

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**chargée d'examiner l'objet suivant :**  
**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil**  
**sur le postulat Dominique-Richard Bonny et consorts intitulé « Des médecins pour nos**  
**campagnes » (09\_POS\_151)**

**Membres présents :** Mmes Catherine Roulet (présidence), Christa Calpini, Véronique Hurni (en remplacement de Pierre Grandjean). MM. Maximilien Bernhard, Bernard Borel, Michel Desmeules, Philippe Jobin, Philippe Martinet, Philippe Modoux, Stéphane Montangero, François Payot, Claude Schwab (en remplacement de Pierre Zwahlen), Jean Christophe Schwaab, Filip Uffer, Philippe Vuillemin. Membres excusés : MM. Pierre Grandjean, Pierre Zwahlen. Participe de même à la séance : M. Dominique-Richard Bonny.

**Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) :** M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat. Mme Carina Hum, Cheffe de projet à la division Qualité et Professions de la santé au sein du Service de la santé publique (SSP).

L'auteur du postulat remercie le Conseil d'Etat pour son rapport. Il note au demeurant que :

- la préparation de la réponse a nécessité près de deux ans depuis le dépôt du postulat. Dans l'intervalle, l'Etat et les médecins vaudois se sont unis pour chercher à assurer la relève en médecine de premier recours, et des cabinets de groupe se sont ouverts ou sont en bonne voie de réalisation (cf. le Centre ambulatoire de médecine communautaire de Vallorbe) ;
- la possibilité d'utiliser en périphérie des équipements particuliers rémunérés de manière rentable et le droit de procéder à certains examens ainsi qu'aux facturations correspondantes pourraient constituer une stimulation, financière, professionnelle ou scientifique, à ouvrir ou à reprendre un cabinet ;
- la structure tarifaire TARMED est unifiée au niveau national, mais la valeur du point relève de négociations entre les assureurs et les prestataires de soins au niveau cantonal ou régional. En ce sens, la valeur du point TARMED pourrait être différenciée en fonction de la densité médicale, ceci dans le but de favoriser la médecine de premier recours dans les zones périphériques ;
- les communes en zone périphérique et les médecins qui y sont établis pourraient repérer les étudiants en médecine générale en fin de formation originaires de la région afin de prendre assez tôt avec eux des engagements sur le moyen terme (10-15 ans). Le département pourrait en ce sens communiquer les informations utiles à de telles opérations ;
- la médecine de premier recours est une médecine de proximité, fortement connotée émotionnellement et solidement implantée dans la vie sociale locale. Ainsi, le médecin du village n'est jamais un anonyme mais une autorité en soi. Cette dimension mérite promotion, selon l'auteur du postulat.

Le chef du DSAS souligne que la lutte contre la pénurie de médecins généralistes relève d'une option stratégique du département depuis longtemps déjà. Ainsi a-t-il agi :

- au niveau de la formation prégraduée des médecins : initiation à la médecine de famille par l'instauration dans le cursus d'un stage obligatoire d'un mois dans un cabinet de médecine générale. A noter qu'il serait intéressant de savoir si tous les cabinets sont disposés à accueillir un stagiaire, au vu la charge qu'il représente, et de connaître quels cabinets reçoivent réellement un ou plusieurs stagiaires. *Voir notes fournies par le département sur ces questions liées à l'accueil d'un stagiaire dans un cabinet, en fin de rapport ;*
- au niveau de la formation postgraduée des médecins : création de l'Institut universitaire de médecine générale afin de positionner la médecine générale au même rang que les autres grandes spécialités médicales et afin de disposer d'une recherche et d'un enseignement de haut vol dans le domaine ; introduction du stage de six mois en cabinet ; mise en place de programmes permettant à des médecins assistants de se former durant deux ans à la médecine générale en passant par le cabinet mais aussi l'EMS, l'hôpital de zone et le CTR ; mise sur pied de l'antenne de la PMU au Flon offrant l'opportunité à de jeunes médecins de se former à la médecine de ville sous la supervision de médecins expérimentés ;
- dans le cadre de l'établissement avec le CHUV d'une convention pour que celui-ci forme ses médecins assistants dans les domaines jugés nécessaires par la planification sanitaire cantonale et pas uniquement dans les domaines utiles exclusivement aux besoins des services les plus dynamiques de l'institution.

Il reste que, selon le chef du DSAS, le marché libre des prestations ambulatoires doit se restructurer, non seulement pour répondre aux nouveaux besoins de la population, mais aussi pour répondre aux aspirations et à la typologie des futurs médecins (féminisation de la profession, accroissement du travail à temps partiel, moindre investissement financier individuel consenti pour l'installation, mutualisation des tâches administratives, meilleur partage de la garde, etc.).

A l'évidence, les tendances qui se dessinent invitent au développement de cabinets de groupe. Si une telle orientation du marché ne se concrétisait pas suffisamment d'elle-même, une stimulation de l'offre dans la direction souhaitée pourrait être envisagée. Il demeure toutefois guère possible que cette stimulation passe par TARMED. En effet :

- la revalorisation, au niveau de la structure tarifaire nationale, de la médecine générale par rapport à la médecine spécialisée butte contre l'opposition des médecins spécialistes, au risque de voir la FMH exploser (dissidence des médecins spécialistes) ;
- même si la valeur du point relève de pourparlers au niveau cantonal, seuls les assureurs et les prestataires de soins ont statut de partenaire de négociation, l'Etat ne pouvant intervenir qu'en cas de différend irrémédiable. Or, malgré les difficultés, les partenaires finissent généralement par s'entendre, et l'Etat n'a plus qu'à avaliser l'accord intervenu ;
- le droit d'intervention de la puissance publique (cantons, Confédération) en matière tarifaire implique une modification de la base légale fédérale, toujours en discussion à Berne.

Pour contourner ces difficultés, l'idée serait à terme, au plan cantonal, que le DSAS et la Société vaudoise de médecine (SVM) mettent en place paritairement un fonds professionnel destiné à stimuler l'offre de soins dans le sens voulu (prêts sans intérêt pour l'installation en cabinet de groupe, garanties de revenu pour la garde, etc.). Au demeurant, les communes intéressées peuvent toujours prendre contact avec le département ou le CHUV dans l'optique de promouvoir la médecine générale sur leur territoire auprès des étudiants en médecine avancés.

Les commissaires émettent quant à eux les éléments suivants :

- l'utilité à intéresser les assureurs au développement de la médecine générale, d'autant si une forte densité de médecins généralistes par rapport aux médecins spécialistes (souvent drainés par la présence d'hôpitaux universitaires parfois nombreux sur un petit territoire) devait s'avérer corrélée à des dépenses de santé globalement moins élevées. A ce titre, le chef du DSAS avoue ne pas comprendre l'absence de dénonciation, de la part des assureurs, de positions tarifaires manifestement inadéquates (par exemple exagérément rémunératrices car basées sur les coûts dépassés de techniques ayant évolué) ;
- l'intérêt à compenser le manque de médecins généralistes par des infirmier-ère-s en pratique avancée (disposant d'un *master* voire d'un doctorat en sciences infirmières). Le chef du DSAS juge de même cette piste attrayante, d'autant que le besoin de renfort médical se fait sentir tant aux urgences hospitalières, à la garde que dans le cadre des soins à domicile. Le tabou du cloisonnement entre la profession d'infirmier-ère et de médecin mérite ainsi d'être affronté, et l'éventuel gain de pouvoir (droit de prescrire par exemple) des infirmier-ère-s, obligatoirement lié à une charge accrue en termes de responsabilité, discuté. Le manque de médecins peut aussi se traduire par l'importation de personnel étranger, pris à des pays qui en auraient grandement besoin, sans parler de l'équivalence des titres ;
- un manque non seulement de médecins généralistes mais aussi de chirurgiens généralistes, d'ophtalmologues généralistes, de dermatologues généralistes, etc., tant les spécialités médicales tendent elles-mêmes à se spécialiser à l'infini ou presque ;
- la difficulté de la Suisse romande à infléchir une politique tarifaire décidée essentiellement en Suisse alémanique en fonction des intérêts des praticiens alémaniques ;
- le caractère foncièrement peu attractif de certaines zones périphériques quand bien même elles offrent des places de stage pour les étudiants ou des perspectives professionnelles pour le corps médical. Certains médecins en arrivent ainsi à ne pas habiter dans la région où ils pratiquent ;
- la nécessité pour les médecins d'assumer une prise de risques inhérente à la pratique libérale et de faire preuve, à ce titre, d'une certaine responsabilité entrepreneuriale. Le chef du DSAS va dans le même sens, l'idée étant d'éviter que la médecine ambulatoire se concentre à l'hôpital, concentration synonyme de dépenses de santé élevées.

**C'est à l'unanimité que la commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat.**

Le Mont, le 13 septembre 2011

La présidente :  
(signé) *Catherine Roulet*

### **Note complémentaire fournie par le département**

Le 13 juillet 2011, la cheffe de projet à la division Qualité et Professions de la santé au sein du SSP écrit : « Dans le cadre des études de médecine de l'Université de Lausanne, les 160 étudiants inscrits à la Faculté effectuent au niveau prégradué (i.e. entre la fin de la 2ème année et la 3ème année de leur cursus de formation master) un stage obligatoire d'un mois dans un cabinet de médecine générale. Pour ce faire, environ 120 cabinets de médecins généralistes participent à l'encadrement de cette formation. La grande majorité de ces cabinets sont situés en Suisse romande. Les médecins formateurs reçoivent CHF 2'000.- par étudiant supervisé. Le budget annuel accordé par le DSAS pour le financement de cette mesure est de CHF 320'000 (=160 étudiants x CHF 2'000.-) ».