

Les évolutions de la médecine de premier recours dans le canton de Vaud à l'horizon 2025

RAPPORT DE RECHERCHE

**Jacques Cornuz
Martial Pasquier**

Les évolutions de la médecine de premier recours dans le canton de Vaud à l'horizon 2025

RAPPORT DE RECHERCHE

Jacques Cornuz
Martial Pasquier

Jacques Cornuz
Martial Pasquier

Les évolutions de la médecine de premier recours dans le canton de Vaud à l'horizon 2025

RAPPORT DE RECHERCHE

© 2014 PMU et IDHEAP, Lausanne
ISBN 978-2-940390-66-3



Auteurs

- **Jacques Cornuz**, Dr méd., Professeur et directeur de la Polyclinique Médicale Universitaire (PMU), Lausanne
- **Martial Pasquier**, Dr rer. pol., Professeur et directeur de l'Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP), Lausanne

Avec les contributions de:

- **Nicolas Senn**, Dr méd., Privat-Docteur, Maître d'enseignement et de recherche, Polyclinique Médicale Universitaire, Lausanne
- **Sonja Ebert**, Dr méd., Médecin assistante de recherche, Polyclinique Médicale Universitaire, Lausanne
- **François Héritier**, Dr méd., Président de la Société suisse de médecine générale
- **René Knüsel**, Dr sc. pol., Professeur à la Faculté des Sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne

Les auteurs remercient les personnes suivantes pour leur participation à cette étude:

les membres du groupe de travail «Etude Delphi» (par ordre alphabétique):

- Dr Karim Boubaker, Médecin cantonal, service de la santé publique du Canton de Vaud
- Dresse Heidi Decrey, Co-présidente Médecin de famille Vaud
- Dresse Marie-Henriette Fonjalaz, Co-présidente Médecin de famille Vaud
- M. Philippe Martinet, Président du Grand Conseil du canton de Vaud 2012–2013
- M. Jean-Christophe Masson†, Chef du Service de la santé publique du Canton de Vaud
- M. Olivier Meuwly, Chef de projet Organe de prospective de l'Etat de Vaud
- M. Jean-Jacques Monachon, Directeur général de l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile
- Prof. Fred Paccaud, Directeur de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne
- Dr Jean-Pierre Pavillon, Président de la Société Vaudoise de Médecine 2012
- M. Pierre-André Repond, Secrétaire général de la Société Vaudoise de Médecine
- Dr Philippe Staeger, Maître d'enseignement et de recherche, Polyclinique Médicale Universitaire, Lausanne
- Prof. Jean-Patrick Villeneuve, Professeur assistant, IDHEAP

et les collaborateurs de l'IDHEAP:

- Mme Marie-Céline Coen, étudiante assistante
- M. Alexandre Dayer, étudiant assistant
- Mme Manon Mouron, étudiante assistante
- Mme Anja Schuler, collaboratrice scientifique
- M. Renaud Vuignier, assistant doctorant
- M. Raphaël Zumofen, assistant doctorant

Table des matières

Résumé	9
Zusammenfassung	11
1 Introduction: la médecine de premier recours: quels enjeux pour l'avenir?	13
2 Méthodologie	14
2.1 Caractéristiques de la méthode Delphi	14
2.2 Sélection des experts	14
2.3 Déroulement d'une étude Delphi	15
2.4 Questionnaires et étapes de l'étude	15
2.5 Présentation des résultats	16
3 Formes et modèles de prise en charge en médecine de premier recours	18
3.1 Importance des structures de prise en charge	18
3.2 Propriété des cabinets	20
3.3 Régulation de la médecine de premier recours	22
3.4 Conséquence de l'accroissement des contraintes en lien avec la régulation	23
3.5 Développements en cas de pénurie avancée	25
3.6 Centralisation vs. décentralisation des structures de prise en charge	27
3.7 Activité partielle chez les médecins spécialistes	29
3.8 Acteurs impliqués dans la planification des structures	30
4 Les patients et leur relation à la médecine de premier recours	33
4.1 Les professionnels de la santé	33
4.2 Libre choix vs. Gatekeeper	36
4.3 Coordination de l'accès à l'information médicale	37
4.4 Importance des acteurs dans l'information médicale générale	39
4.5 Relation médecin généraliste et patient	41
4.6 Recommandations cliniques	43
4.7 Edictions des prescriptions	44
4.8 Impact de l'évolution technologique	46
5 Médecine de premier recours et coûts	49
5.1 Evolution des coûts de la prise en charge	49
5.2 Prise en charge des coûts de la médecine de premier recours	51
5.3 Prise en charge de nouvelles prestations par la LAMal	52

6	Médecine de premier recours et professions médicales	55
6.1	Formation du personnel médical et soignant	55
6.2	Autonomisation et responsabilisation des professionnels de la santé autres que les médecins	57
6.3	Délégation des tâches de prise en charge aux infirmiers-ères	58
6.4	Implication des acteurs dans la formation des professionnels de la médecine de premier recours ..	59
6.5	Rémunération des professionnels de la santé.	61
6.6	Reconnaissance sociale des professionnels de la santé.	62
7	Médecine de premier recours et pratique clinique	64
7.1	Recommandations pour les vaccinations	64
7.2	Recommandations pour le dépistage	65
8	Médecine de premier recours et facteurs environnementaux	67
8.1	Facteurs d'incidence sur la médecine de premier recours	67
9	Régulation de la médecine de premier recours	69
9.1	Accroissement vs. réduction de la régulation	69
9.2	Types de mesures de la régulation	70
10	Evolution générale du rôle de différents acteurs spécifiques	71
10.1	Evolution du rôle des assureurs et des caisses maladies	71
10.2	Evolution du rôle des assistants sociaux	72
10.3	Thèmes non traités par le questionnaire et remarques	73
11	Analyse critique des résultats et perspectives	75
11.1	Organisation et régulation de la médecine de premier recours	75
11.2	La médecine de famille sera plus que jamais nécessaire	76
12	Conclusion	78
13	Liste des experts	79
14	Bibliographie	82

Liste des illustrations

Tableau 1:	Déroulement de l'enquête	15
Tableau 2:	Nombre de questions par questionnaire.....	16
Graphique 1:	Exemple de lecture	17
Graphique 2:	Les formes et les modèles de prise en charge.....	19
Graphique 3:	La propriété des cabinets de médecine de premier recours	21
Graphique 4:	Les acteurs de la régulation de la médecine de premier recours.....	23
Graphique 5:	Le développement des contraintes	24
Graphique 6:	Les mesures pour lutter contre la pénurie de personnel	26
Graphique 7:	Les structures de prise en charge	28
Graphique 8:	Les activités des médecins spécialistes	29
Graphique 9:	L'implication des acteurs dans la planification des structures de médecine générale.....	31
Graphique 10:	Les professionnels de la santé.....	34
Graphique 11:	Libre choix vs. gatekeeper	36
Graphique 12:	La coordination de l'accès à l'information médicale.....	37
Graphique 13:	L'information médicale destinée aux patients	39
Graphique 14:	Les relations «médecin-patient»	41
Graphique 15:	L'introduction de recommandations en matière clinique.....	43
Graphique 16:	L'édiction de prescriptions.....	45
Graphique 17:	L'impact de l'évolution technologique	46
Graphique 18:	Médecine de premier recours et coûts.....	49
Graphique 19:	Prise en charge des coûts de la médecine de premier recours.....	51
Graphique 20:	Prestations prises en charge par la LAMal	53
Graphique 21:	Les professions médicales et la médecine de premiers recours.....	55
Graphique 22:	Autonomisation et responsabilisation des professionnels de la santé	57
Graphique 23:	La répartition des tâches entre médecins et infirmier-ères.....	59
Graphique 24:	Implication des acteurs dans le domaine de la médecine de premier recours.....	60
Graphique 25:	La rémunération de professionnels de la santé	61
Graphique 26:	La reconnaissance sociale des professionnels de la santé	63
Graphique 27:	Evolutions quant aux recommandations de vaccination.....	64
Graphique 28:	Les recommandations pour le dépistage de maladies	65
Graphique 29:	Médecine de premiers recours et facteurs environnementaux	67
Graphique 30:	La régulation de la médecine de premier recours.....	69
Graphique 31:	Les mesures de la régulation.....	70

Résumé

Introduction

Dans le cadre de son 125^e anniversaire, la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne a décidé de réaliser une étude sur les tendances de développement de la médecine de premier recours (MPR) en Suisse et dans le canton de Vaud à l'horizon 2025. La PMU s'est associée à l'Institut des Hautes Etudes en Administration Publique (IDHEAP). Cette étude fait écho aux travaux de l'Organe de prospective de l'Etat de Vaud, qui vise à identifier différents scénarios pour le développement et à les anticiper dans le cadre de politiques publiques.

Méthodologie

La méthode utilisée est une enquête de type Delphi, qui permet d'identifier les évolutions possibles dans des domaines complexes. Il s'agit d'une méthode d'estimation subjective basée sur les connaissances d'experts. Les experts comprenaient des professionnels de la santé (médecins généralistes ou spécialistes, pharmaciens, infirmiers-ères, etc.), des représentants d'associations de professionnels de santé, des politiciens et des chercheurs actifs dans le domaine de la santé. Parmi les 104 personnes contactées, 83 experts ont accepté de participer. Le nombre de réponses s'est élevé à 68 (82%) et à 57 (69%) pour le 1^{er} et le 2^e questionnaire.

Principaux résultats

Les experts s'accordent pour identifier les tendances suivantes:

Le cabinet médical de demain sera composé, non seulement de plusieurs médecins (cabinet de groupe), mais pluridisciplinaire; les médecins délégueront en effet de nouvelles tâches à d'autres professionnels de la santé, en particulier les infirmiers-ères, voire les assistantes médicales. La propriété des cabinets sera souvent en mains de groupes financiers ou de collecti-

vités publiques (surtout communales), une mue favorisée par la féminisation du métier. La tendance vers une régulation cantonale de la MPR se confirmera. Ceci pourrait avoir pour conséquence un accroissement des contraintes pour les médecins, notamment dans leur relation avec les patients, voire une réduction de leur autonomie dans la prise de décision.

Cette réduction d'autonomie et le déplacement de la prise en charge du patient vers d'autres professionnels pourraient provoquer une baisse d'attractivité du métier. Les conséquences de cette délégation ouvrent la problématique de la responsabilité de la prise en charge. Les experts identifient également la tendance à voir les médecins spécialistes assumer des tâches de MPR. Certains experts attirent cependant l'attention sur le fait que la pénurie devrait concerner toutes les professions de soins, et pas seulement les médecins généralistes.

On devrait également assister à une centralisation des structures de MPR, les patients ayant tendance à consulter de grands centres médicaux, de type «*walk-in clinics*».

En parallèle, les patients devront passer par un médecin coordinateur qui se chargera ensuite de les orienter vers d'autres prises en charge, en particulier en présence de maladies chroniques.

Les experts relèvent que l'ensemble des professionnels vont plus s'impliquer dans la coordination des soins avec pour corollaire, une augmentation du partage de l'information médicale. Une augmentation de directives est anticipée, mais celles-ci seront non contraignantes et édictées par des associations professionnelles. L'évolution technologique (télémédecine) ne devrait pas influencer la relation médecin-patient. En parallèle, les patients seront actifs dans la gestion de leurs données cliniques et la décision médicale.

Les experts envisagent enfin une résistance politique à une extension des prestations prises en charge

par l'assurance obligatoire, à l'exception des dépistages et des vaccins; pour ces derniers, ils anticipent une tendance vers des mesures contraignantes limitant la liberté individuelle au profit d'un intérêt public.

Conclusion

Cette étude auprès d'une soixantaine d'experts identifie trois tendances, qui reflètent l'évolution du système médico-sanitaire suisse et vaudois de ces dernières années. Premièrement, la prise en charge des patients pourrait passer par un coordinateur qui en contrôlera l'accès; comme une majorité de la population ne semble pas disposée à accepter un tel dispositif, un

effort devra être fait pour expliquer ce que signifie la perte du libre choix et les implications d'un tel dispositif. Deuxièmement, un transfert de tâches vers d'autres professionnels se profile, même si la pénurie guette toutes les professions de santé; une attention sera donc nécessaire pour maintenir l'attractivité du métier de médecin (revenu) et en valoriser certaines facettes, notamment la coordination des soins et la diversité clinique, sans atténuer pour autant la singularité de la relation médecin-patient. Troisièmement, les patients de 2025 seront aspirés vers plus d'information médicale et une prise de décision clinique partagée, voire une certaine autonomie.

Zusammenfassung

Einleitung

Im Rahmen ihrer 125-Jahr-Feier hat die Medizinische Poliklinik der Universität Lausanne in Zusammenarbeit mit dem Hochschulinstitut für öffentliche Verwaltung (IDHEAP) beschlossen, eine Studie zu Entwicklungstendenzen der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz zu realisieren, wobei besonderes Augenmerk dem Kanton Waadt gilt.

Diese Studie, eine Projektion in das Jahr 2025, reagiert auf die Veröffentlichungen des Gremiums für Zukunftsfragen der waadtländischen Regierung, die potentielle Entwicklungen skizziert, um ihnen im Rahmen der öffentlichen Politik vorgreifen zu können.

Methode

Es wurde eine Umfrage in Form einer Delphi-Studie gewählt, die es gestattet die möglichen Entwicklungen innerhalb der komplexen Themengebiete zu identifizieren. Dieses Verfahren beinhaltet eine subjektive Bewertung der skizzierten Szenarien durch die Teilnehmer, die Experten aus dem Gesundheitswesen (Allgemeinmediziner oder andere Fachärzte, Pharmazeuten, Pflegefachkräfte...), Vertreter der Berufsverbände, Politiker und Universitätsmitarbeiter sind. Von den 104 initial kontaktierten Experten haben sich 83 zur Teilnahme bereit erklärt. Die Rücklaufquote der Antworten belief sich beim ersten Fragebogen auf 68 (82%) und in der zweiten Runde auf 57 (69%).

Hauptergebnisse

Die Experten sind sich über folgende Entwicklungstendenzen einig:

Das Modell der medizinischen Praxis wird eine Gemeinschaftspraxis sein, die interdisziplinär aufgestellt ist. Ärzte werden vermehrt Aufgaben an nicht-ärztliche Mitarbeiter, im Besonderen an Pflegefachkräfte und Praxisassistentinnen delegieren.

Medizinische Praxen werden Eigentum von Finanzkonsortien oder in öffentlicher Hand sein (vor allem Kommunen), ein Wandel, der durch die Feminisierung der Profession begünstigt wird. Es wird sich zeigen, ob der Umbruch sich auch in einer kantonalen Verwaltung der medizinischen Grundversorgung manifestiert.

Die Konsequenz dessen könnten zunehmende Einschränkungen für die Ärzte sein, vor allem in Bezug auf das Arzt-Patienten Verhältnis und im Sinne einer Verminderung der Autonomie des Arztes in der Entscheidungsfindung. Diese Autonomiereduktion und die Verlagerung der Patientenbetreuung auf andere Gesundheitsberufe könnten zur Verminderung der Attraktivität des Berufes führen.

Als Konsequenzen der Delegierung von Aufgaben wird die Frage der Verantwortung/Haftung in der Patientenbetreuung aufgeworfen.

Die Experten sehen auch die Tendenz, dass Ärzte anderer Fachbereiche Aufgaben von Grundversorgern übernehmen. Sie machen sie darauf aufmerksam, dass von der Unterversorgung an Fachpersonal nicht nur Allgemeinärzte, sondern ebenso andere Gesundheitsberufe betroffen wären.

Da Patienten sich immer mehr in Richtung grösser Gesundheitszentren («walk-in clinics») orientieren, müsste eine Zentralisierung der Grundversorgung unterstützt werden. Parallel dazu müssten die Patienten primär von einem medizinischen Koordinator evaluiert und weiterorientiert werden, insbesondere bei Vorhandensein chronischer Erkrankungen.

Die Experten zeigen auf, dass die Interdisziplinarität der Therapie- und Pflegekoordination mit einem vermehrten Austausch der medizinischen Information einhergehen wird.

Sie schätzen auch, dass eine Multiplikation der Therapierichtlinien (Guidelines), die von den Berufsverbänden erlassen werden, eine Konsequenz dieser

Entwicklung sein wird. Die Guidelines werden jedoch nicht zwangsläufig als bindend angesehen.

Die Entwicklung der Medizintechnologie (Telemedizin) dürfte keinen Einfluss auf das Arzt-Patientenverhältnis haben. Zudem werden die Patienten eine aktive Rolle in der medizinischen Entscheidungsfindung und in der Verwaltung Ihrer medizinischen Daten übernehmen.

Schlussendlich erwarten die Experten politische Resistenz in Bezug auf von der Grundversicherung abgedeckte Leistungen, mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen; bezüglich letztgenannten prognostizieren sie die Absicht verpflichtende Massnahmen einzuführen, die die Entscheidungsfreiheit des Individuums hinter die Interessen des öffentlichen Gesundheitswesens stellen.

Schlussfolgerung

In diese Expertenstudie mit über 60 Teilnehmern, zeichnen sich drei Grundtendenzen ab, die die Entwicklung des waadtländischen und Schweizer Gesundheitssystems der letzten Jahre widerspiegeln:

Als Erstes, dass die Patientenversorgung durch einen Koordinator gesteuert wird, der den Zugang zum System kontrolliert; da ein Grossteil der Bevölkerung eine solche Massnahme bisher nicht zu akzeptieren scheint, muss man bestrebt sein der Bevölkerung freie Arztwahl und die damit verbundenen Kosten ausreichend zu erklären und die Auswirkungen dieses Versorgungskonzeptes aufzuzeigen.

Zweitens zeichnet sich die Delegation ärztlicher Aufgaben an andere Berufssparten ab, trotzdem, dass der Fachkräftemangel global alle Gesundheitsberufe betreffen wird; besondere Aufmerksamkeit gilt daher der Attraktivität des Arztberufes (z.B. Einkommen) und somit einige Facetten des Berufes aufzuwerten: Vielfältigkeit der Krankheitsbilder und Koordinierung der Therapienpflege, jedoch ohne den Aspekt der Einzigartigkeit des Arzt-Patientenverhältnisses.

Drittens streben die Patienten 2025 nach mehr medizinischem Wissen, wünschen eine partizipativen Entscheidungsfindung im Sinne einer gewissen Autonomie.

1 Introduction: la médecine de premier recours: quels enjeux pour l'avenir?

Pénurie de médecins de premier recours, féminisation de la médecine, rôle accru des autres professionnels de santé, télémédecine, afflux de médecins étrangers, augmentation des maladies chroniques, partenariat avec le patient, académisation des médecines complémentaires, etc.: Des changements structurels de la médecine de premier recours sont annoncés!

En réponse à ceux-ci, les initiatives sont nombreuses: augmentation du nombre d'étudiants en médecine et de diplômés, revalorisation universitaire (académisation) et financière (tarif médical) de la médecine de famille, incitatifs pour l'installation en cabinet de groupe, partage voire transfert de compétences, dossier médical électronique, moratoire sur l'installation, clause du besoin, nouveaux enseignements académiques et la liste n'est pas exhaustive.

Face à ces changements et ces initiatives, quels sont les scénarios à privilégier, à anticiper?

Dans le cadre de son 125^e anniversaire, la Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne a décidé de réaliser une étude sur les tendances et les scénarios de développement de la médecine de premier recours en Suisse, et plus spécifiquement dans le canton de Vaud. A cet effet, la PMU s'est associée à l'Institut des Hautes Etudes en Administration Publique (IDHEAP) pour bénéficier de son expérience méthodologique dans l'utilisation de l'enquête de type Delphi permettant d'interroger des experts sur des thèmes et des scénarios en lien avec la médecine de premier recours. On précisera que, dans cette étude, le terme «médecine de premier recours» comprend la médecine de famille, la médecine générale et la médecine interne générale.

L'objectif était d'identifier, dans une logique prospective, les tendances générales de la médecine ambulatoire en esquisant des scénarios, potentiellement contradictoires: il s'agissait en particulier de mettre en lumière des éléments parfois difficilement identi-

fiables au travers d'enquêtes classiques. Un panel d'experts, regroupant médecins, soignants et décideurs dans le système de santé ambulatoire du Canton de Vaud et de Suisse, a été interrogé sur les développements à attendre.

L'année 2025 a été choisie pour représenter l'horizon temporel du pronostic. Trois chiffres, certes hypothétiques, mais qui pourraient illustrer la situation du canton de Vaud à cette date si rien n'est entrepris dans le domaine de la médecine de premier recours d'ici là: 75'000 à 100'000 habitants de plus, 40% des médecins à la retraite et... 500'000 consultations non délivrées, soit l'équivalent de 25% des besoins selon une extrapolation des données du SCRIS et de l'Observatoire suisse de la santé (année de comparaison 2009).

Cette thématique s'inscrit dans les missions de la PMU (www.lausanne-pmu.ch), en particulier la formation des médecins généralistes et les liens avec la médecine libérale, ainsi que dans la volonté de la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne de dynamiser l'enseignement et la recherche en médecine de premier recours.

Cette étude fait aussi écho aux travaux de l'Organe de prospective de l'Etat de Vaud, qui vise à identifier différents scénarios pour le développement du canton de Vaud et à les anticiper dans le cadre de politiques publiques.

Les résultats préliminaires de cette étude ont été présentés à fin 2012 lors d'un colloque cantonal organisé à l'occasion des festivités liées aux 125 ans de la PMU. Ce rapport est la synthèse de cette recherche. Il comprend tous les résultats des questions posées aux experts ainsi que les propos significatifs qu'ils ont tenus en lien avec les thèmes abordés.

2 Méthodologie

2.1 Caractéristiques de la méthode Delphi

La méthode Delphi, développée par Olaf Helmer et Norman Dalkey entre 1948 et 1952, vise à développer des prédictions de résultats ou de tendances dans des domaines complexes. Elle est utilisée principalement lorsqu'aucun modèle de pronostic théorique et déterministe n'existe. La méthode Delphi peut être définie comme suit: c'est une enquête structurée et successive d'un cercle d'experts ayant pour but de rassembler leur point de vue sur des événements futurs et/ou des événements qui sont causés par des relations complexes.

Cette méthode est utilisée par exemple pour établir les prévisions d'une branche à long terme, les pronostics spéciaux de perspectives d'évolutions dans des domaines dynamiques ou encore des pronostics sur l'adoption d'une nouvelle technologie.

D'un point de vue méthodologique, il s'agit d'une méthode d'estimation subjective qui, grâce aux connaissances des experts, permet d'estimer des tendances de manière systématique et itérative. Elle se différencie des autres formes d'études empiriques traditionnelles de plusieurs manières. Tout d'abord, la méthode Delphi est à la fois une enquête qualitative et quantitative dans la mesure où les personnes interrogées doivent quantifier un résultat ou une tendance attendue et expliquer de manière qualitative les motivations liées à cette attente.

Ensuite, il ne s'agit pas d'interroger un groupe représentatif d'une population, mais de spécialistes du domaine d'étude en question. La limitation à des experts est importante car il s'agit de prévisions dans un domaine précis; seule une analyse spécifique de leurs expériences et de leurs intuitions (connaissances, convictions, spéculations) peut donner un résultat pertinent. Il est également essentiel qu'il s'agisse d'un groupe d'experts liés à une thématique

mais venant d'horizons différents. La qualité et le nombre d'experts influencent également la fiabilité du pronostic. Le choix des experts constitue une étape importante dans la mise en place d'une étude Delphi.

Une autre caractéristique de la méthode Delphi, qui est également une condition essentielle à sa réussite, consiste à interroger des personnes de manière individuelle, anonyme et successive. En effet, devant répondre plusieurs fois à la même question en ayant les opinions d'autrui, les experts ont la possibilité de réfléchir à nouveau et de prendre en compte ultérieurement une information qui avait été oubliée ou qui avait été considérée comme insignifiante.

2.2 Sélection des experts

Afin de sélectionner les experts participant à l'étude sur la médecine de premier recours, il faut tout d'abord préciser les caractéristiques définissant un expert. En règle générale, un expert doit remplir au minimum l'une des qualifications suivantes: être reconnu par ses pairs comme tel (personne de référence), s'exprimer régulièrement dans des articles ou dans le cadre de conférences sur les thèmes de l'étude, représenter des groupes ou des organisations ou occuper des fonctions à responsabilités. Dans la mesure du possible, il est recommandé de présélectionner un nombre élevé d'experts d'une part pour améliorer la qualité et la diversité des résultats et d'autre part pour tenir compte des refus et désistements en cours d'enquête.

Concernant la présente étude, les experts participant à l'enquête sont des praticiens (médecin généraliste, spécialiste, infirmiers, pharmacien, etc.), des représentants d'associations ou de groupements d'intérêts, des politiciens et des personnes actives dans les universités. 104 personnes ont été identifiées et

contactées par écrit pour participer à l'étude. 83 experts ont répondu favorablement à cette invitation et ont reçu par la suite les deux questionnaires. Ils ont aussi pu consulter divers documents sur la médecine de premier recours en Suisse et dans le canton de Vaud (rapports scientifiques, articles médicaux, etc.) mis à disposition par les responsables de l'enquête.

Pour le premier questionnaire, le nombre de réponses s'élève à 68 (82%) et pour le deuxième à 57 (69%).

La liste des experts se trouve à la fin de ce rapport. L'institution ou l'organisation dans laquelle les experts travaillaient au moment de leur participation à l'enquête est également mentionnée.

2.3 Déroulement d'une étude Delphi

Le déroulement d'une étude Delphi peut être décrit de la façon suivante: l'étude débute par l'élaboration d'un questionnaire sur une thématique précise, qui est en principe structuré en questions fermées avec la possibilité de justifier son choix pour chaque réponse (aspect qualitatif). Les questions doivent donc être conçues de sorte que les réponses puissent être converties en une prévision chiffrée. Certaines questions peuvent cependant également être ouvertes ou pouvoir être analysées sur une graduation nominale. Tous les experts doivent répondre au questionnaire une première fois de manière individuelle et sans avoir connaissance de la liste des autres personnes interrogées. A la fin du questionnaire, ils ont la possibilité de donner leur avis sur les questions: manquait-il des thèmes qui d'après eux auraient dû être traités? Est-ce que certains sont à considérer comme pas ou peu importants pour la thématique générale? Ensuite, une première évaluation des données ainsi que l'élaboration du questionnaire pour le deuxième tour ont lieu. Pour répondre aux questions de la deuxième ronde, les experts ont les résultats du tour précédent à disposition. Ainsi, ils peuvent voir où ils se situent par rapport au spectre total des réponses, et également être informés des réflexions de leurs collègues. Les réponses du deuxième tour sont ensuite évaluées. Une étude Delphi est normalement constituée de deux à quatre tours. Le rapport final est basé sur toutes les rondes effectuées.

2.4 Questionnaires et étapes de l'étude

Le tableau 1 donne un aperçu du déroulement à la fois temporel et matériel de l'enquête. De plus, ce schéma sert de cadre à la description des étapes de l'étude.

Tableau 1 : Déroulement de l'enquête

Etapes	Tâches de la direction de l'étude	Experts
1	Recrutement des experts au début juillet 2012	Réponse sur leur participation (12.07.12)
2	Envoi du 1 ^{er} questionnaire (16.07.12)	Réponse au 1 ^{er} questionnaire jusqu'au 15.08.12
3	Envoi du 2 ^{ème} questionnaire avec le rapport intermédiaire (31.08.12)	Réponse au 2 ^{ème} questionnaire jusqu'au 30.09.12
4	Présentation des résultats (22.11.12) et rapport final (2014)	

Il est possible de différencier quatre étapes de travail. Dans la première étape, les questions de l'étude, qui constituent la base du questionnaire du premier tour, ont été développées. Parallèlement à cela, les experts du domaine de recherche ont été contactés afin de demander leur agrément pour participer à l'enquête. Cette phase de recrutement a eu lieu début juillet 2012. Durant la deuxième phase, les experts ayant accepté de participer ont reçu le premier questionnaire. Ils avaient jusqu'au 15 août pour y répondre. Au terme de cette étape, les données de la première vague ont été saisies et évaluées et le questionnaire du deuxième tour élaboré. Les experts ont reçu le questionnaire retravaillé ainsi que les résultats du premier tour (synthèses quantitatives et qualitatives de tous les experts interrogés). L'évaluation des résultats du deuxième tour a eu lieu dès la fin septembre 2012. La dernière phase comprenait une évaluation des deux tours, une présentation des résultats préliminaires lors d'un colloque cantonal le 22 novembre 2012 et le présent rapport final.

Dans le cadre de cette étude sur la médecine ambulatoire, les thèmes importants ont été identifiés

par un groupe de travail (cf composition en page 4). Le questionnaire a été ensuite construit par thématique et chaque question comprenait en règle générale une estimation quantitative de l'évolution attendue et une justification de cette prévision. Les questions ont été formulées pour la plupart de façon à ce que les réponses puissent être converties en valeur numérique. Quelques questions sont restées ouvertes et été analysées nominale. A la fin du questionnaire, les experts ont également eu la possibilité de donner leur avis sur certains thèmes, qui sont d'après eux sans importance ou qui devraient être analysés différemment.

Suite aux commentaires des experts lors du premier tour, plusieurs questions ont été modifiées pour le deuxième questionnaire. Dans l'ensemble, il s'agissait principalement d'ajouter une catégorie à une question, de modifier une dimension ou de reformuler une question. Ceci a permis d'améliorer la compréhension ou la clarté de l'énoncé afin d'obtenir une réponse pertinente. Cinq nouvelles questions, découlant des remarques des experts, ont également été élaborées et incorporées au deuxième questionnaire. Certaines questions n'ont pas été posées lors du deuxième tour, car les résultats de la première ronde donnaient déjà une tendance nette.

Les résultats du premier tour ont tous été synthétisés dans un rapport avec pour chaque question le résultat quantitatif (médiane et quartiles) ainsi que les justifications et explications des experts. Ce rapport était séparé du questionnaire lors de la deuxième ronde afin de faciliter pour les experts la consultation des résultats.

Le tableau 2 donne un aperçu des questions posées par ronde.

Dans cette étude, par médecin généraliste, on entend le médecin qui assure les soins de l'ensemble de la population adulte; c'est l'équivalent des termes: médecin de famille, médecin interniste (sans spécialisation), médecin de premier recours, médecin praticien, c'est-à-dire le médecin actif en médecine de base.

Par soins alternatifs, on entend des soins qui ne sont ni des actes médicaux conventionnels de la médecine occidentale, ni des médecines complémentaires reconnues par la LAMal (homéopathie, acupuncture, ...); on pense notamment à l'ayurveda, la réflexologie, etc.

Tableau 2 : Nombre de questions par questionnaire

Rondes	Modifications	Nombre questions
1 ^{er} questionnaire		27
2 ^{ème} questionnaire	Questions ajoutées : 5 Questions éliminées : 14	18
Total		32

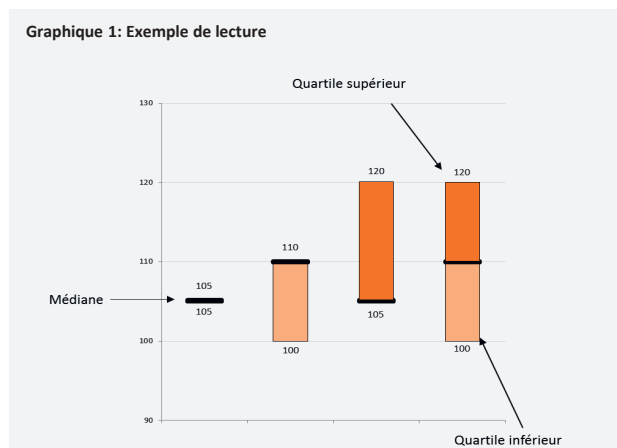
2.5 Présentation des résultats

Les questions d'une étude Delphi sont généralement formulées quantitativement et de façon à ce que les réponses possibles soient mesurables de manière ordinaire, ceci dans le but que les réponses de tous les participants puissent être regroupées dans une seule réponse de groupe élaborée statistiquement.

La description des résultats quantitatifs d'une étude Delphi se fait grâce à différentes valeurs:

- La *médiane M* est une valeur qui permet de couper l'ensemble des valeurs en deux parties égales. Dans la méthode Delphi, on peut dire que la réponse de groupe est la médiane des réponses, en d'autres termes la «réponse du milieu».
- Le quartile est chacune des trois valeurs (Q1, Q2, Q3) qui divisent l'ensemble des données en quatre parties égales, de sorte que chaque partie correspond à 25% de l'échantillon total. Le premier quartile (Q1 ou quartile inférieur) sépare les 25% inférieurs des données, le troisième quartile (Q3 ou quartile supérieur) les 75% supérieurs, et le quartile du milieu (Q2) est la médiane du groupe. Par conséquent, 50% de toutes les réponses se trouvent entre le quartile inférieur et le quartile supérieur. Plus ces deux extrémités sont rapprochées, plus les opinions des experts sont semblables, et plus la différence entre les extrémités est grande et plus les opinions des experts sont controversées.

Le graphique 1 illustre ces valeurs. La médiane, qui se situe pour la quatrième colonne à 110 indique que la moitié des personnes interrogées sont d'avis que l'évolution considérée (question posée) est inférieure ou égale à 110 alors que l'autre moitié pense que cette même évolution va être de 110 ou plus. On observe ensuite une concentration des opinions au niveau des quartiles puisque 25% des experts ont chiffré cette



évolution entre 100 et 110 (quartile inférieur ou Q1) et une autre moitié entre 110 et 120 (quartile supérieur ou Q3).

Afin de simplifier la lecture des graphiques, les valeurs correspondant au minimum et au maximum ont été supprimées. De même, pour les questions avec une échelle ordinale, seule la moyenne arithmétique est indiquée dans le graphique.

Certains chapitres comportent une partie introductive («contexte») présentant quelques données factuelles du thème abordé dans ceux-ci.

Les résultats quantitatifs sont accompagnés de commentaires mentionnés par les experts pour expliquer ou justifier leurs pronostics. Pour des raisons de lisibilité et parce que de nombreux commentaires se rejoignent, seul un nombre limité d'entre eux ont été retenus. Les auteurs se sont permis parfois de modifier de manière très marginale les propos des experts en enlevant des termes comme par exemple «je pense que», de traduire des propos d'anglais/allemand en français ou encore d'extraire des parties d'une phrase si celles-ci contenaient plusieurs éléments très différents les uns des autres.

3 Les formes et les modèles de prise en charge

Ce chapitre aborde l'évolution possible des structures de prise en charge en médecine et soins de premier recours. Les domaines suivants ont été questionnés: qui seront les propriétaires des cabinets des médecins généralistes de demain? Le patient citoyen est-il prêt à accepter les contraintes d'un système sanitaire en contrepartie d'une diminution de ses dépenses pour la santé? Quels seront les professionnels de santé les plus impliqués en médecine et soins de premier recours pour faire face à la pénurie de médecins généralistes? Va-t-on vers une centralisation des structures de soins? Quels seront les facteurs impliqués dans la planification et la régulation de ce secteur de la santé?

3.1 Importance des structures de prise en charge

Cette section traite des structures de prise en charge pour la médecine de premier recours. Si le cabinet individuel a longtemps été la forme la plus répandue, de nouveaux modèles se développent.

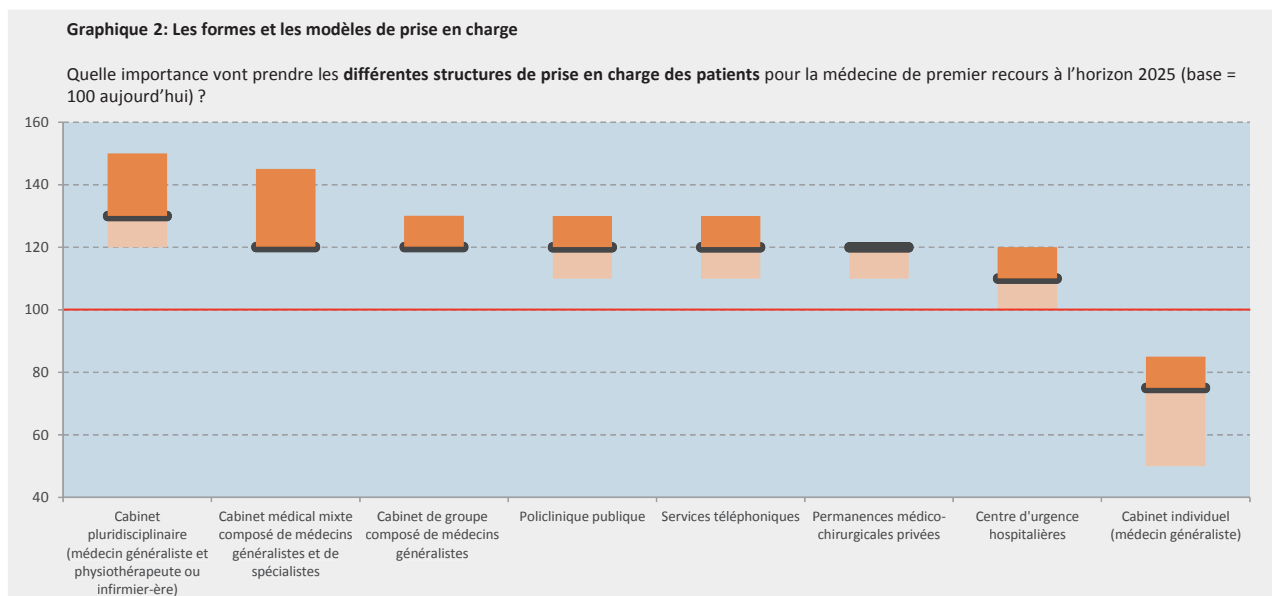
En 2012, environ 600 médecins pratiquaient la médecine de premier recours selon Médecins de famille-Vaud. Au niveau suisse, 16'910 médecins travaillaient dans le secteur ambulatoire selon la statistique FMH [1]; 5868 possédaient un titre FMH de médecine interne générale et 743 se déclaraient médecin praticien; 40% des médecins exerçaient en cabinet de groupe, avec une augmentation continue de ce type d'organisation ces dernières années [2]. Les cabinets de groupe devraient occuper une place de plus en plus importante dans le paysage médico-sanitaire suisse, 80% des futurs médecins (étudiants) déclarant vouloir travailler dans des cabinets de groupe [2,3].

La lecture de certains graphiques d'une étude Delphi n'est pas toujours aisée. Voici comment lire une telle illustration à l'exemple du graphique 2.

Concernant la réponse «Cabinet pluridisciplinaire», 50% des experts ont indiqué une évolution allant jusqu'à 130 (barre noire dans le graphique) et 50% des experts pensent que cette évolution sera de 130 ou plus. **La barre noire (130 pour le graphique 2) représente donc la valeur qui sépare les experts en deux groupes de taille identique: la moitié des experts ont un avis égal ou inférieur à 130 et l'autre moitié a un avis égal ou supérieur à 130; cette valeur est appelée la médiane des réponses.** On représente ensuite les opinions des experts en 4 groupes (chaque groupe comprenant 25% des réponses). Ainsi, un premier groupe (non visible dans le graphique) de 25% des experts pensent que l'évolution de cette catégorie sera inférieure à 120; ensuite 25% pensent que cette évolution sera comprise entre 120 et 130 (rectangle en beige), puis 25% entre 130 et 150 (rectangle brun) et finalement un dernier groupe de 25% d'experts s'expriment pour une évolution supérieure à 150 (non visible dans le graphique).

Ainsi, le graphique ne montre – à dessein – les opinions que de la moitié des experts (25%+25%), ceux dont les opinions sont convergentes, donc consensuelles. Pour simplifier la lecture, les résultats des experts ayant les opinions les plus divergentes (par exemple un expert indiquant une évolution à 500) ne sont pas montrés.

Dans le cas du «Cabinet médical mixte», seule la médiane et un quartile sont visibles (pas de quartile en beige). Il faut comprendre ce résultat comme suit: la partie en beige est en fait regroupée dans la



médiane (barre noire) car 25% des experts ont indiqué 120. Ainsi, pour cette catégorie, 50% des experts prévoient une évolution comprise entre 120 et 145 (barre noire + rectangle brun). Il en va de même avec le «Cabinet de groupe» où 50% des experts sont de l'avis que l'évolution sera comprise entre 120 et 130. On a aussi une situation similaire avec les «Permanences médico-chirurgicale privées» où le quartile en brun n'apparaît pas. Dans ce cas, 25% des experts ont indiqué que l'évolution sera de 120 et 50% ont pensé à une évolution comprise entre 110 et 120.

Pour résumer: ces graphiques ne donnent que les résultats des réponses à caractère convergent, consensuel. Les avis plus tranchés ont été conservés pour l'essentiel dans les propos retenus pour qualifier les évolutions prévues. Il faut donc lire les graphiques de deux manières:

- De manière comparative: regarder l'évolution d'une catégorie par rapport à une autre
- De manière absolue: plus les rectangles sont petits (à l'extrême: une seule barre noire!), plus les opinions d'une majorité d'experts (50%) sont convergentes. Plus les rectangles sont grands, plus les opinions des experts divergent (absence de consensus et donc plus grande difficulté à prévoir l'évolution pour la catégorie concernée).

Le graphique 2 montre plusieurs tendances. Tout d'abord, avec une médiane à 130 et un quartile supérieur à 150, le cabinet pluridisciplinaire est le modèle amené à avoir les développements les plus importants à l'avenir. Il est suivi par les cabinets médicaux mixtes et les cabinets de groupe (médiane et quartile inférieur à 120). Les policliniques publiques, les services téléphoniques et les permanences privées sont aussi des formes qui vont se développer (médiane à 120 mais avec des quartiles inférieurs à 110). Par contre, les experts sont unanimes à considérer que le modèle traditionnel du cabinet individuel va perdre considérablement d'attrait (médiane à 75 avec un quartile inférieur à 50, ce qui démontre la perte d'importance attendue de ce modèle).

Plusieurs raisons expliquent ce désintérêt pour les cabinets individuels: des raisons financières, la féminisation de la profession et l'arrivée d'une nouvelle génération de médecins qui ont de nouveaux besoins:

- *Le cabinet individuel a peu d'avenir, essentiellement en raison de l'adaptation du mode de travail des plus jeunes médecins.*
- *La tendance au cabinet de groupe est en augmentation. La profession se féminise donc aussi plus d'emplois non plein temps.*
- *De nouvelles formes de travail seront testées mais le cabinet individuel semble arriver à ses limites. La mutualisation des locaux et le travail interdisciplinaire semblent les pistes du futur.*

- *Le cabinet individuel va disparaître; la composition des cabinets du futur dépendra davantage individuellement de la localisation et des conditions économiques (structures de financement, reconnaissance du travail paramédical) que d'une tendance générale.*

Les experts interrogés mettent en avant l'évolution des différentes structures de prise en charge vers les cabinets de groupes ou les centres de santé communautaire, tout en soulignant l'augmentation de la pluridisciplinarité. L'un des experts note cependant la difficulté de mettre en place de telles infrastructures. Alors que d'autres évoquent les effets de la pluridisciplinarité, élément essentiel de la médecine à l'horizon 2025:

- *L'offre de soins va se concentrer dans des structures pluridisciplinaires et pluri-professionnelles, le choix des patients dépendra des modes de remboursement et de la concurrence sur la qualité des soins ainsi que de la gouvernance d'ensemble du système de santé.*
- *Clair développement de structures de groupe autogérées par des professionnels de la santé et aussi propriété de grands groupes (assureurs). Les programmes de gestion de maladies chroniques vont faire augmenter le nombre de cabinets pluridisciplinaires.*
- *Les experts montrent trop d'optimisme quant à la mise sur pieds de cabinets pluridisciplinaires. Seuls quelques dispositifs pilotes et urbains auront peut-être le temps de voir le jour d'ici 2025. Le cabinet de groupe de «première génération» devrait grouper des médecins, avant tout de premier recours, hors des grands centres urbains et employant éventuellement des médecins en formation.*
- *Mise en commun des ressources pluridisciplinaires, qui va aussi dans le sens de valoriser la qualité de vie au travail des médecins.*
- *L'interdisciplinarité deviendra un aspect essentiel de la pratique médicale. On assistera à la fin de la pratique de la médecine en solo.*

D'autres structures de soins, telles que les polycliniques publiques et privées pourraient aussi être développées:

- *Les polycliniques pourraient fournir une structure favorable à cette pratique interdisciplinaire*
- *Les centres d'urgences verront la demande de prise en charge augmenter dans un premier temps, les*

forçant à créer des structures adaptées, d'où l'apparition de polycliniques privées.

- *La précarité et la garantie accrue aux soins feront que le secteur public (centres d'urgences des hôpitaux – polycliniques) continueront à assumer un rôle important dans les soins à la population.*

Certains experts nuancent ces tendances en précisant qu'elles peuvent être différentes suivant que l'on se trouve en milieu rural ou en milieu urbain:

- *Permanence médico-chirurgicale privée = plutôt en ville. Cabinet médical mixte composé de médecins généralistes et de spécialistes, polyclinique publique et centres d'urgences hospitalières privées = plutôt en région péri-urbaine (entre la périphérie et le centre); cabinet de groupe composé de médecins généralistes et cabinet pluridisciplinaire en région périphérique.*
- *Les polycliniques publiques, les hôpitaux ont déjà tendance à augmenter l'offre de prise en charge ambulatoire, cela va s'accroître (Flon, Hôpital de Morges); elles offrent un service en région urbaine car plus attractif sur le plan financier. A la campagne, les cabinets de groupes possiblement associés au CMS se développeront.*

3.2 Propriété des cabinets

Selon la base de données non publiées de l'étude PHA-MEU, plus de 90% des médecins de premier recours travaillent aujourd'hui comme indépendants, les 10% restant étant affiliés à des institutions médico-sanitaires, le plus souvent publiques [4-5].

Le graphique 3 montre les avis des experts quant à l'évolution de la propriété des cabinets médicaux.

Avec une médiane à 120 et surtout un quartile supérieur à 145, nombre d'experts sont de l'avis que la propriété des cabinets de médecine de premier recours sera plus fréquemment en mains de groupes financiers et des collectivités publiques communales (quartile supérieur à 130). La possibilité d'une propriété par les assureurs maladie ou le service public cantonal est moins envisagée dans les réponses des experts. Par contre, avec un quartile inférieur à 80, une certaine tendance quant à une réduction de la propriété des cabinets par les médecins eux-mêmes se dessine.

Graphique 3: La propriété des cabinets de médecine de premier recours

Comment va se développer la **propriété des cabinets** de médecine de premier recours à l'horizon 2025 ? Indiquez le développement des différents types de propriétaire sur la base d'un indice 100 aujourd'hui.



L'importance respective des collectivités locales pour le milieu rural et les investisseurs privés pour la ville est soulignée par de nombreux experts:

- Une implication plus grande des collectivités locales pour mettre des infrastructures à disposition des médecins (cabinet de groupes, centres disciplinaires de soins), à des conditions attractives (notamment en périphérie), se dessine déjà, ce qui aurait été inconcevable il y a quelques années.
- Les communes vont devoir s'engager financièrement si elles veulent des cabinets de médecine de premier recours.
- Dans les localités périphériques, les autorités se feront incitatives; dans le centre et pour les spécialistes les groupes financiers prendront de l'importance (au vu de coût de l'installation d'un spécialiste).
- Les collectivités se mobiliseront pour faciliter les installations dans les régions mal desservies. Les privés assureront le développement des villes.

Concernant le fait que les médecins seront moins fréquemment propriétaires de leur cabinet, la principale raison avancée tient dans le manque d'intérêt des médecins pour la propriété (augmentation des charges, etc.):

- Ceux-ci (autres investisseurs) auront d'autant plus de succès que les médecins eux-mêmes rechigneront à devenir de gros investisseurs, notamment parce qu'employés de plus en plus à temps partiel, ils rechigneront à porter le risque de l'investissement.
- Si la féminisation de la fonction «généraliste» se poursuit (en particulier «mi-temps» des cabinets de groupe), le «besoin de propriété» par le/la généraliste ira décroissant.
- Diminution prévisible de la part de propriété des acteurs eux-mêmes, vu l'augmentation des charges, et possibilité que la propriété soit davantage un fait collectif.

Cette évolution va impliquer une participation croissante d'acteurs privés au niveau de la propriété des cabinets et une salariation des médecins:

- *La féminisation de la médecine et l'attrait pour le travail à temps partiel favoriseront l'avènement de médecins salariés ou ayant un pouvoir dirigeant limité dans des structures de groupe. Ni l'Etat, ni les assureurs n'en seront les propriétaires au profit de groupes financiers, d'investisseurs privés*
- *Tout dépendra de la valorisation des acteurs et de la tendance à l'esprit fonctionnaire des praticiens au sortir du «cocon» hospitalier et des études prolongées. Les praticiens étrangers pourraient bien chercher à assurer plus de risques que les nationaux?*

La propriété privée des cabinets a amené les personnes interrogées à s'exprimer de différentes manières:

- *Aujourd'hui, la privatisation du système de soin est l'option la plus vraisemblable, avec une concentration dans les mains des assureurs.*
- *Développement prévisible de l'aspect «marché» sanitaire économique-politique.*
- *La vision exprimée est que les médecins se réuniront de manière indépendante des assureurs ou des collectivités publiques. Mais les groupes financiers seront également fortement présents.*
- *L'interdiction faite aux caisses de posséder des réseaux sera maintenue, laissant le champ libre à d'autres investisseurs.*

Les pronostics restent cependant très largement influencés par les évolutions législatives à venir:

- *Dépend aussi de l'ordre juridique cantonal et fédéral.*
- *Actuellement tous les acteurs ont le potentiel de développer des cabinets médicaux, cela dépendra de l'évolution législative (caisses maladie versus caisse publique)*

3.3 Régulation de la médecine de premier recours

La régulation (économique et juridique) correspond à l'ensemble des interventions des acteurs publics (législatifs, exécutifs, administrations) et privés qui ont pour objectif d'organiser et de contrôler un

domaine ou un secteur économique dans un contexte en principe concurrentiel.

Une première question a trait à l'importance que vont prendre les différents acteurs concernés en matière de régulation sur la médecine de premier recours (voir graphique 4). Les résultats sont assez difficiles à interpréter dans la mesure où les quartiles sont importants pour certains acteurs.

Avec une médiane à 120, les experts penchent pour une régulation venant des régulateurs publics, qu'ils soient au niveau cantonal (quartile supérieur un peu plus élevé) ou au niveau fédéral (médiane = quartile supérieur). Les avis sont beaucoup plus partagés pour les assureurs maladie et les acteurs privés de la santé avec une même médiane à 110 mais des quartiles très importants (faible homogénéité des opinions). Finalement, les associations professionnelles ainsi que la Fédération des médecins suisses ne devraient pas jouer un rôle important en matière de régulation (médiane à 100).

Les experts mettent clairement en évidence que les régulateurs cantonaux et fédéraux vont voir leur importance s'accroître ces prochaines années:

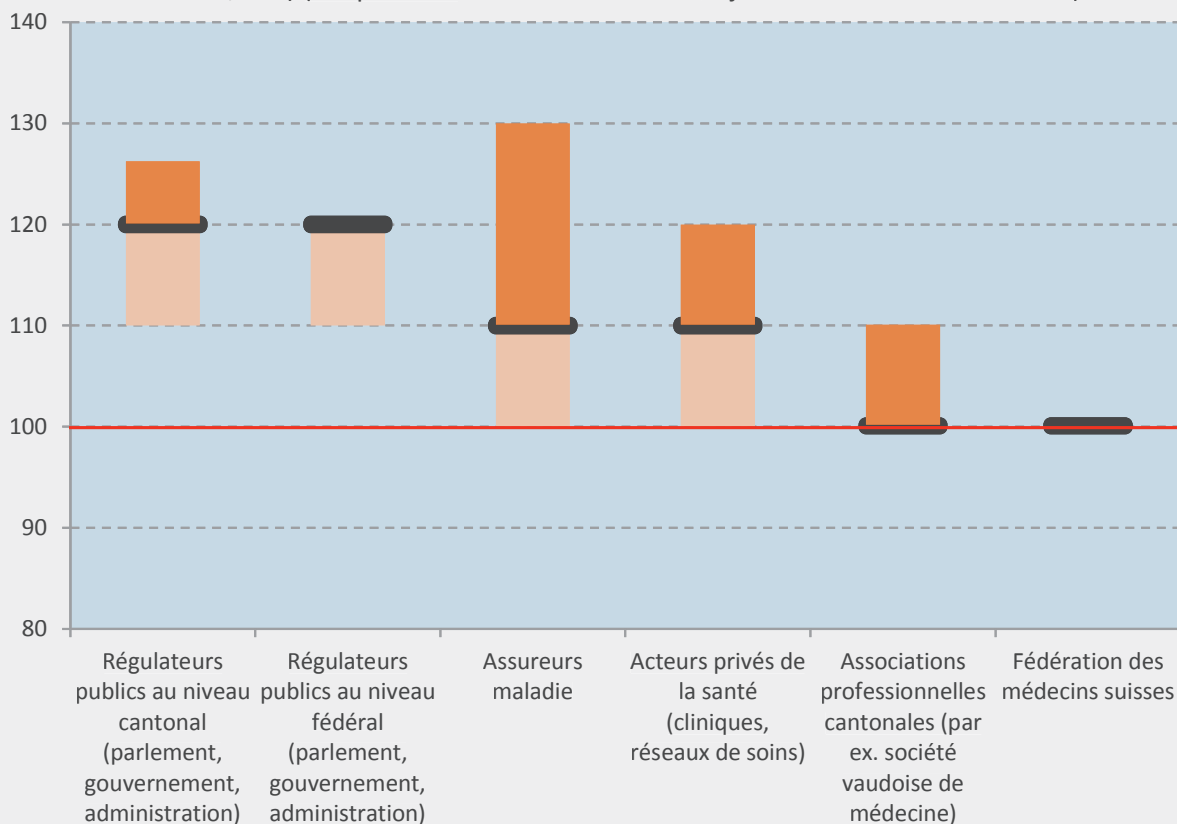
- *Les responsables cantonaux de la santé vont peser au maximum sur le cadre juridique futur tout comme les principaux intervenants dans les cantons*
- *C'est la Confédération qui risque fort de voir son importance grandir dans la régulation du système.*
- *La responsabilité de mettre sur pied un système de soins répondant aux besoins de la population est l'affaire des cantons.*

Les opinions sont par contre beaucoup plus divergentes quant au rôle des assureurs maladie en matière de régulation. Ils sont partagés entre une influence grandissante et un rôle limité de ceux-ci:

- *Les assurances maladie feront pression pour plus de régulation et que les pouvoirs publics s'en donneront les moyens, probablement plutôt à l'échelon cantonal.*
- *En ce qui concerne les assurances maladie, influence croissante prévisible.*
- *Action indirecte des assurances sur les décisions politiques en matière de régulation.*
- *Le pouvoir réel des caisses maladies est faible sauf là où elles sont propriétaires des cabinets avec des MPR employés.*

Graphique 4: Les acteurs de la régulation de la médecine de premier recours

Quelle va être l'évolution de l'implication des principaux acteurs du système de la santé sur **la régulation générale de la médecine de premier recours** (cadre juridique, prescriptions de nature diverse, etc.) (l'implication actuelle est définie aujourd'hui sur une base = 100)?



- *Même en cas de gouvernance par les assureurs, le système de soin sera probablement sous surveillance législative.*
- *Le rôle des assurances dépendra des décideurs politiques.*

Les associations professionnelles devraient voir leur rôle s'accroître aussi de manière indirecte (consultation) mais les divergences internes liées notamment au nombre de membres vont limiter ce développement:

- *Les sociétés professionnelles auront un rôle régulateur de faible amplitude car elles doivent être consensuelles, avec tous leurs membres.*
- *Dans le secteur des autres professions de la santé, le rôle de régulation des associations professionnelles devrait également clairement augmenter*

- *L'importance des associations cantonales (et fédérales peut-être) est un peu sous-estimée car elles ont une très forte voix consultative. La régulation devrait logiquement conduire à l'apparition de réseaux de médecins qui, dans un second temps, auront leur mot à dire quant à la régulation, mais je doute qu'ils soient déjà prêts à jouer ce rôle en 2025 (en tout cas en Suisse romande).*

3.4 Conséquence de l'accroissement des contraintes en lien avec la régulation

Le développement de la régulation peut avoir comme corollaire des contraintes additionnelles pour les acteurs du système.

Le graphique 5 indique les possibles conséquences pour les médecins de l'accroissement des contraintes potentielles dans leur relation avec les patients (introduction du gatekeeping par exemple). Les conséquences les plus importantes sont à trouver dans la réduction de l'autonomie des médecins dans leur prise de décision, le déplacement de la prise en charge du patient du médecin vers l'infirmier-ère et une baisse d'attractivité du métier[6-7]. Pour les experts, les autres dimensions retenues dans cette étude comme le revenu ou le volume d'activités en comparaison d'autres acteurs ne devraient pas souffrir du développement des contraintes dans la relation médecin-patient.

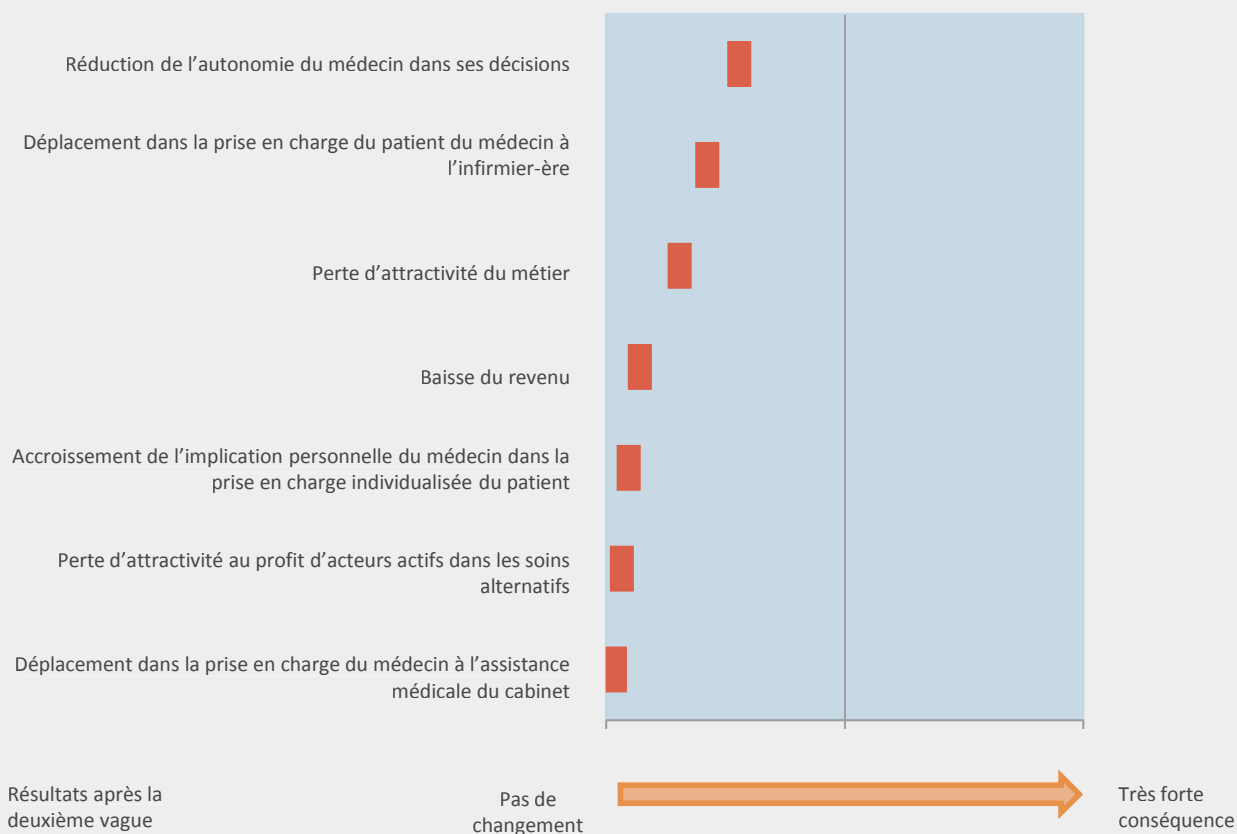
Indépendamment des effets potentiels, de nombreux experts ont mentionné d'une part qu'il conve-

nait de distinguer entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste et d'autre part que l'implication du médecin dans sa relation avec le patient est d'abord une affaire personnelle:

- *Cela dépend de quels médecins on parle. On voit déjà à l'heure actuelle une dichotomie entre les médecins généralistes et spécialistes. Il y a ainsi de mon point de vue deux populations de médecins. Les généralistes quant à eux craignent moins l'accroissement des contraintes qui devraient encore développer leur activité. De même, ils peuvent parfaitement envisager un partage de responsabilité avec les autres professionnels.*
- *Je vois peu d'influence sur les relations «médecin-patient».*

Graphique 5: Le développement des contraintes

Quelles pourraient être les **conséquences pour les médecins en cas d'accroissement des contraintes** dans les relations «médecin généraliste – patient» (comme par exemple l'introduction d'un «gatekeeper»)?



- *L'implication personnelle du médecin est une affaire qui ne regarde que lui et qui est indépendante des pressions externes, c'est une affaire éthique.*

Les experts sont majoritairement de l'avis que l'accroissement des contraintes aura des influences sur le métier du généraliste telle qu'une réduction de son autonomie dans les décisions, une perte d'attractivité pour la profession, ainsi qu'un changement dans sa manière de travailler.

- *La perte d'attractivité devrait être en augmentation en réaction au déplacement de la prise en charge du patient du médecin à l'assistante médicale du cabinet et du déplacement dans la prise en charge du patient du médecin à l'infirmier.*
- *Le médecin perdrait de son autonomie mais pas son revenu en raison de l'augmentation globale des soins (vieillesse de la population). Sa tâche serait redirigée sur la complexité.*

Pourtant, les conséquences de l'introduction du gatekeeping et/ou de nouvelles contraintes ne sont pas perçues comme étant négatives. Au contraire, de nombreuses personnes interrogées y voient des impacts positifs intéressants:

- *Il s'agit d'un changement de pratique important, mais avec au final une amélioration de la prise en charge et une augmentation de l'efficacité de celle-ci.*
- *Si le médecin délègue (infirmier-ère, assistant-e social-e), il devient disponible pour la prise en charge de situations complexes et donc entraînera une plus grande individualisation de la prise en charge.*
- *L'introduction de quelques contraintes raisonnables devrait avoir des conséquences avant tout favorables. Le risque serait bien sûr une dérive bureaucratique, mais je pense que ni les patients ni les médecins ne l'accepteront.*

Toujours dans un sens neutre ou positif, les experts mettent en évidence les compétences nécessaires pour assumer les éventuelles contraintes posées:

- *Le médecin pourra accroître son rôle mais en modifiant ses compétences (gestion, RH, économie, travail en groupe, informatique, connaissance...).*
- *Ce modèle devrait favoriser le développement des compétences médicales et soignantes en réseau*

interdisciplinaire; ce n'est pas une conséquence faste ou néfaste mais une nécessité de nouveaux modèles à mettre en place.

- *Il me paraît essentiel que les modifications à venir intègrent le transfert des compétences et la délégation des tâches.*
- *Le MPR doit être un médecin de synthèse, bien formé, assurant à long terme le suivi de son malade, le gatekeeper assure de moins en moins les soins de base et oriente son patient vers d'autres confrères.*

Une dernière remarque a trait aux limites et aux implications de la mise en place de contraintes dans la relation «médecin-patient» :

- *Le public et les médecins sont attachés à cet espace de liberté qu'est le cadre de la consultation médicale. Y mettre des contraintes réduira l'attrait du public et les vocations des médecins, poussant le système vers des soins standardisés appliqués par des acteurs de la santé moins bien rémunérés, avec moins de moyens. Ne viendront plus que les populations n'ayant pas de choix, les migrants et les plus fragiles. Les autres iront consulter des praticiens revendiquant leur indépendance en privé ou d'autres acteurs dans des filières parallèles.*

3.5 Développements en cas de pénurie avancée

Un des risques souvent évoqué concernant la médecine et plus particulièrement la médecine de premier recours est la pénurie de personnel.

En 2012, la Suisse se situait en dessous de la norme de l'étude OCDE concernant la densité des médecins de famille avec un ratio de 0.6/1000 personnes vs. 0.73/1000 personnes [8]. Selon la projection de l'OBSAN de 2008, près de 40% des consultations médicales (9,3 millions) ne pourraient plus être assurées en Suisse en 2030; pour le canton de Vaud, cela signifie environ 500'000 consultations d'ici 2025. Et si on postule un scénario très optimiste (amélioration de l'état de santé de la population et délégation des tâches médicales), ce sont tout de même 15-20% des consultations qui ne seront peut-être pas assurées en 2025-2030. A noter que la proportion de médecins s'orientant vers la médecine de famille tend à dimi-

nuer, entraînant une baisse de l'offre de 20,9 millions à 14,3 millions de consultations d'ici 2030. [9]

Même si l'on constate une augmentation de 50% des infirmiers-ières gradué-e-s entre 1980 et 2009, leur nombre restera également en dessous du quota nécessaire pour assurer les soins en 2020. [8]

La question qui suit traite de l'importance respective de mesures à prendre en cas de pénurie avérée de ressources en personnel de santé.

A la lecture des résultats contenus dans le graphique 6, on peut faire le constat que toutes les mesures proposées sont considérées comme possibles par les experts avec une médiane à 120 resp. à 130 pour la première mesure indiquée (développement de l'interdisciplinarité entre les professionnels de la santé) mais les quartiles sont tellement importants qu'il est très difficile de tirer des conclusions quant à l'importance respective de ces mesures.

Les experts soulignent le développement de l'interdisciplinarité et de la collaboration entre les professionnels de la santé. Certains évoquent le contexte dans lequel le développement se fera et les problèmes qu'il peut engendrer:

- *L'essentiel serait un développement de l'interdisciplinarité. Exemple: augmentation de l'activité de prise en charge par des infirmières plus formées, et*

réduction du temps consacré par les médecins aux cas les plus faciles.

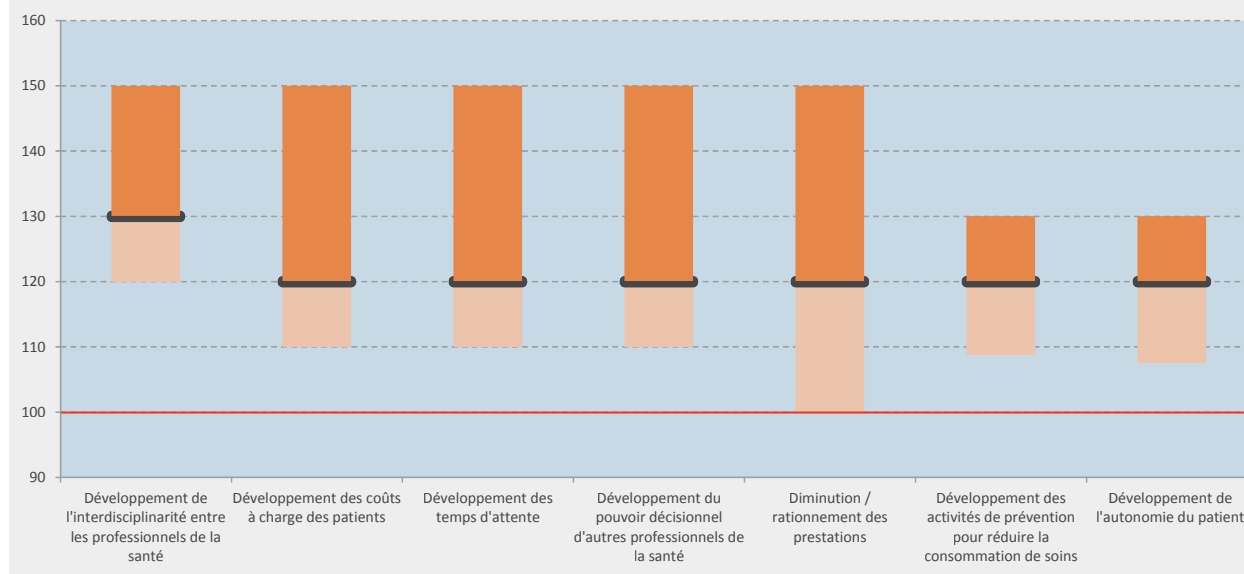
- *L'interdisciplinarité est une conséquence nécessaire et importante, mais il reste difficile à déterminer si elle se développe réellement.*
- *L'interdisciplinarité devient problématique dans la disette...*
- *L'interdisciplinarité est une des réponses principales aux défis qui attendent le système de santé.*
- *La pénurie existe déjà! Les professionnels de la santé sont obligés de collaborer et de déléguer.*

L'hypothèse d'une pénurie en personnel de santé donne l'opportunité aux experts de se prononcer sur la problématique de la médecine à deux vitesses, tout en mettant l'accent sur l'influence du facteur financier et de la prise en charge par des services privés.

- *Hélas, pessimiste sur le développement de la prévention au profit du court terme. La pénurie diminuera l'offre pour les patients à faible revenu et favorisera la création d'une médecine à deux vitesses avec l'augmentation des coûts, augmentation de l'attente liée au rationnement. Il y aura une augmentation d'autres corps de métier, en particulier d'infirmiers de pratiques avancées.*

Graphique 6: Les mesures pour lutter contre la pénurie de personnel

Dans l'hypothèse d'une pénurie avérée de ressources en personnel de santé, quelle importance vont prendre les mesures proposées ci-dessous ? (Indiquez l'évolution sur la base d'un indice aujourd'hui base = 100)



- *La prévention ne réduit pas la consommation mais au mieux les besoins de soins. Le développement de consultations privées hors caisses maladie va arriver pour les nantis comme partout ailleurs dans le monde.*
- *Développement des coûts à charge du patient: en effet, le patient aisé trouvera toujours des médecins dans les cliniques ou services privées. Temps d'attente pour les autres et rationnement risquent de revenir au-devant de la scène.*
- *En cas de pénurie, le développement d'une médecine privée réservée à l'élite financière est un risque réel.*
- *Le simple fait de la pénurie induira un rationnement des soins.*
- *Il y a aussi le développement de la prise en charge par l'entourage du patient, en particulier par la prise en charge des malades chroniques.*
- *Pour éviter un rationnement «de masse» pour certains groupes sociaux, la politique de santé doit s'orienter vers un renforcement du patient et de se soucier de répondre de manière personnalisée aux besoins individuels. La conséquence est d'offrir une offre différenciée aux patients selon ses besoins propres.*

Les experts mettent en lumière la question de responsabilité d'autres acteurs de la santé que les médecins, comme les pharmaciens, sans oublier d'évoquer les effets que la pénurie pourrait avoir sur ces professionnels également.

- *La responsabilité d'autres professionnels de la santé que les médecins va augmenter.*
- *Meilleure utilisation des compétences des pharmaciens pour soulager toute la chaîne médicale (exemple netcare).*
- *Le report se fera en partie sur d'autres professionnels mais chez eux aussi la pénurie limitera l'impact et donc augmentation du temps d'attente.*

D'autres mettent en évidence l'importance des activités de prévention, d'autonomisation et de coordination qui permettraient d'améliorer le système de santé et notamment de diminuer les coûts et d'éviter de rationner les soins.

- *Les activités de prévention les plus efficaces (sport, diététique) se feront indépendamment de la pénurie*

de personnel. L'offre de personnel diminuant cela aura des conséquences sur la consommation mécanique menant certainement à une diminution des prestations.

- *Améliorer la prévention, développer l'autonomie avec le soutien des infirmières et assistantes médicales, améliorer l'interdisciplinarité est la clé du meilleur rapport qualité-prix. Elle exige une éducation du public aussitôt que possible, déjà en milieu scolaire.*

De plus, certains experts mettent en relation les changements proposés avec d'autres facteurs comme l'augmentation des maladies chroniques, les évolutions du système de santé et l'horizon temporel de 2025:

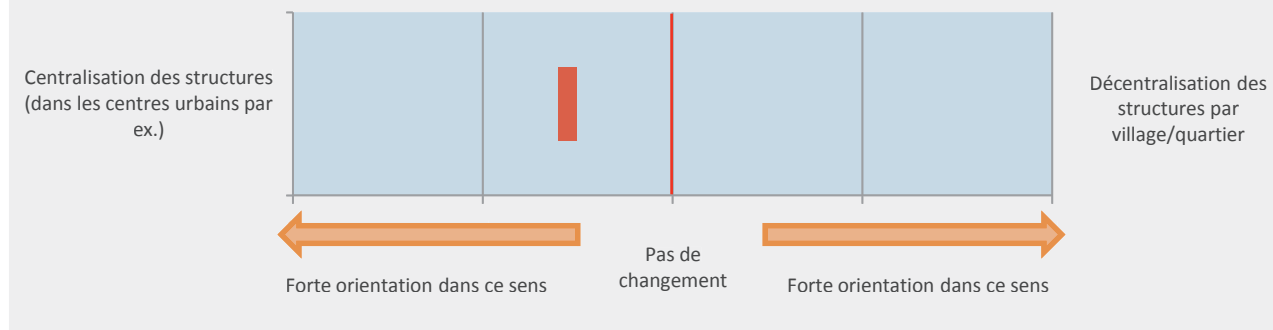
- *L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques va rendre ces évolutions nécessaires indépendamment des aspects strictement professionnels.*
- *L'importance de ces développements variera en fonction de la capacité du système à préserver la solidarité et d'instaurer une responsabilisation de tous les acteurs (patients et soignants).*
- *Développement des activités de prévention pour réduire la consommation de soins, développement de l'autonomie du patient, développement du pouvoir décisionnel d'autres professionnels de la santé et développement de l'interdisciplinarité entre les professionnels de la santé horizon: 2025 trop court pour voir des effets. Certaines mesures (développement des coûts à charge des patients, développement des temps d'attente, diminution/rationnement des prestations) sont susceptibles d'avoir des effets, mais non souhaitables.*

3.6 Centralisation vs. décentralisation des structures de prise en charge

Les structures dispensant des offres en matière de médecine de premier recours sont réparties sur l'ensemble du territoire sur la base de décisions d'acteurs privés (installation d'un cabinet médical), parfois d'acteurs publics (policlinique par exemple). La question qui se pose concerne la centralisation vs. la décentralisation de ces structures sur l'ensemble du territoire.

Graphique 7: Les structures de prise en charge

Comment vont évoluer au niveau territorial **les structures de prise en charge** des patients pour la médecine de premier recours ?



A fin 2012, environ 1,7 million d'assurés étaient affiliés à un réseau de médecins en Suisse. Ceci constitue presque le double par rapport à 2010, et une progression de 160% par rapport à 2008 [10].

A la lecture du graphique 7, on peut observer une certaine tendance à une centralisation des structures de prise en charge, qu'il s'agisse de médecine générale ou spécialisée:

- *C'est le cas pour la médecine hautement spécialisée, et cela sera aussi le cas pour la médecine moyennement spécialisée (volume minimal de prestations demandé dans différents domaines).*
- *Tout comme les autres commerces, il y aura une centralisation des structures de soins. C'est également ce que préfèrent les médecins. Par contre des prises en charge mobiles devront se développer pour les patients dépendants.*
- *Actuellement les pouvoirs publics essaient de maintenir des structures de proximité... Plus la médecine de premiers soins sera en mains privées, plus elle sera centralisée.*
- *Les financiers administrateurs et propriétaire du centre de consultation (où les médecins sont salariés) veulent s'assurer un profit, donc ne sont pas à la campagne.*
- *Centralisation des structures: regrettable mais elle continuera probablement.*

Plusieurs experts soulignent le fait que la centralisation est aussi due au fait que les patients vont vers de grands centres grâce à leur mobilité:

- *Même s'il est tenté de maintenir des structures décentralisées, les choix faits par les patients sont d'aller vers les grands centres. Les gens se déplacent facilement.*
- *La mobilité des patients et de leurs familles augmenteront encore.*

Si cette centralisation des structures est prévue par presque tous les experts, plusieurs d'entre eux mentionnent la possibilité de conserver une proximité territoriale avec le soutien des collectivités publiques:

- *Dans les cantons où les autorités s'impliqueront, la centralisation a des chances d'être évitée ou au moins d'être limitée.*
- *On peut aussi imaginer une «centralisation» en cabinets de groupe dans le village le plus important d'une vallée, avec le soutien des communes.*
- *Pour développer des centres de soins ou cabinets de groupes dans les villages, les communes devront attirer ses groupes grâce à des incitations financières (diminution d'impôts, facilité d'installation...).*

Dans le même sens, la centralisation prévue ne va pas forcément mener à une concentration des structures dans les grands centres urbains mais à des regroupements dans les petites villes, notamment dans les zones rurales:

- *Une forme de centralisation est en cours, même en région rurale, cela en lien avec le développement de cabinets de groupe; cela dit, des antennes décentralisées sont possibles et souhaitables.*

- Il y aura une certaine centralisation de par la disparition des cabinets «solo» mais qui n'exclura pas la création de centres de santé ou de cabinets de groupe dans les bourgades de moyenne importance, même excentrées.
- Concentration des cabinets et des services au sein de structures avec gamme de service pour la population, stratification en fonction bassin et besoins de la population, décentralisation pour les soins primaires, concentration pour la médecine plus spécialisée et disponibilité 24h/24h.

3.7 Activité partielle chez les médecins spécialistes

Parce qu'ils traitent certains patients pour des affections chroniques ou pour d'autres raisons, des médecins spécialistes exercent des activités comme médecin de premier recours. Comment va évoluer cette tendance?

Cette question fait notamment référence au fait que de nombreux médecins porteurs d'un double titre de spécialistes FMH (rhumatologues, immuno-allergologues, pneumologue) ont des activités de médecine de premier recours. L'analyse des données TARMED

ne permet toutefois pas de connaître le niveau d'engagement d'un médecin spécialiste en médecine de premier recours.

Selon la majorité des experts, la tendance à voir les médecins spécialistes assumer des tâches de médecine de premier recours va se développer (voir graphique 8). Plusieurs raisons très diverses sont mentionnées:

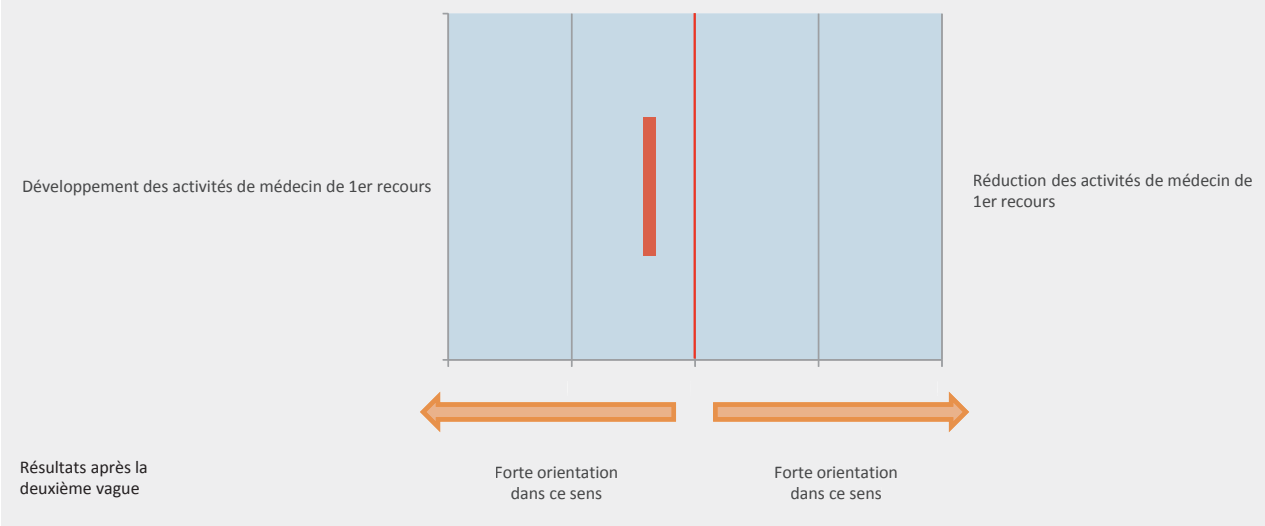
- Parce que les médecins de premier recours seront moins nombreux, les spécialistes, pour maintenir leur activité, feront de la médecine générale, car eux seront très nombreux.
- Développement probablement inhomogène. Les spécialistes pléthoriques accroîtront leur part de médecine de premier recours pour des motifs économiques, les autres se contreront sur leur spécialité.
- Puisque le nombre de médecins spécialistes augmente, ils auront de la peine à trouver suffisamment de patients «spécialistes» donc ils vont élargir leurs activités vers la médecine de premier recours.

Une autre raison tient au lieu de la pratique médicale et de la population à prendre en charge:

- Les polimorbidités et la chronicité en augmentation et le souhait des patients de limiter le nombre de personnes prenant en charge vont amener des spé-

Graphique 8: Les activités des médecins spécialistes

Certains **médecins spécialistes** (pneumologues, rhumatologues, hématologues, immuno-allergologues) ont une **activité partielle de médecin généraliste**, c'est-à-dire traitent des patients, non seulement comme spécialiste, mais également comme médecin de 1er recours. Comment vont évoluer les activités respectives de médecine de 1er recours chez ces médecins spécialistes ?



cialistes (surtout dans le domaine à fort point chronique) à plus assumer de médecine de premier recours.

- La médecine générale prenant plus d'importance, les médecins spécialistes dans un domaine souhaiteraient également pouvoir pratiquer une médecine générale. Mais peut poser des conflits d'intérêts.
- Cela dépend du lieu de pratique, plus le cabinet est décentré, plus la pratique sera mixte.

Un des problèmes liés à la pratique de la médecine de premier recours par des médecins spécialistes concerne la rémunération de cette pratique et les modèles d'assurance:

- Développement probable du gatekeeper.
- Cela dépend essentiellement de leurs ressources face aux généralistes et de la manière dont ils sont considérés par les caisses maladies (reconnu comme MPR ou non).
- Cela dépendra de la mise en œuvre des modèles d'assurance «médecin de famille»: comment pourront-ils justifier leur activité de premier recours? En principe, avec le temps, il risque d'y avoir de plus en plus d'«adeptes» de ce genre de modèle d'assurance, ce qui limitera l'accès des spécialistes à leurs patients.
- Les 2 activités ne sont pas forcément incompatibles, modulation possible avec TARMED.
- Si on veut préserver l'attractivité des médecins de premiers recours, il faut être conséquent: le doublé FMH ex-interniste + cardiologue ne doit plus être honoré. Le choix obligatoire pourra pousser à des doubles spécialistes à ne pas prodiguer ou faire honorer que les «soins spécialité». Il y aura donc une suroffre de ces spécialistes qui ne pourront plus compter sur la médecine de premier recours pour le «fonds de commerce». Inévitablement, par les lois du marché, le service en «sur-spécialiste» diminue donc l'attractivité plus le revenu baisse; plus d'étudiants vont s'orienter vers la médecine de premier recours.

Si la majorité des experts interrogés rapportent un développement des activités de médecin de premier recours par les spécialistes, une minorité, à l'inverse, voient une réduction de ces activités à l'horizon 2025:

- Les exigences respectives portant sur les compétences du spécialiste, d'une part, et du médecin de

premier recours, d'autre part, risquent de contraindre ces médecins au grand écart. De grosses pressions (formation, assurances, rentabilité des équipements) obligent probablement beaucoup de ces médecins «hybrides» à choisir leur camp.

- Dans un contexte où la balance spécialiste/ généraliste se rétablit, il est souhaitable que les spécialistes se consacrent à des soins spécialisés.
- Les spécialistes deviendront des purs spécialistes toutefois, il faut se garder un «joker», ceux qui exercent encore cette double activité, car nous en avons besoin en terme de «workforce».

Certains experts restent réservés quant à l'évolution dans ce domaine dans la mesure où la pénurie de médecins peut conduire à des tendances opposées:

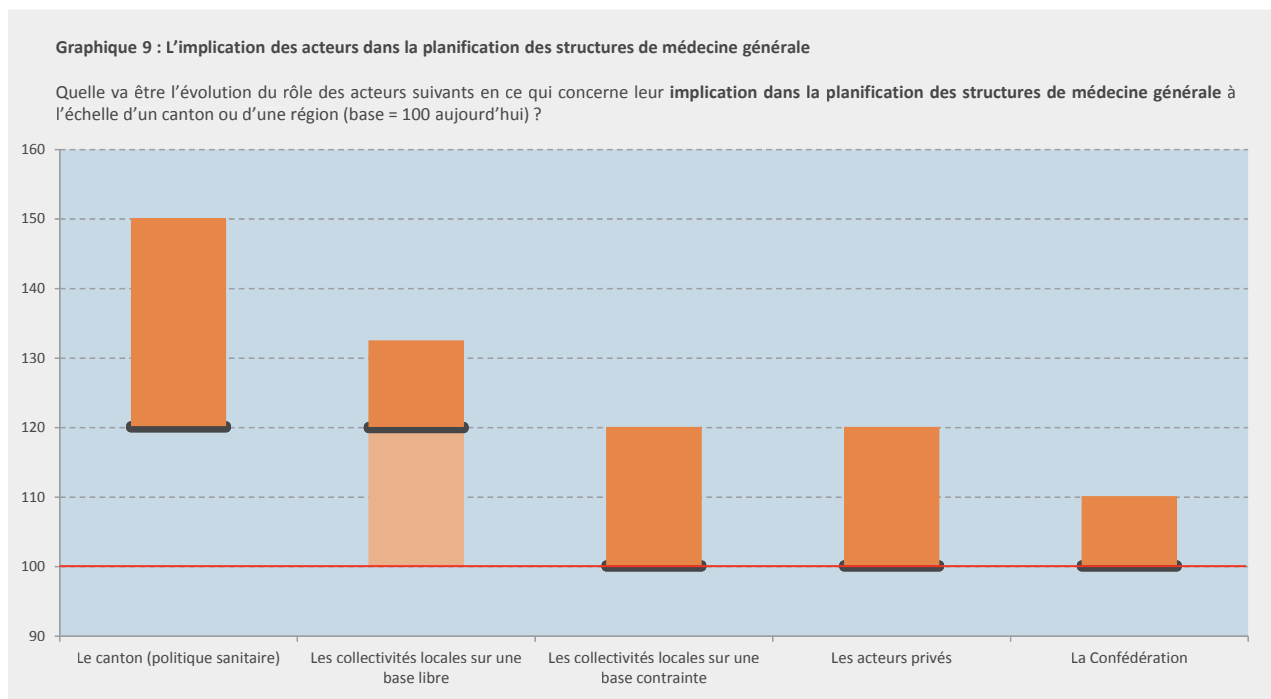
- Tout va dépendre de l'arrivée ou non de médecins spécialistes étrangers.
- Si la pénurie se confirme, si l'attractivité généraliste se poursuit, on pourrait assister à une tendance inverse (dépendra aussi bien sûr des écarts de revenus spécialistes-généralistes).
- Cela dépend des régions, si pénurie de généralistes, alors développement. Si pléthore, réduction des activités de premier recours.

3.8 Acteurs impliqués dans la planification des structures

Cette question traite du rôle des différents acteurs publics et privés dans la planification des structures de médecine générale.

Si l'implantation des structures de premier recours a très largement été laissée à la libre appréciation des acteurs privés, la planification des structures va prendre une importance accrue notamment du fait de la centralisation prévue, des coûts liés à la santé et des problèmes de pénurie de personnel médical.

Une des grilles pour appréhender le rôle potentiel des acteurs publics et privés dans la planification des structures de médecine générale est de connaître la répartition du financement du système de santé Suisse. En 2012, il était le suivant: 41,4% par les assurances sociales, 25,8% par les ménages privés, 18,9% par l'Etat et 4,5% par d'autres régimes [11].



Le graphique 9 contient les réponses des experts sur cette question. Avec une médiane et un quartile à 120, les experts mettent très clairement en évidence l'importance des services cantonaux dans la planification de ces structures. Concernant les collectivités locales, elles peuvent être impliquées pour autant que ce soit sur une base libre (médiane à 120 mais quartile inférieur à 100) car le caractère contraint n'est guère envisagé par les experts (médiane à 100). Il en va de même pour les acteurs privés et la Confédération (médiane à 100).

Dans leurs commentaires, les experts soulignent l'importance des cantons:

- *Les cantons, responsables d'un système de santé accessible à la population, devront s'impliquer plus ou moins pour organiser, réguler, stimuler des initiatives publiques ou privées.*
- *Les cantons auront un rôle plus important dans la mesure où ils seront amenés à encourager l'évolution de la pratique de la médecine générale.*
- *Comme déjà mentionné, les collectivités locales notamment auront un rôle prépondérant dans le développement des structures. Les acteurs privés y trouveront également leur compte en surfant sur la vague.*

- *Les collectivités locales devront être plus actives si elles souhaitent encore disposer de médecins sur le territoire (village!).*
- *Les collectivités et le canton expriment déjà leur inquiétude et leur motivation à réaliser de la planification des structures de médecine générale.*

Il convient cependant de relativiser le poids des collectivités locales dans cette planification du fait de leurs moyens financiers limités:

- *Cette évolution est celle du payeur-décideur. Les collectivités locales ont/auront peu de moyens pour financer de telles structures.*

D'autres experts, en nombre moins élevé, sont de l'avis que les acteurs privés vont continuer de jouer un rôle important que ce soit dans une logique libérale ou par défense de la corporation:

- *Les ministres cantonaux de la santé vont-ils les appuyer par des incitations ou vont-ils vouloir tout maîtriser et pousser à une étatisation rampante?*
- *Une planification effective manque en Suisse. L'idée que le marché régule l'offre reste le principe dominant.*
- *Le fédéralisme est encore fort avec comme conséquence le développement des acteurs privés au détriment d'une vision globale de santé publique.*

- *Globalement, les vellétés planificatrices du pouvoir cantonal et fédéral se heurtent à une forte résistance (cf. votations fédérales sur les réseaux).*

Une opinion revient aussi souvent même si elle n'apparaît pas de manière explicite dans le graphique, c'est celle de la nécessité de la concertation et d'une répartition des rôles dans cette planification:

- *La planification doit se faire en concertation des acteurs privés, les médecins et le canton.*

- *On va peut-être vers une cogestion de la planification entre cantons-communes et associations médicales.*
- *Une discussion politique Confédération/cantons / régions/communes pourrait assurer une modification de la situation.*

4 Les patients et leur relation à la médecine de premier recours

Ce chapitre aborde divers aspects de l'évolution de la pratique de la médecine de premier recours en 2025, en particulier les relations avec les patients, la complémentarité avec les autres professionnels de santé voire le transfert de responsabilité ainsi que le type de coordination.

Du fait que la proportion de médecins par rapport à l'ensemble de la population risque de diminuer, quelles seront les relations entre les patients et la médecine de premier recours? Sont-ils prêts à accepter des contraintes (passage par un professionnel de «triage»)? Les médecins seront-ils plus sujets à devoir suivre des guidelines? L'information sera-t-elle moins asymétrique? Ce chapitre traite de ces thèmes pour dessiner les relations médecin-patient en 2025.

4.1 Les professionnels de la santé

La médecine de premier recours dans les cabinets médicaux était assurée en Suisse en 2011 par 6448 médecins généralistes (avec une spécialisation médicale en médecine interne générale, ainsi que les médecins praticiens) et 877 médecins pédiatres. Ainsi, la densité moyenne de médecins de premier recours est de 92 pour 100'000 habitants alors que la densité moyenne de médecins spécialisés est supérieure de 20% environ avec 112 pour 100'000 habitants. La densité de médecins spécialisés est particulièrement élevée dans les cantons disposant d'hôpitaux universitaires [9].

La première question concerne l'évolution attendue des différentes catégories de professionnels de la santé. Il a été demandé aux experts d'estimer le développement quantitatif des différentes professions retenues.

Trois tendances se dégagent des résultats quantitatifs (graphique 10). La première de ces tendances

concerne l'évolution du nombre d'infirmiers-ères. Avec une médiane à 130, cette profession devrait fortement gagner en importance comparativement aux autres professions. Il s'agit de la seule catégorie professionnelle qui se détache clairement des autres catégories. La deuxième tendance concerne la plupart des autres professions retenues dans cette question (psychothérapeutes, médecins généralistes, médecins spécialistes, personnels actifs dans les médecines complémentaires et les soins alternatifs). Leur importance va s'accroître mais rester comparativement stable. En effet, à l'exception des psychothérapeutes pour lesquels la médiane est de 115, toutes les autres catégories ont une médiane à 110 avec des quartiles identiques (pas de développement plus important pour une profession par rapport à une autre).

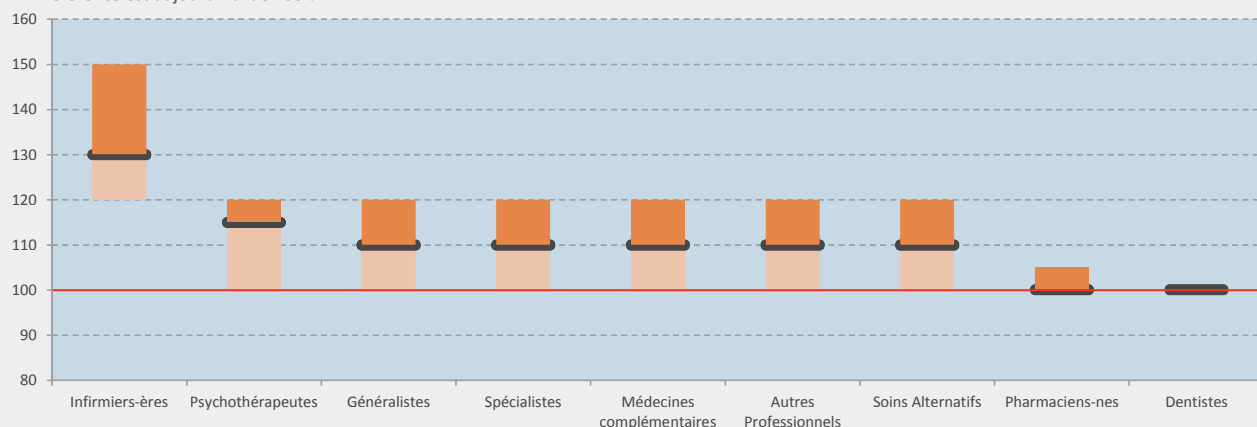
Enfin, le dernier enseignement touche les pharmaciens-nes et les dentistes. Leur nombre devrait rester stable. Comparativement aux autres professions, leur importance quantitative devrait cependant être réduite. On relèvera l'homogénéité des opinions des experts avec une médiane et des quartiles identiques ou presque (100) pour ces deux catégories professionnelles.

Les commentaires des experts explicitent ces tendances et mettent en évidence d'autres tendances encore. Ils sont majoritairement de l'avis que le rôle des infirmiers-ères va être de plus en plus important. Les besoins pour ce personnel de santé sont en augmentation dû notamment au vieillissement de la population, du corps médical ainsi qu'à une pénurie du corps médical:

- *L'augmentation de la population, en particulier des âgés, va augmenter les besoins. Ceux-ci ne pourront en effet pas être offerts en quantité suffisante par les généralistes malgré une politique favorable. En nombre et disponibilité, leur rareté poussera à développer des infirmières praticiennes.*

Graphique 10: Les professionnels de la santé

A l'horizon 2025, quels sont les développements attendus en termes quantitatifs des différentes catégories de professionnels de la santé si la référence est aujourd'hui de 100 ?



- *Au vu du vieillissement des médecins actuellement en place, du défaut de relève, ainsi que de la tendance à travailler à temps partiel, le nombre de médecins généralistes risque fortement de baisser. Les autres soignants auront leur rôle à jouer, et les skill-mix devront être revus, de façon urgente, avec notamment un transfert de responsabilité.*

Certains experts attirent cependant l'attention sur le fait que la pénurie touchera toutes les professions de soins, qu'il s'agisse de médecins ou d'infirmiers-ères:

- *Le vieillissement de la population implique une hausse des besoins en soins. Mais celle-ci sera confrontée à une pénurie de l'offre qui ne concerne pas seulement les médecins mais aussi les infirmières, qui ne pourront que partiellement répondre à un transfert des skill-mix.*

Concernant la répartition des rôles entre les acteurs, il est possible de dégager deux tendances avec d'une part, une collaboration en augmentation entre les différents professionnels de la santé, et d'autre part une délégation et la participation des soignants et des infirmiers seront également importantes:

- *Compte-tenu du développement démographique et épidémiologique, on peut s'attendre à un développement de la médecine générale en collaboration avec des autres professionnels de soins, mais aussi*

physio et ergothérapeutes, ou diététicien-ne-s et psychothérapeutes.

- *Les prises en charge multidisciplinaires vont augmenter et avec elles le rôle et le nombre de soignants non médecin, par ex. des infirmières faisant du care ou disease management.*
- *Augmentation des professionnels de première ligne médicale avec une forte progression des infirmières et des professionnels de coordination.*

Les experts évoquent aussi l'utilisation d'autres médecines (alternatives, complémentaires, etc.) à l'horizon 2025. Ils ont cependant des opinions divergentes sur ce sujet. Si certains estiment que l'utilisation de ces médecines va croître dû à la pénurie de médecins généralistes, d'autres, au contraire, ne voient pas d'évolution particulière dans ce domaine:

- *Persistance d'intérêt pour «médecines» complémentaires et alternatives.*
- *Le manque de médecins se décline dans une délégation accrue et un besoin/recours accru sur les médecines complémentaires.*
- *En principe, la consommation suit l'offre en matière de santé. L'explosion des médecines alternatives a probablement atteint son apogée.*

Les experts ont également appréhendé les catégories de professionnels en mettant en avant l'augmentation de la diversification des méthodes, des pratiques et de

la collaboration. De même qu'ils relèvent un développement de l'offre de certaines professions de soins (dentistes, psychologues, etc.):

- Une coordination importante devra se mettre en place entre les différents acteurs de la santé.
- Une répartition plus importante qu'aujourd'hui devra avoir lieu entre les acteurs du système de la santé. Le fonctionnement en réseau sera la norme.
- La pluridisciplinarité et l'inter-professionnalité aura pour conséquence de rendre plus attractives les professions paramédicales.
- Vu l'augmentation de la population et le mode de pratique libérale des médecins dentistes, je m'attends à un développement de l'offre de médecins dentistes. Je m'attends à une amélioration de la reconnaissance de la formation psychologique qui sera poussée par la pénurie de médecins psychiatres en tout cas.

Les experts interrogés constatent un regain d'intérêt pour la médecine de premier recours. De plus, ils mettent en avant certaines caractéristiques de la médecine de premier recours:

- Renouveau d'intérêt pour la médecine de premier recours mais pas suffisante pour combler les retraites, la féminisation et le partage des temps de travail.
- Augmentation de la médecine générale comme coordinateur/trice.
- Probablement diminution des généralistes non-spécialisés.
- L'insuffisance quantitative de formation des médecins de premier recours va diminuer leur importance dans le système.

En s'interrogeant sur l'évolution des catégories de professionnels de la santé à l'horizon 2025, les experts ont été amenés à mettre en avant différentes évolutions sociétales, notamment celles en lien avec l'état de santé de la population ainsi que le type de prise en charge. La problématique de la prise en charge et des modèles dominants dans la médecine de premier recours sont traités dans d'autres questions. En ce qui concerne l'état de santé de la population, les experts notent l'importance d'un système médico-sanitaire capable d'affronter l'augmentation des patients avec maladies chroniques:

- L'augmentation de la durée de vie ainsi que la tendance à la hausse des maladies chroniques feront augmenter les besoins.
- Vieillesse de la population, augmentation des maladies chroniques, des polipathologies.
- Augmentation des besoins en médecine de premier recours en raison des facteurs épidémiologique et démographique et transition vers les maladies chroniques.

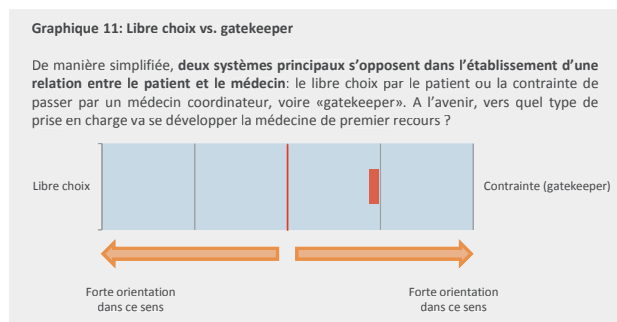
Ayant chiffré les développements attendus des différentes catégories de professionnels de la santé, les experts ont par ailleurs mis en avant des questions autour de l'organisation politique et financière de la médecine de premier recours. Dans ce sens, ils évoquent le soutien politique à la médecine de famille, les aspects financiers tant en termes de coûts que de financement et, enfin, les développements différenciés des catégories de professionnels de la santé dans les zones urbaines et rurales:

- Je mentionne ici l'évolution «attendue» au sens aussi de souhaitée pour ne pas dire indispensable; cela sous-entend que la volonté politique qui se manifeste quelque peu actuellement dans le sens d'un soutien à la médecine de famille sera non seulement poursuivie mais fortement renforcée; le développement d'activités infirmières autonomes/déléguées sera indispensable afin d'assurer un suivi des malades chroniques, de plus en plus nombreux dans un contexte de probable pénurie (à moins que...) de médecins de premier recours.
- 2025: trop court pour endiguer la pénurie de médecins généralistes et trop court pour changer pratiquement les esprits et la loi pour les infirmier-ères.
- Des mesures «politiques» devraient rendre plus attractives la médecine «familiale» et les professions de la santé.
- Les développements [des catégories de professionnels de la santé] seraient aussi influencés par le mode de financement: plus forts si à charge de l'assurance de soins.
- Les développements seraient vraisemblablement variables suivant le contexte: plus fort développement des autres catégories en campagne et concentration des médecins en zones urbaines.

4.2 Libre choix vs. gatekeeping

La question suivante concerne le choix du patient dans l'établissement d'une relation avec le médecin. De façon très simplifiée, on peut distinguer deux systèmes qui s'opposent: soit le patient a le libre choix du médecin et plus généralement du thérapeute, soit il doit passer par un médecin coordinateur («gatekeeper») qu'il a lui-même déterminé ou qui lui est imposé pour toute affection dont il souffre et c'est ce dernier qui l'oriente si nécessaire vers d'autres médecins ou thérapeutes.

Selon l'analyse de santésuisse en 2012, 49% des assurés ont opté pour un modèle d'assurance standard, 34% pour un modèle de médecine de famille sans capitation, 9% pour un modèle avec capitation et 8% pour un modèle avec télémédecine [12]. L'enquête de Forum managed Care en avril 2013 relève que près d'1,7 million d'assurés (soit 21%) bénéficiaient d'un encadrement dans l'un des 75 réseaux de médecins et de cabinets [13].



Le résultat présenté dans le graphique 11 donne la moyenne sur une échelle ordinale avec une tendance claire. En effet, pour une large majorité d'experts, le type de prise en charge des patients dans la médecine de premier recours va se développer vers un système où les patients devront passer par un médecin coordinateur qui se chargera ensuite de les orienter ou de prescrire d'autres prises en charge:

- Forte probabilité que cela soit le modèle dominant dans toute l'Europe (Gatekeeper).
- Evolution non souhaitable, mais inéluctable.
- Modeste évolution dans le sens d'un renforcement du rôle du généraliste comme gatekeeper.

Ces experts mettent en évidence les raisons qui vont favoriser ce modèle de prise en charge:

- Si la pénurie et l'augmentation des coûts se confirment, obligation d'instaurer un système de gatekeeper.
- La multiplication de l'offre spécialisée, l'augmentation des coûts et la fragmentation des soins qu'elle entrainera en seront les moteurs.
- Pour pallier à la fragmentation «stationnaire-ambulatoire-soins longue durée», une coordination est nécessaire, un pilotage doit être assuré dans l'intérêt du patient en en garantissant l'efficacité, l'efficience et surtout la qualité de la prise en charge.
- La votation de 2012 sur le projet de loi sur le managed care (refusé) montre que la population est attachée au libre choix de son médecin généraliste. Mais avec l'augmentation des coûts et la diminution du nombre de médecins généralistes, on en arrivera forcément par ce passage obligé du médecin coordinateur. Celui-ci ne sera pas forcément un médecin, pourquoi pas un-e infirmier-ère, voir un-e pharmacien-ne. Mais pas dans l'immédiat. Les mentalités doivent s'adapter.
- Avec le vieillissement de la population, la pénurie programmée des médecins généralistes et l'augmentation des coûts, la coordination des soins va prendre de l'importance; d'ailleurs actuellement, tous les nouveaux médecins travaillent en cabinet de groupe.

Certains experts sont cependant d'avis que les deux systèmes vont continuer de coexister et qu'il convient de conserver une logique de complémentarité entre eux:

- Volonté politique (contrainte) vs. volonté populaire (libre choix) tend à l'équilibre.
- Tout va dépendre des incitations et de la qualité de cette prise en charge.
- Il y aura probablement un mouvement convergent entre un renforcement du rôle de coordinateur du médecin de famille à cause de l'augmentation de la complexité du système de santé d'une part et d'autre part la volonté politique et économique d'un contrôle renforcé.
- Question difficile à deux niveaux. D'une part la relation thérapeutique: tendance vers la décision partagée (libre choix). D'autre part le système de soins:

tendance vers la médecine de premier recours type «Gatekeeper».

- La Confédération n'arrivera probablement pas à imposer un modèle unique. Les cantons doivent encourager des initiatives cantonales. L'objectif à moyen terme est la consolidation d'un réseau cantonal de type «managed care».

Les experts interrogés anticipent une influence des assurances dans le type de prise en charge qui se développera dans les années à venir. Il s'agira soit d'une pression afin de développer le système qui leur est favorable, le «gatekeeping», soit d'une implication directe des assurances dans la réalisation de la prise en charge:

- Malgré une forte pression du milieu des assurances relayé par le politique, on va aller vers une diminution du libre choix, le public affirmera son besoin de liberté, laissant une situation similaire à l'actuelle.
- Les patients sont en général assez habiles pour savoir, de cas en cas, s'il vaut mieux recourir d'emblée à un spécialiste ou non. Mais la tendance des assureurs pousse les patients à consulter d'abord un généraliste pour des raisons de couverture d'assurance.
- Développement des maisons et plans de santé et de réseaux de soins appartenant à des assurances ou autres organisations (privées).

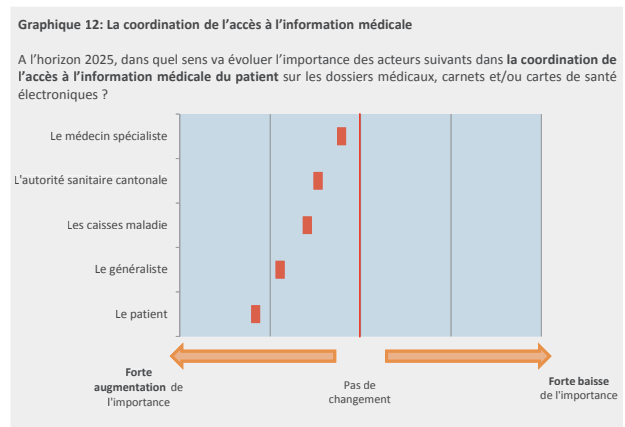
La place et le rôle du patient ont également été abordés par les experts dans leurs commentaires. Ils soulignent l'importance du libre choix pour le patient et les différences entre générations concernant les systèmes de santé.

- En Suisse, le libre choix du médecin reste à mon avis une priorité pour une majorité de patients.
- Je m'attends à ce que la génération des années 50 et 60 connaîtra mieux le rapport entre la qualité/coordination et la contrainte des «gatekeeper». Pourtant, il faudra néanmoins laisser le choix pour l'accès à l'ophtalmologie, la psychologie, la gynécologie, etc.
- Bien que les plus jeunes consommeront de façon libre, les plus âgés auront besoin d'une orientation dans leur prise en charge et se tourneront de façon naturelle vers leur médecin, indépendamment de la mise en place d'incitatifs.

4.3 Accès à l'information médicale

Le thème suivant traite de l'accès à l'information médicale du patient et des acteurs qui seront en charge de la coordination de cet accès.

Le graphique 12 donne les résultats concernant l'importance qu'auront les différents acteurs dans la coordination de l'accès à l'information médicale du patient. Avec une valeur centrale indiquant qu'aucun changement n'est à attendre, on peut observer que les experts sont de l'avis que l'ensemble des acteurs concernés vont plus s'impliquer dans la coordination de l'accès à l'information médicale. En observant les valeurs pour les différents acteurs, on peut constater que le médecin spécialiste sera le moins concerné par les changements alors que le médecin généraliste et le patient seront les plus impliqués. Entre les deux groupes, les autorités sanitaires et les caisses maladie verront leur rôle évoluer vers un certain accroissement de leur importance dans cette tâche de coordination.



A un niveau plus qualitatif, les experts observent deux tendances au sujet de la coordination de l'accès à l'information. D'une part, la technologie aura de plus en plus d'importance dans le domaine médical, tant dans l'accès à l'information que dans les possibilités de la centraliser. D'autre part, les experts mettent en évidence les intérêts divergents des acteurs concernés dans la coordination et le partage d'informations et de données.

- Le patient ainsi que les différents professionnels chargés de gérer la santé globale de la population auront accès à des informations électroniques de plus en plus importantes.

- *L'information au sens large sera probablement centralisée grâce au développement des technologies de l'information sécurisées.*
- *Tous auront intérêt à ce que l'information soit partagée et coordonnée. Les caisses maladies ne devraient pas avoir accès aux informations médicales mais auront intérêt à ce que celles-ci soient coordonnées. L'autorité sanitaire a également, comme payeur, tout intérêt à ce que l'échange d'informations soit possible.*
- *Le partage des données médicales aura/prendra un rôle majeur dans l'efficacité, la qualité de la prise en charge. Tous les acteurs pousseront dans ce sens. Attention à la réticence des caisses maladies.*

Les experts insistent sur le fait que les patients joueront un rôle de première importance dans la coordination de l'accès à cette information:

- *Le patient doit rester le maître de son fichier, aidé pour ce faire par son médecin traitant.*
- *Les patients sauront garder leurs droits.*
- *En tant que propriétaire des données, le patient jouera un rôle central, les médecins de confiance pour le patient également sans différenciation entre médecin généraliste et médecin spécialiste.*

Les experts ont un avis contrasté quant à l'importance des médecins généralistes et des médecins spécialistes en matière de coordination de l'accès à l'information médicale:

- *La démographie médicale laisse la place pour augmenter le rôle des spécialistes (nombres).*
- *Retard de participation annoncé des médecins généralistes!*
- *L'effort conjugué des assurances et de la demande de contre-avis diminuera l'importance du spécialiste lors d'une première consultation.*
- *Développement implicite ou explicite du concept de «réseau coordonné de soins» dans lequel le médecin généraliste est le pivot, selon des règles émises par l'autorité sanitaire cantonale.*

Si les experts s'accordent majoritairement à donner une importance croissante aux autorités sanitaires, les opinions divergent cependant quant au rôle concret de ces autorités:

- *La pression politique à l'échelon fédéral, soutenue par les assurances, sera forte pour prendre de l'influence sur le contenu du dossier médical.*
- *Impulsion attendue du service de santé publique dans le sens d'une information à la population.*
- *Démarches e-health lancées par les cantons.*
- *Les «climats» fédéral et cantonal ne sont pas les mêmes, mais l'évolution de la LAMal se fait au niveau fédéral.*
- *Concernant les autorités sanitaires, elles devront veiller au bon déroulement de l'accès à l'information pour le patient et éviter tout dérapage des assureurs et ceci particulièrement pour les assurances privées pertes de gain.*

S'agissant de l'importance des caisses maladie à l'horizon 2025 sur la question de l'information médicale, les experts mettent surtout en évidence les décisions politiques pouvant intervenir quant aux types de caisses qui subsisteront à l'avenir:

- *Le poids des caisses maladies sera très variable selon que le système de caisses concurrentes actuelles sera ou non remplacé à l'horizon 2025 par une éventuelle caisse unique.*

Les experts ont également mis en avant certains changements: une plus grande collaboration et coordination entre les différents acteurs de la santé ainsi qu'une normalisation importante de l'activité médicale.

- *Partenariat Assurance-patients-médecins généralistes dans le cadre de réseaux de soins.*
- *Tous les efforts visant à endiguer la montée des dépenses de santé convergent vers une coordination croissante des acteurs médicaux et non médicaux de la santé.*
- *Tout se met en place pour que l'activité médicale soit de plus en plus normée, utilisant des données objectives (ESM, guidelines) pour restreindre les libertés thérapeutiques.*

4.4 Importance des acteurs dans l'information médicale générale

Toujours en lien avec la problématique de l'information médicale, la question suivante concerne l'importance des différents acteurs dans l'organisation et la transmission de l'information médicale destinée aux patients.

En regardant le graphique 13 on peut observer trois principales tendances notamment à la lecture de la médiane: d'abord, avec une médiane à 120 et des quartiles supérieurs allant jusqu'à 140, un développement important des acteurs que sont les infirmiers et les médecins généralistes (ainsi que les patients eux-mêmes) est attendu; ensuite, un groupe composé des pharmaciens, des autorités sanitaires et des ligues de santé obtient une médiane à 110 et des quartiles identiques à 120 et 100. Finalement, les autres acteurs ne devraient pas voir leur importance s'accroître car la médiane est de 100 avec un quartile supérieur à 110 pour la plupart des catégories.

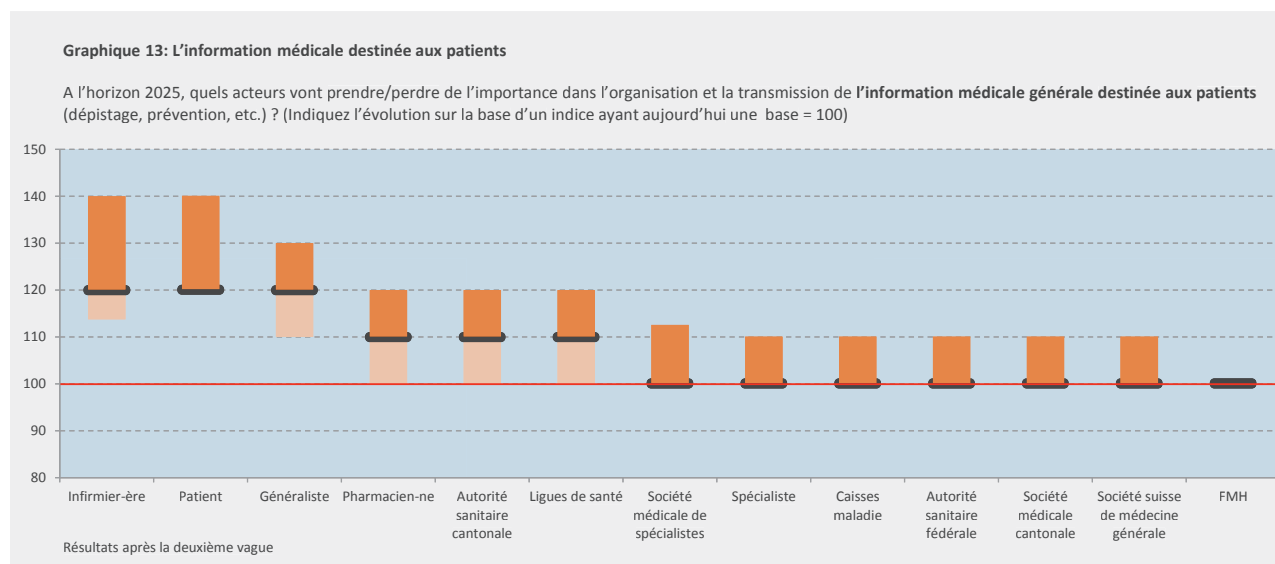
Globalement, les experts notent une implication et un intérêt croissant de nombreux acteurs de la santé dans le domaine de l'information médicale, ainsi qu'une augmentation du partage de l'information, voire de la décision:

- Tous vont contribuer à la diffusion de l'information générale tant ceux qui souhaitent une consommation accrue (patient, spécialiste) que ceux qui espèrent qu'en informant les coûts seront diminués.

- Le patient, les autorités cantonales et fédérales et les caisses maladies en seront les moteurs. Il existe encore trop de freins ou une peur des sociétés médicales.
- Le «shared decision making» va entraîner un partage accru des informations entre médecins et patients. Les différents organes cantonaux ou fédéraux de la santé ne changeront pas grand-chose.

En appréhendant la thématique de l'information médicale destinée aux patients, les experts mettent en évidence le développement d'Internet, celui d'une société de plus en plus informatisée et de nouveaux outils technologiques qui vont avoir une influence croissante sur la transmission de l'information médicale (de l'auto-information à la diversification des émetteurs et des sources d'information):

- L'auto-information des patients par l'Internet.
- Le patient ne va pas progresser en raison de la complexité grandissante de l'offre sur internet.
- Par rapport à actuellement, les patients et leur entourage vont de plus en plus diversifier leurs sources d'information. Il restera cependant toujours une frange de la population qui sera insuffisamment informée et qui sera plus vulnérable.
- L'accès à l'information devient de plus en plus simple/facilité, le patient aura un accès facilité à l'information. Ce dernier viendra auprès des médecins avec une idée de son problème; l'enjeu étant ici le contexte de la qualité de l'information trouvée sur



les médias électroniques. Les diverses associations faitières auront donc un rôle de contrôle important à jouer (régulation de l'information).

- Divers appareils et tests d'application aisés devraient se développer. Ce qui permettrait aux patients d'effectuer plus aisément des contrôles. D'autre part, les technologies de l'information devraient permettre (en se développant davantage que maintenant) de transférer «on line» des informations aux médecins généralistes ou aux spécialistes.
- Les organisations de soins (réseaux, entreprises en santé, Pharma...) vont développer des outils e-health tournés vers le patient pour des raisons économiques et d'amélioration de la qualité. L'Etat et les caisses maladies auront aussi intérêt à développer ces outils d'information. Le patient s'impliquera également à avoir la meilleure information possible pour développer des stratégies de soins tournés vers l'efficience.
- A cause de la prépondérance des maladies chroniques, le dépistage va devenir un enjeu majeur du système en soin et de sa maîtrise.

Le développement des moyens technologiques est à mettre en parallèle avec celui des possibilités pour les patients de s'informer, même si certains d'entre eux n'arriveront pas à gérer la complexité médicale croissante:

- «Empowerment» du patient.
- Plus grande implication des usagers / patients / consommateurs
- De manière générale, il est souhaitable que la formation générale des individus, à l'école déjà, s'améliore. De cette manière le patient, lui-même, améliorera sa prévention.
- Démarche plus «individuelle» et contextualisée plutôt qu'«étatique».
- L'information médicale générale destinée aux patients est très attractive pour toute une série de professions, également nutritionnistes, coachs de santé et conseillers en santé. Ces informations ne sont pas toutes validées. Les patients dans cette société de plus en plus anxieuse sont très désireux de se faire conseiller et informer afin d'être sûrs de faire «juste».

Un autre résultat lié à l'analyse des commentaires des experts tient à la nécessité d'impliquer de manière accrue tous les professionnels de la santé notamment en matière de prévention:

- Intervention accrue des autorités sur des sujets ciblés: campagne de vaccinations, de comportements particuliers (plan canicule, grippe).
- L'information et la sensibilisation du patient envers des mesures préventives primaires et secondaires va augmenter significativement. Dans ce développement, les professions médicales et autres professions de la santé joueront un rôle majeur. Les caisses maladies seront sans doute aussi très actives dans la diffusion d'une information ciblée.
- Les médecins de premier recours ont peu de temps pour la prévention. De nombreuses campagnes (peuvent être) vont être assumées par d'autres professionnels avec une plus grande efficacité: physio, pharmaciens, infirmières, podologues, etc.

La collaboration entre les autorités a aussi été mentionnée par les experts, ceux-ci insistant sur une plus grande collaboration entre les différents niveaux de gouvernance:

- Les autorités cantonales et fédérales devraient mieux collaborer surtout en cas de coups durs, comme des épidémies.
- Le concept devrait pouvoir être défini centralement (mais difficilement compte tenu de notre fédéralisme et des luttes d'influence entre les différents acteurs) et délégué localement.

Quant aux caisses maladies, les experts sont de l'avis qu'un changement dans ce domaine dépend du modèle de caisse qui existera en 2025.

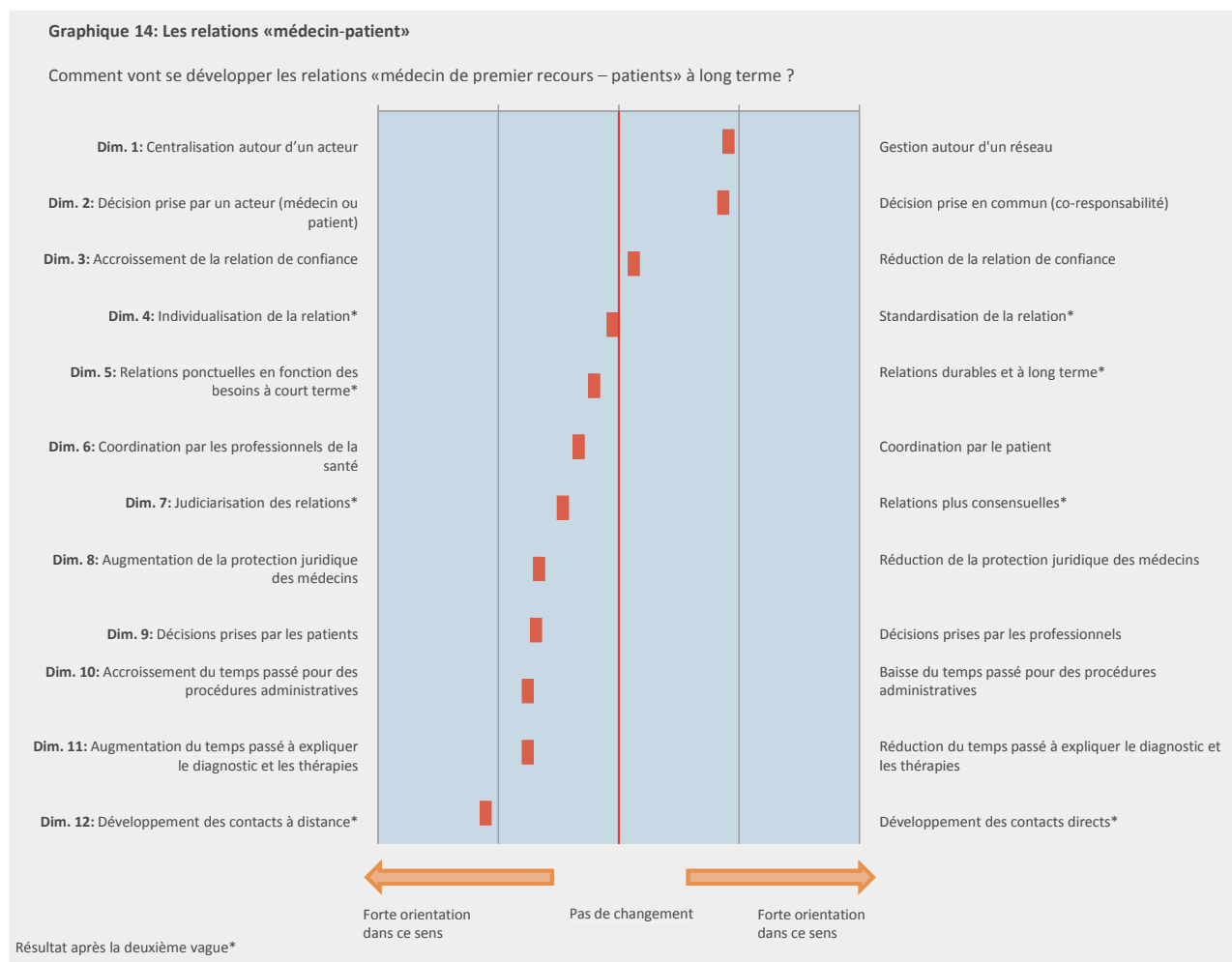
- Les assurances dans la conjonction actuelle ne semblent pas chercher un rôle plus important dans l'information médicale. Cela pourrait changer en cas d'acceptation de l'initiative sur la caisse unique.
- Difficile d'évaluer l'impact à venir sur les caisses maladies. Il est probable qu'elles connaîtront un fonctionnement différent de celui d'aujourd'hui, en particulier pour les soins à domicile, dont l'influence devrait augmenter à l'horizon 2025.
- Caisses maladies: leur rôle dépend de l'évolution du cadre politique, leur crédibilité n'est pas bonne auprès des patients.

- Il est difficile de prévoir le modèle de caisse maladie qui prévaudra, sachant que le modèle actuel est très critiqué ... mais que le modèle d'une caisse unique a été refusé déjà 3x.
- Les caisses maladies essaieront aussi de développer l'aspect «prévention».

4.5 Relation médecin généraliste et patient

Cette section concerne la nature des relations entre le médecin généraliste et son patient. Pour ce faire, plusieurs dimensions correspondant à des éléments de cette relation ont été identifiées et des oppositions sémantiques ont été construites. Les experts ont été invités à se prononcer sur la tendance de développement pour chacune des dimensions en référence à l'opposition construite (voir le graphique 14).

Sur la base de différentiels sémantiques appliqués sur une échelle ordinale, on peut observer diverses tendances. En se concentrant sur les plus marquées d'entre elles, on peut constater tout d'abord que les experts prévoient une gestion de la relation organisée autour d'un réseau (dimension 1) avec une plus forte coordination effectuée par les professionnels de la santé ainsi qu'une co-responsabilisation médecin-patient dans la prise de décision. Ils mettent ensuite aussi en évidence une augmentation de la judiciarisation des relations en cas de problème (dimension 7), un accroissement du temps passé pour les procédures administratives (dimension 10) et, corollaire de la co-responsabilisation, une augmentation du temps passé avec le patient à expliquer le diagnostic et les thérapies (dimension 11). Avec les développements technologiques, les contacts à distance seront en forte croissance (dimension 12). Il convient aussi de noter que



les experts ne pensent pas que les composantes plus personnelles de la relation médecin-patient vont changer (niveau de confiance ou encore individualisation de la relation).

De manière plus spécifique, on notera l'évolution du rôle du patient qui devient plus critique, qui s'implique plus dans la relation et qui gagne en autonomie:

- *Globalement le patient devient plus critique (effet de génération).*
- *Augmentation de l'implication du patient dans la décision.*
- *Le patient accroît sans cesse son autonomie. Cette autonomie le place en position de discuter la décision et les résultats thérapeutiques ce qui oblige le médecin à se protéger de son patient.*

Le caractère durable de la relation entre le médecin et le patient est fortement conditionné au développement des maladies chroniques:

- *La relation à long terme s'établira lors de la chronicisation de la pathologie. Avant cela, on sera dans une consommation immédiate du soin.*
- *La tendance vers une relation durable est une conséquence de l'augmentation des maladies chroniques.*
- *Deux types de patients vont se développer. Les plus jeunes qui consommeront de façon ponctuelle, avec de nouveaux outils de consommation et les personnes plus âgées, dont le nombre augmente, qui auront besoin d'être guidées.*
- *La médecine de premier recours de référence pour les malades souffrant d'une affection chronique ou pour les patients âgés. Pour les autres patients, le médecin importe peu, seule sa disponibilité est déterminante.*
- *Plus il y aura d'acteurs, moins il y aura de relations durables. Si le patient a affaire à chaque fois à une autre personne, aucun lien ne peut se créer!*

Les experts interrogés mettent également en évidence certains aspects comme l'augmentation du travail en réseaux, de la collaboration et de la délégation aux infirmiers notamment, ainsi que la prise de décision partagée:

- *Le travail devrait se développer en réseau et des acteurs de première ligne telles qu'infirmières spécialisées pourraient travailler en coordination renforcée avec les médecins et offrir le temps et la disponibilité*

que le médecin aura moins, mais pourra consacrer à d'autres patients et à des tâches plus «pointues».

- *Le développement des réseaux et une meilleure coordination de la prise en charge sont une évolution irrévocable.*
- *La charge administrative augmentera pour le système mais sera déléguée à d'autres corps de métier, par exemple les infirmiers/ères.*
- *L'inertie dans le domaine sera grande avec une tendance vers la décision partagée et l'individualisation des stratégies (motivationnelles), freinée par une demande de standardisation venant des assurances, relayée par le politique!*

Les avancées technologiques, qu'il s'agisse de nouveaux outils ou de nouvelles technologies, auront des conséquences sur les relations médecin-patient:

- *Coordination des soins par le généraliste combiné avec l'utilisation accrue de la technologie de l'information, y compris les contacts à distance via SMS ou courriels.*

L'accroissement des contacts à distance lié au développement des nouvelles technologies est aussi limité par la nécessité de conserver des liens de confiance:

- *Je parie sur une lassitude face aux moyens de contacts à distance. Par ailleurs, les conditions de transport développées permettront de maintenir des interactions directes. Ces deux effets combinés ainsi qu'un désarroi grandissant du public face à un système déshumanisant contribueront à renforcer le besoin en liens directs, en lieux humanisants.*
- *Le développement des contacts à distance peut aller de pair avec le besoin d'une individualisation de la relation (recours à distance du médecin de famille ou du cabinet de groupe...) mais avec le besoin d'un référant traitant connu (relation de confiance et de suivi).*
- *L'introduction de moyens technologiques qui se substituent à la pénurie physique du médecin favorise la standardisation.*

Plusieurs experts soulignent le risque de développement des conflits patient – soignant tout en relativisant la judiciarisation effective de ceux-ci:

- *Maintien du rapport de confiance mais augmentation possible des conflits.*

- *Malgré des conflits plus judiciarisés, ceux-ci resteront quantitativement faibles.*
- *N'ayant pas noté de judiciarisation des relations (sauf cas exceptionnels) durant les 15 dernières années, je ne crois pas à une judiciarisation dans les 15 prochaines.*

Il convient cependant de mettre ces tendances dans une perspective à long terme dans la mesure où nombre de celles-ci sont déjà observables et n'évolueront que très progressivement:

- *Les choses changent mais le plus souvent progressivement.*
- *En réalité, confirmation des tendances qui se dessinent déjà à l'heure actuelle.*
- *Ceci est déjà d'actualité. Le médecin doit répondre dans le sens attendu du patient, tout de suite.*

4.6 Recommandations cliniques

Cette section traite des recommandations cliniques pour la prise en charge des patients et du degré de contrainte dans le suivi de ces recommandations.

Le graphique 15 indique la probabilité de l'introduction de recommandations en matière clinique (de l'absence de changement à une très forte probabilité

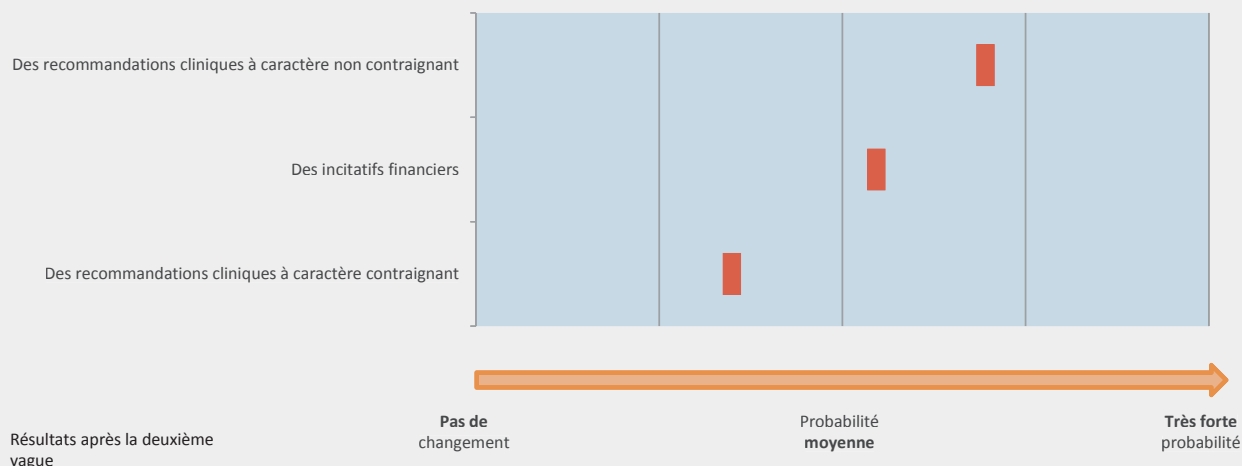
d'introduction de ces recommandations). Si les recommandations à caractère contraignant ne devraient vraisemblablement pas être introduites (probabilité faible à moyenne), de nouvelles recommandations cliniques sans caractère contraignant ainsi que des incitations financières pour amener le personnel médical à suivre des recommandations devraient intervenir (probabilité moyenne à forte).

Les experts évoquent aussi les raisons pour lesquelles des recommandations sont tantôt nécessaires mais pas suffisantes, tantôt craintes et pas toujours utiles:

- *Chaque patient a besoin d'un traitement sur mesure, sur la base de recommandations académiques.*
- *La liberté thérapeutique est un des fondements de la pratique médicale. De faux incitatifs ou la contrainte seront contre-productifs.*
- *La contrainte est difficile à imposer dans notre système fédéraliste.*
- *Les milieux universitaires aimeraient imposer des recommandations contraignantes mais ils savent ou pressentent qu'ils encourent une responsabilité légale.*
- *Il n'y aura pas les moyens, face à la pénurie, d'exercer des contrôles qui seraient une catastrophe en terme de créativité clinique et d'individualisation des traitements.*

Graphique 15: L'introduction de recommandations en matière clinique

Actuellement, les médecins de premier recours ne sont pas tenus de suivre des recommandations cliniques pour la prise en charge des patients (comme par exemple la prescription d'un traitement pour la pression artérielle à partir d'un certain seuil). Quelle est la probabilité d'une introduction des mesures suivantes à l'horizon 2025 ?



- *Le rôle même du médecin de famille est d'adapter les recommandations cliniques à son patient. Pour les patients polymorbides, ces recommandations sont souvent contradictoires et ne peuvent être appliquées. La relation est souvent plus importante que la recommandation clinique.*

Une application stricte voire même obligatoire des recommandations est aussi à prendre en compte pour diverses raisons:

- *Mais vu l'augmentation des coûts, il faudra bien optimiser ces recommandations, voire même les rendre contraignantes, même si la contrainte ne plaît pas à cette profession très libérale. Change-ment plutôt après 2025, changement de cultures avec les nouvelles générations.*
- *La «liberté thérapeutique» est un non-sens dangereux et doit être remplacé par le droit du patient à un traitement efficace.*
- *Les contraintes seront particulièrement fortes sur les médecins si les assurances assurent la gouvernance du système de soin.*
- *Pression judiciaire: un traitement ne répondant pas à l'état de l'art (dont sont issues les recommandations) sera plus facilement sanctionné.*
- *Au regard de l'augmentation des coûts, une optimisation des traitements sera certainement introduite.*

Quant aux incitatifs financiers, les opinions des experts divergent. Certains affirment que leur rôle va augmenter notamment dans certains domaines ou pour certains patients, d'autres attestent de l'échec de leur mise en place.

- *Le rôle des incitatifs financiers va augmenter à l'avenir. Toutefois, il faudra attendre encore plusieurs années avant de tirer profit des diverses expériences en cours.*
- *Les médecins et les organisations de soins devront suivre des recommandations avec caractères contraignants ou incitatifs notamment dans le financement à la capitation ou à la performance.*
- *La piste des incitatifs financiers sera testée mais aboutira à un échec de leur mise en place en raison de la complexité de gestion qu'elles entraîneraient.*
- *Il y aura une pression des assurances pour introduire des incitatifs financiers qui ne pourront être implantés que de manière marginale au vu de la*

résistance du système. Il risque d'en suivre un système contraignant qui, par le manque de moyens de contrôle, sera arbitraire.

Ce thème a suscité de nombreuses réactions des experts dont les plus significatives sont mentionnées ci-dessous:

- *L'évolution de ces facteurs dépendra de la place laissée aux assureurs-maladies dans le système de soins.*
- *Le début des publications montrent le meilleur résultat de prises en charge suivant des indicateurs qualité, par ex. standard en dialyse – orientation des incitatifs en conséquence (carotte et bâton).*
- *J'ai plus que des doutes sur de telles évolutions et surtout leur acceptation aussi bien dans un sens de renforcement que d'affaiblissement par rapport à la situation actuelle.*
- *Horizon trop court (2012-2025) pour adopter et implémenter de telles mesures (faisabilité?)*

4.7 Edictions des prescriptions

La question de l'édiction de prescriptions est abordée dans le graphique 16 avec l'introduction possible de recommandations.

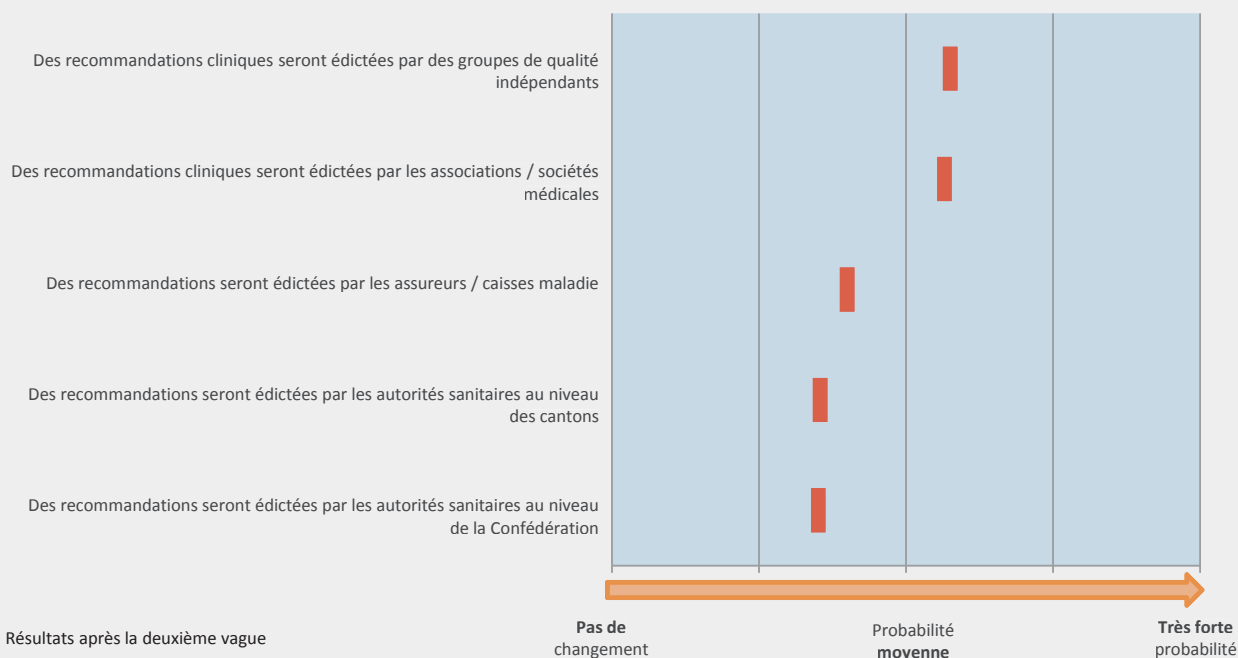
Pour les experts, il est vraisemblable que de telles recommandations soient édictées par des groupes de qualité indépendants et des associations médicales (probabilité moyenne à forte). La probabilité de l'introduction de telles recommandations par d'autres acteurs comme les assureurs ou les autorités sanitaires est beaucoup plus faible (de faible à moyenne).

Dans leurs commentaires, les experts évoquent l'importance des associations médicales dans ce domaine.

- *Le volume des recommandations étant très important, il semble que ce soit principalement les associations médicales et groupes de qualité, y compris de patients, qui puissent être à jour. Les autorités avec leur système actuel de législation ont une trop grande inertie pour pouvoir édicter ces prescriptions.*
- *Si les recommandations sont issues des rangs médicaux, elles ont plus de chances d'être mises en pratique*

Graphique 16: L'édiction de prescriptions

Le cas échéant, quels acteurs seront chargés d'édicter ces prescriptions?



Les experts observent également une certaine influence et un intérêt grandissant des caisses maladies en ce qui concerne l'édiction de prescriptions. Ils mettent en évidence à la fois le rôle de contrôle ou de pression que les assureurs pourront avoir dans le futur dans le but de faire baisser les coûts:

- Les assureurs mettent la pression en ne remboursant pas certains médicaments et traitements et cela va aller en augmentant.
- Il est fort possible que les assureurs exigent la conformité à un certain nombre de recommandations qui devront être élaborées par les associations médicales.
- On peut imaginer des recommandations élaborées par des groupes d'experts, le système assurance pourrait se voir chargé d'une forme de contrôle.
- Les assurances maladies ne manqueront pas de s'impliquer dans toutes les recommandations susceptibles de faire baisser les coûts, même temporairement.

En ce qui concerne les autres autorités envisagées comme prescripteurs, les personnes interrogées

voient les autorités fédérales comme une entité régulatrice travaillant sur la base d'avis d'experts:

- La Confédération est «régulatrice».
- La Confédération validera ou commanditera les avis d'experts.
- Il est probable que la Confédération, dans ses mesures d'assurance de qualité, chargera un groupe de qualité indépendant d'édicter des prescriptions.
- Les recommandations seront édictées par des groupes d'experts sélectionnés dans les milieux universitaires, voire dans certains domaines comme aujourd'hui pour les maladies infectieuses par la Confédération.

Les personnes interrogées soulignent aussi le caractère interdisciplinaire de ces tâches, les différenciations à apporter en fonction de domaines spécifiques ainsi que la question de la responsabilité en cas d'édiction de recommandations:

- Pas un acteur unique. La médecine fondée sur les preuves sera de plus en plus interdisciplinaire. Il y aura nécessairement un accord entre médecins (FMH par exemple) et les assureurs que de rem-

bourser que les prestations fondées sur les preuves. Exemple actuel, le traitement de l'obésité chez les adolescents.

- *Il n'est pas souhaitable que les autorités cantonales/fédérales ou les caisses maladies édictent de telles contraintes. Elles n'en ont pas la compétence, hormis pour des domaines spécifiques avec les vaccinations, disposant d'un cadre légal bien établi.*
- *Il ne faut pas oublier qu'une recommandation engage la responsabilité de celui qui édicte!*

l'accent sur le fait que la technologie ne résout pas tout:

- *L'intensité de l'échange va augmenter sans doute.*
- *L'échange d'information à différents niveaux (par ex. courriel) va renforcer la relation et la rendre moins hiérarchique.*
- *Permettra une gestion et une coordination plus immédiate et de meilleure qualité.*
- *L'augmentation de connaissances techniques n'améliore pas la capacité de communication et de dialogue des médecins comme des patients!*

4.8 Impact de l'évolution technologique

La médecine n'échappe pas à l'impact des nouvelles technologies.

Interrogés sur l'impact de l'évolution technologique sur la relation médecin-patient à l'horizon 2025, les experts tendent légèrement vers une amélioration de la qualité de la relation médecin-patient suite aux évolutions technologiques (voir graphique 17 avec un légère tendance vers la dimension «très favorable sur la qualité de la relation médecin-patient») mais l'analyse de leurs commentaires amène à des résultats contrastés concernant la qualité de la relation entre ces deux acteurs de la santé.

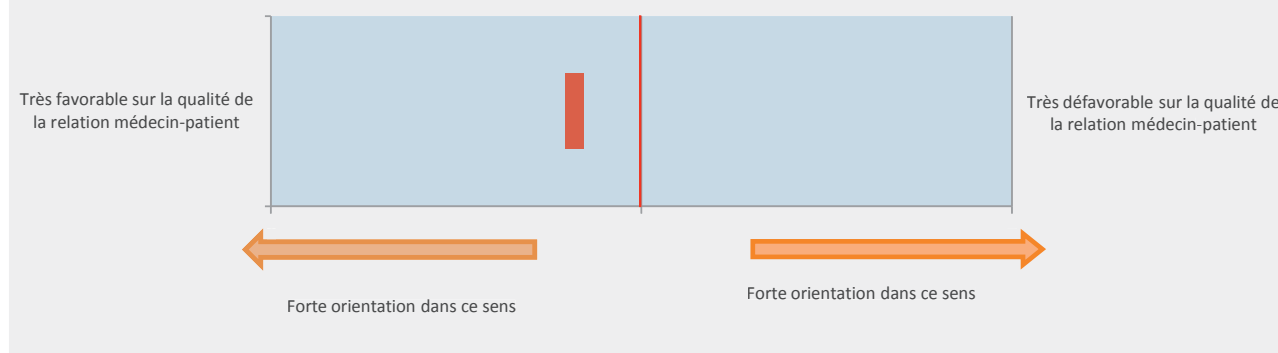
Les avis sont partagés sur l'influence de la technologie sur la relation. Certains mettent en évidence les bienfaits de la technologie en termes de partage d'information et de coordination. D'autres mettent plutôt

Certains experts soulignent l'importance des nouvelles technologies pour les patients et l'aspect complémentaire de ces technologies pour la relation entre le médecin et le patient:

- *Dans tous les cas, la relation médecin-patient va évoluer. Les nouvelles technologies seront un challenge pour les médecins et ceux qui relèveront le défi seront en phase avec leurs patients.*
- *Il me semble que l'évolution technologique est une évolution complémentaire qui ne remplacera pas au final la relation interpersonnelle. La qualité de la relation médecin-patient va dépendre donc de comment le médecin va se comporter avec ces technologies (rejet ou utilisation dans sa pratique). L'évolution dépendra donc de l'attitude des médecins en premier lieu et pas des technologies ou des patients (qui les utiliseront avec ou sans la participation du médecin).*

Graphique 17: L'impact de l'évolution technologique

Les rapports entre les individus et leur santé sont marqués par une évolution technologique croissante (télémédecine, mesures et transmission de données biométriques, sites internet sur la santé, etc.). Selon vous, quel sera l'impact de cette évolution sur la relation médecin-patient en 2015?



Les experts mettent également en évidence le développement d'un autre type de relation basée sur des rappports plus fréquents avec les professionnels de la santé, sur une compétence et une implication plus poussées. L'importance du contact humain, sans lequel la relation médecin-patient perd de sa valeur, est mise en exergue par les experts.

- *Rapport plus fréquent et plus informel.*
- *L'augmentation de la décision renforcera le lien et sa qualité.*
- *L'amélioration de la compétence et de l'implication du patient génère un rapport adulte-adulte favorable.*
- *Transmission d'informations pertinentes facilitée entre patients et soignants.*
- *En même temps que ces ressources se développent, se développera un besoin de contact humain qui équilibrera la balance.*
- *Aucune technologie ne remplace un contact humain mais le travail de l'humain devient de plus en plus cher donc on essaie de s'en passer.*
- *La multiplication des intervenants et l'augmentation des contacts indirects iront dans le sens d'une perte dans la relation médecin-patient.*

Finalement, les experts mentionnent le rôle du médecin généraliste en lien avec les nouvelles technologies, évoquant d'une part les difficultés rencontrées par le médecin dues notamment à l'accès à l'information par les patients, et d'autre part soulignant l'importance grandissante de son rôle de conseiller:

- *Question de responsabilité: par manque de courage ou de compétences, de nombreux médecins ont de la peine à entrer en dialogue avec un patient «informé».*
- *Le patients s'informent beaucoup et font des analogies entre ce qu'ils lisent/entendent et leur santé. «Mon voisin avait mal à la tête; on lui a trouvé un cancer du cerveau. J'ai mal à la tête, vous devez me faire un scanner.»*
- *Evolution indéniable mais difficile à gérer par le médecin.*
- *Perte de l'aura du médecin. Néanmoins, le médecin doit avoir un meilleur rôle pour guider les patient-e-s qui vont sur internet et semblent trop sûrs/es de ce qu'ils ou elles ont lu ou entendu.*

5 Médecine de premier recours et coûts

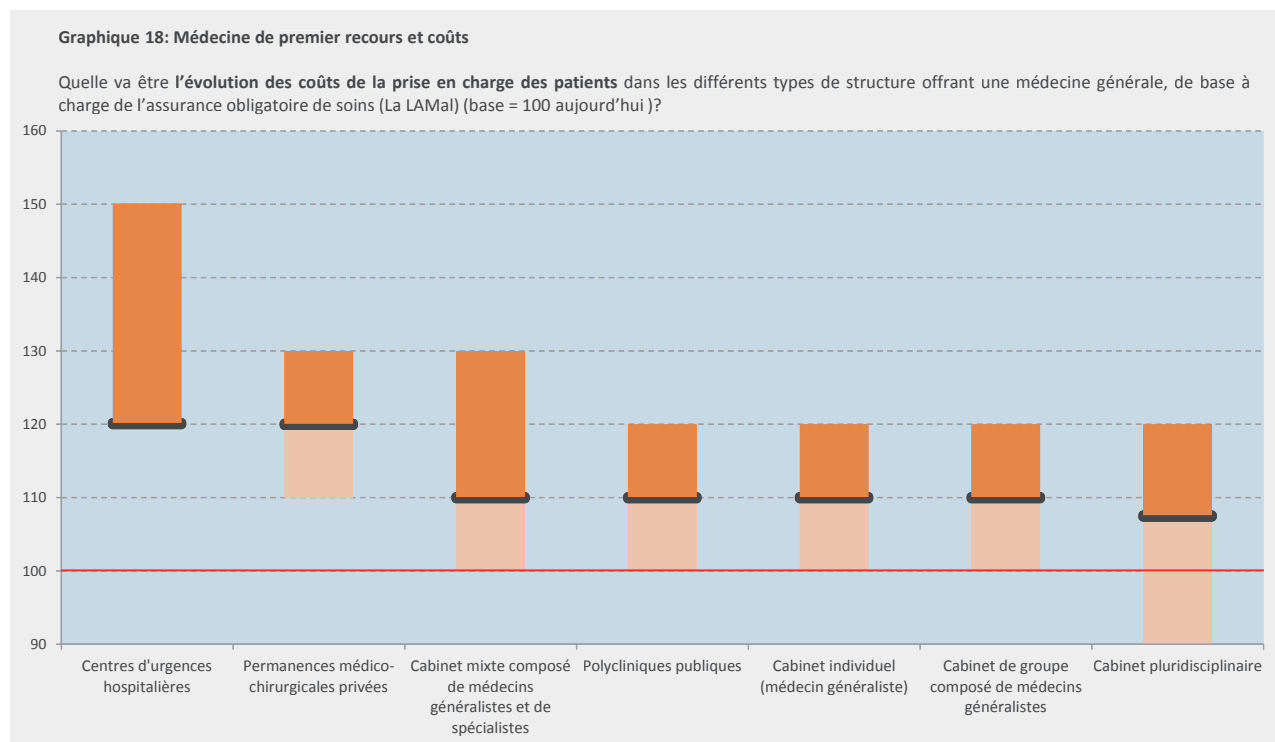
Selon l'adage bien connu «la santé n'a pas de prix mais a un coût», ce chapitre s'intéresse à l'évolution des coûts de la prise en charge des patients en médecine de premier recours et en particulier à l'évolution en fonction de différents types de structures médico-sanitaires. Il s'intéresse également à l'éventuelle augmentation de prestations remboursées par la LAMal, et notamment dans le domaine de la prévention. Enfin, il s'intéresse à l'implication future des collectivités publiques dans le financement de la médecine de premier recours.

Pour rappel, en 2010, les dépenses de santé par personne domiciliée en Suisse se sont élevées à 661 francs par mois. Les soins en milieu hospitalier (300 francs) et les soins ambulatoires (215 francs) absorbent plus des trois quarts des dépenses totales de santé [14].

5.1 Evolution des coûts de la prise en charge

Les coûts liés à la santé sont en augmentation constante que ce soit en valeurs absolues ou de manière relative et les causes de ces augmentations sont variées. Le thème abordé dans cette question concerne l'évolution des coûts de la prise en charge des patients entre les différents types de structure.

Le graphique 18 met en évidence une hausse des coûts marquée dans toutes les structures évoquées, en particulier dans les centres d'urgences hospitalières et les permanences médico-chirurgicales privées (médiane à 120 avec un quartile supérieur à 150 pour les centres d'urgences hospitalières). Concernant les autres formes indiquées, les experts s'attendent aussi à une augmentation des coûts tout en différenciant



peu ces formes de manière comparative (même médiane à 110 avec quelques différences au niveau des quartiles).

Les experts confirment la tendance vers une sollicitation accrue des «walk-in clinics», ces cliniques et permanences urbaines consultées sans rendez-vous. Ils intègrent également l'augmentation des besoins due aux malades chroniques. De manière générale, plusieurs commentaires attestent du fait que les coûts de prise en charge des patients dans ces structures vont sensiblement augmenter:

- *La situation actuelle montre que les coûts des permanences et des centres d'urgence sont beaucoup plus élevés que ceux des cabinets privés (groupe ou individuel).*
- *A (cabinets individuels): Le nombre de cabinets va diminuer donc les coûts vont diminuer. E, G et F (polycliniques publiques, permanences médico-chirurgicales privées et centres d'urgences hospitalières): les coûts de ces structures augmentent actuellement et rapidement (et il est plus difficile de contrôler leurs coûts et prestations).*
- *Les factures des médecins généralistes restent modestes. Plus l'infrastructure d'urgence est sophistiquée, plus le coût est élevé.*
- *Il est probable que le cabinet pluridisciplinaire arrive à faire des économies (certains soins dévolus aux infirmières par exemple). Il est probable que les centres d'urgence voient leurs coûts augmenter.*

De plus, les experts anticipent une augmentation globale des coûts de la prise en charge des patients de manière généralisée dans tous les types de structure:

- *Les coûts évolueront en fonction de l'augmentation de la patientèle chronique pondérée par l'évolution des différentes structures.*
- *En 2025, il n'y aura quasi plus de cabinets individuels. Ceux qui resteront risquent alors d'avoir des coûts plus élevés. Néanmoins, même si les autres types de cabinets auront moins de coûts, tout augmentera et surtout avec le vieillissement de la population.*
- *Les coûts augmenteront de toute façon mais de manière plus modérée dans certaines structures.*

Pour justifier l'augmentation de ces coûts, les experts avancent des hypothèses et des facteurs variés:

- *L'évolution des coûts est probablement plus liée à des facteurs démographiques et globaux du système de santé et peu à la structure de l'institution de soins.*
- *Tout dépend du nombre et du type de prestations fournies et de l'équipement à disposition. La rémunération tarifaire officielle des infirmières jouera un rôle important.*
- *Cela dépend si l'on parle de coûts par cas ou de l'augmentation des volumes des consultations. On peut espérer une valorisation de l'activité des médecins par une adaptation des tarifs.*

Dans un contexte d'augmentation globale des coûts, des experts estiment que les différents types de structure de soins subiront des transformations:

- *Le recours aux structures «self-service» augmente. C'est ce genre de chose que veut la population. C'est probablement le privé qui saura réagir le plus vite à l'évolution de la demande.*
- *Distinction entre cabinet pluridisciplinaire et permanence pas nécessaire car les permanences se transforment en cabinet pluridisciplinaire.*

Malgré une claire tendance vers une augmentation des coûts de la prise en charge des patients, certains experts évoquent la possible baisse relative de ces coûts, notamment grâce à un possible renforcement de la collaboration au sein des différentes structures:

- *Une bonne organisation de réseau interdisciplinaire pourrait amener à une baisse relative des coûts.*
- *Economicité accrue des structures ambulatoires pluridisciplinaires par rapport au cabinet individuel.*
- *Les structures interprofessionnelles devraient avoir un impact positif sur les coûts. Les structures de prise en charge ponctuelles plutôt négatif.*

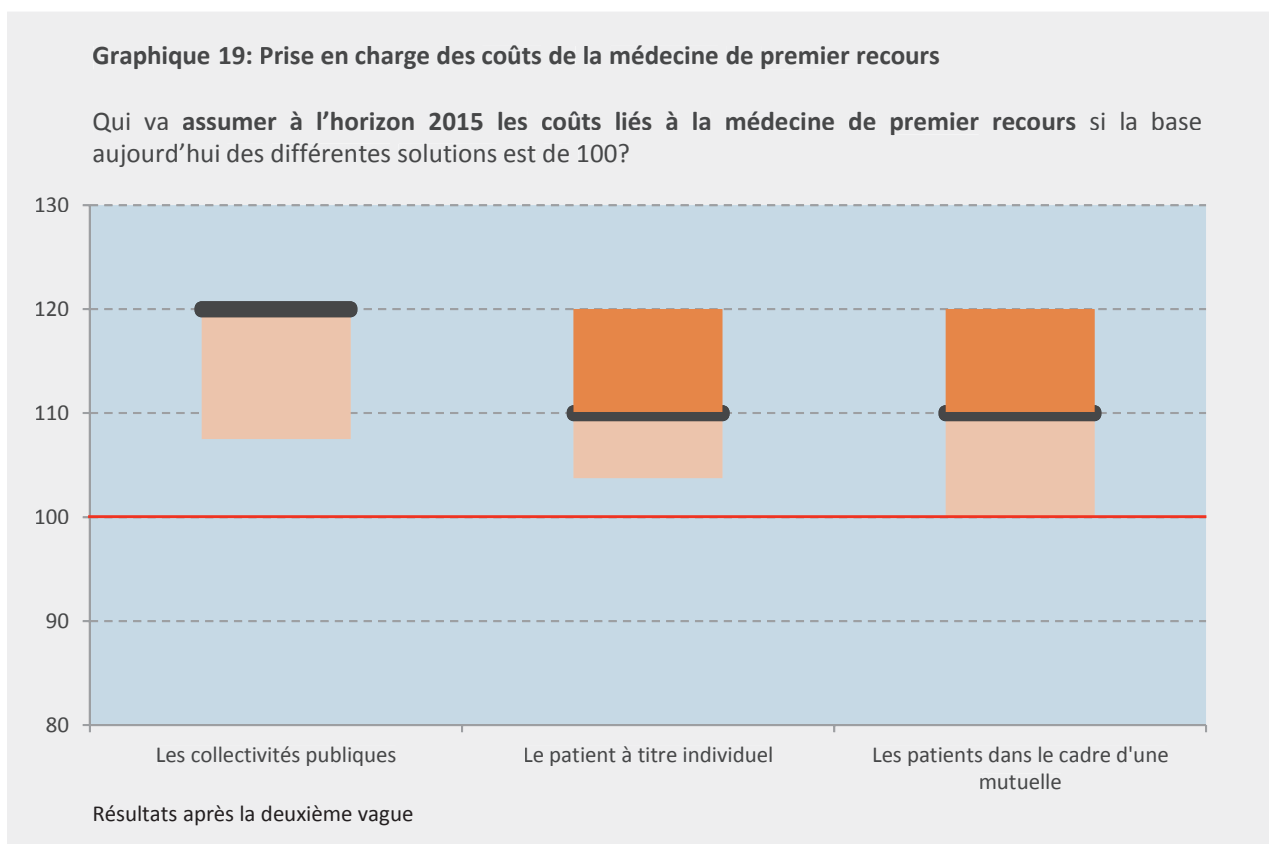
5.2 Prise en charge des coûts de la médecine de premier recours

Le deuxième thème en lien avec les coûts de la médecine de premier recours touche à la répartition des coûts entre les patients à titre individuel, les patients dans le cadre d'une mutuelle ou les collectivités au travers de leur budget.

Le graphique 19 indique que les collectivités publiques devraient, de manière comparative, assumer une part plus importante des coûts liés à la médecine de premier recours (médiane à 120). Quant aux patients, ils doivent aussi s'attendre à devoir prendre en charge des coûts additionnels et ce, indépendamment du fait qu'ils l'assument au travers de leurs primes à une assurance ou de manière directe (même médiane à 110).

Nombre de commentaires des experts ont trait à l'augmentation des coûts de manière marquée pour les collectivités publiques. Ils soulignent que ces dernières devraient subir de manière plus importante la répartition des coûts à l'horizon 2025:

- Les assureurs réussiront, par le biais des franchises, à diminuer leurs charges sur la médecine de premier recours, laissant l'augmentation du coût lié au vieillissement de la population aux patients à titre individuel et les collectivités publiques dans une moindre mesure pour les situations sociales difficiles et dans les régions reculées. Il s'agit d'une prévision allant dans le sens regrettable d'une poursuite de l'érosion du mutualisme.
- Pour assurer la répartition territoriale, les collectivités devront s'impliquer spécialement.
- La Suisse est un des pays du monde où la part payée par le patient est la plus haute et où celle payée par la collectivité est la plus basse. La tendance devra s'inverser sous peine d'implosion.
- Pour les gens aisés, assurance privée, pour les autres, participations des collectivités publiques!
- Le transfert des caisses vers le patient/les collectivités va se poursuivre.
- Le patient ne pourra plus être ponctionné davantage. Il l'est déjà au maximum. De plus, nombre d'entre eux lâchent leurs assurances complémen-



taires. Donc à ce moment c'est l'Etat (à travers les impôts) qui devra payer.

- A moins d'un changement «révolutionnaire» du système d'assurance (très peu probable), les collectivités publiques seront bien sûr forcées de mettre la plus grosse part.

Toutefois, certains experts mettent en avant que les coûts seront aussi également reportés de manière substantielle vers les patients à titre individuel:

- De plus en plus de frais seront assumés par les patients. Pourcentage plus élevé sur les médicaments.
- Les patients aisés (privés) assumeront davantage à titre individuel.
- Le payeur reste le même: le citoyen. Probablement que le système va se diriger vers une accentuation de la part individuelle «out of pocket» en raison de soins de plus en plus individualisés.
- Il y aura un transfert vers la collectivité de par la paupérisation d'une frange de la population et une poursuite du transfert vers le patient à titre individuel pour ceux qui pourront continuer à payer.

Lorsque les experts évoquent l'implication des assureurs dans la prise en charge des coûts, ils voient différentes évolutions possibles, notamment la diminution des prestations sous le couvert de l'assurance obligatoire et la mutualisation des coûts dans l'assurance complémentaire:

- Diminution des catalogues des prestations, de la prise en charge par les assureurs dans le cadre de la LAMal.
- La mutualisation devrait voir sa part diminuer dans le cadre de l'assurance obligatoire mais augmenter dans les assurances complémentaires.
- Il est clair que les assureurs ou l'assureur unique devra mutualiser la progression des coûts. Peut-être une «fiscalisation» de la dépense pour participer à leurs maîtrises équitables?

Finalement, certains experts jugent que l'évolution dans la prise en charge des coûts de la médecine de premier recours ne devrait pas faire l'objet d'un changement majeur. Dans ce sens, ils relayent dans leurs propos un avis sur la persistance du système actuel,

voire d'une évolution linéaire pour les trois groupes d'acteurs:

- Même si le modèle de financement change, les sources de celui-ci ne changeront pas. La répartition actuelle permet une équité saine entre les différents acteurs dans l'effort financier. Si une modification devait intervenir, il y a un risque qu'il y ait une polarisation sur les intérêts d'un des groupes.
- S'il n'y a pas de changement structurel profond, la répartition ne va probablement pas changer.
- Un mélange des trois, comme à l'heure actuelle.

5.3 Prise en charge de nouvelles prestations par la LAMal

De nouvelles prestations pourraient être prises en charge par l'assurance maladie de base obligatoire.

Cinq d'entre elles ont été proposées aux experts et ceux-ci se sont prononcés sur la probabilité de leur introduction dans le catalogue de base des prestations prises en charge par la LAMal.

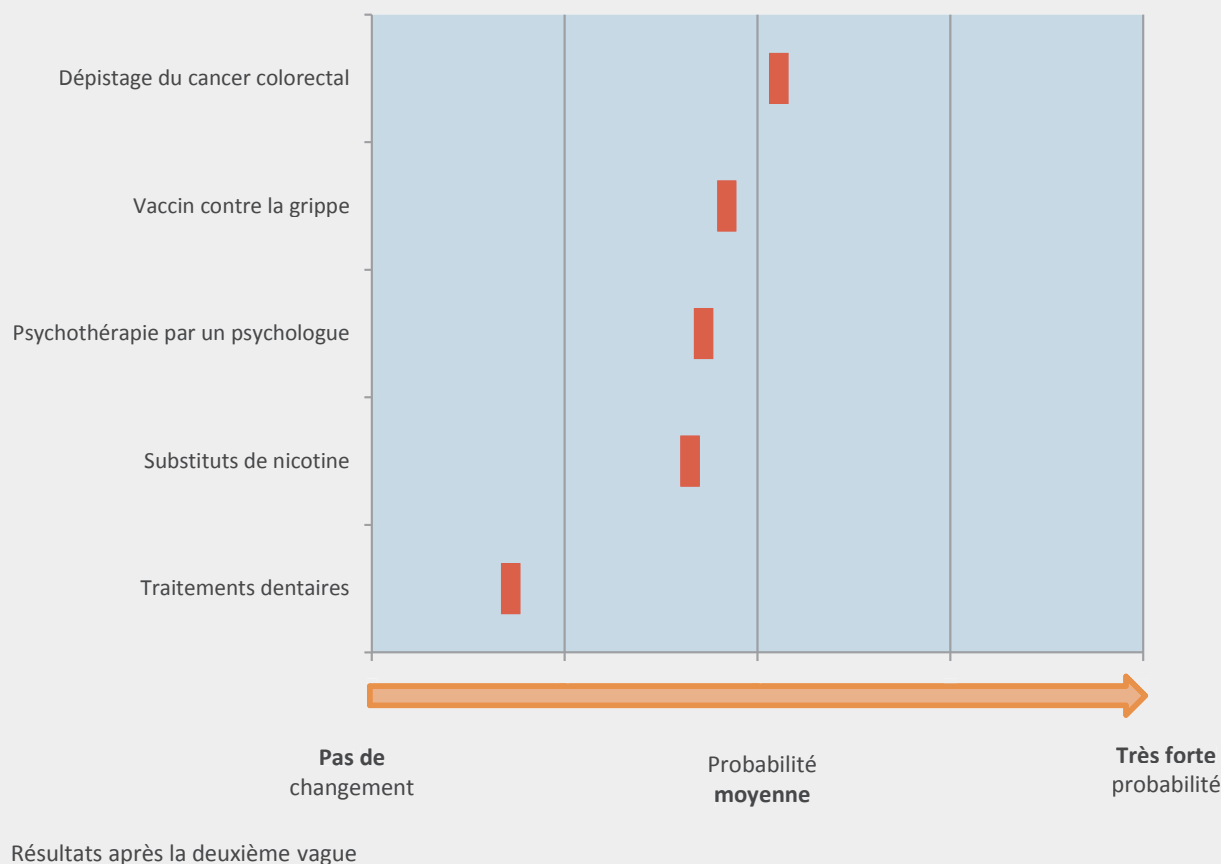
Les résultats quantitatifs contenus dans le graphique 20 montrent la probabilité que des prestations médicales soient prises en charge par la LAMal. Si les experts pensent que les traitements dentaires ne devraient pas être pris en charge à terme (probabilité nulle à faible), il en va différemment pour d'autres prestations comme le vaccin contre la grippe, les psychothérapies ou encore les substituts de nicotine (probabilité faible à moyenne). Les experts voient une prestation, le dépistage du cancer colorectal, qui devrait plus vraisemblablement être prise en charge par la LAMal (probabilité moyenne à forte).¹

De manière générale, les experts sont réservés quant à la prise en charge de prestations médicales supplémentaires par l'assurance maladie de base obligatoire. A ce titre, ils évoquent la résistance politique liée une extension des prestations prises en charge par la LAMal. Le facteur des coûts qui pourrait tantôt être à l'origine de l'inclusion d'une nouvelle prestation et

¹ Depuis cette enquête, l'OFSP a annoncé en juillet 2013 le remboursement du dépistage du cancer colorectal sous certaines conditions (www.bag.admin.ch)

Graphique 20: Prestations prises en charge par la LAMal

Quelles **prestations médicales** pourraient être à l'avenir prises en charge par l'assurance maladie **obligatoire** (LAMal) pour les patients adultes? Quelle pourrait être l'évolution quant à leur prise en charge par la LAMal?



tantôt justifier le statu quo pour éviter une augmentation des coûts est avancé:

- *J'attends peu d'évolution quant au catalogue des prestations: la suppression de la moindre prestation provoque des levées de bouclier et le moindre ajout fait augmenter les coûts.*
- *Actuellement, les assureurs ne souhaitent pas étendre le catalogue des prestations.*
- *La résistance à toute extension de la prise en charge risque de rester forte. Mais pour des mesures susceptibles d'engendrer des économies immédiates (grippe) et dont l'efficacité devrait être démontrée (substituts), il y a sans doute une petite chance.*
- *Je ne m'attends pas du tout à un élargissement du catalogue de prestations couvertes. Concernant la*

psychothérapie par un psychologue, possibilité de prendre en charge dans la perspective d'une économie par rapport au psychiatre.

La probabilité de voir certaines de ces prestations incluses dans l'assurance maladie de base obligatoire peut, selon les commentaires des experts, dépendre du fait qu'il s'agisse d'une mesure préventive ou que la prestation soit considérée comme relevant de la responsabilité individuelle:

- *Une tendance «moralisante» dans la société s'opposera avec succès au remboursement de dérivés de la nicotine. Des mesures préventives contre le cancer du côlon pourraient par contre avoir une chance dans la foulée des dépistages pour le cancer du sein.*

- *Le monde politique est difficile à convaincre quant à la nécessité de mesures préventives.*

De manière plus spécifique, les experts mettent en avant une opposition des médecins-dentistes quant à l'inclusion des traitements dentaires dans le cadre de la LAMal:

- *Pour des raisons similaires de responsabilité personnelle, la «carie» ne sera pas prise en charge d'autant plus que les médecins dentistes refuseront d'entrer dans le cadre de la LAMal.*
- *L'opposition de la profession dentaire à la prise en charge assurantielle des soins dentaires devrait être très forte.*

Ils soulignent également la possibilité que certaines prestations soient prises en charge par les collectivités publiques au lieu d'une prise en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire de base:

- *Le dépistage du cancer colorectal se fera dans le cadre de programme cantonal avec de l'argent public.*
- *Je vois plutôt la vaccination pour la grippe être prise en charge par les collectivités.*

6 Les professions médicales et la médecine de premier recours

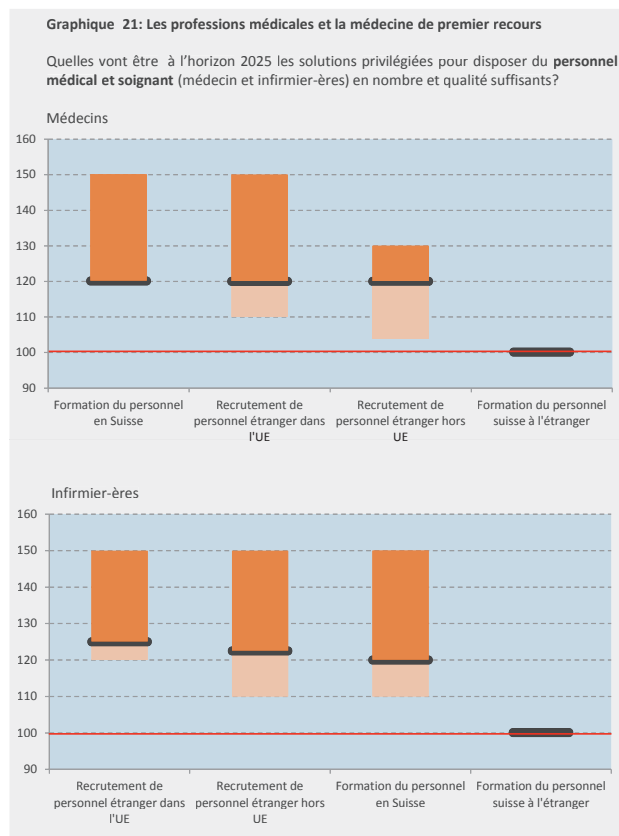
Ce chapitre aborde la problématique de la formation des médecins et des infirmiers-ères ainsi que l'immigration de médecins généralistes européens et non européens. Il s'intéresse également à l'autonomisation voire la responsabilisation d'autres professionnels de santé en médecine de premier recours tels que les infirmières ou les pharmaciens, un sujet parfois émotionnel! Des tâches seules seront-elles déléguées ou la responsabilisation le sera-t-elle également?

On notera de manière introductive que, dans les pays de l'OCDE, la migration joue un rôle important puisque, en moyenne, 18% des médecins et 11% des infirmiers-ères sont des migrants. Cette population est encore plus importante en Suisse où 30% des professionnels de la santé (médecins et infirmiers-ères) sont d'origine étrangère [8].

6.1 Formation du personnel médical et soignant

La première question de ce chapitre aborde les solutions privilégiées par les experts pour disposer du personnel médical et soignant en nombre et qualité suffisants à l'horizon 2025. Le graphique 21 présente les résultats quantitatifs concernant respectivement les médecins et les infirmiers-ères.

Concernant la formation des médecins, trois tendances se dégagent des résultats: 1) La première concerne la formation du personnel en Suisse et le recrutement de personnel étranger dans l'UE; avec une médiane de 120 et une certaine convergence des avis vers le haut, ces deux solutions sont privilégiées; 2) le recrutement de personnel étranger hors UE est également une solution qui est privilégiée, avec une médiane de 120, mais sans convergence des avis vers le haut; 3) les experts sont unanimes sur le fait que le recours à la formation du personnel suisse à l'étranger



ne devrait pas connaître de changement à l'horizon 2025 par rapport à la situation actuelle.

Concernant la formation des infirmiers-ères, les résultats divergent peu. La formation du personnel suisse à l'étranger devrait rester une option, mais pas une solution privilégiée. Le recrutement du personnel étranger dans l'UE (médiane de 125), hors UE (122) et la formation du personnel en Suisse (120) seront des solutions privilégiées, selon les experts.

Dans la partie qualitative, l'importance du recrutement de personnel médical et soignant à l'étranger est soulignée par les experts:

- *Malgré la conscience d'appauvrir les ressources humaines, formées dans d'autres pays leur «importation» va croître.*
- *Le recrutement à l'étranger restera un pilier important dans la politique du marché du travail.*
- *La Suisse ne pourra sans doute pas former à elle seule l'ensemble des médecins et des infirmiers dans l'ensemble des spécialités.*
- *Efforts de recrutement à l'étranger déjà très importants pour les infirmières.*

Les experts évoquent, par ailleurs, la question de l'attractivité de la Suisse pour le personnel formé à l'étranger et la crise économique:

- *Le niveau des salaires, la situation économique en Suisse vont rester de puissants aimants, motivant la venue en Suisse de personnel formé à l'étranger.*
- *Comme certains pays d'Europe sont en crise, les soignants pourraient continuer à venir dans notre pays, jusqu'à ce qu'un cadre éthique (code éthique de l'OMS) ou législatif ne limite l'immigration. La solution de former à l'étranger nécessite encore de pouvoir recruter les jeunes, en concurrence avec les autres secteurs d'activités.*

Les experts mettent en avant la réflexion éthique autour de la question du recrutement à l'étranger. Dans ce sens, certains estiment que la nécessité de recrutement de personnel médical et soignant pour couvrir les besoins de la Suisse ne doit pas se faire en défaveur des efforts des autres pays pour assurer leur propre main-d'œuvre qualifiée. En lien avec ces considérations, les experts évoquent à plusieurs reprises la mise en place d'un code éthique supranational (OMS par exemple):

- *Nous devons former notre propre personnel et ne pas prendre aux autres pays les personnes formées à leurs frais.*
- *Améliorer l'attractivité des études pour les médecins et les infirmières et éviter de «vider» les régions hors Europe de leur personnel soignant qualifié. Cela doit être une décision politique.*

Plusieurs commentaires des experts portent sur la formation en Suisse: la situation actuelle et les perspectives futures. Certains experts soulignent que des efforts de formation sont actuellement en cours tandis

que d'autres relèvent les limites d'une augmentation de la formation en Suisse:

- *La formation des professionnels dans notre pays augmente, toutefois les structures pour les accueillir sont déjà saturées.*
- *Pour les soins infirmiers, les mesures de renforcement de la formation en Suisse prises il y a plusieurs années, produiront leurs effets dès 2025.*
- *Former plus en Suisse est une illusion: former plus de médecins est cher (charge pour les cantons!) et plus d'infirmières guère possible en raison de la démographie négative (trop peu de jeune en général).*
- *Guère faisable d'envisager une modification radicale du système de formation en Suisse car les jalons devraient être jetés dès maintenant et ce n'est pas le cas.*
- *L'effort de formation des médecins suisses sera minorisé par la généralisation des temps partiels. Pour compenser, nous assisterons à un afflux de médecins surtout de la Communauté européenne (surtout Est et Sud) et aurons à fournir un effort de formation local en personnel infirmier de pratique avancée.*

Ainsi, certains experts relèvent le besoin de renforcer la formation de manière qualitative:

- *Nous devons absolument renforcer la formation en Suisse par de meilleures incitations.*
- *L'effort doit être mis sur la formation en Suisse. Mais pas seulement sur le plan quantitatif. La qualité de la formation déterminera la performance, un médecin mal formé coûte cher et gaspille beaucoup de ressources (examens et traitements).*

En outre, concernant la pratique des soins infirmiers, les experts relèvent une tendance à la spécialisation de la formation:

- *Concernant les infirmières, «l'académisation» de leur formation la rend moins accessible et exclut de nombreuses tâches qui doivent être accomplies par des «aides en soins communautaires» avec comme conséquence une hiérarchisation de l'activité.*
- *Formation d'infirmier-ère-s très spécialisé-e-s en grand nombre dont le rôle dans la prise en charge n'est pas déterminé politiquement.*

6.2 Autonomisation et responsabilisation des professionnels de la santé autres que les médecins

Cette section fait part des avis des experts concernant les développements en termes d'autonomisation et de responsabilisation des professionnels de la santé autres que les médecins.

Le graphique 22 indique que tous les professionnels de la santé autres que les dentistes verront leur autonomie et leur responsabilité augmenter. C'est tout particulièrement vrai pour les psychologues et les infirmiers-ères.

La partie qualitative montre que deux interprétations des experts se distinguent quant à l'autonomisation et la responsabilisation des professionnels de la santé autres que les médecins. Pour les uns, un développement allant dans le sens d'une responsabilisation et d'une autonomisation est envisagé, notamment pour les infirmiers-ères, les pharmaciens-ennes et les psychologues:

- *L'évolution récente, et les tendances observées socialement, semblent aller dans le sens d'une auto-*

nomisation accrue des métiers de soin anciennement «paramédicaux».

- *Délégation de la prise en charge des maladies chroniques aux infirmières (dès que leurs prestations pourront être facturées). Délégation des traitements psy aux psychologues déjà effective.*
- *Responsabilisation plus importante des infirmier-ère-s et un peu moindre des pharmaciens-ennes dans le cadre du modèle «primary care».*

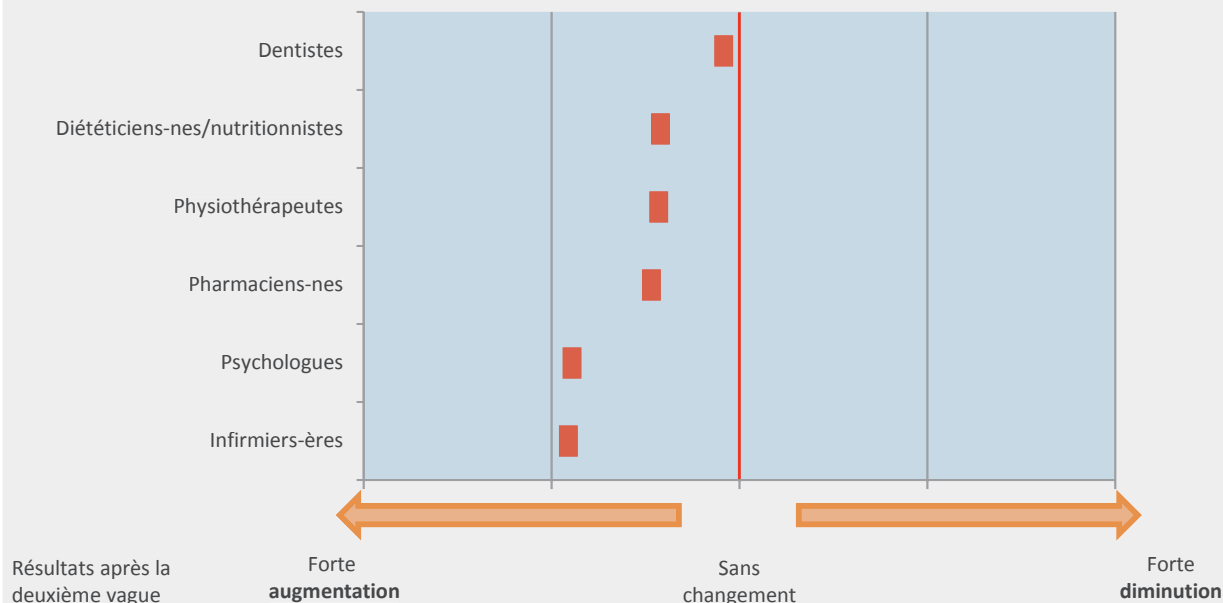
Tandis que d'autres sont plus réticents quant à une autonomisation et une responsabilisation accrue des dentistes et pharmaciens-ennes:

- *Je pense que les pharmaciens ne vont pas augmenter en autonomie de par l'augmentation de chaînes au détriment des officines de quartier.*
- *Les dentistes sont déjà au bénéfice d'une large indépendance (en égard déjà à la faible implication du «tiers-assureur»).*

Les experts mettent, en outre, en avant dans leurs commentaires des raisons et des facteurs liés à ce

Graphique 22: Autonomisation et responsabilisation des professionnels de la santé

Quels sont les développements attendus en matière d'**autonomisation** (par ex. facturation) et de **responsabilisation** (par ex. prescription) **des professionnels de la santé autres que les médecins**? Est-ce que cette autonomisation et la responsabilisation vont augmenter ou au contraire diminuer pour les professions indiquées?



développement. Ainsi, ils évoquent la pénurie, l'amélioration de la prise en charge et la diminution des coûts comme étant des éléments d'influence sur ce développement:

- *On n'augmentera l'autonomie des professions paramédicales que si cela va dans le sens d'une diminution des coûts.*
- *La volonté de mieux coordonner les soins et surtout la prise en charge des patients pousseront à une plus grande responsabilisation et implication des infirmiers-ères et pharmaciens-ennes, d'autant plus vu la pénurie actuelle dans la médecine de premier recours.*

Les experts évoquent également la prévention et la progression de la demande comme facteur d'implication des différents acteurs dans la prise en charge:

- *C'est une tendance générale pour faciliter l'accès aux soins et pour améliorer la prévention.*
- *Concernant l'augmentation des psychologues, participation à la prévention en général. Pour l'augmentation des infirmier-ère-s, dentistes et diététiciennes en raison de la forte progression de la demande.*

Les experts s'expriment également sur les conséquences de cette délégation observée qui ouvre la problématique de la répartition des tâches et surtout de la responsabilité de la prise en charge:

- *Il n'est pas souhaitable d'augmenter le nombre de prescripteurs par exemple. En effet, cette mesure aurait par exemple comme effet de ne pas définir clairement qui est le leader dans la coordination sur la prise en charge. Je pense que le leader doit rester le médecin.*
- *Une répartition des tâches entre médecins, pharmaciens et infirmières sera indispensable.*
- *Cela dépendra du type de système de soins de premier recours qui sera établi. Le médecin devrait rester le prescripteur mais pouvoir déléguer la mise en œuvre, ex. les professionnels ainsi mandatés assureraient la responsabilité de leur intervention et de la facture.*

6.3 Délégation des tâches de prise en charge aux infirmiers-ères

Le graphique 23 traite de la répartition des tâches de prise en charge des patients.

Dans la mesure où ils agissent sur la base d'actes délégués par les médecins, les infirmiers-ères devraient assumer plus de tâches de coordination et plus d'actes techniques. Par contre, le diagnostic et la prise de décision thérapeutique devraient très largement rester de la compétence des médecins.

Les aspects qualitatifs expliquent cette évolution prévue par les experts en spécifiant différents aspects de la prise en charge où un transfert des responsabilités pourrait avoir lieu.

D'un côté, les experts interrogés se prononcent sur les aspects de décision thérapeutique et de diagnostic dans la prise en charge médicale. Si certains voient une évolution allant dans le sens d'une délégation de la prise de décision thérapeutique et du diagnostic pour certaines prises en charge, d'autres nuancent cela par la responsabilité primaire qui devrait rester en mains du médecin:

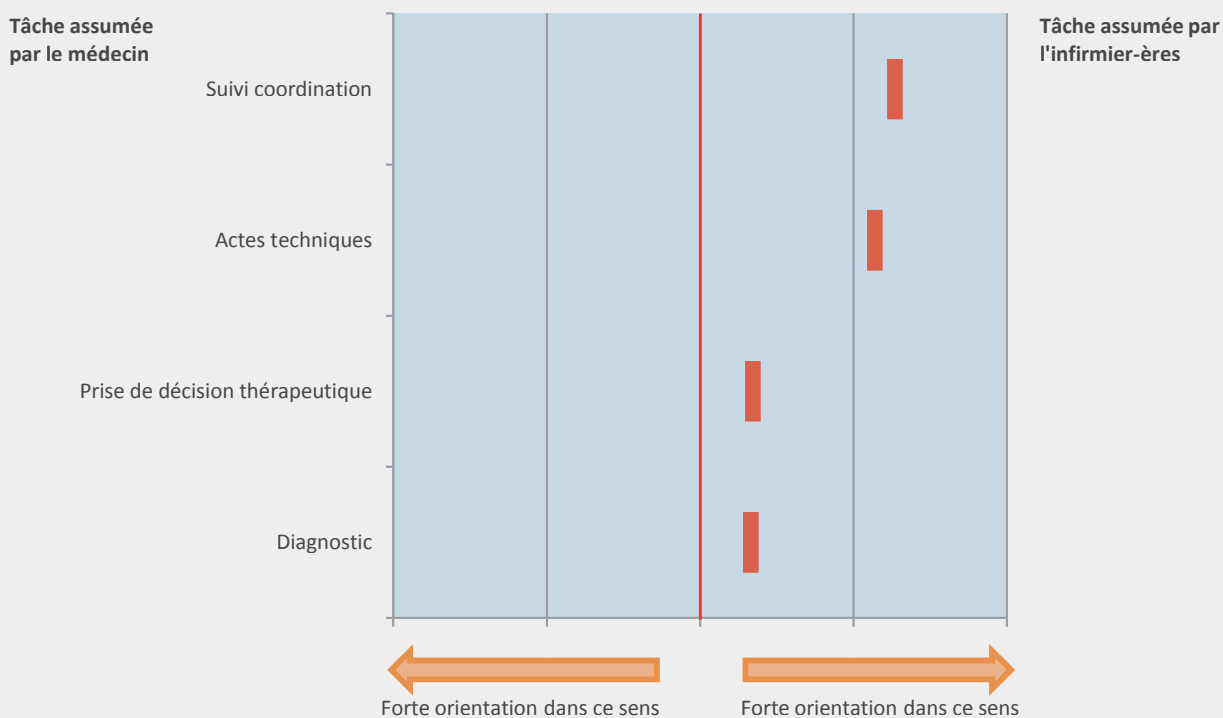
- *Le transfert se fera pour le diagnostic de problématiques simples ainsi que dans la décision thérapeutique, dans ce secteur, selon un cadre protocolaire bien défini. Le transfert sera plus important dans le suivi de maladies chroniques.*
- *Il est primordial que le diagnostic soit fait par le médecin qui délègue ensuite l'acte technique à l'infirmier-ère, mais reste le chef d'orchestre. Il doit peut-être apprendre davantage à déléguer, particulièrement en cabinet.*

D'un autre côté, des experts pointent une évolution particulière dans les aspects de la prise en charge touchant au suivi et à la coordination ainsi qu'aux actes techniques. Ils affirment alors qu'une délégation plus importante dans ces aspects de la prise en charge peut se produire:

- *Il est primordial que le diagnostic ainsi que la prise en charge thérapeutique restent dévolus exclusivement au médecin traitant, mais certains actes techniques, le suivi et la coordination du traitement pourront être dévolus à l'infirmière spécialisée sous le contrôle du médecin.*

Graphique 23: La répartition des tâches entre médecins et infirmier-ères

Comment vont se répartir à l'avenir les tâches de prise en charge des patients en tant qu'actes délégués par les médecins auprès des infirmier-ères?



- Des infirmières adéquatement formées seront intégrées dans le suivi des patients, notamment chroniques; une supervision médicale reste indispensable.

En outre, les commentaires des experts mettent en lumière des facteurs qui interviennent dans cette évolution: la pénurie de médecins, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques:

- Pas de changement notable au niveau thérapie et technique pour les patients aigus mais augmentation du rôle infirmier pour les patients chroniques et dans le domaine du suivi de coordination.

Une évolution dans le sens de la délégation du médecin vers l'infirmier-ère se laisse, d'après certains experts, déjà constater aujourd'hui. Par ailleurs, une évolution semblable dans la prise en charge médicale

par les pharmaciennes est évoquée par l'un des experts interrogés:

- Tendances à l'autonomisation des prises en charges déjà observée aujourd'hui.
- A noter qu'en milieu ambulatoire, la même évolution va se faire avec les pharmaciens notamment pour tout ce qui concerne la pharmacothérapie et la prévention.

6.4 Implication des acteurs dans la formation des professionnels de la médecine de premier recours

Cette section aborde la question de l'implication des autorités cantonales et fédérales, des universités et hautes écoles spécialisées, des organisations professionnelles et des acteurs privés à l'horizon 2025 quant à la formation dans le domaine de la médecine de premier recours.

Il y a une claire volonté des autorités académiques d'augmenter le nombre des diplômés en médecine chaque année.

Trois tendances se dégagent des résultats même s'il convient de conserver une certaine réserve du fait de l'importance des quartiles (voir le graphique 24). Premièrement, une implication accrue des autorités cantonales est à prévoir. La médiane pour ce groupe d'acteurs se situe à 130. Deuxièmement, les autorités fédérales, les universités et HES et les organisations professionnelles devraient également s'impliquer davantage, avec une médiane de 120. Troisièmement, les acteurs privés ne devraient pas jouer un rôle différent du rôle exercé actuellement dans la formation du domaine de la médecine de premier recours. La médiane étant en effet à 100, ce qui correspond à un statu quo. L'implication des acteurs privés dans la formation devrait ainsi comparativement devenir faible par rapport aux autres catégories.

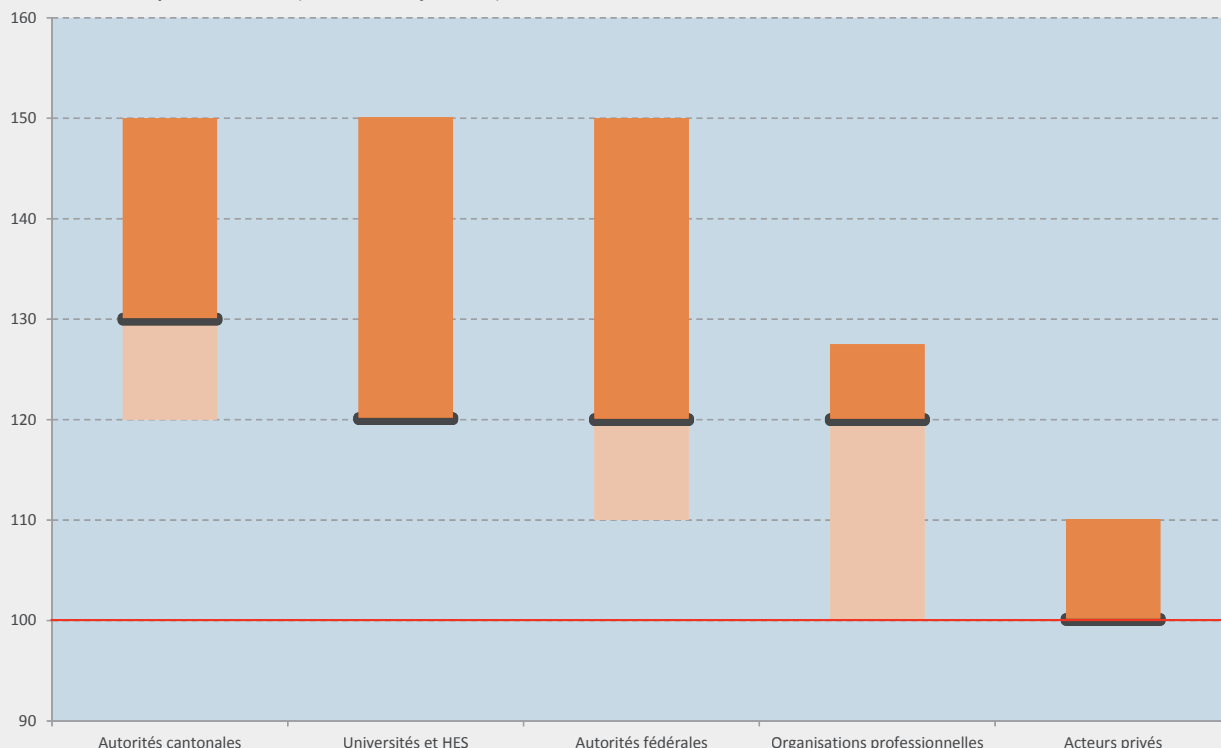
Les commentaires de la partie qualitative détaillent l'implication souhaitée des autorités cantonales et fédérales et soulignent des aspects jugés importants comme les finances et la coopération entre acteurs.

Des experts soulignent tout d'abord l'importance de l'implication au niveau cantonal pour former les professionnels de la médecine de premier recours:

- *Face à un manque de vision à l'échelon fédéral et à un trop grand contrôle par les lobbies, je vois l'échelon cantonal s'impliquer fortement en sponsorisant les projets menés par les universités et les HES, sous concours des acteurs privés ou d'organisations professionnelles au-delà de ce qui est fait actuellement.*
- *Ce sont avant tout les cantons et leurs centres de formation qui porteront l'effort, les organisations professionnelles étant limitées dans leurs capacités.*
- *Les acteurs principaux se situent au niveau cantonal (autorités et écoles).*

Graphique 24: Implication des acteurs dans le domaine de la médecine de premier recours

Comment vont s'impliquer les acteurs suivants à l'horizon 2025 pour avoir suffisamment de professionnels formés dans le domaine de la médecine de premier recours (base = 100 aujourd'hui)?



Ensuite, les experts évoquent également dans leurs commentaires l'engagement des autorités fédérales:

- *Rôle facilitateur pour la Confédération (peu de cantons sans écoles).*
- *La marge des universités est faible et elles doivent former tous les médecins. Il est possible que la Confédération crée des incitatifs pour les universités et pour les hôpitaux en formation post graduées.*
- *Décisions cadres des autorités fédérales ou inter-cantonaux (CDS).*

En lien avec cette question sur la formation des professionnels de la médecine de premier recours, les experts mettent en avant la question financière. Dans ce sens, l'évolution attendue dépendra du financement apporté par les différents acteurs et leurs capacités:

- *L'évolution positive ne peut reposer que sur les hautes écoles et le financement public.*
- *L'intérêt des universités dépendra du soutien financier des autorités publiques.*

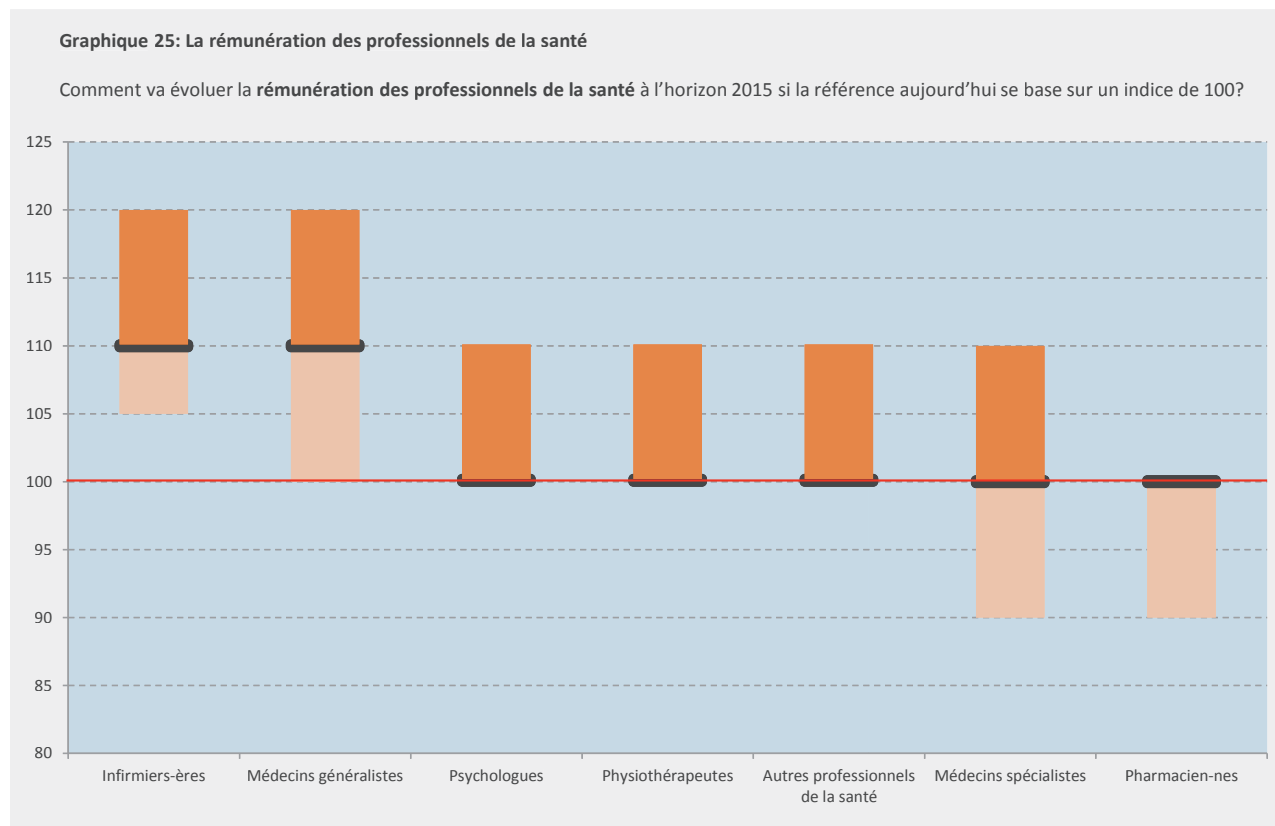
Pour finir, les experts évoquent la nécessité d'une collaboration et d'une coopération entre les différents acteurs:

- *Seules des mesures coordonnées à différents niveaux permettront d'améliorer la situation actuelle d'où une forte implication des acteurs politiques et des organisations professionnelles.*
- *Tous les acteurs publics et privés doivent se coordonner dans ce but.*

6.5 Rémunération des professionnels de la santé

Cette partie concerne l'évolution de la rémunération des professionnels de la santé à l'horizon 2025.

Le revenu médian des médecins suisses est de 187'000 francs et 50% des revenus se situent entre 112'000 et 293 000 francs. En médecine générale, la valeur médiane est à 197'000 francs. Pour comparaison, la valeur médiane des spécialistes en psychiatrie



et en psychothérapie pour enfants/adolescents est de 110'250 francs et se monte à 405'050 francs pour les neurochirurgiens [1].

De manière générale, les experts prévoient une évolution positive pour la rémunération des infirmières et des médecins généralistes (médiane à 110) et une stagnation pour celle des psychologues, physiothérapeutes, autres professionnels de la santé et médecins spécialistes (médiane à 100). Concernant les pharmaciennes, les perspectives de rémunération semblent plutôt être orientées vers une stagnation voire une baisse de celle-ci (quartile inférieur à 90).

Malgré ces tendances générales montrées par le graphique, certains experts relativisent l'évolution de la rémunération des médecins généralistes et pointent une diminution pour certaines professions, notamment pour les médecins spécialistes.

- *Les médecins généralistes ne gagneront pas plus mais les spécialistes moins et pour plus de responsabilités, les infirmières devraient gagner plus.*
- *Les médecins généralistes, dans un scénario optimiste, vont faiblement augmenter pour compenser le coût de la vie contre l'acceptation d'une délégation de leurs compétences aux infirmiers et psychologues qui eux, n'auront pas d'augmentation, voire une diminution face à l'augmentation du coût de la vie. Les spécialistes, bien organisés sauront faire face à la forte pression visant à diminuer leurs rémunérations et ne devront concéder qu'un faible pourcentage de leur revenu. Les pharmaciens, au contraire, pris dans la concurrence féroce de chaînes de distribution, verront leurs marges substantiellement chuter.*
- *Il est indispensable que les infirmières et les médecins généralistes soient mieux rétribués car ils vont être appelés à assumer plus de travail pour maintenir à flots le système de santé.*

En ce qui concerne les facteurs d'influence de cette évolution de la rémunération, les experts citent l'augmentation du coût de la vie, la pénurie des professionnels de la santé, le changement dans l'attribution des compétences et l'organisation du système de santé dont relève notamment la facturation dans le cadre de la LAMal:

- *La raréfaction et/ou l'accroissement des compétences entraînent une augmentation de la rémunération.*

- *La rémunération dépendra de l'activité facturée dans le cadre de la LAMal (qui va diminuer) et de l'activité du secteur privé, qui va exploser, pour compenser la perte de revenu intra-LAMal. Cette évolution va se faire au détriment des soins LAMal.*

6.6 Reconnaissance sociale des professionnels de la santé

L'avis des experts concernant la reconnaissance sociale des professionnels de la santé à l'horizon 2025 est présentée dans cette section.

Les résultats quantitatifs établissent trois catégories. Tout d'abord une tendance claire vers une reconnaissance sociale accrue pour les infirmières est anticipée (médiane de 120). Il en va de même des médecins généralistes avec une médiane à 110. Les autres professions énumérées (psychologues, autres professionnels de la santé, pharmaciennes, psychothérapeutes et médecins spécialistes) ne devraient pas connaître d'évolution concernant leur reconnaissance sociale (médiane à 100 avec des quartiles différents suivant les professions).

Quant à la partie qualitative, les commentaires des experts relatifs à l'évolution de la reconnaissance sociale des professionnels de la santé sont principalement centrés sur les médecins généralistes et les infirmières:

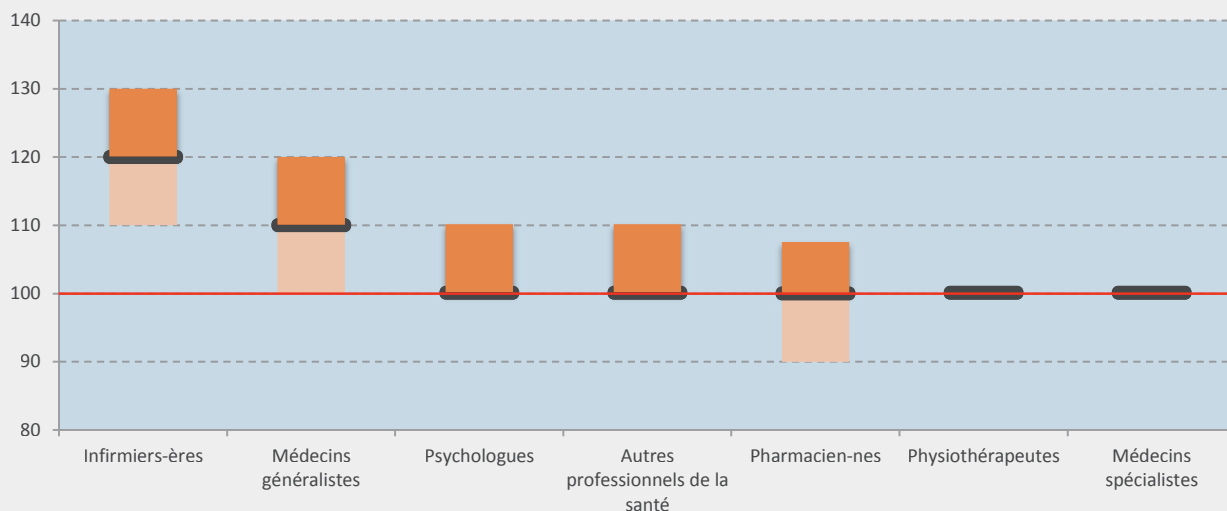
- *Leur rôle prépondérant dans la médecine de premier recours favorisera la reconnaissance sociale des généralistes et des infirmiers.*
- *La revalorisation des infirmiers par prise progressive de responsabilités va contribuer à augmenter leur reconnaissance sociale, tout comme les psychologues, les spécialistes perdront de leur prestige avec la stagnation des avancées de la science et la recherche du public pour des valeurs de compensations plus humaines.*

Les experts précisent, en outre, que la reconnaissance sociale évolue en parallèle à la rémunération des différents professionnels de la santé ainsi qu'à leur rôle et leurs responsabilités dans le système de santé:

- *Reconnaissance sociale en parallèle avec l'évolution de la responsabilisation donnée aux divers professionnels de la santé.*

Graphique 26: La reconnaissance sociale des professionnels de la santé

Comment va évoluer la **reconnaissance sociale des professionnels de la santé** à l'horizon 2015 (base = 100 aujourd'hui)?



Plusieurs experts abordent, par ailleurs, spécifiquement la reconnaissance sociale des pharmaciennes jugeant l'évolution de leur situation de manière négative:

- *Les pharmaciens risquent d'être les perdants, surtout s'ils sont rachetés par des groupes financiers. Les taxes «conseils aux patients» les ont aussi desservis même si nous en comprenons la raison.*

7 La médecine de premier recours et la pratique clinique

Ce chapitre met l'accent sur d'éventuelles contraintes que les médecins de premier recours pourraient subir dans le domaine de la santé publique, en particulier la vaccination. La tension entre responsabilités individuelle et communautaire est abordée ainsi que l'éventuel remboursement par la LAMal de prestations de prévention secondaire (les dépistages).

7.1 Recommandations pour les vaccinations

Le thème des vaccinations et de leur caractère contraignant ou non est abordé dans cette question.

Le graphique 27 révèle deux tendances distinctes. D'une part la réticence de la population envers la vaccination et son caractère obligatoire ne devraient pas

Graphique 27: Evolutions quant aux recommandations de vaccination

Actuellement, les **vaccinations** font l'objet de recommandations médicales non contraignantes au niveau national. Quelle évolution envisagez-vous pour les différentes tendances suivantes à l'horizon 2025?



changer de manière substantielle. D'autre part, des éléments comme les investissements des autorités sanitaires pour les couvertures vaccinales ou le rôle des médecins de premiers recours notamment devraient eux subir des transformations plus importantes (évolution moyenne à forte).

De manière générale, les experts soulignent une tendance allant vers des mesures contraignantes ayant tendance à limiter la liberté individuelle au profit d'un intérêt de santé publique, comme l'illustrent les commentaires suivants:

- *On voit déjà actuellement un développement des mesures contraignantes en matière de santé.*
- *La liberté individuelle a des limites dans le domaine de la santé publique.*
- *La vaccination fait partie des domaines où un renforcement de la première ligne est souhaitable et efficace.*

Plus spécifiquement, les rôles des différents acteurs qui agissent sur les problématiques liées aux vaccinations devraient évoluer et tendre vers un renforcement des médecins généralistes et des institutions (privées et publiques):

- *Difficile hélas de rendre obligatoires certains vaccins (rougeole) même si cela serait nécessaire, mais il faut accentuer le rôle incitatif important du canton par Sanimédia par exemple. Les médecins généralistes et surtout les pédiatres ont là un rôle de prévention essentiel à jouer.*
- *A noter que les pharmacies participent aux efforts de vaccinations dans plus en plus de pays (une démarche en Suisse dans ce sens est en discussion); l'accessibilité facilitée est un avantage reconnu.*

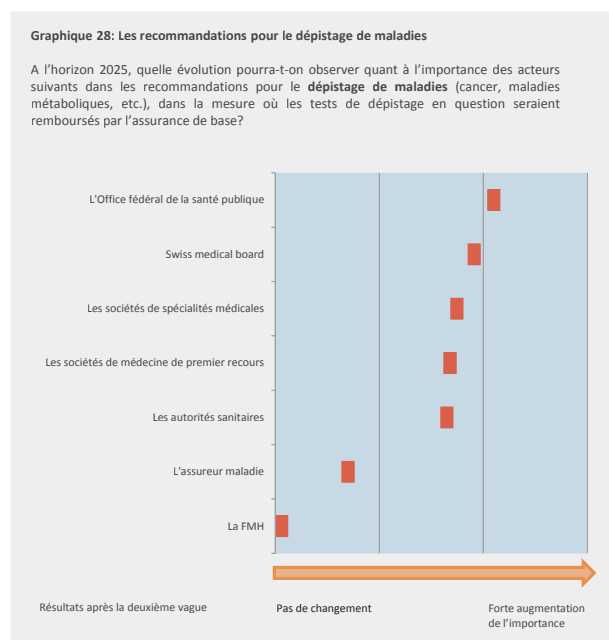
Finalement, les experts évoquent les embûches que représentent les résistances individuelles et publiques à des mesures trop contraignantes:

- *Il persistera malgré tous ces moyens une forte résistance plus ou moins rationnelle.*
- *Peu probable qu'une obligation de vaccination soit possible, même si elle est souhaitable. Toutefois, l'opinion publique devrait évoluer en faveur des vaccins, sous la pression augmentantes des maladies infectieuses.*

7.2 Recommandations pour le dépistage

Cette section aborde l'implication, à l'horizon 2025, des différents acteurs du domaine par rapport aux recommandations pour le dépistage de maladies.

Le graphique 28 met en lumière une tendance générale allant vers l'augmentation de l'importance de l'ensemble des acteurs, à l'exception de la FMH qui est en faible régression. L'intensité de l'augmentation est variée selon les acteurs, allant d'une faible augmentation pour l'assureur maladie, à une forte augmentation pour l'Office fédéral de la santé publique et le Swiss medical board notamment.



Dans la partie qualitative, les experts expriment de manière globale un renforcement modéré de l'importance du dépistage de maladies, notamment dans une perspective de réduction des coûts:

- *Le dépistage des maladies jouera un rôle très important à l'avenir. Le succès des soins de santé est dû en grande partie à la détection précoce de maladies graves. L'ensemble des acteurs seront impliqués dans ce processus.*
- *Intérêt du diagnostic précoce uniquement s'il permet une réduction des coûts globaux des maladies et améliore le pronostic pour le patient.*

D'un point de vue de l'importance des acteurs, les experts ont des avis contrastés mais soulignent la nature sensible du problème de dépistage:

- *Un organe indépendant a plus de chance de pouvoir avancer et proposer des recommandations qui sont indépendantes du porte-monnaie de quelqu'un et de conflits d'intérêts.*
- *Il serait souhaitable que l'avis soit donné par une commission fédérale ad hoc («screening commission»).*
- *Je crois beaucoup plus à une implication des soignants qu'à des implications collectives, sauf celles qui sont intéressées (assureurs).*
- *Intérêt des assureurs pour le dépistage.*

De manière plus isolée, certains avis prévoient un statu quo relatif, voire une diminution de l'importance de certains acteurs dans leur rôle de dépistage:

- *Dans les huit ans à venir, je ne vois pas de redistribution substantielle dans l'implication des différents acteurs dans les recommandations de dépistage. Les jeux d'influence devraient tendre à l'immobilité du système.*

8 Médecine de premier recours et facteurs environnementaux

Ce chapitre aborde le contexte environnemental au sens large, mais en particulier les conditions socio-économiques et migratoires qui influenceront la pratique de la médecine de premier recours en 2025.

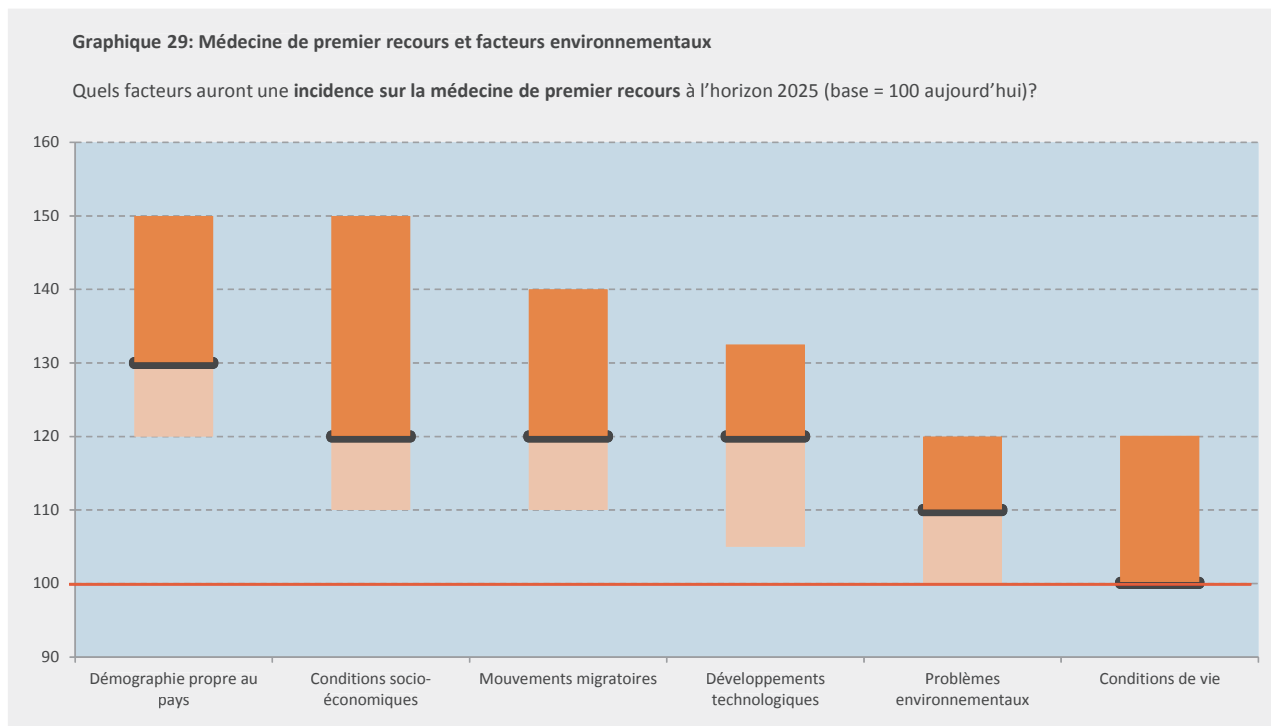
8.1 Facteurs d'incidence sur la médecine de premier recours

Dans cette partie, divers facteurs d'influence sur la médecine de premier recours à l'horizon 2025 sont passés en revue par les experts. Le graphique 29 permet d'identifier les facteurs démographiques comme étant ceux qui auront l'incidence la plus forte à terme sur la médecine de premier recours (médiane à 130). Les conditions socio-économiques, les mouvements

migratoires et les développements technologiques devraient, de manière comparative avoir tous la même incidence (médiane à 120 avec quelques différences au niveau des quartiles). Finalement, les problèmes environnementaux et surtout les conditions de vie devraient avoir une incidence réduite ou nulle sur la médecine de premier recours.

De manière qualitative, les commentaires des experts révèlent une probable transformation des conditions socio-économiques influant sur la médecine de premier recours à l'orée 2025:

- *Baisse des conditions de vie et socio-économiques avec nette augmentation de la démographie*
- *Les défis (maladies chroniques – vieillissement – comportement des gens en terme de santé...) ne manqueront pas pour les MPR.*



- *Augmentations prévisibles de l'inégalité de l'accès aux soins en fonction du statut socio-économique des patients.*
- *La médecine de premier recours suit l'évolution des facteurs responsables des maladies et connus de longue date: habitude de vie (alcool, tabac), alimentation (liée aux conditions socio-économiques)*
- *Le médecin de premier recours devra nécessairement passer d'une pratique bio-centrée à une pratique bio-psycho-social centrée.*
- *Technologie médicale-progrès souvent générateur de coût*
- *Migration = immigration-personnes plutôt jeunes - favorable.*

De manière globale, les experts prédisent une incidence plus élevée de l'ensemble des facteurs (à l'exception des conditions de vie) avec des intensités diverses:

- *Globalement, les conditions d'hygiène et de pollution sont de mieux en mieux maîtrisées, et ont de moins en moins d'impact sur la santé.*

Certains experts évoquent un avenir plutôt radieux grâce notamment à un environnement particulier et propice à relever les défis futurs:

- *La Suisse, un pays riche, un pays sain.*

9 La régulation de la médecine de premier recours

Ce chapitre concerne la vision des experts quant à l'évolution de la tension entre médecine libérale vs. médecine publique ainsi que les différents incitatifs pour contrôler l'offre et la demande dans le système sanitaire.

9.1 Accroissement vs. réduction de la régulation

La première question de ce chapitre sur la régulation de la médecine de premier recours amène les experts à traiter l'évolution de l'intensité de celle-ci à l'horizon 2025. Le graphique 30 montre un accroissement relativement fort de la régulation.

Dans la partie qualitative de cette question, les commentaires des experts ont tout d'abord trait à l'augmentation de la régulation et aux facteurs d'influence de celle-ci:

- *La promotion et le soutien de la médecine de premier recours par les autorités fédérales et cantonales vont augmenter.*

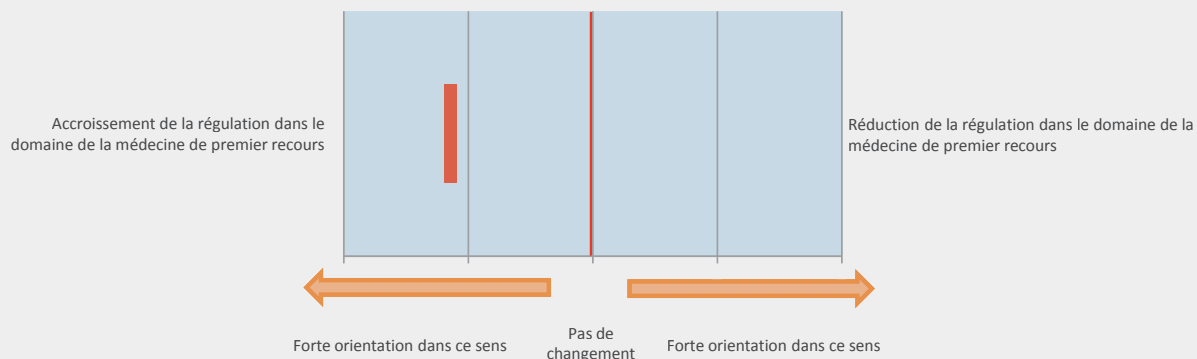
- *L'augmentation des questions juridiques va impliquer une augmentation de la régulation.*
- *Pour les raisons évoquées en 2.2 (propriété des cabinets).*
- *Rapport coût/performance.*
- *Pression des coûts et efficacité du «modèle de santé».*

Ensuite, les experts évoquent la question des compétences en matière la régulation et soulignent les débats à ce sujet:

- *La régulation va se faire par l'autorité de tutelle c'est-à-dire les financeurs (canton et assurance).*
- *La seule question est de savoir «qui» sera le régulateur (l'Etat en Suisse romande et l'assureur en Suisse alémanique?)*
- *Je vois le politique, surtout à l'échelon cantonal, répondre à la question de la couverture sanitaire par des initiatives à valeur régulatrice.*

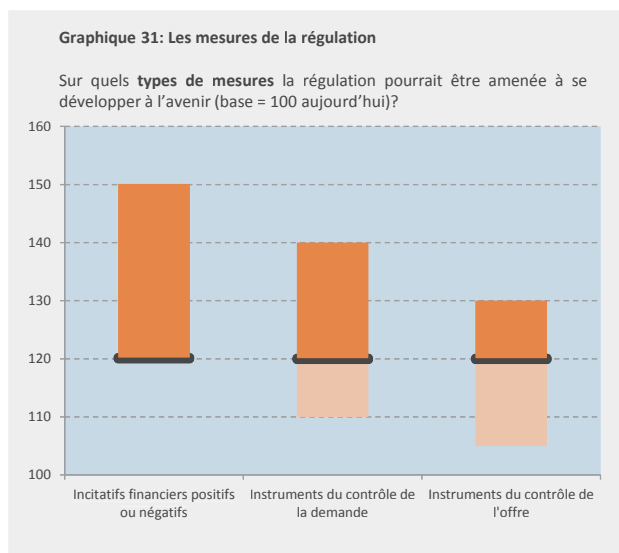
Graphique 30: La régulation de la médecine de premier recours

Comment la **régulation dans le domaine de la médecine de premier recours** va-t-elle se développer à l'avenir? Pensez-vous que la régulation va s'accroître ou au contraire pensez-vous que la régulation va diminuer? (par régulation, nous faisons référence à l'ensemble des règles formelles contraignantes ou non contraignantes décidées par les autorités et / ou les associations professionnelles).



9.2 Types de mesures de la régulation

Dans cette partie, les experts abordent les types de mesures de régulation amenés à se développer à l'horizon 2025. Les résultats quantitatifs (voir le graphique 31) montrent que les experts jugent, avec une médiane de 120, que l'ensemble des types de mesures mentionnés sont amenés à se développer. La répartition des avis des experts suggère tout de même que les incitatifs financiers représentent tendanciellement les mesures les plus fortement amenées à se développer, de manière un peu plus marquée que les instruments de contrôle de la demande et clairement plus marquée que les instruments de contrôle de l'offre.



Les experts soulignent l'augmentation des différents types de mesures de la régulation et mettent en avant que les trois types de mesures peuvent accompagner cette augmentation et se conjuguer:

- Une régulation semble inéluctable. Elle sera pluri-modale.

En ce qui concerne les instruments du contrôle de la demande, les experts confirment dans leurs commentaires que ces mesures peuvent avoir trait à l'obligation de passer par un «gatekeeper». L'un des experts met en avant que la pénurie de médecin agit sur la demande:

- Ces trois types devraient progresser mais surtout le contrôle de la demande par un double effet, réglementaire d'une part (itinéraires obligatoires), et lié à la pénurie d'autre part.
- Le travail de collaboration entre les médecins de premier recours et les infirmières de pratique avancée (rôle de gatekeeper) va fortement se développer et est une évolution logique de la prise en charge sanitaire.

Certains experts expriment leurs doutes quant aux mesures qui agissent sur l'offre. L'un des experts juge que le contrôle de l'offre sera limité aux spécialistes:

- Instrument de contrôle de l'offre malheureusement peu probable en Suisse. Serait pourtant bien utile.
- On se rend compte actuellement qu'il sera difficile d'instaurer une régulation du nombre de cabinets. Tous les autres incitatifs sont probablement promis à un bel avenir

10 Evolution générale du rôle de différents acteurs spécifiques

10.1 Evolution du rôle des assureurs et des caisses maladies

Deux questions ouvertes ont été posées aux experts à la fin du deuxième questionnaire. La première portait sur l'évolution future du rôle des assureurs ou des caisses maladies principalement dans le domaine de la médecine de premier recours. Les réponses et commentaires des experts à cette question mettent différents aspects en lumière pour lesquels certaines citations ont été retenues.

Le premier aspect concerne le rôle de contrôle des assureurs et des caisses maladies. Les experts estiment alors que l'intervention des assureurs et des caisses maladies va se développer vers un contrôle renforcé. Les éléments de coûts et d'économicité sont évoqués en lien avec ce contrôle:

- *Si ce domaine est à soutenir ou développer dans le sens d'une amélioration de contrôle des coûts et de l'économicité, les assureurs chercheront toujours plus à être contrôlant. Autrement, ce sera vers les secteurs plus chers pour eux que les assureurs se retourneront.*
- *De plus en plus de contrôle sur le choix du médecin et sur le choix des prestations assurées.*
- *Leur rôle sera une pression sur l'augmentation des dépenses. Ce n'est pas un rôle de développement, mais un rôle limitatif.*
- *Ils vont probablement imposer, édicter certaines contraintes dans la prise en charge afin de limiter leurs coûts avant tout.*
- *Ils vont utiliser les outils déjà à disposition pour maintenir une pression sur les médecins: valeur du point Tarmed, etc.*

Cette fonction de contrôle des assureurs et des caisses maladies aura une influence sur l'offre dans la médecine

de premiers recours et sur les médecins généralistes:

- *Ils auront tendance à affiner les règles et limites de la médecine de premier recours.*
- *Les caisses vont surveiller de plus en plus ce secteur clé dans l'orientation des patients. En même temps, la collaboration de médecins de premier recours est essentielle à la régulation, les caisses devront trouver un moyen de travailler avec eux de manière plus élaborée.*
- *En Suisse alémanique, les assureurs cherchent à devenir des fournisseurs de prestations et à contrôler la médecine de premier recours en achetant des cabinets.*

Le rôle des assureurs est également abordé par les experts en lien avec le «gatekeeping» et les réseaux de soin:

- *Les caisses vont soutenir fortement la gestion de la prise en charge au travers d'un système impliquant en première ligne un gatekeeper.*
- *Soutien du gatekeeping.*
- *Dans une médecine organisée en réseaux pour les médecins (type Delta) négociations des tarifs entre médecins et assurances.*

Les enjeux de financement sont également évoqués par les experts. Si certains craignent une diminution de leur engagement, d'autres envisagent que les assureurs participent davantage à l'organisation de la médecine de premier recours:

- *Ils vont essayer d'augmenter leur emprise sur le système tout en diminuant leur engagement financier. Ils vont aussi tout faire pour limiter l'indépendance des médecins généralistes.*
- *Les assureurs vont devoir s'occuper plus de prévention. Ils financeront plus de cabinets.*

- Ce rôle pourrait aller dans le sens d'un encouragement du développement de la médecine de premier recours, en raison notamment de la rationalité économique.
- Participation plus importante à l'organisation (réseaux de soins, prise de participations dans des structures, permanences téléphoniques).

L'enjeu de la qualité est aussi soulevé en lien avec l'évolution du rôle des assureurs et des caisses maladies:

- Les assureurs vont soutenir une médecine de premier recours efficace et de qualité, avec de nouveaux modèles de cabinets et de collaborations interdisciplinaires. Ils vont demander plus d'évidence pour la qualité et des résultats.
- Accentuation de la polarité/antagonismes existant aujourd'hui entre les médecins qui cherchent à offrir des soins «maximaux» et les assureurs qui souhaitent des soins «minimaux».

Certains experts abordent aussi la question de la relation des assureurs et des caisses maladies avec les patients principalement en lien avec la prévention:

- Tendance à intensifier le contrôle des prestations. Médicométrie affinée. Tendance à communiquer plus avec le patient (conseils de prévention).
- En vue de fournir plus d'information et plus de service pour soutenir les patients dans le pilotage.

En cherchant à évaluer l'évolution du rôle des assurances et des caisses maladies, les experts soulèvent les incertitudes et les facteurs d'influence liés à cette évolution. En premier lieu, ils évoquent la question de la votation sur la caisse publique et du modèle d'assurance de base. Ils évoquent en outre la structure Tarmed, le développement des réseaux de soin et l'évolution des contextes de soin en zone rurale:

- Nous sommes dans un moment politique particulier où l'avenir des caisses est difficile à envisager: caisse unique, caisses recadrées par la Confédération (séparation assurance de base et complémentaires).
- Cette question est liée à la probabilité de voir se mettre en place une caisse publique. Celle-ci semble improbable pour de nombreuses raisons. L'assureur aura plus de pouvoir de régulation (monisme?). Parallèlement le contrôle sur les comptes et la com-

pensation des risques sera plus pointue de la part des autorités fédérales (OFSP, parlement). La concurrence entre les caisses et les prestataires s'intensifiera. Les consommateurs feront leur choix entre une dizaine de caisses (prix, service, prestations).

- Cela dépendra du modèle d'assurance de base en vigueur: si le modèle actuel de concurrence des caisses gérant à la fois l'assurance de base et complémentaire, il est à craindre que leur pression va augmenter dans le sens actuel d'un contournement de l'obligation de contracter (par leurs produits type «médecins de famille» basés sur l'établissement arbitraire de listes de praticiens) dans l'optique d'une mainmise totale sur le système de santé; si un modèle de caisse unique voit le jour, on peut espérer une collaboration intelligente et la restauration d'un climat de confiance; leur rôle sera dès lors plus clair et remis à sa juste place.
- Cela dépendra de la prochaine structure Tarmed. Cela dépendra du développement des réseaux de soins et de la proportion d'entre eux qui seront la propriété des caisses, ou de la motivation des caisses à contracter. Cela dépendra également de la bonne volonté des cantons et des communes à offrir les conditions-cadre en zone rurale.

Enfin, il y a lieu de noter que certains experts estiment qu'il n'y aura pas d'évolution majeure dans le rôle des assureurs et des caisses maladies. Dans ce sens, le statu quo prévaudra et la politique actuelle sera donc reconduite.

10.2 Evolution du rôle des assistants sociaux

La deuxième question ouverte en fin de questionnaire concernait le développement du rôle des assistants sociaux dans la prise en charge des patients. Là aussi différents aspects ont été mis en lumière par les experts. Il est possible de dégager deux tendances sur l'évolution du rôle des assistants sociaux. D'une part, plusieurs experts estiment qu'à l'avenir le statu quo sera maintenu quant au rôle des assistants sociaux dans la prise en charge:

- Pas de changement: suivi assécurologique, financier.

- *Peu de changement, leur profession est peu préparée au suivi des maladies et des patients chroniques, d'autres acteurs prendront la place comme coordinateur de soins (case manager).*
- *Il y a un réel besoin de prestation de ce type chez beaucoup de nos patients, mais ce besoin n'est pas forcément lié à leur état de santé. A part des prestations ponctuelles, je vois mal comment on pourrait intégrer la prise en charge médicale avec l'action sociale.*

D'autre part, certains considèrent que l'implication des assistants sociaux dans la prise en charge des patients augmentera. Le vieillissement de la population, la paupérisation et l'augmentation d'une population fragile et allophone sont des éléments cités comme induisant une augmentation de leur rôle dans la prise en charge:

- *Le rôle de l'assistant social va se développer pour les patients «fragiles». Ils devraient devenir des spécialistes de la «complexité médico-sociale» sans doute au détriment d'autres services à la population générale. Risque de conflits avec les acteurs sanitaires, car choc des cultures.*
- *Leur rôle augmentera certainement au fur et à mesure que la population se pauperisera. Il faudra alors peut-être plus les inclure dans le processus de décision clinique.*
- *Avec l'augmentation des maladies chroniques et le vieillissement des patients, le rôle des assistants sociaux va augmenter et ils interviendront auprès d'un plus grand nombre de patients.*

Considérant l'augmentation de l'implication des assistants sociaux, les experts mettent en avant la nécessité d'une évolution dans la coopération médico-sociale, voire des besoins nouveaux en termes de formation. L'élément de la coopération au sein de réseaux ou centres de soins communautaires est également mis en avant par les experts:

- *Vu l'accroissement de la précarité, leur activité devrait augmenter. On devra veiller à une meilleure interdisciplinarité et communication entre les mondes socio-éducatif et médical, encore trop cloisonnés.*
- *Ce rôle va augmenter, mais il y a aussi des adaptations et améliorations à faire dans le sens d'un meilleur*

leur soutien des médecins par ces acteurs. A quand des cours postgrade comme ceux avec les praticiens?

- *Rôle de plus en plus important, en particulier en interaction avec les cabinets des médecins de premier recours où la précarité (déjà présente) pourrait s'accroître. Mais encore faut-il que cette interaction se réalise avec une volonté partagée des MPR et des assureurs.*
- *Ils seront un acteur de plus en plus sollicités dans les réseaux, surtout dans les soins chroniques.*

Les commentaires des experts à cette question ouverte ont également portés sur les domaines d'intervention des assistants sociaux:

- *Dans le domaine des soins palliatifs, je pense qu'une forte implication des assistants sociaux est vraisemblable. Pour le reste non.*
- *Ils sont actifs dans l'interface patient-assurance, changement d'assurance pour les personnes démunies, nécessiteuses.*
- *Facilitation de l'accès au soins.*
- *Renforcement des compétences de conseils des assistants-sociaux.*

10.3 Thèmes non traités par le questionnaire et remarques

A la fin du premier et du deuxième questionnaires, les experts avaient la possibilité d'indiquer les thèmes qui leur paraissaient absents (en vue du deuxième questionnaire principalement) ainsi que, de manière générale, leurs remarques ou commentaires. Les experts ont alors fait part de différentes suggestions, critiques ou remarques qui ont été saisies dans les données brutes de la recherche.

Une partie des commentaires était orientée vers des acteurs particuliers et leurs rôles respectifs dans le système de santé comme par exemple les organisations professionnelles et les organisations de patients, le rôle des médecins, le rôle des pharmaciens et des assureurs. Plusieurs experts ont en outre soulevé le sujet de la féminisation dans le domaine des professionnels de la santé et celui de la formation dans le domaine médical.

Enfin, nombre de remarques évoquaient les incertitudes liées au futur ou esquissaient des possibilités ou des souhaits d'évolution dont voici quelques exemples:

- *L'évolution de la pratique médicale dans la médecine de premier recours: le médecin agissant comme un «leader» d'une équipe très bien formée et fonctionnant parfaitement bien (vision Bodenheimer). Les modèles de paiement des équipes interdisciplinaires. Pour l'instant, modèles fragmentés. Mais quel modèle adopter lorsque c'est toute l'équipe qui est responsable de la prise en charge des patients?*
- *Programmes de prévention et prise en charge de maladies chroniques/soins structurés en réseau. Dossier médical électronique standardisé permettant le suivi complet ambulatoire/hôpital*
- *D'après un récent rapport suisse (CARITAS), environ 8 à 12% de la population en Suisse est à risque de statut de pauvreté. Ceci pourrait avoir un impact sur l'ensemble du fonctionnement et notamment des prestations du système de santé, y compris aux cabinets de spécialistes.*

11 Analyse critique des résultats et perspectives

11.1 Organisation et régulation de la médecine de premier recours

René Knüsel, Professeur à la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne

En préambule, il faut souligner l'intérêt de la démarche initiée par la Policlinique médicale universitaire et son directeur Jacques Cornuz soutenu par l'IDHEAP. Il est important de se donner les moyens d'anticiper les besoins d'évolution, dans les grandes organisations en particulier, car tout changement prend du temps à se mettre en place et suscite des craintes, voire des oppositions résolues. La méthode retenue, Delphi, est pertinente aux objectifs posés, même si comme toutes les approches méthodologiques elle présente des limites².

Vers quelle répartition des tâches de prise en charge des patients?

L'observateur extérieur est frappé par la clarté et la convergence des opinions des experts sur ce point. C'est une des données parmi les plus claires de l'ensemble de la Delphi et un résultat fort.

Dans le futur, les experts s'attendent à ce que la prise en charge par la médecine de premier recours passe par un éclusier qui en contrôle en partie au moins l'accès. Mais une majorité de la population ne semble pas disposée à accepter un tel dispositif³.

Un effort particulier doit être désormais fait pour expliquer ce que signifient le libre choix, son coût et

les implications du maintien d'un tel dispositif. Il faut prendre le temps de réfléchir à un modèle alternatif (qui ne soit pas que sanction) dès maintenant et ne pas se faire prendre par l'urgence.

Le choix de l'éclusier donnera le ton. A défaut d'un éclusier identifié ce seront les aspects financiers qui seront les déterminants en dernière instance. Les risques de dérapage sont évidents comme la généralisation d'une médecine à plusieurs vitesses.

Vers quel type de prise en charge va se développer la médecine de premier recours?

Si la prévision d'une réduction de l'autonomie n'est pas une surprise, ce qui l'est plus c'est le déplacement de la charge du patient, du médecin vers l'infirmière. Ce terrain n'est pas balisé autour de cette formation et un tel changement, s'il devait avoir lieu, prendrait du temps à être mis en place. C'est soulever l'enjeu de l'interdisciplinarité. Ce changement peut être une chance pour l'entier du dispositif de prise en charge, s'il est bien préparé. Mais il s'agit d'une mutation majeure qui entraînera des résistances de la part des milieux professionnels concernés, mais aussi des patients (représentation d'une dégradation du service, «ce n'est pas le médecin qui me voit», perception d'une discrimination possible, «je n'ai pas droit à être reçu par le médecin»), etc.

Dans les commentaires écrits, deux types d'acteurs sont fortement mentionnés pour des raisons différentes: l'assureur et l'assistante sociale. Pour cette dernière, les répondants voient croître son rôle en raison de l'augmentation de certains problèmes au sein de la population (vieillesse, maladies chroniques, etc.) mais aussi pour garantir l'accès aux soins ou encore en raison des problèmes liés aux migrations.

Les assureurs sont fortement présentés comme les censeurs du système cherchant à limiter la consommation et les prestations. Leur perception parmi les

² Pour une critique de la méthode Delphi et de son usage: Giovanni Bertin, *Con-sensus method. Ricerca sociale e costruzione di senso*, Milano, FrancoAngeli, 2011.

³ Voir entre autres le refus des *Réseaux de soins* en juin 2012, même si ce refus doit être expliqué par d'autres raisons également.

experts n'est pas positive et un travail avec les médecins de premier recours est parfois encouragé pour une optimisation des soins alors qu'actuellement c'est par le contrôle que les choses sont régulées.

Quelle conséquence aurait une pénurie de ressources en personnel de santé?

La pénurie comme scénario aura des conséquences diverses, certaines à voir sous un jour favorable, d'autres moins. Autonomie et prévention, sont indiscutablement des éléments que l'on peut juger comme favorables pour autant qu'ils deviennent des objectifs pour lesquels on se donne des moyens. Si l'invocation de l'autonomie et de la prévention ne devait être qu'une formule incantatoire, voire un pis-aller, ce serait fort dommageable pour la santé publique. Je suis très sensible au maintien d'une garantie d'accès aux soins. La pire des solutions serait un tri par la solvabilité des patients.

Quels facteurs auront le plus d'influence sur la médecine de premier recours?

Ce qui frappe c'est d'abord la présence du facteur démographique qui doit être décrypté, mais il s'agit là probablement du vieillissement de la population et de son accentuation secondaire (grand âge) qui dominent dans la représentation des experts. Il est vrai que l'on pourrait également penser à la croissance de la population, dont il est par contre bien difficile de prévoir quoique ce soit, comme pour les migrations par ailleurs. Les demandes de prestations vont croître avec l'importance de la population. Une péjoration de l'état de santé publique en raison de difficultés socio-économiques est également redoutée. Elle est du domaine du plausible. Quel que soit le développement économique il aura des répercussions sur la médecine, que la population augmente en nombre ou au contraire diminue en raison du vieillissement, que les migrations s'intensifient et se diversifient; la situation devrait à chaque fois se traduire par des tensions de nature socio-économique.

11.2 La médecine de famille sera plus que jamais nécessaire

François Héritier, Dr méd., président de la Société suisse de médecine générale

Identifier des scénarios possibles de développement de la médecine de premier recours d'ici 2025 reste aléatoire. Après interrogatoire de plus de 50 experts, en deux temps selon la méthode Delphi, ce sont surtout des tendances générales qui ont été obtenues, qui reflètent souvent l'évolution de ces dernières années. Au décompte, peu de surprises, surtout des confirmations de tendances.

Ainsi, pour le développement des relations médecins de premier recours-patients, il n'est pas étonnant que les experts envisagent un accroissement des procédures administratives, liées notamment à une judiciarisation accrue et à une réduction de la relation de confiance. En parallèle, on note aussi une grande aspiration d'individus mieux informés à plus d'autonomie pour une prise de décision partagée, ce qui ne va pas sans augmentation du temps passé à expliquer le diagnostic et les thérapies. Avec les connaissances plus complexes de la médecine et le défi singulier de la polymorbidité, un besoin de coordination et de gestion autour d'un réseau est relevé. Ces orientations sont déjà quotidiennes dans nos cabinets même en régions périphériques, en serait-il autrement en 2025?

Les envies de travail de la nouvelle génération de médecins en majorité féminine sont différentes: plus collaboratives, en équipes multidisciplinaires, interprofessionnelles avec des responsabilités partagées voire déléguées et moins d'esprit entrepreneurial. Il n'est qu'à relever la quasi impossibilité actuelle pour un collègue de remettre un cabinet solo, la norme jusqu'à présent pour la majorité d'entre nous. Avec comme corollaire, la création envisagée ou en cours de maisons de santé et autres cabinets de groupe par réunions de médecins déjà installés seuls, qui se donnent ainsi une chance supplémentaire de trouver un(e) successeur pour leur patientèle. Alors la projection 2025 ne fait que confirmer cette très forte tendance actuelle, avec une grande diminution des cabinets individuels, une implication moindre des médecins dans la propriété des cabinets et une délégation accrue de cer-

taines tâches (suivi, actes techniques) à des infirmières par exemple.

Une autre évolution, attendue car suite logique d'un mouvement déjà existant, concerne l'introduction croissante de recommandations cliniques dans notre pratique quotidienne. Les experts interrogés ne pensent pas que ces lignes directrices seront forcément plus contraignantes ni édictées par des autorités de contrôle ou de financement, tels les assureurs.

Réalité du futur ou vœu pieux? L'expérience du terrain montre en tous les cas qu'actuellement, des recommandations cliniques ont des chances d'être appliquées si elles sont proposées librement par des pairs reconnus, indépendants et rigoureux ou par nos sociétés médicales.

Bref, aucune tendance révolutionnaire dans ces projections en 2025 de la prise en charge des patients par les soins primaires. Mais une conviction bien plus forte qu'une simple espérance: la médecine de famille sera plus que jamais nécessaire. Pour relever les défis du vieillissement de la population et des maladies chroniques et plurielles. Pour traduire et clarifier la complexité et la multiplicité du savoir médical et le rendre accessible au plus grand nombre. Pour permettre des soins équitables et financièrement supportables pour tous. Pour aider enfin, à donner du sens à la souffrance, à la maladie, à la vie...

12 Conclusion

Cette étude réalisée auprès d'une soixantaine d'experts suisses identifie plusieurs tendances de la médecine de premier recours à l'horizon 2025. Ces tendances reflètent clairement l'évolution du système médico-sanitaire suisse et vaudois de ces dernières années. Si elles sont d'une certaine manière prévisibles, elles permettent de confirmer plusieurs scénarios et à les anticiper dans le cadre de politiques publiques.

Trois tendances peuvent en particulier être mises en exergue.

Premièrement, la prise en charge des patients pourrait passer par un coordinateur qui en contrôlera l'accès; comme une majorité de la population ne

semble pas disposée à accepter un tel dispositif, un effort devra être fait pour expliquer ce que signifie la perte du libre choix et les implications d'un tel dispositif. Deuxièmement, un transfert de tâches vers d'autres professionnels se profile, même si la pénurie guette toutes les professions de santé; une attention sera donc nécessaire pour maintenir l'attractivité du métier de médecin (revenu) et en valoriser certaines facettes, notamment la coordination des soins et la diversité clinique, sans atténuer pour autant la singularité de la relation médecin-patient. Troisièmement, les patients de 2025 seront aspirés vers plus d'information médicale et une prise de décision clinique partagée, voire une certaine autonomie.

13 Liste des experts

Dr Gilbert Abetel

Médecine interne FMH, Orbe

Sylvie Arsever

Journaliste, Le Temps, Genève

Dr Jean-Luc Baierle

Médecine générale FMH, Courgenay, JU

Dr Vincent Barras

Professeur et Directeur, Institut romand d'histoire de la médecine et de la santé, CHUV, Lausanne

Jean-Michel Bays

Directeur administratif, PMU, Lausanne

Véronique Berseth

Service de la santé publique, Canton de Vaud

Dr Olivier Bettens

Médecine générale FMH, Cossonay

Dr Thomas Bischoff

Professeur et Directeur, Institut universitaire de médecine générale, médecine interne FMH, PMU, Lausanne

Dr Patrick Bodenmann

PD-MER, médecine interne FMH, PMU, Lausanne

Dr Bernard Borel

Pédiatrie FMH, ancien député, Monthey, VS

Dr Karim Boubaker

Médecin cantonal, Canton de Vaud

Olivier Bugnon

Pharmacien chef, PMU, Lausanne

Dr Bernard Burnand

Professeur ordinaire, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV, Lausanne

Christa Calpini

Pharmacienne, Députée, Grand Conseil vaudois, Lausanne

Dr Ignazio Cassis

Conseiller national, Médecin santé publique, Montagnola, TI

Dr Laurent Christin

Médecin-chef, médecine interne FMH, Hôpital de Nyon

Dr Stéphane David

Médecine interne FMH et Président de la Fondation Soins, Lausanne

Dr Jacques De Haller

Ancien Président FMH, Berne

Dr Henri-Kim De Heller

Médecine interne FMH, Lausanne

Dr Mikaël De Rham

Adjoint de direction, ensemble hospitalier de la Côte, Morges

Dr Sandra Deriaz

Direction médicale, médecine interne FMH, CHUV, Lausanne

Christine Egerszegi-Obrist

Conseillère aux Etats, Canton d'Argovie

Dr Emilie Fasel

Cheffe de clinique, PMU, Lausanne

Dr Charles Favrod-Coune

Médecine interne FMH, Château d'Oex, VD

Olivier Feller

Conseiller national, Canton de Vaud

Dr Frédéric Fellrath

Médecine générale FMH, Lutry

Dr Jean-Michel Gaspoz

Président, Société Suisse de Médecine Interne générale, médecine interne FMH, Genève

Dr Catherine Gasser

Responsable de division professions médicales, Office Fédéral de la Santé Publique, Berne

Dr Bernard Giorgis

Médecine générale FMH, Romanel-sur-Lausanne

Lionel Girardin

Directeur administratif adjoint, PMU, Lausanne

Ueli Grüninger

Secrétaire général, Collège suisse de médecine de premier recours, Berne

Dr Reto Guetg

Médecin-conseil, médecine interne FMH, Santésuisse, Bâle

Dr Dagmar Haller-Hester

Médecine générale FMH, Genève

Dr Jacques-André Haury

Médecine ORL FMH et Député, Grand Conseil Vaud

Dr François Heritier

Président, Société suisse de médecine générale, médecine générale FMH, Courfaivre, JU

Alberto Holly

Professeur honoraire, UNIL, Lausanne

Hélène Jaccard-Ruedin

Service de Gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV, Lausanne

Dr Carlos Madrid

Médecin-dentiste, PMU, Lausanne

Pierre-Yves Maillard

Conseiller d'Etat, Lausanne

Pierre-Luc Maillefer

Président du Conseil, PMU, Lausanne

Dr Olivier Marmy

Président, Société vaudoise des médecins-dentistes, membre du Conseil de la PMU, Lausanne

Dr Jean Martin

Ancien médecin cantonal, Echandens

Dr Sébastien Martin

Médecine générale FMH, Lausanne

Jean-Christophe Masson[†]

Chef du Service de la santé publique, Lausanne

Dr Pierre-André Michaud

Professeur et Vice-Doyen, Faculté de Biologie et de Médecine, médecine générale FMH, Lausanne

Jean-Jacques Monachon

Directeur général, Association vaudoise d'aide et de soins à domicile, Lausanne

Isabelle Moret

Conseillère nationale, Lausanne

Dr Diane Morin

Professeure et Directrice, Institut universitaire de formation et de recherche en soins, CHUV, Lausanne

Françoise Ninane

Directrice des soins, PMU, Lausanne

Dr Fred Paccaud

Professeur et Directeur, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV, Lausanne

Roland Paillex

Physiothérapie, CHUV, Lausanne

Guy Parmelin

Conseiller national, Lausanne

Dr Olivier Pasche

Médecine générale FMH, Thierrens

Dr Jean-Pierre Pavillon

Président, Société vaudoise de médecine, médecine générale FMH, Lausanne

François Payot

Député, pharmacien, Yverdon

Dr Alain Pécoud

Ancien directeur de la PMU, médecine interne FMH, Lausanne

Dr Arnaud Perrier

Professeur et Chef du Service de médecine générale, médecine interne FMH, HUG, Genève

Pierre-André Repond

Secrétaire général, Société vaudoise de médecine, Lausanne

Dr Claude-François Robert

Médecin cantonal, canton de Neuchâtel

Dr Jacques-André Romand

Médecin cantonal, canton de Genève

Catherine Roulet

Députée au Grand Conseil, Commission santé, Lausanne

Dr Christiane Sanchez-Menegay

Médecine générale FMH, Genève

Dr Brigitte Santos-Eggimann

Professeure associée, IUMSP Unité des services de santé, Lausanne

Dr Philippe Schaller

Médecine générale FMH, Réseau Delta, Genève

Dr Mireille Schaufelberger

Médecine générale FMH, Berne

Dr Johanna Sommer

Médecine interne FMH, Genève

Beat Sottas

Membre de la Direction, Fondation Careum, Zurich

Jean-François Steiert

Conseiller national, Fribourg

Dr Peter Suter

Professeur et ancien Président, Académie suisse des sciences médicales, Genève

Pierre Theraulaz

Président, Association suisse des infirmières et infirmiers, Lausanne

Oscar Tosato

Conseiller municipal, Lausanne

Dr Peter Tschudi

Médecine générale FMH, IHAMB, Bâle

Filip Uffer

Président, Pro-Senectute, Lausanne

Dr John Paul Vader

Professeur associé, Institut de médecine sociale et préventive, CHUV, Lausanne

Dr Julien Vaucher

Association suisse des médecins assistant-e-s et chef-fe-s de clinique, médecine interne FMH, Lausanne

Dr Philippe Vuillemin

Médecine générale FMH, Député Grand Conseil Vaud

Dr Gérard Waeber

Professeur et Médecin-chef, service de médecine interne, médecine interne FMH, CHUV, Lausanne

Dr Jean-Blaise Wasserfallen

Directeur médical, médecine interne FMH, CHUV, Lausanne

Dr Thomas Zeltner

Ancien directeur de l'OFSP, Berne

14 Bibliographie

Documents mis à disposition des experts:

- Fiches de l'organe de prospective du canton de Vaud de M. Olivier Meuwly
- Rapport du conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008 – 2012, canton de Vaud
- Rapport «Politique cantonale Vieillesse et Santé», canton de Vaud, 2012
- Masterplan «Médecine de premier recours et médecine de base» du conseiller fédéral M. Alain Berset, Confédération suisse, septembre 2013
- Rapport OBSAN «Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030», OBSAN juillet 2008 – rapport 33
- Rapport OBSAN «La santé en Suisse latine», analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé en 2007, OBSAN mars 2011 – rapport 48
- Rapport de la Confédération suisse «Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours», avril 2012

Références

1. FMH, *Revenus des médecins en exercice*. Bulletin des médecins suisses, 2011;92: 36
2. FMH, *Statistique médicale 2012*. Bulletin des médecins suisses, 2013;94: 12.
3. OFSP, *Situation actuelle de la médecine de premier recours*. Rapport du Conseil fédéral en exécution du postulat de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE) 07 3279; Revalorisation de la médecine de famille» ainsi que du postulat de même teneur de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) 07.356, 2010.
4. Kringos, D.S., et al., *Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending*. Health Aff (Millwood), 2013. **32**(4): p. 686-94.
5. Pelone, F., et al., *How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe*. Int J Qual Health Care, 2013. **25**(4): p. 381-93.
6. Buddeberg-Fischer, B., et al., *Primary care in Switzerland--no longer attractive for young physicians?* Swiss Med Wkly, 2006. 136(27-28): p. 416-24.
7. Jeannin, A.e.a., *RELEVÉ DES MEDECINS DANS LE CANTON DE VAUD*. 2006.
8. OECD/WHO(2011), *OECD Reviews of Health System: Switzerland 2011*, OECD Publishing
9. Seematter-Bagnoud et al., *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030*, Document de travail 33, Observatoire suisse de la santé. 2008
10. Berchtold et al., , *Scénarios d'évolution des soins intégrés en Suisse*. Forum Managed Care, 2013.
11. OFS, *Lindner et al., Coût et financement du système de santé* Office fédérale de la santé 2011 ID: gr-b-14.05.03_2011.
12. Bischoff, W., *Médecine de premier recours et développement des réseaux dans le canton de Vaud*. 2010.

