GRAND CONSEIL

NOVEMBRE 2026 **RC-25_LEG_250**

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :

Exposé des motifs et projet de loi modifiant la loi sur la santé publique (LSP) – application de l'article 55a LAMal sur la limitation du nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 1
1. PREAMBULE 2
1.1 Séances 2
1.2 Participant·es 2
1.3 Documentation 2
2. PRESENTATION DE L'EMPL – POSITION DU CONSEIL D'ETAT 2
3. DISCUSSION GENERALE 3
4. AUDITIONS 6
4.1 Prio.swiss 6
4.2 Organisation Suisse des Patients (OSP) 7
4.3 Association Suisse des Médecins Assistant.e.s et Chef.fe.s de Clinique - section vaudoise (ASMAV) 8
4.4 Société vaudoise de médecine (SVM) 9
4.5 Principaux enseignements transversaux des auditions 10
5. EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSE DES MOTIFS 10
6. DISCUSSION SUR LE PROJET DE LOI ET VOTES 10
6.1 Commentaires, amendements et vote 10
7. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE LOI 18
8. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE LOI 18
9. ANNEXE 19

1. PREAMBULE

1.1 Séances

La Commission thématique de la santé publique (CTSAP) s'est réunie à 3 reprises pour examiner l'objet cité en titre, les 8 mai, 21 août et 18 septembre 2026.

1.2 Participant·es

Présent·es : Mmes Géraldine Dubuis (présidence), Florence Bettschart-Narbel, Sandra Pasquier (les 21.8.26 et 8.5.26) Rebecca Joly, Sylvie Podio (le 18.9.26), Chantal Weidmann Yenny (le 8.5.26), Marion Wahlen (en remplacement de Chantal Weidmann Yenny le 18.9.26 et de François Cardinaux le 8.5.26), Eliane Desarzens (en remplacement de Sandra Pasquier le 18.9.26 et de Sébastien Kessler le 21.8.26), Yolanda Müller Chabloz (en remplacement de Sylvie Podio le 8.5.26), MM. Gérard Mojon, Fabien Deillon, Blaise Vionnet, Marc Vuilleumier, Musa Kamenica (le 18.9.26), Sébastien Kessler (les 18.9.26 et 8.5.26), François Cardinaux (le 21.8.26), Olivier Petermann (les 21.8.26 et 8.5.26), Stéphane Balet (le 8.5.26), Didier Brocard (en remplacement de Olivier Petermann le 18.9.26), Cédric Weissert (en remplacement de Michael Demont le 8.5.26).

Excusé es : le 18.9.26 : Sandra Pasquier, Chantal Weidmann Yenny, Olivier Petermann, François Cardinaux, Michael Demont // le 21.8.26 : Chantal Weidmann Yenny, Sylvie Podio, Sébastien Kessler, Musa Kamenica, Michael Demont // le 8.5.26 : Sylvie Podio, François Cardinaux, Michael Demont, Marc Vuilleumier.

Ont participé à ces séances : M. Roger Nordmann, conseiller d'Etat, chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) (les 18.9 et 21.8.26), Mme Rebecca Ruiz, conseillère d'Etat, Cheffe du DSAS (le 8.5.26), Mme Laurence Boland, directrice générale de la Direction générale de la santé (DGS), MM. Thierry Fumeaux, médecin cantonal, DGS/OMC (les 21.8.26 et 8.5.26), Julien Dupraz, médecin cantonal adjoint (DGS/OMC), Marc Weber, expert en politique de santé au Secrétariat général du DSAS.

Mme Fanny Krug, secrétaire de commission, a établi les notes de ces 3 séances.

1.3 Documentation

Dans le cadre de ses travaux, outre l'Exposé des motifs et projet de loi modifiant la loi sur la santé publique (LSP) - application de l'article 55a LAMal, la commission a été nantie des documents suivants :

- Arrêt de la Cour constitutionnelle
- Retours de la consultation
- Un tableau faisant la synthèse de l'ensemble des réponses à la consultation
- Etat des lieux de la limitation de l'admission dans les cantons suisses au 1er juillet 2026

2. PRESENTATION DE L'EMPL – POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Séance du 8.5.26

La conseillère d'État, Rebecca Ruiz, rappelle que le projet de modification de la loi sur la santé publique (LSP) vise à introduire une base légale explicite – un simple arrêté étant insuffisant - permettant au Conseil d'État de limiter l'admission des médecins pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), en fixant notamment des nombres maximaux par spécialité et par région, conformément à l'article 55a LAMal.

Le projet prévoit également la création d'une commission cantonale de planification chargée de suivre l'évolution de l'offre médicale et les besoins de la population. Celle-ci devra notamment permettre de tenir compte des réalités du terrain, telles que les taux d'activité des médecins, les départs à la retraite et les besoins de relève. La consultation a principalement fait ressortir des demandes relatives à la composition de cette commission, plusieurs acteurs souhaitant y être représentés.

La conseillère d'État souligne par ailleurs que la Cour constitutionnelle du Tribunal cantonal a admis le recours de Vaud Cliniques contre l'arrêté cantonal limitant l'admission des médecins, considérant qu'une base légale formelle était nécessaire. Dans l'attente de l'entrée en vigueur de cette dernière, le canton se trouve ainsi privé d'un instrument lui permettant de réguler l'offre médicale, avec des conséquences potentielles sur les coûts de la santé.

Séance du 18.9.26

Lors de la séance du 18 septembre 2026, le conseiller d'État, Roger Nordmann, insiste sur l'importance de ce projet dans la perspective de l'entrée en vigueur du financement uniforme des prestations (EFAS) dès 2028. Cette réforme entraînera une participation progressive du canton au financement des prestations ambulatoires, avec des charges supplémentaires nettes estimées à quelque 350 millions de francs pour le canton de Vaud.

Dans un contexte de croissance soutenue des coûts de la médecine ambulatoire, estimée à environ 6 % par année, le conseiller d'État considère que la limitation des admissions constitue un instrument essentiel pour maîtriser l'évolution des dépenses de santé. Il souligne que, sans régulation de l'offre, cette dynamique risque d'accentuer la pression tant sur les primes d'assurance-maladie que sur les finances cantonales, désormais directement exposées aux coûts des prestations ambulatoires.

3. DISCUSSION GENERALE

La discussion générale a eu lieu lors de la séance du 8 mai 2026 en présence de la conseillère d'Etat Rebecca Ruiz. Elle n'a pas été rouverte ultérieurement.

La discussion générale a principalement porté sur le rôle et les compétences de la commission cantonale de planification, la relation entre la densité médicale et les coûts de la santé, l'anticipation des besoins de la population ainsi que l'articulation entre la limitation des admissions et la formation médicale.

Un·e commissaire s'interroge sur la portée des recommandations de la future commission cantonale de planification, dès lors que le Conseil d'État conservera une pleine marge d'appréciation. L'absence de mécanisme de médiation ou d'arbitrage en cas de désaccord entre les deux instances pourrait, selon ce·tte commissaire, affaiblir le poids des recommandations émises. Cette préoccupation est partagée par un·e autre commissaire, qui estime qu'une forme d'arbitrage pourrait être utile.

La conseillère d'État rappelle que la compétence décisionnelle appartient au Conseil d'État, conformément à la volonté du législateur fédéral. Elle souligne que le canton de Vaud a fait le choix de créer une commission consultative, alors que le droit fédéral ne l'exige pas, afin de favoriser un dialogue constructif avec les acteurs concernés et de bénéficier de leur connaissance du terrain. Selon elle, le Conseil d'État devrait disposer d'arguments solides pour s'écarter des recommandations de cette commission.

Elle cite à cet égard les travaux menés avec les groupements médicaux dans les domaines de la neurochirurgie, de la cardiologie, de l'urologie et de l'ophtalmologie, qui ont conduit à recommander des limitations. À l'inverse, les retours du terrain concernant les départs à la retraite et les difficultés d'accès à la médecine générale ont conduit à ne pas appliquer de limitation dans cette spécialité, malgré une densité médicale élevée dans certaines régions.

La conseillère d'État établit également un parallèle avec la commission des équipements lourds, dont les décisions peuvent être écartées par le Conseil d'État, ce qui ne s'est toutefois jamais produit en sept ans. Elle précise néanmoins que la future commission de planification n'aura pas de compétence décisionnelle et qu'il ne s'agit pas d'instaurer un système de cogestion. En cas de désaccord avec une décision du Conseil d'État, les voies de recours judiciaires ordinaires resteront ouvertes.

Un·e commissaire demande par ailleurs si un projet de règlement précisant le fonctionnement de la commission cantonale de planification pourrait être transmis à la commission parlementaire, afin de lui permettre de mieux apprécier les modalités concrètes de mise en œuvre du dispositif.

Un·e commissaire questionne le lien entre le nombre de médecins exerçant dans une région et l'évolution des coûts de la santé, en particulier la démonstration d'une relation de causalité. Il s'agit également de mettre en balance les objectifs de maîtrise des coûts et la liberté économique des médecins.

En réponse, il est rappelé que la corrélation entre densité médicale et coûts de la santé est documentée, même si l'établissement d'un lien de causalité demeure plus complexe. Dans un système de rémunération fondé sur le volume des prestations, une augmentation du nombre de fournisseurs de soins peut entraîner une hausse des dépenses. Toutefois, cette augmentation est justifiée lorsqu'elle répond à une progression réelle des besoins de la population. L'objectif du dispositif est précisément d'éviter une croissance de l'offre qui ne correspondrait pas à une augmentation des besoins, sans compromettre l'accès aux soins.

Un·e commissaire s'interroge sur les risques qu'une limitation excessive pourrait faire peser sur la prise en charge des patient·es, notamment si un accès insuffisant aux soins devait entraîner une aggravation de leur état de santé et, à terme, des coûts supplémentaires.

Il est répondu que les besoins varient considérablement selon les spécialités et les régions. Les limitations envisagées reposent sur des analyses réalisées en collaboration avec les milieux médicaux concernés, afin d'identifier les situations dans lesquelles l'offre est suffisante, voire excédentaire. Il est également souligné que les limitations ne sont pas définitives et doivent pouvoir être adaptées rapidement à l'évolution des besoins, notamment en cas de départs à la retraite, de pandémie ou d'augmentation de certaines pathologies.

L'expérience de la suppression temporaire des limitations en 2012-2013 est évoquée. Cette période avait entraîné une augmentation importante des installations médicales dans certaines régions, notamment sur l'arc lémanique, ainsi qu'une hausse des dépenses ambulatoires à charge de l'AOS. L'exemple de la psychiatrie est cité pour illustrer l'évolution des besoins, cette spécialité ayant connu un afflux de praticien·nes à l'époque, alors qu'elle connaît aujourd'hui des difficultés de couverture.

Un·e commissaire rappelle que les limitations doivent s'appliquer de manière générale et non selon l'origine des médecins, conformément aux engagements internationaux de la Suisse. Il insiste également sur la nécessité de préserver la souplesse du dispositif et la capacité d'adaptation du Conseil d'État.

Plusieurs commissaires soulèvent la question de l'articulation entre la planification de l'offre médicale et la formation des futur·es médecins. La durée importante des cursus rend difficile l'anticipation des besoins à moyen et long terme. Un·e commissaire relève notamment le paradoxe potentiel d'un canton qui contribue à former des médecins tout en limitant ensuite leurs possibilités d'installation.

En réponse, il est précisé que la formation médicale relève principalement des universités et des instances nationales compétentes en matière de formation postgraduée. Le canton dispose néanmoins de leviers, notamment par le financement et le soutien à des programmes spécifiques. Le projet intercantonal romand RÉFORMER est cité comme un instrument visant à mieux adapter la formation médicale aux besoins des différentes spécialités et régions.

Il est également rappelé que des groupes de travail réunissant les partenaires concernés permettent d'anticiper les besoins à cinq ou dix ans, en tenant compte notamment de l'évolution démographique, des départs à la retraite et du nombre de médecins en formation. L'objectif est d'éviter que des médecins se retrouvent sans perspectives professionnelles à l'issue de leur formation, tout en respectant la liberté de choix de leur spécialisation.

Un·e commissaire relève par ailleurs qu'une proportion importante des médecins s'installant en Suisse a été formée à l'étranger, ce qui laisse une certaine marge pour l'intégration professionnelle des médecins formés en Suisse.

Un·e commissaire demande si les limitations pourraient être fixées pour une durée déterminée, avec une réévaluation à leur échéance. Il est répondu que la commission cantonale de planification pourrait recommander une limitation temporaire, notamment lorsqu'un nombre important de départs à la retraite est prévisible dans une spécialité ou une région.

Une question porte également sur la possibilité pour un médecin de s'installer sans facturer ses prestations à l'AOS. Il est confirmé que les limitations ne concernent que les médecins pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Les médecins exerçant exclusivement à titre privé demeurent soumis aux exigences légales relatives à l'exercice de la profession, mais ne sont pas concernés par ce dispositif.

La question de la fiabilité des données relatives aux équivalents plein temps (EPT) est également soulevée, les taux d'activité des médecins pouvant varier régulièrement. Il est précisé que la commission cantonale de planification n'aura ni la vocation ni les moyens de suivre individuellement l'organisation des cabinets médicaux. Elle devra plutôt s'appuyer sur les tendances générales, les informations transmises par les groupements professionnels et les travaux de l'Office du médecin cantonal, notamment concernant les taux d'activité et les départs prévisibles.

Un·e commissaire s'interroge sur la possibilité d'intégrer davantage l'expérience des patient·es dans l'évaluation des besoins, notamment les difficultés rencontrées pour obtenir un rendez-vous ou accéder à un médecin de premier recours. Il est également suggéré de tenir compte de l'évolution des pratiques professionnelles, de la délégation de certaines prestations à d'autres professionnel·les de santé et, éventuellement, des volumes de prestations plutôt que du seul nombre de médecins.

En réponse, il est reconnu que l'évaluation des besoins doit tenir compte des réalités vécues par la population, tout en distinguant les besoins objectivement constatés de leur perception. Les difficultés d'accès à la médecine de premier recours dans certaines régions sont notamment reconnues, de même que leurs conséquences potentielles sur la continuité des soins.

Il est toutefois précisé que la méthodologie de calcul des nombres maximaux est largement définie par la Confédération. Les cantons doivent notamment calculer l'offre en EPT et appliquer les taux de couverture fédéraux. Leur marge de manœuvre réside principalement dans l'utilisation de facteurs de pondération permettant d'intégrer les particularités régionales et locales.

À la question de savoir si ces facteurs seront examinés par la commission cantonale de planification, il est confirmé que celle-ci sera appelée à proposer des nombres maximaux de médecins en tenant compte de ces facteurs.

Enfin, il est souligné que le dispositif doit également permettre de mieux répartir géographiquement l'offre médicale. En l'absence de limitation, le canton ne dispose pas d'instrument permettant d'orienter les installations vers les régions insuffisamment dotées, alors que certaines zones urbaines connaissent une concentration importante de praticien·nes. La régulation vise ainsi non seulement à contenir les dépenses qui ne correspondent pas à des besoins supplémentaires, mais également à améliorer l'accessibilité et la répartition territoriale des soins.

4. AUDITIONS

Chaque audition a débuté par une brève présentation et s'est poursuivie par un échange avec les commissaires sous la forme de questions/réponses : d'abord un échange autour des questions préalables transmises aux entités auditionnées au début de l'été, puis des questions librement posées. Les éléments clés de chaque audition sont présentés dans le rapport ci-dessous résumant les échanges ayant eu lieu. Les questions posées sont listées dans une annexe au présent rapport.

Lors de sa ***séance du 21.8.26***, la commission a procédé aux auditions suivantes :

Prio.swiss

- M. Marco Romano, directeur adjoint, responsable Politique de la santé et Affaires publiques
- M. Christophe Kaempf, responsable adjoint Communication et porte-parole pour la Suisse romande.

Organisation Suisse des Patients (OSP)

- Me Baptiste Hurni, vice-président de l'OSP (aussi Conseiller aux états NE)

Association Suisse des Médecins Assistant.e.s et Chef.fe.s de Clinique - section vaudoise (ASMAV)

- Dre Audraine Le Boudec, co-présidente de l'ASMAV
- Dr Lazaro i Fontanet, co-président de l'ASMAV

Société vaudoise de médecine (SVM)

- Dr Hervé Probst, vice-président de la SVM
- M. Gaël Saillen, secrétaire général de la SVM

4.1 Prio.swiss

- M. Marco Romano, directeur adjoint, responsable Politique de la santé et Affaires publiques
- M. Christophe Kaempf, responsable adjoint Communication et porte-parole pour la Suisse romande.

Prio.swiss est l'organisation faîtière des assureurs-maladie suisses. Elle représente l'ensemble des personnes assurées en Suisse et intervient notamment dans les domaines de la politique de santé, des structures tarifaires ainsi que de la standardisation et la digitalisation du système de santé.

Position générale sur le projet

Prio.swiss soutient le projet de modification de la LSP, qu'elle considère comme nécessaire pour permettre au canton de réguler l'offre médicale et de maîtriser les coûts de la santé. Elle souligne l'importance de disposer d'une base légale cantonale, particulièrement dans la perspective de l'entrée en vigueur d'EFAS en 2028, qui impliquera une participation financière directe des cantons aux prestations ambulatoires. L'organisation insiste sur la nécessité de conserver une certaine souplesse dans l'application des limitations afin de pouvoir les adapter rapidement à l'évolution des besoins.

Principaux éléments ressortant des échanges avec la commission

Concernant la planification de l'offre médicale, prio.swiss rappelle que le calcul des nombres maximaux de médecins repose sur les équivalents plein temps (EPT) et intègre déjà des facteurs démographiques, notamment le vieillissement de la population. Elle relève toutefois que les données fédérales présentent un décalage d'environ deux ans, ce qui justifie le recours à un facteur de pondération cantonal permettant de tenir compte des particularités régionales et d'adapter plus régulièrement les limitations.

L'organisation considère que la médecine collaborative et intégrative constitue un instrument complémentaire pour améliorer la coordination des soins et éviter les prestations inutiles, sans toutefois pouvoir se substituer à la limitation des admissions.

S'agissant de la commission cantonale de planification, prio.swiss estime qu'elle doit constituer un outil de soutien à la décision du Conseil d'État, sans se prononcer sur sa composition précise. Elle relève que, dans les autres cantons, de telles commissions sont généralement présidées par des représentant·es de l'administration sanitaire.

Concernant les critères d'admission lorsque les seuils sont atteints, prio.swiss privilégie une gestion chronologique des demandes, selon le principe du premier arrivé, premier servi, tout en reconnaissant certaines exceptions, notamment lors de reprises de cabinets. Elle précise toutefois qu'il s'agit de son interprétation de la législation fédérale. Elle insiste également sur la nécessité d'appliquer les mêmes règles aux médecins formés en Suisse et à l'étranger, conformément aux principes de libre circulation.

Enfin, prio.swiss relève dans son audition sur les effets intercantonaux des limitations, qui peuvent entraîner des déplacements de l'offre médicale vers les régions voisines. Elle encourage dès lors une coordination renforcée entre les cantons.

4.2 Organisation Suisse des Patients (OSP)

- Me Baptiste Hurni, vice-président de l'OSP (aussi Conseiller aux états NE)

L'Organisation suisse des patients (OSP) défend les droits et les intérêts des patient·es dans le système de santé suisse. Elle a été représentée par son vice-président, Me Baptiste Hurni, également conseiller aux États neuchâtelois et membre de la commission fédérale compétente en matière de santé et de sécurité sociale.

Position générale sur le projet

L'OSP n'a pas formellement pris position sur le projet de loi. Son vice-président considère néanmoins que le dispositif proposé constitue une réponse adaptée à la situation vaudoise. Il souligne que cette législation doit concilier plusieurs intérêts légitimes : d'une part, la liberté économique des médecins de choisir leur lieu d'exercice et, d'autre part, la nécessité de maîtriser les coûts de la santé, dans un domaine où l'offre tend à induire la demande. Cette tension se retrouve également du côté des patient·es, qui doivent pouvoir bénéficier d'un accès rapide à des soins de qualité et de proximité, tout en supportant des primes d'assurance-maladie financièrement accessibles. Il rappelle que le principe de la limitation des admissions a été défini au niveau fédéral, les cantons disposant d'une marge de manœuvre importante dans ses modalités d'application.

Principaux éléments ressortant des échanges avec la commission

Concernant les taux d'activité, il relève l'importance de raisonner en EPT plutôt qu'en nombre de médecins, tout en soulignant les difficultés pratiques liées à la collecte et à l'actualisation des données. La planification doit également intégrer le vieillissement de la population et celui du corps médical, afin d'anticiper les départs à la retraite et de permettre le renouvellement des praticien·nes.

Il considère que la commission cantonale de planification devrait être présidée par un·e représentant·e de l'État, sans qu'il soit nécessaire de préciser cette fonction dans la loi. Cette souplesse permettrait d'adapter la présidence aux circonstances et aux éventuelles tensions entre les acteurs concernés.

S'agissant des critères de sélection des médecins, il préconise de privilégier des éléments objectifs, tels que la sous-spécialisation, l'expérience professionnelle et les besoins régionaux. Il écarte en revanche toute préférence fondée sur la nationalité ou l'origine cantonale.

Concernant la formation médicale, il estime que la limitation des admissions ne doit pas être confondue avec la planification de la formation. Cette dernière doit faire l'objet de mesures spécifiques visant à mieux faire correspondre les spécialités enseignées aux besoins de la population, notamment dans le cadre du projet RÉFORMER.

Enfin, il salue expressément la présence de représentant·es des patient·es et des assuré·es au sein de la future commission cantonale de planification, considérant qu'il s'agit d'un élément particulièrement positif du projet

Association Suisse des Médecins Assistant.e.s et Chef.fe.s de Clinique - section vaudoise (ASMAV)

- Dre Audraine Le Boudec, co-présidente de l'ASMAV
- Dr Lazaro i Fontanet, co-président de l'ASMAV

L'ASMAV représente les médecins assistant·es et chef·fes de clinique, c'est-à-dire les jeunes médecins. Les médecins assistant·es sont en formation postgrade, et les chef·fes de clinique sont des jeunes médecins qui viennent d'avoir leur titre de spécialité, mais qui n'ont pas encore de fonction dirigeante, soit de cadres, soit de médecin installé.

Position générale sur le projet

L'ASMAV ne conteste pas la nécessité d'une régulation de la démographie médicale, mais appelle à une application prudente et coordonnée avec la formation postgraduée. Elle rappelle que le parcours de formation d'un médecin est particulièrement long, comprenant six années d'études universitaires, suivies de cinq à dix années de formation postgraduée avant une éventuelle installation. Cette temporalité impose une anticipation importante des besoins, les décisions prises aujourd'hui en matière de limitation des admissions pouvant avoir des conséquences sur les perspectives professionnelles de médecins déjà engagé·es depuis plusieurs années dans leur spécialisation.

L'association souligne qu'une planification trop stricte pourrait conduire à former des médecins sans possibilités d'installation à l'issue de leur cursus, tandis qu'une régulation insuffisamment anticipée risquerait de provoquer des pénuries dans certaines spécialités. Elle insiste dès lors sur la nécessité de coordonner les politiques de formation et de limitation des admissions à l'échelle romande, voire nationale, les parcours de formation dépassant largement les frontières cantonales.

Principaux éléments ressortant des échanges avec la commission

L'ASMAV relève que les nouvelles générations de médecins privilégient davantage le travail à temps partiel et les modes d'exercice collectifs. Ces évolutions doivent être prises en considération dans la planification de l'offre médicale, tout comme le vieillissement de la population, qui entraînera une augmentation des besoins dans plusieurs spécialités.

L'association souligne particulièrement les difficultés d'articulation entre les limitations cantonales et la formation médicale postgraduée. Les hôpitaux dépendent largement du travail des médecins en formation pour assurer leur fonctionnement, alors que le nombre de postes nécessaires en milieu hospitalier ne correspond pas nécessairement aux besoins futurs en médecine ambulatoire. Elle appelle dès lors à une réflexion sur l'organisation du travail hospitalier, le développement de postes de médecins seniors et le renforcement de la formation en cabinet.

Sur le plan de la temporalité, l'ASMAV estime qu'un délai de deux à trois ans pourrait être nécessaire pour observer les effets des mesures de planification. Elle insiste toutefois sur la nécessité de conserver une souplesse suffisante pour réagir plus rapidement à des départs à la retraite simultanés ou à l'apparition de pénuries dans certaines régions ou spécialités. Elle relève également que les médecins en formation sont actuellement insuffisamment informés des limitations susceptibles de concerner leur future spécialité, alors même que leurs choix de carrière doivent être anticipés plusieurs années à l'avance.

L'ASMAV préconise ainsi une meilleure information dès les premières étapes de la formation, ainsi qu'une valorisation accrue de la médecine de premier recours, notamment par une exposition plus importante à la pratique ambulatoire et aux médecins installé·es.

Concernant la commission cantonale de planification, l'ASMAV estime que sa présidence devrait être précisée dans la loi. Elle insiste également sur la nécessité d'une coordination intercantonale, certains établissements, notamment le CHUV, assurant la formation de spécialistes pour l'ensemble de la Suisse romande.

Enfin, l'association attire l'attention sur le risque de précarisation de certains médecins en cas de limitation des admissions, notamment lorsque des praticien·nes ne disposant pas d'une autorisation de facturer à l'AOS se retrouvent dépendant·es de médecins déjà installé·es. Elle insiste sur la nécessité de préserver les perspectives professionnelles des médecins déjà engagé·es dans une formation spécialisée.

4.3 Société vaudoise de médecine (SVM)

- Dr Hervé Probst, vice-président de la SVM
- M. Gaël Saillen, secrétaire général de la SVM

La Société vaudoise de médecine (SVM) est l'organisation professionnelle représentant les médecins du canton de Vaud. Elle défend leurs intérêts et participe aux réflexions relatives à l'organisation du système de santé cantonal, à la formation médicale et aux conditions d'exercice de la profession.

Position générale sur le projet

Au cours de son audition, la SVM appelle à une application prudente des limitations d'admission, compte tenu des risques de pénurie médicale et des difficultés à anticiper l'évolution des besoins. Elle insiste sur l'importance d'une planification fondée sur des données fiables et sur les besoins réels de la population, permettant non seulement d'identifier les situations de suroffre, mais également les pénuries, tout en intégrant les réalités du terrain et en préservant une capacité d'adaptation.

À cet égard, la SVM souligne qu'une limitation des admissions peut se justifier dans certaines spécialités, mais qu'elle doit impérativement tenir compte des disparités régionales et des sous-spécialités médicales. Une offre globalement suffisante dans une spécialité peut en effet masquer des pénuries dans certains domaines spécifiques. La chirurgie orthopédique illustre cette problématique : elle regroupe plusieurs sous-spécialités, dont certaines disposent actuellement d'un nombre suffisant de médecins, tandis que d'autres connaissent des situations de pénurie. Une analyse limitée aux seules spécialités risquerait ainsi de ne pas identifier certains besoins médicaux et de conduire à des restrictions inadaptées.

La SVM privilégie dès lors une approche différenciée et évolutive de la régulation, fondée sur une connaissance fine de l'offre médicale et des besoins de la population. Elle préconise également de favoriser les mesures d'incitation et d'information plutôt que des restrictions rigides, notamment en matière de formation médicale.

Principaux éléments ressortant des échanges avec la commission

La SVM relève que la densité médicale globale en Suisse est comparable à celle des pays voisins, mais que la médecine de premier recours demeure insuffisamment dotée. Elle souligne également que le développement du travail à temps partiel constitue une évolution importante des pratiques professionnelles et un facteur d'attractivité, notamment grâce aux cabinets de groupe.

Elle insiste sur le double effet du vieillissement : une augmentation des besoins en soins, particulièrement pour les maladies chroniques, et un renouvellement nécessaire du corps médical, dont environ un quart des membres a plus de 60 ans.

Concernant la commission cantonale de planification, la SVM estime que sa présidence devrait revenir au médecin cantonal et que cette compétence devrait être inscrite dans la loi. Elle considère essentiel que la commission puisse s'appuyer sur les connaissances des acteurs du terrain et que ses recommandations soient prises en considération par les autorités. Elle préconise de ne pas fixer de délais rigides pour les analyses de besoins, tout en relevant la nécessité d'améliorer les délais de traitement des demandes d'installation. Elle souligne l'importance de disposer d'une expertise solide au sein de la commission, mais également de garantir que ses recommandations soient dûment prises en considération. Dans le cas contraire, que la non prise en considération soit motivée.

La SVM souligne par ailleurs les difficultés méthodologiques liées au calcul des EPT, les taux d'activité des médecins installé·es étant variables et difficiles à documenter précisément. Elle insiste sur l'importance d'une collaboration étroite avec le canton pour améliorer la qualité des données disponibles.

Sur la formation, elle met en garde contre une réduction des places fondée sur les limitations actuelles, compte tenu de la durée des cursus et de l'incertitude entourant l'évolution des besoins. Elle privilégie des mesures d'information, de sensibilisation et d'incitation, ainsi que le développement de la formation en cabinet et de dispositifs de mentorat.

Enfin, la SVM rappelle la forte dépendance du système de santé suisse à l'égard des médecins formés à l'étranger. Elle relève que 43 % des médecins exerçant en Suisse ont obtenu leur diplôme à l'étranger et que ces derniers contribuent largement à la croissance des effectifs. Elle estime dès lors nécessaire de renforcer les capacités de formation en Suisse tout en préservant l'attractivité de la profession.

4.4 Principaux enseignements transversaux des auditions

Les auditions font ressortir une reconnaissance générale de la nécessité de disposer d'un instrument de régulation de l'offre médicale, avec des appréciations différentes quant à ses modalités d'application et à ses conséquences potentielles.

Plusieurs enjeux communs ont été identifiés : la nécessité de disposer de données fiables sur les taux d'activité et la répartition des médecins, l'intégration du vieillissement de la population et du corps médical, ainsi que le maintien d'une certaine souplesse pour répondre à l'évolution des besoins régionaux.

Les échanges ont également mis en évidence l'importance d'articuler la limitation des admissions avec la formation médicale, dont les horizons temporels sont sensiblement plus longs que ceux de la régulation de l'offre. Les représentant·es des médecins ont particulièrement insisté sur les risques de décalage entre les besoins hospitaliers en personnel en formation et les possibilités futures d'installation en cabinet.

Enfin, la composition, la présidence et le rôle de la commission cantonale de planification ont constitué des points de discussion importants, les entités auditionnées s'accordant sur la nécessité d'intégrer les réalités du terrain, tout en exprimant des avis différents sur son organisation.

5. EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSE DES MOTIFS

Seuls les points ayant fait l'objet d'une discussion sont mentionnés.

3.5 Aspects méthodologiques et lien avec l'arrêté (p.8)

« En attendant la modification de la loi sur la santé, les dispositions fédérales ont été mises en œuvre par l'arrêté du 2 juillet relatif à la limitation de l'admission des médecins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans le secteur ambulatoire (ALAM). Cet arrêté est toutefois suspendu dans l'attente de la décision de la Cour constitutionnelle, à la suite d'une requête déposée par Vaud Cliniques. »

Il est rappelé à la commission que l'EMPD date de janvier 2026 et qu'entre temps, la décision de la Cour constitutionnelle a été rendue. Celle-ci faisait suite à une requête déposée par Vaud Cliniques contre l'arrêté qui essayait de mettre directement en œuvre l'article 55a LAMal. Le canton de Vaud a perdu le recours. L'arrêté a été annulé pour le même motif que le premier arrêté qui avait été adopté en 2023 du fait de l'absence de base légale formelle dans le droit cantonal. D'où la nécessité d'avoir une base légale cantonale, sinon, cela ne s'applique pas.

6. DISCUSSION SUR LE PROJET DE LOI ET VOTES

6.1 Commentaires, amendements et vote

<u>Art. 97a Limitation de l'admission des médecins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le secteur ambulatoire</u>

a) Objectif et principe de la limitation

Alinéa 1

Un·e commissaire dépose un *amendement* pour introduire la formule potestative, en expliquant que la formule potestative « peut être limitée » induit un choix, que l'admission des médecins n'est pas forcément limitée, alors que la formulation « est limitée » donne l'impression qu'elle est forcément limitée.

[1] L'admission des médecins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le secteur ambulatoire ~~est~~ peut être limitée, conformément à l'article 55a LAMal.

Le conseiller d'État rappelle que l'article 55a LAMal impose aux cantons de mettre en œuvre un dispositif de limitation des admissions, tout en leur laissant une marge d'appréciation quant aux spécialités et aux régions concernées, en fonction des besoins identifiés. Il souligne que le processus d'évaluation est obligatoire, même s'il peut, dans les faits, aboutir à l'absence de limitation ou à des limitations ciblées. Dès lors, il estime nécessaire de conserver la formulation « est limité », conformément au droit fédéral, et considère qu'il serait contradictoire de se référer à l'article 55a LAMal tout en s'écartant de sa formulation. Il recommande par conséquent de rejeter l'amendement.

Le·la commissaire à l'origine de l'amendement relève que l'article 55a LAMal prévoit une limitation « dans un ou plusieurs domaines de spécialité », ce qui signifie qu'elle ne s'applique pas nécessairement à l'ensemble des spécialités médicales. Il·elle estime que la formulation générale du projet de loi pourrait laisser entendre que toutes les admissions sont systématiquement limitées.

En réponse, le conseiller d'État se réfère à l'alinéa 4 de l'article 97a du projet de loi, qui mentionne expressément les « domaines de spécialité soumis à une limitation ». Cette formulation confirme, selon lui, que certaines spécialités peuvent ne faire l'objet d'aucune restriction. Il réaffirme toutefois que le canton est tenu de procéder à l'évaluation des besoins et de mettre en œuvre le dispositif prévu par le droit fédéral, indépendamment du résultat de cette évaluation. Il maintient ainsi sa recommandation de rejeter l'amendement.

Un·e commissaire s'oppose également à l'amendement, rappelant que l'article 55a LAMal constitue le cadre légal de référence et que le projet vise notamment à contribuer à la maîtrise des coûts de la santé. Il·elle considère que l'introduction de formulations facultatives, telles que « peut » ou « en règle générale », risquerait d'affaiblir la portée normative de la disposition.

Vote sur l'amendement

Par 6 voix pour, 7 contre et 0 abstention, l'amendement est refusé.

Vote sur l'alinéa 1

L'alinéa 1, non amendé, est adopté par 8 voix pour, 2 voix contre, et 3 abstentions.

Alinéa 2

Un·e commissaire propose un amendement visant à remplacer « ou » par « et », estimant que la planification doit nécessairement tenir compte à la fois des spécialités médicales et des régions. Un·e autre commissaire s'y oppose, relevant que certaines spécialités très pointues nécessitent une planification à l'échelle de l'ensemble du canton.

La directrice générale de la DGS rappelle que la formulation « ou » reprend celle de l'article 55a LAMal, qui permet de limiter les admissions par spécialité à l'échelle cantonale ou régionale.

Comprenant l'intention de ce qui est demandé, une formulation alternative est proposée pour le prendre en compte. Cela permet d'introduire cette nuance sans changer l'esprit du droit fédéral :

[2] La limitation a pour objectif de réguler l'offre médicale dans le canton, ou dans une région, par une planification du nombre de professionnels par domaine de spécialité médicale, pour tout le canton ou par région, en tenant compte des équivalents plein temps.

Le·la commissaire porteur de l'amendement est tout à fait d'accord avec cette proposition et s'y rallie.

Vote sur l'amendement

[2] La limitation a pour objectif de réguler l'offre médicale dans le canton, ou dans une région, par une planification du nombre de professionnels par domaine de spécialité médicale, pour tout le canton ou par région, en tenant compte des équivalents plein temps.

A l'unanimité, l'amendement est accepté.

Alinéa 2bis (nouveau)

Un·e commissaire propose d'introduire *un nouvel alinéa 2bis* :

[2bis] Dans le respect du cadre légal fédéral, la limitation peut s'appliquer à des sous-spécialités.

Un·e commissaire propose un amendement introduisant un nouvel alinéa 2bis : « Dans le respect du cadre légal fédéral, la limitation peut s'appliquer à des sous-spécialités ». Faisant référence aux préoccupations exprimées par la SVM lors des auditions, il·elle souligne que certaines spécialités, notamment l'orthopédie, regroupent plusieurs sous-spécialisations dont les besoins peuvent varier considérablement. Une limitation générale pourrait ainsi pénaliser des domaines dans lesquels subsistent des besoins spécifiques.

Tout en comprenant cette préoccupation, le conseiller d'État et la directrice générale de la DGS précisent que le droit fédéral impose de fixer les limitations sur la base des titres postgrades fédéraux, sans possibilité de distinguer les sous-spécialités. Celles-ci pourraient toutefois être prises en considération dans la gestion des listes d'attente et l'examen des demandes d'admission, notamment pour donner la priorité à des médecins exerçant dans des domaines insuffisamment couverts.

Plusieurs commissaires évoquent la possibilité d'inscrire cette prise en compte dans la loi. Le DSAS rappelle toutefois que l'article 97c, alinéa 2, lettre d, prévoit déjà l'identification des besoins non couverts, « notamment en lien avec les éventuelles surspécialisations ». Cette compétence permettra à la commission cantonale de planification de tenir compte des sous-spécialités dans ses préavis, sans contrevenir au cadre fédéral.

Dans la mesure où il propose aussi un amendement à l'art. 97c qui parlait également de ces sous-spécialités, et dès lors qu'il n'y a pas vraiment de base légale pour les sous-spécialités, le·la commissaire porteur de l'amendement retire sa proposition d'amendement.

Alinéa 3

L'alinéa 3, non amendé, est adopté à l'unanimité.

Alinéa 4

L'alinéa 4, non amendé, est adopté à l'unanimité.

Alinéa 5 (nouveau)

Un·e commissaire propose d'introduire *un nouvel alinéa 5 :*

[5] Les mesures de limitation sont revues chaque année par la commission cantonale de planification.

Il·elle propose un amendement introduisant un nouvel alinéa 5 prévoyant un réexamen annuel des mesures de limitation, afin de garantir leur adéquation avec l'évolution des besoins.

Cette proposition suscite les remarques suivantes :

- Pour un·e commissaire, il semblerait, selon les discussions préliminaires, que le délai de chaque année soit trop court (sauf erreur, la commission avait été informée qu'il fallait un minimum de deux ans, si ce n'est un petit peu plus, pour avoir un retour effectif, pour avoir véritablement un effet sur la limitation).
- La directrice générale de la DGS indique que le fait que ces mesures soient revues périodiquement fait du sens. Pour garder une certaine latitude et effectivement voir les effets, la DGS propose que les délais

soient réglés plutôt dans le règlement de la commission. Par contre, on peut formaliser une revue périodique.

A noter également que les taux de couverture calculés par la Confédération sur la base de travaux de l'Obsan (Observatoire suisse de la santé), doivent être réévalués selon une fréquence qui reste à définir, les cantons proposent tous les deux ans. Cela signifie qu'on aura de nouveaux taux de couverture tous les deux ans et on va être forcés à faire une réévaluation périodique. Donc ce mécanisme de réexamen va de toute manière devoir se faire. Par contre, pour le médecin cantonal adjoint, un réexamen chaque année est peut-être un peu excessif, on a besoin d'avoir un peu de recul. Mais a priori, tous les deux ans, ne serait-ce que parce que les taux de couverture vont changer, on va devoir refaire le travail.

Aussi le conseiller d'Etat propose de modifier la proposition avec la formulation « périodiquement » au lieu de « chaque année » :

[5] Les mesures de limitation sont revues périodiquement par la commission cantonale de planification.

La formulation « périodiquement » permettra de déterminer le délai dans le règlement, en fonction des données de l'Obsan, de l'évolution sur le terrain ou de ruptures éventuelles (si un besoin s'accroît à l'intérieur de la période). C'est en adéquation avec le principe que ce n'est pas éternel, et cela convient à la·au commissaire porteur de l'amendement.

Vote sur l'amendement (nouvel alinéa 5)

[5] Les mesures de limitation sont revues périodiquement par la commission cantonale de planification.

Par 12 voix pour, 0 contre et 1 abstention, l'amendement est accepté.

Vote sur l'article 97a

L'article 97a, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité.

Art. 97b

b) Compétences

Alinéa 1

L'alinéa 1, non amendé, est adopté à l'unanimité.

Alinéa 2

L'alinéa 2, non amendé, est adopté à l'unanimité.

Alinéa 3

L'alinéa 3, non amendé, est adopté à l'unanimité.

Alinéa 4

Un·e commissaire dépose un *amendement* visant à introduire un délai de trois mois pour que le département statue sur les demandes, après préavis de la commission cantonale de planification. L'objectif est de garantir une prise de décision rapide et adaptée à l'évolution régulière des besoins en matière d'offre médicale.

[4] Les demandes d'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le secteur ambulatoire doivent être adressées au département. Le département statue dans un délai de 3 mois sur les demandes sur préavis de la commission cantonale de planification. Pour le surplus, le Conseil d'Etat règle la procédure.

Le conseiller d'État se déclare favorable à l'amendement, sous réserve de préciser que le délai de trois mois court « *après la réception du préavis* », afin de garantir au département un temps suffisant pour examiner la demande. Cette précision, ajoutée en fin de phrase, est acceptée par le·la commissaire à l'origine de l'amendement.

Vote sur l'amendement

[4] Les demandes d'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le secteur ambulatoire doivent être adressées au département. Le département statue sur les demandes sur préavis de la commission cantonale de planification, dans un délai de 3 mois après la réception du préavis. Pour le surplus, le Conseil d'Etat règle la procédure.

A l'unanimité, l'amendement est accepté.

Alinéa 5 (nouveau)

Un·e commissaire propose d'introduire *un nouvel alinéa 5 :*

[5] Les décisions du Conseil d'Etat s'écartant des recommandations de la commission doivent être justifiées auprès de la commission.

Un·e commissaire propose un amendement visant à ce que le Conseil d'État explique à la commission cantonale de planification les raisons pour lesquelles il s'écarterait de ses recommandations, afin de renforcer le rôle de cette dernière.

Le médecin cantonal adjoint précise qu'il convient de distinguer les préavis émis par la commission sur les demandes individuelles d'admission, qui relèvent de la compétence du département, des recommandations relatives à la fixation des nombres maximaux de médecins, sur lesquelles statue le Conseil d'État. Le·la commissaire confirme que son amendement concerne ce second cas et vise à garantir une explication en cas de divergence.

Cette proposition suscite plusieurs remarques. Un·e commissaire souligne que le Conseil d'État doit conserver sa liberté d'appréciation politique, ses décisions pouvant légitimement différer des recommandations formulées par les acteurs du terrain. La directrice générale de la DGS rappelle que les décisions du Conseil d'État sont généralement motivées, mais estime que l'obligation de se « justifier » serait peu appropriée au regard de ses compétences. Une obligation d'information ou de motivation pourrait en revanche répondre à l'objectif poursuivi.

Plusieurs commissaires partagent cette réserve sur le terme « justifier ». Certain·es estiment qu'une simple mention dans le rapport suffirait, une obligation légale pouvant laisser supposer une possibilité de réexamen par la commission, alors que la décision appartient au Conseil d'État. Un·e autre commissaire relève que le devoir de motivation découle déjà des règles générales de procédure administrative et qu'une disposition supplémentaire pourrait être superflue.

À l'inverse, un·e commissaire considère qu'il est essentiel, pour l'efficacité des travaux de la commission cantonale de planification, que celle-ci comprenne les raisons d'éventuelles divergences, sans pour autant disposer d'un droit de réexamen.

Afin de tenir compte de ces préoccupations, le conseiller d'État propose une formulation alternative instaurant une simple obligation d'information, que les recommandations aient été suivies ou non. Celle-ci permettrait également à la commission de bénéficier d'un retour d'expérience :

[5] Le Conseil d'Etat informe la commission sur ses décisions et leurs considérants.

Cette nouvelle formulation est soumise au vote.

Vote sur l'amendement (nouvel alinéa 5)

[5] Le Conseil d'Etat informe la commission sur ses décisions et leurs considérants.

A l'unanimité, l'amendement est accepté.

Vote sur l'article 97b

L'article 97b, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité.

Art. 97c

c) Commission cantonale de planification de l'offre médicale

Alinéa 1

Lettre a

Un·e commissaire propose un amendement à la lettre a visant à préciser que le médecin cantonal doit représenter le service en charge de la santé au sein de la commission cantonale de planification. S'appuyant sur les échanges intervenus lors des auditions, il·elle estime que le médecin cantonal est le mieux placé pour présider cette commission, compte tenu de sa connaissance du terrain et de ses responsabilités en lien direct avec la planification de l'offre médicale. Cette précision permettrait de garantir son implication, plutôt que de laisser ouverte la désignation de tout autre représentant du service.

a. le médecin cantonal ~~un représentant du service en charge de la santé~~, qui la préside ;

Un·e commissaire s'interroge sur le risque qu'une désignation explicite du médecin cantonal entrave le fonctionnement de la commission en cas d'absence prolongée, notamment si son remplacement par le médecin cantonal adjoint devait être nécessaire.

Il est précisé que la formulation actuelle vise précisément à préserver une certaine souplesse organisationnelle, tout en prévoyant que cette mission soit, en principe, exercée par le médecin cantonal, conformément à ses compétences. Une désignation explicite serait envisageable, mais plus contraignante.

Un·e commissaire se prononce dès lors en faveur du maintien d'une formulation plus large, afin d'éviter tout risque de blocage dans le fonctionnement de la commission.

1er amendement

À l'issue des échanges, le·la commissaire à l'origine de l'amendement propose d'ajouter la précision « ou son adjoint », afin de garantir une possibilité de remplacement tout en réservant cette fonction au médecin cantonal ou à son adjoint. Il·elle relève par ailleurs que de nombreuses dispositions cantonales attribuent des compétences à des fonctions spécifiques, sans que le risque d'absence prolongée constitue un obstacle à leur désignation dans la loi :

*a. **le médecin cantonal ou son adjoint** ~~un représentant du service en charge de la santé~~, qui la préside ;*

Il est relevé que dans cette formulation, le médecin cantonal adjoint pourrait présider la commission (on n'est pas dans le contexte d'absence). Cela ne dérange pas la·le commissaire, l'importance est plus la fonction que la personne. La présidence de cette commission est directement liée à la fonction du médecin cantonal, dans son ensemble, c'est son travail directement et on est là directement dans son travail, à savoir d'assurer la médecine communautaire au sein du canton.

Un·e commissaire suggère un ***2e amendement*** :

*a. le médecin cantonal ou son adjoint ~~un représentant du service en charge de la santé~~, qui la préside ; **en cas d'absence, un représentant du service en charge de la santé, qui le remplace**.*

Plusieurs commissaires se prononcent en faveur du maintien de la formulation initiale du projet de loi, estimant qu'elle offre davantage de souplesse organisationnelle et évite de multiplier les précisions relatives aux éventuels remplacements. Il est également rappelé que les avis exprimés lors des auditions étaient partagés et que certain·es intervenant·es privilégiaient une désignation plus ouverte. Enfin, des commissaires soulignent que la commission compte déjà plusieurs médecins et qu'une certaine indépendance de sa présidence doit être préservée, au même titre que si celle-ci devait être confiée à un·e représentant·e des assureurs ou des patient·es.

Vote sur le 1er amendement

a. le médecin cantonal ou son adjoint ~~un représentant du service en charge de la santé~~, qui la préside ;

Par 6 voix pour, 6 contre et 1 abstention, l'amendement est refusé (voix prépondérante de la présidente).

Cet amendement étant refusé, il n'y a pas de vote sur le 2e amendement.

Lettre m

Un·e commissaire demande à qui on pense par « représentant des professions non médicales » et comment on va le désigner ?

Un·e commissaire précise que l'objectif est d'assurer la représentation des professions de la santé autres que les médecins, notamment les soins infirmiers, les sages-femmes ou la physiothérapie.

Plusieurs commissaires relèvent que la notion de « professions non médicales » pourrait prêter à confusion, notamment sur le plan juridique, et suggèrent de privilégier une formulation faisant référence aux professions de la santé.

La directrice générale de la DGS confirme que l'intention initiale était bien d'inclure l'ensemble des professions de soins et de santé autres que les médecins. Il est dès lors convenu de clarifier la formulation afin de lever toute ambiguïté.

L'amendement suivant est mis au vote

m. un représentant des professions ~~non médicales~~ de soins et de santé non-médecin.

A l'unanimité, l'amendement est accepté.

Alinéa 2

Lettre c

Un·e commissaire propose un *amendement* pour ajouter les éléments liés à la question des sous-spécialités. La discussion qui a eu lieu lors du traitement de l'amendement touchant à l'art. 97a, al. 2bis (retiré) permet de trouver un cadre qui n'est plus celui des spécialités strictes et permet à la commission d'être sensibilisée à cette problématique des sous-spécialités.

c. d'examiner les demandes d'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le secteur ambulatoire dans les domaines de spécialité limités et de donner préavis au département en tenant compte notamment des besoins spécifiques liés aux sous-spécialités concernées ;

La proposition d'amendement suscite plusieurs remarques. La DGS rappelle que la sous-spécialité constitue l'un des critères susceptibles d'être pris en compte dans l'examen des demandes d'admission, au même titre que le lieu d'installation, la connaissance du réseau ou l'ancienneté de la demande. Il appartiendra à la commission cantonale de planification de pondérer ces différents éléments. Le·la commissaire à l'origine de l'amendement souligne toutefois que, contrairement à la répartition géographique, la question des sous-spécialités n'a pas encore été explicitement abordée dans le projet.

Une discussion porte également sur la terminologie, la lettre d de l'article 97c, alinéa 2, faisant déjà référence aux « surspécialisations ». Il est précisé que les termes « sous-spécialisation » et « surspécialisation » désignent ici la même réalité, sans qu'une terminologie uniforme soit reconnue.

Le conseiller d'État relève que l'amendement présente l'avantage de légitimer explicitement la prise en compte des besoins liés aux sous-spécialités dans le traitement des demandes, notamment lorsqu'il s'agit de départager plusieurs médecins d'une même spécialité soumise à limitation.

Le·la commissaire maintient son amendement à la lettre c, estimant nécessaire de reconnaître les besoins spécifiques au sein d'une même spécialité médicale. Il·elle privilégie le terme « sous-spécialité », qui traduit mieux la distinction entre une spécialité et ses différents domaines d'exercice.

Afin d'assurer la cohérence terminologique et d'éviter les redondances, il est convenu d'utiliser également le terme « sous-spécialité » à la lettre d de l'article 97c, alinéa 2.

Vote sur l'amendement

c. d'examiner les demandes d'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le secteur ambulatoire dans les domaines de spécialité limités et de donner préavis au département en tenant compte notamment des besoins spécifiques liés aux sous-spécialités concernées ;

Par 9 voix pour, 0 contre et 4 abstentions, l'amendement est accepté.

Lettre d

Un·e commissaire explique comprendre difficilement, dans ce contexte, ce que veut dire « notamment en lien avec les éventuelles surspécialisations », ce que cela apporte de plus. Si on le maintien alors il faudrait mettre « les éventuelles sous-spécialisations » pour être logique par rapport à ce qui a été voté tout à l'heure.

Il·elle propose un *amendement* qui, après discussion, est reformulé comme suit, avec le terme sous-spécialités à la place de sous-spécialisations, par analogie à la lettre c.

d. d'informer le département de l'évolution des besoins en soins de la population, des besoins non couverts par domaine de spécialité, notamment en lien avec les éventuelles sous-spécialités, ~~notamment en lien avec les éventuelles surspécialisations,~~ de l'évolution de l'offre médicale, ainsi que de l'impact des mesures en cours.

Vote sur le 1er amendement

Cet amendement est tacitement accepté.

La·le même commissaire propose un autre amendement pour ajouter l'élément suivant à la fin de la lettre d :

d. (…) ainsi que de l'impact des mesures en cours et de formuler des recommandations visant à garantir une adéquation durable entre l'offre médicale et les besoins de la population.

Un·e commissaire propose un amendement à la lettre d visant à compléter les missions de la commission cantonale de planification par l'évaluation de l'impact des mesures en cours et la formulation de recommandations destinées à garantir une adéquation durable entre l'offre médicale et les besoins de la population. Faisant référence aux préoccupations exprimées par la SVM lors des auditions, il·elle souligne la nécessité d'anticiper les pénuries médicales actuelles et futures.

Un·e autre commissaire propose un amendement visant à préciser que l'évaluation de l'impact des mesures doit notamment porter sur la formation des médecins. Il·elle propose aussi un amendement pour ajouter l'élément suivant à la fin de la lettre d :

d. (…) ainsi que de l'impact des mesures en cours, en particulier s'agissant de la formation des médecins

Se référant à l'audition de l'ASMAV, il·elle relève le risque que des médecins, après dix à quinze années de formation et de parcours professionnel, se voient privés de possibilités d'installation en raison des limitations d'admission. Il·elle plaide pour une meilleure coordination entre la formation médicale et la planification de l'offre, afin d'éviter des ruptures dans les perspectives professionnelles, et souhaite que cette préoccupation figure dans le rapport de commission.

Le conseiller d'État accueille favorablement le principe de cette réflexion, estimant qu'elle pourrait contribuer à mieux orienter la formation médicale en fonction des besoins réels, notamment en distinguant les besoins hospitaliers de ceux de la médecine ambulatoire.

Il est convenu d'intégrer les amendements 2 et 3 dans une seule formulation à introduire dans une nouvelle lettre e.

Lettre e (nouvelle)

Proposition d'une nouvelle lettre e regroupant les amendements 2 et 3 proposés à la lettre d :

e. de formuler des recommandations visant à garantir une adéquation durable entre l'offre médicale, la formation des médecins et les besoins de la population.

Le conseiller d'État propose d'introduire la précision « si nécessaire », afin de laisser à la commission la faculté de formuler des recommandations sans l'y obliger systématiquement. Plusieurs commissaires s'y opposent, estimant que cette mission doit faire partie intégrante de ses tâches. Le conseiller d'État se rallie dès lors à la formulation initiale de l'amendement.

Vote sur l'amendement

e. de formuler des recommandations visant à garantir une adéquation durable entre l'offre médicale, la formation des médecins et les besoins de la population.

Par 12 voix pour, 0 contre et 1 abstention, l'amendement est accepté.

Vote sur l'alinéa 2

L'alinéa 2, amendé, est adopté à l'unanimité

Alinéa 3

L'alinéa 3, non amendé, est adopté à l'unanimité

Vote sur l'art. 97c

L'article 97c du projet de loi, tel qu'amendé, est adoptée à l'unanimité

Art.2 (formule d'exécution)

L'article 2, non amendé, est adopté à l'unanimité

7. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE LOI

Tel que discuté et amendé par la commission, à la fin des travaux, le projet de loi est adopté à l'unanimité.

8. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE LOI

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de loi à l'unanimité des membres présent·e·s.

Suchy, le 13 novembre 2026

La présidente :
(Signé) Géraldine Dubuis

9. ANNEXE

Questions préalables des auditions

Questions d'ordre général

- En quoi le taux d'activité des médecins (100% vs 80-60%), statistiquement en diminution, vient-il influencer le jeu de l'offre et de la demande en matière médicale, par spécialité et par région ?
- La médecine intégrative et collaborative pourrait-elle être une piste permettant d'éviter de devoir potentiellement limiter le nombre de médecins fournissant des prestations à charge de l'AOS ?
- Comment peut-on intégrer le phénomène actuel de vieillissement de la population aux réflexions quant à la limitation potentielle de médecins par spécialités / régions ?
- A votre avis, quelle fonction devrait présider la commission cantonale de planification ? Celle-ci devrait-elle être clairement stipulée dans la loi ?

Questions de timing

L'art 97a al. 2 et 3 mentionne une limitation/planification par domaine et par région. Les besoins par domaines et par région peuvent évoluer très rapidement alors que la formation des médecins est longue et nécessite parfois des choix devant souvent être anticipés très tôt.

- Dans quel délai de planification raisonnable les analyses de besoins devraient-elles être réalisées afin que les limitations ou incitations qui en découleraient puissent déployer des effets pratiques positifs ?
- Les médecins en formation disposent-ils d'informations suffisantes en termes de besoins par spécialité, voire par région, au moment où ils sont amenés à faire leurs choix de spécialisation ?
- Comment et sur quels critères pourrait se réaliser le choix des médecins autorisés ou non à pratiquer à charge de l'AOS dans le cas où l'offre dépasserait le seuil de planification et compte tenu du fait que beaucoup de médecins terminent leurs formations de manière simultanée ?

Questions ayant essentiellement trait à la formation des médecins

Les universités romandes forment chaque année un nombre important de médecins afin de répondre aux besoins du système de santé.

- Si l'accès à certaines spécialités devait être davantage régulé, quelles pourraient être les conséquences pour la planification de la formation médicale ?
- Comment garantir un nombre suffisant de places de stage et de formation postgraduée dans les spécialités concernées par d'éventuelles limitations ?
- Quels leviers les facultés de médecine et les établissements formateurs disposent-ils pour encourager les futurs médecins à s'orienter vers les spécialités ou les régions où les besoins sont les plus importants ?
- Quels dispositifs existent aujourd'hui pour favoriser l'installation des jeunes médecins dans les disciplines de premier recours, où les besoins en professionnels sont particulièrement marqués ?
- Comment assurer, à moyen et long terme, un nombre suffisant de spécialistes formés en Suisse tout en adaptant l'offre de formation aux besoins réels de la population ?
- Comment articuler les besoins immédiats du système de santé avec les impératifs de formation des futures générations de médecins ?

Questions en lien avec les médecins étrangers

Notre système de santé s'appuie de manière importante sur des médecins formés à l'étranger, qui contribuent de manière essentielle à la prise en charge de la population.

- Comment concilier le recours à des médecins formés à l'étranger avec d'éventuelles limitations du droit d'exercer ou des mesures de régulation de l'accès à la profession ?
- Comment garantir des perspectives professionnelles aux médecins formés en Suisse, notamment dans les spécialités où les places sont limitées ?
- Quels leviers existent pour encourager les médecins suisses partis exercer à l'étranger à revenir en Suisse, si les besoins du système de santé l'exigent ?
- Dans quelle mesure des mesures visant à favoriser l'installation de médecins formés en Suisse seraient-elles compatibles avec les principes de libre circulation des personnes et de concurrence ?