

Prestations médicales de base dans les régions de montagne et les zones rurales



Schweizerische Ärztegesellschaft der Regionen der Schweiz
Gruppo medici nelle regioni della Svizzera
Gruppo médicos en las regiones de Suiza
Gruppo médicos en las regiones de Suiza

Prestations médicales de base dans les régions de montagne et les zones rurales

TABLE DES MATIERES

Introduction	3
1. Introduction générale	3
2. Buts et méthode	5
Le système de santé suisse	6
1. Organisation	6
2. Fonctionnement et financement	8
Problèmes actuels du système de santé suisse	12
1. Sur l'ensemble du territoire	12
2. La situation en région de montagne	15
3. Constat	19
Besoin d'agir	20
1. Possibles solutions pratiques	20
2. Aperçu des revendications	28
Conclusion	29
Bibliographie	30

1. Introduction générale

Le système de santé suisse est considéré comme l'un des meilleurs au monde, d'après une étude de l'OMS¹. Du point de vue de la qualité des soins, il est vrai que nous n'avons pas à nous plaindre. Par contre, ce système de qualité a son prix, lequel est plutôt élevé.

La Suisse a le système de santé le plus coûteux au monde, juste après les Etats-Unis². La tendance actuelle est toujours à la hausse et les coûts de la santé ne cessent d'augmenter. Il faut noter que, malgré des investissements financiers toujours plus importants, l'état de santé général de la population ne s'améliore guère plus de manière significative.

L'augmentation des coûts liés à la santé n'est pas le seul problème. Aujourd'hui, il semble que la répartition des prestations médicales sur le territoire soit de plus en plus inégale. Les régions de montagne et régions rurales, plus isolées, ont une densité de médecins nettement plus faibles que les centres urbains. Comment expliquer ces disparités? Et, surtout, que faire pour enrayer cette dégradation de la distribution des prestations médicales?

Ce paradoxe de diminution de la qualité des prestations médicales alors que les coûts ne cessent pourtant d'augmenter est révélateur de dysfonctionnements profonds de notre système de santé : les fonds alloués grandissent mais la qualité se détériore. Il s'agit aujourd'hui de prendre des mesures efficaces tant en terme d'effets que de coûts. Ce document a pour objectif principal de proposer des solutions pratiques pour pallier au manque de médecins généralistes qui se fait aujourd'hui sentir. Des propositions qui ont certes un coût financier important, mais qui promettent d'avoir un effet sur la qualité des prestations médicales de base.

La première partie de ce document sera consacrée à une brève présentation du système de santé suisse : son organisation générale et son fonctionnement.

Nous aborderons ensuite les difficultés auxquelles ce système doit aujourd'hui faire face, dans un premier temps, au niveau national. Ceci sera suivi par une analyse des problèmes spécifiques aux régions de montagnes et régions rurales dans le domaine de la santé.

La troisième partie de ce document s'appliquera à mettre en évidence les solutions envisageables à l'heure actuelle, ainsi que des exemples de bonnes pratiques. Un tableau récapitulatif présentera l'ensemble des mesures proposées, ainsi que les instances responsables de la mise en place de ces mesures. Au fil des pages de ce document sont présentés un certain nombre d'exemples de bonnes pratiques témoignant de l'existence de nouvelles solutions qui gagneraient à être diffusées plus largement.

2. Buts et méthode

Ainsi, le but de cette recherche est, d'une part, de révéler les failles existant dans le système de santé suisse, et ce tout particulièrement dans les régions de montagne. Ensuite, il s'agit de proposer des éléments de réponse aux problèmes identifiés.

Pour ce faire, nous allons tout d'abord nous attacher à décrire le système de santé suisse, son fonctionnement et ses caractéristiques en nous basant sur la littérature existante.

Pour effectuer une première analyse des problèmes, nous nous sommes principalement appuyés sur l'actualité nationale et régionale dans le domaine médical.

A noter que nous ne traitons ici aucunement des hôpitaux, du secours en montagne, ni des soins en cas d'urgence. Il s'agit là de thématiques aux multiples aspects qui nécessiteraient que leur soit à chacune consacré un document propre. Nous avons délibérément écarté ces thématiques, préférant nous concentrer sur les prestations médicales de base : celles dispensées par les médecins généralistes.

Des interviews de responsables de la santé dans des cantons de montagne comme le Valais, Uri ou les Grisons ont été des sources précieuses d'informations, tout comme les contacts pris avec des médecins exerçant en région de montagne. C'est ainsi que nous avons pu identifier certains des problèmes qui se posent dans le domaine de la santé dans les régions de montagne et régions rurales. Ces personnes ont été d'une grande aide pour passer en revue ce qui a déjà été fait pour régler cette situation et pour, surtout, ébaucher de nouvelles solutions. Grâce à leurs remarques, nous avons été en mesure de proposer des mesures concrètes à prendre afin d'assurer la continuité de l'approvisionnement en prestations médicales de base.

Une version préliminaire du concept a ensuite été soumise à l'approbation de diverses personnes concernées et intéressées par cette question des prestations médicales en région de montagne. La rencontre a eu lieu le 1er décembre 2009, dans les locaux du SAB. Mme Susanne Huber (Volkswirtschaft Berner Oberland), Jean-Daniel Antille (Groupement de population valais romand), Walter Borter (Borter und Partner VS), Peter Herzog (médecin GR) et Bernhard Imoberdorf (Regions- und Wirtschaftszentrum Oberwallis) étaient présents. Leurs remarques et conseils ont permis d'aboutir au présent document.

Le système de santé suisse

1. Organisation

Comme bien des domaines, le système de santé suisse n'échappe pas à la règle du fédéralisme. La politique de la santé est répartie sur trois niveaux : la Confédération, les cantons et les communes.

Le fédéralisme du système de santé suisse a des avantages comme des inconvénients. Il semblerait que le fédéralisme soit un type d'organisation à même de garantir la meilleure répartition des prestations médicales sur le territoire, sans qu'un canton soit défavorisé par rapport à un autre³. Par contre on ne peut que relever le haut degré de complexité d'une politique de santé dans laquelle se côtoient 26 systèmes cantonaux tous légèrement différents. Cet état de fait entraîne un morcellement des lois et, un certain nombre de recouvrements dans différents domaines.

Au niveau de la Confédération, c'est l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) qui est en charge du dossier de la santé. Du ressort de l'OFSP sont principalement l'assurance maladie et accidents, les épidémies, les drogues et la toxicomanie, ainsi que le contrôle des denrées alimentaires et des produits toxiques et chimiques⁴.

La loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal, RS 832.10) est la loi la plus importante de notre système de santé et elle régit des domaines qui dépassent de loin le cadre de la seule assurance maladie. Il existe, en Suisse, une loi sur l'assurance maladie depuis 1911. C'est lors de sa révision complète, en janvier 1994, que le principe d'obligation d'assurance pour tous a été introduit. Aujourd'hui, la LAMal garantit à toutes les personnes résidentes un accès sans distinctions ni discriminations à une médecine de haut niveau et à des soins de qualité. La Confédération, les cantons et les communes se partagent tâches et responsabilités, mais ce sont les cantons qui détiennent les compétences clés dans le domaine de la santé. Leur rôle est, d'une part, de veiller à l'application des ordonnances édictées par la Confédération, et, d'autre part d'assurer l'approvisionnement sanitaire soit la construction et l'exploitation des hôpitaux

et homes, ou encore la délivrance des autorisations de pratiquer. Les cantons s'occupent également du contrôle des denrées alimentaires et des produits toxiques, du financement de diverses institutions médicales ainsi que d'accorder des réductions de primes d'assurance maladie pour les personnes économiquement faibles⁵.

Le rôle des communes est d'une importance moindre. Elles travaillent toujours en collaboration avec leur canton et avec la Confédération, surtout dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé. Selon leur taille, il arrive qu'elles collaborent entre elles⁶.

Le tableau 1, ci-dessous, présente la répartition des compétences entre la Confédération, les cantons et les communes. Cette répartition des tâches est, depuis la révision de la LAMal, en évolution. La nécessité de construire une politique de santé nationale se fait sentir. Elle aurait pour but d'assurer une meilleure coordination possible des tâches liées à la santé.

La volonté d'améliorer la coopération entre les différentes instances cantonales et fédérales dans le domaine de la santé, a mené à la création, en 1919, de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Cette Conférence travaille à « coordonner les prestations de service du domaine de la santé au niveau suisse »⁷.

Ainsi que le relève Gerhard Kocher, économiste de la santé, « il faut aujourd'hui admettre que la Confédération n'a cessé d'agrandir son champ de compétence et que l'assertion selon laquelle les cantons seraient les seuls responsables de la politique de santé n'est plus exacte. La plupart des tâches sont de responsabilité conjointe entre cantons et Confédération (...). Les décisions prises au niveau fédéral font l'objet d'une mise en œuvre cantonale ou communale et engagent souvent des acteurs privés (hôpitaux, EMS, médecins etc). (...) Aujourd'hui, la politique suisse de santé est un domaine de compétence partagé. »⁸

2. Fonctionnement et financement

Le système de prise en charge des coûts de la santé est réglé par la Loi sur l'assurance maladie LAMal. Depuis janvier 1996, toute personne établie en Suisse est

La Confédération	est responsable de toute une série de tâches spécifiques. Elle s'attache à prévenir et combattre les maladies infectieuses et à protéger la santé de la population contre toute une série de risques (stupéfiants, produits chimiques, radiations, denrées alimentaires, médicaments, procréation médicalement assistée, génie génétique, etc.). Elle se charge de veiller à la qualité de l'environnement naturel. La Confédération est aussi responsable des assurances sociales et par conséquent de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), mais aussi de la recherche, de la réglementation de la formation des professions médicales et de la reconnaissance des diplômes.
Les cantons	ont une compétence générale en politique de santé. Ils sont chargés de pourvoir aux besoins de la population en matière de promotion de la santé, de prévention des maladies, de soins, de services médicaux et de réadaptation.
Les communes	ont un rôle complémentaire pour la mise à disposition de certaines institutions de soins de proximité (hôpitaux de district, homes, EMS, soins à domicile, médecine scolaire, mesures directes de prévention et de promotion de santé).

Tableau 1: Logique juridique de la répartition des compétences entre la Confédération, les cantons et les communes (Achermann, W., Berset, C., 2006)

obligée de s'assurer auprès d'une des nombreuses caisses maladie pour l'assurance de base. Cette assurance obligatoire est dite sociale, puisque les personnes économiquement faibles peuvent bénéficier d'une réduction des primes, financée par leur canton de résidence.

L'assurance maladie de base prend en charge les coûts des traitements médicaux en cas de maladie, de maternité ou d'accident. L'accès à des soins médicaux de qualité est ainsi garanti pour l'ensemble de la population résidente. Les primes d'assurances sont calculées en fonction de l'âge de l'assuré et de la franchise choisie par ce dernier. Les primes d'assurance sont différentes de canton en canton.

Les assurés ont également la possibilité de contracter, en sus, une assurance complémentaire assurant des prestations supplémentaires telles, par exemples, qu'une chambre semi privée en cas d'hospitalisation ou encore le remboursement de soins en médecine douce.

A noter encore, que les caisses maladie doivent respecter certaines exigences légales et notamment renoncer à tout but lucratif. C'est l'OFSP qui s'occupe

de la surveillance des caisses, de leurs comptes annuels et des tarifs pratiqués.

Concernant le financement des soins médicaux – dont le total s'élevait à 54'904 millions de francs en 2007⁹ – on dénombre principalement trois groupes d'acteurs au sein du système de santé. Les organes de financement sont principalement les assureurs maladie (environ 51%), les ménages privés (près de 33%) et, enfin l'Etat (Confédération, cantons et communes) qui prend en charge le reste des coûts (16%)¹⁰. La contribution la plus élevée est celle des ménages. Elle recouvre les primes d'assurances ainsi que la participation « out the pocket » (franchise et frais restants).

Le tableau 2, présente de façon synthétique les différents acteurs du système de santé suisse et les flux financiers. Il tente d'apporter une réponse à la question de savoir qui paye quoi.

Sa complexité tient principalement au nombre des acteurs et à leur implication à plusieurs niveaux. Toutefois, on identifie assez rapidement – en bleu – les acteurs principaux que sont, comme nous l'avons déjà mentionné, les assureurs maladie, les ménages et l'Etat.

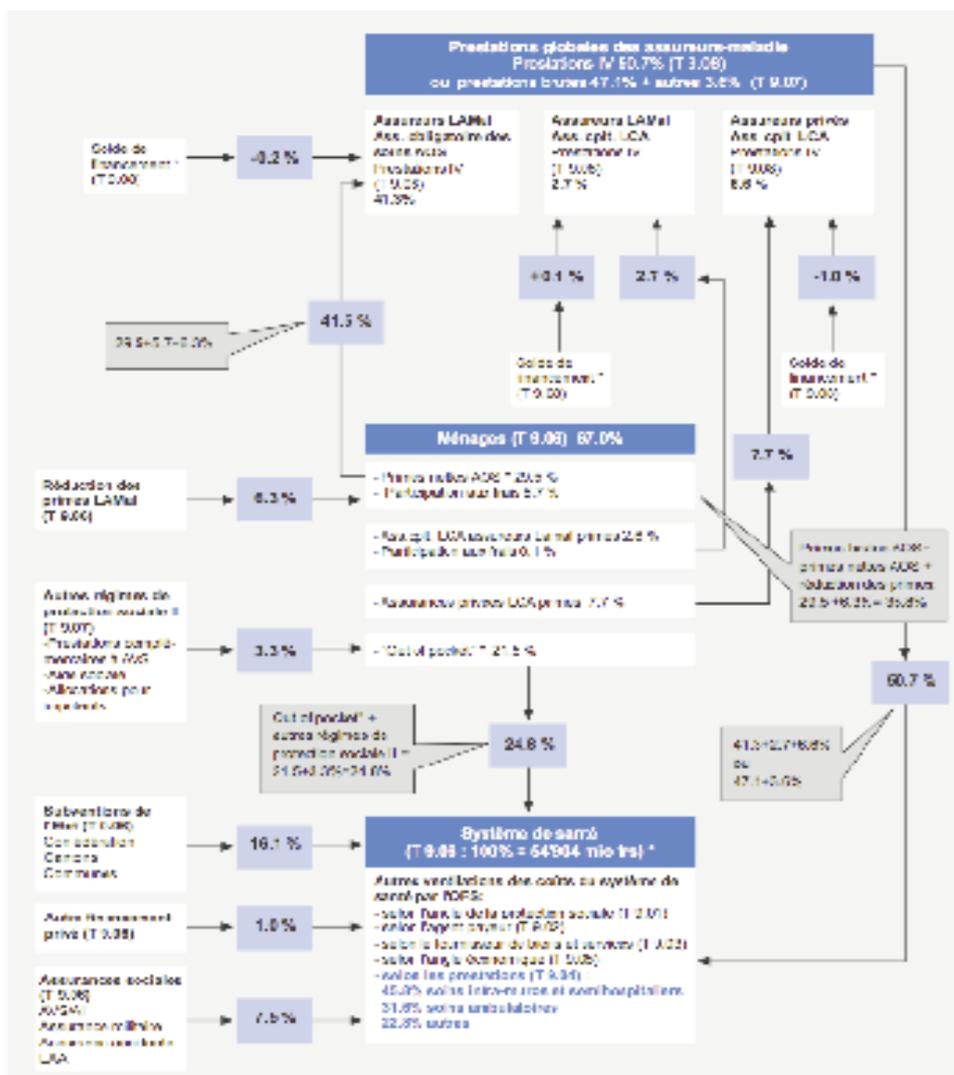
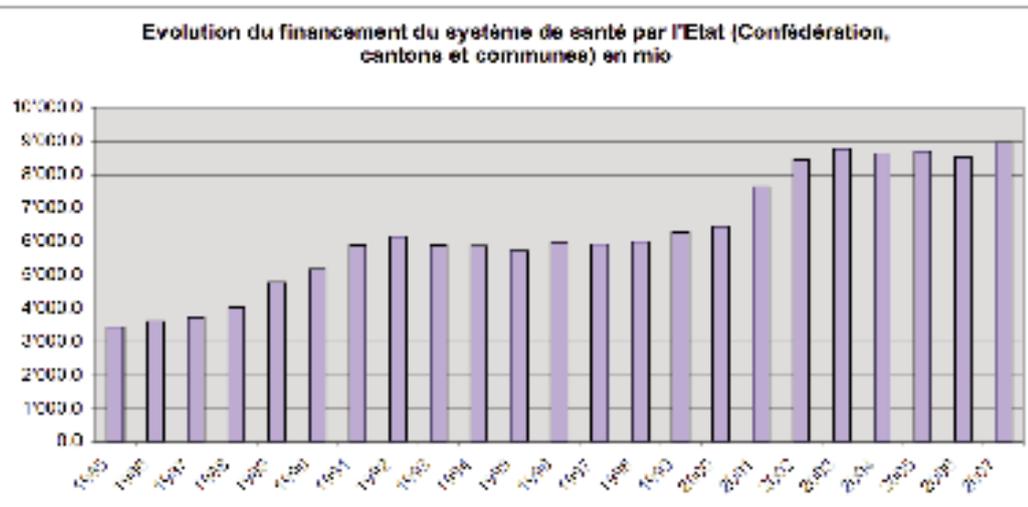


Tableau 2 : Evolution du financement du système de santé par l'Etat, tiré du document Statistique de l'assurance maladie obligatoire : Partie graphiques et commentaires (2007), OFSP.



Graphique 1 : Evolution du financement du système de santé par l'Etat, tiré du document Statistique des assurances sociales suisses (2008), OFAS.

A tous les niveaux et pour tous les acteurs, les coûts du système de santé sont en hausse et ceci de façon continue. Les primes d'assurance maladie pèsent chaque année plus lourdement sur les budgets des ménages mais aussi sur les finances des pouvoirs publics, grevant les fonds d'autres projets essentiels au développement territorial.

Le graphique ci-dessus présente l'évolution des dépenses de l'Etat, provenant en grande partie des cantons mais aussi des communes et de la Confédération. En l'espace de près de 20 ans, les coûts ont pratiquement triplé. L'Etat injecte, en moyenne, chaque année environ 4% de moyens supplémentaires dans le système de la santé.

Les assurés subissent également l'augmentation continue des primes d'assurance maladie (cf. graphique 2). D'une prime mensuelle moyenne de 173 Frs en 1996, on est passé à un montant de 323 Frs par assuré en 2009. Ce qui représente une augmentation de plus de 180% sur 13 ans seulement.

Ces augmentations soulèvent bien des questions. On ne connaît pas encore bien les raisons de cette croissance continue qui relève de nombreux facteurs démographiques (vieillesse de la population), sociaux (recours plus fréquent à la médecine que par le passé, consultations plus fréquentes de spécialistes) et économiques (type d'assurances, comportement différent une fois le seuil de la franchise passé).

A relever encore que la qualité des prestations s'améliore plus lentement que l'augmentation des coûts et que cette amélioration n'a plus, aujourd'hui, d'impact visible sur des indicateurs tels que l'espérance de vie ou le taux de mortalité.

A la lecture de tous ces points, il ressort que le financement du système de santé est très complexe. Il fait intervenir différents acteurs à plusieurs niveaux. Il serait intéressant d'améliorer la transparence des coûts. Cela permettrait notamment de pouvoir plus facilement aboutir à des solutions pour limiter la croissance des coûts de la santé.

BONNE PRATIQUE I

Nouveau cursus pour les médecins généralistes dans le Nord vaudois

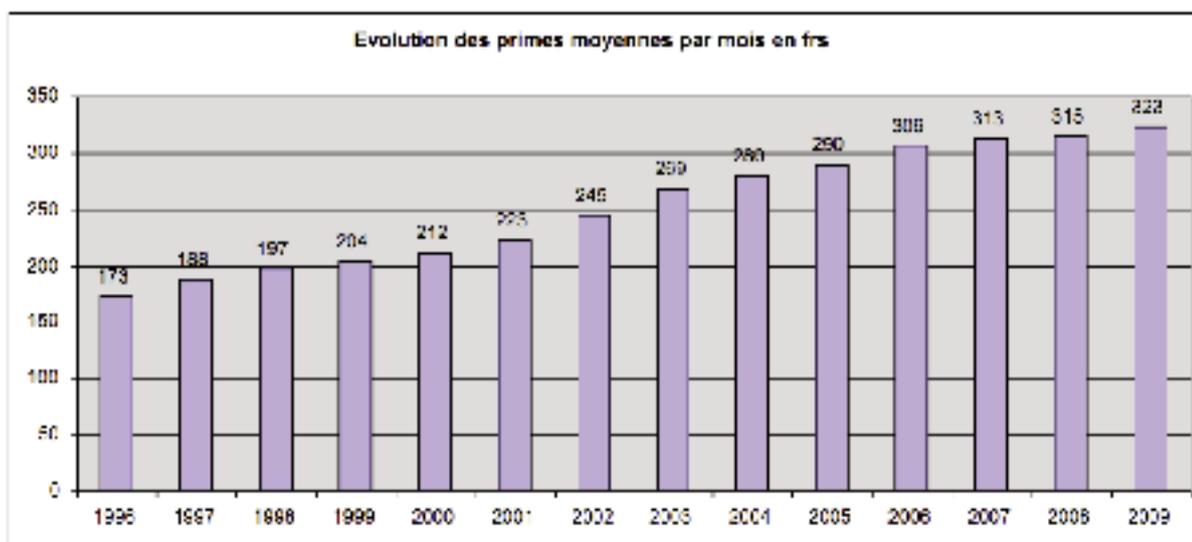
Dès mai 2007, les Etablissements hospitaliers du Nord vaudois (EHNv) ont travaillé, en collaboration avec le Département de la santé et de l'action sociale, la Policlinique médicale universitaire (PMU), l'Institut universitaire de médecine générale (IUMG) et le Cursus romand de médecine générale (CRMG), au développement d'un nouveau cursus de formation pour les médecins généralistes.

Assurer la relève en généralistes dans la région du Nord vaudois est le but explicite de cette formation. Le fait que bon nombre de médecins de premier recours de la place se préparaient à prendre leur retraite est à l'origine de toute la réflexion autour de ce projet, baptisé ForOm NV.

Le nouveau cursus de formation ForOm – formation post-grade – se déroule sur 5 ans et offre des places de médecin assistant sur les différents sites de EHNv et dans un cabinet de généraliste. Les médecins en formation post-grade participant au programme ForOm sont suivis par un médecin généraliste référent qui, en tant que parrain, les accompagne tout au long de cette spécialisation.

Le programme ForOm a pour particularité de rémunérer les stages en cabinet au niveau de ceux en hôpitaux, contribuant à rendre la formation en médecine générale plus attrayante.

Depuis 2009, ce sont 7 à 10 postes de médecins assistants qui sont créés chaque année dans les EHNv, dont deux postes en cabinet médical.



Graphique 2 : Evolution des primes mensuelles moyennes, tiré du document Statistique des assurances sociales suisses (2008), OFAS.

Problèmes actuels du système de santé suisse

L'augmentation rapide des coûts liés à la santé est un des problèmes que rencontre à l'heure actuelle le système de santé suisse. Ce problème – relativement visible puisqu'il concerne l'ensemble de la population à l'arrivée des nouveaux tarifs de primes – n'est malheureusement pas le seul mal dont souffre aujourd'hui notre système de santé.

Nous avons pu identifier un certain nombre des difficultés du système de santé suisse. Nous avons choisi de d'abord présenter les problèmes constatés pour l'ensemble du territoire. Nous aborderons ensuite, de façon plus détaillée, ceux concernant principalement les régions de montagne et régions rurales.

1. Sur l'ensemble du territoire

Le premier problème, déjà cité, est celui de l'augmentation effrénée des coûts liés à la santé. Comme le soulignent Mathieu Vuillemier et al. dans leur étude¹¹ « les facteurs qui influencent l'évolution des coûts de la santé sont nombreux; ils relèvent tout à la fois de l'évolution démographique, de l'état de santé de la population et de ses caractéristiques socio-économiques et culturelles, ainsi que du développement de l'offre et de la demande de soins ».

Ainsi, on peut avancer qu'avec l'âge, la probabilité de devoir recourir à la médecine augmente, tout comme le volume de prestations par personne. Cela peut devenir problématique dans une société vieillissante. En outre, lorsque des progrès sont réalisés dans le domaine de la médecine, ils sont souvent – ce qui est regrettable – à l'origine d'une augmentation des coûts. Ceci est notamment vrai lorsque, par exemple, les progrès permettent d'affiner un diagnostic et de découvrir une pathologie, ou encore de soigner une maladie qui aurait été, par le passé, jugée incurable.

A cela s'ajoute le fait qu'aujourd'hui des symptômes, que l'on aurait autrefois considérés comme insignifiants, poussent les gens à consulter. Ce phénomène, bien naturel, se produit avec l'amélioration des conditions de vie. Quand il s'agit de survivre, on se préoccupe peu d'être sujet à des allergies bénignes ou autres petits maux... qui deviennent motif de consultations dans notre société moderne.

Il semblerait également que le fait de consulter d'emblée un médecin spécialiste, sans passer d'abord par un médecin généraliste soit à l'origine d'une partie de la hausse des coûts de la santé. La médecine de base est aujourd'hui une des plus efficaces en terme de

BONNE PRATIQUE II

Equipeement vidéoconférence pour consultation médicale à distance

Certaines communes situées en régions de montagne ou régions rurales ont déjà recours au système de vidéoconférence pour éviter des temps de déplacements trop importants.

On pourrait imaginer que ce matériel (écran, caméra et microphone) soit réservé quelques heures par semaine pour des consultations médicales à distance. Ceci éviterait au patient en quête de conseils, comme au médecin, d'avoir à se déplacer sur de grandes distances.

Il pourrait également être judicieux qu'une personne qualifiée comme un ou une assistante médicale soit présente pour relever certains paramètres médicaux – tension ou engorgement des voies respiratoires, par exemple – qui sont importants pour que le médecin contacté ainsi puisse affiner son diagnostic.



Les médecins de famille peuvent contribuer à réduire les coûts de la santé. (Aide Suisse aux Montagnards / Dorothea Müller)

qualité prix. Et pourtant, cette formation médicale poussée est aujourd'hui très peu prisée des étudiants en médecine. Ce désintérêt n'est pas sans conséquences économiques : la médecine aux coûts les moins élevés est celle qui attire le moins de praticiens ! Pour expliquer cet état de fait, divers arguments se profilent.

A la base même de ceci se trouve la question de la formation des médecins suisses. Le nombre d'étudiants parvenant à terminer leurs études et à obtenir leur diplôme en médecine est trop peu élevé par rapport aux besoins réels¹². En effet, les facultés de médecine limitent le nombre d'étudiants en médecine soit par un numerus clausus (Zürich, Bâle, Berne et Fribourg) soit par une sélection drastique à la fin de la première année (Genève, Lausanne et Neuchâtel). La conséquence en est que, depuis maintenant plusieurs années, le contingent de médecins formés n'est pas suffisant pour assurer les soins nécessaires.

Ainsi, les hôpitaux suisses sont aujourd'hui très fortement dépendants de la main d'œuvre étrangère pour assurer leur fonctionnement. « Les hôpitaux ne pourraient aujourd'hui pas fonctionner sans ce taux élevé de personnel étranger¹³ », souligne C. Favre, conseiller d'état et président de H+, l'association des hôpitaux suisses, dans une édition du Neue Zürcher Zeitung datant de début septembre 2009.

On aurait pourtant beau jeu de reprocher ceci aux universités. Ni leurs moyens financiers ni leurs structures d'accueil ne sont extensibles et il faut savoir que la formation d'un étudiant en médecine coûte, hors spécia-

lisation, près de 720'000 francs à l'Etat¹⁴. Quant aux coûts de la formation postgraduée en médecine, il sont plus difficile à évaluer : « Etant donné que la formation médicale post-graduée offerte dans les hôpitaux est une production conjointe de prestations de santé, de recherche et d'enseignement, il n'est guère possible d'isoler tous les coûts. Des appréciations grossières obtenues suite à différentes méthodes fluctuent entre des valeurs de CHF 17'000 par assistant et par an et CHF 168'000. »¹⁵

En outre, l'introduction, en 2002, de la clause du besoin justifiait qu'une limitation du nombre d'étudiants admis en médecine soit mise en place. Former des jeunes sans leur offrir de perspective de pouvoir exercer aurait été une aberration.

La clause du besoin a limité le nombre d'ouverture de cabinets médicaux en Suisse. Le but était de prévenir une ouverture massive de cabinets suite aux accords bilatéraux sur la libre circulation. La conséquence a surtout été que les diplômés en médecine se sont vus contraint de rester dans les hôpitaux où ils se sont spécialisés. Il y a aujourd'hui une sur-spécialisation de la profession et de moins en moins de personnes aspirent à devenir médecin généraliste.

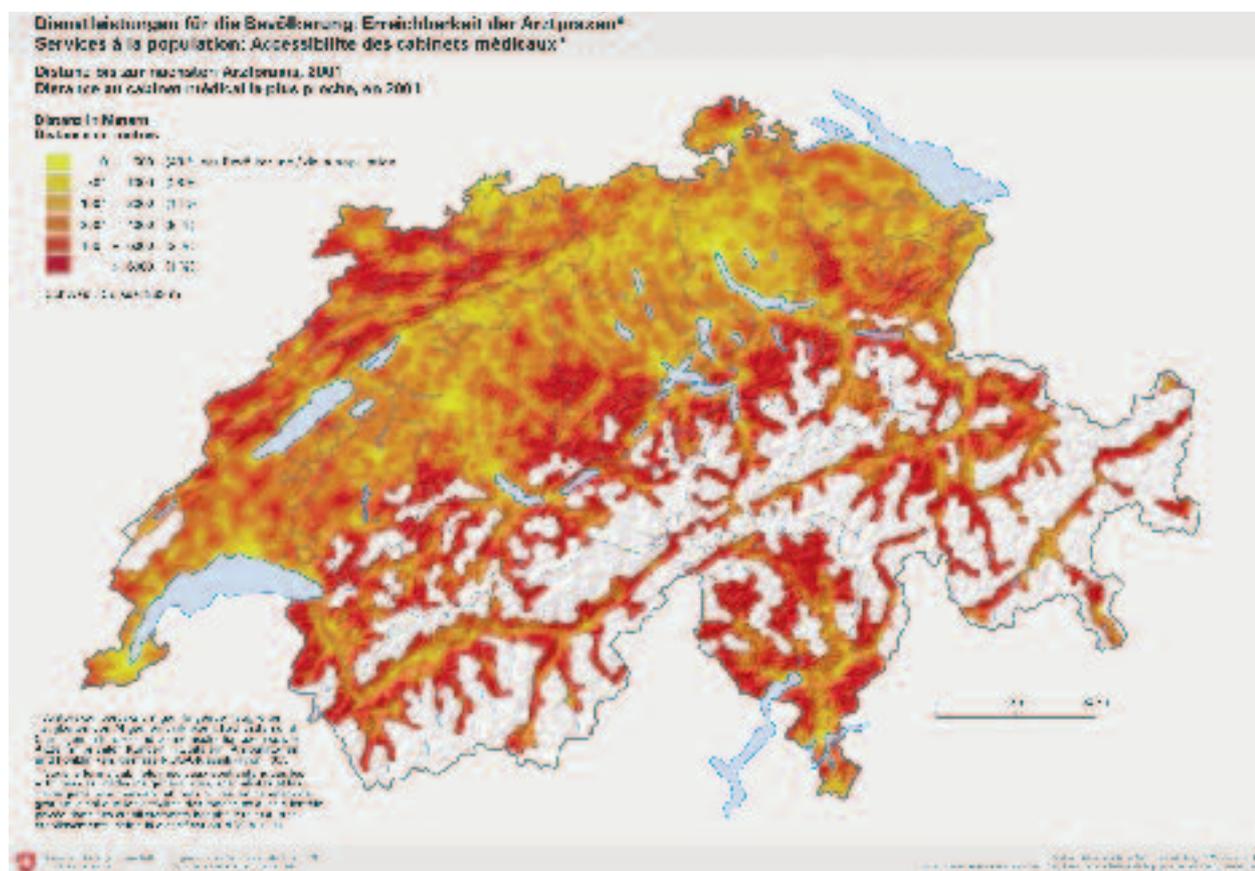
En effet, un médecin décidant d'ouvrir son propre cabinet, se heurte à des difficultés administratives (gel des ouvertures de cabinet) et devra, en tant qu'indépendant, assumer de grandes responsabilités financières. En comparaison, travailler dans le milieu hospitalier s'avère nettement moins compliqué. D'autant plus que les conditions de travail (proximité avec des collègues

de la même et d'autres spécialités, horaires plus réguliers, gardes du week-end moins fréquentes) offrent une qualité de vie plus compatible avec les attentes des jeunes diplômés. Les mœurs changent : aujourd'hui on accorde plus d'importance aux loisirs et à la famille – les médecins n'échappent pas à cette règle. « Ils ne sont plus prêts à travailler huitante heures par semaines et à faire le pied de grue derrière leur téléphone tous les week-ends parce qu'ils sont de garde » explique Jacques de Haller, président de la Fédération des médecins suisses¹⁶.

A ce changement des mentalités s'ajoute encore le fait que, dans le système de santé suisse, la médecine de premier recours est nettement moins valorisée que la médecine spécialisée s'exerçant en hôpital. Ce constat découle notamment de l'introduction, en 2004, du nouveau système tarifaire TarMed. Cette révision tarifaire devait rééquilibrer les différences de salaires dans les professions médicales, mais elle n'a pas eu les effets escomptés sauf pour les psychiatres qui sont les grands gagnants de l'introduction de TarMed (+32%)¹⁷. Les médecins généralistes ont vu leur chiffre d'affaires amélioré d'un pourcentage de seulement 7% entre 2003 et 2004, soit une augmentation inférieure à la moyenne de leurs collègues spécialistes¹⁸. Le mécontentement des médecins généralistes s'est exprimé jusque dans les rues de la capitale mais sans conséquences sur le système TarMed qui est resté inchangé. Les généralistes se sont également vus confrontés, en 2008, à une baisse des tarifs des analyses

laboratoire. Avec cette nouvelle révision tarifaire, les analyses que le médecin pratiquait au cabinet pour affiner son diagnostic ne sont plus rentables et bien des médecins ont dû renoncer à cet outil précieux pour des raisons financières. Moins bien payés que les spécialistes, les généralistes se voient privés de la possibilité d'utiliser les techniques modernes, rapides et efficaces. On comprend que dans ces conditions, la profession de médecin généraliste soit vu comme relativement peu attirante par les médecins en formation. Tout ceci se cumule et contribue à maintenir les médecins sortant de l'université dans les hôpitaux. Dans le même temps, le vieillissement du contingent de médecins généralistes se poursuit, aggravant encore la situation. Les généralistes proches de la retraite – et ils sont nombreux puisque 60% des généralistes ont plus de 55 ans¹⁹ – peinent à trouver des successeurs pour reprendre leurs cabinets médicaux.

Si la situation actuelle n'est pas encore catastrophique, on voit d'ores et déjà apparaître quelques lacunes au niveau de la répartition territoriale des prestations médicales, et ce notamment dans les zones rurales et zones de montagne. Cette situation est critique d'autant que toutes les voix s'accordent pour voir dans la médecine de famille ou médecine de premier recours un élément de solution pour parvenir à maîtriser les coûts de la santé. Alors à l'heure où la nécessité de faire des économies dans le domaine de la santé se fait toujours plus sentir, il est essentiel de travailler à revaloriser la médecine générale.



Un médecin exerçant en zone de montagne va donc devoir assurer seul le soin aux malades, et, surtout, les gardes sur un territoire plus important que celui dont il aurait la charge en ville, tout en ayant le même nombre de patients. Si un seul et unique médecin travaille dans une vallée, il sera de garde tous les soirs et durant la fin de semaine. En ville, un médecin effectue seulement quelques gardes par an. Cet état de fait décourage les candidats – déjà peu nombreux – à la médecine générale à s'installer en dehors des villes. La proximité de collègues permet un partage des gardes et, éventuellement, de pouvoir travailler à temps partiel – non négligeable avec la féminisation grandissante de la profession – et de bénéficier ainsi d'une meilleure qualité de vie.

Dans les communes de montagne et communes rurales, se pose de plus en plus fréquemment la question du maintien et/ou du remplacement du médecin de famille. Dans les communes où un unique médecin assure les soins médicaux, cela peut aller très vite : vacances, congé prolongé ou encore départ à la retraite signent le début d'une situation difficile. Dans les stations touristiques, il est, durant la haute saison touristique, pratiquement impossible pour l'unique médecin communal de prodiguer des soins à toutes les personnes en ayant besoin. D'autant que la relève ne se bouscule pas pour aller exercer dans les régions de montagne et régions rurales.

Nous aurions souhaité pouvoir présenter ici une carte des communes montrant une augmentation ou une diminution du nombre de généralistes depuis quelques années. Il a pourtant fallu se rendre à l'évidence que ces données ne sont, aujourd'hui, pas disponibles. Les statistiques ne font généralement pas la distinction entre médecins généralistes et spécialistes et, surtout, ne sont pas détaillées ni au niveau communal, ni même à celui de district. Or présenter l'évolution globale du contingent de médecins à l'échelle d'un canton ne fait pas de sens. La pratique montre, en effet, les médecins ont aujourd'hui tendance à s'installer dans les centres et à délaisser les régions rurales. Nous déplorons cet état de fait et pensons qu'il est essentiel que, d'une part, ces données soient relevées et que, d'autre

part, la transparence de ces mêmes données soit améliorée.

Les communes touchées ne manquent cependant pas à l'appel pour illustrer la détérioration de la situation en région de montagne et régions rurales.

Nous pouvons citer – exemple parmi tant d'autres – le cas de la commune de Champéry (VS). Le départ du couple de médecins généralistes laisse un vide. Pour se faire soigner les habitants n'ont d'autres possibilités que de se déplacer vers Monthey.

A Leysin (VD), il n'y a, depuis le décès d'un des deux généralistes en été 2008, plus qu'un seul médecin en exercice (de 63 ans) pour 3750 âmes et environ 10'000 patients potentiels en haute saison. Un arrangement temporaire a toutefois pu être passé avec le centre de traitement et de réadaptation de Miremont qui « prête » un médecin assistant (en formation) durant les périodes de grande affluence touristique.

Dans la région du Schanfigg (GR) ou dans l'Oberland bernois, tout comme dans la vallée de Conches (VS) la situation n'est guère plus reluisante.

Et ce que l'on constate, surtout, est que de plus en plus de lacunes apparaissent ; la distribution des prestations médicales est de plus en plus inégale.

3. Constat

Le constat qui s'impose est qu'il existe, aujourd'hui dans le domaine des prestations médicales, des problèmes qui, généralisés au niveau du territoire, se cristallisent dans les régions de montagne et régions rurales. Et paradoxalement, cette dégradation de la qualité des prestations médicales est couplée à une augmentation continue des coûts dans le domaine de la santé.

Dans la suite de ce document, nous proposons des solutions pratiques permettant soit d'agir pour rétablir la qualité (et surtout la qualité de la distribution spatiale) des prestations médicales et/ou de freiner l'envol des coûts.

BONNE PRATIQUE III

Programmes cantonaux de financement des stages en cabinet : Uri et Grisons

Face au manque toujours plus flagrant en médecins généralistes dans les régions de montagne, les cantons de Uri et des Grisons ont chacun entrepris de mettre sur pied des programmes de financement de la formation post-grade en médecine générale.

Le projet « Ärztliche Praxisassistenten » – canton d'Uri – veut inciter les médecins en formation à se diriger vers la médecine générale. Les médecins assistants se voient donc proposer la possibilité de faire un stage d'une durée de 6 mois en cabinet médical. La rémunération de ces stages en cabinet sera la même que celle des stages en hôpital, un point qui devrait contribuer au succès de ces stages. Le salaire des médecins assistant sera assuré en partie par le médecin assisté et par le canton. Pour cela un fond annuel de 210'000.- Fr. a été débloqué sur une durée de 5 ans. Le « Projet Capricorn », dans les Grisons fonctionne sensiblement de la même manière. Le budget annuel alloué est de Fr. 200'000.-, également pour 5 ans.

Ces programmes grisonnais et uranais entrent en action début 2010.

Besoin d'agir

1. Possibles solutions pratiques

Dans le contexte actuel, il est urgent d'agir afin, d'une part, d'enrayer la pénurie de généralistes qui se dessine en Suisse et ce tout particulièrement dans les régions de montagne et, d'autre part, de freiner la progression continue des coûts de la santé. Le besoin d'action se fait sentir à plusieurs niveaux : au niveau du système, de la formation des médecins, de la structure de l'offre médicale, mais aussi au niveau de la profession ainsi que sur les conditions de travail des médecins dans les régions de montagne et rurales.

1.1 Actions au niveau des fondements du système

Le budget dédié à la santé augmente chaque année, malgré une dégradation réelle de la qualité des prestations. Demander à ce que le Département Fédéral de l'Intérieur compense ses dépenses supplémentaires au sein même du département sans recourir à des fonds supplémentaires permettrait de mettre un frein à l'augmentation des coûts pour la Confédération. Il s'agit d'une obligation à laquelle sont soumis les autres départements. Il est donc juste que le Département de l'Intérieur s'y plie également.

Le point essentiel de cette revendication est surtout de mener à l'abandon des automatismes de renchérissement du budget de la santé.

Une autre mesure, permettant de soulager les ménages, serait de faire en sorte que les coûts réels des primes d'assurance maladie et accident puissent être déduits de la déclaration de revenus. Actuellement, seul un montant forfaitaire – variable selon les cantons – est déductible. Ce montant ne représente hélas qu'une partie de ce que le contribuable paye réellement pour les assurances. Toutefois, et afin de ne pas prêter

les personnes ayant choisi une franchise élevée, on pourrait permettre que soit déduit le montant correspondant aux frais engagés pour la franchise la plus élevée.

1.2 Actions au niveau de la formation en médecine

Avant toute chose, il faudrait supprimer le numerus clausus pour les études de médecine en Suisse, ou, du moins, revoir à la hausse le nombre d'étudiants acceptés. Il est, en effet, avéré que trop peu de médecins sont diplômés chaque année pour couvrir les besoins en personnel médical.

A cela s'ajoute le fait que les jeunes médecins sont de plus en plus nombreux à vouloir travailler à temps partiel, une tendance qui n'est pas étrangère à la féminisation croissante de la profession. Dans ce contexte, le nombre de médecins diplômés n'en est que plus insuffisant par rapport aux besoins dans les hôpitaux et dans les régions périphériques.

La Suisse n'est, en outre, pas le seul pays à souffrir d'un manque chronique de médecins. Ethiquement parlant, il n'est pas normal qu'elle continue à compter sur les pays limitrophes pour assurer la formation des médecins qui prodigueront les soins médicaux à ses propres résidents.

La formation des médecins est particulièrement onéreuse ; mais l'Etat doit investir dans la formation médicale s'il veut contrer le déficit en médecins qui existe déjà. Afin de ne pas augmenter encore les coûts de la santé, les fonds à cet effet doivent être trouvés dans le budget actuel. Ils pourraient, par exemple, provenir des sommes allouées aujourd'hui à la recherche ou à la prévention. C'est d'autant plus urgent que l'évolution démographique laisse présager des besoins en termes

BONNE PRATIQUE IV

Télémédecine en Valais

Face aux difficultés de trouver des médecins pour assurer les gardes le soir et le week-end et pour désengorger le service des urgences, le canton du Valais a mis en place, en juillet 2007, une permanence médicale par téléphone. De 19h à 7h ainsi que 20h sur 24 le week-end, tout appel destiné au médecin de garde est redirigé vers la permanence téléphonique. A tour de rôle, un médecin parmi la trentaine de médecins participants et qui viennent de tout le Valais, assure la permanence téléphonique.

Dans les trois quarts des cas, la consultation par téléphone suffit à régler le problème et décharge le médecin de garde qui n'a pas à se déplacer. Il s'agit d'une solution de qualité face au problème de manque de médecins dans les régions de montagne.

Les médecins généralistes exerçant en Valais ont, grâce à ce système de consultation par téléphone des gardes moins lourdes. Dans les conditions actuelles, avec 30 médecins impliqués, le nombre de gardes passe de un jour sur deux (ou tous les jours, dans les cas les plus graves) à une fois par mois seulement. Une évolution qui améliore sensiblement les conditions de vie des médecins généralistes et qui contribue à inciter de nouveaux médecins à installer leurs cabinets médicaux dans le canton.

La mise en place d'une permanence médicale peut également contribuer à limiter les coûts de la santé. En effet, une consultation téléphonique coûte sensiblement moins cher qu'une visite chez le médecin ou aux urgences.

Dans un premier temps, financée par le canton, la permanence téléphonique a changé récemment de système de facturation. Les appels sont maintenant facturés au patient par le médecin répondant. La facture – normalement comprise entre 15 et 35 francs – arrive chez le patient qui l'envoie à son assureur, lequel a l'obligation de rembourser.

BONNE PRATIQUE V

Plateforme Internet pour les médecins en régions de montagne (ASM)

La plus faible densité médicale dans les régions de montagne fait qu'il est assez difficile pour les médecins généralistes de trouver un confrère prêt à effectuer un remplacement le temps des vacances ou lors des périodes de formation continue. Et, quand à remettre son cabinet lors d'un départ à la retraite, il peut parfois s'agir d'une mission impossible.

Face à ce constat, l'Aide suisse aux montagnards a développé une plateforme Internet interactive (<http://www.doc-teurmontagne.ch>) sur laquelle les médecins cherchant un remplaçant, un successeur, ou encore un confrère auquel s'associer peuvent s'annoncer directement et gratuitement. Les médecins à la recherche d'un poste temporaire ou fixe, ou encore d'une place de médecin assistant peuvent consulter ces offres et trouver plus facilement un poste correspondant à leurs attentes, dans un cabinet ou dans un hôpital qui soit situé à une altitude de plus de 800m.

La plateforme facilite les contacts directs entre médecins et permet une meilleure diffusion des offres de postes à pourvoir dans les régions de montagne. Ceci devrait contribuer à améliorer et à garantir, à long terme, l'approvisionnement médical de base.

de soins médicaux toujours plus accrus. En Suisse, avec l'allongement de l'espérance de vie, la part des personnes âgées dans la population s'accroît ; et, avec l'âge, le volume et le nombre de prestations médicales ont tendance à augmenter. En outre, « les classes nombreuses du baby-boom entrent progressivement dans les tranches d'âge où les risques de morbidité et d'incapacité croissent rapidement, ce qui entraîne une hausse des dépenses de santé »²⁰ ainsi qu'une augmentation du volume des soins à prodiguer. C'est ainsi que, selon l'OBSAN²¹, le personnel de santé devrait être augmenté de 13 à 25% d'ici à 2020 si l'on veut pouvoir assurer les besoins médicaux de la population.

Former de nouveaux médecins en Suisse est impératif, et il faut entreprendre cela dès aujourd'hui, vu, d'une part, la durée des études (entre 12 et 15 ans pour un généraliste) et, d'autre part, le déficit déjà actuel en médecins.

Il faut également entreprendre de revaloriser la médecine générale auprès des étudiants en médecine. La médecine générale était, il y a encore peu, pratiquement absente des études en médecine. Les étudiants ne choisissaient que rarement cette spécialité lors de leur cursus post-grade. Le manque de visibilité de cette spécialisation et l'absence d'un suivi particulier pour les généralistes en devenir se corrigent peu à peu.

Exemple : sur ce point là, on peut notamment saluer les efforts des cinq facultés de médecine suisses (Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zürich) qui possèdent désormais des instituts universitaires de médecine générale. L'obligation d'effectuer, durant les études, un stage auprès d'un médecin généraliste se généralisera vraisemblablement, à l'exemple de l'Université de Berne.

Pour devenir médecin généraliste, il faut accomplir 5 ans de formation post-graduée²², soit 5 ans de stages effectués dans diverses spécialisations. Pour la médecine générale ces stages sont répartis de la façon suivante : 1 an en médecine interne hospitalière, 1 an en médecine interne hospitalière ou ambulatoire ou en médecine générale, 1 an de formation post-graduée

ambulatoire, 2 ans à option en milieu ambulatoire ou hospitalier. Cette formation est un ensemble de stages que le médecin en devenir doit trouver et organiser par lui-même. L'introduction de « répondants formateurs » qui, en relation avec les universités, veilleraient à un meilleur suivi et à mettre en place une formation intégrée en relation plus étroite avec la médecine générale avec, notamment, des stages en cabinet médical, pourrait apporter beaucoup.

Il y a quelques années, le stage en cabinet se pratiquait encore relativement peu ; et ce, curieusement, même pour les médecins se destinant à la médecine familiale. Le suivi était pour un tel stage quasi inexistant et, en dehors de l'hôpital, la rémunération des médecins en formation post-grade était nettement plus faible. Rares étaient donc les personnes effectuant une partie de leur formation post-graduée en cabinet médical. Une participation étatique au financement de ces stages en cabinet est nécessaire pour assurer l'attractivité de la formation post-graduée en médecine générale.

Exemple : aujourd'hui, des programmes de financement cantonal pour l'assistantat en cabinet médical au cours de la formation post-graduée se mettent en place dans certains cantons. Voir l'exemple de bonnes pratiques en page 11.

Exemple : depuis 2007, l'Hôpital d'Yverdon propose une formation post-graduée complète de généraliste. Voir l'exemple de bonnes pratiques en page 6.

1.3 Changements dans la structure de l'offre médicale

L'approvisionnement médical de base est de la responsabilité des cantons. C'est à eux qu'incombe d'assurer la disponibilité des prestations médicales. Il est aujourd'hui essentiel d'élaborer un concept cantonal pour l'approvisionnement médical de base. Ce concept doit notamment aborder la question d'un financement cantonal pour les régions ou les communes à très faible densité de médecins généralistes.

Les cantons doivent également encourager la collaboration entre médecins, entre hôpitaux et entre médecins et hôpitaux. Une intensification de la collaboration médecins / hôpitaux dans les régions de montagne et



Dans les régions périphériques, le nombre de médecins généralistes est en diminution. (Aide Suisse aux Montagnards / Dorothea Müller)

rurales permettrait de faire baisser les coûts. Selon toute logique, les hôpitaux régionaux devraient petit à petit évoluer et se transformer en centres médicaux à tendance plutôt généraliste, laissant peu à peu les cas les plus rares aux grands hôpitaux universitaires (collaboration entre hôpitaux). En effet, il n'est pas nécessaire que les hôpitaux régionaux aient un niveau de spécialisation très pointu, lequel coûte très cher pour un nombre de patients limité. On pourrait également imaginer que les hôpitaux régionaux mettent des locaux de consultation à disposition des médecins de la région, ou voire même une intégration des médecins généralistes à l'hôpital régional (collaboration médecins / hôpitaux). Exemple : l'Ospidal Val Müstair s'est développé dans cette direction. Voir l'exemple de bonnes pratiques en page 15.

Aujourd'hui, comme l'ensemble de la population, les médecins ne sont plus prêts à sacrifier leur vie de famille et leurs loisirs pour exercer leur métier. Dans les régions à faible densité médicale, le nombre de nuits de garde est d'autant plus élevé qu'il y a peu de médecins. Cet état de fait est peu compatible avec l'évolution des mentalités. D'autant plus qu'avec la féminisation progressive de la profession, travailler à temps partiel est plus fréquemment souhaité que par le passé. Dans ce contexte, il devient urgent de mettre en place des structures permettant, d'une part, de diminuer le

nombre de gardes et, d'autre part, le travail à temps partiel, s'il est souhaité.

Le regroupement de plusieurs médecins dans un cabinet collectif ou maison de santé (collaboration entre médecins) constitue une bonne solution puisqu'il permet le partage des gardes, mais aussi des investissements et des infrastructures. Le travail à temps partiel y est aussi possible et, en outre, la proximité de collègues permet des échanges et est particulièrement intéressante lorsqu'il s'agit d'obtenir un second avis sur un diagnostic. La constitution de sociétés anonymes (SA) doit être privilégiée car cette forme permet une répartition des responsabilités et elle est la plus à même d'attirer des investisseurs qui pourraient représenter les cantons, les communes ou encore les caisses maladies.

Exemple : à Tramelan, dans le Jura bernois, c'est cette solution qui a été plébiscitée. Voir l'exemple de bonnes pratiques en page 16.

La mise en place de permanences téléphoniques, pour des régions de plus ou moins grande taille semble également être intéressante dans la mesure où nombres de cas bénins peuvent être traités par téléphone.

Exemple : en Valais, il existe depuis juillet 2007 une permanence téléphonique. Voir l'exemple de bonnes pratiques en page 12.

Exemple : dans le domaine de la télémédecine, TéléArk a développé avec la fondation TheArk un projet en Va-

lais. L'idée est de proposer, en associant cabinet médicaux collectifs et d'autres communautés, une permanence 7 jours sur 7 et 24h sur 24 par téléphone ou par email. Le projet est inspiré de la permanence médicale de Sierre. Il a l'avantage de proposer, en sus, des déplacements à domicile lorsque cela s'avère nécessaire. La prochaine étape pour les initiants de ce projet est la réalisation d'un projet-pilote.

Ces permanences téléphoniques pourraient, par exemple, être établies en collaboration avec les hôpitaux. Dans le même sens, les hôpitaux pourraient éventuellement assurer la prise en charge des urgences survenant en soirée et le week-end et ainsi décharger le médecin de garde.

Concernant la dispensation (vente directe) des médicaments par le médecin, elle s'avère intéressante dans les régions isolées où la pharmacie n'est accessible qu'au prix d'un long trajet. Par contre, cela ne fait pas de sens en région urbaine, où les pharmacies à proximité sont légion.

Il semble important de maintenir la possibilité pour le médecin de dispenser lui-même les médicaments lorsque la pharmacie la plus proche se trouve éloignée d'une distance que l'on ne peut raisonnablement exiger que parcoure une personne malade. L'introduction d'une clause stipulant que le médecin ne peut tirer de revenus de la vente directe des médicaments est toutefois nécessaire.

1.4 Action au niveau de la profession de médecin généraliste

Le gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux devait arriver à échéance fin 2009. Courant octobre 2009, le Parlement a décidé de le prolonger de deux années supplémentaires afin d'éviter que le nombre de médecins pratiquants ne s'envole, surtout dans les centres-villes. Ce moratoire a été révisé et, point positif, seuls les médecins spécialistes seront concernés par le gel d'ouverture des cabinets.

La disparition de l'interdiction de créer de nouveaux

cabinets médicaux généralistes est certes une amélioration ; mais elle ne suffira pas. Il faut y joindre des incitations et encourager les médecins généralistes à s'installer dans les régions où ils manquent. Nous développerons ce point plus avant dans la partie 1.5, ci-dessous. Le rôle de l'Etat ne doit pas se limiter à interdire ; il doit avoir un rôle incitateur face aux problèmes dans la répartition des prestations médicales de base qui commencent à apparaître dans les zones rurales et zones de montagne.

Les médecins généralistes n'ont pas été gagnants avec l'introduction du point tarifaire TarMed en 2004. Le second coup leur a été porté par la révision du tarif des analyses en laboratoire. Ces deux modifications ont amené les généralistes à manifester leur mécontentement mais sans conséquences.

Relevons encore que la médecine générale est présentée comme un élément non négligeable, si ce n'est LA solution, pour juguler la croissance des coûts de la santé. De nouveaux modèles d'assurance – à encourager puisqu'ils semblent réduire les coûts de la santé – ont vu le jour comme le modèle HMO ou le modèle du médecin de famille.

Alors, si le rôle de « gatekeeper » des médecins de famille est si apprécié et si capital, sa valeur devrait se refléter au niveau de la rémunération des prestations. Un réajustement à la hausse de la valeur du point tarifaire pour les généralistes serait une bonne manière de revaloriser la profession. D'autant plus que la médecine générale reste une spécialité médicale relativement mal rémunérée en comparaison avec d'autres spécialités exercées en hôpital. Toutefois, pratiquée hors des centres, elle est particulièrement complète et touche un large spectre de pathologies. Ce qui implique des praticiens polyvalents aux connaissances étendues ; des omnipraticiens.

Parallèlement à cela, il serait temps d'en finir avec une rémunération du point TarMed différenciée selon les cantons. Une unification tarifaire semble logique, dans le sens où les soins coûtent la même somme, où qu'ils soient prodigués en Suisse.

BONNE PRATIQUE VI

Un hôpital de montagne qui a su s'adapter : Ospidal Val Müstair

Déjà en 1932, la région de Val Müstair est dotée d'un hôpital. Rénové une première fois en 1975, l'hôpital nécessitait d'être modernisé afin de pouvoir assurer des soins de qualité à long terme. Les travaux, décidés en 2005, ont été achevés en juin 2008 pour la somme de 17,4 millions de francs – dont plus de 8 millions provenaient de dons privés. Une somme qui peut paraître importante pour un petit hôpital de montagne, à l'heure où faire des économies dans le domaine de la santé est volonté affichée !

L'Ospidal Val Müstair n'a, en réalité, pas seulement entrepris de rénover les locaux et l'équipement mais aussi de refondre ses services. Il n'est plus, malgré ce que son nom indique, un hôpital au sens classique, mais il s'est transformé en un véritable centre de santé, unique en Suisse. On y trouve les services d'un hôpital pour les cas d'urgences et d'un cabinet médical pour les consultations, complétés d'un centre de soin, d'une maternité et d'une pharmacie. Il est également possible de recevoir des soins dentaires ou ceux d'un psychologue, d'un physiothérapeute, d'un kinésithérapeute, d'un podologue et enfin, de Spitex pour ce qui concerne les soins à domicile.

Aujourd'hui environ 1800 personnes, ainsi que les nombreux vacanciers de la région, bénéficient de cette offre particulièrement complète en matière de soins. Récemment rénové, l'Ospidal Val Müstair garantit la continuité de l'offre médicale dans cette région de montagne éloignée.

1.5 Actions au niveau des conditions de travail des médecins en région de montagne

Il y a un net besoin d'action au niveau des conditions d'exercice et du cadre de vie des médecins en région de montagne et régions rurales. Nous avons parlé plus haut de l'importance d'encourager activement les généralistes à s'installer dans les régions de montagne, afin de contrer les problèmes dans la répartition des prestations médicales de premier recours qui se dessinent actuellement.

Pour ce faire, des incitations d'ordre économique comme, par exemple, accorder des déductions fiscales aux médecins installés dans les régions reculées sont recommandables. Ceci ce fait déjà pour attirer de nouvelles entreprises dans les zones périphériques. Pourquoi ne pas l'appliquer aux services médicaux ?

Ces incitations économiques doivent être réglées dans le concept cantonal d'approvisionnement médical, dont l'élaboration est demandée au point 1.3, ci-dessus. Notons encore que de telles mesures incitatives ne doivent être accordées que dans les zones où l'approvisionnement médical de base s'avère réellement déficitaire et, bien entendu, à condition que la coopération entre médecins, hôpitaux et médecins et hôpitaux soit déjà active.

On peut également envisager d'autres mesures comme des garanties cantonales pour faciliter l'octroi de prêts aux médecins voulant ouvrir un cabinet (aux mêmes conditions que pour les mesures incitatives). Au niveau communal, des gestes tels que mettre des locaux à dispositions pour le cabinet, ou encore offrir des loyers préférentiels pourraient aussi être décisifs pour maintenir ou pour attirer des médecins de famille sur une commune.

Exemple : en France, s'installer ou exercer dans une zone déficitaire du point de vue des prestations médicales permet, depuis 2006, de bénéficier d'aides à l'installation ou au maintien des professionnels de la santé²³. Ces aides regroupent des prestations comme des primes à l'installation, primes d'exercice forfaitaire, ou encore la mise à disposition d'un logement

Le programme français Inst@LSanté propose un grand nombre d'aides qui vont du soutien aux étudiants (indemnités de stages) à celui des retraités (cumul emploi/retraite) en passant par les exonérations d'impôts pour les médecins exerçant en zone dite « de revitalisation rurale » (exonération totale de l'impôt sur les revenus pendant 5 ans puis dégressivité pendant 9 ans). Ces mesures incitatives ont un impact direct sur la répartition des prestations médicales sur le territoire français. La Suisse pourrait s'en inspirer pour inciter les médecins à s'installer dans les régions de montagne, où la densité de cabinets médicaux de premier recours est très faible.

Avec les techniques modernes de communication, il est possible de développer de nouveaux outils permettant un contact plus facile avec des médecins dans la même situation, ou encore de discuter d'un cas compliqué avec un collègue malgré l'éloignement géographique. Il est également possible de communiquer via le téléphone ou par e-mail avec les patients, par exemple de suivre l'évolution d'une maladie et d'en adapter le traitement sans avoir forcément besoin de se déplacer. Il s'agit notamment de la télémédecine, que nous avons déjà abordée dans ce travail mais d'autres outils peuvent être mis en place.

Exemple : depuis 2008, l'Aide suisse aux Montagnards a développé une plate-forme Internet gratuite appelée Docteurmontagne.ch²⁴. Voir l'exemple de bonnes pratiques en page 13.

BONNE PRATIQUE VII

Maison de santé à Tramelan

A Tramelan, les 5 médecins du village approchent de l'âge de la retraite et il n'y avait pas de candidats pour reprendre leurs cabinets médicaux. C'est ce constat qui a poussé la municipalité de Tramelan à chercher une solution nouvelle. La solution retenue est la construction d'un centre médico-thérapeutique qui devrait permettre de sécuriser à long terme l'offre médicale de base dans la région.

Le centre accueillera 6 médecins généralistes ainsi qu'un psychologue, un dentiste, une puéricultrice, un physiothérapeute et un service Spitex. Il est, en outre, accolé à une résidence pour personnes âgées, le Home des Lovières. Ce regroupement de compétences devrait être à l'origine de bien des synergies.

Les médecins payent chacun un loyer et se partagent les infrastructures communes (laboratoire, radiologie). L'intérêt de cette structure est de permettre le travail à temps partiel et de réduire le nombre de gardes.

Le centre, financé en grande partie par la caisse de pension de l'Hôpital du Jura, ouvrira ses portes d'ici fin 2010.

Aperçu des revendications

Problème	Mesure	Domaine de compétences
Augmentation continue du budget alloué à la santé	Obligation pour le Département de l'Intérieur de compenser ses dépenses supplémentaires au sein même de son département	Département de l'Intérieur
Les contribuables ne peuvent déduire de leur déclaration de revenu qu'une partie des frais engagés pour leurs assurances	Déduction de la déclaration de revenu du montant correspondant aux frais qui auraient été engagés pour la souscription des assurances (maladie et accident) avec la franchise la plus élevée	Cantons
Pas suffisamment de médecins sont formés en Suisse	Investissements des cantons et de la Confédération dans les Universités suisses afin qu'elles puissent se permettre de supprimer ou de relever le numerus clausus	Confédération Cantons
Peu de médecins en formation choisissent de se spécialiser en médecine générale	Revalorisation de la spécialisation en médecine générale : instituts spécialisés, « répondants formateurs », stages en cabinet médical obligatoires, participation des cantons au financement de ces stages	Universités Cantons
Exercer la médecine généraliste en région de montagne implique de grands sacrifices personnels	Mise en place de structures permettant une diminution du nombre de gardes et le travail à temps partiel, s'il est souhaité : <ul style="list-style-type: none"> - Permanences téléphoniques à l'échelle d'une vallée - Aide à l'implantation de structures groupées 	Régions Communes Cantons
Absence d'une stratégie cantonale pour l'approvisionnement médical de base	Elaboration d'un concept cantonal pour l'approvisionnement médical de base	Cantons
Faible collaboration médecins / hôpitaux régionaux	Intensifier la collaboration médecins / hôpitaux : orientation vers la médecine générale, mise à disposition de locaux, assurer des permanences téléphoniques dans les hôpitaux	Médecins Cantons
Les médecins généralistes sont moins bien payés que d'autres spécialistes	Réévaluation à la hausse du point tarifaire TarMed pour les généralistes en Suisse et unification de la valeur tarifaire à l'échelle nationale	Conférence des directeurs de la santé
Pas suffisamment de médecins généralistes dans les régions de montagne	Généralisation de mesures incitatives (en lien avec concept cantonal) : <ul style="list-style-type: none"> - Déductions fiscales - Garanties cantonales pour l'octroi de prêts - Loyers préférentiels, mise à disposition de locaux 	Confédération Cantons Communes

BONNE PRATIQUE VIII

Formation en médecine généraliste : par et pour les régions de montagne

Les cantons de montagne devraient chercher à développer des possibilités de formation post-graduée en médecine générale sur leur territoire. Les médecins formés sur place noueraient ainsi des liens avec la clientèle locale et seraient vraisemblablement moins enclins à repartir pour s'installer en plaine, une fois leur formation achevée.

Les infrastructures existent déjà, dans les cabinets des généralistes et dans les hôpitaux régionaux, mais il manque les instruments politiques pour mettre en place des cursus de formation en médecine générale se déroulant spécifiquement dans les régions de montagne. La collaboration intercantonale est impérative pour parvenir à créer les structures de formation adaptées.

Bien entendu, les médecins généralistes formés dans les régions de montagne doivent avoir, à la fin de la formation post-graduée, des connaissances qui soit, au minimum, équivalentes à celles de leurs collègues généralistes restés en plaine. Attendu que le spectre des affections à traiter est plus large en région de montagne qu'en plaine, les généralistes formés en région de montagne auront, sans aucun doute, une formation des plus exhaustives et seront, de fait, mieux préparés à exercer sur place.

Conclusion

En Suisse, comme dans de nombreux pays européens, les zones de montagne et zones rurales sont moins bien loties que les centres urbains en ce qui concerne l'accessibilité aux prestations médicales de base. Ce phénomène, fortement lié aux densités de population plus faibles que dans les centres urbains, a pris ces dernières années une ampleur telle que certaines régions souffrent d'une pénurie chronique de médecins généralistes. C'est, par exemple, le cas de certaines vallées des Grisons et du Valais, mais aussi de la campagne gruyérienne ou des Franches Montagnes.

Et la situation, aujourd'hui loin de s'améliorer, risque fort d'atteindre des proportions dramatiques si rien n'est entrepris dans les plus brefs délais. L'évolution des mentalités, la féminisation de la profession de généraliste, et, surtout, le vieillissement de la population (qui entraîne une croissance du nombre et du volume de soins à prodiguer) sont des facteurs à prendre en compte. Ils incitent à une action dans les plus brefs délais, au vu de la durée des études en médecine, et ce d'autant plus que la situation est actuellement déjà fort préoccupante.

Contre toute logique, cette détérioration dans le domaine des prestations médicales de base coïncide avec une augmentation continue des coûts du système de santé. Une croissance qui touche non seulement les ménages privés mais également les pouvoirs publics, et ce depuis plusieurs années. Il est essentiel aujourd'hui de s'élever contre la poursuite de ce paradoxe. L'augmentation des coûts n'a de raison d'être que si elle implique une amélioration des prestations, ou du moins, pas de dégradation dans ce domaine.

Une juste répartition territoriale des prestations médicales est un gage de qualité du système de santé. La Suisse, qui se targue d'être à la pointe de l'industrie pharmaceutique, ne peut laisser se dégrader ainsi les conditions sanitaires sur son territoire.

Les propositions faites dans ce document ont pour objectifs d'assurer la disponibilité de prestations sanitaires de qualité sur l'ensemble du territoire en incitant les professionnels de la santé à s'installer dans les régions déficitaires. Bien entendu, pour cela, des efforts devront être consentis aux niveaux fédéral, cantonal et communal. Mais le maintien de la qualité du système de santé suisse est à ce prix.



Les cantons doivent également encourager la collaboration entre médecins, entre hôpitaux et entre médecins et hôpitaux. (Sion)

NOTES DE BAS DE PAGE

- ¹ Organisation mondiale de la Santé OMS (2000) Rapport sur la santé dans le monde. Genève.
- ² Imhasly, P. (2008), La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008. Résumé, Observatoire suisse de la santé, Berne.
- ³ Achermann, W., Berset, C. (2006). Les politiques suisses de la santé – Potentiel pour une politique nationale. OFSP, Berne.
- ⁴ Site Internet de l'OFSP, www.bag.admin.ch (dernière consultation le 15 septembre 2009)
- ⁵ OFSP (2005), Le secteur suisse de la santé. Structure, prestataires de services, loi sur l'assurance-maladie. Berne.
- ⁶ Idem
- ⁷ Achermann, W., Berset, C. (2006). Vol 1, p. 96.
- ⁸ Kocher, G., Ogier, W. Le système de santé suisse 2004-2006, un survol actuel. Berne. in Achermann, W., Berset, C. (2006). Vol 1, p.33.
- ⁹ OFSP (2007). Statistique de l'assurance maladie obligatoire : Partie graphiques et commentaires. Berne.
- ¹⁰ OFS (2007). Financement du système de santé selon l'agent payeur. Berne.
Généralisation à partir des valeurs issues de ce document pour l'année 2007: Assurances sociales et assurances privées : 52,1% ; ménages privés et autres financements privés : 31.7% ; Etat : 16.2%.
- ¹¹ Vuilleumier, M., Pellegrini, S., Jeanrenaud, C. (2005). Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projection à l'horizon 2030. Office fédéral de la statistique (ed.). Berne.
- ¹² "Die Spitäler könnten heute ohne den grossen Anteil an Ausländern nicht mehr funktionieren" in (2009). In den Spitälern fehlt es bald an guten Ärzten. Neue Zürcher Zeitung, 04/09/09
- ¹³ idem.
- ¹⁴ Hämmerli, A. (2009). Deutsche finanzieren unsere Spitäler mit. Tages Anzeiger, 21/09/09.
- ¹⁵ Telser, A., Leukert, K. (2009). Finanzierung des ärztlichen Weiterbildung aus ökonomischer Sicht. Kurzstudie im Auftrag des SIWft. Olten.
- ¹⁶ Zaugg, J. (2009). Mon médecin, ce héros. L'Hebdo, 12/02/09.
- ¹⁷ (2006). Introduction du TarMed: les médecins généralistes n'en ont pas bénéficié. Ars Medici n°25/26.
- ¹⁸ Idem.
- ¹⁹ FHM (2007). Statistiques FMH : Répartition par âge des médecins en Suisse.
- ²⁰ Vuilleumier, M., Pellegrini, S., Jeanrenaud, C. (2005). Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projection à l'horizon 2030. Office fédéral de la statistique (ed.). Berne. P. 39.
- ²¹ OBSAN (2009). Fact sheet : Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020. Neuchâtel.
- ²² Est réputée formation postgraduée du médecin, l'activité qu'il exerce, après avoir terminé avec succès ses études de médecine, en vue de l'obtention d'un titre de spécialiste qui attestera son aptitude à pratiquer une médecine de qualité dans la discipline médicale choisie.
- ²³ URCAM, Union régionale des caisses d'assurance maladie <http://www.urcam.assurance-maladie.fr> (dernière consultation octobre 2009)
- ²⁴ www.docteurmontagne.ch (dernière consultation novembre 2009).

BIBLIOGRAPHIE

- Achermann, W., Berset, C. (2006). Les politiques suisses de la santé – Potentiel pour une politique nationale. OFSP, Berne.
- Aide Suisse aux montagnards (2008). Plate-forme Médecin montagne. <http://www.medicinmontagne.ch> (dernière consultation novembre 2009).
- Bally, A. et al. (2009). Déserts sanitaires et oasis de santé. Forum Santé-Gesundheit.
- Hämmerli, A. (2009). Deutsche finanzieren unsere Spitäler mit. Tages Anzeiger, 21/09/09.
- Imhasly, P. (2008), La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008. Résumé, Observatoire suisse de la santé, Berne.
- Kocher, G., Ogier, W. (2004). Le système de santé suisse 2004-2006, un survol actuel. Berne.
- OBSAN (2009). Fact sheet : Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020. Neuchâtel.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2005), Le secteur suisse de la santé. Structure, prestataires de services, loi sur l'assurance-maladie. Berne.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2007), Statistique de l'assurance maladie obligatoire : Partie graphiques et commentaires. Berne.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2009). Site Internet de l'OFSP, www.bag.admin.ch (dernière consultation le 15 septembre 2009).
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2007). Financement du système de santé selon l'agent payeur. Berne.
- Office fédéral des Assurances sociales (OFAS) (2008). Statistiques des assurances sociales suisses. Berne.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2000) Rapport sur la santé dans le monde. Genève.
- Telser, A., Leukert, K. (2009). Finanzierung des ärztlichen Weiterbildung aus ökonomischer Sicht. Kurzstudie im Auftrag des SIWft. Olten.
- Union régionale des caisses d'assurance-maladie (URCAM) (2009). <http://www.urcam.assurance-maladie.fr> (dernière consultation octobre 2009).
- Vuilleumier, M., Pellegrini, S., Jeanrenaud, C. (2005). Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projection à l'horizon 2030. Office fédéral de la statistique (ed.). Berne.
- Zaugg, J. (2009). Mon médecin, ce héros. L'Hebdo, 12/02/09.
- (2006). Introduction du TarMed: les médecins généralistes n'en ont pas bénéficié. Ars Medici n°25/26.
- (2009). In den Spitälern fehlt es bald an guten Ärzten. Neue Zürcher Zeitung, 04/09/09.