



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat
Conseil Suisse de la Science et de la Technologie
Consiglio Svizzero della Scienza e della Tecnologia
Swiss Science and Technology Council

Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins

Berne, le 6 septembre 2007

Démographie
médicale
et réforme de la
formation
professionnelle des
médecins

Berne, le 6 septembre 2007

Eine deutschsprachige Version des Berichts *Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung* kann per Telefon oder Email bestellt werden; sie befindet sich auch auf unsere Webseite www.swtr.ch

Avant-propos /7

Introduction /11

Etat des lieux /17

1 Démographie médicale /17

2 Etudes de médecine /33

3 Formation postgrade /47

4 Autres facteurs déterminants et développements prévisibles /57

Conclusions et recommandations /65

Tableau synoptique /72

Glossaire /75

Bibliographie /77

Impressum /86



Avant-propos

La Suisse va-t-elle manquer de médecins, et faudrait-il par conséquent accroître la capacité d'accueil en études de médecine, compte tenu de l'afflux croissant de candidats ? Telles étaient les questions qu'un mandat du Secrétariat d'État à l'éducation et à la recherche (SER) chargeait le CSST d'élucider. La réponse est clairement affirmative, comme le montre le présent rapport. Une réflexion sur le développement de la médecine au cours de ces cinquante dernières années, puis sur les nouvelles exigences auxquelles doit répondre la formation professionnelle des médecins, permettent de voir le problème dans son contexte historique.

On sait que notre compréhension de la santé et de la maladie humaine, les méthodes de diagnostic et les options thérapeutiques ont considérablement avancé ce dernier demi-siècle. L'essor des sciences de la vie reflète cette constante accélération du progrès scientifique. La formation des médecins a suivi le mouvement ; la pressante nécessité d'y intégrer les connaissances nouvelles s'est traduite par de constants ajustements, mais a aussi déclenché une crise qui appelle maintenant une réforme plus fondamentale.

/7

Avant 1990, les médecins en pratique indépendante reprochaient à bon droit à la première partie de la formation des médecins, les études de médecine, de bien transmettre de nouveaux savoirs, mais trop mal adaptés à leurs besoins de pratique médicale. Les facultés de médecine ont entendu la voix des médecins de premier recours et lancé, en collaboration avec des médecins en pratique indépendante, une réforme en profondeur des études, touchant les contenus enseignés comme les méthodes pédagogiques. Ce qui a pris une quinzaine d'années en tout, et contribué notablement à la reformulation de la loi sur les professions médicales entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2007. Comme le montrent les accréditations volontaires, la réforme est un succès : les études répondent mieux aux besoins de la médecine de premier recours, et préparent les étudiants à l'apprentissage tout au long de la vie (voir également à ce sujet le document CSST 1/2006). Elle est complétée par l'introduction du modèle de Bologne en 2007-2008.

La formation postgrade des médecins a également dû évoluer énormément au cours de la même période : le degré de spécialisation a constamment augmenté, et les exigences se sont durcies. À telle enseigne qu'il faut à présent plusieurs années de formation postgrade pour obtenir une autorisation de pratique médicale indépendante. Jusqu'à l'année 2002, il était en principe possible d'exercer la médecine en pratique indépendante avec le diplôme fédéral de médecin obtenu en fin de sixième année ; la plupart des médecins avaient toutefois suivi plusieurs années de formation postgrade. Aujourd'hui, le diplôme ne fait que donner accès à la formation postgrade sous supervision, en hôpital ou en cabinet privé. Même si le minimum est de trois années, les médecins suisses ne passent leur examen de spécialité et n'obtiennent leur pleine qualification que de cinq à sept ans en moyenne après leur diplôme de médecine. Cette longue phase de formation postgrade contribue indubitablement à la réputation internationale de la formation professionnelle des médecins dispensée en Suisse. Les efforts de l'UE pour la raccourcir ne sont donc pas nécessairement une bonne chose.

La diversification des contenus de la formation postgrade des médecins a été pendant longtemps une bonne façon d'y injecter les progrès de la médecine. Mais la refonte de la formation universitaire appelle logiquement aussi une réforme fondamentale de la formation postgrade. De plus en plus de médecins acquièrent un haut degré de spécialisation après leurs études médicales, ce que révèle clairement le nombre de titres de spécialiste reconnus en Suisse : 44, dont 14 seulement reconnus dans tous les pays d'Europe. Or la médecine de premier recours fait les frais de cet engouement pour la spécialisation. Trop peu de médecins veulent être généralistes, la profession de médecin de famille a perdu son lustre : il faut la repenser. Car nous risquons de manquer de médecins de premier recours dans quelques années.

/8

Cette seconde vague de réformes doit aussi refléter le fait nouveau que les hôpitaux, et surtout les grands centres hospitaliers, prennent une part beaucoup plus large dans l'approvisionnement de la population en soins médicaux. De plus en plus de patients font l'objet d'un traitement ambulatoire ou d'une hospitalisation de courte durée. Les progrès des techniques médicales et opératoires, la haute spécialisation des prestations médicales jouent à cet égard un rôle considérable. Un médecin dans un centre hospitalier répond à des exigences très différentes de celles que rencontre son collègue exerçant la médecine de premier recours. Les programmes de formation postgrade actuels n'en tiennent pas suffisamment compte. Autre argument de poids plaçant en faveur d'une réforme complète de la formation postgrade : le coût de notre système de santé. Il ne fait aucun doute que la refonte de la formation postgrade aura des effets bénéfiques sur les coûts. Cela dit, quelles que soient les modifications qui seront apportées au système, elles ne doivent pas éroder sa qualité.

Il faut dès aujourd'hui préparer l'avenir. Nous avons la chance de nous trouver actuellement dans de bonnes conditions pour repenser et restructurer la formation postgrade des médecins : nous disposons d'un nombre suffisant de candidats aux études de médecine, et l'introduction du modèle de Bologne offre dès les études universitaires la possibilité de répondre aux besoins spécifiques de la médecine hospitalière, et surtout à ceux des hôpitaux universitaires, qui ont à fournir des prestations très pointues, tout en formant les médecins de premier recours de demain. Et puis il va être possible de soumettre l'ensemble de la formation postgrade à l'examen critique des organes de régulation que prévoit la nouvelle loi sur les hautes écoles. Ce processus, que les facultés suisses de médecine doivent initier et coordonner ensemble, est souhaitable, réalisable, et même nécessaire. L'objectif est d'obtenir une médecine de premier recours de qualité, économiquement supportable, et de garantir la qualité des prestations spécialisées et très spécialisées des hôpitaux. Pour cela, il importe d'améliorer la continuité entre la formation de base et la formation postgrade, sur le plan des contenus comme des méthodes pédagogiques.

En soumettant ce rapport, le CSST souhaite nourrir le débat sur la réforme complète – à ses yeux nécessaires – de la formation postgrade des médecins ; tous les commentaires et discussions auxquels pourront donner lieu ses recommandations sont évidemment bienvenus.



Introduction

Contexte

Le rapport *Quel avenir pour la médecine universitaire ?* du Conseil suisse de la science et de la technologie (CSST)¹ a nourri le débat en cours sur la médecine universitaire. Les positions et recommandations qu'il contient ont été reprises et ont conduit à des entretiens entre la présidente du CSST et *Mme Régine Aepli*, conseillère d'État et Présidente de la Conférence universitaire suisse (CUS) au mois de septembre 2006, ainsi qu'avec *M. Charles Kleiber*, Secrétaire d'État à l'éducation et à la recherche (SER), au mois d'octobre. Ces rencontres ont fait une large place à la *démographie médicale*, et notamment aux orientations que l'on peut imprimer par l'enseignement et la recherche à la médecine de demain. Le 27 octobre 2006 le SER a chargé le CSST de préparer à l'intention du *comité politique médecine universitaire* un rapport répondant aux questions suivantes :

- la Suisse risque-t-elle de manquer de médecins, surtout pour ce qui est de la médecine de premier recours ?
- doit-on augmenter la capacité d'accueil des facultés de médecine ?

Le CSST et le SER sont convenus de procéder par étapes et de soumettre dans un premier temps au comité politique médecine universitaire :

- a. un état de la *démographie médicale* en Suisse ;
- b. une liste des principaux facteurs qui l'influencent, avec évaluation ;
- c. une liste des questions à approfondir.

La Présidente du CSST a présenté le rapport intermédiaire au comité politique le 12 mars 2007 ; les idées émises à cette occasion ont été analysées, le feed-back des acteurs du système de santé sur le rapport a été recueilli, les données ont été actualisées et les points en suspens tirés au clair. Fin juin, la Présidente a présenté à la CUS une version mise à jour du rapport, ensuite débattue également à une réunion plénière du CSST. Ces ultimes discussions ont débouché sur la présente version du rapport final. Les organismes qui ont accompagné sa préparation vont communiquer leurs avis séparément.

Remarques méthodologiques

Pour le CSST, il était clair que les grands acteurs du système de santé devaient être associés à ce projet. Sa présidente a donc mené des entretiens préliminaires avec ses responsables. Une réunion commune a eu lieu sous sa direction, le 7 décembre 2006 ; y étaient représentés :

- l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), par le Professeur P. Suter,
- la Commission interfacultés médicale suisse (CIMS), par le Professeur C. Bader,
- la Conférence des recteurs des universités suisses (CRUS), par le Recteur U. Würgler,

- la Fédération des médecins suisses (FMH), par le Docteur J. de Haller
- l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), par le Professeur T. Zeltner et le Docteur B. Sottas.

Les présents ont reconnu l'urgence des problèmes définis dans le mandat, et ont promis leur soutien au CSST dans la réalisation du projet.

M. Hans-Ulrich Herrmann, le rédacteur du document *Médecine universitaire* de la CRUS, a été chargé au mois de novembre 2006 de coordonner le mandat. Il a eu des entretiens avec diverses organisations, a exploré les bases et les sources de données sur la question, en s'appuyant sur une première liste de facteurs déterminants, et a recueilli (surtout par le biais de l'Internet) des données. Il a présenté périodiquement à la Présidente du CSST des bilans intermédiaires de son travail, qu'il a poursuivi moyennant l'appui du secrétariat. Les éléments recueillis lui ont permis de rédiger un projet de rapport.

Le rapport intermédiaire a été discuté et affiné dans divers contextes :

/12

- les résultats intermédiaires ont été présentés et discutés le 2 février 2007 en séance plénière du CSST ;
- le 12 mars suivant, la présidente du CSST présentait le rapport intermédiaire au *comité politique* ;
- le 24 avril a eu lieu avec des responsables de l'OFSP, de la CIMS, de la CRUS, de la FMH et de l'ASSM une seconde réunion, qui a donné lieu à un retour d'information et à une discussion sur la suite du projet ;
- M. Gérard Escher (Directeur adjoint du SER) a participé à la séance du comité du CSST du 22 mai pour s'entretenir du rapport avec les membres du conseil et exposer la position du Conseiller fédéral Couchepin (DFI) et du Secrétaire d'État Kleiber (SER) ;
- fin mai, une mise à jour du rapport intermédiaire était envoyée à la CUS, et le 28 juin, la Présidente la présentait à sa réunion ordinaire ;
- les réactions de la CUS ont été analysées à la réunion plénière du CSST du 3 juillet 2007.

La Présidente a alors formulé les conclusions et les recommandations du rapport, sur la base de l'état des lieux et des nombreuses suggestions recueillies au fil des discussions. Le rapport final a été présenté les 6 et 7 septembre en séance plénière au CSST, qui l'a adopté.

Un certain nombre de mesures ont en outre été lancées au printemps 2007 pour mieux préciser les données : l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a été chargé d'évaluer la démographie des médecins hospitaliers sur la base des données disponibles, mais lacunaires. La CRUS a été avertie qu'il serait souhaitable d'analyser plus précisément la diminution du nombre de diplômes de médecine décernés. Des réunions ont eu lieu avec le CEST (Centre d'études de la science et de la technologie) et l'IML (*Institut für Medizinische Lehre* de l'université de Berne) dans la perspective du lancement d'une nouvelle enquête sur le choix d'une spécialité médicale.

Plan du rapport

Dans son *avant-propos*, la Présidente du CSST souligne l'urgence d'une réforme de la formation postgrade des médecins. Après l'*introduction*, le corps du rapport est consacré à un état des lieux : *démographie médicale, études de médecine, formation postgrade, et autres facteurs déterminants et développements prévisibles*. Chaque section commence par une synthèse sur fond bleu clair ; les principaux résultats (en résumé...) y figurent sur un fond plus foncé. L'état des lieux est suivi des *conclusions et recommandations* du CSST. À la fin du rapport, un *tableau synoptique* récapitule les principaux résultats. Le document se termine par la *liste des abréviations employées, une bibliographie et l'impressum*.

La médecine de premier recours et ses prestataires

La description de la *démographie médicale* se heurte à l'absence de critères homogènes et de définitions reconnues. Le débat en cours sur l'état de la médecine de premier recours donne ainsi lieu à un foisonnement de définitions et de classements, qui varient suivant les sources. Selon le point de vue et l'intérêt de chacun, le même terme peut désigner l'ensemble ou une partie seulement de la médecine de premier recours. Le registre de la FMH suit depuis 1930 la démographie médicale et constitue un instrument de travail aussi précieux qu'incontournable ; mais il est surtout axé sur le monitoring de la médecine libérale, et ne couvre pas systématiquement l'activité hospitalière, notamment la formation. Les chiffres de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et les indicateurs Obsan ne créent qu'une transparence relative, fondés qu'ils sont sur des définitions hétérogènes. Pour procéder à une bonne exploration de la *démographie médicale*, il convient donc de commencer par fixer certaines notions et clarifier le point de vue adopté.

/13

Selon la statistique 2006 de la FMH, les médecins spécialistes de médecine générale, de médecine interne générale et les médecins sans titre de spécialiste pratiquent la médecine de premier recours. Auparavant, il fallait leur ajouter les spécialistes en pédiatrie, ce qui sera de nouveau le cas dans le futur. De nombreuses études et rapports considèrent la pédiatrie générale (enfants et adolescents) comme relevant de la médecine de premier recours. L'Obsan oppose dans son indicateur « médecins en cabinet privé » la catégorie des généralistes à celle des spécialistes. Le Collège de médecine de premier recours, qui représente les généralistes, les internistes et les pédiatres, reprend la définition européenne de la médecine générale et de la médecine de famille². Qu'en est-il des gynécologues et des obstétriciens ? Eux aussi sont des prestataires de médecine de premier recours. Par ailleurs, des médecins d'autres spécialités fournissent des apports nombreux et amples à la médecine de premier recours.

Le seul critère de la spécialité ou de l'affiliation à telle ou telle société n'apporte pas de solution bien convaincante au problème. Il est en revanche envisageable de distinguer la prestation et le prestataire, c'est-à-dire la médecine et les médecins de premier recours : ce n'est alors plus la personne qui compte avant tout, mais son activité de médecine de premier recours. Cette optique clarifie les notions, et se révèle très utile surtout dans l'examen des perspectives et la préparation de nouveaux programmes de formation postgrade.

Cette approche s'est beaucoup inspirée de l'étude de l'approvisionnement médical (*Untersuchung der ärztlichen Versorgung*) de la FMH, de l'OFSP, de santésuisse, de la CDS et d'Obsan³, qui propose une méthode de calcul de l'approvisionnement médical ouvrant sur des comparaisons régionales et temporelles transcendant les spécialités. La récente étude Obsan « *offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse* »⁴ est également riche d'enseignements ; elle examine selon cette méthode l'offre actuelle de soins médicaux ambulatoires et l'utilisation qui en est faite à l'échelon régional pour 2004. Ses résultats ne se fondent plus seulement sur les chiffres par médecin de la FMH, mais sur des pourcentages d'activité plein temps (APT), calculés par pondération du nombre de médecins sur la base des pourcentages de consultations facturées à l'assurance obligatoire de soins (AOS).

Nous plaçons pour une définition de la médecine de premier recours par ses prestations.

/14

Nous acceptons la définition de la médecine générale (ou de premier recours) donnée en 2002 par la WONCA (mais sans les revendications professionnelles qui lui sont associées) : « *elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée* »⁵. Il faudrait alors recenser tous les actes correspondant à cette définition, c'est-à-dire élargir le cercle des domaines à prendre en compte. Nous plaçons ainsi la médecine de premier recours dans un cadre plus large que ne le font la FMH ou le Collège de médecine de premier recours.

A l'avenir il sera indispensable de définir de façon complète les **médecins** prestataires en médecine de premier recours. Mais cette définition ne coïncidera jamais qu'approximativement avec les actes effectivement assurés dans le cadre de la médecine de premier recours. Des imprécisions demeureront (voir ci-dessous). Si l'on veut cerner mieux la réalité, il faudra donc englober, outre les spécialistes de médecine générale et interne ainsi que les praticiens, non seulement les pédiatres (non spécialistes), mais aussi les spécialistes en gynécologie-obstétrique (voire en psychiatrie).

Les données réunies dans le présent rapport ne coïncident pas toujours avec cette classification, ce qui appellera par endroits des commentaires de notre part. Pour rendre le texte plus compréhensible et plus lisible, nous désignons les prestataires de la médecine de premier recours de deux façons seulement : les **généralistes** et les **médecins de premier recours**. Les premiers sont les spécialistes de médecine générale et de médecine interne, les médecins praticiens ainsi que, le cas échéant, les cabinets de groupe ; les seconds sont les généralistes que nous venons de définir, auxquels nous ajoutons les spécialistes gynécologues-obstétriciens et pédiatres.

Médecine hospitalière, médecine en pratique indépendante (« en cabinet »)

Comme indiqué ci-dessus, il importe de se concentrer sur les **prestations** de premier recours pour procéder à l'examen complet et précis de l'offre ambulatoire et de l'usage qui en est fait. Mais cela ne donne pas pour autant un tableau exhaustif

3 Obsan: Bertschi M., 2005

4 Obsan: Jaccard Ruedin H. et al. 2007a

5 WONCA, *ibid.*

stif des choses. La ligne de démarcation entre médecine hospitalière et libérale a beaucoup bougé ces dernières années. Les hôpitaux ont développé leurs prestations ambulatoires spécialisées ; leurs policliniques et services d'urgence, voire les « *walk-in clinics* » en plein essor, sont très fréquentés et assurent de plus en plus de services de médecine de premier recours. La frontière se déplace, certes, mais elle devient aussi plus perméable.

Le présent rapport n'examine pas plus en détail cet aspect des choses. Les données à ce sujet sont insuffisantes, et il convient de les compléter. Ce domaine appelle toutefois de toute urgence une analyse approfondie, dans la mesure où la médecine hospitalière assume de plus en plus de fonctions nouvelles et élargies (accroissement du recours aux services d'urgence, services ambulatoires spécialisés, etc.) exigeant du personnel spécialisé. Il faut en outre mentionner à ce propos que ces services spécialisés peuvent être de meilleure qualité, et que les prestations des spécialistes peuvent aussi être moins onéreux. Une étude française⁶ a par exemple montré que les pédiatres prescrivent moins d'antibiotiques, vaccinent plus et demandent moins d'analyses que les généralistes. Il serait utile de faire procéder à des études de ce genre en Suisse pour optimiser l'utilisation des prestations.

/15

Structuration de la formation professionnelle des médecins

La formation professionnelle des médecins se décompose en :

- **études de médecine** (6 ans), ou **formation universitaire** des médecins, sanctionnées par le diplôme suisse de médecine ;
- la **formation postgrade**, sanctionnée par un **titre de médecin spécialiste** (cinq ou six ans) ou celui de médecin praticien (3 ans).

Les durées indiquées sont des minimums ; en réalité, ces phases ont tendance à être plus longues. Le diplôme de médecine ouvre l'accès à la formation postgrade, sous supervision dans un hôpital ou un cabinet ; ce n'est qu'à la fin de cette seconde phase que le médecin est autorisé à pratiquer de façon indépendante.



Etat des lieux

1 Démographie médicale

/17

	Synthèse : démographie médicale	/18
1.1	La statistique médicale FMH	/20
1.2	Médecins en exercice	/21
1.3	Densité médicale et distribution régionale	/22
1.4	Féminisation	/23
1.5	Médecins de premier recours	/24
1.6	Pyramides des âges	/26
1.7	Médecins hospitaliers	/26
1.8	Médecins étrangers en Suisse	/30
1.9	Diplômes étrangers reconnus	/30
1.10	Titres de formation postgrade reconnus	/31

Synthèse : démographie médicale

Nombre et densité des médecins

Le système d'approvisionnement suisse s'appuyait en 2006 sur 28 821 médecins en exercice, dont 53,9 % travaillant en cabinet privé, et 46,1 % ailleurs. La progression est de 11,2 % depuis 2002. Elle est moins rapide chez les médecins en pratique indépendante (7,8 %) que chez les autres (15,4 %).

L'OCDE recensait en Suisse 2,4 médecins (*Practising Physicians*) pour mille habitants en 1980, mais 3,6 en 2002. La proportion serait selon ses calculs de 3,8 aujourd'hui. La Suisse occupe donc une position de tête dans le monde sur ce terrain.

La densité est de 2,0 pour les médecins en cabinet privé.

Il convient toutefois de relativiser la portée de ces indicateurs dans la mesure où ils se fondent sur des chiffres par médecin et ignorent le taux d'activité de chacun.

L'étude Obsan « *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse* » est plus parlante en ce qu'elle décrit l'offre médicale et l'usage qui en est fait en 2004 en se fondant sur des équivalents plein temps.

Les centres urbains, et notamment les régions universitaires, présentent la densité la plus forte. Elle est trois fois supérieure dans les grandes agglomérations entourées de zones d'emploi et d'habitation que dans les régions périphériques à caractère rural. Elle est la plus forte dans les cantons de Bâle-ville et de Genève, et la plus faible dans les cantons de Suisse intérieure (exception faite de Lucerne) et d'Appenzell Rhodes intérieures.

En résumé,

le nombre de médecins en activité ne cesse de croître en Suisse depuis des années. Ce sont les grandes agglomérations qui présentent la plus forte densité médicale. La plupart des données publiées se fondent toutefois sur des chiffres par médecin, qui ne tiennent pas compte du taux d'activité.

Féminisation

La proportion de femmes dans le corps médical ne cesse de s'accroître ; elle atteint actuellement 33,6 % parmi les médecins en exercice, alors qu'elle n'était que de 29,1 % en 2000. Elle est faible (25,3 %) dans la médecine libérale, mais atteint déjà 43,3 % parmi les médecins hospitaliers. Les femmes sont moins nombreuses en médecine générale et en médecine interne, mais très présentes en pédiatrie ainsi qu'en gynécologie et obstétrique.

En résumé,

les femmes sont de plus en plus présentes dans le corps médical, avec des variations d'une spécialité à l'autre.

Médecins de premier recours

La Suisse comptait 8 958 médecins de premier recours en 2006, soit un peu moins de 52 % de l'ensemble des médecins en pratique indépendante. Les effectifs ont progressé ces dernières années dans toutes les spécialités de la médecine de premier recours, comme le confirme l'étude Obsan : elle relève un accroissement de 2,4 % entre 1998 et 2004, et de 14,2 % pour les spécialistes.

La densité est en Suisse de 0,63 généraliste (en équivalents plein temps) pour mille habitants, et de 1,23 pour les médecins de premier recours (généralistes, internistes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres). Chez les spécialistes, le chiffre équivalent est de 0,23 avec la chirurgie, et de 0,20 sans elle.

Les prestations en médecine générale sont assez uniformément répartis sur l'ensemble des régions. Le recours au généraliste est plus intense dans les régions périphériques que dans les centres, et atteint son maximum en Suisse orientale. Le taux d'activité des généralistes est inversement proportionnel à la densité médicale régionale. En moyenne, les généralistes ont un taux d'activité supérieur à celui des spécialistes.

En résumé,

le nombre des médecins de premier recours s'est accru ces dernières années, mais sensiblement moins vite que celui des spécialistes. Si les prestations en médecine générale présentent une distribution uniforme entre les régions, il en est fait un usage plus intense dans les zones périphériques que dans les centres, où il y a plus de médecins à temps partiel qu'à la campagne. En ville, les spécialistes (pédiatres, gynécologues, etc.) fournissent de plus en plus de services de médecine de premier recours. Ces tendances devraient s'accroître.

/19

Médecins hospitaliers

Les données sont lacunaires en ce qui concerne les médecins hospitaliers. Seules les statistiques hospitalières de l'OFS et la statistique des médecins de la FMH livrent certains indices. Dans les hôpitaux dispensant des soins généraux on constate une progression d'un peu plus de 25 % (en équivalents plein temps) des médecins et autres universitaires depuis 1998. Ces postes sont de moins en moins occupés par des ressortissants suisses. Ces chiffres s'appuient en grande partie sur des estimations.

En résumé,

on constate depuis 1998 une progression de 25 % (en équivalents plein temps) des postes hospitaliers, très souvent occupés par des médecins étrangers. Le nombre des médecins hospitaliers est évalué à une quinzaine de milliers : un peu plus de la moitié des médecins du système de santé suisse travaillent donc aujourd'hui à l'hôpital. Il faudrait toutefois disposer de données plus précises.

Médecins étrangers en Suisse

On ne dispose pas non plus de renseignements satisfaisants sur les médecins étrangers en Suisse. L'OFSP recense et transmet bien à la FMH les diplômes et titres de formation postgrade étrangers reconnus, mais ces chiffres ne permettent pas de retrouver le nombre des médecins étrangers exerçant effectivement en Suisse. La FMH enregistre la nationalité de ses membres de même que les données qui lui sont fournies volontairement, mais elle ne connaît pas la proportion exacte de médecins étrangers. La situation est encore plus opaque en ce qui concerne les autorisations, qui relèvent des cantons : non seulement les critères sont hétérogènes, mais on ne dispose pas non plus de données fiables sur les autorisations délivrées. Le recensement des médecins étrangers en Suisse est en outre rendu difficile par le fait que les définitions sur lesquelles s'appuient les statistiques varient en fonction du domaine et de l'organisme (pays d'origine, nationalité actuelle, pays d'obtention du diplôme).

/20

L'Office fédéral de la migration estimait à 16 % en 2001 la proportion de médecins étrangers exerçant en Suisse, dont 60 % d'Allemands, suivis de 6 % de Français. Une enquête de l'OCDE indique que le nombre de médecins immigrés a beaucoup augmenté en Suisse ces dernières années : si 12 % des médecins y étaient titulaires d'un diplôme délivré à l'étranger en 2000, cette proportion était déjà de 19 % en 2005 ; et 29 % des médecins exerçant aujourd'hui en Suisse sont nés à l'étranger.

Le nombre des diplômes et des titres de formation postgrade reconnus en Suisse permet de conclure à une immigration intense, c'est-à-dire à une forte demande de médecins étrangers. Ces cinq dernières années, l'OFSP a reconnu annuellement quelque 1 500 diplômes étrangers (médecine humaine, dentaire et vétérinaire), soit deux fois plus que le nombre de diplômes décernés dans notre pays. Il y a eu dans la même période quelque 650 titres de formation postgrade étrangers reconnus chaque année, c'est-à-dire autant qu'en décerne la Suisse. Cette tendance est confirmée par les établissements de formation postgrade reconnus. Entre 2000 et 2006, le nombre des médecins assistants titulaires d'un diplôme étranger a pratiquement doublé, passant de 1 620 à 3 111, alors que celui des titulaires d'un diplôme suisse reculait de 6 690 à 5 572.

En résumé,

la proportion de médecins immigrés augmente constamment. Deux tiers d'entre eux viennent d'Allemagne. Le nombre élevé de diplômes et de titres de formation postgrade reconnus, de même que la proportion croissante d'assistants étrangers, permettent de conclure à une forte pression migratoire et à une importante demande.

1.1 La statistique médicale FMH

Les données de cette section proviennent de la statistique médicale FMH⁷, sauf indication contraire. Cette base de données rassemble les données individuelles des médecins exerçant en Suisse, titulaires d'un titre de formation postgrade fédéral ou étranger reconnu, d'un titre de spécialiste ou sans titre. Elle contient des indications

7 http://www.fmh.ch/www/de/pub/fmh/mitgliederstatistik/fmh__rztestatistiken_1930__20.htmo

sur 95 % environ des médecins exerçant en Suisse. Il s'agit d'une statistique par médecin, qui ne tient pas compte du taux d'emploi ou d'activité ; dès 2007 il est prévu d'inclure le temps de travail⁸.

1.2 Médecins en exercice

La statistique FMH distingue les médecins en exercice en pratique indépendante et sans pratique indépendante⁹.

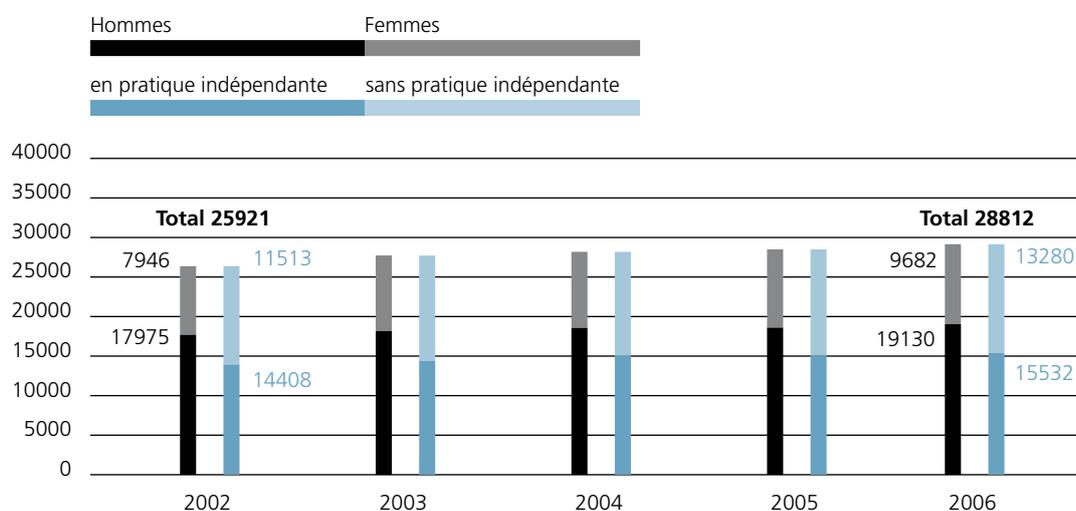
- Les médecins en pratique indépendante sont des médecins exerçant une activité en pratique indépendante sous une forme quelconque, à savoir des médecins traitant des patients sous leur propre responsabilité, ainsi que des médecins exerçant une activité en milieu hospitalier dont les honoraires proviennent entièrement ou partiellement d'une clientèle privée, notamment des médecins en cabinet privé (à temps plein ou partiel), des médecins d'hôpitaux avec clientèle privée (médecins-chefs, médecins dirigeants, médecins agréés, le cas échéant chefs de clinique), des médecins en pratique privée qui, en sus et sous une forme quelconque, sont aussi employés, ainsi que des médecins employés exerçant en sus une activité en pratique indépendante.
- Les médecins sans pratique indépendante exercent leur profession mais n'entrent pas dans la catégorie des médecins en pratique indépendante : médecins-chefs, médecins cadres, chefs de clinique, médecins-assistants et autres activités (dans l'administration, l'industrie, les assurances, etc.).

/21

Il ressort du graphique 1 qu'il y avait en Suisse 28 812 médecins en exercice en 2006. Leur nombre a progressé de 11,2 % entre 2002 et 2006, et la proportion de femmes parmi eux de 30,7 % à 33,6 %. On comptait 15 523 médecins en pratique indépendante (53,9 %) en 2006, contre 13 280 (46,1 %) sans pratique indépendante. La première catégorie s'est développée de 7,8 % entre 2002 et 2006, la seconde de 15,35 %. Ces données n'indiquent pas si la croissance est imputable à de jeunes médecins suisses ou à l'arrivée de médecins étrangers.

Graphique 1: médecins en exercice en Suisse

Nombre de médecins en exercice en Suisse selon les statistiques de la FMH



Source : statistique médicale FMH, comparaison 2002 – 2006

8 Obsan : Roth M. & Jaccard Ruedin H. 2007

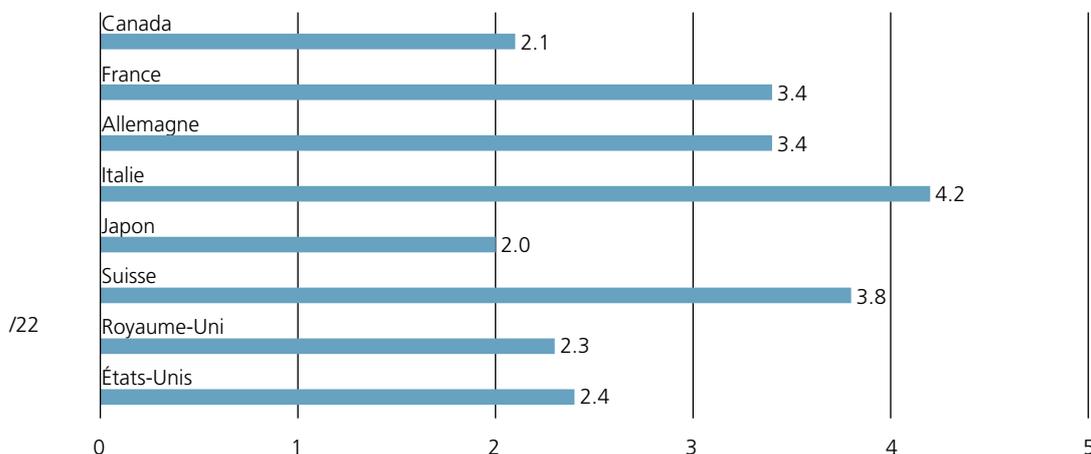
9 http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/import_fmh/ict/statistik/2005/stsdef2005.pdf

1.3 Densité médicale et distribution régionale

Selon les chiffres de l'OCDE, la densité des médecins (*Practising Physicians*) en exercice en Suisse a progressé de 2,4 à 3,6 médecins par millier d'habitants entre 1980 et 2002¹⁰, pour atteindre 3,8 en 2006¹¹. L'Organisation place ainsi la Suisse dans le peloton de tête mondial.

Graphique 2 : comparaison entre les pays, OCDE

Médecins en exercice (*Practising Physicians*) par millier d'habitants



Source : Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE), Eco-Santé OCDE 2006, dernière mise à jour octobre 2006¹²

Selon l'Obsan¹³, il y avait entre 1950 et 1970 en Suisse 0,91 médecin en pratique privée par millier d'habitants ; ce taux a ensuite continuellement augmenté à compter de 1980, pour atteindre 1,93 en 2000 et 2,06 en 2005.

La statistique FMH révèle que c'est dans les cantons de Bâle-ville (3,80 médecins par millier d'habitants), de Genève (3,29), de Vaud (2,46) et de Zurich (2,31) qu'il y avait le plus de médecins en 2006, et dans les cantons de Nidwald (1,14), d'Obwald (1,17), d'Uri (1,18) et d'Appenzell Rhodes intérieur (1,20) le moins.

Même chose pour ce qui est des médecins en exercice : Bâle-ville obtient la première place, avec 8,7 médecins par millier d'habitants, suivi de Genève (6,29), de Vaud (4,59) et de Zurich (4,57) ; c'est en revanche dans les cantons d'Uri (1,56), d'Appenzell Rhodes intérieur (1,66), d'Obwald (1,95) et de Nidwald (1,98) que la densité est la plus faible. En ce qui concerne les cantons de Bâle-ville et de Genève, on observe que de nombreux frontaliers recourent depuis le territoire français ou allemand à leur système de santé.

L'Obsan fait état d'une étude du Fonds national suisse, qui dégage une étroite corrélation entre la densité médicale et les structures régionales. Dans les grands centres urbains entourés d'une ceinture de zones d'emploi et d'habitation (comme Zurich, Berne, Bâle, Genève, Lausanne), la densité est trois fois plus forte que dans les zones périphériques à caractère rural ; et dans les centres de petite et moyenne importance à caractère industriel, tertiaire et touristique (comme Lucerne, Neuchâtel, Schaffhouse, Winterthour), elle est juste en dessous de la moyenne nationale.

10 OCDE 2006, S. 48; OECD Health Data 2005 – voir URL page Internet dans bibliographie

11 OCDE Health Data Online, last update October 2006 – voir URL page Internet dans bibliographie

12 OCDE Health Data Online, last update October 2006 – voir URL page Internet dans bibliographie

13 Obsan: Monitoring nach Indikatoren (5.1.1) – voir URL page Internet dans bibliographie

Il convient toutefois de relativiser la portée de ces chiffres dans la mesure où ils se fondent sur les chiffres par médecin de la statistique de la FMH et ignorent les variations de taux d'activité ou d'emploi. L'étude *Obsan Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*¹⁴ apporte à ce sujet des informations nouvelles, car elle décrit à l'échelon régional l'offre de services médicaux et l'usage qui en est fait en 2004 en tenant compte du taux d'activité des médecins. Elle fournit en outre des bases d'explication des écarts régionaux d'offre et d'utilisation des services médicaux. Elle comporte une analyse systématique de la densité des offres de soins ambulatoires de premier recours (médecine générale, médecine interne sans spécialisation supplémentaire, pédiatrie, gynécologie-obstétrique). Elle aborde également les autres spécialités. Pour une synthèse de ses résultats, se reporter à la section 1.5 ci-dessous.

1.4 Féminisation

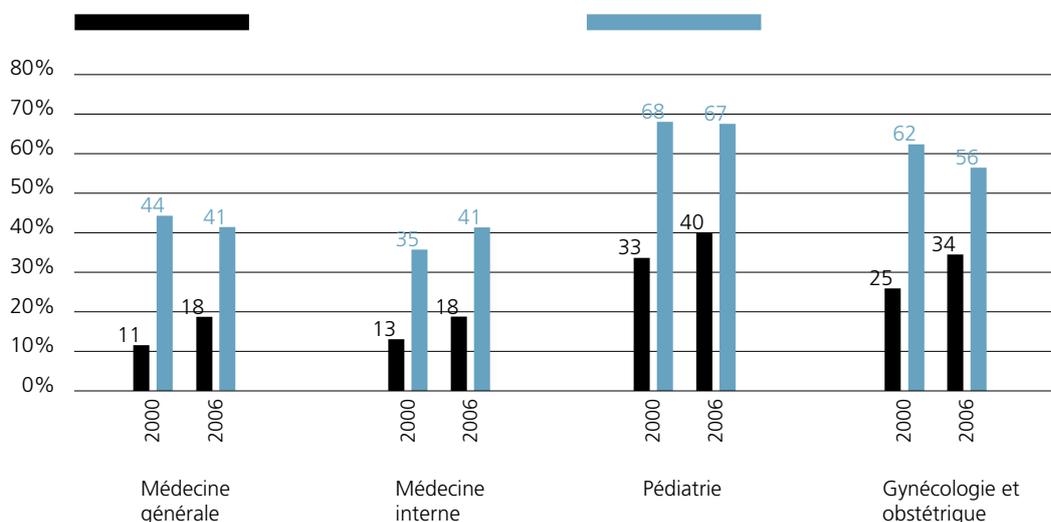
Les femmes représentaient 25,3 % des médecins en cabinet privé en 2006, contre 21,5 % seulement en 2000. Le graphique 3 montre l'évolution de leur représentation dans un certain nombre de spécialités de ce groupe, ainsi que dans les titres de formation postgrade décernés entre 2000 et 2006 dans ces spécialités.

/23

Graphique 3 : féminisation

Pourcentage de femmes parmi les médecins en pratique indépendante, selon la spécialité

Pourcentage de femmes parmi les médecins recevant un titre postgrade, selon la spécialité



Source : statistique médicale FMH 2000 et 2006

Les femmes restent moins présentes en médecine générale et interne que parmi l'ensemble des médecins en cabinet privé, même si on constate un rattrapage constant. Cette tendance est confirmée par l'importante proportion de titres de formation postgrade décernés dans ces spécialités. Les femmes sont en revanche beaucoup plus présentes en gynécologie et obstétrique, ainsi que notamment en pédiatrie.

1.5 Médecins de premier recours

L'Obsan dispose à présent de données fiables sur l'offre régionale en soins ambulatoires de premier recours et sur le recours régional aux services des médecins de premier recours en Suisse. Ces résultats ne se fondent plus sur les chiffres par médecin de la FMH, mais sur des équivalents plein temps obtenus par pondération du nombre de médecins sur la base du pourcentage de temps de travail des consultations facturées à l'assurance obligatoire de soins (AOS). N'ont pas été comptées toutefois les consultations prises en charge par d'autres assurances (assurance complémentaire, accident, etc.) ou directement payées par les ménages.

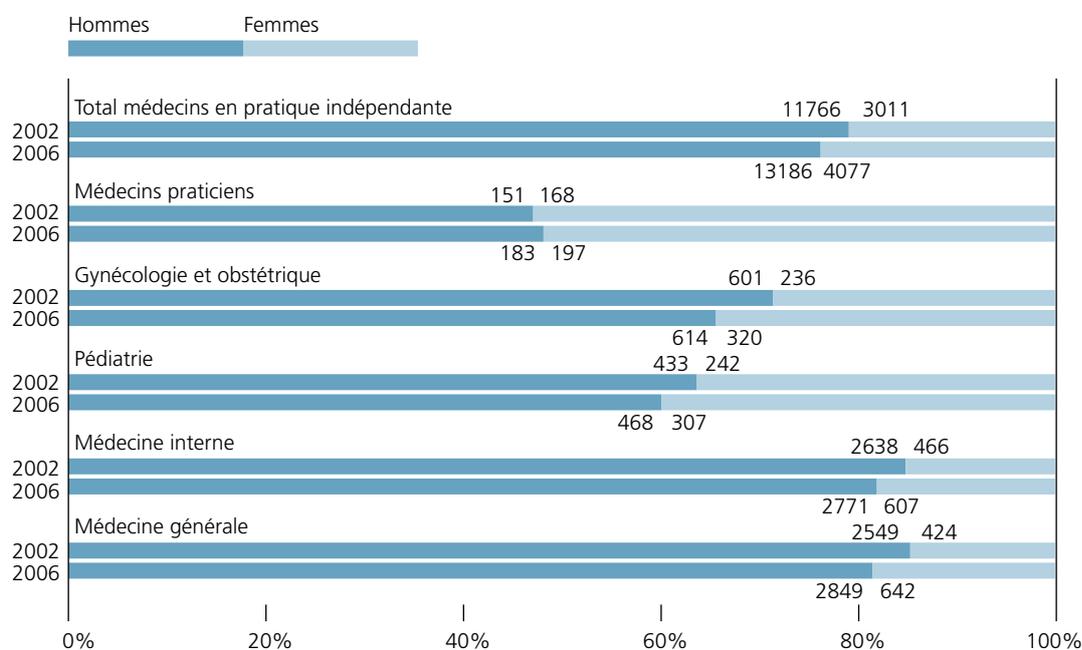
Dans son étude *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*¹⁵, l'Obsan arrive aux conclusions ci-dessous pour l'année 2004.

- Le nombre des généralistes recensés dans la statistique FMH (spécialistes de médecine générale, de médecine interne, praticiens et cabinets de groupe) se contracte de 33 % si l'on ne compte plus en personnes mais en équivalents plein temps. La densité médicale retombe alors de 0,94 à 0,63 généraliste pour mille habitants.
- Dans la catégorie des médecins de premier recours (généralistes, internistes, gynécologues et obstétriciens, pédiatres), la densité nationale baisse également de 1,85 à 1,23 médecin par millier d'habitants.
- La densité de médecins de premier recours est plus élevée dans les centres urbains, notamment les régions universitaires, que dans les régions périphériques.
- La densité moyenne de spécialistes est de 0,3 médecin par millier d'habitants sans la chirurgie, et de 0,34 avec elle. En équivalents plein temps, ces chiffres ne sont plus respectivement que de 0,20 et de 0,23.
- En moyenne, les généralistes ont un taux d'activité supérieur à celui des spécialistes.
- L'offre en prestations de médecine générale est assez uniformément répartie sur toutes les régions de Suisse. Le taux d'activité des généralistes est moins élevé dans les régions à forte densité médicale que dans les régions à densité inférieure.
- Les gynécologues et les pédiatres ont tendance à être faiblement représentés dans les régions périphériques.
- Les généralistes et les médecins de premier recours sont dans l'ensemble plus âgés que leurs collègues des autres spécialités.
- Dans les régions urbaines, le taux d'activité des praticiens est en général plus faible, au moins en ce qui concerne l'AOS, et les femmes sont plus présentes que dans les régions périphériques.
- Les spécialistes se concentrent sur les villes, tandis que les généralistes se répartissent sur l'ensemble du territoire et jouent un rôle de premier plan dans le suivi des personnes âgées. Dans les régions périphériques, le généraliste remplace aussi d'autres spécialistes, comme le gynécologue ou le pédiatre.
- Il est davantage recouru au généraliste dans les régions périphériques que dans les centres. Ses services sont le plus demandés en Suisse orientale, le moins dans les régions universitaires.
- Il n'y a que dans quelques rares régions que l'offre aurait pu paraître insuffisante en 2004. Son élasticité est toutefois limitée dans la plupart des régions périphériques. Des goulets d'étranglement pourraient y apparaître si le besoin de services médicaux venait à augmenter ou des cabinets à fermer.

Le graphique 4 compare, sur la base de la statistique FMH, la situation en 2002 et 2006 en ce qui concerne les médecins de premier recours. On notera le développement de certaines spécialités (en nombre de médecins), la tendance à l'accroissement de la proportion de femmes, ainsi que la comparaison avec le nombre total de médecins en pratique privée.

Graphique 4 : médecins de premier recours

Médecins en pratique indépendante, selon la spécialité



Les titulaires de plusieurs titres de spécialiste sont comptés dans les catégories correspondantes ; les chiffres ne coïncident donc pas avec ceux des médecins en pratique privée de la section 1.2.

Source : statistique médicale FMH 2002 et 2006

Entre 1998 et 2004, la densité des médecins de premier recours s'est accrue de 2,4 %, celle des spécialistes de 14,2 %¹⁶.

Divers articles et études présentant des positions parfois contradictoires ou arrivant à des conclusions différentes, abordent le problème des médecins de premier recours. On peut citer par exemple :

- M. Monnier, 2004, « Médecins de premier recours : pénurie ou pléthore ; état des lieux et devenir » ; *PrimaryCare 2004,4* : n° 40, 755-759 ;
- M. Trutmann, 2005, « Magna cum cura, Zur aktuellen Situation der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz » ; Berne, secrétariat central CDS, pp 7ss, avec indications bibliographiques ;
- B. Sottas, 2005, « Ist die ärztliche Grundversorgung gefährdet ? Eine Replik », série *Standortbestimmungen Gesundheitsberufe* OFSP, rapport n° 11 ;
- Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS, 2005, « Grundversorgungsmedizin in der Schweiz, Stand der Diskussionen zur Frage der Grundversorger/innen / Hausarzt/innen und ihrer zahlenmässigen Entwicklung », étude réalisée pour le compte de l'OFSP, série *Standortbestimmungen Gesundheitsberufe* OFSP, rapport n° 15.

1.6 Pyramides des âges

L'âge moyen des médecins exerçant au sein du système d'approvisionnement s'est accru de deux ans entre 2002 et 2006, pour atteindre 47 ans, selon la statistique FMH ; il était de 43 ans pour les femmes en 2006, et de 49 ans pour les hommes. Cette même année, les médecins en cabinet privé avaient en moyenne 52 ans, soit un an de plus qu'en 2002. Selon l'étude *Obsan Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*, la moitié des médecins de premier recours ont plus de cinquante ans, et un cinquième plus de soixante ; un sur dix seulement a moins de quarante ans (voir également le graphique 7, qui ne se rapporte toutefois qu'aux généralistes). La pyramide des âges des médecins de premier recours est assez semblable dans les régions rurales et les centres ; ils ouvrent un cabinet à l'âge moyen de 37 ans, mais de 45 ans pour certains groupes de spécialistes. L'âge moyen est le même (53 ans) pour les médecins de premier recours et les spécialistes.

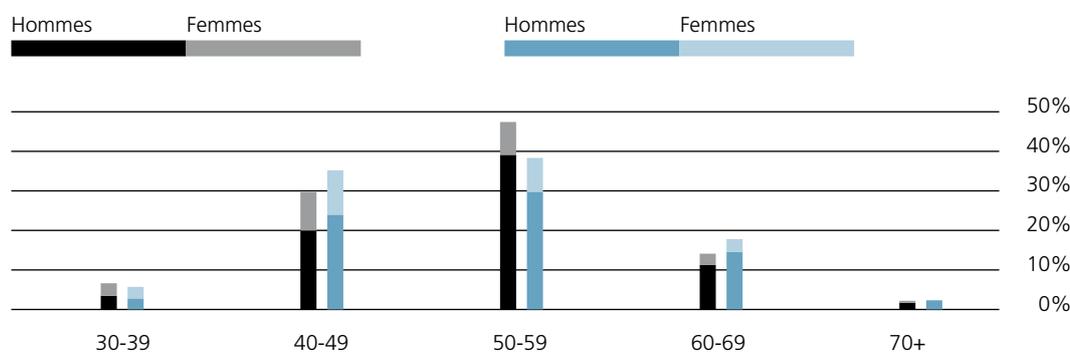
Le graphique 5 montre que les femmes médecins sont moins nombreuses que les hommes dans tous les groupes d'âge. C'est parmi les 30 à 39 ans que leur proportion est la plus élevée (38,5 % des jeunes médecins établis), et parmi les 40 à 49 ans qu'elles sont le plus nombreuses – tout en ne représentant que 32 % environ des généralistes et des spécialistes de ce groupe. En pratique indépendante, la plus grosse tranche d'âge est celle des 50 à 59 ans, pour les généralistes comme les spécialistes¹⁷.

/26

Graphique 5 : pyramide des âges

Pyramide des âges et répartition par sexe des médecins généraux en pratique indépendante (2005)

Pyramide des âges et répartition par sexe des médecins spécialisés en pratique indépendante (2005)



Reproduit du rapport de monitoring Obsan 5.1.1. http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/5_1_1/2005/d/511.pdf

1.7 Médecins hospitaliers

Selon la statistique des hôpitaux, 14 125 médecins et autres personnes possédant une formation universitaire (en équivalents plein temps) travaillaient dans les hôpitaux suisses de soins généraux à la fin de l'année 2005, contre 11 218 en 1998¹⁸, soit une progression de 25,9 %.

La statistique FMH dénombrait 8 499 postes d'assistant en 2000, et 8 703 en 2006, soit une progression de 2,4 %.

17 www.obsan.ch/monitoring/statistiken/5_1_1/2005/d/511.pdf

18 OFS Statistisches Lexikon der Schweiz

On ne possède pas sur le secteur hospitalier de données aussi exhaustives que dans l'approvisionnement en soins médicaux ambulatoires. Il n'existe pas de données sur l'âge, le sexe, la nationalité, la spécialité, le domaine d'activité et le niveau de formation des médecins exerçant à l'hôpital, ou alors elles sont lacunaires ou ce sont des estimations. Le CSST a donc demandé à l'Obsan de procéder à une recherche sur les données collectées. Cette exploration a montré qu'un total de huit banques de données produisent des informations importantes sur les médecins hospitaliers. Chacune poursuivant ses buts propres, les données ne se recoupent pas. Les plus riches sont la statistique des hôpitaux, le registre des médecins que tient la FMH, et la statistique de la démographie médicale que tiennent des centres reconnus de formation postgrade de la FMH¹⁹.

On ne saurait produire l'information manquante sans études complémentaires. L'Obsan propose de recueillir les données par des relevés multisectoriels auprès des principales banques de données. Mais il faudrait continuer de s'en remettre à des estimations. Des relevés périodiques permettraient toutefois de mettre en place un système de monitoring démographique des médecins hospitaliers ; les données de la statistique des hôpitaux et celles de la FMH seront par ailleurs recueillies de façon plus précise à compter de 2009. Une nouvelle statistique des médecins hospitaliers permettrait d'obtenir des données plus solides ; mais sa mise en place et son suivi demanderaient un temps et un personnel considérables. Le CSST a chargé l'Obsan au printemps 2007 de préparer une évaluation de ce type de données hospitalières pour l'année 2005²⁰ ; nous en reproduisons ci-dessous les principaux résultats.

/27

- Le nombre de médecins hospitaliers selon la statistique administrative des hôpitaux de l'OFS peut être estimé à 17 540. Ce nombre comprend aussi les médecins n'ayant travaillé qu'une partie de l'année et surestime le nombre réel de postes disponibles. Exprimé en équivalents plein temps (EPT), 15 663 médecins ont travaillé en milieu hospitalier, dont 6'018 femmes (38 %) ; 30 % du total est employé par les cinq hôpitaux universitaires. Le rapport EPT/médecins varie de canton en canton : le plus bas s'observe à Neuchâtel (71 %, soit cent médecins se partageant 71 EPT), le plus élevé à Lucerne et en Argovie (94 %). Les médecins étrangers représentent 35 % des EPT ; parmi eux, 25 % sont employés dans les hôpitaux universitaires. Le pourcentage le plus bas de médecins étrangers est observé dans le canton de Vaud (18 %), le plus élevé dans le Valais (69 %).
- La comparaison des données de la statistique administrative des hôpitaux avec celles de la FMH montre que ces dernières tendent à sous-estimer le nombre de médecins hospitaliers, car les médecins étrangers employés par les hôpitaux ne sont pas obligés de s'inscrire à la FMH. Ne sont pas non plus comptés les médecins qui travaillent en hôpital en même temps que dans un cabinet. En 2005 la FMH comptabilisait 12 938 médecins hospitaliers dont 43 % de femmes. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans la classe d'âge des 25-29 ans.

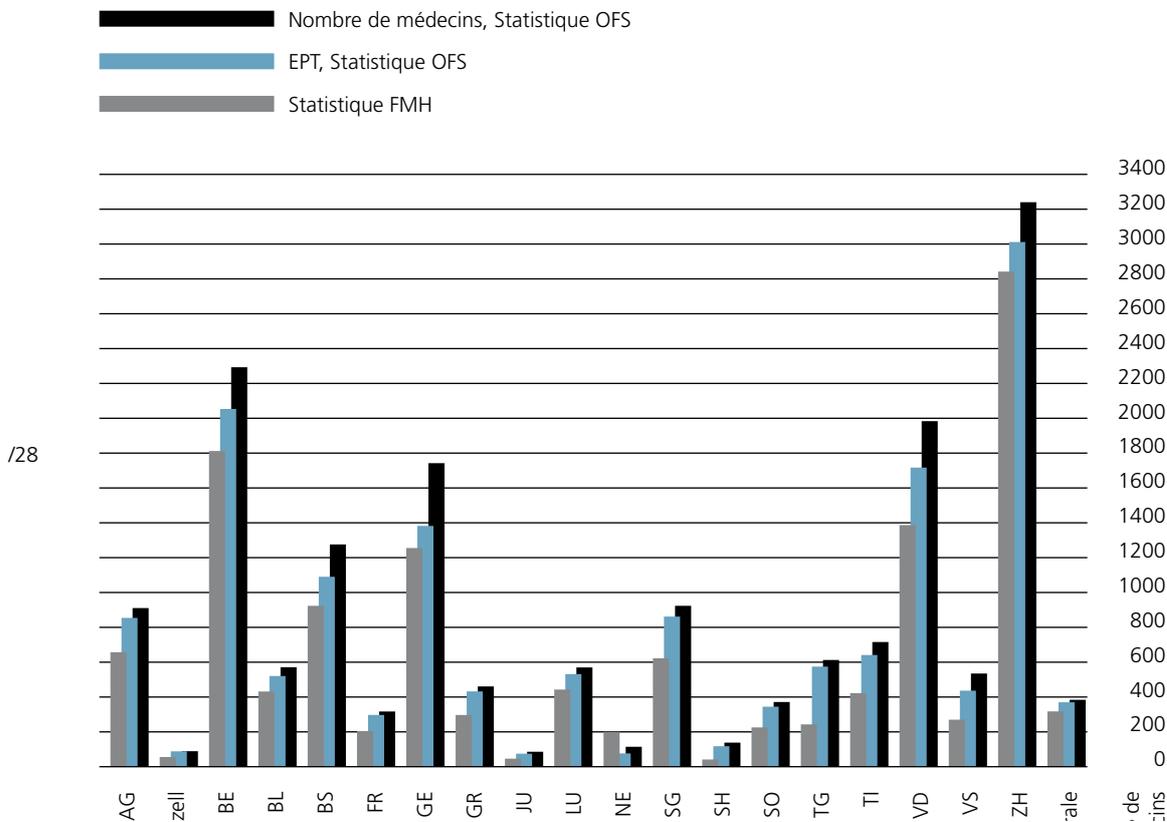
Le graphique 6 met en lumière la bonne corrélation de canton à canton entre la statistique des hôpitaux de l'OFS et la statistique de la FMH, les chiffres FMH étant plus bas dans presque tous les cas. On peut considérer que la réalité se situe dans la fourchette délimitée par les deux chiffres, ce qui donnerait un total d'environ 15 000 médecins hospitaliers en 2005 en Suisse.

19 Obsan : Roth M. & Jaccard Ruedin H. 2007

20 Obsan : Jaccard Ruedin H. et al. 2007b

Graphique 6 : comparaison des effectifs de médecins hospitaliers par canton

Médecins figurant dans la statistique FMH, équivalents plein temps (EPT) de la statistique des hôpitaux de l'OFS, nombre des médecins figurant dans la statistique des hôpitaux de l'OFS



Sources : OFS, statistique administrative des hôpitaux ; FMH, statistique médicale. Analyse : Obsan

La statistique FMH permet d'analyser la population des médecins hospitaliers selon les critères de l'âge, du nombre de titres de spécialiste obtenus, du nombre de formations approfondies validées (spécialisation au sein d'un titre de spécialiste) et du nombre d'attestations de formation complémentaire obtenues (tableaux 1 et 2). Diverses spécialités sont toutefois structurées différemment ; en pédiatrie, par exemple, la spécialisation est obtenue par le biais de formations approfondies présentant une ampleur comparable à celle de la formation postgrade conduisant à un second titre de spécialité dans un autre domaine, par exemple la médecine interne.

Tableau 1 : distribution des médecins hospitaliers par l'âge et le nombre de titres de spécialiste obtenus, 2005

Groupe d'âge	25-34 ans			35-44 ans			45-59 ans			60+ ans		
	Nbre titres spéc.			Nbre titres spéc.			Nbre titres spéc.			Nbre titres spéc.		
Premier titre obtenu	1	2	3+	1	2	3+	1	2	3+	1	2	3+
Médecine générale	17	0	0	145	26	4	131	32	3	16	3	1
Chirurgie	30	0	0	223	13	0	115	20	1	20	2	0
Gynécologie-obstétrique	22	0	0	159	0	0	39	0	0	11	1	0
Médecine interne	170	10	0	490	317	14	159	241	26	43	30	7
Pédiatrie	61	2	0	166	19	0	83	24	0	27	1	0
Psychiatrie	19	0	0	244	10	0	199	10	0	24	1	0
Autres titres	120	0	0	1021	120	2	667	113	5	103	21	0
Total	439	12	0	2448	505	20	1393	440	35	244	58	8
Sans titre de spécialiste	4193			2072			946			125		

Source : FMH. Analyse : Obsan

/29

Tableau 2 : distribution des médecins hospitaliers selon l'âge, le nombre de formations approfondies validées et le nombre d'attestations de formation complémentaire, 2005

Groupe d'âge	25-34 ans			35-44 ans			45-59 ans			60+ ans		
	nombre de médecins	avec formation approfondie	avec formation complémentaire	nombre de médecins	avec formation approfondie	avec formation complémentaire	nombre de médecins	avec formation approfondie	avec formation complémentaire	nombre de médecins	avec formation approfondie	avec formation complémentaire
Sans titre spécialiste	4193	0	74	2071	0	166	946	0	120	126	0	17
Médecine générale	17	0	14	150	3	133	133	5	94	16	0	14
Médecine interne	171	0	17	506	18	155	169	20	81	43	1	26
Pédiatrie	61	2	3	167	42	55	87	37	23	28	7	17
Gynécologie-obstétrique	22	0	7	160	6	79	41	8	21	12	0	7
Psychiatrie (adultes et enfants)	19	0	1	272	0	11	223	0	21	25	0	0
Chirurgie	30	0	1	225	90	7	115	72	14	20	5	3
Spécialités non chirurgicales	33	0	3	613	5	289	432	14	193	54	0	21
Spécialités chirurgicales	80	2	7	623	84	130	365	46	71	61	7	17
Divers	18	0	0	258	34	14	303	40	22	50	10	3
Total	4644	4	127	5045	282	1039	2814	242	660	435	30	125

Source : FMH. Analyse : Obsan

N.b. Les données des tableaux 1 et 2 reposent sur deux extractions différentes au cours desquelles de minimes différences de répartition par catégorie de titres sont survenues.

1.8 Médecins étrangers en Suisse

La base de données varie entre la médecine ambulatoire et hospitalière. L'OFSP²¹ connaît le nombre et l'origine des médecins titulaires de diplômes et de titres de formation postgrade reconnus (voir sections 1.9 et 1.10). Mais le nombre des diplômes et des titres reconnus ne permet pas de retrouver celui des médecins étrangers exerçant en Suisse. Les autorisations d'exercice relèvent des cantons, où les critères d'autorisation varient et les chiffres ne sont pas connus.

Selon les indications de la FMH²², son registre ne contient pas tous les médecins étrangers exerçant en Suisse (la déclaration n'est pas obligatoire, l'obligation d'adhésion ayant été supprimée avec les accords bilatéraux). La liste contient les données des membres étrangers de la FMH, des médecins étrangers qui décident d'y figurer, ainsi que des médecins qui font reconnaître par l'OFSP leur diplôme de médecine étranger. La FMH ne connaît pas la proportion exacte de médecins étrangers figurant dans son registre, dont l'évaluation exigerait des analyses approfondies. Elle estime qu'elle recense 90 % à peu près des médecins étrangers établis en Suisse.

/30

Le rapport 2006 de l'OCDE sur le système de santé suisse²³ se réfère à une estimation de l'Office fédéral de la migration selon laquelle 16 % (4 148) des médecins exerçant en Suisse étaient étrangers en 2001. Sur ce contingent, 59,8 % viennent d'Allemagne, 21,8 % des autres pays de l'UE et de l'AELE (la France occupant la première place dans cette catégorie, avec 6,1 %), et 18,4 % d'autres pays. Aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et en Australie, la proportion de médecins étrangers fluctue entre 23 % et 28 % ; elle est inférieure à 10 % en France et en Allemagne.

Un rapport de l'OCDE de juin 2007²⁴ décrit dans le détail le problème général de la migration internationale des médecins. On y lit que le nombre des médecins formés à l'étranger et ayant immigré en Suisse a considérablement progressé entre 2000 et 2005, de 11,8 % à 18,8 %. Il y aurait 28,6 % de médecins nés à l'étranger, mais qui ont fait une partie de leurs études en Suisse. Ce qui veut dire que la Suisse est l'un des pays qui exercent un fort pouvoir d'attraction sur les médecins étrangers, aux côtés par exemple de l'Australie, du Canada, du Royaume-Uni, de l'Irlande, du Luxembourg, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis.

En ce qui concerne la forte proportion d'étrangers parmi les médecins-assistants, se reporter à la section 3.2.

1.9 Diplômes étrangers reconnus

Entre 2002 et mars 2007, l'OFSP a reconnu un total de 7 794 diplômes étrangers (en médecine humaine, dentaires et vétérinaires, et en pharmacie) ; le chiffre fluctue annuellement entre 1 347 et 1 702 (pour 2006). Les diplômes reconnus éma-

21 Selon Dr Sottas, Abteilungsleiter Institutionen und Strukturen, BAG

22 Selon Jürg Jau, Bereichsleiter ICT-Planung und -Konzeption, FMH

23 OECD 2006: OECD Reviews of Health Systems, Switzerland, S. 48f.

24 OECD 2007: International Migration Outlook, S. 161-228

naient de 58 pays : 4 729 d'Allemagne, 941 de France, 841 d'Italie, 288 d'Autriche, 149 de Belgique, 106 d'Espagne, 87 de Suède, 64 de Roumanie, 63 de Pologne et 61 des Pays-Bas.

Compte tenu d'un changement de procédure et de l'élargissement de l'UE, l'OFSP²⁵ ne juge pas possible d'apprécier l'évolution à venir du nombre de demandes acceptées, qui devrait toutefois se maintenir en permanence à un niveau élevé.

1.10 Titres de formation postgrade reconnus²⁶

La directive 93/16 de l'UE qu'a reconnue la Suisse en vertu de l'accord de libre circulation conclu avec l'UE et l'AELE prévoit que tous les titres de formation postgrade reconnus par l'UE doivent l'être aussi par la Suisse, quelles que soient la durée et la qualité de la formation qu'ils sanctionnent dans chaque cas.

Entre 2002 et mars 2007, l'OFSP a reconnu un total de 3 421 titres étrangers de formation postgrade, soit de 550 à 787 (pour 2006) par an. Ils émanaient de 23 pays : 2 272 d'Allemagne, 491 de France, 321 d'Italie, 139 d'Autriche, 66 de Belgique, 29 de Suède, 18 des Pays-Bas, 14 d'Espagne, 13 du Royaume-Uni et 11 de Grèce.

/31

Là encore, un changement de procédure rend ces chiffres difficilement interprétables.

25 OFSP, <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00406/00550/index.html?lang=fr>

26 OFSP, <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00407/00555/index.html?lang=fr>



2 Etudes de médecine

/33

- Synthèse : études de médecine /34
- 2.1 La capacité d'accueil en études de médecine humaine en Suisse /36
- 2.2 Numerus clausus dans les universités de Bâle, de Berne, de Fribourg et de Zurich /37
- 2.3 Étudiants débutants en médecine humaine /39
- 2.4 Pouvoir d'attraction des études de médecine /40
- 2.5 Motifs sous-tendant le choix d'un domaine d'études /40
- 2.6 Proportion de femmes parmi les étudiants en médecine /42
- 2.7 Diplômes /42
- 2.8 Sélection en cours de formation /42
- 2.9 Réforme de Bologne /43
- 2.10 Évolution des capacités d'accueil dans d'autres pays /44

Synthèse : études de médecine

Capacité d'accueil et numerus clausus en médecine humaine

La capacité d'accueil aux études de médecine humaine est un peu inférieure à un millier de places depuis 1998. Elle doit être fixée à 984 places pour l'année 2007-2008.

Les universités de Bâle, de Berne, de Fribourg et de Zurich, qui pratiquent le numerus clausus depuis 1998, offrent un peu moins des deux tiers de cette capacité totale. Le nombre des places était plus ou moins en équilibre avec celui des candidatures jusqu'en 2002 ; mais depuis 2003, l'offre accuse un retard de plus en plus prononcé sur la demande. En 2006, la moitié (649 personnes) des candidats qui avaient passé le test d'aptitude ont été refusés. Et la tendance semble se renforcer en 2007 : aux dires de la CRUS, un nombre record de personnes (3 042) ont posé leur candidature à l'une des 984 places.

Le « surbooking » que pratiquent à dessein les universités à numerus clausus leur permet de faire le plein d'étudiants depuis 2005. Il y a un nombre relativement important de candidats qui passent le test d'aptitude et obtiennent une place, mais ne se présentent finalement pas aux études de médecine.

Les études de médecine humaine attirent de plus en plus d'étudiants potentiels. De 2000 à 2006, le nombre des inscriptions au test d'aptitude est passé de 844 à 1 712, et celui des candidats accomplissant le test a doublé. Les effectifs de première année ont bondi de 43 % à l'université de Lausanne et de 24 % à celle de Genève entre 2004 et 2006.

L'introduction du numerus clausus ne s'est pas traduite – du moins jusqu'à 2004 – par un repli des étudiants sur les universités qui ne le pratiquaient pas : les nombres de nouvelles inscriptions sont restés constants à Lausanne, Genève et Neuchâtel. Ce n'est qu'ultérieurement qu'ils ont décollé à Lausanne et à Genève.

En résumé,

la capacité d'accueil en études de médecine reste un peu inférieure à un millier de places depuis 1998, dont presque les deux tiers dans les universités de Bâle, de Berne, de Fribourg et de Zurich, qui pratiquent le numerus clausus. L'offre prend de plus en plus de retard sur la demande depuis quelques années : pour la première fois en 2006, la moitié des candidats ont été refusés. Et l'on peut s'attendre à un net renforcement de cette tendance pour 2007. Jusqu'à présent, on ne peut pas dire que les étudiants se soient repliés en grand nombre sur les universités ne pratiquant pas le numerus clausus.

Choix des études

L'enquête genevoise *Étudiants 2001* montre que les étudiants en médecine font leur choix de façon relativement déterminée, selon des critères uniformes, et constituent donc un groupe relativement homogène par rapport aux autres disciplines.

L'étude CEST sur le choix du domaine d'études s'intéresse au processus de choix ; l'enquête porte sur les motivations et les facteurs qui ont conduit à sélectionner un domaine donné, ainsi que sur les facteurs extérieurs qui ont déterminé ce choix ou y ont concouru.

Il n'est pas possible de tirer de conclusions générales de ces résultats ; il serait indispensable de procéder à des enquêtes plus poussées, fondées sur un plus large corpus de données, englobant toutes les régions, et intégrant les résultats obtenus jusqu'à présent.

En résumé,

les enquêtes existantes ou en cours sur le choix des études de médecine donnent des indications, mais ne permettent pas d'aboutir à des conclusions à valeur générale.

Proportion de femmes parmi les étudiants de médecine humaine

Il y a eu 1 080 étudiants débutants à s'inscrire en 2006 en médecine humaine, c'est-à-dire presque autant qu'en 1980. Ce nombre a toutefois évolué en dents de scie. Depuis 2000, on observe une progression constante, de 871 à 1 080 – soit un essor de 24 %.

/35

Depuis quelques années, il y a en Suisse un peu plus de 7 000 personnes en études de médecine humaine ; on en comptait 7 858 en 1997. Depuis 2001, ce chiffre oscille en dessous de 7 100. En revanche on constate ces dernières années un changement marqué dans la proportion de femmes étudiant la médecine humaine : de 46,9 % en 1997, elle était passée à 56,8 % en 2005.

En résumé,

on compte un peu plus de 7 000 étudiants en médecine humaine en Suisse. Un bon millier de nouveaux étudiants entreprennent ces études chaque année. La proportion de femmes est montée de 46,9 % à 56,8 % ces huit dernières années.

Diplômes et sélection

Depuis 1999 on observe un net recul du nombre de diplômes de médecine décernés : pour l'OFS, il est de un quart, et de un tiers même pour l'OFSP, aux examens finaux. Ces trois dernières années, moins de 700 candidats ont réussi chaque année l'examen fédéral de médecine, alors que la moyenne était auparavant sensiblement supérieure à 800.

Il n'a pas été trouvé de cause bien concluante à ce phénomène. La contraction des effectifs étudiants, de 7 858 en 1997 à 7 000 en 2001, ne l'explique qu'en partie. La statistique détaillée de l'OFSP sur les examens fédéraux de médecine ne donne pas suffisamment de renseignements à ce sujet.

En résumé,

le nombre de succès à l'examen final a reculé de un tiers. Les origines du phénomène ne sont pas suffisamment connues.

Réforme de Bologne

La future structure modulaire des études ouvrira des passerelles vers d'autres filières, au sein comme à l'extérieur de l'université. Inversement, il deviendra possible de bifurquer depuis d'autres études et horizons vers la médecine. Le passage vers un autre master, de sciences biomédicales par exemple, pourrait connaître un vif succès, et une carrière scientifique devenir ainsi une voie attrayante.

Ces nouvelles options pourraient accroître le nombre de réorientations et d'abandons, et comprimer encore les effectifs. L'apport des étudiants commençant au niveau du master ne compensera sans doute pas ce déficit, les programmes à leur intention en étant actuellement encore au stade de la conception ; ils ne sont par ailleurs pas compatibles avec le *numerus clausus*.

En résumé,

le modèle de Bologne ouvre de nouvelles options aux étudiants, ce qui pourrait encourager les réorientations et les abandons. Il n'est pas impossible que le nombre des diplômés visant une carrière médicale continue de décroître.

/36

Évolution des capacités de formation à l'étranger

Les problèmes de démographie médicale ont conduit divers pays à accroître leurs capacités de formation ces dernières années :

- *la France* a relevé en 2006 son *numerus clausus* de 6 300 à 7 000 places ;
- *l'Autriche* offre 250 places (20 %) de plus depuis l'année 2006-2007 ;
- *le Royaume-Uni* a créé en 1999 un millier de nouvelles places, sur décision de la Chambre des communes ;
- aux *États-Unis*, la *Association of American Medical Colleges (AAMC)* propose un relèvement de capacités de 30 % ; l'apport de 5 000 nouvelles places devrait combler la pénurie de médecins prévue pour 2020.

Même si la situation change d'un pays à l'autre, les augmentations de capacités réalisées ou prévues se justifient toujours notamment en réponse à la pénurie de médecins qui se dessine à l'échelle nationale et mondiale.

En résumé,

les problèmes de démographie médicale ont conduit divers pays à accroître leurs capacités de formation.

2.1 La capacité d'accueil en études de médecine humaine en Suisse

Depuis 1998, année d'introduction du *numerus clausus*, la capacité d'accueil en études de médecine humaine est restée relativement stable dans les quatre universités qui le pratiquent et les trois autres, pour fluctuer entre 923 et 1 025 places. Entre 2001 et 2003, les organes cantonaux concernés ont temporairement accru le nombre de places, pour absorber les doubles volées de maturités issues du raccourcissement des études gymnasiales.

Pour 2007-2008, la capacité d'accueil des facultés de médecine de Suisse sera probablement fixée à 984 places (tableau 3)²⁷.

Tableau 3 : capacité d'accueil en études de médecine humaine, 1998 – 2007

Université	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BÂLE	152	118	118	118	143	118	118	118	118	130
BERNE	125	125	125	150	150	125	125	125	125	150
FRIBOURG	103	103	103	115	115	115	103	103	103	103
GENÈVE	163	163	163	163	163	163	187	187	187	187
LAUSANNE	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
NEUCHÂTEL	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
ZURICH	240	200	200	200	240	240	200	200	200	200
Total	997	923	923	960	1025	975	947	947	947	984

Sources : CRUS et Faculté de Médecine de Genève

Voir également graphique 7, p. 38.

/37

À la mi-février 2007, la CRUS avait reçu un nombre record (3 042) de préinscriptions de candidats à l'une des 984 places : 2 171 personnes se sont inscrites en Suisse alémanique pour passer le test d'aptitude (583 places disponibles), et 871 étudiants se sont inscrits en médecine à Genève, à Lausanne et à Neuchâtel pour la rentrée 2007 (401 places sont offertes en Suisse romande à partir de la deuxième année ; l'expérience montre que plus de la moitié des 871 étudiants de première année échoueront).

2.2 *Numerus clausus* dans les universités de Bâle, de Berne, de Fribourg et de Zurich²⁸

Les universités de Bâle, de Berne, de Fribourg et de Zurich ont introduit le *numerus clausus* (NC) pour les études de médecine en 1998. Les universités de Genève, de Lausanne et de Neuchâtel ne le pratiquent pas, mais sélectionnent en fin de première année. En parallèle, Berne, Fribourg et Zurich ont réduit leur capacité d'accueil en médecine humaine de 620 places initialement en 1998 à 546 en 2004, pour conserver ce niveau jusqu'en 2006 ; elles devraient la remonter à 583 places pour l'année 2007-2008. Au cours de la même période, les contingents de candidats aux études de médecine n'ont cessé de gonfler : leur nombre a pratiquement doublé, pour passer de 670 en 2000 à 1 302 en 2006 (selon les chiffres de juillet, après les épreuves du test d'aptitude). On observe une nouvelle poussée pour 2007 (voir section 2.4). Jusqu'en 2002, le nombre des candidats effectivement refusés par les quatre universités concernées était relativement modeste, mais il a considérablement augmenté à partir de 2003, pour atteindre le pic de 649 en 2006 ; cette année-là, pour la première fois, 50 % des candidats aux études de médecine ayant réussi leur test d'aptitude ont été refusés (la proportion avait été de 44 % en 2005).

À l'issue du test d'aptitude, les quatre universités se voient attribuer un nombre donné de places. L'expérience montre que de nombreux candidats qui ont obtenu une place n'entreprennent finalement pas leurs études de médecine, par exem-

27 CRUS, Conférence des recteurs d'universités suisses, Kurt Wechsler ; <http://www.crus.ch/deutsch/Med/>

28 Les données proviennent de la CRUS (*ibid.*) et du Centre « Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik » du département de psychologie de l'université de Fribourg, 2006, p. 15

ple parce qu'ils n'ont pas obtenu une place là où ils voulaient, ou alors parce qu'ils choisissent au dernier moment un autre domaine d'études. Ce phénomène a eu pour effet que pendant des années, les universités pratiquant le NC ne faisaient pas le plein d'étudiants ; ce n'est plus le cas aujourd'hui, le système ayant été manifestement amélioré par un dispositif de « surréservations » délibérées.

Tableau 4 : statistiques des universités pratiquant le NC (Bâle, Berne, Fribourg et Zurich), 1998-2006, médecine humaine

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Inscriptions à la CRUS en février	1020	845	844	974	1080	1177	1360	1525	1712	2171
Candidats ayant réussi le test d'aptitude	750	678	670	736	805	907	1051	1143	1302	1374
Places disponibles	620	546	546	583	648	598	546	546	546	583
Places attribuées (avec surréservation)	669	631	652	672	758	705	624	640	653	685
Étudiants inscrits en première année	595	528	530	566	638	600	529	561	559	
Candidats refusés	81	42	14	58	47	202	426	503	649	720
Pourcentage de candidats obtenant une place	89	94	98	92	94	78	59	56	50	49

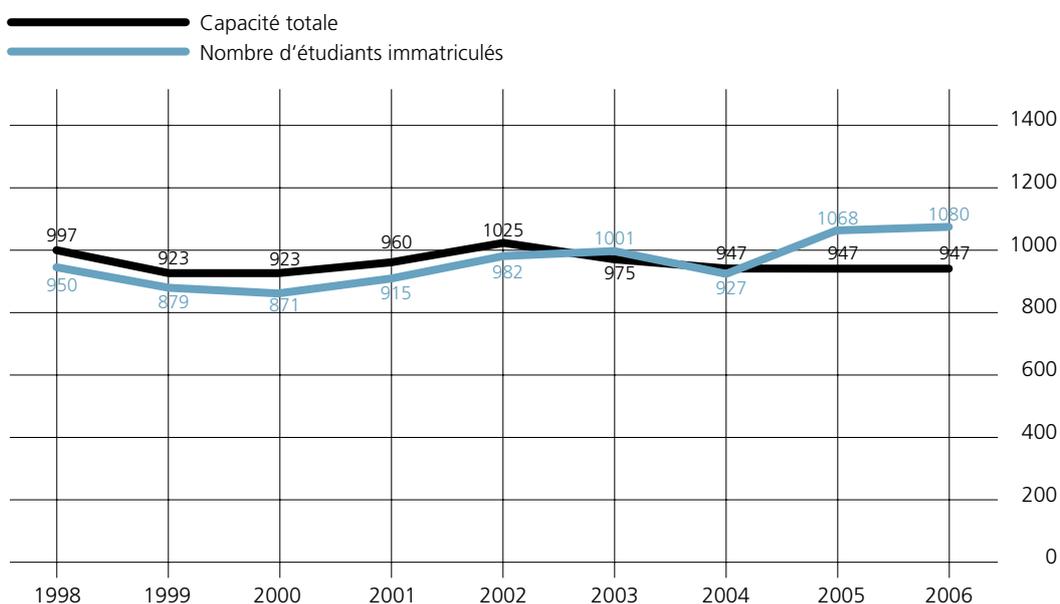
/38

Source : Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik, université de Fribourg

Le graphique 7 compare l'offre de places et le nombre de nouvelles inscriptions en médecine humaine. On constate que toutes les places sont occupées depuis 2005. Le graphique 8 fait bien ressortir l'essor de la demande de places dans les universités pratiquant le NC, ainsi que l'augmentation très prononcée du nombre de candidats refoulés depuis 2002.

Graphiques 7 et 8 : capacité d'accueil et étudiants débutants en médecine humaine

Places d'étude en médecine pour la Suisse entière



Source : CRUS

Tableau 5 : inscriptions en première année de médecine humaine, 1998 – 2006

Universités	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BÂLE	144	122	117	118	145	120	121	121	118
BERNE	122	116	120	144	148	128	121	122	129
FRIBOURG	95	104	96	104	109	113	92	109	107
GENÈVE	156	160	151	155	134	174	177	207	219
LAUSANNE	168	163	164	168	179	192	187	258	268
NEUCHÂTEL	31	28	27	26	31	35	34	42	34
ZURICH	234	196	197	200	236	239	195	209	205
Total	950	879	871	915	1025	1001	927	1068	1080

Source : CRUS

Voir également graphique 7, p. 38.

/40

2.4 Pouvoir d'attraction des études de médecine

Le nombre des candidats à des études de médecine humaine aux universités de Bâle, de Berne, de Fribourg et de Zurich croît constamment depuis 2001, malgré le NC. Entre 2000 et 2006, le nombre des inscriptions au test d'aptitude aux études de médecine en Suisse (AMS) a bondi de 844 à 1 712, et celui des succès à ses épreuves de 637 à 1 263. Il y avait 670 personnes désireuses d'entreprendre des études de médecine en 2000, mais 1 302 en 2006³¹. De 2004 à 2006, le nombre des nouvelles inscriptions est passé de 187 à 268 à Lausanne, et de 177 à 219 à Genève.

On ne sait pas si l'essor des effectifs en Suisse romande est lié au nombre élevé d'étudiants refoulés en Suisse alémanique, ni non plus si les candidats craignent davantage le NC des universités alémaniques ou la sélection romande en fin de première année.

Le 15 février 2007, la CRUS a enregistré le nombre inégalé de 3 042 préinscriptions pour les 984 places disponibles dans l'ensemble des sept universités, soit 2 171 candidats pour les 583 places offertes dans les universités NC de Bâle, Berne, Fribourg et Zurich (1 374 ont finalement complété le test d'aptitude), et 871 inscriptions pour Genève, Lausanne et Neuchâtel.

2.5 Motifs sous-tendant le choix d'un domaine d'études

Deux enquêtes se sont penchées sur les motifs sous-tendant le choix d'un domaine d'études.

1) *Projet « CHOIX DE FILIÈRE – Motivation et orientation » du Centre d'études de la science et de la technologie (CEST)*

Objectifs de la recherche

- Sonder les mécanismes du choix de filière ainsi que les effets de l'orientation sur le fond des expériences, des attitudes et des attentes des jeunes gens.
- Montrer les possibilités d'action en vue d'un pilotage du choix de filière d'une part, d'un perfectionnement de l'orientation de l'autre - conçue comme une préparation globale et un soutien important des futurs étudiants.

Objets de la recherche

- Choix de filière : quelles filières, choisies par quels gymnasiens, avec quels motifs, sur la base de quels facteurs ? Quelles sont les phases qui structurent le processus décisionnel ?
- Orientation : par qui, quand, dans quelle forme (officielle, cachée), où, avec quels contenus ? Quelles sont les offres perçues, comment sont-elles reçues et utilisées ? Quel rôle l'orientation peut-elle jouer dans le cadre du processus décisionnel ?
- Expériences universitaires, changement de filière : quelles expériences faites par les étudiants débutants ? Quelles expériences faites par les personnes ayant changé de discipline ?

/41

La médecine n'était pas une filière retenue à titre d'exemple dans l'enquête sur les changements de filières. Sur les 35 entretiens semi-directifs, sept personnes seulement avaient fait figurer les études de médecine dans leur liste restreinte d'options, avaient opté pour elles, ou en avaient même entamé (et les avaient interrompues). L'échantillon est trop réduit pour qu'il soit possible de le considérer comme fondant une observation représentative.

2) « *Étudiants 2001* » et « *Étudiants 2004* », deux enquêtes de l'université de Genève
Dans l'enquête *Étudiants 2001*³², le département de sociologie de l'université de Genève avait interrogé tous les étudiants entrant à l'université de Genève au mois d'octobre 2001. Il s'agissait d'éclairer les motifs qui les avaient conduits à choisir un domaine d'études, la cohérence et le contexte de leur choix, leur impression à l'entrée à l'université, et le degré auquel l'université répondait à leurs attentes. L'enquête de suivi, *Étudiants 2004*³³, mettait l'accent sur les rapports entre l'université et les étudiants, ainsi que sur leurs conditions de vie. Elle ne s'intéressait plus aux étudiants débutants, mais à ceux qui étaient sur le point de terminer.

Les résultats montrent que la motivation des étudiants en médecine est relativement uniforme en ce qui concerne le choix de leurs études. Ils étaient aussi les plus déterminés dans leur décision par rapport à leurs camarades d'autres disciplines. Il n'y a guère d'autres filières dans lesquelles le désir de réaliser un rêve soit aussi répandu qu'en médecine. Il apparaît en outre que le revenu et le prestige ne motivent pas les étudiants de médecine plus que les autres.

32 Université de Genève : Atzamba H., Petroff-Bartholdi C. 2003

33 Université de Genève : Stassen et al. 2005

2.6 Proportion de femmes parmi les étudiants en médecine

Les effectifs étudiants sont restés relativement constants en médecine humaine depuis 1980, à un peu plus de 7 000 personnes³⁴. L'OFS en dénombrait 7 221 en 1991-92, puis a observé une progression constante jusqu'à 1997-98 (7 858), suivie d'une retombée à un peu moins de 7 100 jusqu'à l'année 2001-02 ; depuis, l'effectif fluctue un peu au-dessus de 7 000. Il y a eu 7 070 personnes inscrites pour l'année 2005-06.

La répartition entre les sexes n'est toutefois pas restée constante en médecine : le nombre des étudiants en médecine et pharmacie s'est contracté de 36 % entre 1980 et 2003, celui des étudiantes a bondi de 74 %. En médecine humaine, la proportion d'étudiantes est passée de 46,9 % en 1996-97 à 56,8 % en 2005-06.

2.7 Diplômes

/42

Les diplômes décernés en médecine humaine accusent un net repli depuis 1999. Selon l'OFS³⁵, il y en a eu 776 en 1990 ; ce nombre a progressé pour atteindre 821 en 1999, et retomber ensuite jusqu'en 2005, à 623. La contraction est ainsi de 25 %. On constate notamment un effondrement entre 1999 et 2003.

Il y a eu 126 diplômes de médecine dentaire de décernés en 1990 ; ce chiffre s'est ensuite quelque peu contracté, pour remonter à 110 en 2005.

MEDUSE, la statistique de l'OFSP sur les examens fédéraux de médecine, témoigne aussi d'un recul des diplômes³⁶, avec 982 candidats reçus en 1999 à l'examen de médecine humaine contre 652 en 2005, soit une chute de 33 % en six ans.

L'écart entre les chiffres de l'OFS et ceux de l'OFSP s'explique par le fait que l'OFS recense tous les diplômes et certificats délivrés par les universités, c'est-à-dire même les diplômes cantonaux. L'OFSP, en revanche, ne s'intéresse qu'à l'examen fédéral (national) qu'il organise.

Le CSST a proposé que la CRUS procède à une analyse approfondie des causes de cette contraction.

2.8 Sélection en cours de formation

MEDUSE donne des indications sur l'examen fédéral de médecine qu'organise l'OFSP. La statistique fournit les résultats détaillés des trois épreuves (première, deuxième et troisième années formant la première partie de l'examen), ainsi que de l'examen final, avec ventilation entre les sept centres universitaires. Elle donne à chaque fois le nombre des candidats reçus et refusés.

34 OFS 2005, P. 7 ; OFS , 2006a Tableau Studierende nach Fachrichtung und Geschlecht seit 1996/97

35 OFS 2006b

36 OFSP, statistique des examens fédéraux de médecine 1989 – 2005, fournis : examen 1991 : 708 ; 1992 : 692 ; 1993 : 661 ; 1994 : 731 ; 1995 : 748 ; 1996 : 806 ; 1997 : 807

Un entretien avec des représentants de l'OFSP a confirmé que l'interprétation de ces chiffres en séquence n'est pas vraiment possible, pour un certain nombre de raisons :

- les épreuves de première et de deuxième années sont communes aux étudiants de médecine humaine et dentaire ;
- le déroulement des études de médecine n'est souvent pas linéaire ; pour une durée totale des études excédant les six ans, la statistique ne montre pas combien de temps un candidat s'accorde pour se présenter à un examen, ni combien de fois il refait une année ;
- la statistique ne reflète pas les mouvements complexes d'étudiants de Fribourg et Neuchâtel vers les autres universités ;
- elle ne montre pas non plus s'il existe des différences entre les universités pratiquant le NC et les autres en ce qui concerne les examens auxquels sont soumis les étudiants ; les chiffres indiquent que la sélection de fin de première année, mais aussi de deuxième année, est partout très rigoureuse (particulièrement à Lausanne).

2.9 Réforme de Bologne

/43

À l'issue d'un long processus de réforme des études au sein des facultés de médecine, et sur la base de la révision de la loi sur les professions médicales, la *Commission interfacultés médicales suisse* (CIMS) a préparé avec le concours des facultés de médecine et de panels d'experts des diverses disciplines enseignées, ainsi que l'assistance de l'OFSP, un catalogue national d'objectifs pédagogiques pour les études de médecine. Il contient de claires prescriptions en ce qui concerne les objectifs des études de médecine, et fonde les examens de diplôme et les contrôles d'accréditation visés dans la loi sur les professions médicales. Il a été possible, moyennant un petit nombre d'ajustements, d'aligner les nouveaux programmes d'études sur le modèle de Bologne.

La structure de Bologne est introduite dans toutes les universités pour l'année 2007-08 – sauf à Zurich, qui suivra un an plus tard. Il s'agit d'un cursus de bachelor en trois ans, puis d'un master en trois ans également, dont une année de pratique clinique (graphique 9). Le modèle repose sur les principes suivants :

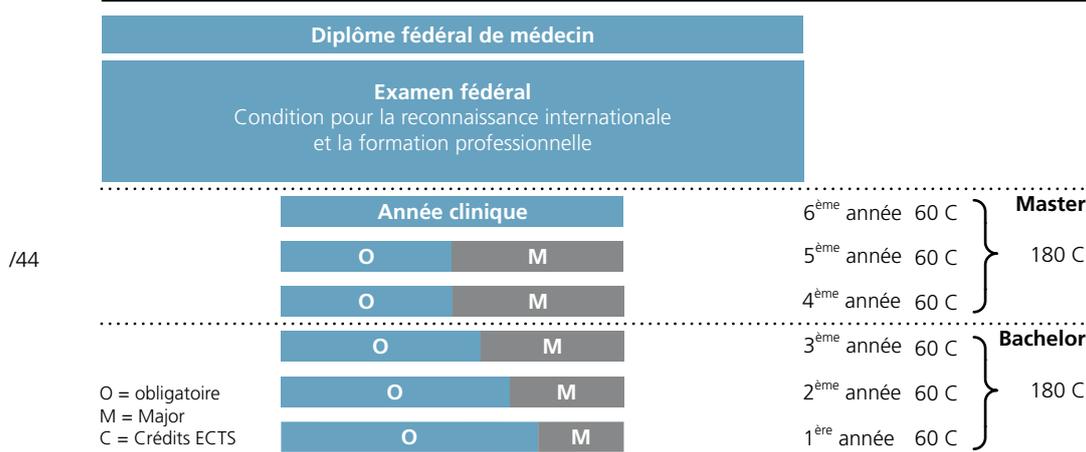
- la formation commence par le diplôme de bachelor (180 ECTS, en trois ans) ;
- vient ensuite un cursus intégré de master, comportant une année de formation clinique, le tout valant 360 ECTS (en six ans) ;
- après le bachelor, les étudiants peuvent :
 - a) entrer directement en master ;
 - b) bifurquer vers un autre domaine d'études ;
 - c) quitter l'université (par exemple pour suivre une formation professionnelle spécifique dans l'industrie pharmaceutique ou en technologie médicale), quitte à revenir plus tard au master.
- Les personnes se dirigeant vers la profession de médecin suivent pendant ou après le master la formation clinique d'une année. Puis c'est l'examen fédéral, suivi de la formation postgrade sous supervision, comme le prévoit la LPMéd.
- Les personnes qui ne se destinent pas à l'exercice de la médecine peuvent obtenir après deux ans le master de sciences (en médecine), puis entrer en doctorat. Il de-

meure possible d'effectuer ultérieurement l'année de pratique clinique nécessaire à l'obtention du Master in medicine, de même que la formation clinique postgrade.

- La distinction entre tronc commun et options permet aux étudiants de se préparer dès le premier cycle à leur formation postgrade, qui peut les conduire soit vers l'exercice de la médecine, soit vers une formation scientifique à caractère plus hospitalier, sanctionnée par le doctorat³⁷ ;

Graphique 9 : recommandations de la CRUS concernant le modèle de Bologne, projet du 21.02.07

Filière d'études Médecine humaine



2.10 Évolution des capacités d'accueil dans d'autres pays

Au début des années 90, la France a considérablement réduit le nombre de places d'études, de 8 500 à 3 500, pour le remonter ensuite ; en 2005, il atteignait 6 300. Le *numerus clausus* a été fixé à 7 000 pour 2006, niveau qu'il est prévu de maintenir jusqu'en 2010³⁸.

Cette décision a été notamment justifiée par le besoin de rattrapage consécutif au faible nombre de personnes formées dans les années 90, par la contraction des effectifs due au nombre de médecins partant à la retraite dans certaines spécialités, et par l'augmentation générale de la demande de soins médicaux.

Au Royaume-Uni, quatre écoles de médecine ont été ouvertes depuis 2000, ce qui correspond à un volume d'un millier de nouveaux étudiants. Les effectifs étudiants ont ensuite crû de 40 % en médecine³⁹.

L'Autriche offre 250 places d'étudiants de plus en médecine depuis l'année 2006-07, soit une augmentation de capacité de 20 % (de 1 250 à 1 500 places)⁴⁰.

Cette augmentation s'explique surtout par un arrêt de la Cour de justice des communautés européennes de 2005, qui oblige l'Autriche à ouvrir ses universités aux

37 CRUS 2005 ; CRUS 2006
38 Douste-Blazy P. 2005; Bertrand X. 2006
39 CHMS 2004
40 Österreichische Rektorenkonferenz 2006

citoyens de l'UE. La proportion d'étudiants autrichiens commençant des études de médecine avait alors chuté jusqu'à 45 %. L'accroissement de la capacité d'accueil fait partie d'une *clause de sauvegarde* garantissant que 75 % des places demeurent réservées aux titulaires d'une maturité autrichienne. Ainsi l'Autriche peut-elle assurer la relève de ses médecins, dont quelque 6 500 vont prendre leur retraite dans les dix années qui viennent.

Aux États-Unis, la Fédération des écoles de médecine (*Association of American Medical Colleges, AAMC*) demande 5 000 places de plus (30 %) d'ici 2015 pour pallier la pénurie de médecins escomptée pour 2020. Elle prévoit qu'il faudra huit ans aux écoles de médecine pour accroître leurs capacités de 30 %. Ce qui veut dire que les résultats ne commenceront à se faire sentir qu'en 2022, lorsque sortira la première promotion redimensionnée de médecins prêts à exercer. Elle justifie ce relèvement considérable de capacités par le gonflement et le vieillissement de la population, l'accroissement de la demande de soins, l'insuffisance de la relève, la dépendance considérable à l'égard des médecins étrangers, et la fuite des cerveaux qu'elle provoque dans des pays moins développés.

/45

Dans un rapport publié en 2007, le Conseil de la Science allemand (*Deutscher Wissenschaftsrat*) constate que l'Allemagne ne possède pas de données fiables sur ses capacités d'accueil en formation et sur les diplômes décernés⁴¹, ni non plus sur l'évolution du nombre de médecins. Il estime qu'il est indispensable, pour déterminer convenablement les besoins et les capacités, de garantir la cohérence des statistiques médicales. C'est pour cette raison qu'il ne formule pour l'instant pas de recommandations en matière de capacités d'accueil des étudiants.



3 Formation postgrade

/47

- Synthèse : formation postgrade /48
- 3.1 Programmes de formation postgrade en Suisse /49
- 3.2 Démographie médicale dans les établissements de formation postgrade reconnus /50
- 3.3 Choix d'une profession et objectif professionnel chez les étudiants en médecine /52
- 3.4 Titres de formation postgrade décernés en médecine de premier recours /54
- 3.5 Encouragement de la médecine de premier recours /55

Synthèse : formation postgrade

Programmes

La formation médicale postgrade présente un haut degré de spécialisation, avec un total de 44 programmes accrédités, dont 14 seulement reconnus comme titres de spécialiste dans tous les pays de l'UE. Ces dernières années encore, de nouveaux titres ont été continuellement créés, sans que les structures soient ajustées en conséquence. Il n'y a pas encore eu de réflexion générale sur le système de formation postgrade visant à repenser l'offre à la lumière des besoins. En revanche, la formation postgrade s'est davantage centrée ces dernières années sur la médecine de premier recours dans diverses disciplines.

La durée obligatoire des programmes de formation postgrade est du même ordre de grandeur que ce que l'on observe dans d'autres pays de l'UE ou de l'AELE – mais la formation est en réalité plus longue. L'obligation de reconnaissance des titres étrangers, obtenus à l'issue d'une formation parfois nettement plus courte, a ouvert le débat sur la durée de la formation postgrade en Suisse. Mais l'extension du domaine d'application de la loi sur le travail aux médecins assistants appellerait dans certaines spécialités une prolongation de la durée de la formation.

/48

En résumé,

il existe en Suisse 44 programmes accrédités de formation débouchant sur un titre de spécialiste, dont 14 seulement reconnus dans tous les pays de l'UE. Il n'y a pas eu d'ajustement structurel ces dernières années, ce qui aboutit à un déficit de continuité entre les nouvelles études de médecine et la formation postgrade.

Postes

Les hôpitaux ont continuellement créé de nouveaux postes d'assistants ces dernières années, notamment dans le sillage de l'extension du domaine d'application de la loi sur le travail aux médecins assistants. Or ces postes sont de moins en moins occupés par des candidats suisses. Entre 2000 et 2006, la progression des postes a été de 2,4 % dans les établissements de formation agréés, soit un total de 8 683 postes, tandis que le nombre des assistants titulaires d'un diplôme Suisse retombait d'un sixième, à 5 572, et celui des titulaires d'un diplôme étranger doublait presque, pour passer à 3 111.

En résumé,

pour pourvoir leurs postes d'assistants, les hôpitaux trouvent de moins en moins de médecins titulaires d'un diplôme suisse, dont le nombre a chuté d'un sixième – celui des titulaires d'un diplôme étranger ayant en revanche presque doublé.

Choix d'une profession et objectif professionnel chez les étudiants et les assistants en médecine

Relativement peu d'étudiants et d'assistants s'intéressent à la médecine générale. Sur plus de 500 assistants interrogés, 82,3 % avaient déjà choisi une spécialité en quatrième année ; 9,7 % seulement d'entre eux avaient opté pour la médecine générale (sachant que les généralistes représentent aujourd'hui un peu plus de 20 % des médecins en exercice). La médecine générale est surtout choisie par les femmes souhaitant travailler dans un cabinet de groupe.

La représentativité de l'enquête est toutefois limitée, du fait que les étudiants de Suisse francophone n'avaient pas été interrogés.

La statistique des titres de formation postgrade décernés ces dernières années ne permet pas de déterminer si la relève manquera en médecine générale.

En résumé,

un peu moins de 10 % des médecins assistants optent pour la médecine générale en formation postgrade, alors que 20 % des médecins en exercice sont des généralistes à l'heure actuelle.

/49

Encouragement de la médecine de premier recours

Après celle de Bâle, l'université de Zurich prévoit de créer un institut de médecine de premier recours.

Le projet d'assistantat en cabinet médical vise à une meilleure préparation professionnelle des futurs médecins de premier recours ; les assistants passeraient une partie de leur formation postgrade dans un cabinet médical. Le département fédéral de l'Intérieur et la Conférence des directeurs cantonaux de la santé s'en félicitent. Divers modèles font l'objet d'une promotion active et sont déployés dans une dizaine de cantons. Mais ils ne suffiront pas à étoffer durablement les effectifs de médecins de premier recours, pour des raisons d'ordre quantitatif, financier et structurel, et compte tenu de leur manque d'orientation vers l'avenir.

En résumé,

on ne peut que se féliciter de la création de chaires et d'instituts de médecine de premier recours, ainsi que du projet d'assistantat en cabinet médical, car toutes ces initiatives encouragent la médecine de premier recours.

3.1 Programmes de formation postgrade en Suisse

L'obtention d'un titre de spécialiste exige cinq ou six ans de formation postgrade après les études de médecine. La directive de l'UE et l'accord de libre circulation n'imposent que trois ans de formation postgrade pour l'obtention du titre de médecin praticien⁴². Mais en Suisse, il faut en pratique compter plus longtemps entre le début de l'assistantat et l'obtention du titre : en général, la formation professionnelle

complète, depuis l'entrée en études de médecine jusqu'à l'obtention du titre de spécialiste, dure de 12 à 14 ans, soit six ou sept ans d'études de médecine et six ou sept encore de formation postgrade.

Sur les 44 titres sanctionnant la formation postgrade, 14 seulement sont reconnus dans tous les pays de l'UE. Depuis 2002, l'examen final est obligatoire pour obtenir le titre fédéral de spécialiste. La formation postgrade minimum obligatoire est de trois ans. Depuis 2002, il n'est donc plus possible d'exercer sans titre postgrade fédéral.

La formation postgrade s'effectue surtout dans les hôpitaux. Outre la formation pratique, les membres des facultés de médecine contribuent de façon déterminante à la formation théorique et pratique postgrade. Le DFI a examiné et accrédité en 2005 les 44 programmes de formation postgrade. Dans tous ces programmes, des obligations ont été imposées, et des recommandations émises pour remédier aux lacunes constatées⁴³.

/50 La durée réglementaire des études est comparable en Suisse aux normes d'autres pays de l'UE et de l'AELE. Cela dit, la formation postgrade est notablement plus courte dans divers pays – entre trois et cinq ans pour un médecin de famille dans les pays de l'UE⁴⁴. Cette question de la durée de la formation postgrade des médecins est à nouveau d'actualité avec la conclusion des accords de libre circulation avec les pays de l'UE et de l'AELE. L'extension du domaine d'application de la loi sur le travail aux médecins assistants de certaines disciplines pourrait aller en sens inverse : pour garantir la qualité, une prolongation de la durée de la formation postgrade pourrait être nécessaire.

Sur le problème du remplacement des médecins assistants par des médecins hospitaliers, voir Boyd J. *et al.*, « Comparison of Outcome Measures for a Traditional Pediatric Faculty Service and Nonfaculty Hospitalist Services in a Community Teaching Hospital », in *Pediatrics*, vol 118 n° 4, octobre 2006

3.2 Démographie médicale dans les établissements de formation postgrade reconnus

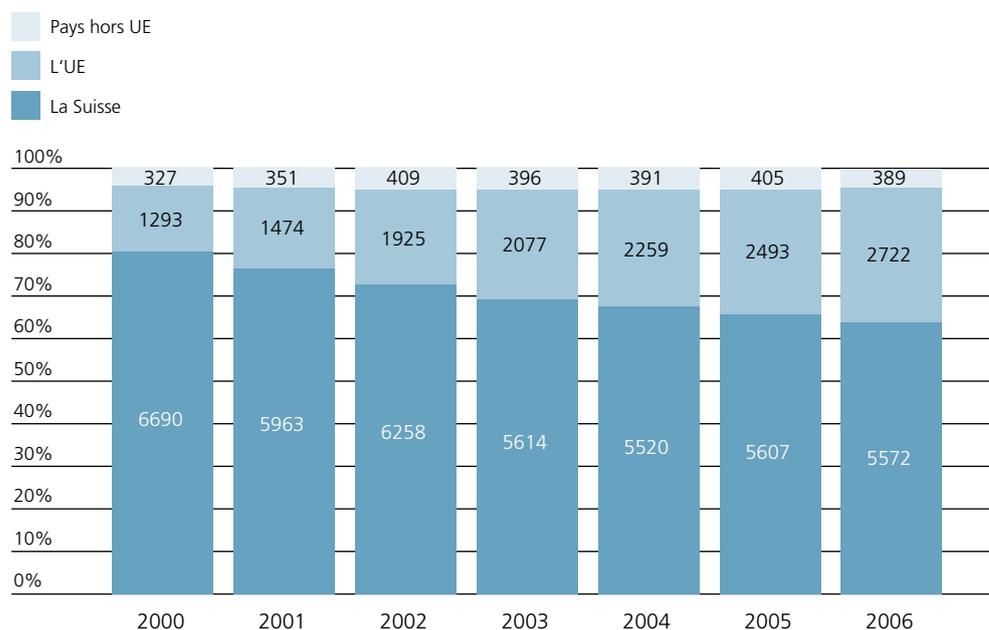
Comme le montre le graphique 10, le nombre des postes d'assistants augmente constamment. Mais en même temps, ces postes sont de moins en moins occupés par des titulaires d'un diplôme fédéral, dont le nombre a reculé de 16,7 % entre 2000 et 2006 – ce qui explique l'afflux d'assistants titulaires d'un diplôme étranger. Si le nombre des assistants venus de pays extérieurs à l'UE n'a que légèrement progressé, celui des ressortissants de l'UE a bondi de 110,6 %. Cette statistique ne recense que les assistants en formation postgrade ; on peut donc supputer que la proportion de médecins étrangers, venus en particulier de pays extérieurs à l'UE, est très élevée pour les postes d'assistants non réservés à une formation postgrade.

43 OFSP, <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00415/00580/index.html?lang=fr>

44 CDS 2006, p. 19

Graphique 10: démographie médicale et postes de formation postgrade reconnus

Places de formation postgrade 2000-2006
Médecins assistants avec un diplôme de



Les chiffres des colonnes sont les nombres annuels de postes de formation postgrade, ventilés selon le pays de délivrance du diplôme ; les ordonnées permettent de retrouver la proportion de chaque groupe de diplômés.

Source : FMH, démographie médicale dans les établissements de formation postgraduée reconnus (attention : ces chiffres n'englobent pas tous les postes d'assistant, car un nombre croissant d'assistants sont employés sur des postes non liés officiellement à une formation postgrade).

Les enquêtes menées annuellement⁴⁵ confirment la tendance à la croissance du nombre de médecins assistants titulaires d'un examen d'État étranger : 40 % environ des assistants interrogés en 2006 indiquaient avoir passé leur examen d'État à l'étranger (taux de retour : 65 % ; 5 641 personnes interrogées ; tableau 6).

Tableau 6 : origine des examens d'État des médecins assistants, relevés 2003-2006

	2003		2004		2005		2006	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SUISSE	3561	67.8%	3436	64.7%	3555	62.7%	3397	60.8%
ÉTRANGER	1692	32.2%	1876	35.3%	2116	37.3%	2190	39.2%

Source : *Bulletin des médecins suisses*

L'enquête 2006 a par ailleurs révélé des écarts sensibles entre régions linguistiques pour ce qui est de l'origine des médecins assistants. C'est en Suisse romande que l'examen fédéral suisse est le mieux représenté (74,1 %) ; il l'est moins en Suisse alémanique (57,1 %) et au Tessin (40,8 %). Au Tessin, 43,3 % des assistants ont obtenu leur examen d'État en Italie. En Suisse alémanique, 36 % environ des assistants sont titulaires d'un examen d'État allemand.

On observe des écarts d'une spécialité à l'autre. Le tableau 7 montre que les assistants travaillant sur des postes de formation de médecine générale et de psychiatrie ont en majorité suivi leur formation à l'étranger.

Tableau 7 : assistants en formation postgrade selon la région ou le pays d'origine du diplôme

Formation postgrade	Pays d'obtention du diplôme			Total	% titulaires d'un diplôme suisse
	CH	UE	Autres		
Médecine générale	51	45	9	105	48.6
Médecine interne	1522	439	60	2117	74.3
Gynécologie-obstétrique	289	179	17	485	59.6
Pédiatrie	313	55	12	380	82.4
Spécialités non chirurgicales	986	273	48	1307	75.4
Spécialités chirurgicales et anesthésiologie	1530	814	70	2414	63.4
Psychiatrie	655	515	170	1340	48.9
Autres	173	129	16	318	54.4
Total	5519	2449	393	8361	66.0

/52

Source : Enquête auprès des établissements de formation postgrade 2005 (FMH). Analyse : Obsan

3.3 Choix d'une profession et objectif professionnel chez les étudiants en médecine

Deux études ont été consacrées à la question.

1) Étude Tschudi P. et al., Institut für Hausarztmedizin IHAMB de l'université de Bâle L'IHAMB (Dr. Tschudi et al.) interroge depuis 2002 tous les étudiants de première, de troisième, de quatrième et de sixième années de médecine, notamment sur :

- l'objectif professionnel qu'ils veulent atteindre après avoir terminé leur spécialité ;
- la spécialisation, le type de cabinet et son lieu pour les médecins en pratique indépendante,
- l'impact du débat politique et social consacré aux médecins de famille sur leur choix professionnel ;
- leur avis sur la profession de médecin de famille ;
- les facteurs qui les poussent à opter pour la médecine de famille, ou les en détournent ;
- le taux d'activité qu'ils souhaitent avoir à l'issue de leur spécialité.

Selon Halter et al.⁴⁶, l'analyse comparative des premiers résultats (octobre 2002-août 2004) révèle que de nombreux étudiants n'ont pas de plan de carrière : 18 % ne seraient toujours pas décidés à la fin de leurs études ; 41 % souhaitent une activité hospitalière, et 33 % seulement déclarent vouloir travailler en pratique indé-

pendante. La proportion d'étudiants souhaitant pratiquer la médecine de premier recours augmente nettement pendant le stage dans le cabinet d'un médecin de famille (de 4 % à 10 %, $p = 0,01$). Le phénomène est plus marqué chez les femmes ; la proportion d'étudiantes est d'ailleurs en forte croissance à Bâle.

2) *Étude Buddeberg-Fischer Barbara et al., service de médecine psychosociale de l'hôpital universitaire de Zurich : Determinanten der Karriereentwicklung junger Ärztinnen und Ärzte*⁴⁷

Cette étude longitudinale entamée à l'automne 2000 est soutenue par le FNS et l'OFSP. Elle porte sur des diplômés de médecine humaine des universités de Bâle, de Berne et de Zurich ayant passé leur examen d'État en 2001 et 2003. Trois enquêtes ont été réalisées jusqu'à présent auprès d'eux en sixième année de formation universitaire, ainsi qu'en deuxième et en quatrième années de formation postgrade. Une quatrième est prévue pour janvier 2007 auprès des deux cohortes ; le questionnaire contient une section détaillée sur la médecine de famille.

Klaghofer⁴⁸ décrit d'intéressants résultats, notamment les suivants.

/53

Spécialité visée : dans le groupe de 515 étudiants au moment du troisième relevé (en quatrième année de formation postgrade), 434 (soit 82,3 %) avaient choisi une spécialité ; 42 (9,7 %) d'entre eux avaient opté pour la médecine générale, dont 24 femmes et 18 hommes. Dix (soit 8,6 % de 116) avaient passé leur examen fédéral à Bâle, quinze (soit 11,6 % de 129) à Berne, et dix-sept (9 % de 189) à Zurich

Constance du choix de la médecine générale en formation postgrade : douze étudiants avaient déclaré viser la médecine générale dans les trois relevés, huit avaient changé entre le premier et le troisième d'une autre spécialité vers la médecine générale (immigrants), et dix-neuf avaient abandonné l'idée de la médecine générale pour une autre spécialité au cours de la même période (émigrants). Ce qui montre que le nombre de médecins maintenant leur orientation vers la médecine générale tout au long de leur formation postgrade est très restreint, celui des « émigrants » relativement élevé. Cette tendance devrait encore se renforcer du fait que la clause du besoin retient les médecins plus longtemps à l'hôpital.

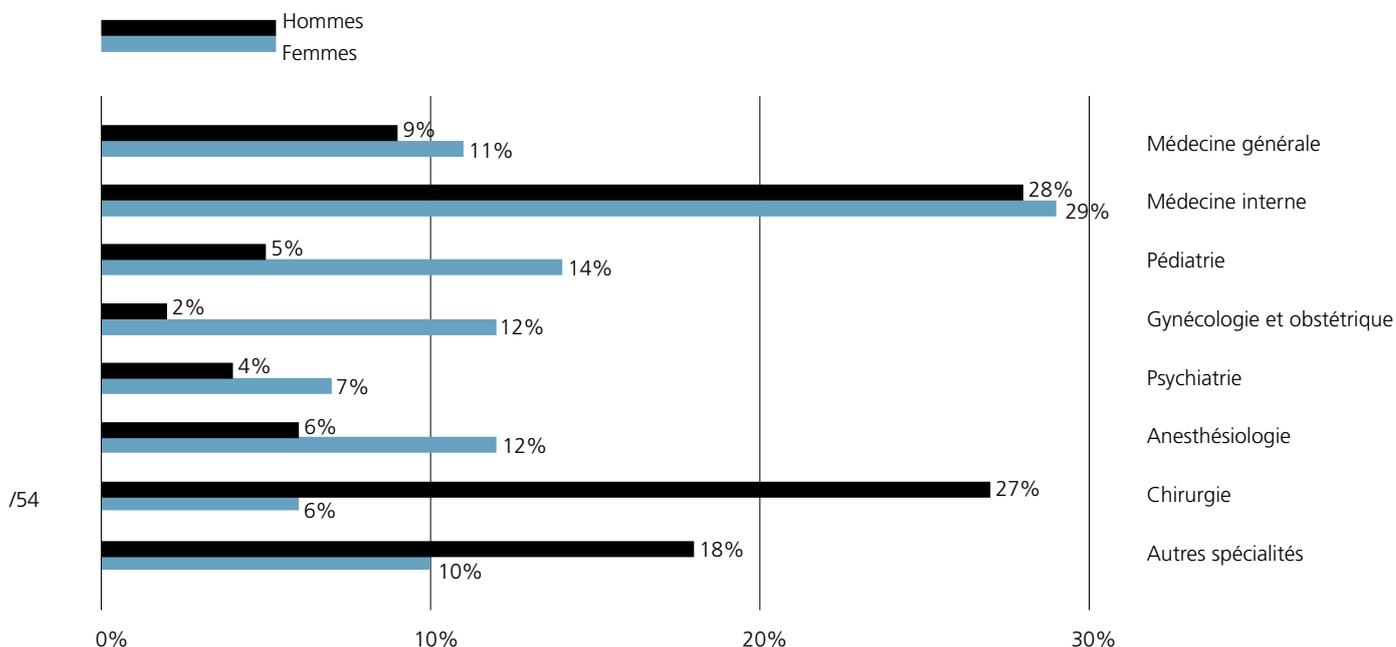
Le graphique 11 présente les orientations envisagées par les étudiants en médecine.

47 Six publications sur cette étude jusqu'à présent de Buddeberg et al. (voir bibliographie)

48 Klaghofer R. 2006

Graphique 11 : choix d'une profession et objectif professionnel chez les médecins assistants

Intentions de choix d'une spécialité en 3^e année de formation postgrade :
% selon la spécialité et le sexe



Cohorte de troisième année : n=522 ; dont 439 décidés et 93 indécis.
Les pourcentages se fondent sur les 439 personnes décidées, avec ventilation entre les hommes et les femmes.

Tiré du tableau 3 de « *Swiss residents' speciality choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals* », B. Buddeberg-Fischer et al., BMC Health Services Research 2006

A la demande du CSST, une étude est en préparation, sur les motivations du choix d'une spécialité médicale ; elle permettra la comparaison entre la Suisse romande et la Suisse alémanique ; elle est réalisée dans le cadre d'une coopération entre le CEST et l'IML de Berne.

3.4 Titres de formation postgrade décernés en médecine de premier recours⁴⁹

Le tableau 8 présente l'évolution du nombre de titres de formation postgrade décernés en médecine de premier recours entre 2000 et 2005. L'interprétation des résultats est rendue plus difficile par la modification de 2002 de la loi sur les professions médicales, qui s'est traduite par un bond des titres postgrades décernés en médecine générale, et du nombre des médecins praticiens (nouveau titre conforme aux directives de l'UE). Il faut aussi mentionner qu'un médecin peut être titulaire de plusieurs titres de spécialiste. On constate toutefois qu'en 2004 et 2005, plus de 50 % des titres de spécialiste décernés relevaient de la médecine de premier recours.

49 Statistique médicale FMH, Octroi des titres fédéraux de spécialiste
http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/import_fmh/ict/statistik/2005/sts2005-12.pdf

Tableau 8 : titres postgrades décernés en médecine de premier recours, 2000-2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Médecine générale	96	103	468	433	167	96	128
<i>dont femmes</i>	42	32	147	131	60	45	52
Médecine interne	188	166	259	219	289	231	145
<i>dont femmes</i>	66	51	100	82	127	105	60
Pédiatrie	44	29	79	68	69	66	81
<i>dont femmes</i>	30	15	46	46	47	37	54
Gynécologie-obstétrique	37	44	61	59	38	46	18
<i>dont femmes</i>	23	27	32	44	22	35	10
Médecins praticiens			473	254	120	135	121
<i>dont femmes</i> (obtention facilitée du titre fédéral à compter du 1.6.02)			224	141	56	66	53
Total titres spécialiste décernés en médecine de premier recours	365	342	1340	1033	683	574	493
Total titres spécialiste	805	776	1609	1551	1140	1039	952
<i>dont femmes</i>	288	248	599	613	447	410	389

/55

Source : statistique médicale FMH

3.5 Encouragement de la médecine de famille

Il convient de faire une place plus large à la médecine de premier recours dans les études et la formation postgrade de médecine. Les *instances autonomes de médecine de premier recours* mises en place dans les universités de Berne, de Genève, de Lausanne et de Zurich, et surtout le premier institut de médecine de premier recours qu'a créé l'université de Bâle en mars 2005, permettent d'espérer que la situation s'améliore. L'université de Zurich créa aussi une chaire et un institut de médecine de premier recours⁵⁰. Mais la création d'instituts de médecine de premier recours n'est pas la voie royale, surtout s'ils ne sont pas convenablement dotés. Il faut mentionner aussi le modèle développé par l'université de Berne prévoyant un recentrage des contenus, transmis dans un environnement approprié. Le projet *d'assistanat en cabinet médical*⁵¹ vise à améliorer la formation professionnelle des médecins de premier recours. Il part du constat que les futurs médecins de premier recours reçoivent toute leur formation postgrade en milieu hospitalier. Pour réunir une expérience pratique, il faut qu'ils en passent une partie auprès d'un médecin-formateur. Mais un stage en cabinet, en dehors de l'hôpital, est souvent pénalisant sur le plan financier ; quelques cantons (Lucerne, Thurgovie, Vaud, par exemple) ont déjà conçu des formules palliant ce problème. La CDS et le DFI ont adopté le 26 octobre 2006 le rapport sur *le financement de la formation postgrade spécifique*⁵². Pour prévenir la discrimination par le salaire et encourager l'assistanat en cabinet, le document propose initialement que les cantons contribuent au financement. Mais cette aide doit demeurer ciblée et limitée dans le temps.

50 NZZ du 8 janvier 2007

51 Préparé par le Collège de médecine de premier recours avec l'ASMAC et la FMH

52 CDS 2006



4

Autres facteurs déterminants et développements prévisibles

/57

	Synthèse : autres facteurs déterminants et développements prévisibles	/58
4.1	Nouvelle loi sur les professions médicales (LPMéd)	/60
4.2	Application des prescriptions de la loi sur le travail	/60
4.3	Clause du besoin, ouverture de cabinets	/61
4.4	Nouveaux types de cabinets	/61
4.5	Nouvelles professions médicales	/62
4.6	Insertion du système de santé suisse dans le développement mondial	/62

Synthèse : autres facteurs déterminants et développements prévisibles

Nouvelle loi sur les professions médicales (LPMéd)

La LPMéd ouvre la voie à la réforme de Bologne. Les universités prennent une responsabilité accrue dans la formation des médecins. La Confédération remplace l'ancien examen d'État fédéral en deux parties par un nouvel examen fédéral centré sur la pratique professionnelle, que l'on présente après le master. Les programmes d'études et de formation postgrade sont soumis à accréditation. Le nouveau registre des professions médicales doit améliorer les données disponibles dans ce domaine.

En résumé,

la Confédération se retire des examens de médecine, mais entend garantir la réalisation des objectifs par la procédure d'accréditation et l'examen fédéral. Le registre des professions médicales devrait améliorer les données disponibles.

/58

Loi sur le travail

L'application des prescriptions de la loi du 1^{er} janvier 2005 sur le travail a contraint les hôpitaux à réorganiser les horaires des personnels médicaux et à créer de nouveaux postes, dont on ne connaît pas le nombre effectif. Des évaluations ont conclu à la nécessité d'un appoint de 25 %. Une pénurie de postes entraînerait inmanquablement une baisse de la qualité du suivi des patients et de la formation postgrade (raccourcissement du temps effectif de la formation postgrade des médecins).

En résumé,

l'extension du champ d'application de la loi sur le travail aux assistants a suscité un besoin de postes supplémentaires dans les hôpitaux. Si ces postes ne sont pas pourvus, la qualité du suivi des patients et la formation postgrade en souffriront inmanquablement.

Clause du besoin

L'annonce de l'extension de la clause du besoin à d'autres prestataires, au milieu de l'année 2002, a incité de nombreux médecins à demander une autorisation cantonale d'exercice avant son entrée en vigueur. Mais il n'y a pas eu de vague de création de cabinets, voire de reconnaissance de diplômes et de titres de formation postgrade émanant de pays de l'UE et de l'AELE. Dans les cantons romands notamment, de nombreux médecins travaillent actuellement à l'hôpital, se spécialisent et pourraient passer en pratique indépendante à l'abrogation de la clause du besoin. Ce qui pourrait provoquer une pénurie de médecins hospitaliers.

En résumé,

de nombreux médecins qui travaillent actuellement à l'hôpital pourraient décider d'exercer plutôt en qualité de spécialistes à l'abrogation de la clause du besoin.

Nouveaux types de cabinets

La nouvelle génération de médecins équilibre vie professionnelle et vie privée autrement que la précédente. La tendance à l'assouplissement du temps de travail va encore s'amplifier. Parmi les étudiants qui se destinent à la médecine de premier recours en cabinet, la plupart envisagent un cabinet de groupe.

Ces nouvelles formes de cabinet porteront la marque du message sur le « *managed care* », du recours aux nouvelles technologies de gestion des cabinets et des patients, et du besoin d'investissement qui en découle.

En résumé,

la tendance à l'assouplissement du temps de travail favorisera la création de cabinets de groupe et d'autres formules innovantes (*walk-in clinics*, dispensaires, permanences, HMO, etc.).

Nouvelles professions médicales

Le modèle de Bologne pourrait permettre à des personnes possédant une formation ou une expérience différente d'accéder aux études de médecine. Des filières innovantes de formation à de nouvelles professions médicales pourront voir le jour à la faveur du modèle de Bologne, moyennant des coopérations entre facultés de médecine et hautes écoles spécialisées.

/59

En résumé,

de nouvelles professions médicales pourraient venir changer la répartition du travail entre les acteurs de la santé, ce qui pourrait décharger les médecins de premier recours.

Évolution mondiale

Il manque dans le monde plus de quatre millions de professionnels de la santé. L'OMS observe, notamment en Afrique, une inquiétante pénurie : alors que l'on compte en moyenne 18,9 professionnels de la santé par millier d'habitants en Europe, et 24,8 en Amérique, il n'y en a que 2,3 en Afrique. Et c'est pourtant là que le besoin de services de santé est le plus pressant : alors que le continent concentre plus de 24 % de la morbidité mondiale, il ne dispose que de 3 % des spécialistes de la santé, et ses dépenses de santé n'atteignent même pas 1 % du total mondial.

L'Europe et l'Amérique ne peuvent préserver leur pléthore médicale et leur haut niveau d'approvisionnement en services de santé que grâce à l'immigration de professionnels étrangers – dont un nombre notable en provenance de régions déficitaires. Même si la Suisse accueille surtout des médecins de pays de l'UE, elle nourrit ainsi, par effet domino, l'immigration des médecins d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord.

En résumé,

le système de santé suisse s'appuie sur l'immigration de médecins étrangers et contribue ainsi à la fuite des cerveaux dans les pays souffrant de pénurie médicale.

4.1 Nouvelle loi sur les professions médicales (LPMéd)

La nouvelle LPMéd ouvre la voie à la réalisation du modèle de Bologne. Ce qui implique le transfert d'une responsabilité supplémentaire aux universités dans la formation des médecins. Au niveau individuel, l'examen fédéral et l'examen propédeutique fédéral tombent, et l'examen fédéral final vérifiera que les objectifs pédagogiques ont bien été atteints. Au niveau institutionnel, le contrôle est assuré par l'accréditation des études et des formations postgrade⁵³.

La loi pose en outre les bases juridiques de la création d'un registre des professions médicales universitaires.

4.2 Application des prescriptions de la loi sur le travail

/60 La loi sur le travail (loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce) s'applique depuis le 1^{er} janvier 2005 à tous les médecins assistants⁵⁴. Elle contient des prescriptions portant sur la durée du travail, le repos, le nombre de jours de travail consécutifs, le repos compensatoire du travail dominical, la durée de la semaine de travail (50 heures) et les services de garde⁵⁵.

Ces nouvelles dispositions ont contraint les hôpitaux (et les établissements de formation) à modifier leurs horaires de travail, leurs plannings et leurs modes opératoires. Il leur a fallu créer de nouveaux postes pour maintenir le niveau de suivi des patients et la qualité des formations. Les nouveaux postes ainsi créés n'ont pas été dénombrés, mais ils sont évalués à un poste d'assistant supplémentaire pour cinq existants⁵⁶.

Siegrist et al.⁵⁷ concluent, sur la base de l'enquête menée auprès des assistants en 2005, que la semaine de travail des assistants (médiane = 52 heures) a baissé par rapport aux années précédentes. La plupart estimerait que la nouvelle loi n'a pas eu d'effets néfastes sur la formation postgrade ni leur travail. Mais un quart d'entre eux auraient l'impression de ne pas arriver à fournir un travail satisfaisant dans l'horaire contractuel.

Siegrist et al.⁵⁸ ont également interrogé en 2006 les responsables de 1 370 établissements de formation reconnus. Ils constatent que les responsables portent sur les retombées de la nouvelle loi un jugement complètement différent de celui des assistants, en percevant des effets néfastes sur les soins aux patients comme sur la formation postgrade.

53 Message concernant la loi sur les professions médicales universitaires, 3 décembre 2004

54 Il est question à Zurich d'étendre la portée de la loi sur le travail aux chefs de clinique, NZZ du 30.11.2006

55 Schneider S. 2004

56 CDS: Trutmann 2005, P. 12

57 Siegrist M. et al. 2006a

58 Siegrist M. et al. 2006b

4.3 Clause du besoin, ouverture de cabinets

En réaction à l'alourdissement constant du coût de la santé, et à la demande des médecins désireux de se prémunir contre la concurrence étrangère à l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, le Conseil fédéral a mis en place au milieu de l'année 2002 pour trois ans une clause du besoin restreignant l'offre de nouvelles prestations de santé. Concrètement, il s'agissait de geler au niveau du second semestre 2002 le nombre des médecins installés en Suisse. Cette mesure ne touchait pas les cabinets existants changeant de mains. Au second semestre 2005, le Conseil fédéral a prolongé ce régime de trois ans encore, soit jusqu'au 3 juillet 2008 tout au plus (ou jusqu'à l'entrée en vigueur d'une autre formule accompagnant la révision de la LAMal).

L'annonce de la clause du besoin avait poussé de nombreux médecins à demander une autorisation cantonale de pratique avant l'entrée en vigueur de l'ordonnance. Selon santésuisse, il y a eu plus de 2 100 demandes de numéro d'identification en 2002, soit quatre fois plus que les années précédentes. Marty *et al.* ont étudié les effets de la restriction sur le nombre de cabinets ouverts en analysant les annonces d'ouverture de cabinets parues dans le *Bulletin des médecins suisses*⁵⁹ ; ils arrivent à la conclusion que cet afflux de demandes n'a pas entraîné la ruée escomptée vers l'exercice libéral. Le nombre des ouvertures s'est sensiblement accru à la fin de l'année 2002 et au début de l'année 2003, mais à partir d'un niveau modeste, pour retomber nettement au deuxième et au troisième trimestres 2003, et même repasser en dessous de la barre des 50 au quatrième trimestre. Malgré plus de 2 000 demandes, il n'y aurait eu que 630 cabinets d'ouverts dans les six trimestres qui ont suivi l'introduction de la clause du besoin.

/61

Marty s'est également intéressé aux reprises de cabinets⁶⁰. En 2002, le *Bulletin des médecins suisses* a publié 526 offres, dont 218 de cabinets de médecine de premier recours ; dans 138 cas, c'était un généraliste qui était recherché. Le nombre des cabinets offerts en 2002 aurait donc été nettement supérieur à celui des ouvertures des années 2000, 2001, 2002 ou 2003, avec 218 cabinets de médecine de premier recours offerts en 2002, contre 162 ouvertures. L'écart a même été encore plus prononcé pour les généralistes en 2002, avec 138 cabinets offerts contre 61 seulement d'ouverts.

La restriction est appliquée, notamment dans les cantons romands. Beaucoup plus de médecins travaillent actuellement dans les hôpitaux, où ils se spécialisent. Ce qui veut dire qu'à la suppression de la clause du besoin, en 2008, il est probable que de nombreux médecins passeront en pratique indépendante comme spécialistes – ce qui pourrait susciter une pénurie de médecins hospitaliers.

4.4 Nouveaux types de cabinets

Les nouveaux types de cabinets connaissent un vif succès parmi les étudiants de médecine. Selon l'étude de Tschudi *et al.* réalisée à Bâle, 84 % des futurs médecins souhaitant ouvrir un cabinet envisagent un cabinet de groupe⁶¹. Les auteurs estiment que dans le futur, la médecine de premier recours s'appuiera en majeure

59 Marty F. *et al.* 2004

60 Marty F. 2003

61 Halter U. *et al.* 2005

re partie sur des cabinets de groupe à forte composante féminine. Cette tendance est encore confirmée, du moins pour les régions urbaines, par les résultats intermédiaires de l'étude *Obsan Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*⁶². Dans les centres, la médecine de premier recours serait donc surtout assurée par des femmes travaillant à temps partiel.

Ce changement en médecine ambulatoire favorise par ailleurs l'apparition d'autres modèles innovants : *walk-in clinics*, dispensaires, permanences, HMO, etc.

4.5 Nouvelles professions médicales

162

Le modèle de Bologne pourrait ouvrir certaines parties des études de médecine à du personnel soignant ou à des professions à caractère plus scientifique et technique. La coopération avec les hautes écoles spécialisées permettrait aussi de développer de nouvelles filières innovantes. On verrait ainsi apparaître de nouvelles professions médicales redéfinissant la répartition des tâches en médecine de premier recours. Cette dernière doit donc être envisagée dans une perspective dépassant celle des médecins. L'expérience réunie dans d'autres pays, comme les États-Unis et le Royaume-Uni, indiquerait que des soignants peuvent fournir certaines prestations tout aussi bien, voire mieux. L'OFSP rappelle que le Royaume-Uni distingue quatre secteurs : « *professional care* » des médecins, « *professional care* » d'autres professionnels de la santé, « *non-professional care* » et « *self-care* ». En Suisse aussi il convient d'étudier une répartition des secteurs garantissant des soins de santé tout à la fois de qualité et économiques. Il s'agirait d'une part de repenser la répartition des tâches entre les médecins et les autres professionnels de la santé, ce qui imposerait de concevoir de nouvelles formations associant hautes écoles spécialisées et facultés de médecine. Et il faudrait d'autre part se demander quels sont les médecins à même de fournir la médecine de premier recours la meilleure et la moins onéreuse : il est des cas où le spécialiste s'en tire mieux que le généraliste⁶³. La diversité des études et de la formation postgrade appelle un resserrement de la coopération entre les universités, les hautes écoles spécialisées et les écoles polytechniques. Le site Internet de la CDS montre comment les spécificités des hautes écoles spécialisées peuvent être mises à profit dans les formations aux métiers de la santé⁶⁴.

4.6 Insertion du système de santé suisse dans le développement mondial

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime dans son Rapport mondial sur la santé 2006 qu'il existe actuellement dans le monde un déficit de plus de 4 millions de médecins, soignants, sages-femmes et autres personnels de santé ; dans 57 pays – dont 36 en Afrique centrale –, la pénurie serait inquiétante, avec moins de 2,5 spécialistes de la santé (médecins, soignants, sages-femmes) pour mille habitants. La moyenne dans l'ensemble de l'Afrique serait de 2,3 spécialistes de la santé pour mille habitants, de 4,0 dans l'est du bassin méditerranéen, de 4,3 en Asie du Sud-Est, de 5,8 en Océanie, de 18,9 en Europe, et de 24,8 en Amérique (avec États-Unis et Canada).

62 Obsan: Jaccard Ruedin H. et al. 2007a

63 Bocquet A. et al. 2005

64 www.gdk-cds.ch

La distribution est donc très inégale dans le monde. Les régions nécessitant le plus de soins de santé sont aussi celles où la densité de spécialistes de la santé est la plus faible. Alors que l'Amérique ne connaît que 10 % de la morbidité mondiale recensée, elle possède presque 30 % de l'ensemble des spécialistes de la santé, et ses dépenses de santé représentent plus de 50 % du total mondial. L'Afrique, en revanche, concentre plus de 24 % de la morbidité mondiale, ne s'appuie que sur 3 % des spécialistes de la santé, et dépense moins de 1 % du budget mondial de la santé⁶⁵.

La Suisse ne parvient à préserver son approvisionnement en soins de santé que grâce à l'immigration de médecins et d'autres personnels de santé. Les statistiques nationales indiquent qu'il s'agit surtout de médecins de pays voisins appartenant à l'UE, notamment l'Allemagne. Mais à l'instar de la Suisse, l'Allemagne, tous les pays riches d'Europe et d'Amérique, ainsi que l'Australie sollicitent tant leur système de santé qu'ils sont loin de trouver chez eux le personnel nécessaire. Ils attirent aussi des médecins et du personnel soignant étrangers.

Dans le domaine de la formation, la Suisse est un pays ouvert, qui importe et exporte depuis toujours des médecins et autres professionnels de la santé – échanges que l'on peut qualifier de bénéfiques en soi. Mais c'est aussi un pays riche, dont le système de santé et l'enseignement médical présentent une qualité qui, tout naturellement, fait affluer les médecins étrangers – ce à quoi a contribué la conclusion de l'accord sur la libre circulation. Il n'est ni souhaitable ni réaliste de penser que la Suisse devrait vivre en autarcie médicale.

/63

Mais pour des raisons éthiques et pratiques il faut aussi se demander s'il est souhaitable que la Suisse continue de limiter ses capacités de formation en médecine, quitte à combler les déficits ainsi produits par du personnel étranger. Sur le plan moral, il s'agit surtout du fait qu'elle entretient l'effet domino, alors que de nombreux pays pauvres souffrent déjà d'une très forte pénurie médicale.

Et sur le plan pratique, il est de plus en plus risqué, en des temps de pénurie globale, de miser sur l'afflux continu d'un contingent suffisant de médecins étrangers, possédant les compétences linguistiques et médicales requises chez nous. Il est tout de même paradoxal que la Suisse procède à une réforme exemplaire de ses études universitaires de médecine, et cela pour ne former que trop peu de médecins et devoir faire appel à des médecins étrangers qui n'ont pas bénéficié de ces réformes. S'étant dotée d'un système de formation hors pair, elle devrait plutôt être capable d'exporter des médecins excellents.



Conclusions et recommandations

Conclusions

Le Secrétariat d'État avait chargé le CSST d'élucider la question fondamentale de savoir si le pays forme assez de médecins capables de répondre en nombre et en qualifications aux besoins à venir du système de santé.

Pour ce faire, il a été nécessaire de distinguer divers groupes de médecins de premier recours (généralistes, internistes, pédiatres, etc.) et de prendre en compte l'évolution de la médecine hospitalière, comme celle en pratique indépendante. L'examen a porté sur l'ensemble de l'itinéraire des futurs médecins de cette catégorie, depuis le choix de la médecine jusqu'à la fin de leur formation postgrade. De plus, un état des lieux reprenant toutes les données disponibles sur la démographie médicale a été dressé et d'autres facteurs déterminants et développements prévisibles ont été considérés.

En conclusion, tous les indicateurs observés dans le présent rapport montrent qu'il faut impérativement former davantage de médecins et repenser fondamentalement leur formation professionnelle pour pouvoir continuer à offrir à la population une médecine de premier recours de qualité, tout en répondant aux besoins de personnel spécialisé et très spécialisé des hôpitaux.

Capacités d'accueil des facultés de médecine et nombre de médecins en Suisse

Les capacités d'accueil en études de médecine sont restées à peu près identiques depuis 1998 – sauf ces dernières années, où l'on observe une légère progression. Le nombre des diplômés de médecine a cependant diminué, pour des raisons que l'on

s'explique mal. Les facultés pratiquant le *numerus clausus* (Bâle, Berne, Fribourg et Zurich) refoulent un nombre croissant de candidats aux études de médecine, mais ces derniers ne semblent pas se replier sur les autres facultés (Genève et Lausanne).

Le nombre des médecins a toutefois augmenté constamment pendant la même période – davantage dans les hôpitaux qu'en pratique indépendante, et plus parmi les spécialistes que chez les médecins de premier recours. À l'heure actuelle, il y a à peu près autant de médecins travaillant dans les hôpitaux qu'en cabinet privé (15 000).

La Suisse jouissant d'un puissant pouvoir d'attraction auprès des médecins étrangers, il est de plus en plus fait appel à eux pour combler le déficit, surtout dans les hôpitaux. Un phénomène bénéfique en ce qu'il nourrit la compétition transfrontalière, mais néfaste aussi car il prive des pays plus pauvres de leurs médecins, attirés par de meilleures conditions de travail. L'OMS s'inquiète beaucoup de ce problème. Même si la Suisse accueille surtout des médecins de pays voisins, elle contribue indirectement à la pénurie de médecins dans des pays plus pauvres. Sans compter que le recrutement pourrait à l'avenir se révéler plus difficile si les conditions de travail s'améliorent chez nos voisins.

/66

C'est pourquoi il faut accroître le nombre de médecins formés en Suisse, tout en repensant et en réformant l'offre de formation postgrade, comme cela a été fait pour les études de médecine.

Les raisons du besoin accru de médecins

Il y a tout d'abord l'évolution générale de la médecine, mais aussi le changement des conditions cadres dans lesquels elle opère. Les patients bénéficient de possibilités de plus en plus nombreuses de diagnostic et de traitement, grâce à l'offre très différenciée de spécialistes. Le nombre de ces derniers a progressé davantage que celui des médecins de premier recours. En ce qui concerne les conditions cadres générales, il faut mentionner l'obligation faite aux hôpitaux de réduire les horaires de travail des médecins, comme l'exige la loi sur le travail ; on évalue à 25 % le supplément de postes créés ces dernières années pour cette raison. Il faut aussi mentionner l'effet, toutefois moindre, de la clause du besoin, avec un nombre accru de jeunes médecins restant dans les hôpitaux, où ils continuent de se spécialiser en attendant de pouvoir passer en pratique indépendante. On observe par ailleurs une tendance générale à la réduction du temps de travail : si l'on fonde le calcul sur les équivalents plein temps et non plus le nombre de médecins, la densité de couverture médicale en Suisse retombe sensiblement⁶⁶.

Ce phénomène n'est pas particulier à la Suisse, il a déjà poussé nos voisins, tout comme les États-Unis et le Royaume-Uni, à étoffer leurs capacités d'accueil en études de médecine. Mais avant que ces mesures ne produisent leurs effets, d'autres médecins quitteront les pays pauvres pour les riches, alors que la pénurie de médecins est particulièrement marquée chez eux. Pour des raisons éthiques, la Suisse se doit d'assumer sa responsabilité de pays riche et d'investir davantage dans la formation de médecins.

Avant de passer aux recommandations, il faut rappeler qu'un ajustement des capacités d'accueil auquel il serait procédé en 2008 ne commencerait à se répercuter dans les hôpitaux qu'à partir de 2014, et dans les cabinets privés qu'autour de 2020. Ce délai de latence s'explique par la durée de la formation professionnelle des médecins, qui n'est raccourci à trois ans que pour le petit nombre de médecins praticiens optant pour la formation professionnelle minimale. Nos recommandations portent donc sur l'avenir ; à l'exception de quelques aspects de la réforme de Bologne, elles n'auront d'effets immédiats que pour les étudiants, mais ne changeront provisoirement rien en ce qui concerne surtout les médecins exerçant actuellement en pratique indépendante.

Graphique 14 : temps de latence entre le relèvement de la capacité d'accueil en études de médecine et ses répercussions sur les médecins en pratique indépendante



167

Recommandations

- **Accroître de 20 % la capacité d'accueil des facultés de médecine.**

Ce chiffre est en fait une estimation fondée sur le présent rapport. L'accroissement de capacité ne doit pas se faire au détriment de la qualité de la formation : les taux d'encadrement améliorés à l'occasion de la réforme des études doivent être maintenus. En ce qui concerne la formation clinique, il faut impérativement examiner s'il serait possible, et dans quelles conditions, de recourir encore davantage à des hôpitaux non universitaires et à des cabinets médicaux. La question de l'opportunité d'introduire un test d'aptitude dans toutes les facultés doit être posée. L'accroissement du nombre de places doit surtout concerner la deuxième année. Le test d'aptitude peut contribuer à améliorer les taux de réussite en fin de première année.

L'introduction du modèle de Bologne permettra aux facultés de médecine d'offrir aux étudiants dès les études universitaires la possibilité de se préparer soit à la médecine de premier recours, soit à une activité médicale à caractère plus scientifique et/ou technique, par le biais de cours à option. La nouvelle structure des études permettra aussi de créer de nouvelles filières avec les hautes écoles spécialisées et de revoir la répartition des tâches entre les médecins et d'autres professions de santé. Ces nouvelles possibilités devraient être prises en compte dans la préparation de la réforme de la formation postgrade.

- **Il faut repenser l'ensemble du système actuel de la formation postgrade, avec ses 44 titres de spécialiste, et ses nombreuses formations approfondies et complémentaires. Un objectif de 15 à 20 titres de spécialiste est à envisager, de façon à se rapprocher des pays de l'UE.**

Les deux principaux objectifs sont d'étudier comment assurer à l'avenir une médecine de premier recours de qualité à un coût raisonnable, et comment améliorer la différenciation et la complémentarité de la médecine hospitalière et libérale. On serait ainsi conduit à se demander si certains titres ne devraient pas être réservés aux médecins travaillant à l'hôpital (anesthésiologie, soins intensifs). En ce qui concerne les médecins en pratique indépendante, les questions à se poser sont les suivantes.

- Est-il possible de repenser la profession de médecin de famille (généraliste) de façon à lui rendre son pouvoir d'attraction, ou la médecine de premier recours peut-elle désormais être assurée par des internistes, des pédiatres, des gynécologues et des psychiatres ? Les programmes de formation ont ici ou là déjà été ajustés dans ce sens.
- Comment les méthodes pédagogiques qui sous-tendent la réforme des études peuvent-elles être déployées en formation postgrade dans le but d'encourager davantage l'apprentissage autonome ?
- Quel doit être le temps consacré à la formation postgrade structurée par rapport à la formation pratique ?
- Convient-il de créer un plus grand nombre de modules de formation postgrade structurée, avec un système de crédits, et de les sortir de la formation postgrade pratique en hôpital ou en cabinet ?
- Comment régler la question du financement ?
- La formation postgrade des médecins de premier recours assurée par des spécialistes doit se limiter à les préparer à la médecine de premier recours en faisant une large place aux maladies courantes, aux urgences, à l'orientation vers un service spécialisé et au suivi commun des maladies chroniques.
- Pour être pleinement qualifiés, les médecins doivent aujourd'hui suivre un minimum de trois ans de formation postgrade : ne faut-il pas oser demander s'il conviendrait d'intégrer ces trois années dans les études de médecine ?

Cette réforme n'est pas compatible avec les structures actuelles de la FMH et des sociétés de disciplines médicales, elle doit partir des enseignants assurant la formation postgrade. Les facultés de médecine doivent endosser un rôle de chef de file, pour assurer la continuité avec la réforme des études de médecine, en ce qui concerne les contenus comme les méthodes pédagogiques. Il est indispensable dans ce contexte de s'assurer le concours de médecins en pratique indépendante. Il faudra se demander également si les structures des facultés doivent être adaptées à ces nouvelles exigences, et si des chaires de médecine de famille (ou mieux : de premier recours) seraient préférables à des unités chargées de coordonner les enseignements, leurs objectifs et la formation pédagogique des enseignants.

- **La réforme de la formation professionnelle des médecins doit être confiée aux structures qui vont se créer dans le cadre de la loi fédérale sur l'aide aux hautes écoles et la coordination dans le domaine des hautes écoles (LAHE).**

La nouvelle LAHE (en consultation à l'automne 2007) va donner à l'ensemble de l'enseignement supérieur suisse un cadre juridique commun ; la Confédération et les cantons assureront ensemble son développement et sa coordination. Des propositions de réforme de la formation professionnelle des médecins doivent être préparées dans le cadre d'un processus pris en charge de concert par les facultés de médecine suisses. Il existe déjà un groupe « médecine » à l'actuelle Conférence des recteurs des universités suisses, à laquelle la LAHE prévoit d'adjoindre les recteurs des hautes écoles spécialisées. Ce qui ouvre la possibilité d'adopter les projets de réforme à l'échelon de l'université et même, sous la nouvelle LAHE, de préparer de nouveaux modèles de professions médicales auxquels seraient associées les hautes écoles spécialisées. Sur le plan politique, les projets de réformes pourraient être examinés par la nouvelle Conférence des hautes écoles, commune à la Confédération et aux cantons. Sachant qu'elle doit comporter des commissions permanentes chargées de certains domaines, celle qui s'occuperait de la médecine pourrait se pencher sur l'interface entre la formation professionnelle des médecins et le système de santé. Ce qui se justifierait d'autant plus qu'il s'agit d'un domaine coûteux, et que la Confédération peut fixer les principes de la formation postgrade.

/69

La LAHE devant entrer en vigueur en 2012 et la réforme devant coïncider avec l'introduction des structures de Bologne dans les études de médecine ; les organes actuels (CISM, CRUS et CRUS-Méd, CUS) pourront donc lancer le processus. C'est dans ce cadre que pourrait se décider s'il convient ou non de créer un institut de formation postgrade des médecins. Disons tout de suite que l'encadrement pédagogique de cette réforme (enseignements offerts, examens, contrôle du travail autonome, organisation des modules) dépasserait les possibilités des structures actuelles des facultés comme celles des sociétés de discipline médicale qui en sont aujourd'hui chargées par la FMH. Le calendrier de la réforme devrait être fixé de telle sorte que de nouveaux programmes de formation postgrade puissent être introduits à un horizon temporel de six à huit ans, pour coïncider avec le plein déploiement de la réforme de Bologne chez les candidats au diplôme fédéral suisse de médecine. C'est un but ambitieux, qui exige impérativement pour sa réalisation des ressources financières appropriées. Sa réalisation garantira toutefois durablement la qualité de la formation postgrade, et aura des effets bénéfiques sur les coûts.

- **Il est urgent de mettre en place un certain nombre de mesures d'accompagnement de ce processus complexe de réforme.**

La principale de ces mesures est l'amélioration du dispositif de monitoring quantitatif comme qualitatif des études de médecine et de la formation médicale postgrade. Il faut déterminer ce qui a érodé à ce point le pouvoir d'attraction de la médecine de premier recours. D'autant que la réforme de Bologne pourrait avoir pour effet qu'un nombre accru d'étudiants en médecine bifurquent vers d'autres filières, ou encore que les activités médicales à caractère technique encouragées par l'essor des sciences de la vie ne fassent de l'ombre à la médecine de premier recours. Pour la Confédération, il est d'autant plus important de procéder à ce monitoring qu'elle se retire des examens de médecine pour ne conserver le droit de regard que sur l'examen final d'obtention du diplôme suisse de médecine. Elle doit veiller à ce que les médecins praticiens de demain se forment en Suisse, dans leur propre région, car c'est ainsi que se tisse un réseau de liens avec les hôpitaux. Il faut donc que chaque faculté fasse à la formation à la médecine de premier recours la place qui lui est due.

170

Pour finir, il convient de souligner que le moment est venu de refondre complètement la formation postgrade. Avec le document « Quel avenir pour la médecine universitaire » du CSST, le présent rapport montre bien la nécessité de cette réforme, tout en indiquant quelles directions il serait possible de prendre pour la lancer et la réaliser.

Tableau synoptique

	Facteurs déterminants	Données disponibles et/ou lacunes	Conclusions et • Recommandations
DEMOGRAPHIE MEDICALE	Nombre et densité de médecins	<p>Le nombre de médecins en exercice augmente, surtout dans les agglomérations. Il y a en Suisse près de 30'000 médecins, dont environ la moitié travaille dans les hôpitaux.</p> <p><i>Les données disponibles doivent être améliorées, surtout en ce qui concerne le temps de travail, le lieu de travail, la formation et la provenance des médecins.</i></p>	<p>La densité des médecins de premier recours s'est sensiblement moins accrue que celle des spécialistes ou des médecins hospitaliers.</p> <p>Ce n'est que grâce à l'immigration que la Suisse dispose de suffisamment de médecins. La majorité proviennent de l'UE, mais l'effet domino renforce la pénurie de médecins dans les pays plus pauvres.</p>
	Féminisation	La profession médicale se féminise: 57% des étudiants en médecine sont des femmes. Elles s'intéressent plus pour certains domaines de la médecine de premier recours que leurs collègues masculins (pédiatrie & gynécologie).	Il faut adapter l'organisation et les prestations en médecine de premier recours pour tenir compte des souhaits des médecins et des besoins des patients (possibilité de temps partiel, cabinets de groupe ou réseaux, ...). En plus de la promotion de la médecine générale, il s'agit de poursuivre les réformes de certains curricula (médecine interne, pédiatrie, gynécologie) pour les adapter aux besoins en médecine de premier recours. Le vieillissement de la population nécessitera un nombre plus élevé de gériatres.
	Médecins de premier recours	Depuis 2001, la densité des médecins de premier recours a nettement moins augmenté que la densité des spécialistes (+2% / +14%). En ville, de nombreuses prestations de premier recours sont fournies par des internistes, des pédiatres et des gynécologues ; le travail à temps partiel y est plus répandu.	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentations des places d'étude dans les facultés de médecine (voir FORMATION ci-dessous). • Amélioration du monitoring en ce qui concerne le temps de travail et la provenance des médecins.
	Médecins hospitaliers	Depuis 1998, on observe une augmentation du nombre de postes hospitaliers d'environ 25%. La médecine hospitalière a beaucoup évolué (nouveaux services ambulatoires spécialisés, augmentation du volume des urgences, ...).	<ul style="list-style-type: none"> • Redéfinition de la médecine de premier recours et réforme de la formation professionnelle des médecins, afin de garantir les besoins en médecine de premier recours sans négliger la médecine hautement spécialisée.
	Médecins étrangers en Suisse	Le pourcentage des médecins d'origine étrangère est en constante augmentation. ± 2/3 proviennent d'Allemagne. Le nombre élevé de diplômes et de titres de formation postgrade reconnus, ainsi que la proportion croissante d'assistants étrangers, permettent de conclure à une forte demande. Le pourcentage de médecins immigrés est plus haut que dans les pays voisins et semblable aux pays anglo-saxons.	<p>Le médecin de premier recours doit être celui qui - dans son domaine - offre des prestations de qualité et économiquement supportables.</p>
	Facteurs déterminants	Données disponibles et/ou lacunes	Conclusions et • Recommandations
ETUDES DE MEDECINE	Capacité d'accueil et numerus clausus en médecine humaine	Depuis 1998 la capacité d'accueil annuelle des facultés de médecine est d'environ 1000 places d'étude. 2/3 d'entre elles sont soumises au régime du numerus clausus. En 2006, la moitié des candidats aux études de médecine ont du être refusés ; cette tendance se renforce en 2007.	<p>Malgré une capacité d'accueil stable depuis 1998 et une augmentation des candidats aux études le nombre de diplômés de médecine a diminué ; la cause de ce phénomène n'est pas claire.</p> <p>L'introduction du système de Bologne génère des chances et des risques quant à la formation des médecins de premier recours. Il faut rester attentif et ajuster le système rapidement au besoin.</p>
	Choix des études de médecine	<i>Qu'est-ce qui motive les étudiants à choisir la médecine ?</i>	
	Etudiants / Diplômés	Il y a environ 7000 personnes qui étudient la médecine en Suisse, dont 1000 nouveaux étudiants/an. Depuis 2006 ce nombre a légèrement augmenté. Malgré ces capacités stables, le nombre de diplômés a diminué d'un tiers ces dernières années, sans qu'on en comprenne la raison. <i>Pourquoi observe-t-on une diminution du nombre de diplômés ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des places d'étude de 20% environ, surtout à partir de la deuxième année. Cela aura des répercussions sur la pratique indépendante à partir de 2020. • Optimiser le recrutement et la sélection durant les études de médecine (avec et sans NC) suite à une analyse approfondie des choix d'étude et des processus d'abandon et d'échec.
	Réforme de Bologne	Le modèle de Bologne crée plus d'options et permettra à plus d'étudiants de changer de filière à l'avenir.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring des effets de la réforme de Bologne et des développements en médecine de premier recours : quels médecins fourniront quelles prestations en médecine de premier recours?
	Evolution des capacités d'accueil dans d'autres pays	En France, en Autriche, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis les capacités d'accueil dans les facultés de médecine ont été augmentées suite à une analyse de la démographie médicale.	

	Facteurs déterminants	Données disponibles et/ou lacunes	Conclusions et • Recommandations
FORMATION POSTGRADE	Programmes de formation postgrade	Il existe en Suisse 44 programmes accrédités de formation débouchant sur un titre de spécialiste, dont 14 seulement reconnus dans tous les pays de l'UE. Il n'y a pas eu d'ajustement structurel ces dernières années, ce qui aboutit à un déficit de continuité entre les études de médecine et la formation postgrade.	<p>Il n'y a pas de pénurie actuelle en médecine de premier recours, mais un problème de relève en médecine générale.</p> <p>Le profil professionnel du médecin de premier recours à l'avenir ne sera pas le même qu'aujourd'hui. Les facultés de médecine doivent collaborer avec les médecins en exercice pour développer ensemble des projets de réforme pour la formation professionnelle des médecins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etude CEST-IML sur le choix de spécialisation • Repenser le partage des tâches entre les différents prestataires en médecine de premier recours et adapter leurs formations en conséquence • Faudrait-il créer des chaires ou instituts de médecine de premier recours au sens large – ou de « medical education » - plutôt que des chaires dédiées uniquement à la médecine de famille ? • Mise en place d'une instance nationale à même de développer et coordonner des réformes « bottom-up »" (p.ex. dans le cadre des structures prévues par la LAHE) et qui pourra observer l'évolution de l'interface entre le système de formation et le système de santé.
	Postes d'assistants	Pour pourvoir leurs postes d'assistants, les hôpitaux trouvent de moins en moins de médecins titulaires d'un diplôme suisse, dont le nombre a chuté d'un sixième. Le nombre de médecins assistants titulaires d'un diplôme de l'UE a augmenté de 16% (2000) à 39 % (2007).	
	Choix de spécialisation	Un peu moins de 10% des médecins assistants optent pour la médecine générale en formation postgrade, alors que 20% des médecins en exercice sont généralistes à l'heure actuelle. <i>Pourquoi les jeunes médecins sont-ils peu attirés par la médecine générale ?</i>	
	Encouragement de la médecine de premier recours	La création de chaires et d'instituts de médecine de premier recours ainsi que du projet d'assistantat en cabinet médical sont des initiatives positives. Cependant elles ne suffiront pas à combler le manque de médecins de premier recours.	
	Facteurs déterminants	Données disponibles et/ou lacunes	Conclusions et • Recommandations
AUTRES FACTEURS DETERMINANTS – DEVELOPPEMENTS PREVISIBLES	Loi sur les professions médicales (LPMed)	L'entrée en vigueur de la loi le 01.09.07 modifie les processus d'examen et d'accréditation. Le registre des professions médicales devrait améliorer les données disponibles.	<p>Il faut profiter de la mise en vigueur des dispositions comprises dans la LPMed pour réformer la formation professionnelle des médecins, surtout en conjonction avec la future LAHE.</p> <p>La levée de la clause du besoin pourrait inciter de nombreux médecins (spécialisés ?) à quitter les hôpitaux pour ouvrir un cabinet.</p> <p>Il est paradoxal que la Suisse, qui a mené une réforme exemplaire des études de médecine, forme de moins en moins de médecins. En conséquence, le système de santé suisse emploie des médecins immigrés n'ayant pas profité de ces réformes. Au lieu d'importer un nombre croissant de professionnels de la santé, la Suisse pourrait exporter les médecins issus de son excellent système de formation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring de l'évolution de la démographie des médecins suite à la levée de la clause du besoin. • Monitoring des médecins hospitaliers. • Repenser le partage des tâches entre les différents prestataires en médecine de premier recours et le personnel soignant, autant dans la pratique que durant la formation initiale et la formation postgrade des médecins ; revoir l'interface entre les cabinets, les hôpitaux et autres réseaux de soins. • Le système de santé suisse n'est pas isolé : le recrutement de médecins étrangers a des répercussions sur la démographie globale des médecins. Il faut chercher des solutions en concertation avec l'OCDE et l'OMS.
	Loi sur le travail	On estime que les hôpitaux ont augmenté leur personnel d'environ 25% suite aux exigences de la loi. Il y aura probablement des répercussions sur la durée des formations postgrade. <i>Les chiffres exacts ne sont pas disponibles, mais l'Obsan a calculé des estimations réalistes pour 2005. En reconduisant cet exercice, on pourrait mettre en place un monitoring de la situation.</i>	
	Clause du besoin	Malgré le grand nombre de médecins ayant déposé une demande d'autorisation cantonale d'exercice en 2002, il n'y a pas eu de vague de création de cabinets. Suite à cette clause, de nombreux médecins travaillent aujourd'hui dans les hôpitaux et en profitent pour se spécialiser.	
	Nouvelles organisations	La tendance à l'assouplissement du temps de travail favorisera la création de cabinets de groupe et d'autres formules innovantes (walk-in clinics, dispensaires, permanences, HMO, etc.).	
	Nouvelles professions médicales	De nouvelles professions médicales pourraient venir changer la répartition du travail entre acteurs de la santé, ce qui pourrait décharger les médecins de premier recours.	
	Evolution à l'échelle mondiale	Le système de santé suisse s'appuie sur l'immigration de médecins et contribue ainsi à la fuite des cerveaux dans les pays souffrant de pénurie médicale. Plusieurs pays prévoient d'augmenter leur capacité de formation médicale.	



Glossaire

AAMC	American Association of Medical Colleges
AMS	Test d'aptitudes pour les études de médecine
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
BMS	Bulletin des médecins suisses
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CEST	Centre d'études de la science et de la technologie
CIMS	Commission interfacultés médicale suisse
CRUS	Conférence des recteurs des universités suisses
CSST	Conseil suisse de la science et de la technologie
CUS	Conférence des universités suisses
DFI	Département fédéral de l'intérieur
ETP	Equivalent temps plein
FNS	Fonds national suisse
ECTS	European Credit Transfer System
FMH	Fédération des médecins suisses
HMO	Health Maintenance Organization
IML	Institut für Medizinische Lehre, Université de Berne
LAHE	Loi fédérale sur l'aide aux hautes écoles et la coordination dans le domaine des hautes écoles
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LPMed	Loi sur les professions médicales
NC	Numerus Clausus
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OAQ	Organe d'accréditation et d'assurance qualité des hautes écoles suisses
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
santésuisse	Association faitière de la branche de l'assurance-maladie sociale
SER	Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche
WONCA	World Organization of Family Doctors



Bibliographie

- Bertrand X. 2006. Réponses au défi de la démographie des professions de santé.
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_060125xb.htm
- Bircher U. et al. 2005. Sept propositions pour renforcer la médecine universitaire.
Unveröffentlichtes Dokument, SBF.
- Bocquet A. et al. 2005. Comparaison des prescriptions des pédiatres et des médecins généralistes : une étude en population en Franche-Comté sur la base de données de la caisse régionale d'assurance maladie. Archives de Pédiatrie 12:1688-1696.
- Boyd J. et al. 2006. Comparison of Outcome Measures for a Traditional Pediatric Faculty Service and Nonfaculty Hospitalist Services in a Community Teaching Hospital. Pediatrics 118(4):1327-31.
- Buddeberg-Fischer B. et al. 2006. Institutional conditions and individual experiences in the career-entry period of Swiss medical residents - a qualitative study. Swiss Medical Weekly 136:26-32.
- Buddeberg-Fischer B. et al. 2006. Primary care in Switzerland - no longer attractive for young physicians? Swiss Medical Weekly 136:416-424.
- Buddeberg-Fischer B. et al. 2006. Swiss residents' arguments for and against a career in medicine, BioMed Central BMC Health Services Research, 14 août 2006.
- Buddeberg-Fischer B. et al. 2006. Swiss residents' speciality choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. BioMed Central BMC Health Services Research, 23 octobre 2006.
- Buddeberg-Fischer B. et al. 2005. Junior physicians' workplace experiences in clinical fields in German-speaking Switzerland. Swiss Medical Weekly 135:19-26.
- Buddeberg-Fischer B. et al. 2003. The influence of gender and personality traits on the career planning of Swiss medical students. Swiss Medical Weekly 133:535-540.
- Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS, 2005. „Grundversorgungsmedizin“ in der Schweiz, Stand der Diskussionen zur Frage der „Grundversorger/innen / Hausärzt/innen“ und ihrer zahlenmässigen Entwicklung, im Auftrag des BAG. Reihe Standortbestimmungen Gesundheitsberufe BAG, Bericht Nr. 15.
- CHMS 2004. Numbers in the UK's Medical and Dental Schools: data update 2004.
<http://www.medschools.ac.uk/downloads/Press%20Release%207%20June%202005.doc>

Conférence des directeurs de la santé suisse, CDS www.gdk-cds.ch

- Trutmann M. 2005. Magna cum cura, Zur aktuellen Situation der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz. Bern, Zentralsekretariat GDK.
- GDK, 2006. Finanzierung spezifische Weiterbildung, Schlussbericht. Vorschläge der Untergruppe „Finanzierung spezifische Weiterbildung“ der Arbeitsgruppe „Unterstützung und Förderung der ärztlichen Grundversorgung“ von GDK und BAG. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Medizinische_Grundversorgung/SchlussberichtWB-f_publiziert26.10.06_.pdf

Conférence des recteurs des universités suisses, CRUS www.crus.ch

- CRUS 2005. Zwischenbericht 2004/05 der CRUS zum Stand der Erneuerung der Lehre an den universitären Hochschulen der Schweiz im Rahmen des Bologna-Prozesses.
- CRUS, 2006. Zwischenbericht 2005/06 der CRUS zum Stand der Erneuerung der Lehre an den universitären Hochschulen der Schweiz im Rahmen des Bologna-Prozesses.

178 Conseil suisse de la science et de la technologie 2006. Quel avenir pour la médecine universitaire? Publication CSST 1/2006

Deutscher Wissenschaftsrat 2007. Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin. Berlin 13.07.2007, Drs. 7984-07.

Douste-Blazy P. 2005. Remise du rapport de la commission „Démographie médicale“ par le Pr Yvon Berland http://www.sante.gouv.fr/html/actu/33_050518pdb.htm

FMH www.fmh.ch

- http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/import_fmh/ict/statistik/2005/sts2005-12.pdf
- http://www.fmh.ch/www/fr/pub/fmh/statistique_medicale_2002/fmh__rzttestatistiken_1930__20.htm
- http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/import_fmh/ict/statistik/2005/stsdef2005.pdf

Halter U. et al. 2005. Berufsziel von Medizinstudierenden. Primary Care 5(20):468-472.

Klaghofer R. 2006. Hausarztmedizin in der Krise? Primary Care 6(44):809-811.

Marty F. et al. 2004. Auswirkung des Zulassungsstopps auf die Zahl der Praxiseröffnungen in der Schweiz. Primary Care 4 (3/4):43-45.

Marty F. 2003. Praxisofferten-Inserate in der Schweizerischen Ärztezeitung im Jahre 2002, Primary Care 3:418-20.

Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 und Botschaft zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe, 3. Dezember 2004, <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00993/index.html?lang=de>

Monnier M. 2004. Médecins de premier recours: pénurie ou pléthore; Etat des lieux et devenir. Primary Care 4(40):755-759.

Motion Bea Heim Weiterbildung von jungen Ärztinnen und Ärzten. Stopp der Inländerdiskriminierung und Antwort des Bundesrates, http://search.parlament.ch/cv-geschaefte?gesch_id=20073054

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, März 2007. Bericht zur 8. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik 9. November 2006 in Basel: Stärkung der Grundversorgung.

Neue Zürcher Zeitung vom 8. Januar 2007. Ein Schritt in Richtung Hausarztmedizin-Lehrstuhl - Universität schreibt eine Professur aus.

Neue Zürcher Zeitung vom 30. November 2006. Das Universitätsspital hat ein Problem mit dem Arbeitsgesetz. Zum Ärger der Gesundheitsdirektion sollen Oberärzte nur noch 50 Stunden pro Woche arbeiten.

OAQ 2006. Accréditation de la filière d'études en médecine humaine de la Faculté de médecine de l'Université de Genève. <http://www.oaq.ch/pub/fr/documents/Franzpressecommedizin2.pdf>

/79

Observatoire suisse de la santé, Obsan www.obsan.ch

- Jaccard Ruedin H. et al. 2007b. Analyse de l'effectif des médecins hospitaliers en Suisse en 2005, en collaboration avec la FMH, sur mandat du CSST ; version interne juillet 2007 ; publication en ligne sur le site de l'Obsan prévue fin 2007.
- Roth M. et Jaccard Ruedin H. 2007. Effectif des médecins en milieu hospitalier: Revue des données disponibles et des analyses possibles.
- Jaccard Ruedin H. et al. 2007a: Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Document de travail 22.
- Monitoring nach Indikatoren : 5.1.1, www.obsan.ch/monitoring/statistiken/5_1_1/2005/f/511.pdf
- Bertschi M. 2005. Untersuchung der ärztlichen Versorgung, Schlussbericht ; FMH, BAG, santésuisse, GDK, Obsan. http://www.obsan.ch/themen/versorgung/d/Bericht_05-10-28_MB.pdf

Office fédéral de la santé publique, OFSP www.bag.admin.ch

- Statistik Eidgenössische Medizinalprüfungen 1989 – 2005, zur Verfügung gestellt.
- <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00406/00550/index.html?lang=fr>
- <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00407/0055/index.html?lang=fr>
- <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00415/00580/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la statistique, OFS www.bfs.admin.ch

- BFS 2006b Abschlüsse der universitären Hochschulen 2005.
- BFS 2006a Studierende an den universitären Hochschulen.
- BFS 2005 Das Medizinstudium in der Schweiz im Profil.
- Statistisches Lexikon der Schweiz Gesundheit/Krankenhäuser/Document.86200.pdf, zugänglich im Lexikon: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/lexikon/bienvenue___login.html

Österreichische Rektorenkonferenz 2006. Ab 2006/07 gilt Quote für Studienanfänger/-innen in Medizin. Newsletter 2/06. <http://www.reko.ac.at/newsletter/?ID=1879&start=10&aID=1884#A1884>

Organisation pour la coopération et le développement économique OCDE

www.oecd.org

- OECD 2007. International Migration Outlook. SOPEMI Edition. Part III Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, pages 161-228.
- OECD 2006. OECD Reviews of Health Systems, Switzerland.
- OECD Health Data 2005, 2006, Online - siehe Webseite http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html

Orlow P. et al. 2007. Die wichtigsten Resultate der Umfrage 2006 bei Assistentzärztinnen und Assistenzärzten. Schweizerische Ärztezeitung 88(14/15): 633ff.

Schneider S. 2004. Umsetzung des Arbeitsgesetzes für Assistentzärztinnen/-ärzte ab 1. Januar 2005: Welches ist das ideale Schichtsystem? Schweizerische Ärztezeitung 85(34) :1739-1741.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2004. Ziele und Aufgaben der Medizin im 21. Jahrhundert, Projekt „Zukunft Medizin Schweiz“, Bericht einer ExpertInnengruppe der SAMW, FMH sowie der fünf Medizinischen Fakultäten.

/80

Siegrist M et al. 2006a. Weiterbildung und Arbeitssituation aus Sicht der Assistenzärzte, Die wichtigsten Resultate der Umfrage 2005 bei Assistentzärztinnen und -ärzten. Schweizerische Ärztezeitung 87:379-386.

Siegrist, M. et al. 2006b. Auswirkungen des Arbeitsgesetzes auf die ärztliche Weiterbildung und deren zeitlicher Aufwand aus Sicht der Leiterinnen und Leiter von Weiterbildungsstätten. Schweizerische Ärztezeitung 87:1204-1207.

Sottas B. 2005. Ist die ärztliche Grundversorgung gefährdet? Eine Replik. Reihe Standortbestimmungen Gesundheitsberufe BAG, Bericht Nr. 11.

Universität de Genève, Observatoire de la vie étudiante www.unige.ch/rectorat/observatoire/

- Stassen et. al. 2005. Etudiants 2004.
- Atzamba H. & Petroff-Bartholdi C. 2003. Etudiants 2001.

WONCA (World Organisation of Family Doctors) Europe 2002. http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/EUROPAISCHE_DEFINIION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf

WHO 2006. The World Health Report 2006.

Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik am Departement für Psychologie der Universität Freiburg 2006: EMS Eignungstest für das Medizinstudium 2006, Bericht 12 über die Durchführung und Ergebnisse.



Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat

/83

Der Schweizerische Wissenschafts- und Technologierat SWTR ist das Konsultativorgan des Bundesrates in allen Fragen der Wissenschaftspolitik. Als Sprachrohr der Wissenschaft erarbeitet der SWTR Grundlagen und Empfehlungen für eine zukunftsweisende und kohärente Politik für die Bereiche Bildung, Forschung und Innovation.

In Zusammenarbeit mit den zwei angegliederten Studienzentren CEST und TA-SWISS erarbeitet und überprüft der SWTR die Grundlagen für eine gesamtschweizerische Wissenschaftspolitik.

Conseil Suisse de la Science et de la Technologie

Le Conseil Suisse de la Science et de la Technologie (CSST) est l'organe consultatif du Conseil fédéral sur toutes les questions touchant à la politique de la science. Porte-voix de la science, il prépare des analyses de fond et des recommandations visant à rendre cohérente et porteuse la politique adoptée en matière de formation, de recherche et d'innovation.

Avec ses deux centres associés, le CEST et TA-SWISS, il prépare et examine les bases de la politique nationale de la science.

Swiss Science and Technology Council

The Swiss Science and Technology Council, SSTC, is the advisory body of the Federal Council, or government, in all matters relating to science policy. As a spokesman for the scientific community, the SSTC formulates general concepts and makes recommendations for a coherent and forward-looking policy in the fields of education, research and innovation.

Working with the two associated study centres, CEST and TA-SWISS, the SSTC develops and reviews the fundamentals for an over-all Swiss science policy.

Membres du Conseil suisse de la science et de la technologie

/85

Présidence

Présidente Prof. Dr. Susanne Suter

Vice-président Prof. Dr. Joseph Jurt

Membres du conseil

Prof. Dr. Karl Aberer*

Prof. Dr. Willy Benz

Prof. Dr. Fritz Fahrni

Prof. Dr. Bettina Heintz

Prof. Dr. Joseph Jurt*

Prof. Dr. Alex Mauron

Prof. Dr. Matthias Peter

Prof. Dr. Laurence Rieben

Prof. Dr. Sarah Springman

Prof. Dr. Walter A. Stoffel*

*membres du bureau

Impressum

Edition

CSST

Nadine Allal, Hans-Ulrich Herrmann (collaborateur externe)

Inselgasse 1

3003 Berne

Suisse

Tel. ++41 31 323 00 48

Fax ++41 31 323 95 47

swtr@swtr.admin.ch

www.swtr.ch

ISBN-10 : 3-9523195-3-8

ISBN-13 : 978-3-9523195-3-6

