

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL
sur le postulat Dominique-Richard Bonny et consorts intitulé "Des médecins pour nos campagnes"

Rappel du postulat

Manque de relève, difficulté de formation, exigences de la garde, impossibilité de remettre le cabinet, rémunération, désintérêt des praticiens pour les régions extra urbaines, rurales et de montagne, les problèmes que vivent les médecins généralistes et de premier recours de notre canton ne laissent personne indifférent.

Le Grand Conseil a traité en 2008 le postulat de notre collègue J.-C. Schwaab intitulé "Quelles mesures contre la pénurie de médecins ?"

Face à cette problématique, le Conseil d'Etat a entrepris plusieurs actions que mentionne le rapport de la commission, présidée par notre collègue S. Bavaud, qui a étudié ledit postulat. Pour mémoire :

- financement chaque année de l'assistanat en cabinet de 12 médecins-assistants généralistes et de 2 médecins-assistants pédiatres ;*
- financement de l'Institut universitaire de médecine générale ;*
- projet ForOm NV (Formation des omnipraticiens dans le Nord vaudois) qui vise à la fois la formation des généralistes et la mise en place d'autres modes d'organisation entre médecine de ville et hôpital ;*
- augmentation souhaitée de la capacité d'accueil des hôpitaux pour les stages au cours de la formation prégraduée.*

Pour le postulant, ces mesures ne sont cependant pas suffisantes car elles ne permettent pas d'encourager l'installation de nouveaux médecins généralistes ni d'assurer la reprise des cabinets existants en périphérie des centres urbains et dans les campagnes.

Ce postulat demande :

A) Au plan national par le biais de la CDS (Conférence des directeurs de la santé) de procéder à un rééquilibrage de la structure tarifaire Tarmed repositionnant plus favorablement la médecine générale lors de la création de nouveaux cabinets ou de la reprise de cabinets existants dans les zones extra urbaines, rurales et de montagne.

B) Au plan vaudois, d'élaborer des dispositions accordant des facilités financières, des aides, des prêts sans intérêt, des cautionnements et pourquoi pas une valeur plus élevée du point Tarmed destinés à la création de nouveaux cabinets ou à la reprise de cabinets existants dans les régions extra urbaines, rurales et de montagne.

D'autre part, les communes pourraient être saisies de cette problématique et y jouer un rôle incitatif. Toutes ces mesures permettraient sans doute d'orienter différemment les choix personnels des futurs

médecins.

Certes, ces dispositions créent une possible entorse aux principes régissant les professions libérales mais sont justifiées par la nécessité de maintenir et d'assurer une couverture des soins de premier recours en périphérie des centres urbains.

Il est grand temps de trouver des solutions au dépeuplement médical des régions extra urbaines, ceci avant qu'il ne soit trop tard. Je remercie d'ores et déjà le Conseil d'Etat de l'attention qu'il portera à ce postulat et des propositions concrètes qu'il fera prochainement au Grand Conseil.

Souhaite développer.

1 INTRODUCTION : ÉTAT DES LIEUX

1.1 Rappel du contexte

L'exercice de la médecine en cabinet privé est traditionnellement considéré comme l'exemple d'une profession libérale, constituée en corporation autonome, opposée à toute intervention de l'Etat dans ses options, qu'il s'agisse de carrières, de choix de spécialisation ou de modes de pratique. Les changements épidémiologiques importants et les menaces de plus en plus fortes de pénurie médicale ont modifié cette situation.

La nécessité de maintenir et d'assurer à long terme l'accessibilité aux soins pour tous et la volonté de préserver un caractère suffisamment attractif à la profession médicale font que l'Etat et le corps médical doivent agir ensemble. Le Conseil d'Etat se préoccupe depuis plusieurs années déjà de la lutte contre la pénurie et l'a inscrite dans les lignes directrices de sa politique sanitaire pour la législature 2008-2012. La Société vaudoise de médecine (SVM) est également inquiète pour l'avenir de la profession et pour sa capacité à répondre aux demandes de soins. Ensemble, ils souhaitent travailler à la recherche de solutions.

En répondant à l'intervention de M. le député Bonny, le Conseil d'Etat réaffirme non seulement l'importance de la lutte contre la pénurie médicale, mais il insiste aussi sur la nécessité et la volonté d'agir en partenariat avec le corps médical.

1.2 Rappel démographique et épidémiologique

Une récente étude sur la relève pour les spécialités médicales dans le canton de Vaud, réalisée par l'IUMSP[1], et portant sur les médecins en cabinet exerçant dans le Canton de Vaud avec une autorisation de pratique indépendante, fait état en 2010 de 2052 médecins de moins de 65 ans. Parmi eux, 690, soit 34% exercent en médecine de premier recours (MPR)[2]. 20% d'entre eux cesseront leur activité d'ici 2015, 40% d'ici 2020, et 78% d'ici 2030. Une autre étude sur la garde médicale dans le canton de Vaud réalisée en 2010 par l'OBSAN[3] met en évidence les zones les plus menacées de pénurie, tant sur le plan de la dotation en généralistes que sur celui de l'offre en service de garde. Selon cette étude, la densité moyenne cantonale pondérée est de 1.01 médecin MPR pour mille habitants. Elle varie entre une valeur minimum de 0.56 et une valeur maximum de 1.62 selon les régions considérées. Cinq zones apparaissent particulièrement menacées : le Chablais, le Pays d'Enhaut, Moudon, la Broye et Cossonay.

D'une manière plus générale, les causes de la pénurie annoncée de médecins sont :

- le départ massif à la retraite de la génération des baby-boomers,
- la perte d'attrait de la médecine générale, particulièrement dans la forme traditionnelle de sa pratique en cabinet individuel,
- la féminisation de la profession médicale : augmentation des intentions de pratique à temps partiel,
- les changements de mode de vie : valorisation de la qualité de vie et de l'équilibre entre vies

- personnelle et professionnelle,
- l'augmentation de l'espérance de vie et vieillissement de la population.

Cette menace pèse plus particulièrement sur la MPR en raison de l'évolution épidémiologique. L'allongement de l'espérance de vie induit une transition qui multiplie les maladies chroniques et/ou dégénératives ainsi que les polyopathologies ; elle entraîne une demande croissante de soins de longue durée, dont la complexité augmente et qui requièrent des compétences multidisciplinaires.

[1] Flatz A., Bize R., Randriamiharisoa A., Paccaud F. Relève dans les spécialités médicales. Situation dans le Canton de Vaud en 2010 et évolution probables dans les vingt prochaines années. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV-UNIL. Lausanne 2010.

[2] Voir définition au paragraphe 1.3.

[3] Jaccard-Ruedin H., Roth M. Garde médicale de premier recours dans le Canton de Vaud. Observatoire suisse de la santé, sur mandat SSP-SVM. Avril 2010.

1.3 Définitions et terminologies

Dans le titre de son postulat, M. le député Bonny parle de "médecins pour nos campagnes". Dans le texte, il utilise également les termes de "généraliste" et de "médecin de premier recours". Le terme de "médecin de famille" est également souvent employé dans le langage courant. Bien que fréquemment utilisés de manière synonyme, ces différents termes ne se recouvrent pas complètement. Le Conseil d'Etat précise ici la définition à laquelle il se réfère dans sa réponse.

Depuis 2002, le terme de médecine de famille a été défini par l'organisme européen WONCA (World Family Doctors Caring For People Europe) comme synonyme de médecine générale. La Fédération des médecins suisses (FMH) utilise le terme de praticien généraliste pour désigner un regroupement qui englobe les spécialistes en médecine générale, en médecine interne, les praticiens et les cabinets de groupe. Il désigne donc un ensemble plus large que les seuls médecins généralistes.

Les travaux menés récemment dans le contexte de la pénurie de médecins (travaux de l'OBSAN notamment) ont adopté en général une définition de la médecine de premier recours (MPR) qui englobe:

- les médecins généralistes,
- les médecins internistes sans sous-spécialité,
- les médecins praticiens.

C'est cette définition qui est considérée ici. On peut utiliser également de manière synonyme le terme de médecin de première ligne. On notera que les pédiatres ne sont pas pris en compte dans cette définition.

Pour la simplicité du texte, on désignera sous le terme de région périphérique, les régions menacées de pénurie, que le postulant décrit comme régions extra urbaines, rurales et de montagne.

1.4 Formation et relève médicale

En ce qui concerne la MPR, on sait que entre le début de la formation médicale et le début d'une pratique professionnelle privée, il s'écoule environ 12 ans. Il s'agit tout d'abord du temps nécessaire à l'obtention du master en médecine. C'est la Faculté de biologie et médecine (FBM) de l'Université de Lausanne, sous la responsabilité du DFJC qui en est responsable. Il s'agit ensuite de la formation post-grade orientée vers l'obtention d'une spécialisation FMH en médecine interne générale. Elle est entre les mains de la FBM, du CHUV et des hôpitaux de la FHV. La SVM et les sociétés de spécialistes sont également concernées.

1.5 Entrée dans la pratique professionnelle

Toutes les actions entreprises dans les étapes de formation sont malheureusement insuffisantes pour compenser la désaffection des régions périphériques par les jeunes médecins praticiens en MPR. Outre les causes générales citées au point 1.2, les causes identifiées de cette désaffection sont les suivantes :

- Horaires de travail "sans limites", incompatibles avec une vie personnelle et/ou familiale équilibrée, a fortiori incompatibles avec des taux d'activité à temps partiel.
- Complexité croissante des prises en charge, notamment des pathologies de l'âge avancé, pathologies chroniques et multiples requérant un suivi régulier, dans la durée, des compétences multiples elles aussi, et dont la lourdeur dépasse souvent les capacités d'un médecin travaillant en solo.
- Fréquence accrue des gardes (nuits et week-ends) en périphérie en raison du faible nombre de praticiens dans ces régions.
- Complexité administrative croissante (relations entre médecin et assureurs) dans la gestion d'un cabinet.
- Caractère important et quasi-irréversible du risque financier pris par un médecin lors de son installation en cabinet indépendant : investissement en radiologie (nécessaire en périphérie) de l'ordre de CHF 100 à 150'000, laboratoire dont les tarifs actuels n'autorisent aujourd'hui qu'une marge de l'ordre de 5%, calculée hors investissements.
- Difficultés pour l'époux ou l'épouse (le compagnon ou la compagne de vie) à trouver du travail dans une région excentrée.
- Insuffisance éventuelle de structures éducatives et/ou de garde pour les enfants.
- Réseaux et fréquence des transports en commun pas toujours suffisants, notamment en regard des contraintes liés à l'éducation des enfants.
- Attrait variable de l'offre culturelle locale.

Certaines régions périphériques cumulent plusieurs désavantages : une faible dotation actuelle en MPR, avec une part importante de médecins qui dépassent soixante ans et sont ainsi exemptés de l'obligation de garde. En outre, le taux d'exemption dans ces régions pourrait croître encore plus fortement dans les cinq ans à venir en raison du nombre important de médecins qui atteindront l'âge de 60 ans.

Les études qui ont été faites sur les représentations qu'ont les jeunes médecins de leur avenir montrent que les projets d'installation individuelle diminuent et que les souhaits de pratique à temps partiel augmentent. Une part de cette évolution est bien sûr liée à la féminisation progressive du corps médical, mais cette tendance est exprimée par les hommes également.

Dans ce contexte, le maintien d'une médecine rurale selon le modèle traditionnel est donc très fortement remis en cause. Pour contrecarrer cette évolution, il faut imaginer et mettre en place des conditions qui rendent attractives la pratique de la MPR en périphérie.

2 RÉPONSE AU POSTULAT

Monsieur le député Bonny suggère d'agir par le biais de l'incitation financière en distinguant l'action sur la structure tarifaire, au plan national, et l'action sur les tarifs (valeur du point, et autres facilités financières) au plan cantonal.

Négocié entre la Fédération des médecins suisses (FMH) et SantéSuisse, l'association regroupant l'ensemble des assureurs maladie, l'accord tarifaire TARMED est entré en vigueur au 1er janvier 2003. Parmi ses objectifs, il visait notamment, dans l'esprit de ses concepteurs, une revalorisation des prestations médicales dites "intellectuelles" par rapport aux prestations techniques. En d'autres termes, une amélioration du revenu des spécialités non techniques, la MPR notamment. On doit constater

aujourd'hui que cet objectif n'a pas été atteint de manière satisfaisante.

2.1 Sur le plan national

Introduire au plan national un tarif différencié favorisant les prestations de MPR, spécifiquement dans les régions périphériques, représente une modification de la structure tarifaire actuelle TARMED. La faisabilité des propositions du postulant dépend donc des règles qui la déterminent.

2.1.1 Structure tarifaire TARMED

Le TARMED est une structure tarifaire unifiée pour l'ensemble de la Suisse dont l'introduction et la mise en application sont basées sur une convention passée entre la FMH et Santésuisse. La structure tarifaire qui en résulte fait l'objet d'une approbation du Conseil Fédéral. C'est au niveau cantonal ou régional que les parties (médecins et assureurs) règlent les modalités de calcul de la valeur du point et signent des conventions cantonales. Ces conventions doivent ensuite être approuvées par les gouvernements cantonaux respectifs.

La convention nationale TARMED est assortie de plusieurs annexes qui en font partie intégrante, parmi lesquelles on trouve la Convention relative à la neutralité de coûts qui constitue l'annexe 2. Elle introduit un certain nombre de mesures destinées, le cas échéant, à corriger les effets de hausse ou de baisse des coûts découlant de l'application du TARMED. Un bureau de la neutralité des coûts est chargé de veiller à son respect en effectuant des analyses mensuelles, et en décidant des éventuelles mesures correctives. Deux représentants de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) siègent dans cette commission au titre d'observateurs mais ils ne participent pas aux décisions.

Compte tenu de la complexité de la structure tarifaire une Commission paritaire d'interprétation (CPI) est constituée, dont la seule compétence est d'interpréter le TARMED de façon uniforme et de plein droit sur tout le territoire suisse. La CDS peut être invitée ponctuellement à certaines séances, mais là aussi son rôle est consultatif et sans participation au vote. La CPI ne traite du reste que les demandes d'interprétation n'entraînant aucune modification de la structure tarifaire.

Une deuxième commission permanente est constituée par les parties (médecins et assureurs), la Commission paritaire de confiance (CPC). Parmi ses tâches figure notamment l'interprétation des conventions supra cantonales, cantonales ou régionales.

La compétence de modifier éventuellement les prestations du TARMED, appartient à la Commission paritaire tarifaire (CPT). Seuls la FMH, H+ et Santésuisse disposent de la compétence de proposer des modifications de la structure tarifaire.

Ce rappel des organes et des règles qui définissent la convention tarifaire TARMED montre la complexité de cette construction dont les bases de calcul aujourd'hui obsolètes laissent se développer des écarts de revenus importants entre spécialités techniques et MPR.

Le mécanisme de neutralité des coûts est un frein important à toute actualisation puisque, si une modification tarifaire était proposée pour favoriser les prestations de MPR, il imposerait d'introduire simultanément des modifications compensatoires réduisant la valeur d'autres prestations spécialisées afin de préserver cette neutralité. Ainsi, jusqu'à aujourd'hui, les partenaires tarifaires n'ont pas réussi à se mettre d'accord sur une révision de la structure. De ce fait, les bases de calcul de la structure n'ont pas été actualisées depuis la période 1993-1996.

2.1.2 Actions entreprises au niveau fédéral

En janvier 2011, s'appuyant sur le rapport établi par le Contrôle fédéral des finances concernant la structure tarifaire TARMED et les distorsions qui en résultent, la CDS a écrit au Chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI) pour lui demander d'exercer ses compétences légales afin notamment de fixer par voie d'ordonnance un rythme minimal (par exemple bisannuel) d'actualisation des structures tarifaires. Elle demande également de fixer un délai aux parties tarifaires pour adapter les bases de calcul de coût et de temps au niveau 2010 et réactualiser la structure. Elle demande enfin que le chef du DFI exerce ses compétences légales pour actualiser d'office les données de base au cas où les partenaires ne répondraient pas au délai fixé, en agissant, cas échéant, par voie urgente.

Il faut mentionner toutefois que cette réactualisation devrait être suffisamment large pour examiner aussi la définition des positions de la structure tarifaire et des prestations concernées. Dans la configuration actuelle en effet, il n'est pas certain qu'une survalorisation des prestations de MPR jouerait le rôle incitatif et correctif recherché par le postulant. Le Conseil Fédéral qui a répondu récemment à deux postulats concernant le même sujet relève que la structure tarifaire actuelle comprend environ 4600 positions, parmi lesquelles il n'y a que 4 positions exclusivement réservées aux médecins de premier recours. Les prestations générales de base (440 positions) peuvent être utilisées par tous les médecins, quel que soit leur titre de spécialisation. On retrouve parmi elles de nombreuses prestations correspondant à des soins de premier recours. Enfin, les autres positions (plus de 4000) sont réservées aux prestations ne pouvant être dispensées que par des spécialistes. On comprend donc que les médecins de premiers recours ne sont pas les seuls à fournir des prestations dites de premier recours, et qu'une revalorisation des prestations générales de base ne profiteraient pas seulement à ce groupe, mais plus généralement à l'ensemble des médecins, alors qu'une revalorisation des seules prestations strictement réservées à la MPR (4 seulement) aurait une influence négligeable sur la rémunération de l'ensemble de leur activité. La révision de la structure TARMED doit donc également s'attacher à corriger cette situation.

2.2 Sur le plan cantonal

La détermination de la valeur du point est, quant à elle, négociée au plan cantonal, mais sa valeur est vérifiée et doit être approuvée par le bureau de la neutralité des coûts. La convention tarifaire, qui vise une structure tarifaire unifiée pour l'ensemble de la Suisse n'autorise actuellement aucune distinction de tarifs entre régions urbaines et périphériques ou entre généralistes et spécialistes. Une telle distinction supposerait donc aussi une renégociation de la Convention de base et/ou une suppression de la clause de neutralité des coûts.

C'est en substance la réponse qu'avait donnée la SVM en octobre 2009 au Chef du DSAS qui lui demandait d'examiner l'opportunité d'introduire une valeur du point différenciée entre médecins spécialistes et médecins généralistes à volume global de facturation TARMED constant. Dans sa réponse, la SVM considérait par ailleurs que "des valeurs de points différenciées poseraient de sérieux problèmes d'application".

En dehors de la rémunération, on peut penser à un incitatif financier sous forme d'une subvention accordée par l'Etat pour encourager les médecins généralistes à s'installer en périphérie, par le biais d'une adjonction, temporaire ou non, à la valeur du point négociée par les partenaires, soit encore par la fiscalité, en imaginant des règles de dégrèvement partiel. Dans le contexte d'une médecine libérale, la création de conditions plus avantageuses pour un sous-groupe de praticiens de la corporation n'irait pas sans poser de sérieux problèmes.

D'autres pays que la Suisse ont expérimenté depuis plusieurs années l'outil de l'incitation financière. Les études concernant l'efficacité des mesures incitatives, financières ou non, destinées à améliorer la

répartition géographique des médecins sont abondantes dans la littérature internationale. A partir d'une revue de littérature effectuée par l'une d'entre elles[1], on constate que l'impact sur l'incitation à s'y installer, par le biais d'une majoration de la rémunération dans le cas d'exercices en zones rurales ou défavorisées, est modéré à court terme et devient très faible à long terme, alors que les coûts associés sont très élevés. Cette conclusion repose sur l'analyse des politiques développées notamment au Québec, au Royaume-Uni, aux Etats-Unis et en Australie. L'étude montre que de telles politiques conduiraient même parfois à des effets pervers en terme de productivité.

Encourager le choix de la médecine de premier recours plutôt qu'une spécialisation technique et la pratiquer en région périphérique plutôt qu'en zone urbaine est un enjeu majeur pour les années à venir. Si, en dehors d'une révision de la structure tarifaire au plan national, l'incitation financière directe semble peu prometteuse, les collectivités publiques disposent d'autres moyens pour rendre plus attractive la pratique médicale dans les régions menacées.

Le Conseil d'État considère que la lutte contre la pénurie de professionnels de la santé est un enjeu prioritaire, et qu'il est particulièrement important en ce qui concerne la médecine de premier recours et l'accès aux soins dans les zones périphériques du canton. Depuis 2008, le DSAS et le DFJC travaillent ensemble à cet objectif. Des actions ont été mises en place de manière spécifique à chaque étape de la formation et de l'entrée dans la pratique professionnelle. Même si, comme le mentionne le postulant, deux interventions parlementaires sur ces mêmes enjeux ont déjà fait l'objet d'une réponse du Conseil d'Etat, il est utile de rappeler ici brièvement les actions déjà soutenues par le canton aux diverses étapes du processus de relève.

[1] Bourgueil Y. et al. (2006) : Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé IRDES I.S.B.N. : 2-87812-337-9

2.2.1 Actions déjà entreprises au niveau cantonal

2.2.1.1 Formation pré-graduée

La FBM a pris les mesures nécessaires pour pouvoir accueillir des cohortes d'étudiants augmentées de 25%. C'est le cas depuis la rentrée 2009 déjà. Ce projet se développe grâce à la participation de tous les hôpitaux vaudois (CHUV et FHV) pour assurer le nombre de places de stages nécessaires et l'enseignement au lit du malade. Dès 2011, 160 diplômés en médecine seront formés annuellement. En ce qui concerne la MPR, la création de l'Institut universitaire de médecine générale (IUMG) au sein de la Policlinique médicale universitaire (PMU) avec une chaire de médecine générale permet de valoriser son enseignement et d'inclure une sensibilisation à cette discipline dès le début de la formation. De plus, un stage d'un mois au cabinet d'un médecin généraliste fait maintenant partie du programme obligatoire dès les premières années de formation.

2.2.1.2 Formation post-graduée

La FBM et le CHUV ont créé une école de formation postgrade en médecine qui collabore avec l'ensemble des partenaires concernés. Cette école propose des formations structurées selon une logique de filières au nombre de 4 : relève académique, relève hospitalière, relève en MPR, relève dans les autres spécialités, en tenant compte dans chacune d'elles des besoins de la population déterminés sur la base des données épidémiologiques. Elle offre aux futurs médecins une formation modulaire, structurée et coordonnée.

En termes de soutien à la formation en médecine de premier recours au niveau post-grade, l'État soutient financièrement:

1. Le Coursus romand de médecine générale (CRMG)
2. La mise en place d'une offre cantonale de formation post-grade en MPR:

- en cabinets de médecins généralistes, avec chaque année 12 postes de stage à mi-temps sur 12 mois (ou 12 postes de stage de 6 mois à plein temps) qui sont proposés aux jeunes médecins ;
- en policlinique, avec l'ouverture de la Permanence PMU-FLON qui permet depuis avril 2010 de former chaque année 30 à 40 médecins-assistants qui sont ainsi en contact pendant 3 mois avec la MPR, sous la supervision de médecins généralistes de la SVM.

3. Plusieurs projets régionaux de cursus intégré de formation en MPR :

- dans le Nord vaudois, le projet ForOm-NV qui, depuis l'automne 2010, permet de former 4 médecins assistants en cabinets, en collaboration avec les eHnv ;
- dans l'Ouest vaudois, le projet FormOL qui, dès 2011, permettra de former 2 médecins assistants en cabinet, en collaboration avec le GHOL.

2.2.1.3 Clause du besoin

La clause du besoin a été fréquemment dénoncée pour son effet dissuasif sur le choix de la profession médicale et notamment de la MPR. Rappelons qu'elle a été introduite en juillet 2002 par l'Ordonnance Fédérale sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF) et qu'elle était destinée à maîtriser la croissance des coûts de la santé, les Chambres fédérales ayant admis l'hypothèse d'un lien causal entre l'augmentation du nombre de médecins et la croissance des coûts des soins. Elle touchait initialement l'ensemble des spécialités médicales et fixait les nombres de médecins et densités médicales autorisés dans chaque canton, tout en laissant à ceux-ci une marge d'appréciation (art. 2).

Depuis 2002 cependant, le canton de Vaud n'a refusé aucune autorisation de facturer aux médecins de premier recours.

Depuis le 1er janvier 2010, en raison des menaces de pénurie de plus en plus évidentes en MPR, l'Arrêté sur la limitation des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (AVOLAF) a introduit une exception pour la médecine de premier recours. Dans le cas de l'AVOLAF, la MPR regroupe non seulement la médecine générale, la médecine interne sans sous spécialité et les médecins praticiens, mais aussi la pédiatrie. Ceci règle donc le danger qui existait pour la MPR d'un refus d'autorisation de pratique fondé sur la clause du besoin.

2.2.2 Actions nouvelles : intensifications du partenariat public-privé

2.2.2.1 Conventions collaboration entre DSAS et la SVM

Le DSAS et la SVM ont signé en juillet 2010 une convention de partenariat public-privé dans le but de "mettre en œuvre des solutions efficaces et concertées aux différentes problématiques susceptibles d'avoir un impact sur la permanence et la qualité du système de santé à l'échelle du canton". Elle a deux objectifs :

- Renforcer l'exercice de la médecine en libre pratique et en milieu hospitalier et leur garantir des conditions cadres favorables.
- Favoriser l'accès de la population vaudoise à une médecine de proximité et renforcer le lien entre les patients et leurs médecins, en particulier dans le domaine de la libre pratique.

Pour remplir ses objectifs, la convention est dotée d'instances permanentes (comité de pilotage, secrétariat exécutif) qui sont financées paritairement par les deux parties et elle a mis en place des groupes de travail spécifiques pour chacun des axes identifiés de collaboration.

Cinq domaines de travail sont identifiés par cet accord de partenariat. Ils sont tous liés à la problématique de la pénurie médicale. Il s'agit des domaines suivants:

- Données démographiques et épidémiologiques

- Relève et formation médicales
- Garde médicale, notamment dans les régions périphériques
- Clause du besoin
- Prise en charge par réseau (réseaux de soins, managed care, filières de soins).

Deux projets-pilotes verront le jour en 2011 dans deux zones particulièrement menacées par la pénurie. Il s'agit des zones de Moudon-La Broye et du Pays-d'Enhaut.

2.2.2.2 Plateforme cantonale pour la médecine de premier recours

Sur décision du chef du DSAS, une Plateforme cantonale pour la médecine de premier recours a été créée en décembre 2009. Elle regroupe tous les partenaires concernés par la MPR, qu'il s'agisse de la formation ou de la pratique professionnelle, soit : l'Institut universitaire de médecine générale (IUMG), le Service de la santé publique (SSP), la Société vaudoise de médecine (SVM), l'Association des médecins omnipraticiens vaudois (AMOV), l'Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique Section Vaud (ASMAV), la Polyclinique médicale universitaire (PMU), le Coursus romand de médecine générale (CRMG), le Groupement des pédiatres vaudois (GPV) et la CORES, organe de coordination des réseaux régionaux de soins vaudois. En réunissant dans cette Plateforme toutes les instances ayant un rôle à jouer dans la disponibilité d'une MPR suffisante sur l'ensemble du territoire vaudois, le chef du DSAS l'a chargée des missions suivantes:

- Faire l'inventaire des projets d'installation en cours ;
- Identifier les communes ou régions à risque : départ à la retraite dans les 5 ou 10 ans à venir de médecins généralistes installés sur le territoire, plans de développement et d'urbanisation prévoyant la création de nombreux nouveaux logements, etc. ;
- Recevoir et analyser les demandes des communes ou régions menacées ;
- Faire des propositions de solutions incluant des expériences innovantes notamment dans la perspective des soins intégrés ;
- Apporter son soutien et son expertise aux projets innovants en cours.

La Plateforme est présidée par le directeur de l'IUMG. Elle s'est réunie 6 fois entre la fin 2009 et le début 2011. Elle suit notamment les projets ForOm-NV, FormOL, précédemment mentionnés, le projet CAMCV dont il sera fait mention plus loin, et un projet étudié actuellement par la société Vidy-Source concernant la formation post-graduée de médecins assistants.

Les missions de la plateforme cantonale pour la MPR et les objectifs de la convention DSAS-SVM sont convergents. Il s'agira donc de travailler en synergie. Le Service de la santé publique et la SVM en seront les garants et assureront la coordination des travaux.

2.2.2.3 Réforme de la garde médicale en périphérie

La SVM est mandatée par l'Etat de Vaud pour assumer et organiser le service de garde médicale dans l'ensemble du canton. La SVM a entrepris une réorganisation destinée à améliorer l'efficacité et rendre les services plus équitables. Un redécoupage des zones de garde (passage de 22 à 7 zones) et une meilleure répartition des charges de garde sur l'ensemble des forces médicales permettront de rendre l'obligation de garde supportable et non dissuasive pour les médecins généralistes, notamment ceux installés en périphérie dans des zones sous dotées. La réorganisation vise :

- l'équilibre entre les médecins de ville et de périphérie en supprimant les exemptions complètes ;
- la mise à disposition de référents médicaux, en appui aux infirmières répondantes de la centrale téléphonique, service auquel tous les médecins seront requis de participer au moins une fois par mois.

Engagée depuis plusieurs mois, cette réforme est déjà effective depuis fin 2010 dans une partie des régions. Elle couvrira l'ensemble des régions d'ici à 2012.

2.2.2.4 Mise en place d'une garde pédiatrique dans le Nord vaudois

Une organisation pilote a vu le jour en janvier 2011 pour la région du Nord vaudois. Calqué sur le modèle de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne, le fonctionnement repose sur quatre piliers : un centre de consultation assuré par les Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv), une équipe de pédiatres (13) qui participent au tournus de la garde, le soutien d'une assistante médicale et une permanence téléphonique assurée par le secteur mère-enfant des eHnv, capable d'apprécier la gravité des situations et de fixer les rendez-vous. C'est un exemple du partenariat fructueux qu'il est souhaitable de voir se développer entre l'hôpital et les médecins installés en cabinets.

2.3 Perspectives

2.3.1 La pratique en cabinets de groupe et les soins intégrés

Les regroupements de médecins, et la création de centres pluridisciplinaires de santé semblent être la clé d'une nouvelle organisation des soins permettant " de répondre simultanément aux défis posés par la baisse attendue du nombre de médecins et l'évolution de la demande soins". C'est une des conclusions d'une analyse comparative [1] de l'activité de neuf maisons pluridisciplinaires de santé (créées en France depuis les années 1970-1980 jusqu'aux années 2000) avec la pratique de généralistes en solo. Elle montre que les maisons de santé offrent une accessibilité améliorée aux patients avec des horaires d'ouverture élargis, et qu'elles permettent de répondre aux attentes des médecins eux-mêmes pour ce qui concerne leurs conditions de travail - équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et familiale, flexibilité des horaires, jours de congé, etc. - tout en maintenant une activité globale équivalente. Enfin, ces structures favorisent des soins de meilleure qualité, notamment dans la prise en charge des pathologies de longue durée. C'est un critère déterminant pour les orientations à prendre dans l'organisation du système de soins.

Une autre étude récente menée en France sur la dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux[2] montre que la pratique en groupe, qu'il s'agisse de groupes exclusivement médicaux ou de groupes pluriprofessionnels, a sensiblement augmenté au cours des dix dernières années et qu'elle est actuellement majoritaire. Il apparaît que ce phénomène est largement lié à l'âge des médecins : les plus jeunes préfèrent très largement ce mode d'exercice alors que les médecins âgés de plus de 50 ans sont moins attirés par une pratique en cabinets de groupe.

L'examen de ces modes de fonctionnement met en évidence quelques constats particulièrement intéressants : les médecins généralistes exerçant en cabinets de groupe organisent différemment leur temps de travail (moins de jours travaillés par semaine) mais leur volume d'activité hebdomadaire ne diffère pas de celui de leurs confrères indépendants (probablement moins de journées mais plus longues). Ils sont plus nombreux à s'investir dans la formation des futurs médecins et plus nombreux également à faire de la formation continue ou à participer à une formation en éducation de la santé.

Ces changements de pratique semblent donc bien être de nature à répondre aux besoins actuels et futurs. Qu'il s'agisse de la qualité de vie des médecins ou de la qualité des soins, la collaboration et la coordination entre les professionnels de santé permettent de mieux répondre aux exigences. On voit par là que l'attractivité de la pratique médicale déborde largement la question du revenu et qu'elle concerne l'organisation même de la pratique : elle remet en question les caractéristiques traditionnelles de la pratique privée, celle du médecin en solo dans un cabinet privé.

En ce qui concerne l'impact financier de telles organisations sur les dépenses de santé, il est difficile, à ce stade, de le qualifier. Aucune conclusion ne semble s'imposer dans un sens ou dans l'autre

(augmentation ou diminution), la variabilité semblant plutôt être la règle.

On sait aujourd'hui que le principe de la continuité des soins est une condition indispensable à la pertinence l'offre de soins dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des pathologies au long cours. Ce principe semble particulièrement bien servi par un changement d'organisation des soins qui privilégie non seulement le fonctionnement en groupe mais également la pluridisciplinarité. Toutes les maisons de santé analysées dans l'étude précédemment citée, incluent des médecins et des professions soignantes non médicales, notamment des infirmières.

De nombreuses variantes peuvent être envisagées pour la création de centres de santé, médicaux ou pluridisciplinaires, en coopération avec des institutions sanitaires régionales, qu'il s'agisse d'hôpital, d'EMS, ou de CMS. Ces formes de collaboration favorisent l'organisation de la continuité des soins et peuvent également présenter des avantages intéressants sur le plan de la mise à disposition de locaux, ou sur le plan financier.

Sur le plan financier, les avantages de ce changement de paradigme peuvent être décisifs. La mise en place ou la reprise d'un cabinet médical individuel représente un investissement important qui se combine avec une insécurité sur la rentabilité d'une telle installation. Si les incitatifs financiers liés à la rémunération apparaissent peu efficaces, ou difficiles avec l'outil TARMED, l'installation en cabinets de groupe permet donc, en partageant l'investissement, de réduire le risque individuel qui en découle et de diminuer le caractère d'irréversibilité lié à la décision d'installation en pratique privée.

C'est sur la base de ces observations que le Conseil d'État est convaincu qu'il faut préparer et favoriser un changement de paradigme de la pratique en cabinet. Pour répondre spécifiquement au risque de désaffectation de la médecine de premier recours dans les zones extra urbaines, il faut évoluer vers :

- Le remplacement de la pratique individuelle par celle en cabinets de groupes. Plusieurs médecins à temps complets ou partiels peuvent s'organiser pour étendre les horaires d'ouverture du cabinet (par exemple de 7h à 21h) et partager les heures d'ouverture étendues, assurer la prise en charge des urgences à tour de rôle dans la semaine, tout en maintenant pour chacun une relation privilégiée avec sa clientèle respective et en respectant les taux d'activité souhaités.
- L'extension de la notion de cabinets de groupe à celle de cabinets multidisciplinaires, maison de santé, centre de santé communautaire (les appellations sont nombreuses) incluant, soit d'autres spécialités que la MPR (pédiatrie, gynécologie...), soit d'autres professions que la médecine (physiothérapie, ergothérapie, podologie, dentisterie, infirmières de pratique avancée, spécialistes cliniques).
- L'organisation des soins sur la base du principe de soins intégrés. Il s'agit là des initiatives des médecins eux-mêmes, ou plus généralement des fournisseurs de soins, pour s'organiser de manière partenariale et à l'échelle régionale, afin d'offrir toute la chaîne des soins à la population concernée. Une augmentation de la continuité des soins se fera ainsi progressivement par le biais de projets ponctuels des fournisseurs de soins. On parle spécifiquement de soins intégrés lorsque cette organisation est capable d'assumer une responsabilité budgétaire globale par rapport à la population qu'elle dessert. Elle peut alors passer avec l'Etat un contrat dans le cadre duquel elle négocie son budget, et l'Etat peut alors prendre des dispositions incitatives pour encourager les initiatives.

Tout en étant persuadé que ce type d'organisation favorisera une meilleure répartition géographique de l'offre en soins et une meilleure accessibilité pour l'ensemble de la population, le Conseil d'Etat est également conscient que cette évolution ne se fera pas toute seule et qu'il faudra aider son développement.

La décision d'exercer la médecine de premier recours et de s'installer, avec sa famille, pour vivre dans

une région périphérique ne dépend pas seulement de la flexibilité offerte par une organisation professionnelle de type cabinet de groupe, mais elle dépend aussi largement de l'offre socio-économique et culturelle régionale : infrastructures d'accueil pour les enfants, écoles, marché de l'emploi, notamment. C'est lorsque la création d'organisations novatrices se combine avec la politique régionale d'aménagement du territoire que ce changement semble le plus prometteur.

Les communes ou les associations de communes sont donc concernées au premier chef. Elles peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre la pénurie de médecins sur leurs territoires respectifs. Elles sont autonomes dans ce domaine, mais il leur appartient de prendre des initiatives pour anticiper les situations de pénurie.

Les expériences menées dans d'autres pays, la France notamment, démontrent que l'implication financière des autorités régionales dans les projets de création de maisons de santé est un incitatif important qui contribue positivement à la prise de décision.

Cette participation peut prendre des formes diverses : mises à disposition de locaux, droit de superficie, garanties accordées par les collectivités publiques, facilitation des autorisations de construire, etc. Toute forme qui inscrit le projet dans une politique de développement régional en favorise aussi l'attractivité.

En Suisse, des expériences sont déjà en cours :

- Dans le canton du Jura, la commune de Tramelan participe au projet de création d'un Centre médico-thérapeutique, qui se construit dans le cadre de l'agrandissement d'un EMS. Il permettra d'accueillir 3 cabinets de MPR, 1 cabinet de physiothérapie, 2 cabinets de dentiste, 1 cabinet de gynécologue, ainsi qu'une organisation de soins à domicile. Il sera géré en société simple, chaque praticien payant une location au prorata de son occupation. Le financement est assuré via la caisse de pension de l'hôpital du Jura Bernois, et la Commune garantit le loyer pendant les deux premières années d'exploitation.
- Dans le canton de Vaud, on peut citer le projet qui est actuellement à l'étude dans la commune de Vallorbe. A l'initiative de médecins, et en collaboration avec la commune, le projet vise la construction d'un Centre ambulatoire de médecine communautaire (CAMC) incluant plusieurs espaces de consultation indépendants, des espaces et des infrastructures communs, et la mise en place d'un réseau incluant l'hôpital régional, le CMS, et un projet d'UAT (unité d'accueil temporaire). La commune mettrait à disposition le terrain par le biais d'un droit de superficie, s'engagerait à aménager les voies d'accès et de parking et participerait au projet architectural.

D'autres projets sont en cours de préparation. On citera notamment le projet de Pôle santé du Pays-d'Enhaut soutenu par la commune de Château-d'Oex et le réseau régional de soins de la Riviera et du Pays-d'Enhaut.

Le partage de l'information est primordial et le Conseil d'Etat s'engage donc à améliorer les échanges sur ce dossier avec les communes. Il charge le DSAS et son Service de la santé publique d'informer régulièrement les communes sur la situation de pénurie et sur les mesures incitatives qui peuvent être prises:

- par le biais de la publication trimestrielle Canton-Communes,
- par le biais de rencontres régulières avec les préfets,
- par le biais de la plateforme CE-Communes,
- en informant l'Union des Communes vaudoises (UCV) et l'Association des communes vaudoises (ADCV) et en les incitant à encourager leurs membres à soutenir des projets innovants,
- en invitant des représentants des communes lors de certaines séances de la

Plateforme cantonale pour la MPR.

[1] Bourgueil Y. et al. : Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne, Questions d'économie de la santé n° 147, IRDES, octobre 2009

[2] IRDES, Questions d'économie de la Santé, n° 157, septembre 2010, La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009.

3 CONCLUSION

Le Conseil d'Etat est donc pleinement conscient de l'importance et de l'urgence du problème de relève en médecine de premier recours, spécialement dans les zones non urbaines du canton. Il a pris des mesures pour favoriser cette relève et il s'engage à poursuivre ces actions et leur développement.

Il constate néanmoins que compte tenu du caractère libéral de la pratique médicale ambulatoire, les initiatives de changement sont largement dans les mains des médecins eux-mêmes. C'est pourquoi il a signé avec leur association professionnelle une Convention de collaboration pour développer un partenariat aussi dynamique que possible dans la mise en place de solutions innovantes.

Il souhaite également que les collectivités communales ou régionales participent aux recherches de solutions et soutiennent les initiatives médicales. De même le soutien et la collaboration des institutions sanitaires régionales (réseaux régionaux de soins, hôpitaux périphériques, centres et établissements médico-sociaux) sont nécessaires pour promouvoir des projets et réunir le maximum de conditions favorables à leur aboutissement.

Le Conseil d'Etat espère ainsi que la pertinence et l'utilité démontrées par les projets pilotes permettront de créer une dynamique de changement à travers laquelle la pratique multidisciplinaire en groupe deviendra une nouvelle norme pour l'exercice de la médecine de premier recours, particulièrement en régions périphériques.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 4 mai 2011.

Le président :

P. Broulis

Le chancelier :

V. Grandjean