: titres de formation postgrade fédéraux – part de médecins titulaires d'un diplôme étranger, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2032



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

4.2.4 Besoins actuels

Les besoins actuels en gynécologie et obstétrique sont déterminés sur la base du recours aux soins actuel.

En 2019, on a enregistré 860 consultations en cabinet et 199 consultations en ambulatoire dans les hôpitaux pour 1 000 habitantes. En 2019, on a également comptabilisé dans les hôpitaux 31 hospitalisations pour 1 000 habitantes (données non représentées).

Facteur de correction

Pour la gynécologie et l'obstétrique, 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 pour la gynécologie et l'obstétrique.

4.2.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins

Pour le calcul des besoins futurs, deux variantes (BASIS et BASIS+) tenant compte de différents facteurs d'influence sur le recours aux soins futur ont été établies (voir 3.2.2). Le tableau 4.2 indique quelles évolutions sont intégrées dans chaque variante.

Pour la gynécologie et l'obstétrique, on suppose dans la variante «BASIS+» qu'outre les transferts des prestations stationnaires dans le secteur ambulatoire qui sont pris en compte dans la variante «BASIS», l'essor de l'ambulatoire se poursuivra. Par conséquent, pour le secteur hospitalier stationnaire, une réduction de 30% du nombre d'hospitalisations d'ici 2032 est établie. Une augmentation correspondante est prise en compte pour le secteur ambulatoire hospitalier. Une baisse est également intégrée dans le secteur des cabinets médicaux suivant l'hypothèse que les examens préventifs diminueront.

4.2.6 Effectifs et besoins futurs

Dans les graphiques G 4.17 et G 4.18, les projections concernant les effectifs et les besoins sont indiquées en EPT pour la gynécologie et l'obstétrique.

Les résultats montrent que, selon les scénarios concernant l'inflow et le taux d'occupation, les effectifs de médecins spécialistes vont augmenter jusqu'en 2032 pour passer de 1 800 EPT à une valeur entre 2 260 EPT et 2 502 EPT, ce qui correspond à une hausse de 26 à 39% (+460 EPT à +702 EPT; lignes/colonnes bleues).

Durant la même période, suivant les hypothèses en matière d'essor de l'ambulatoire et l'inclusion d'autres facteurs d'influence, on constate que les besoins devraient passer de 1 800 EPT à une valeur entre 1 825 EPT et 1 918 EPT (+25 EPT à +118 EPT; lignes/colonnes vertes). Cela correspond à une augmentation de 1 à 7%.

Selon les hypothèses retenues, les effectifs devraient couvrir les besoins (écart: effectifs 18 à 37% supérieurs aux besoins). Ce n'est cependant le cas que si un niveau encore relativement élevé d'immigration de spécialistes étrangers se maintient: l'inflow estimé est constitué à environ 38% de titres de formation postgrade reconnus (voir hypothèses relatives à l'inflow au chapitre 4.2.3). Avec une immigration nulle, les effectifs futurs se situeraient 5 à 16% au-dessous des besoins (lignes/colonnes orange).

T 4.2 Gynécologie et obstétrique: facteurs d'influence pris en compte par rapport au recours aux soins futur

Variante 1 «BASIS»

- Évolution démographique
- Essor de l'ambulatoire:
environ 3% des cas sont transférés (scénario moyen)
Scénarios pour la conversion des cas en consultations: 1) 1 cas = 3 consultations, 2) 1 cas = 8 consultations

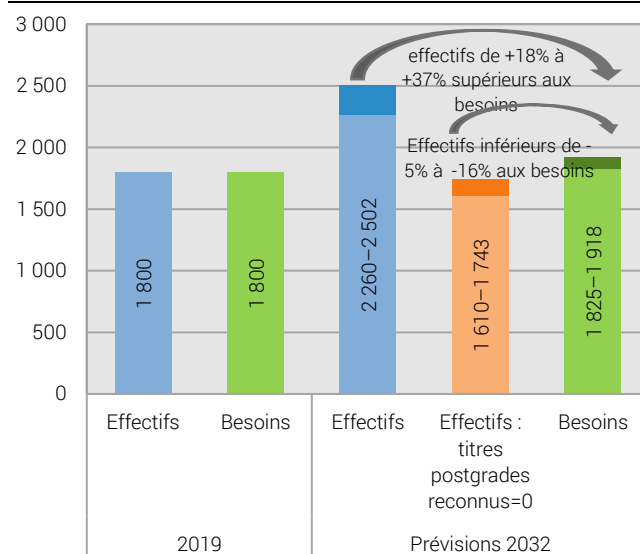
Variante 2 «BASIS+»

- Évolution démographique
- Essor de l'ambulatoire:
environ 3% des cas sont transférés (scénario moyen)
Scénarios pour la conversion des cas en consultations: 1) 1 cas = 3 consultations 2) 1 cas = 8 consultations
- Autres facteurs d'influence:
Cabinets: Diminution de 5% (moins d'exams préventifs)
secteur hospitalier stationnaire: réduction de 30% en raison de la poursuite de l'essor de l'ambulatoire
secteur hospitalier stationnaire: augmentation de 20% en raison de la poursuite de l'essor de l'ambulatoire

Source: tableau créé par les auteurs

© Obsan 2023

G 4.17 Gynécologie et obstétrique: effectifs et besoins en 2019 et projections pour 2032, Suisse, 2032

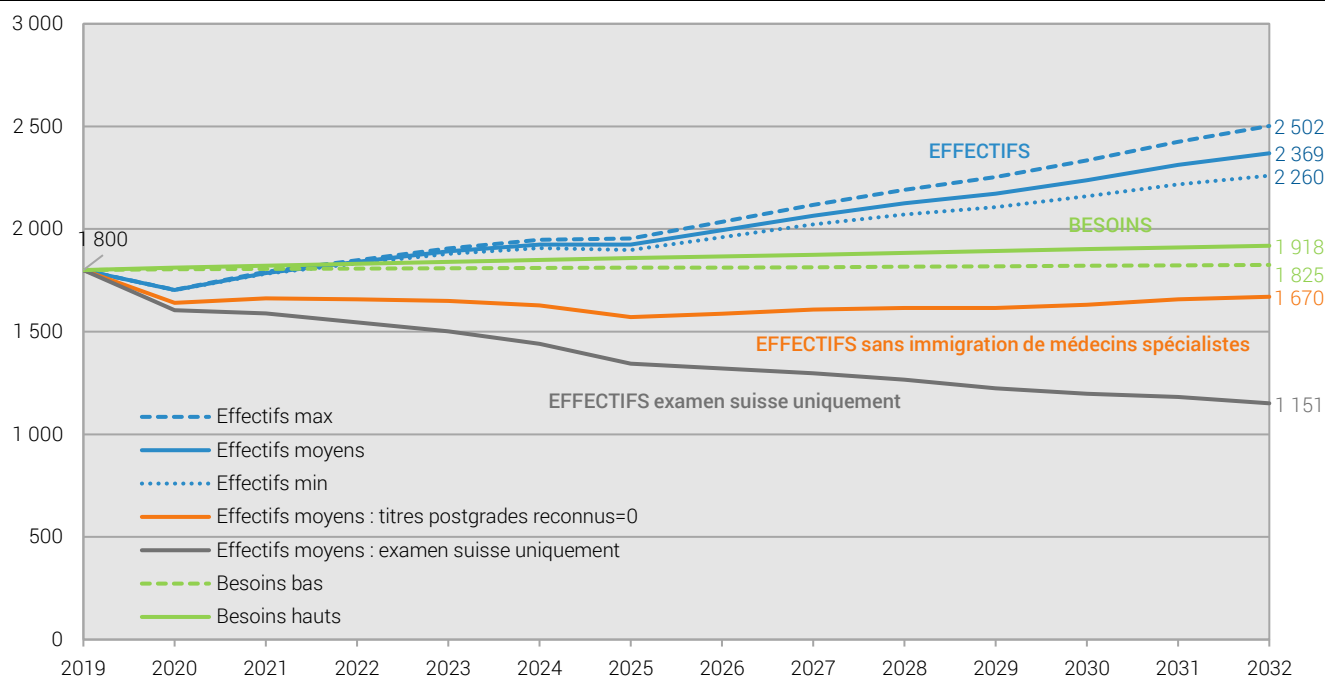


«Effectifs: titres de formation postgrade reconnus=0»: effectifs futurs si aucun médecin spécialiste étranger ne vient plus exercer en Suisse (hypothèse: titres de formation postgrade reconnus = 0)

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 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 2023

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'occupation des postes de médecin-assistant.

G 4.18 Gynécologie et obstétrique: prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2019–2032



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: «bas»: scénario d'évolution démographique moyen; pour l'essor de l'ambulatoire: 1 cas = 3 consultations / «haut»: scénario d'évolution démographique moyen; pour l'essor de l'ambulatoire: 1 cas = 8 consultations; hypothèses d'évolution supplémentaire: cabinets -5%, secteur hospitalier ambulatoire +20%, secteur hospitalier stationnaire -30%

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

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale; OFSP – MedReg; OFS – MS et STATPOP; SASIS AG – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2023

4.3 Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents (PPEA)

4.3.1 Effectifs actuels

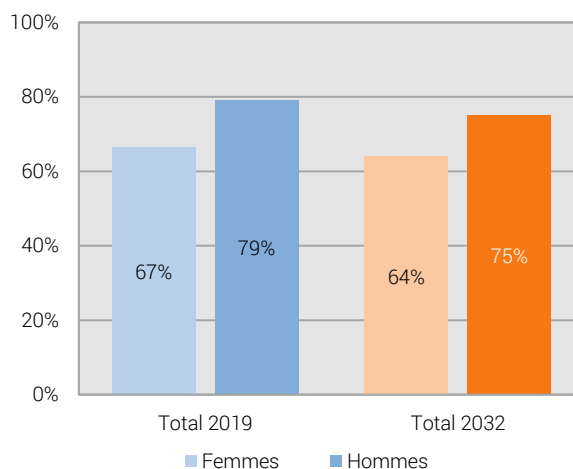
En 2019, on comptait en Suisse 524 EPT (G 4.19) pour la psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents (PPEA). 376 EPT (72%) exercent en cabinet et 148 EPT (28%) dans des hôpitaux. La part de femmes en cabinet est de 62% et de 64% dans les hôpitaux.

Pour les calculs des besoins, les EPT ont été distingués entre secteur stationnaire et secteur ambulatoire: pour la PPEA, on estime que 80% du volume de travail des médecins exerçant dans les hôpitaux est réalisé dans le secteur hospitalier ambulatoire.

En ce qui concerne la structure par âge, on constate des différences considérables suivant le secteur (G 4.19): 57% des médecins spécialistes qui exercent en cabinet ont 55 ans ou plus et atteindront donc l'âge de la retraite au cours des dix prochaines années (41%) ou l'ont déjà atteint (16%). La part de médecins de plus de 54 ans est plus faible dans les hôpitaux (30%).

Sur les deux secteurs, le taux d'occupation moyen est de 67% pour les femmes et de 79% pour les hommes (G 4.20). Outre le taux d'occupation, les calculs tenaient également compte d'un scénario supposant que le taux d'occupation diminuerait à 64% chez les femmes et à 75% chez les hommes d'ici 2032 (G 4.20, colonnes orange).

G 4.20 Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents: taux d'occupation, Suisse, 2019



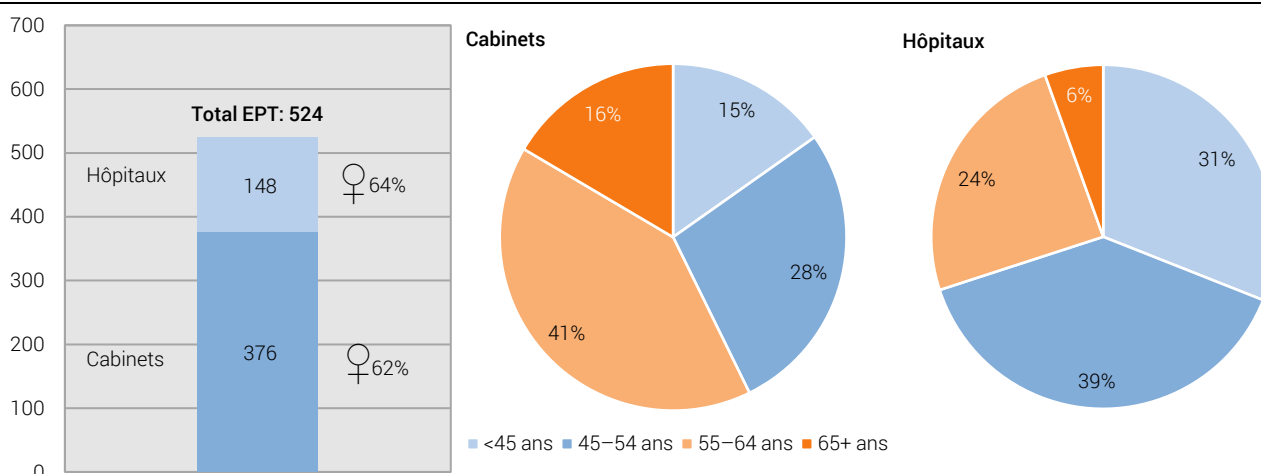
Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale © Obsan 2023

4.3.2 Outflow

Afin d'estimer combien de médecins spécialistes en PPEA actuellement en activité quitteront la profession, 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 2032 (voir 3.2.1). Pour tenir compte du fait qu'une partie des médecins continueront de travailler pendant 3 ans en moyenne après avoir atteint l'âge officiel de la retraite,

G 4.19 Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents: effectifs en EPT, pourcentage de femmes, distribution par âge, Suisse, 2019



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.

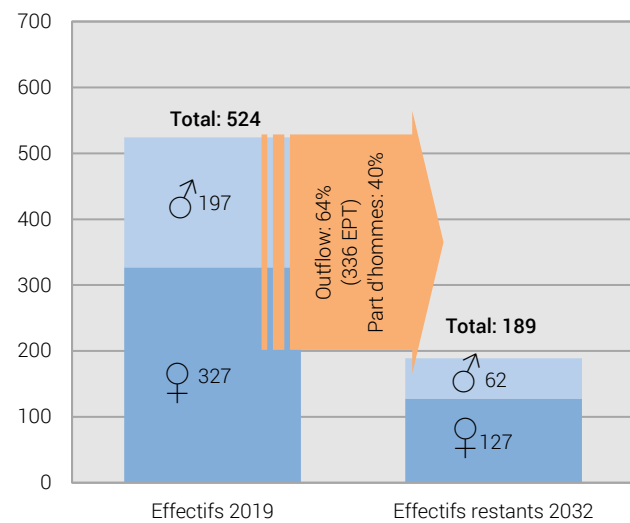
Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale

© Obsan 2023

une déduction de 30% pour le secteur des cabinets médicaux a été appliquée. Aucune déduction n'a été appliquée pour le secteur hospitalier. 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 51 ans) une déduction de 10%.

Pour la PPEA, on obtient un outflow de 335 EPT (G 4.21) – soit près de deux tiers (64%) des effectifs actuels. 40% des médecins qui quitteront la profession (sur la base des EPT) sont des hommes.

G 4.21 Psychiatrie pour enfants et adolescents: Outflow, Suisse, 2019/2032



Outflow en équivalents plein temps

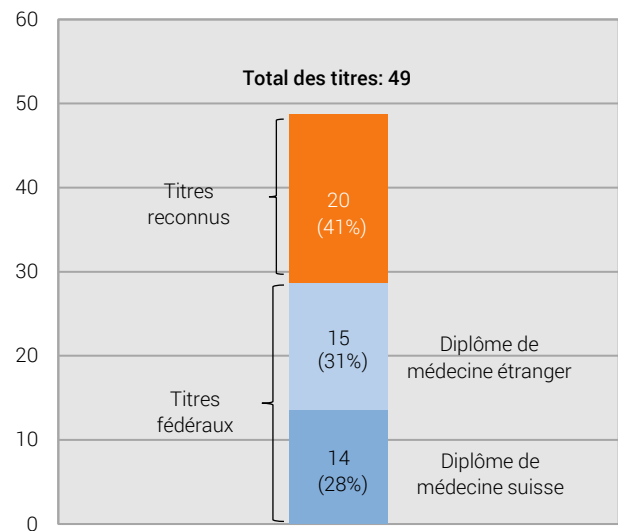
Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale © Obsan 2023

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. À cet égard, il convient de distinguer les titres fédéraux et les titres reconnus: pour les titres reconnus, il s'agit de médecins spécialistes détenant un titre étranger en PPEA qui font reconnaître leur titre en Suisse.

Le graphique G 4.22 donne un aperçu du nombre de titres de formation postgrade actuellement délivrés en psychiatrie pour enfants et adolescents: au total, environ 49 titres sont délivrés (moyennes sur 3 ans pour 2019-2021). Parmi eux, 29 titres (soit environ 60%) sont des titres fédéraux. Les 20 autres sont des titres de formation postgrade reconnus. Parmi les 29 médecins ayant obtenu un titre fédéral, 14 (48%) en moyenne ont réalisé leurs études de médecine en Suisse. Les 15 autres (52%) sont titulaires d'un diplôme étranger. Par conséquent, plus d'un quart (28%) des psychiatres pour enfants et adolescents entrant dans la profession ont réalisé leur formation universitaire et leur formation postgrade en Suisse.

G 4.22 Psychiatrie pour enfants et adolescents: titres de formation postgrade délivrés chaque année par type de titre et origine du diplôme, Suisse, 2019-2021



Moyennes sur 3 ans 2019–2021

Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

Le graphique G 4.23 présente l'évolution jusqu'à présent et les scénarios définis pour le nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus délivrés en psychiatrie pour enfants et adolescents.

Le nombre de *titres fédéraux* en PPEA a fluctué entre 24 et 31 titres au cours des dernières années (G 4.23 ci-dessus). Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade fédéraux décernés jusqu'en 2032 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2021 (28 titres) – les scénarios suivants ont été définis:

- haut: augmentation à 34 titres en moyenne
- moyen: augmentation à 30 titres en moyenne
- bas: baisse à 26 titres en moyenne

Afin de tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent un titre de formation postgrade fédéral ne prodiguent pas tous des soins médicaux, une déduction de 5% a été appliquée.

Le nombre de *titres de formation postgrade reconnus* en PPEA a fortement oscillé au cours des dix dernières années (voir G 4.23 ci-dessus). En 2021, 24 titres ont été reconnus contre 16 titres l'année précédente. Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade reconnus jusqu'en 2032 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2021 (22 titres) – les scénarios suivants ont été définis:

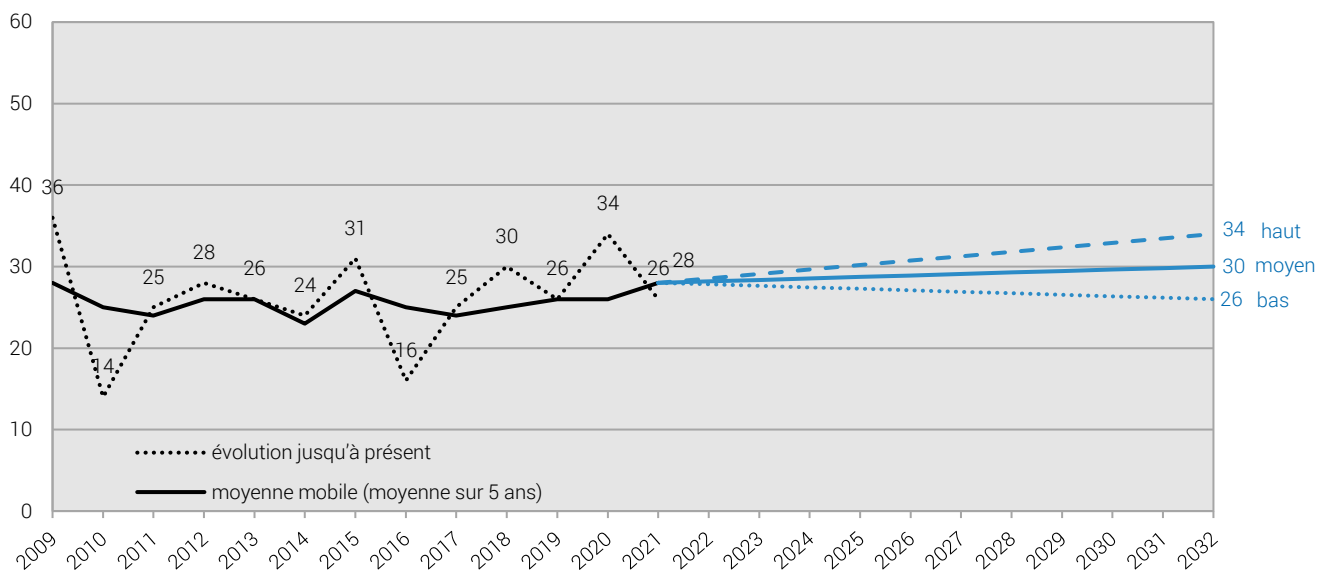
- haut: augmentation à 23 titres en moyenne
- moyen: baisse à 20 titres en moyenne
- bas: baisse à 17 titres en moyenne
- zéro: aucun titre de formation postgrade reconnu

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.

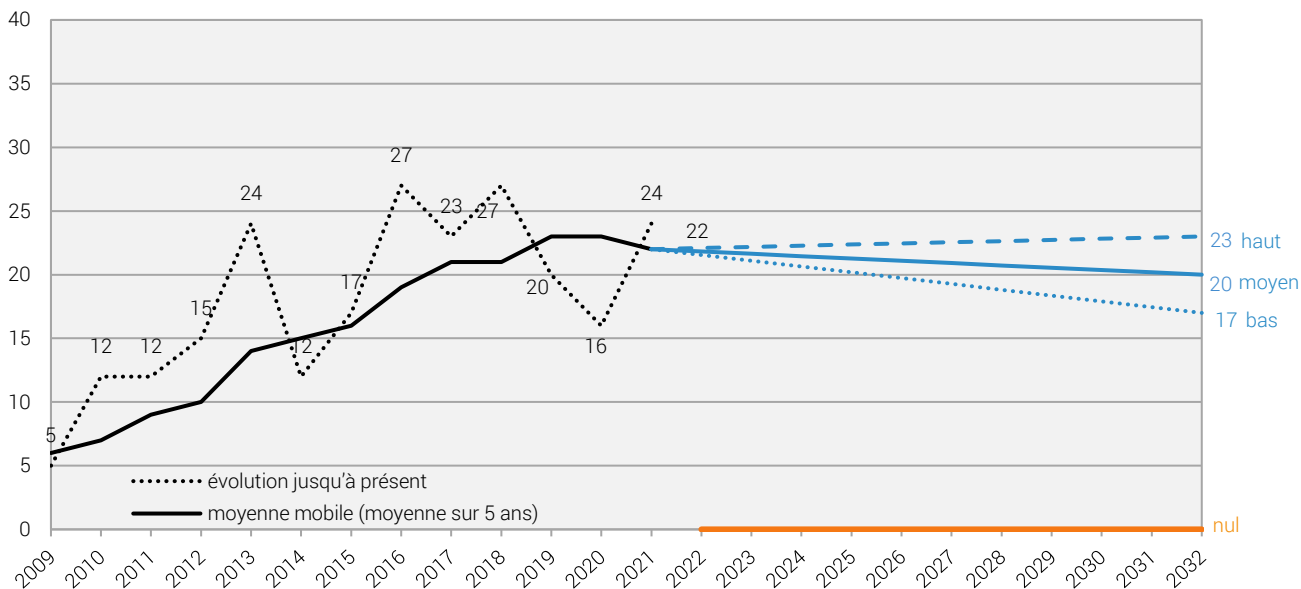
Afin de tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent la reconnaissance d'un titre de formation postgrade ne produisent pas tous des soins médicaux, une déduction de 7% a été appliquée.

G 4.23 Psychiatrie pour enfants et adolescents: nombre de titres de formation postgrade décernés par type de titre, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2032

Titres de formation postgrade fédéraux



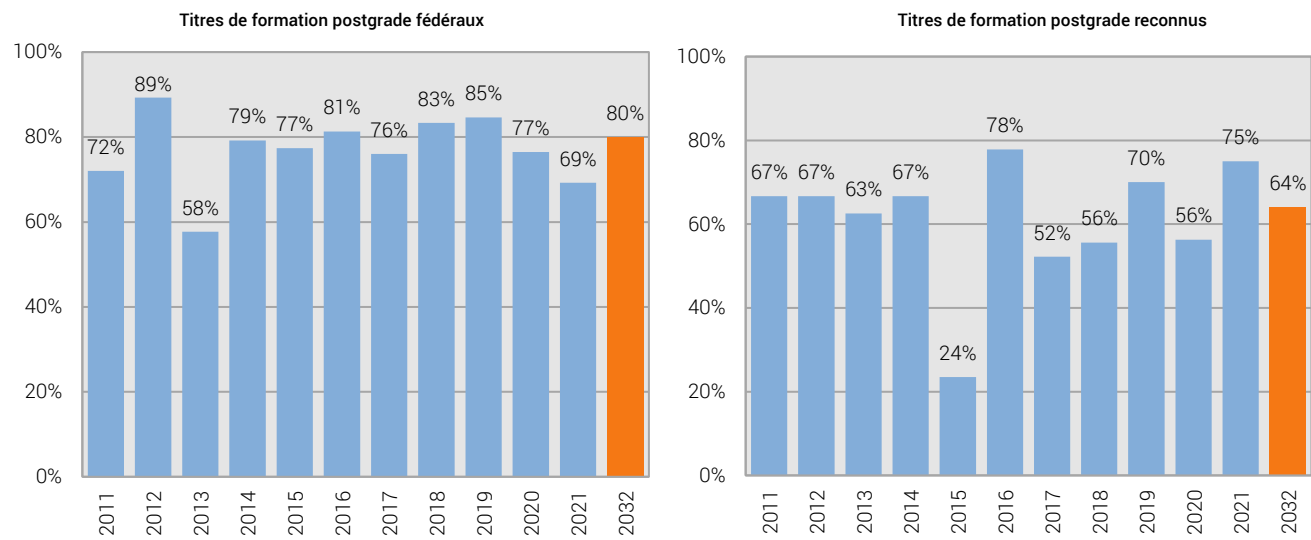
Titres de formation postgrade reconnus



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

G 4.24 Psychiatrie pour enfants et adolescents: titres de formation postgrade fédéraux et reconnus – part de femmes, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2032



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

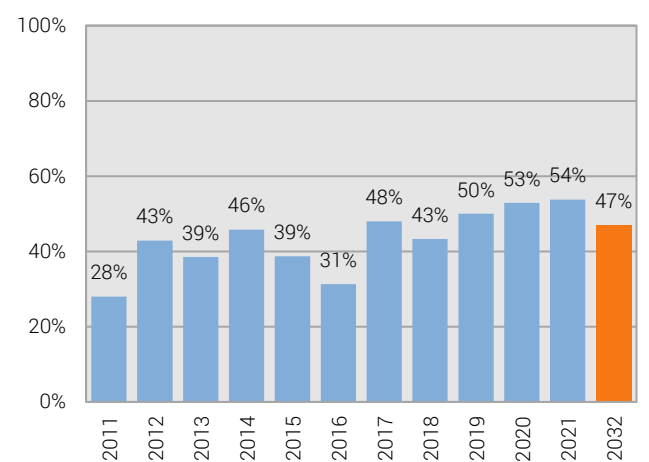
Le graphique G 4.24 présente la part de femmes ainsi que les hypothèses concernant l'évolution future.

S'agissant des *titres de formation postgrade fédéraux* en PPEA, la part de femmes se situait ces dernières années entre 69 et 85%. La moyenne sur cinq ans s'élevait à 78% en 2021. Dans le cadre des projections, on suppose une augmentation linéaire à 80% d'ici 2032. S'agissant des *titres reconnus*, la part de femmes s'élevait à 62% en moyenne au cours des cinq dernières années. Pour les projections, on a établi une part de femmes de 64%.

Le graphique G 4.25 montre, pour les *titres de formation postgrade fédéraux*, la part de médecins titulaires d'un diplôme étranger. Le modèle de simulation peut ainsi indiquer comment les effectifs évolueraient si l'on ne tenait compte que des médecins ayant effectué leur formation universitaire et leur formation postgrade en Suisse (voir 3.2.1: inflow). La part de médecins titulaires d'un diplôme étranger se situait à 50% au cours des 5 dernières années (G 4.25). Pour les projections, on a fixé un pourcentage moyen de 60%, car, d'après les groupes d'experts, la part de médecins-assistants titulaires d'un diplôme étranger se situe actuellement nettement au-dessus de 50%.

Afin de convertir l'inflow en EPT (voir 3.2.1: inflow), 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 (voir G 4.20). Le scénario constant utilise le taux d'occupation moyen des deux secteurs, calculé à partir des données existantes: femmes 67%, hommes 79%. Pour le scénario à la baisse, on a supposé que le taux d'occupation baissera régulièrement jusqu'en 2032 à 64% chez les femmes et à 75% chez les hommes.

G 4.25 Psychiatrie pour enfants et adolescents: titres de formation postgrade fédéraux – part de médecins titulaires d'un diplôme étranger, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2032



Quelle: BAG – MedReg

© Obsan 2023

4.3.4 Besoins actuels

Les besoins actuels en psychiatrie et en psychothérapie pour enfants et adolescents sont calculés sur la base du recours aux soins actuel.

En 2019, on a enregistré 210 consultations en cabinet et 99 consultations en ambulatoire dans les hôpitaux pour 1 000 habitants (âgés de 0 à 19 ans uniquement). En 2019, on a également comptabilisé dans les hôpitaux 2 hospitalisations pour 1 000 habitants âgés de 0 à 19 ans (données non représentées).

Facteur de correction

Deux modèles ont été calculés pour la PPEA:

- 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.
- Un modèle «sous-approvisionnement», fondé sur l'hypothèse qu'il existe actuellement une inadéquation de l'offre. Un facteur de correction de 30% a par conséquent été intégré pour le recours aux soins actuel.

4.3.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins

Pour le calcul des besoins futurs, deux variantes (BASIS et BASIS+) tenant compte de différents facteurs d'influence sur le recours aux soins futur ont été considérées (voir 3.2.2). Le tableau 4.3 indique quelles évolutions sont intégrées dans chaque variante.

Les augmentations prévues dans la variante «BASIS+» se justifient par un accroissement des besoins dû à l'arrivée de réfugiés, notamment d'enfants réfugiés d'Ukraine. On ne peut non plus exclure une hausse des besoins en raison de la pandémie de COVID-19. En outre, on ne sait pas encore clairement si l'augmentation des chances de survie des nourrissons prématurés donnera lieu à une hausse des besoins en raison de complications tardives sur le plan psychique.

T 4.3 Psychiatrie pour enfants et adolescents: facteurs d'influence pris en compte par rapport au recours aux soins futur

Variante 1 «BASIS»

- Évolution démographique
- Essor de l'ambulatoire:
Hypothèse qu'aucun transfert n'aura lieu.

Variante 2 «BASIS+»

- Évolution démographique
- Essor de l'ambulatoire:
Hypothèse qu'aucun transfert n'aura lieu.
- Autres facteurs d'influence:
Cabinets: augmentation de 10%
secteur hospitalier stationnaire: augmentation de 5%
secteur hospitalier ambulatoire: augmentation de 10%

Source: tableau créé par les auteurs

© Obsan 2023

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 en PPEA sont indiquées en EPT pour le

modèle de référence (sans correction des besoins actuels) et pour le modèle «sous-approvisionnement», qui suppose un sous-approvisionnement actuel de 30% en psychiatrie pour enfants et adolescents.

Modèle de référence

Les résultats du modèle de référence sans correction des besoins actuels montrent que, selon les scénarios concernant l'inflow et le taux d'occupation, les effectifs de médecins spécialistes en PPEA vont augmenter jusqu'en 2030 pour passer de 525 EPT à une valeur entre 576 EPT et 644 EPT, ce qui correspond à une hausse de 10 à 23% (+51 EPT à +119 EPT; lignes/colonnes bleues).

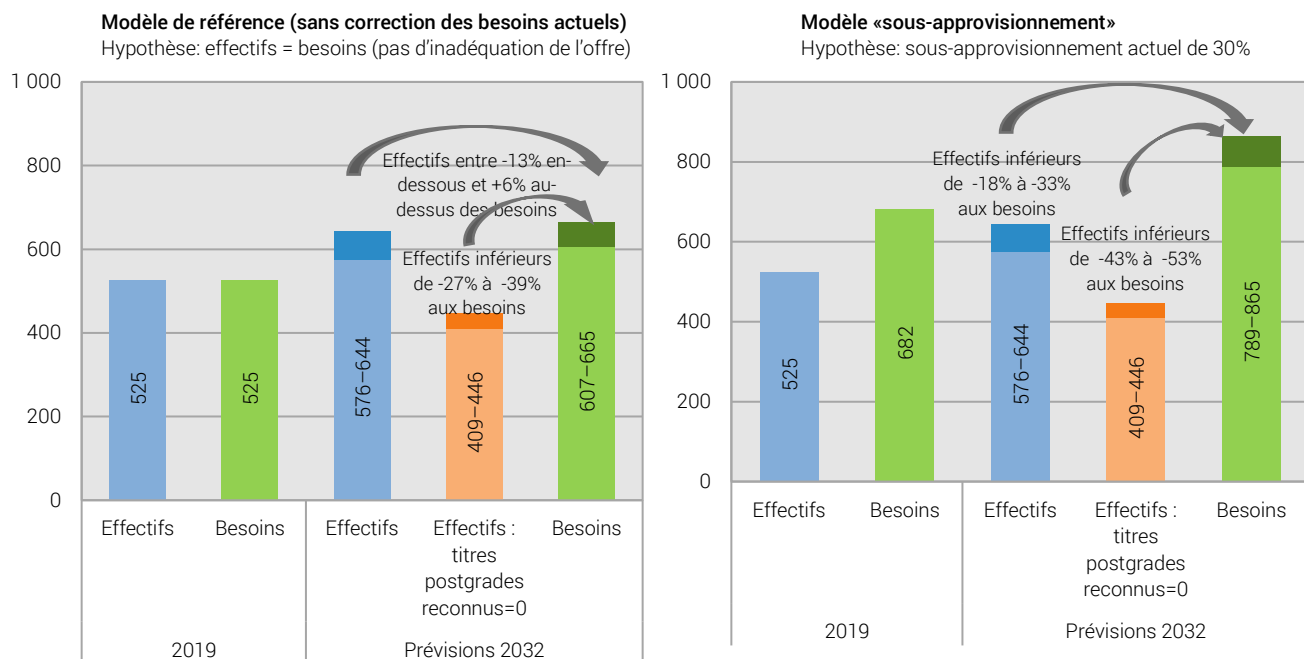
Durant la même période, suivant la variante «BASIS» qui ne tient compte que de l'évolution démographique, les besoins augmentent de 16% pour passer de 525 EPT à 607 EPT (+82 EPT; lignes/colonnes vertes). Avec la variante «BASIS+» qui tient compte, en plus de la démographie, d'une augmentation du recours aux soins, les besoins augmenteraient de 27% (+140 EPT).

Avec ces calculs, les effectifs se situent entre 13% au-dessous et 6% au-dessus des besoins selon le scénario. Par conséquent, les effectifs ne couvriraient pas ou couvriraient tout juste les besoins. Ce ne serait toutefois le cas que grâce à un niveau encore relativement élevé d'immigration de spécialistes en PPEA étrangers: l'inflow estimé est constitué à environ 40% de titres de formation postgrade reconnus (voir hypothèses relatives à l'inflow au chapitre 4.3.3). Avec une immigration nulle, les effectifs futurs se situeraient 27 à 39% au-dessous des besoins (lignes/colonnes orange).

Modèle «sous-approvisionnement»

En intégrant dans les calculs l'hypothèse qu'il existe actuellement un sous-approvisionnement de 30% en PPEA, on constate que les besoins actuels s'établissent à 682 EPT (au lieu de 525 EPT avec le modèle de référence). Dans ce modèle, les besoins augmenteront donc de 789 EPT à 865 EPT d'ici 2030. Les effectifs ne suffiraient donc pas à couvrir les besoins: selon les scénarios, les effectifs se situent entre 18 et 33% au-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 43 à 53% inférieurs aux besoins.

La ligne grise dans le graphique G 4.27 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'occupation des postes de médecin-assistant.

G 4.26 Psychiatrie pour enfants et adolescents: effectifs et besoins en 2019 et prévisions pour 2032, Suisse, 2032


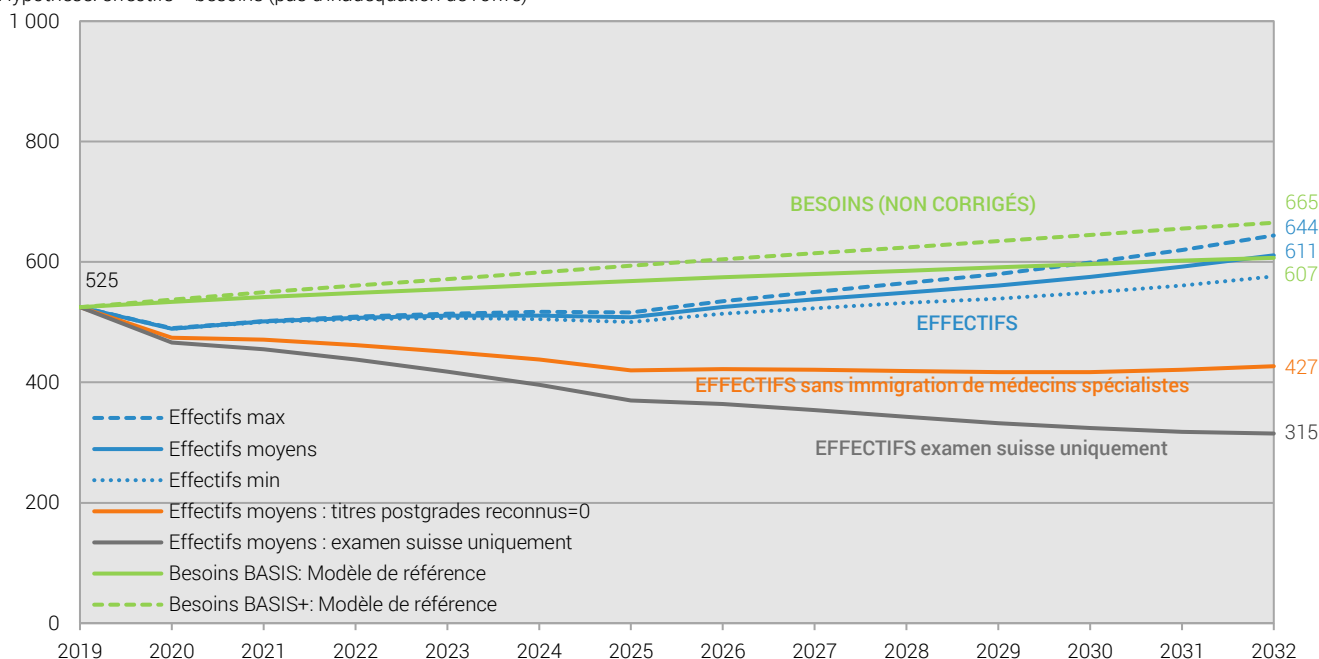
«Effectifs: titres de formation postgrade reconnus=0»: effectifs futurs si aucun médecin spécialiste étranger ne vient plus exercer en Suisse (hypothèse: titres de formation postgrade reconnus = 0)

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 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 2023

G 4.27 Psychiatrie pour enfants et adolescents: prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2019–2032

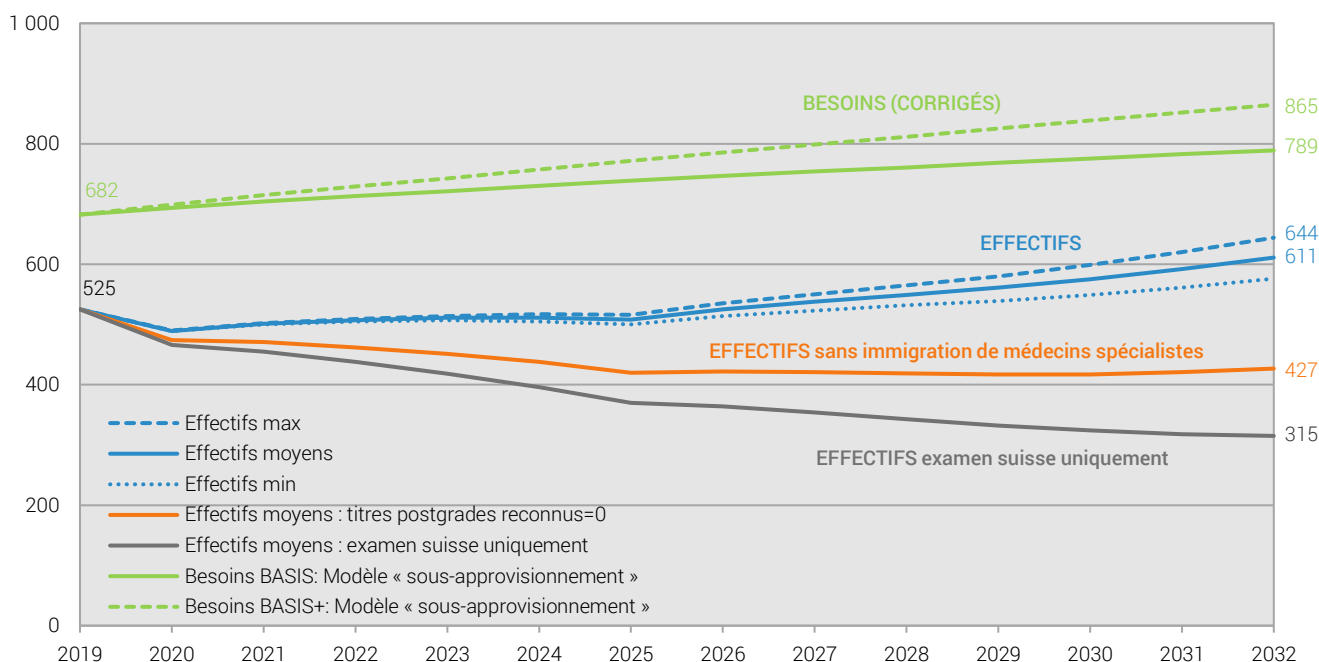
Modèle de référence (sans correction des besoins actuels)

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



Modèle «sous-approvisionnement»

Hypothèse: sous-approvisionnement actuel de 30%



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: «BASIS»: scénario d'évolution démographique moyen / «BASIS+»: scénario d'évolution démographique moyen; hypothèse d'évolution supplémentaire: cabinets +10%, secteur hospitalier ambulatoire +10%, secteur hospitalier stationnaire +5%

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

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale; OFSP – MedReg; OFS – MS et STATPOP; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2023

4.3.7 Point de vue de la société de discipline médicale

La Société suisse de psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents

Notre avis se fonde sur une analyse dans ce domaine axée spécifiquement sur la psychiatrie et la psychothérapie de l'enfance et de l'adolescence (PPEA). La SSPPEA comprend les informations fournies dans le présent rapport et leur importance. Vous trouverez ci-dessous notre position sur les différents éléments.

Méthodologie: Nous saluons vivement l'inclusion de différents modèles et hypothèses dans l'analyse, notamment le modèle «Sous-approvisionnement» avec une correction de 30%. Nous apprécions aussi particulièrement la présence d'un point supplémentaire étudiant, outre les besoins et les effectifs de médecins spécialistes (avec ou sans diplôme étranger), ces paramètres pour les médecins-assistants, formés en Suisse ou non.

Effectifs actuels, outflow et inflow: Au chapitre 4.3.1, l'état des lieux indique que les 524 équivalents plein temps (EPT) se répartissent en 72% pour les cabinets médicaux (376) et 28% pour les hôpitaux. Il faut cependant rappeler que, dans les hôpitaux également, la plupart des EPT concernent le secteur ambulatoire (80% du volume de travail). En ambulatoire et en milieu hospitalier, la proportion de femmes dépasse tout juste les 60%. À l'hôpital, seuls 30% ont plus de 55 ans, tandis que ce chiffre s'élève à 57% pour les cabinets. Les hypothèses relatives à l'âge de la retraite et à celui auquel on arrête de travailler sont quelque peu incertaines. Nous décelons encore plus d'ambiguïté dans les passages concernant les nouveaux médecins spécialistes (inflow). Il nous est difficile d'estimer l'attractivité de la PPEA pour les personnes qui terminent leurs études de médecine en Suisse. La branche reste intéressante pour les jeunes femmes qui souhaitent avoir des enfants, car il est possible de l'exercer en cabinet à un faible pourcentage. Ce point est important, notamment par rapport à la pédiatrie. C'est ainsi que la PPEA a été la première – et pendant longtemps la seule – discipline où plus de 50% des postes sont occupés par des femmes.

Concernant l'inflow, les informations fournies au chapitre 4.3.3 nous semblent tout à fait pertinentes: sur une moyenne de trois ans, parmi 69 titres, seuls 40% provenaient de Suisse, le reste comprenant les titres étrangers reconnus. Cependant, uniquement 48% des médecins avaient obtenu un «vrai» titre fédéral de médecine, décerné en Suisse et non ailleurs. Ainsi, la part des psychiatres de l'enfance et de l'adolescence ayant récemment commencé à travailler après une formation initiale et postgrade en Suisse ne s'élève qu'à un cinquième. Ces chiffres dénotent une très forte dépendance envers les autres pays. En résumé, la discipline a besoin d'atteindre bien plus de jeunes titulaires, que ce soit pour la formation initiale ou postgrade. Le risque que le nombre de médecins venant de l'étranger diminue à l'avenir est relativement élevé. En Suisse comme dans les pays voisins, la PPEA fait partie des branches les moins bien payées. Cette faible rémunération est particulièrement susceptible de rebuter, étant donné que la spécialisation figure parmi les plus longues et les plus coûteuses. En Allemagne, d'où bon nombre de médecins-assistants sont venus en Suisse jusqu'à maintenant, deux aspects sont actuellement plus attrayants: premièrement, la spécialisation dure un an de moins, et la psychothérapie y est partiellement intégrée, alors qu'un titre séparé est requis en Suisse; secondement, l'établissement en Allemagne connaît le modèle des «soins socio-psychiatriques», qui à la fois est plus lucratif pour les indépendants et permet d'exploiter le potentiel de prise en charge multidisciplinaire.

Selon nous, deux raisons supplémentaires rendent aussi l'évolution incertaine. D'une part, le manque relatif de médecins spécialistes dans les établissements entraîne leur surcharge chronique, ce qui peut décourager les personnes qui étudient la médecine. D'autre part, le modèle de la prescription déstabilise la future activité des spécialistes établis. Il est crucial qu'à l'avenir également, les psychiatres de l'enfance et de l'adolescence puissent proposer des psychothérapies dans leur cabinet et ne délaissent pas cette activité uniquement aux psychologues pour des questions financières. L'évolution des conditions de travail des médecins spécialistes dans les pays voisins rend elle aussi l'inflow incertain, au-delà des propos formulés ci-dessus. Si les salaires y augmentent, l'émigration vers la Suisse devrait diminuer. En outre, les psychothérapeutes travaillant avec des enfants doivent disposer de compétences linguistiques suffisantes. En Suisse alémanique, il est nécessaire de comprendre le suisse-allemand. Cette exigence limite le recrutement de médecins étrangers dans la PEA, encore plus que pour la psychiatrie d'adultes. En somme, la dépendance vis-à-vis des spécialistes étrangers comporte un risque élevé, et il faut prêter une attention particulière à cette question.

Besoins futurs: Depuis environ dix ans, le besoin en traitements psychiatriques chez les enfants et les adolescents va croissant. Cette augmentation a dû faire face à un sous-approvisionnement préexistant, qu'un modèle dédié a pris en compte dans la présente analyse. Les cantons calculent leur besoin de différentes manières qui s'approchent de très près de ce modèle. Nous n'avons pas encore pu constater de tendance à la baisse du besoin mentionné. Dans le modèle «Sous-approvisionnement», même le recours aux médecins étrangers ne permet pas de couvrir les besoins pour 2030. Si l'immigration était nulle, les effectifs seraient inférieurs aux besoins de 44 à 53%. Cette analyse nous alarme.

Pilotage de l'offre: Depuis plusieurs années, il existe un grand écart dans l'approvisionnement en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence entre les régions urbaines et rurales. Un traitement de PEA régulier nécessite une certaine proximité. C'est pourquoi il serait pertinent de piloter l'offre, soit en amenant les cantons à limiter le nombre d'autorisations de pratiquer, soit en rémunérant davantage les professionnels établis à la campagne.

Formation: La SSPPEA, à l'instar de Pédiatrie suisse et de la SSPP, soutient les revendications visant à former davantage de médecins en Suisse. Outre notamment les arguments légitimes de la SSPP, qui trouve individualiste de débaucher à l'étranger des spécialistes dont leur pays a tout aussi urgemment besoin, nous réitérons ici la nécessité de maîtriser les langues de la Suisse.

Facteurs positifs: Si la formation postgrade en Suisse est longue et complexe, elle apporte un très haut niveau de compétences en psychiatrie et en psychothérapie. Le modèle de la prescription représente un grand défi, mais la collaboration interprofessionnelle est bien développée dans la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, et ce depuis des années. Comme l'indiquent les centres socio-psychiatriques en Allemagne, cette approche présente un fort potentiel pour améliorer la prise en charge.

Afin que la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence gagne en attractivité et que les médecins spécialistes et les autres groupes professionnels concernés puissent couvrir les besoins, des tarifs adéquats sont nécessaires (p. ex. pour les traitements ambulatoires et en clinique de jour). Comme le montre l'analyse, la plupart des spécialistes travaillent dans le secteur ambulatoire, qui n'a pas reçu suffisamment de financement jusqu'à maintenant. Lorsque les prestations fournies restent sous-financées et dépendantes des subventions, il en résulte des conséquences étendues, aussi bien pour la structure des hôpitaux que pour la capacité des cabinets à effectuer lesdites prestations.

En Allemagne, où, en raison de pénuries dramatiques, la pédiatrie doit bénéficier d'un plus grand soutien et de décharges étatiques, les évolutions pourraient également servir d'approche en Suisse pour implanter durablement des offres adaptées aux besoins et lutter contre le manque d'effectifs.

4.4 Ophtalmologie

4.4.1 Effectifs actuels

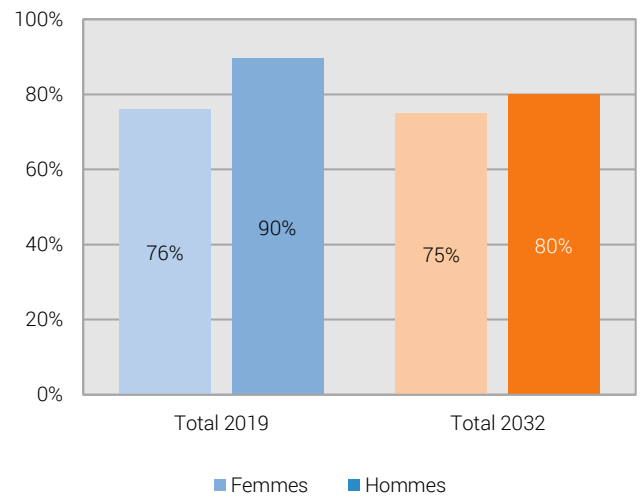
En 2019, on comptait en Suisse 949 EPT pour l'ophtalmologie (G 4.28). Plus de trois quarts de ces médecins spécialistes (77%; 728 EPT) exercent en cabinet et 221 EPT dans des hôpitaux (23%). La part de femmes dans les deux secteurs est de 40%.

Pour les calculs des besoins, les EPT ont été distingués entre secteur stationnaire et secteur ambulatoire: pour la spécialité ophtalmologie, on estime que 80% du volume de travail des médecins exerçant dans les hôpitaux est réalisé dans le secteur hospitalier ambulatoire.

Concernant la répartition par âge en ophtalmologie, les données sont semblables dans les deux secteurs (G 4.28): 40% des médecins spécialistes qui exercent en cabinet ont 55 ans ou plus et atteindront donc l'âge de la retraite au cours des dix prochaines années (32%) ou l'ont déjà atteint (8%). La part de médecins de plus de 54 ans est plus faible dans les hôpitaux (37%).

Sur les deux secteurs, le taux d'occupation moyen est de 76% pour les femmes et de 90% pour les hommes (G 4.29). Outre ce taux d'occupation, les calculs tenaient également compte d'un scénario supposant que le taux d'occupation diminuerait à 75% chez les femmes et à 80% chez les hommes d'ici 2032 (G 4.29, colonnes orange).

G 4.29 Ophtalmologie: taux d'occupation, Suisse, 2019



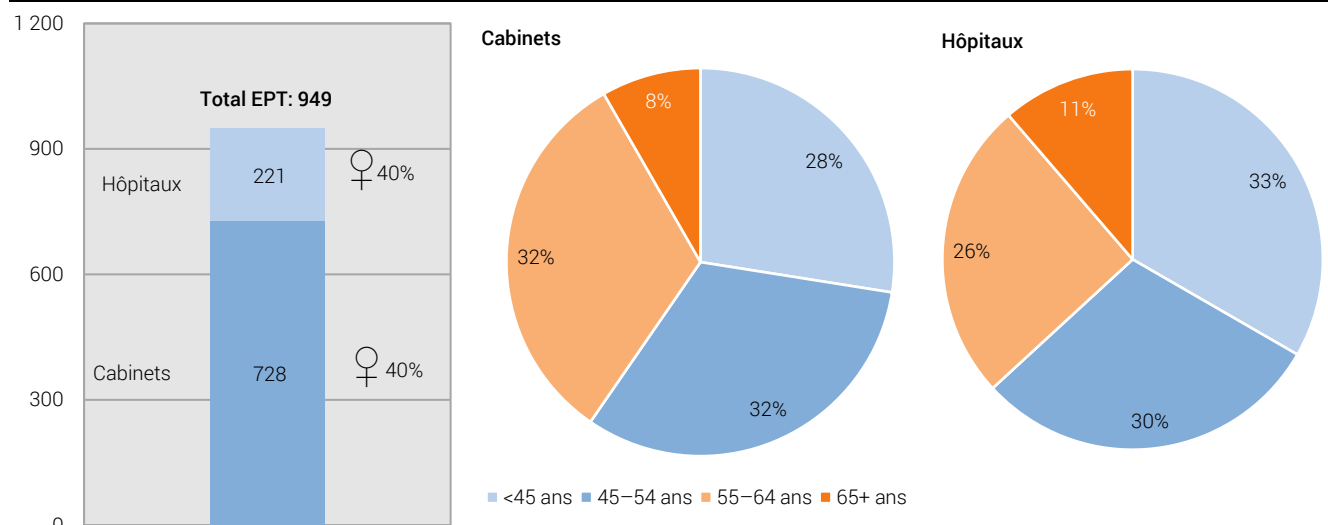
Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale © Obsan 2023

4.4.2 Outflow

Afin d'estimer combien d'ophtalmologues actuellement en activité quitteront la profession, 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 2032 (voir 3.2.1). Pour tenir compte du fait qu'une partie des médecins continueront de travailler pendant 3 ans en moyenne après avoir atteint l'âge officiel de la retraite, une déduction de 15% pour le secteur des cabinets médicaux a

G 4.28 Ophtalmologie: effectifs en EPT, pourcentage de femmes, distribution par âge, Suisse, 2019



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.

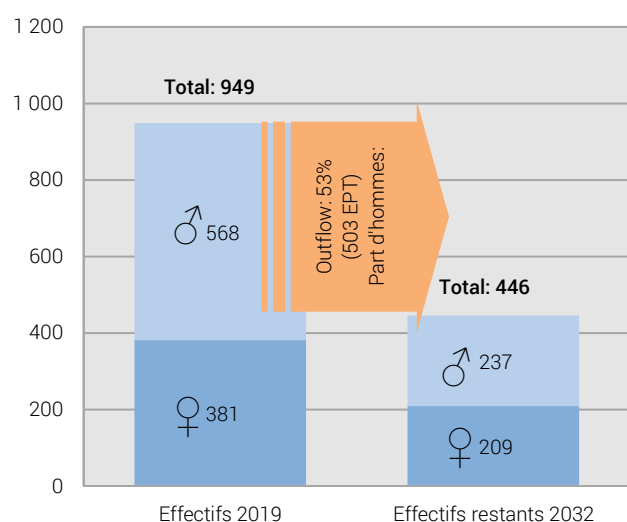
Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale

© Obsan 2023

été appliquée. Une déduction de 5% a été appliquée pour le secteur hospitalier. 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 51 ans) une déduction de 10%.

Pour l'ophtalmologie, on obtient un outflow de 507 EPT (G 4.30), soit plus de la moitié (53%) des effectifs actuels. Les deux tiers des médecins qui quitteront la profession (66% des EPT) sont des hommes.

G 4.30 Ophtalmologie: Outflow, Suisse, 2019/2032



Outflow en équivalents plein temps

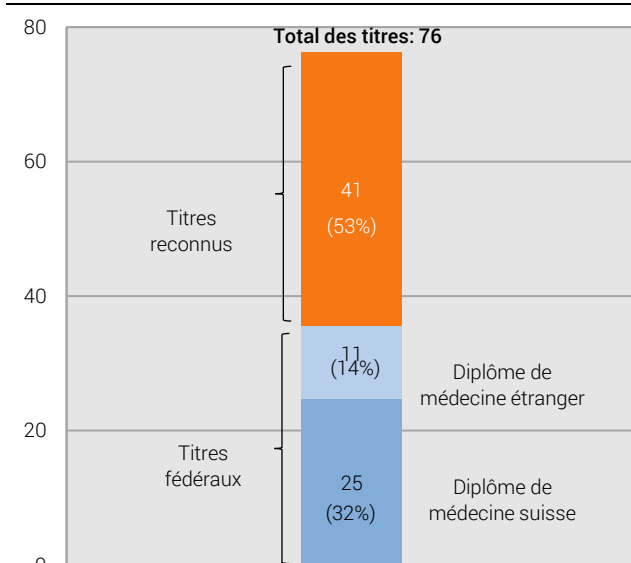
Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale © Obsan 2023

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. À cet égard, il convient de distinguer les titres fédéraux et les titres reconnus: pour les titres reconnus, il s'agit de médecins spécialistes détenant un titre étranger en ophtalmologie qui font reconnaître leur titre en Suisse.

Le graphique G 4.31 donne un aperçu du nombre de titres de formation postgrade actuellement délivrés en ophtalmologie: au total, environ 76 titres sont délivrés (moyennes sur 3 ans 2019-2021). Parmi eux, 36 titres (soit un peu moins de la moitié; 47%) sont des titres fédéraux. Les 41 autres titres sont des titres de formation postgrade reconnus. Parmi les 36 médecins ayant obtenu un titre fédéral, 25 (69%) en moyenne ont réalisé leurs études de médecine en Suisse. Les 11 autres (31%) sont titulaires d'un diplôme étranger. Par conséquent, environ un tiers (32%) des ophtalmologues entrant dans la profession ont réalisé leur formation universitaire et leur formation postgrade en Suisse.

G 4.31 Ophtalmologie: titres de formation postgrade délivrés chaque année par type de titre et origine du diplôme, Suisse, 2019-2021



Moyennes sur 3 ans 2019–2021

Source: BAG – MedReg

© Obsan 2023

Le graphique G 4.32 présente l'évolution jusqu'à présent et les scénarios définis pour le nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus délivrés en ophtalmologie.

Le nombre de *titres fédéraux* est plus ou moins en augmentation depuis 2014 (G 4.32 ci-dessus). Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade fédéraux décernés jusqu'en 2032 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2021 (37 titres) – les scénarios suivants ont été définis:

- haut: augmentation à 48 titres en moyenne
- moyen: augmentation à 43 titres en moyenne
- bas: augmentation à 38 titres en moyenne

Afin de tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent un titre de formation postgrade fédéral ne prodiguent pas tous des soins médicaux, une déduction de 5% a été appliquée.

Le nombre de *titres de formation postgrade reconnus* en ophtalmologie a fortement diminué depuis 2013 (voir G 4.32 ci-dessus). En 2021, 42 titres ont été reconnus. Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade reconnus jusqu'en 2032 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2021 (42 titres) – les scénarios suivants ont été définis:

- haut: augmentation à 44 titres en moyenne
- moyen: baisse à 37 titres en moyenne
- bas: baisse à 30 titres en moyenne
- zéro: aucun titre de formation postgrade reconnu

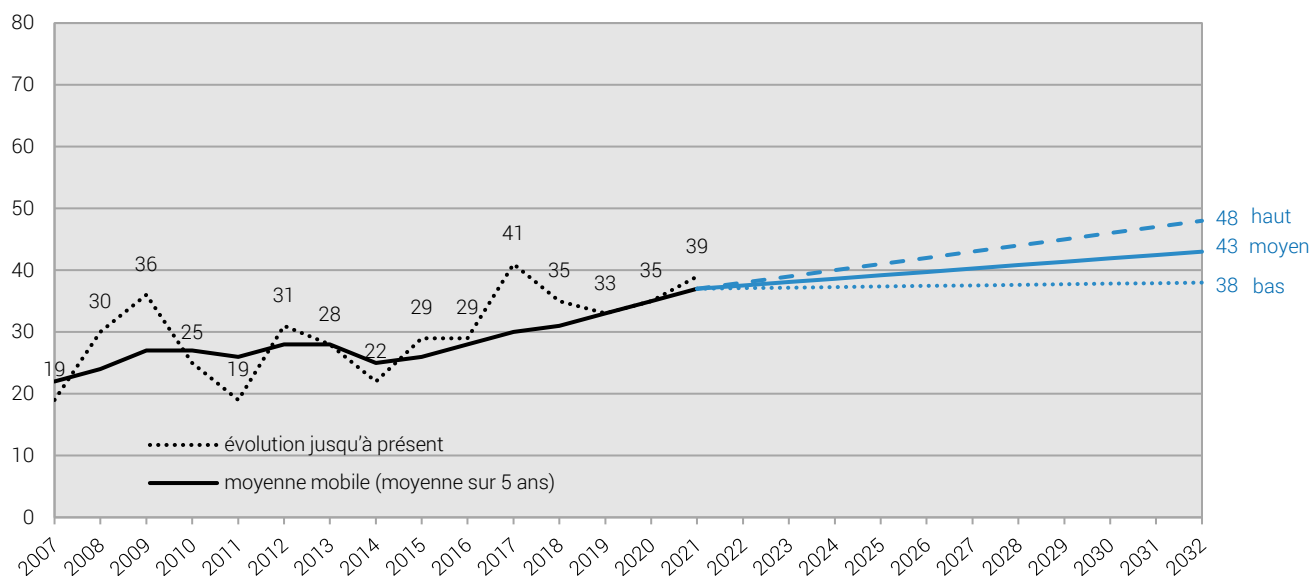
Avec le scénario «zéro», il est possible, comme expliqué au chapitre 3.2.1, de simuler l'évolution des effectifs s'il n'y avait plus aucune immigration de médecins spécialistes étrangers. Ainsi, on peut mettre en évidence le nombre de médecins spécialistes que

le système de formation postgrade suisse «produit» et à quel point il est – ou va devenir – dépendant de l'étranger.

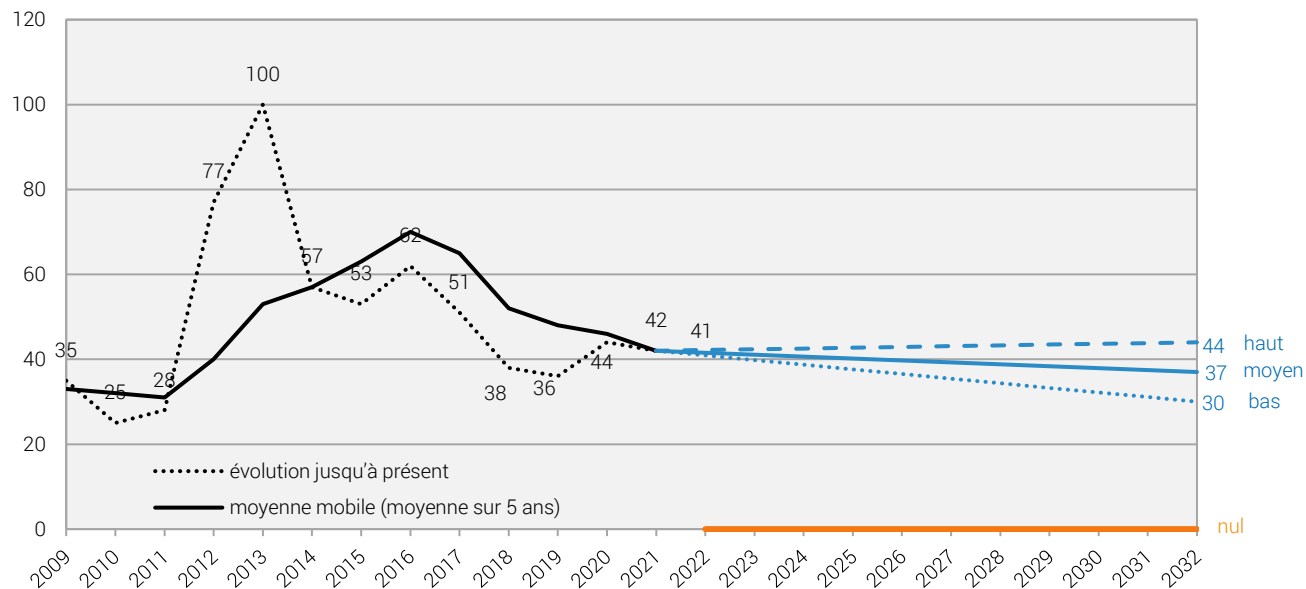
Afin de tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent la reconnaissance d'un titre de formation postgrade ne produisent pas tous des soins médicaux, une déduction de 7% a été appliquée.

G 4.32 Ophtalmologie: nombre de titres de formation postgrade fédéraux par type de titre, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2032

Titres de formation postgrade fédéraux



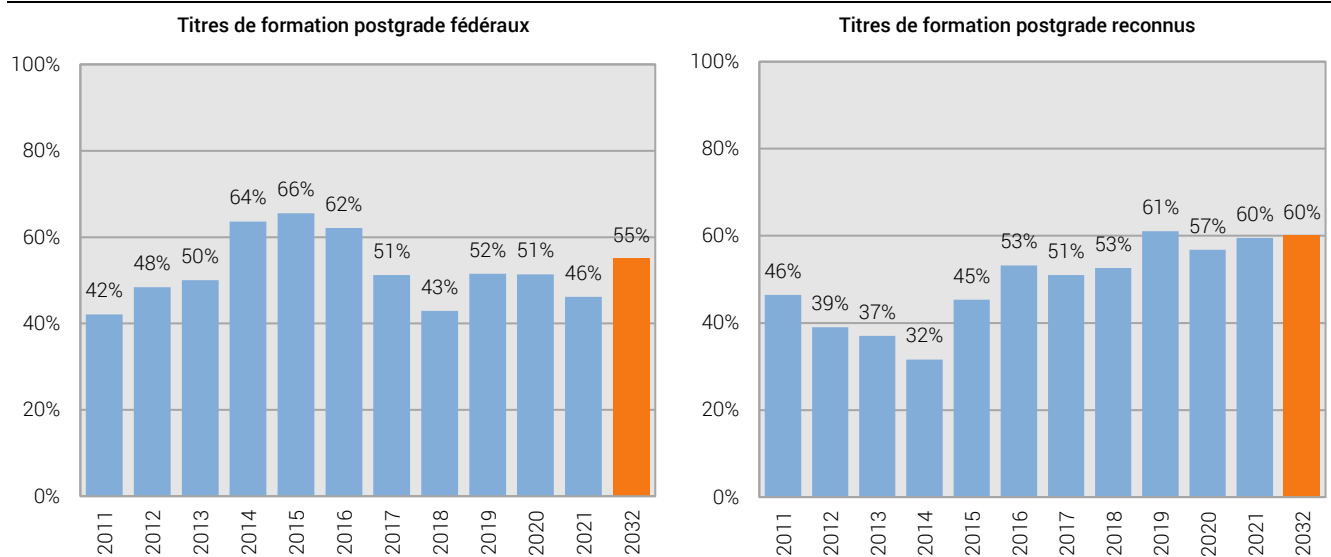
Titres de formation postgrade reconnus



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

G 4.33 Ophtalmologie: titres de formation postgrade fédéraux et reconnus – part de femmes, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2032



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

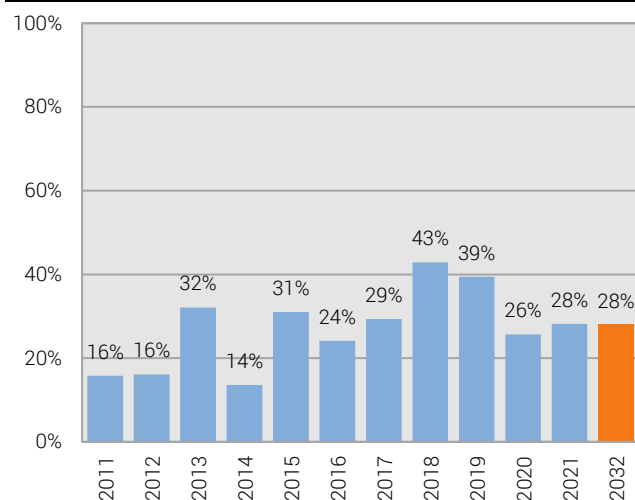
Le graphique G 4.33 présente la part de femmes ainsi que les hypothèses concernant l'évolution future. S'agissant des *titres de formation postgrade fédéraux* en ophtalmologie, la part de femmes se situait ces dernières années entre 43 et 52%. La moyenne sur cinq ans s'élevait à 49%. Dans le cadre des projections, on suppose une augmentation linéaire à 55% d'ici 2032.

S'agissant des *titres reconnus*, la part de femmes s'élevait à 56% en moyenne au cours des cinq dernières années. Pour les projections, la part de femmes a été fixée à 60% en moyenne.

Le graphique G 4.34 montre, pour les *titres de formation postgrade fédéraux*, la part de médecins titulaires d'un diplôme étranger. Le modèle de simulation peut ainsi indiquer comment les effectifs évolueraient si l'on ne tenait compte que des médecins ayant effectué leur formation universitaire et leur formation postgrade en Suisse (voir 3.2.1: inflow). La part de médecins titulaires d'un diplôme étranger se situait à 33% en moyenne au cours des cinq dernières années. Pour les projections, on a fixé un pourcentage moyen de 28%.

Afin de convertir l'inflow en EPT (voir 3.2.1: inflow), 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 (voir G 4.29). Le scénario constant utilise le taux d'occupation moyen calculé à partir des données existantes pour les deux secteurs: femmes 76%, hommes 90%. Pour le scénario à la baisse, on a supposé que le taux d'occupation baissera régulièrement jusqu'en 2032 à 75% chez les femmes et 80% chez les hommes.

G 4.34 Ophtalmologie: titres de formation postgrade fédéraux – part de médecins titulaires d'un diplôme étranger, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2032



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

4.4.4 Besoins actuels

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

En 2019, on a enregistré 372 consultations en cabinet et 97 consultations en ambulatoire dans les hôpitaux pour 1 000 habitants. En 2019, une hospitalisation a été comptabilisée en ophtalmologie pour 1 000 habitants (données non représentées).

Facteur de correction

Pour l'ophtalmologie, 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 pour l'ophtalmologie.

4.4.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins

Seule la variante 1 «BASIS» a été utilisée pour le calcul des besoins futurs. Le tableau 4.4 indique quelles évolutions ont été prises en compte à cet égard. Il convient de noter que concernant l'essor de l'ambulatoire, on compte 3 à 8 consultations dans le secteur ambulatoire pour un cas du secteur stationnaire transféré. Cette valeur a été fixée conformément à l'avis du groupe d'experts, notamment en raison de la complexité de ces cas transférés, dont 90 à 95% nécessitent des interventions chirurgicales. Ces cas requièrent des consultations plus longues ainsi que des compétences plus poussées dans la sous-spécialité lors du suivi.

T 4.4 Ophtalmologie: facteurs d'influence pris en compte par rapport au recours aux soins futur

Variante 1 «BASIS»

- Évolution démographique
- Essor de l'ambulatoire:
environ 16% des cas sont transférés (scénario moyen)
scénarios pour la conversion des cas en consultations:
1) 1 cas = 3 consultations 2) 1 cas = 8 consultations

Variante 2 «BASIS+»

Aucune variante «BASIS+» n'a été utilisée

Source: tableau créé par les auteurs

© Obsan 2023

4.4.6 Effectifs et besoins futurs

Dans les graphiques G 4.35 et G 4.36, les projections concernant les effectifs et les besoins en ophtalmologie sont indiquées en EPT.

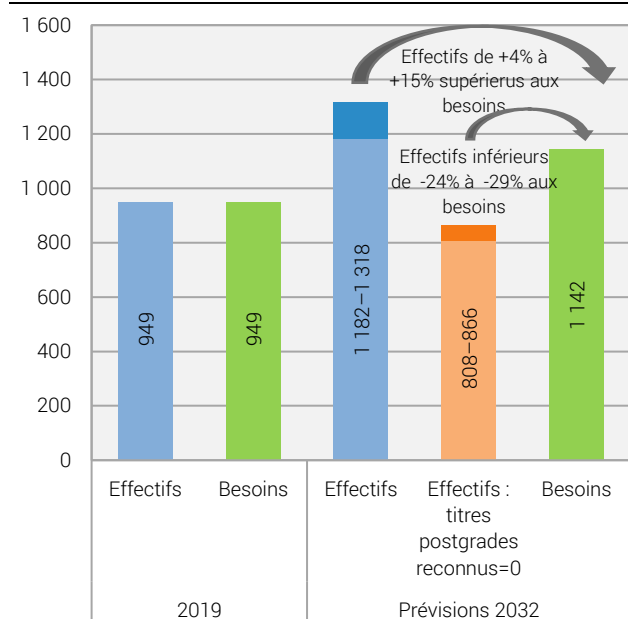
Les résultats montrent que, selon les scénarios concernant l'inflow et le taux d'occupation, les effectifs de médecins spécialistes vont augmenter jusqu'en 2032 pour passer de 949 EPT à une valeur entre 1 182 EPT et 1 318 EPT, ce qui correspond à une hausse de 25 à 39% (+233 EPT à +369 EPT; lignes/colonnes bleues).

Durant la même période, les besoins devraient passer de 949 EPT à 1 142 EPT (+193 EPT; lignes/colonnes vertes). Cela correspond à une augmentation de 20%.

Selon les hypothèses retenues, les effectifs devraient couvrir les besoins, (écart: effectifs 4 à 15% supérieurs aux besoins). Ce n'est cependant le cas que si un niveau encore relativement élevé d'immigration de spécialistes étrangers se maintient: l'inflow estimé est constitué à environ 46% de titres de formation postgrade reconnus (voir hypothèses relatives à l'inflow au chapitre 4.4.3). Avec une immigration nulle, les effectifs futurs se situeraient 24 à 29% au-dessous des besoins (lignes/colonnes orange).

La ligne grise dans le graphique G 4.36 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'occupation des postes de médecin-assistant.

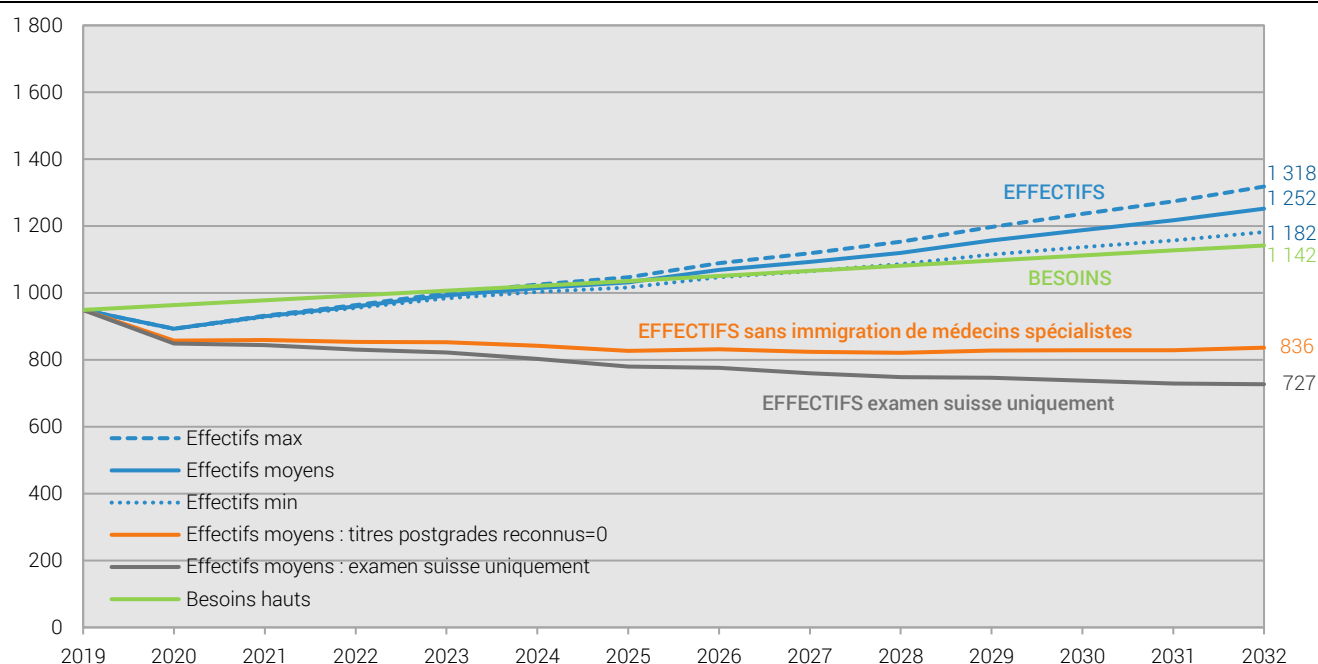
G 4.35 Ophtalmologie: effectifs et besoins en 2019 et prévisions pour 2032, Suisse, 2032



«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)

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 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 2023

G 4.36 Ophtalmologie: prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2019–2032



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: scénario d'évolution démographique moyen; pour l'essor de l'ambulatorio: 1 cas = 8 consultations

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

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale; OFSP – MedReg; OFS – MS et STATPOP; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2023

4.4.7 Point de vue de la société de discipline médicale

Société Suisse d'Ophtalmologie (SSO)

La SSO salue le travail de tentative d'analyse de la situation actuelle et l'élaboration de projections dans le domaine de l'ophtalmologie effectué par l'OBSAN est louable.

Toutefois en préambule il nous semble nécessaire de relever nos doutes. Les bases de calcul concernant les effectifs actuels réels sont incomplètes et à vrai dire difficiles à définir. Le nombre de diplômes ou de droits de pratique décernés utilisé dans l'étude ne tient pas compte des différentes possibilités offertes parfois avec des diplômes étrangers (non ou en cours d'être reconnus en Suisse) et souvent pour des durées limitées de 90 jours consécutifs (parfois répétés plusieurs fois sur une même année civile). Ces médecins exercent dans de grandes structures et leur nombre exact est difficile à cerner.

Dans le travail présenté, la définition d'une couverture suffisante des besoins même actuels ne tient pas compte du point de vue des patients et notamment des listes d'attente pour obtenir un rendez-vous ou pour une opération, souvent plus longue que trois mois actuellement. Elle ne considère pas non plus les disparités régionales qui sont une réalité en Suisse.

Le nombre de médecins en formation qui assurent le bon fonctionnement des services publics (gardes et présence continue) est supérieur au nombre d'octrois de droits de pratique et cela se trouvera aggravé avec l'application de l'article 58 LAMal sur l'admission des fournisseurs de prestations. Faudra-t-il diminuer le nombre de médecins en formation et ainsi réduire la qualité du service public ? Peut-on barrer la route à des médecins en fin de formation en leur déniaient le droit de pratiquer leur profession ?

Les calculs présentés semblent démontrer que la relève sera assurée si l'apport de médecins étrangers persiste et atteint des proportions non négligeables. Une telle dépendance de la Suisse envers l'étranger n'est ni souhaitable ni éthiquement justifiable. Ceci d'autant plus que les incertitudes géopolitiques actuelles, l'augmentation de l'interprofessionnalité depuis l'entrée en vigueur de la LPSan en février 2020 et les inconnues tarifaires rendront la profession de moins en moins attractive.

À cela s'ajoute l'influence grandissante de groupes d'investisseurs qui financent les infrastructures de plus en plus coûteuses et complexes avec ses effets délétères sur l'indépendance du médecin praticien et la qualité de la prise en charge.

En conclusion, dans la mesure où les chiffres utilisés peuvent être pris en considération il nous semble indispensable:

- de limiter la dépendance de la Suisse vis-à-vis de l'étranger,
- de maintenir le nombre actuel de droits de pratique pour l'ophtalmologie en veillant à une répartition équitable sur le territoire et en s'assurant que les médecins formés en Suisse trouvent des débouchés professionnels lorsqu'ils arrivent en fin de cursus
- de tenir compte pour l'octroi des droits de pratique de la difficulté d'assurer un service public de qualité, des départs à la retraite futurs et de la demande grandissante de temps partiels («work life balance»).

4.5 Cardiologie

4.5.1 Effectifs actuels

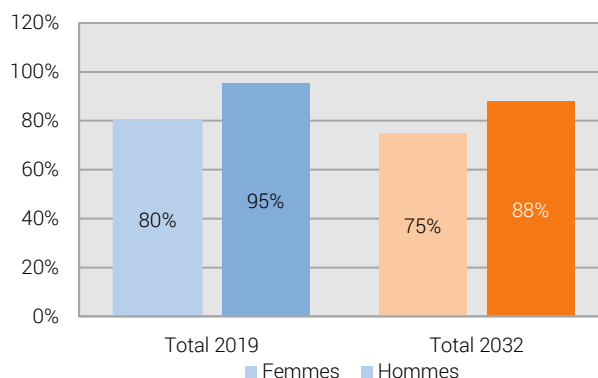
En 2019, on comptait en Suisse 725 EPT pour la cardiologie (G 4.37). 44% de ces médecins spécialistes (316 EPT) exercent en cabinet et 409 EPT dans des hôpitaux (56%). La part de femmes est de 15% en cabinet et de 21% dans les hôpitaux.

Pour les calculs des besoins, les EPT ont été distingués entre secteur stationnaire et secteur ambulatoire: pour la cardiologie, on estime que 50% du volume de travail des médecins exerçant dans les hôpitaux est réalisé dans le secteur hospitalier ambulatorio.

En observant la répartition par âge et par secteur (G 4.37), on observe que 41% des médecins spécialistes qui exercent en cabinet ont 55 ans ou plus et atteindront donc l'âge de la retraite au cours des dix prochaines années (35%) ou l'ont déjà atteint (6%). La part de médecins de plus de 54 ans est plus faible dans les hôpitaux (32%).

Sur les deux secteurs, le taux d'occupation moyen est de 80% pour les femmes et de 95% pour les hommes (G 4.38). Outre ce taux d'occupation, les calculs tenaient également compte d'un scénario supposant que le taux d'occupation diminuerait à 75% chez les femmes et à 88% chez les hommes d'ici 2032 (G 4.38, colonnes orange).

G 4.38 Cardiologie: taux d'occupation, Suisse, 2019



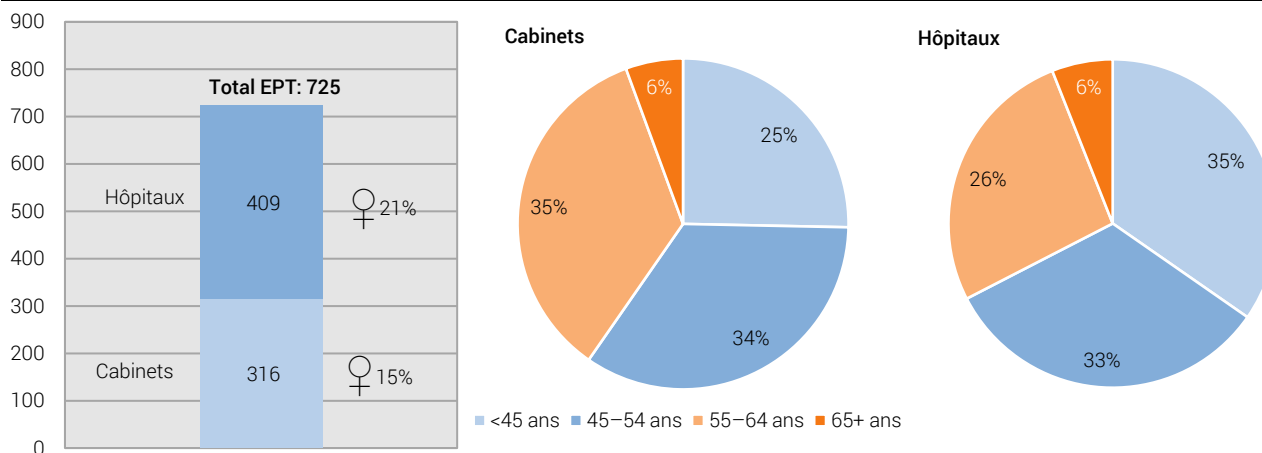
Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale © Obsan 2023

4.5.2 Outflow

Afin d'estimer combien de médecins spécialistes actuellement en activité quitteront la profession, 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 2032 (voir 3.2.1). Pour tenir compte du fait qu'une partie des médecins continueront de travailler pendant 3 ans en moyenne après avoir atteint l'âge officiel de la retraite, une déduction de 10% pour le secteur des cabinets médicaux a été appliquée en cardiologie. Une déduction de 2% a été appliquée pour le secteur hospitalier. 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 51 ans) une déduction de 10%.

G 4.37 Cardiologie: effectifs en EPT, pourcentage de femmes et distribution par âge, Suisse, 2019



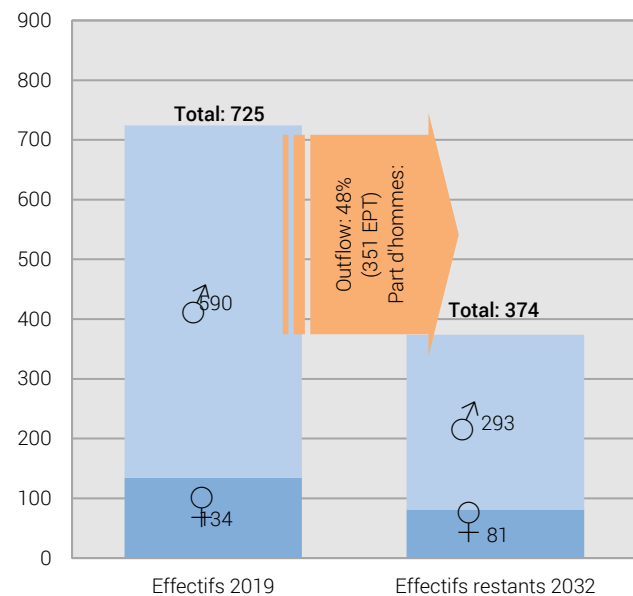
Les chiffres sont basés sur des équivalents plein temps; exception: la répartition des âges dans les hôpitaux est établie sur la base du nombre de médecins.

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale

© Obsan 2023

Pour la cardiologie, on obtient un outflow de 351 EPT (G 4.39), soit près de la moitié (48%) des effectifs actuels. La majorité des médecins qui quitteront la profession (85% des EPT) sont des hommes.

G 4.39 Cardiologie: Outflow, Suisse, 2019/2032



Outflow en équivalents plein temps

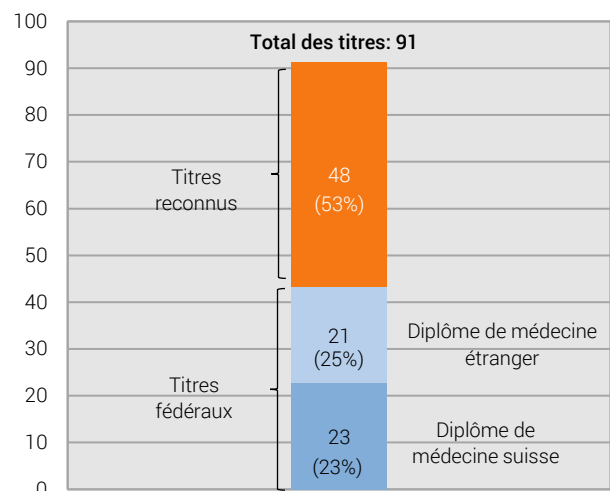
Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale © Obsan 2023

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. À cet égard, il convient de distinguer les titres fédéraux et les titres reconnus: pour les titres reconnus, il s'agit de médecins spécialistes détenant un titre étranger en cardiologie qui font reconnaître leur titre en Suisse.

Le graphique G 4.40 donne un aperçu du nombre de titres de formation postgrade délivrés en cardiologie: au total, environ 91 titres sont délivrés (moyennes sur 3 ans 2019-2021). Parmi eux, 43 titres (soit un peu moins de la moitié; 47%) sont des titres fédéraux. Les 48 autres (53%) sont des titres de formation postgrade reconnus. Parmi les 43 médecins ayant obtenu un titre fédéral, 53% en moyenne ont réalisé leurs études de médecine en Suisse et 47% sont titulaires d'un diplôme étranger. Par conséquent, près d'un quart (23%) des cardiologues entrant dans la profession ont réalisé leur formation universitaire et leur formation postgrade en Suisse.

G 4.40 Cardiologie: nombre de titres de formation postgrade décernés chaque année par type de titre et origine du diplôme, Suisse, 2019–2021



Moyennes sur 3 ans 2019–2021

Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

Le graphique G 4.41 présente l'évolution jusqu'à présent et les scénarios définis pour le nombre de titres de formation postgrade fédéraux et reconnus délivrés en cardiologie.

Le nombre de *titres fédéraux* est plus ou moins en augmentation depuis 2009 (G 4.41 ci-dessus). Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade fédéraux décernés jusqu'en 2032 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2021 (43 titres) – les scénarios suivants ont été définis:

- haut: augmentation à 54 titres en moyenne
- moyen: augmentation à 45 titres en moyenne
- bas: baisse à 36 titres en moyenne

Afin de tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent un titre de formation postgrade fédéral ne prodiguent pas tous des soins médicaux, une déduction de 5% a été appliquée.

Le nombre de *titres de formation postgrade reconnus* en cardiologie a augmenté à peu près régulièrement jusqu'en 2019 (voir G 4.41 ci-dessus). En 2020, 40 titres ont été reconnus, puis de nouveau 49 en 2021. Afin de déterminer l'évolution future du nombre annuel de titres de formation postgrade reconnus jusqu'en 2032 – sur la base de la moyenne mobile de l'année 2021 (49 titres) – les scénarios suivants ont été définis:

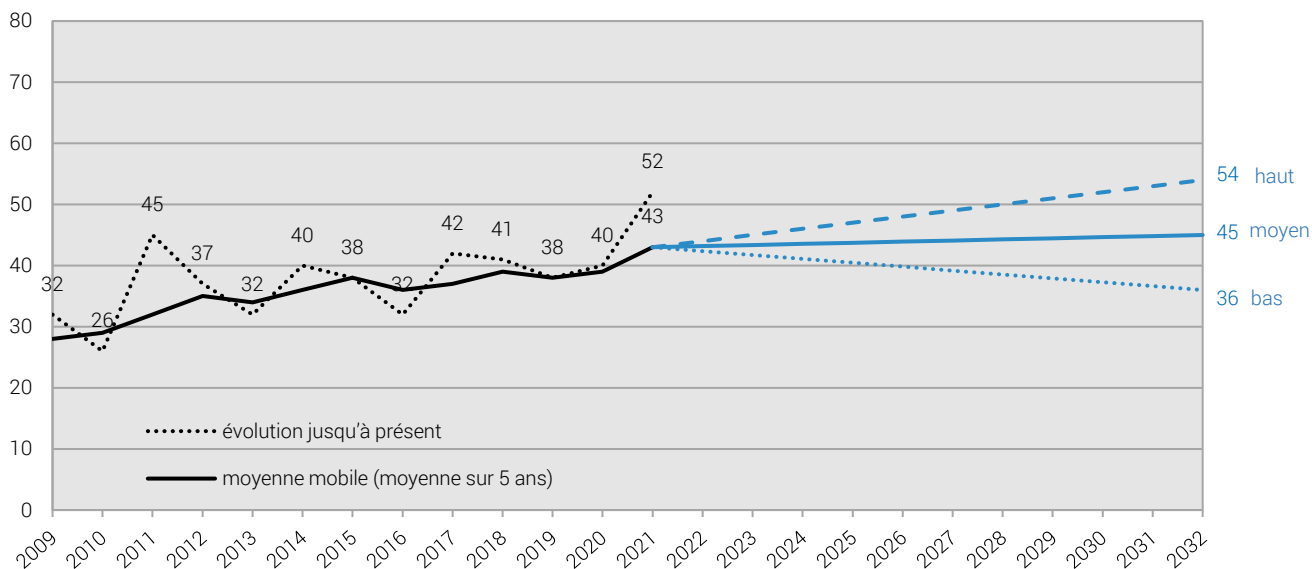
- haut: baisse à 40 titres en moyenne
- moyen: augmentation à 33 titres en moyenne
- bas: baisse à 26 titres en moyenne
- zéro: aucun titre de formation postgrade reconnu

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.

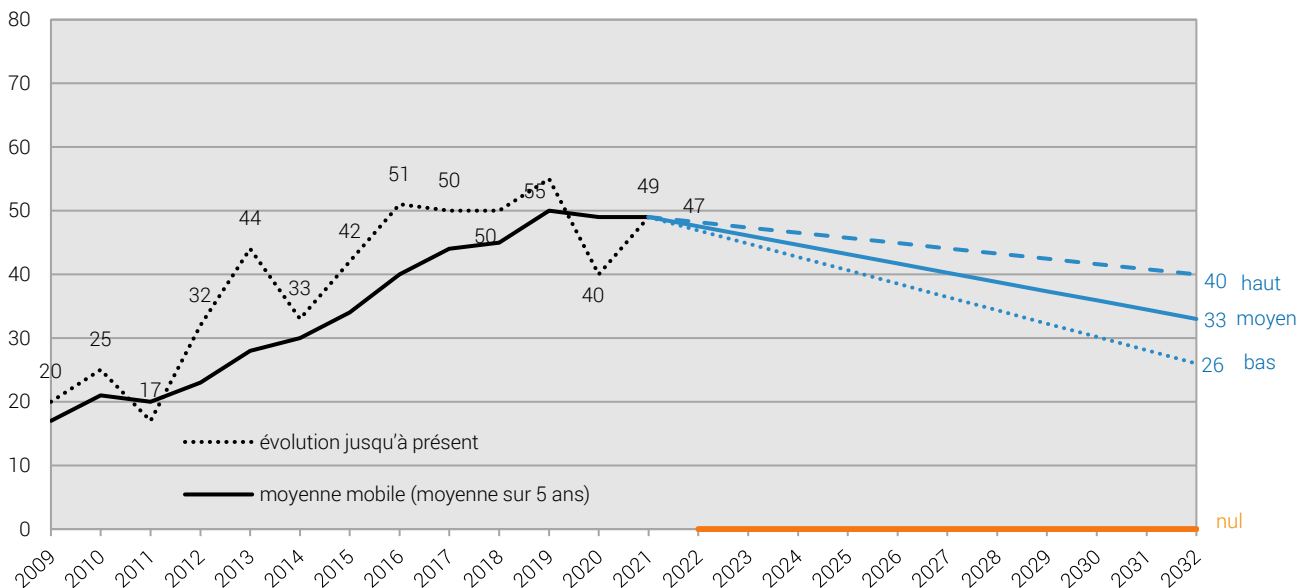
Afin de tenir compte du fait que les médecins qui obtiennent la reconnaissance d'un titre de formation postgrade ne produisent pas tous des soins médicaux, une déduction de 7% a été appliquée.

G 4.41 Cardiologie: nombre de titres de formation postgrade décernés par type de titre, évolution jusqu'à présent et scénarios pour 2032

Titres de formation postgrade fédéraux



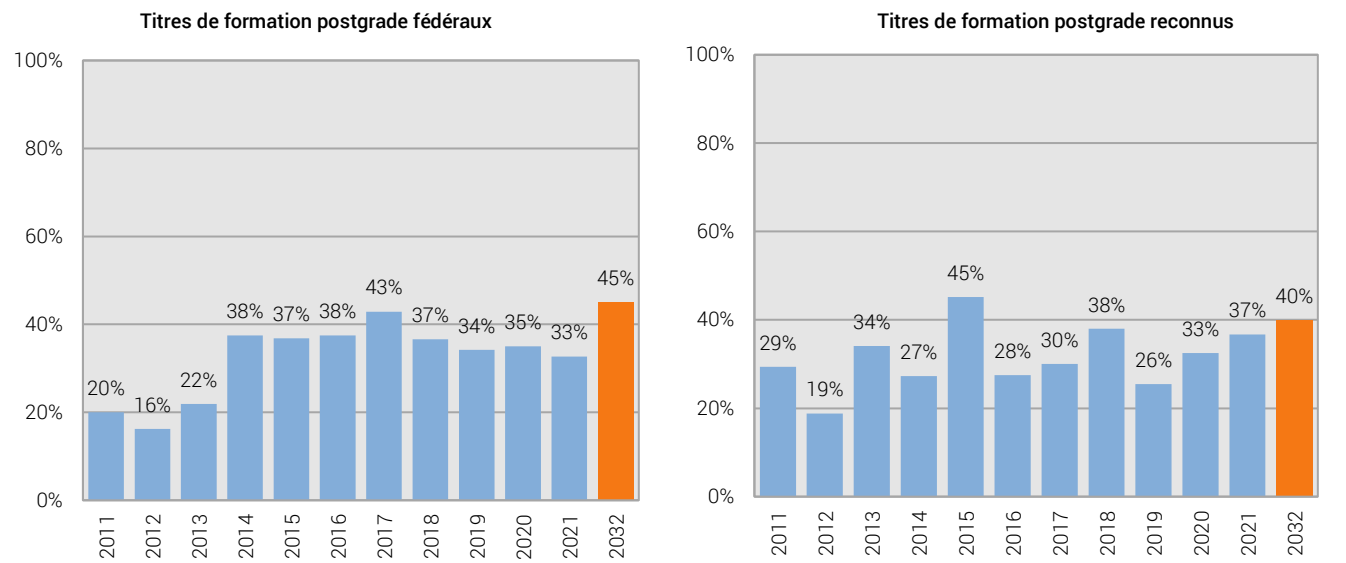
Titres de formation postgrade reconnus



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

G 4.42 Cardiologie: titres de formation postgrade fédéraux et reconnus – part de femmes, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2032



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

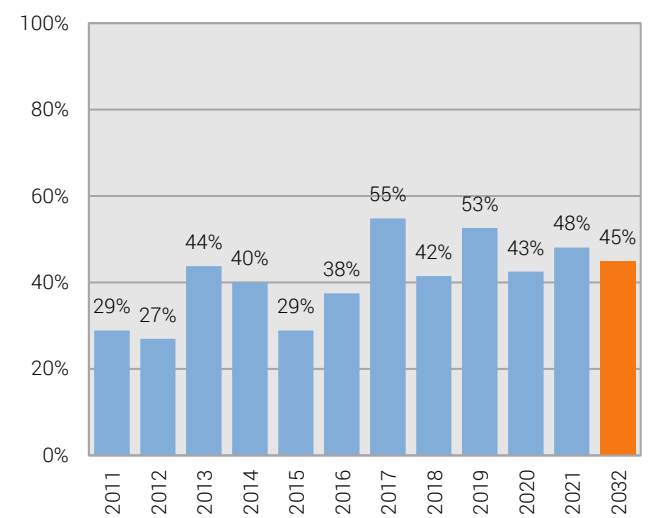
Le graphique G 4.42 présente la part de femmes ainsi que les hypothèses concernant l'évolution future. S'agissant des *titres de formation postgrade fédéraux* en cardiologie, la part de femmes se situait ces dernières années entre 33 et 37%. La moyenne sur cinq ans s'élevait à 36% en 2021. Dans le cadre des projections, on suppose une augmentation linéaire à 45% d'ici 2032.

S'agissant des *titres reconnus*, la part de femmes s'élevait à 33% en moyenne au cours des cinq dernières années. Les projections tablant sur une part de femmes de 40% en moyenne reposent sur l'hypothèse que le pourcentage de femmes dans la médecine continuera également d'augmenter à l'étranger.

Pour les *titres de formation postgrade fédéraux*, la part de médecins titulaires d'un diplôme étranger a également été prise en compte dans le modèle (voir 3.2.1: inflow). Il est possible ainsi d'indiquer comment les effectifs évolueraient si l'on ne tenait compte que des médecins ayant effectué leur formation universitaire et leur formation postgrade en Suisse. La part de médecins titulaires d'un diplôme étranger en se situait à 48% en moyenne au cours des cinq dernières années (G 4.43). Pour les projections, on a fixé un pourcentage moyen de 45%.

Afin de convertir l'inflow en EPT (voir 3.2.1: inflow), 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 (voir G 4.38). Le scénario constant utilise le taux d'occupation moyen calculé à partir des données existantes pour les deux secteurs: femmes 80%, hommes 95%. Pour le scénario à la baisse, on a supposé que le taux d'occupation baissera régulièrement jusqu'en 2032 à 75% chez les femmes et à 88% chez les hommes.

G 4.43 Cardiologie: titres de formation postgrade fédéraux – part de médecins titulaires d'un diplôme étranger, évolution jusqu'à présent et hypothèses pour 2032



Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

4.5.4 Besoins actuels

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

En 2019, on a enregistré 92 consultations en cabinet et 84 consultations en ambulatoire hospitalier pour 1 000 habitants. En 2019, 7 hospitalisations en cardiologie ont été comptabilisées pour 1 000 habitants (données non représentées).

Facteur de correction

Pour la cardiologie, 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.

4.5.5 Facteurs d'influence sur le recours aux soins

Pour le calcul des besoins futurs, deux variantes (BASIS et BASIS+) intégrant différents facteurs d'influence sur le recours aux soins futur ont été considérées (voir 3.2.2). Le tableau 4.5 indique quelles évolutions sont intégrées dans chaque variante.

4.5.6 Effectifs et besoins futurs

Dans les graphiques G 4.44 et G 4.45, les projections concernant les effectifs et les besoins sont indiquées en EPT pour la cardiologie. Les résultats montrent que, selon les scénarios concernant l'inflow et le taux d'occupation, les effectifs de médecins spécialistes vont augmenter jusqu'en 2032 pour passer de 725 EPT à une valeur entre 1 173 EPT et 1 367 EPT, ce qui correspond à une hausse de 62 à 89% (+448 EPT à +642 EPT; lignes/colonnes bleues).

Durant la même période, les besoins devraient passer de 725 EPT à une valeur entre 845 EPT et 931 EPT (+120 EPT à +193 EPT; lignes/colonnes vertes). Cela correspond à une augmentation de 17 à 27%.

Selon les hypothèses retenues, les effectifs devraient largement couvrir les besoins (écart: effectifs 26 à 62% supérieurs aux besoins). Ce n'est cependant le cas que si un niveau encore relativement élevé d'immigration de spécialistes étrangers se maintient: l'inflow estimé est constitué à environ 42% de titres de formation postgrade reconnus (voir hypothèses relatives à l'inflow au chapitre 4.5.3). Avec une immigration nulle, les effectifs futurs se situeraient entre 17 et 5% au-dessous des besoins (lignes/colonnes orange).

La ligne grise dans le graphique G 4.45 montre comment les effectifs évolueraient si l'immigration de médecins spécialistes était nulle et si l'inflow résultant des titres de formation postgrade

T 4.5 Cardiologie: facteurs d'influence pris en compte par rapport au recours aux soins futur

Variante 1 «BASIS»

- Évolution démographique
- Essor de l'ambulatoire:
env. 14% des cas sont transférés (scénario moyen)
Scénarios pour la conversion des cas en consultations:
1) 1 cas = 3 consultations 2) 1 cas = 8 consultations

Variante 2 «BASIS+»

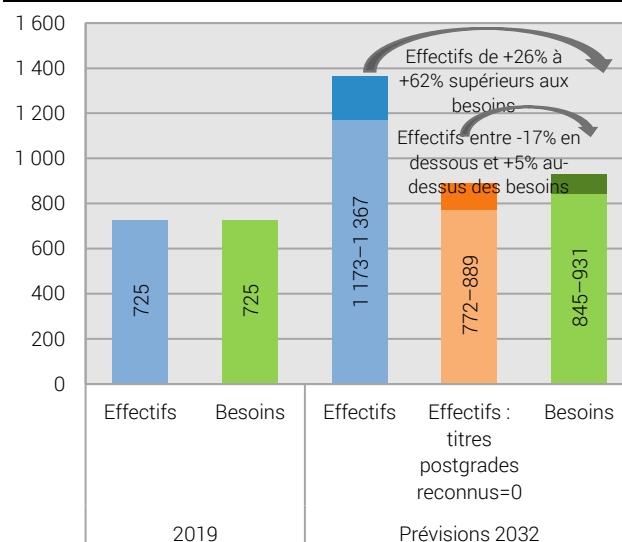
- Évolution démographique
- Essor de l'ambulatoire:
env. 14% des cas sont transférés (scénario moyen)
Scénarios pour la conversion des cas en consultations:
1) 1 cas = 3 consultations 2) 1 cas = 8 consultations
- Autres facteurs d'influence:
Cabinets: Augmentation de 10%
secteur hospitalier stationnaire: baisse de 10% en raison de la poursuite de l'essor de l'ambulatoire
secteur hospitalier ambulatoire: augmentation de 10% en raison de la poursuite de l'essor de l'ambulatoire

Source: tableau créé par les auteurs

© Obsan 2023

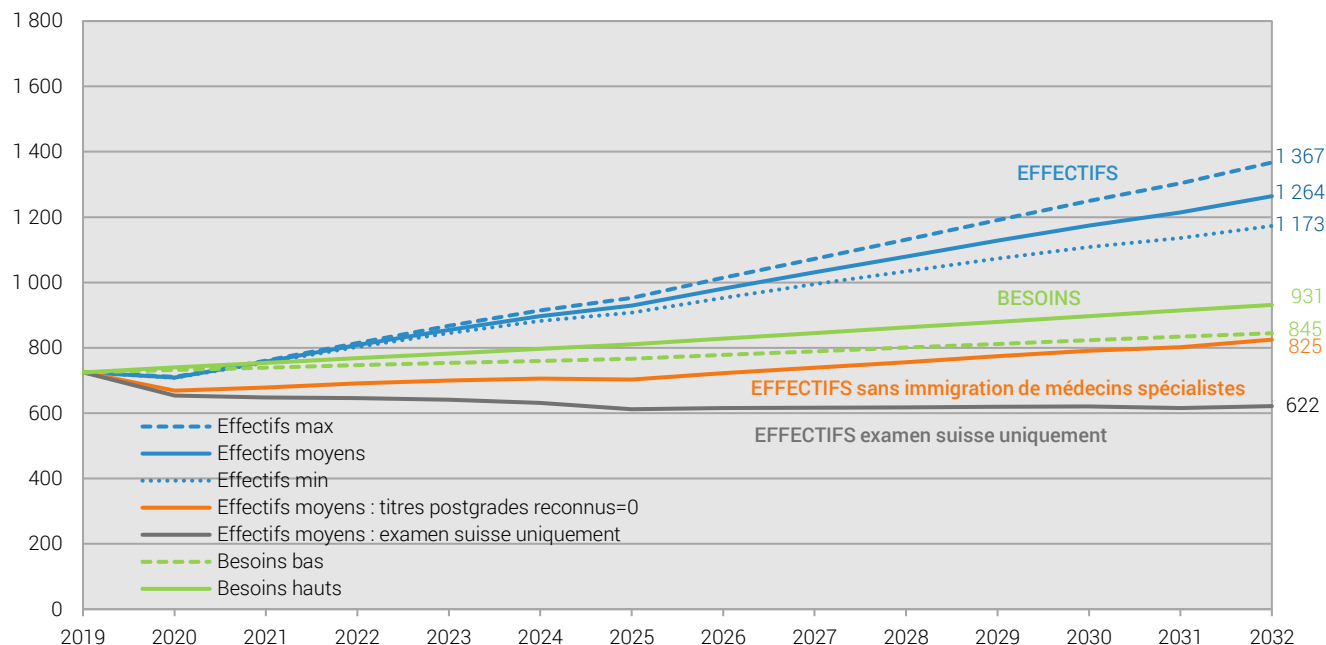
féderaux intégrait uniquement les médecins ayant réalisé leurs études de médecine en Suisse. Cette simulation permet de mettre en évidence la dépendance de la Suisse à l'égard de l'étranger, non seulement pour les médecins spécialistes, mais aussi pour l'occupation des postes de médecin-assistant.

G 4.44 Cardiologie: effectifs et besoins en 2019 et prévisions pour 2032, Suisse, 2032



«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)

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 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 2023

G 4.45 Cardiologie: prévisions concernant les effectifs et les besoins, Suisse, 2019–2032

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: «bas»: scénario d'évolution démographique moyen; pour l'essor de l'ambulatoire: 1 cas = 3 consultations / «haut»: scénario d'évolution démographique moyen; pour l'essor de l'ambulatoire: 1 cas = 8 consultations; hypothèse d'évolution supplémentaire: cabinets +10%, secteur hospitalier ambulatoire +10%, secteur hospitalier stationnaire -10%

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

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale; OFSP – MedReg; OFS – MS et STATPOP; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2023

4.5.7 Point de vue de la société de discipline médicale

Société suisse de cardiologie (SSC)

La Société suisse de cardiologie (SSC) salue la démarche visant à estimer les besoins et les effectifs de médecins spécialistes en Suisse à l'aide d'un modèle quantitatif. Malheureusement, il manque des données fiables et solides sur lesquelles s'appuyer. De même, les hypothèses concernant l'évolution future dans une société en constante mutation (sur les plans démographique, socio-culturel et politique) et dans un contexte d'innovation et de développement au niveau médical sont en soi incertaines. Aussi le rapport présenté par l'Obsan doit-il être évalué avec la plus grande prudence.

La prise de décisions structurelles réglementaires sur la base de la présente analyse comporte le risque de formuler des hypothèses erronées qui pourraient compromettre la sécurité de l'approvisionnement. En outre, les décisions réglementaires prises dans d'autres domaines influencent également les données sur lesquelles reposent les scénarios décrits (p. ex. les restrictions d'admission décidées dans certains cantons entraîneront une diminution du nombre de médecins spécialistes susceptibles de passer d'un hôpital à un cabinet privé et une hausse du nombre de cardiologues exerçant en milieu hospitalier).

L'ensemble des prévisions concernant les effectifs et les besoins se fonde sur l'hypothèse selon laquelle les effectifs actuels de cardiologues correspondent aux besoins réels. Cette hypothèse est spéculative, et les paramètres alternatifs permettant de quantifier et de qualifier plus précisément les besoins actuels et futurs ne sont pas inclus dans les calculs (accès aux prestations médicales / délais d'attente, libre choix du médecin, qualité des traitements, hausse des prestations ambulatoires par rapport aux prestations hospitalières, etc.).

L'effectif futur des spécialistes sera non seulement influencé par des mesures réglementaires, mais aussi de manière considérable par l'attractivité de la profession médicale. La SSC constate que cette attractivité est menacée par divers facteurs externes (augmentation de la charge administrative, restrictions réglementaires d'admission, réduction des tarifs, etc.). Le présent rapport ne tient pas non plus suffisamment compte de cet aspect.

Malgré les incertitudes méthodologiques décrites ci-dessus, la hausse chiffrée de la dépendance des soins médicaux spécialisés à l'égard des professionnels étrangers est impressionnante; elle correspond à la réalité actuelle. À l'avenir, il s'agira de promouvoir davantage les études de médecine, la formation postgrade de spécialiste en Suisse et la profession médicale, tout en les garantissant sur les plans matériel et structurel et en leur redonnant de l'attractivité.

En tant que société de discipline médicale, nous estimons que notre influence vise à maintenir le haut niveau de qualité de la formation médicale postgrade et continue, et à soutenir et valoriser au mieux nos collègues dans leur travail à l'hôpital ou en cabinet.

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 présent rapport est le second rapport comprenant des calculs sur les effectifs et besoins futurs en médecins spécialistes et utilisé comme base pour des recommandations (1^{er} rapport: Burla, Widmer & Zeltner, 2022).

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 outre, le secteur hospitalier ambulatoire ne peut être entièrement représenté au moyen des données existantes. Par ailleurs, il est essentiel de se demander si le recours aux soins actuel correspond vraiment aux besoins (voir le chapitre suivant et le 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.

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 la psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents 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 dans le premier rapport (Burla, Widmer & Zeltner, 2022). 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

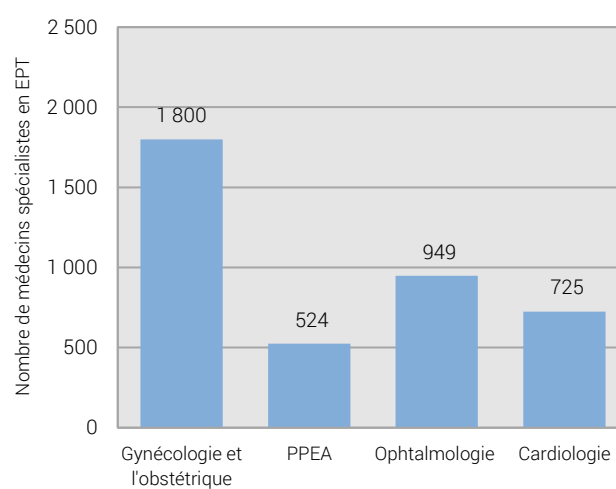
Le graphique 6.1 présente les effectifs actuels (données de 2019) en EPT, la part de femmes et la part de médecins de 55 ans et plus dans chaque spécialité.

On peut souligner la part importante de femmes en gynécologie et obstétrique (61%) ainsi qu'en PPEA (63%), alors qu'en cardiologie, cette part reste très faible (18%). Le pourcentage de femmes devrait cependant augmenter au cours des prochaines années en cardiologie et en ophtalmologie, en raison du nombre important de départs à la retraite prévu parmi les médecins de sexe masculin (voir G 6.2), mais aussi de la part élevée de femmes parmi les médecins-assistants.

On note aussi d'importantes différences entre les spécialités en ce qui concerne la distribution par âge: en PPEA, environ la moitié des médecins ont 55 ans ou plus. En ophtalmologie et en cardiologie, les médecins sont plus jeunes.

Il faut souligner que la moyenne d'âge des médecins exerçant en cabinet est, la plupart du temps, (nettement) supérieure à celle des médecins exerçant dans les hôpitaux. Par exemple, 57% des psychiatres pour enfants et adolescents exerçant en cabinet sont âgés de 55 ans ou plus, contre seulement 30% des psychiatres pour enfants et adolescents 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 PPEA et en ophtalmologie, on recense aussi dans les cabinets un fort pourcentage de médecins ayant 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 choisiraient 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-ils dans ce domaine ?

G 6.1 Effectifs de médecins spécialistes dans chaque spécialité, en équivalents plein temps, Suisse, 2019



♀	61%	63%	40%	18%
55+ ans	41%	48%	39%	36%

PPEA: Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale © Obsan 2023

6.2 Futurs départs (outflow)

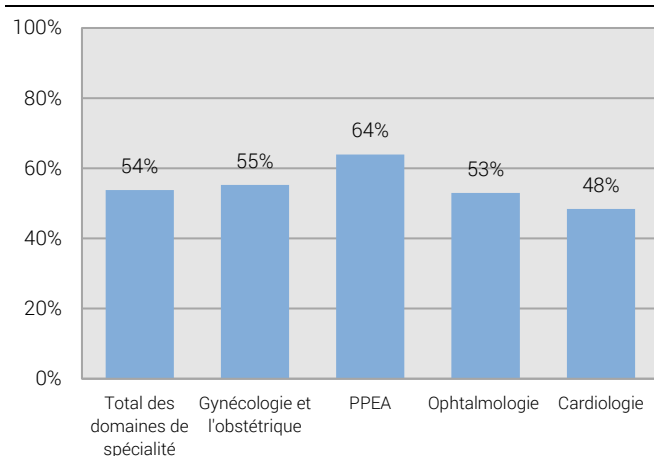
Le nombre de médecins spécialistes qui cesseront leur activité professionnelle (en Suisse) a une forte influence sur les projections concernant les effectifs. Le graphique G 6.2 fait apparaître, dans les domaines de spécialité étudiés, quels pourcentages des effectifs actuels cesseront leur activité d'ici 2032 en raison d'un départ à la retraite, d'une sortie précoce de la profession ou d'une émigration / d'un retour au pays.

Un peu plus de la moitié (54%) de l'ensemble des médecins spécialistes actuellement en activité arrêteront d'exercer d'ici 2032, avec toutefois des variations importantes entre les spécialités. C'est en PPEA que l'outflow sera le plus important. Deux tiers (64%) des spécialistes actuellement en activité dans ces domaines cesseront d'exercer. Dans les trois autres spécialités, les pourcentages se situent entre 48 et 55%. 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 conti-

nueront 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 qu'en ophtalmologie et en cardiologie, ce sont en majorité des hommes qui cesseront d'exercer. En gynécologie, la moitié des départs concerneront des hommes alors que dans la PPEA, les départs concerneront principalement les femmes. Cela montre que ces spécialités comprennent depuis longtemps une part importante de femmes.

G 6.2 Départs d'ici 2032 parmi les médecins spécialistes actuellement en activité, par domaine de spécialité, en%, Suisse



Part d'hommes dans l'outflow

Total des domaines de spécialité	69%	Gynécologie et l'obstétrique	51%	PPEA	40%	Ophtalmologie	66%	Cardiologie	85%
----------------------------------	-----	------------------------------	-----	------	-----	---------------	-----	-------------	-----

PPEA: Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents

Départs en équivalents plein temps

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale © Obsan 2023

6.3 Futures entrées (inflow)

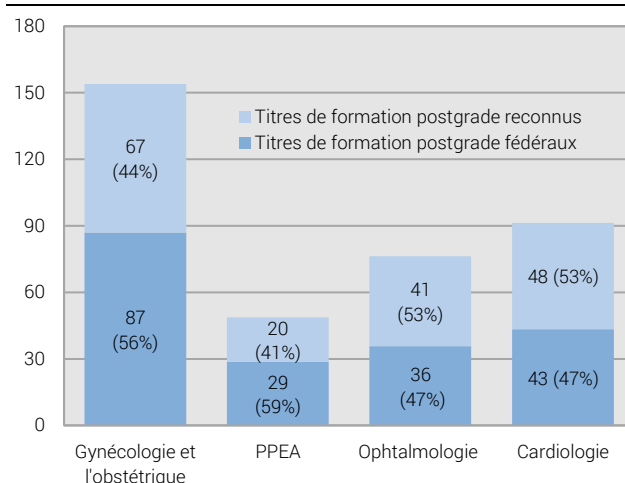
Compte tenu de l'importance de l'immigration dans le domaine de la médecine humaine et de son impact sur les projections, le graphique G 6.3 donne une vue d'ensemble du nombre de titres de formation postgrade délivrés dans les spécialités étudiées. Les valeurs indiquées sont des moyennes sur 3 ans, ce 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 en ophtalmologie et en cardiologie constituent plus de la moitié des titres décernés: pour 100 titres fédéraux délivrés, on constate un nombre presque égal de titres étrangers reconnus.

En gynécologie et obstétrique ainsi qu'en PPEA, la proportion de titres reconnus est inférieure à 50%.

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 45% (donnée non représentée). En gynécologie et en PPEA, plus de la moitié (respectivement 56% et 52%) des médecins qui obtiennent un titre fédéral de médecin spécialiste ont effectué leurs études de médecine à l'étranger. En ophtalmologie, ce pourcentage est de 31%, en cardiologie de 48%. 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-approvisionnement.

G 6.3 Titres de formation postgrade par type et par spécialité, Suisse, moyenne sur 5 ans 2019–2021



Titres fédéraux: Part de médecins titulaires d'un diplôme étranger

Gynécologie et l'obstétrique	56%	PPEA	52%	Ophtalmologie	31%	Cardiologie	48%
------------------------------	-----	------	-----	---------------	-----	-------------	-----

PPEA: Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents

Source: OFSP – MedReg

© Obsan 2023

6.4 Évolution des effectifs et des besoins jusqu'en 2032

Les graphiques G 6.4 et G 6.5 montrent le pourcentage d'évolution des effectifs et des besoins durant la période 2019–2032, 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'ophtalmologie, 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 PPEA, on constate une croissance plus faible: dans cette spécialité, l'inflow devrait être plutôt faible et l'outflow important, compte tenu de la distribution par âge.

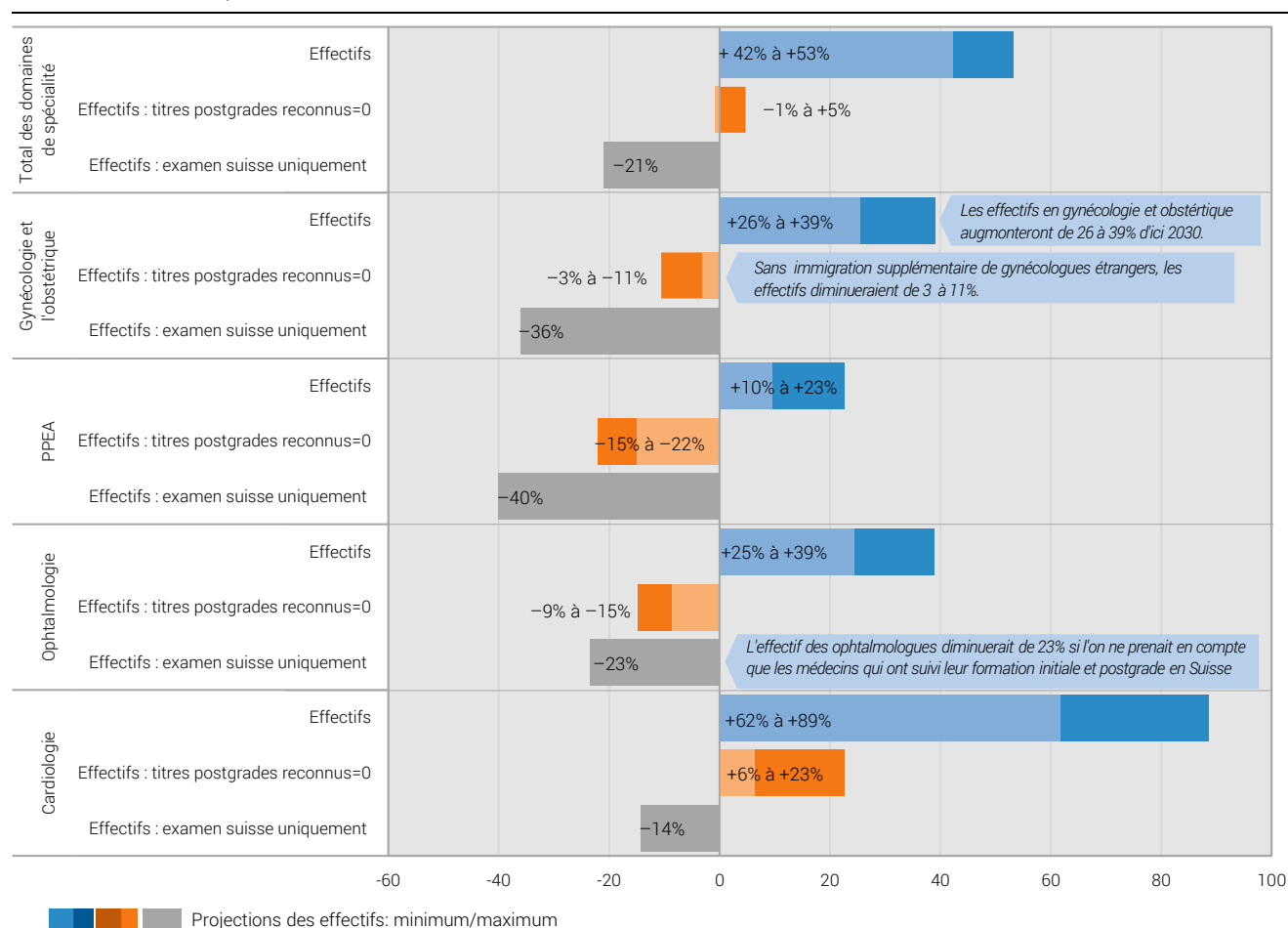
Mais quel que soit le domaine de spécialité, les effectifs n'évoluent de façon aussi importante (barres bleues) que parce que les calculs se basent sur l'hypothèse que l'immigration de médecins spécialistes étrangers restera forte. Si l'on considère que cette immigration sera nulle, on obtient tout au 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 PPEA: sans la venue de psychiatres étrangers, les effectifs diminueraient de 15 à 22%. La cardiologie fait exception: suivant

les calculs, les effectifs augmenteraient (légèrement) dans cette spécialité même sans qu'il n'y ait davantage d'immigration.

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.

G 6.4 Pourcentage d'évolution des effectifs jusqu'en 2032, par domaine de spécialité, Suisse

Année de comparaison: effectifs 2019



«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.

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale; OFSP – MedReg; OFS – MS et STATPOP; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2023

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).

Dans tous les domaines de spécialité, on observe une augmentation des besoins, bien qu'à des degrés différents. Dans le graphique G 6.5, les segments de barre en vert clair montrent l'évolution des besoins modélisée à partir de la variante de calcul BASIS. Celle-ci s'appuie principalement sur l'évolution démographique ainsi que, dans une certaine mesure, sur l'essor de l'ambulatoire (exception: PPEA). En cardiologie, par exemple, les besoins devraient augmenter de 17% d'ici 2032. En intégrant d'autres hypothèses dans la variante BASIS+ (notamment l'hypothèse d'une poursuite de l'essor de l'ambulatoire), on constate que les besoins en cardiologie devraient augmenter encore de 10 points de pourcentage pour atteindre 27% (cumul des segments de barre en vert

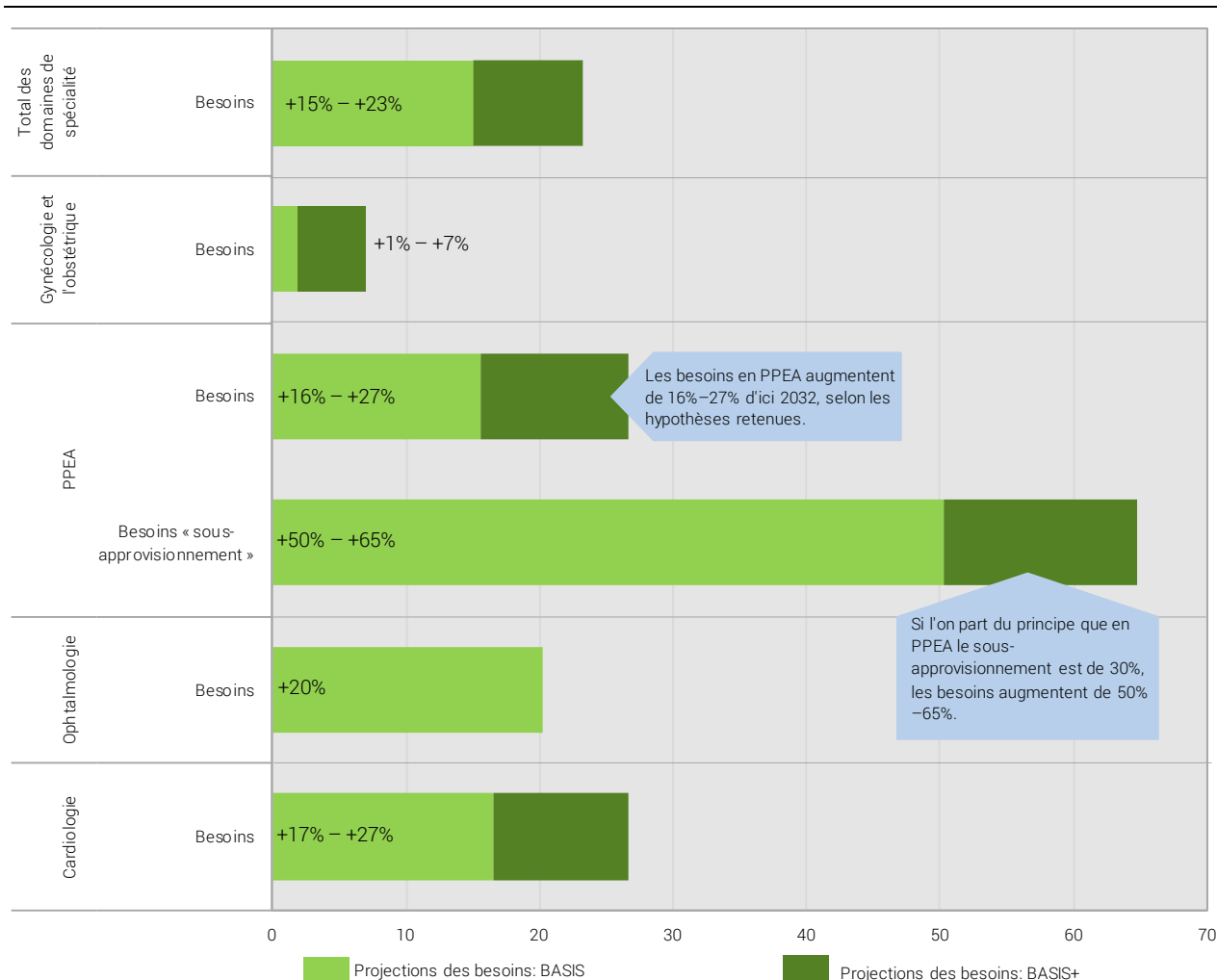
clair et vert foncé). D'après ces calculs, on note la plus faible augmentation des besoins en gynécologie et obstétrique (+2 à 7%), tandis que pour les autres spécialités étudiées, l'augmentation des besoins se situe entre 15 et 27%.

Pour la PPEA, un facteur de correction a été utilisé suivant l'hypothèse que les besoins actuels sont fixés 30% trop bas. Les besoins en PPEA en 2032 devraient donc se situer 50 à 65% au-dessus de ceux pour 2019.

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

G 6.5 Pourcentage d'évolution des besoins jusqu'en 2032, par domaine de spécialité, Suisse
Année de comparaison: besoins 2019 sans facteur de correction



PPEA: Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale; OFSP – MedReg; OFS – MS et STATPOP; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2023

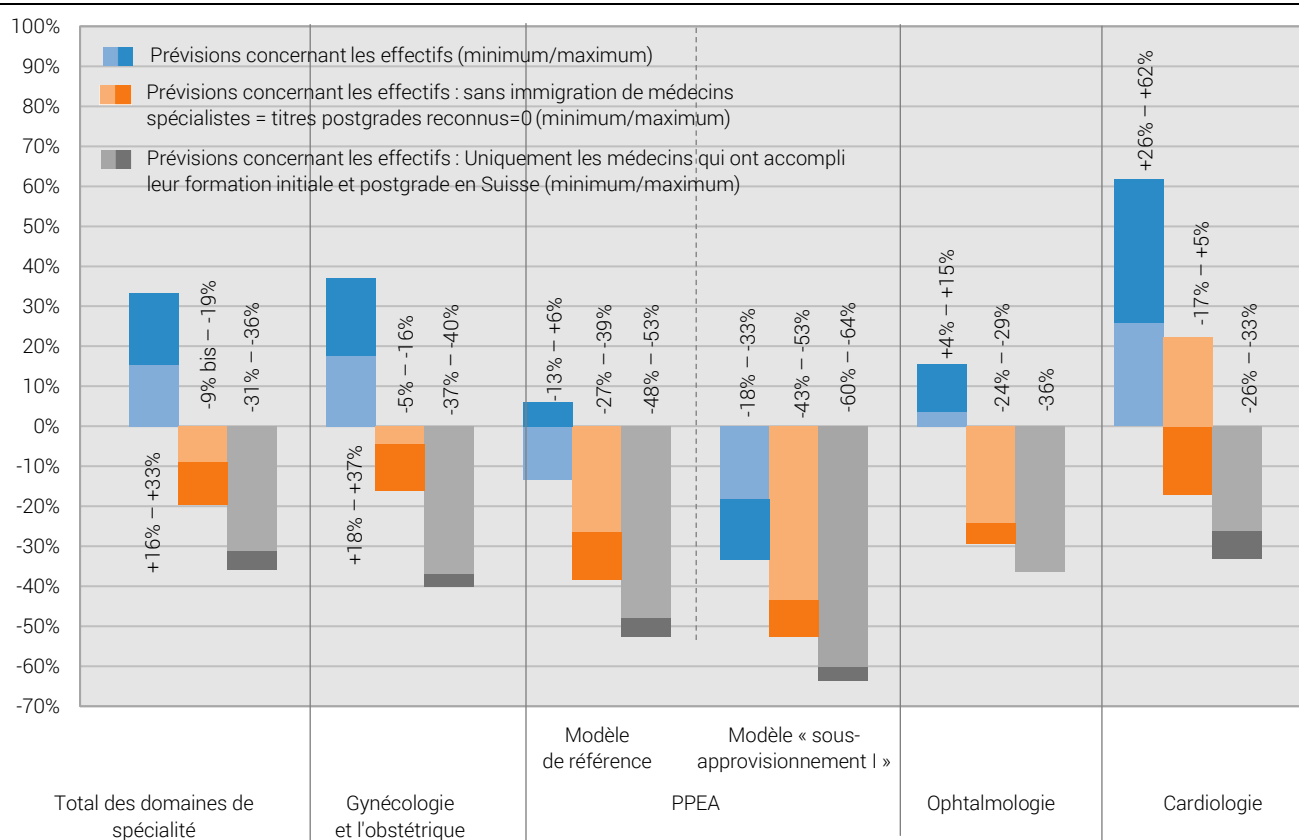
concernant les effectifs et les besoins entre les différentes projections: les colonnes indiquent la différence de pourcentage entre les besoins et les effectifs calculés pour 2030 aux besoins calculés pour 2030, avec le minimum et le maximum selon les différents scénarios.

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 PPEA, le modèle de référence montre déjà que les besoins ne sont pas couverts ou le sont de justesse: les effectifs se situeraient entre -13% et +6% par rapport aux besoins. En cardiologie, les effectifs sont nettement supérieurs aux besoins. En revanche, si l'on suppose qu'il existe actuellement une situation de pénurie en PPEA, 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. La cardiologie fait exception: suivant les scénarios, les besoins en cardiologues pourraient être couverts par la relève formée en Suisse. Dans les autres spécialités, la Suisse se dirigerait vers une pénurie, particulièrement importante en fonction des 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.

G 6.6 Écarts entre les prévisions concernant les effectifs et les besoins pour 2032, par rapport aux prévisions concernant les besoins pour 2032, par domaine de spécialité, Suisse



PPEA: Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents

Sources: OFS & Obsan – Enquête MAS 2019 complétée et pondérée; FMH – Statistique médicale; OFSP – MedReg; OFS – MS et STATPOP; SASIS SA – pool de données / analyses Obsan © Obsan 2023

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. 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. Ce n'est qu'en cardiologie que les besoins peuvent être couverts par le système suisse de formation postgrade dans le scénario choisi pour l'inflow et les besoins futurs.

Afin de couvrir les besoins, la Suisse a besoin non seulement de médecins spécialistes ayant achevé leur formation, mais aussi de médecins-assistants étrangers: sur l'ensemble des spécialités, 45% des postes de médecin-assistant sont actuellement occupés par des médecins qui ont réalisé leurs études de médecine à l'étranger (voir G 6.3). Dans certaines spécialités comme la gynécologie et l'obstétrique et la PPEA, cette proportion se monte à plus de la moitié (56% et 52%). En ophtalmologie et en cardiologie, ces pourcentages sont respectivement de 31% et de 48%. Sans ces médecins-assistants étrangers, le sous-approvisionnement serait encore plus important dans toutes les spécialités. Même en cardiologie, 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'occupation des postes de médecin-assistant.

Certains éléments indiquent une inadéquation de l'offre actuelle et future en PPEA

Pour pouvoir déterminer si les effectifs futurs permettront de couvrir les besoins futurs ou si l'on se dirige vers un sous-approvisionnement ou un 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 si, à l'heure actuelle, il existe ou non une inadéquation de l'offre dans une spécialité, mais des éléments provenant d'experts et de certaines études suggèrent une situation de sous-approvisionnement en PPEA. 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 le modèle de simulation, étant donné que certains éléments se recoupent en ce qui concerne l'évaluation des besoins.

PARTIE 2:

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Comité «Coordination de la formation postgrade des médecins»

7 Recommandations

Tout comme dans le rapport 2022², le comité CFM formule les recommandations suivantes pour les prochaines étapes du travail. Celles-ci reposent sur les résultats des calculs de l'Obsan ainsi que les discussions du groupe d'écho nouvellement constitué³.

Le comité CFM est conscient que les besoins en médecins dans les différentes spécialités sont influencés par divers facteurs dont l'évolution future ne peut être estimée que de manière approximative. Dans ce contexte, il reconnaît que les effets souhaités des recommandations s'accompagnent d'incertitudes.

En ce sens, les considérations suivantes sont à prendre comme une sélection de champs d'action qui, du point de vue du comité CFM, ont le potentiel d'optimiser de manière déterminante la situation d'approvisionnement. Conformément au mandat du comité CFM, les recommandations portent en priorité sur la formation postgrade des médecins. Lorsque cela est pertinent, des liens sont toutefois établis avec d'autres aspects tels que le cadre professionnel, car celui-ci peut influencer sur l'attractivité ou le choix de la formation postgrade. Ces recommandations n'ont toutefois aucun caractère exhaustif.

1. L'attractivité des spécialités menacées ou touchées par un sous-approvisionnement doit être renforcée.

Formation postgrade

De manière générale, les spécialités menacées ou touchées par un sous-approvisionnement doivent devenir plus attractives afin qu'il soit possible d'assurer une relève de médecins plus importante. Cela dépend notamment de l'amélioration du cadre professionnel général et dans la formation postgrade en particulier. Les **modèles de travail modernes**, qui se caractérisent par des plans de services optimisés et des structures d'appui permettant de mieux concilier le travail et la vie privée, une assistance informatique ou administrative disponible, mais aussi des cursus de formation postgrade clairement structurés et qui se complètent mutuellement peuvent y contribuer. Il serait également possible de

vérifier dans quelle mesure les médecins en formation postgrade pourraient bénéficier d'une aide financière pour les spécialités dont l'attractivité serait limitée par le coût des cursus correspondants.

En outre, les médecins en cours de formation postgrade doivent pouvoir **se concentrer davantage sur le contenu de la formation** et moins sur les tâches administratives ou orientées vers les services. Dans cette optique, le temps de travail des médecins doit être divisé de manière transparente entre les prestations de services et la formation structurée⁴. Enfin, **l'offre en matière de formation postgrade doit être davantage axée sur les besoins d'approvisionnement à prévoir**.

Il convient d'œuvrer pour renforcer et ainsi améliorer les contenus de la formation et les axer davantage sur les besoins en approvisionnement, aussi bien dans le secteur stationnaire que dans le secteur ambulatoire. En raison d'un manque de possibilités de financement, il n'existe toutefois pas suffisamment de places de formation postgrade dans le secteur ambulatoire à l'heure actuelle, ce qui complique de tels projets. Il est demandé aux cantons d'élaborer des propositions, car une action est nécessaire dans ce domaine, notamment compte tenu du transfert d'un nombre croissant de prestations dans le secteur ambulatoire. Une approche possible serait le financement de postes d'assistants dans des cabinets médicaux, y compris en dehors du domaine de la médecine de premier recours.

Formation universitaire

À des fins de continuité, il est impératif de renforcer la visibilité et l'attractivité des spécialités menacées ou touchées par un sous-approvisionnement lors de la formation de base des médecins déjà. Les mesures en ce sens doivent être fondées, dans un premier temps, sur les facteurs qui influencent les étudiants dans le choix de leur formation postgrade en médecine et l'exercice de leur profession par la suite. Un projet de l'université de Genève et de l'ISFM, mené en 2022 avec l'appui du Fonds national suisse de la recherche scientifique, permettra d'analyser ces facteurs.

² Voir https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-05/Obsan_04_2022_RAPPORT.pdf

³ Les recommandations dans leur globalité sont formulées par l'ensemble du comité. Les différentes parties du texte reposent chacune au moins sur une majorité aux deux tiers des membres.

⁴ Voir également le document de l'ISFM relatif à la formation postgrade structurée, https://www.siwf.ch/files/pdf18/strukt_wb_f.pdf.

L'une des potentielles mesures pour renforcer l'attractivité des soins en cabinet et en ambulatoire est d'insister sur leur importance pendant la formation universitaire. Les facultés de médecine doivent assumer un rôle moteur à cet égard. Dans le domaine de la médecine pour enfants et adolescents par exemple, il serait envisageable de renforcer la visibilité de la pédiatrie ainsi que de la psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents en tant que principales spécialités pour les soins de base. En matière de sensibilisation, les facultés pourraient s'appuyer sur des expériences faites dans le contexte de la promotion de la médecine de premier recours. L'efficacité des mesures prises dans ce domaine pourrait être examinée dans un premier temps, et celles-ci pourraient ensuite être adaptées en conséquence.

Indépendamment de ces efforts, et comme indiqué dans les recommandations liées au rapport du comité CFM de 2022, il convient d'œuvrer pour augmenter encore le nombre de places de formation.

Formation continue

Les efforts réalisés au niveau de la formation universitaire et de la formation postgrade doivent également se prolonger dans le cadre de la formation continue. Dans cette optique, les sociétés de disciplines médicales doivent **axer** le contenu de leurs formations **sur les compétences** de la même manière que la formation universitaire et la formation postgrade. L'objectif doit être d'avoir une influence positive sur la durée d'activité professionnelle en donnant aux participants aux offres de formation continue les moyens d'adapter continuellement leurs compétences aux exigences en mutation dans une démarche d'apprentissage tout au long de la vie.

2. La qualité des cursus de formation postgrade doit être améliorée.

Outre les conditions-cadre, la qualité des cursus de formation postgrade doit constamment être améliorée. La **formation postgrade des médecins fondée sur les compétences**, initiée par l'ISFM, doit être mise en œuvre dans tous les domaines de spécialité. Cela inclut, outre le développement de *Entrustable Professional Activities* (EPA), des offres de formation postgrade en didactique de la médecine pour les formateurs (cours «*teach the teachers*»), un renforcement de la visibilité des éducateurs médicaux (*medical educators*) dans les établissements de formations postgrade et une plus grande importance accordée à l'enseignement.

Dans le contexte du transfert croissant des soins en stationnaire dans le secteur ambulatoire (voir recommandation 1), la promotion de la formation postgrade en ambulatoire et l'appui des praticiens formateurs actifs dans ce secteur sur le plan didactique revêtent justement un rôle essentiel. À l'heure actuelle, il existe cependant moins d'offres de formation à disposition des **apprenants dans le secteur ambulatoire** que dans le milieu stationnaire. En vue de renforcer la formation postgrade en ambula-

toire, des cours en matière d'éducation médicale (*medical education*) pourraient être envisagés en-dehors des cours pour praticiens formateurs actuellement disponibles et principalement destinés aux médecins de premier recours, tels que les cours de formation des formateurs (*teach the teachers*) de l'ISFM.

3. Les domaines professionnels doivent être développés de manière conjointe.

La **délégation des tâches et la collaboration professionnelle intelligente** non seulement ont le potentiel d'améliorer la qualité des soins, mais elles peuvent également contribuer à alléger la charge des médecins. Ils doivent par conséquent être développés et consolidés par les professions concernées. Certains cursus, par exemple dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie psychologique, pourraient ainsi être développés en coopération. Des contenus de formation communs contribueraient à renforcer la compréhension mutuelle entre les professions, et il serait possible d'examiner dans quelle mesure les professions concernées se complètent. Pour une telle approche, il serait toutefois nécessaire de clarifier au préalable les **compétences spécialisées centrales de chaque profession** et de, par exemple, les cartographier dans une matrice de compétences.

La coopération intégrée et coordonnée des professions, la collaboration professionnelle intelligente et une délégation des tâches adaptées doivent être davantage encouragées. Il serait donc impératif que les **obstacles juridiques et tarifaires** à ces mesures soient levés, en particulier lorsque les compétences nécessaires à la délégation des tâches suivant les différents cursus sont déjà présentes. Il est important que la délégation des tâches et la collaboration professionnelle intelligente soit planifiées et mises en œuvre dans une **optique d'amélioration de la qualité** et ne résultent pas d'un simple besoin ou ne donnent pas lieu à des doublons (collaboration professionnelle «intelligente»).

4. Les données doivent être améliorées.

Le présent rapport décrit les tendances possibles et les projections concernant l'offre de prestations médicales ainsi que le recours à celles-ci en Suisse. Un modèle de prédiction et de simulation permet d'aboutir à des affirmations concernant des événements futurs. Du fait de leur nature même, les projections s'accompagnent d'incertitudes. Une bonne base de données est essentielle pour déterminer ou évaluer les paramètres intégrés dans le modèle de manière aussi précise que possible. Les données disponibles ici ne permettent de formuler *aucune* affirmation détaillée, ni de faire des projections spécifiques à certaines régions.

Comme établi dans le rapport 2022 du comité CFM, les **données** pour les prévisions futures doivent être améliorées. Dans cette optique, il s'agirait dans un premier temps d'examiner quelles données supplémentaires pourraient être collectées. En outre, il serait essentiel de déterminer dans quelle mesure le recours aux soins actuel coïncide réellement avec les besoins, ou si

un sous-approvisionnement ou un sur-approvisionnement significatif est à prévoir dans une spécialité ou peut déjà être constaté. Par ailleurs, des analyses approfondies concernant le parcours professionnel des médecins et les sorties précoces de la profession seraient essentielles pour estimer l'évolution future. Il conviendrait également, dans la mesure du possible et si cela est pertinent, de distinguer les spécialités étudiées par sous-spécialité afin de pouvoir formuler des affirmations plus ciblées.

Au cours des prochaines années, les calculs du modèle seront comparés avec l'évolution réelle de la situation, examinés de manière critique et adaptés en conséquence en consultation avec les associations professionnelles concernées, l'ISFM et les employeurs. Pour toute prochaine collecte de données, il sera essentiel que le principe de la collecte unique (principe *once only*) soit respecté en vue d'une plus grande facilité d'utilisation.

Bibliographie

- OFSP (2021a). Révision LAMal: admission des fournisseurs de prestations. Page Internet: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/admission-des-fournisseurs-de-prestations.html> (consulté le: 15.03.2023)
- OFSP (2021b). Le Conseil fédéral améliore l'accès à la psychothérapie. Page Internet: <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-82745.html> (consulté le: 15.03.2023)
- 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.
- 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.
- GD Kanton Zürich (2021). Zürcher Spitalplanung 2023. Versorgungsbericht Juni 2021. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich: Zürich.
- Jörg, R., Lenz, N., Wetz, S. & Widmer, M. (2019). Ein Modell zur Analyse der Versorgungsdichte: Herleitung eines Index zur räumlichen Zugänglichkeit mithilfe von GIS und Fallstudie zur ambulanten Grundversorgung in der Schweiz (Obsan Bericht 01/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheits-observatorium.
- Jörg, R., Kaiser, B., Burla, L., Haldimann, L. & Widmer, M. (2022). Regionale Versorgungsgrade pro Fachgebiet als Grundlage für die Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Schlussbericht des Schweizerischen Gesundheits-observatoriums (Obsan) und von BSS Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 05/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- 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 (2022). Abgrenzung der Versorgungsbereiche in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS). Webseite: [Abgrenzung und Falldefinition | OBSAN \(admin.ch\)](https://www.obsan.admin.ch/abgrenzung-und-falldefinition) (Zugriff am: 15.03.2023)
- Obsan (2021). Flux de médecins étrangers. [Flux de médecins étrangers | OBSAN \(admin.ch\)](https://www.obsan.admin.ch/flux-de-medecins-etrangers) (consulté le: 21.04.2022)
- 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	FMH
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
PPEA	Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents

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

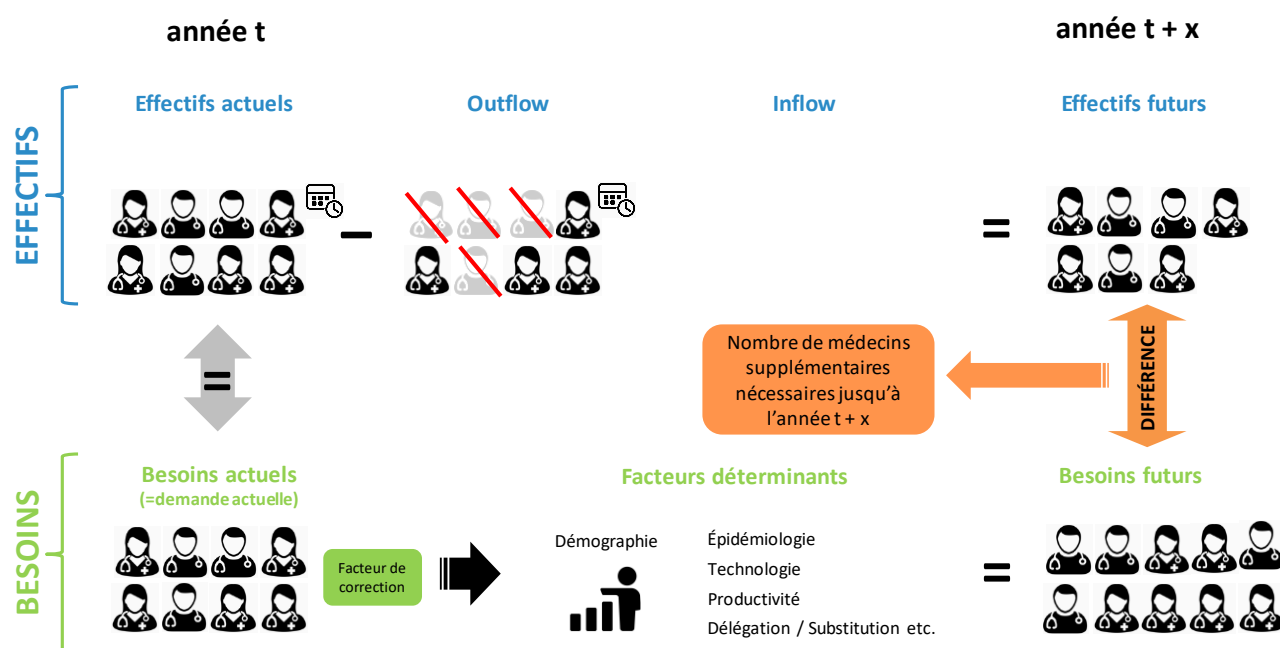
Cette approche tente de répondre à la question suivante : combien d'autorisations un canton doit-il délivrer au cours des prochaines années afin de couvrir les besoins futurs ? Ces analyses indiquent aussi l'évolution cantonale de l'effectif et des besoins en médecins dans un domaine de spécialité.

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 les effectifs futurs représente le besoin supplémentaire en

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



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.

A.2 Modifications de l'approche méthodologique par rapport à l'étude partielle I

Les adaptations suivantes de la procédure méthodologique par rapport à celle de l'étude partielle I (Burla, Widmer & Zeltner, 2022) sont à mentionner:

- Calcul de l'outflow: Afin de tenir compte du fait qu'une partie des médecins continuent à travailler après avoir atteint l'âge officiel de la retraite, un pourcentage de ces départs à la retraite a été déduit dans le projet partiel I. Désormais, un pourcentage est fixé par secteur (cabinets/hôpitaux), qui continue à travailler en moyenne pendant 3 ans.
- Taux d'activité dans les deux secteurs (cabinets et hôpitaux): La charge de travail moyenne par sexe dans les deux secteurs a été réévaluée sur la base des données du MAS et de myFMH et est légèrement plus élevée que l'étude partielle I.
- Recours actuel dans les cabinets médicaux: Dans les cabinets de groupe avec différentes spécialités, les consultations ont été attribuées proportionnellement à la spécialité dans l'étude partielle I - sur la base des structures tarifaires utilisées dans les décomptes. Cette attribution se fait désormais sur une autre base, à savoir sur la base de l'éventail des prestations facturées aux spécialités. Pour ce faire, un ensemble de prestations a d'abord été défini pour chaque spécialité: Celui-ci comprend des positions tarifaires TARMED qui sont très caractéristiques d'une spécialité. La procédure de création des faisceaux de prestations est décrite plus en détail dans le rapport (Jörg et al., 2022).
- Besoins futurs: l'ambulantisantisation (transfert du stationnaire vers l'ambulatoire) est désormais déjà prise en compte dans la variante 1 «BASIS» sur la base de données et non plus, comme dans l'étude partielle I, sur la seule base de l'évaluation des groupes d'experts.



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.