

**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

31.1 / MT

26.10.2006

## Rapport final

# FINANCEMENT "FORMATION POSTGRADE SPÉCIFIQUE"

Propositions du sous-groupe "Financement formation postgrade spécifique" du groupe de travail "Soutien et promotion des soins médicaux de premier recours" de la CDS et de l'OFSP.

Adopté avec des compléments par le Comité de la CDS et le Département fédéral de l'intérieur lors de la séance du Dialogue de Politique nationale de la santé le 26 octobre 2006.

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Situation actuelle</b> .....	<b>3</b>
2.1	Médecine générale.....	3
2.2	Médecine interne.....	4
2.3	Médecine d'enfants et d'adolescents; pédiatrie en pratique privée .....	4
2.4	Médecin praticien .....	4
2.5	Projet d'assistantat au cabinet .....	5
2.6	Modèles des cantons de Genève et Vaud .....	5
2.7	Comparaison avec la situation actuelle dans l'Union européenne (UE) .....	6
2.8	Système de financement actuel de la formation postgrade en milieu hospitalier („formation postgrade non spécifique“).....	6
2.9	Conclusion.....	7
<b>3</b>	<b>Objectifs (situation finale souhaitée)</b> .....	<b>7</b>
3.1	Considérations fondamentales.....	7
3.2	Réflexions pragmatiques en vue d'instaurer des mesures à court terme de durée limitée ....	9
3.3	Financement de l'assistantat au cabinet.....	9
<b>4</b>	<b>Variantes de financement de l'assistantat au cabinet</b> .....	<b>12</b>
4.1	Variante de financement 1 .....	13
4.2	Variante de financement 2 .....	15
4.3	Variante de financement 3 .....	15
<b>5</b>	<b>Compatibilité de l'assistantat au cabinet avec la LAMal</b> .....	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>Participation des assureurs-maladie au financement de l'assistantat au cabinet</b> ...	<b>16</b>
<b>7</b>	<b>Financement de l'assistantat au cabinet dans d'autres pays</b> .....	<b>17</b>
<b>8</b>	<b>Modèles de financement en Suisse réglés par contrat</b> .....	<b>17</b>
<b>9</b>	<b>Recommandations</b> .....	<b>18</b>
9.1	Recommandation fondamentale .....	18
9.2	Principes du financement de l'assistantat au cabinet .....	18
9.3	Buts du financement .....	18
9.4	Variantes de financement .....	18
<b>10</b>	<b>Suite de la procédure</b> .....	<b>19</b>
<b>11</b>	<b>Bibliographie</b> .....	<b>20</b>
<b>12</b>	<b>Annexe</b> .....	<b>21</b>
12.1	Annexe 1: Tableaux et illustrations .....	21
12.2	Annexe 2: contrat de formation postgrade du canton de Lucerne.....	24

# 1 Introduction

Sur la base

- du rapport du groupe de travail "Mesures de la Confédération et des cantons destinées à promouvoir la médecine de premier recours",
- de la décision commune du Département fédéral de l'intérieur (DFI) et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) du 30 mars 2006,
- du mandat du groupe de travail "Médecins de premier recours, 2ème phase",

il a été constitué le sous-groupe de travail "Financement de la formation postgrade spécifique" ayant pour mandat:

- d'approfondir l'analyse des **modèles de financement d'offres de formation postgrade spécifique en médecine de premier recours** et d'élaborer des propositions de procédure concrètes à l'intention des cantons et d'autres milieux concernés;
- de présenter à la séance du Dialogue de Politique nationale de santé du 24 août 2006 un rapport intermédiaire et un rapport final pour la séance du 26 octobre 2006.

Le groupe de travail est formé des personnes suivantes qui représentent leur organisation respective:

Dr med. Markus Battaglia, Collège de médecine de premier recours (CMPR)  
D. med. Markus Betschart, CDS de Suisse orientale  
Dr med. Bruce Brinkley, Unité d'enseignement de médecine générale à la faculté de médecine de Genève (UEMG)  
Dr med. Max Giger, Commission pour la formation postgraduée et continue (CFPC)  
Dr Beat Sottas, Office fédéral de la santé publique (OFSP)  
Dr med. Peter Studer, Association suisse des médecins-assistant(e)s et chefs de clinique (ASMAC)  
Dr med. Markus Trutmann, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (secrétariat central CDS).

Le groupe de travail a tenu trois séances au total. Le présent rapport final a fait l'objet d'une relecture des membres du groupe de travail et des organisations qu'ils représentent. Il sera présenté au Dialogue de Politique nationale de la santé en sa séance du 26 octobre 2006.

Avant d'aborder l'objet lui-même du rapport, on récapitulera brièvement les réflexions ayant présidé à son élaboration.

La Confédération et les cantons ont exprimé conjointement leur volonté de soutenir et de promouvoir en Suisse la médecine de premier recours. Selon un premier état des lieux, les statistiques actuellement disponibles n'ont pas permis de constater une pénurie de médecins de famille sur le plan suisse<sup>1</sup>. Cependant, la quasi-totalité des facteurs d'influence de l'évolution démographique en médecine de premier recours montrent une tendance durable à la baisse:

- la médecine de famille est sous-représentée dans les études médicales;
- on relève l'absence d'une formation postgrade spécifique en médecine de premier recours;
- des conditions-cadres politiques, économiques et juridiques mettent de plus en plus sous pression la pratique de la médecine de premier recours;

---

<sup>1</sup> Ceci n'est pas contradictoire avec le fait qu'aujourd'hui on peut rencontrer une pénurie de médecins de premier recours en régions périphériques.

- la recherche en médecine de premier recours est sous-financée.

Au lieu d'un train de mesures générales qui tiennent compte de tous ces facteurs, la Confédération et les cantons se sont accordés pour mettre l'accent sur des mesures prioritaires, d'action rapide et ciblée, dans les deux domaines suivants:

- financement d'une formation postgrade spécifique en médecine de premier recours
- pénurie au niveau du service d'urgence médical en milieu ambulatoire

Ce rapport est le fruit de cette fixation des priorités et doit être considéré dans ce contexte.

Afin d'éviter tout malentendu, il convient enfin de préciser que par les seules mesures dans les domaines précitées on ne parviendra pas à soutenir et à promouvoir de manière suffisante et durable la médecine de premier recours dans notre pays. Pour ce faire, il faudrait considérer tous les facteurs d'influence dans une perspective à long terme.

## 2 Situation actuelle

Quiconque désire obtenir un diplôme fédéral de formation postgrade en soins médicaux de premier recours<sup>2</sup> pour être ensuite autorisé à pratiquer en qualité de médecin de premier recours en pratique libre n'est tenu ni à déclarer le but de cette formation ni à l'attester par une procédure de sélection. Pour acquérir un titre de médecin spécialiste de ce type, le candidat devra en règle générale accomplir la totalité de la formation postgrade comme médecin-assistant dans une division de l'hôpital qui offre des places de formation postgrade reconnues. Dans ce contexte, des contenus de formation postgrade spécifique permettant ultérieurement de pratiquer en tant que médecin de premier recours ne sont fournis que de manière insuffisante. Des places de formation postgrade spécifiques à la médecine de famille sont en fait inexistantes. En médecine interne ou en pédiatrie<sup>3</sup>, des établissements hospitaliers de formation postgrade offrent certes des contenus très utiles mais non typiques de l'activité ambulatoire du médecin de famille. L'orientation du système suisse de formation postgrade vers les hôpitaux universitaires ou les centres hospitaliers ou encore vers une spécialisation en fonction du type d'organe procure de fausses incitations et prive systématiquement les soins de base du personnel nécessaire.

### 2.1 Médecine générale

Selon le programme révisé de la formation postgrade du 1<sup>er</sup> juillet 2006, la candidate ou le candidat doit remplir les conditions cadres suivantes: la durée de la formation postgrade est de 5 ans et se répartit en 2 ans de médecine interne, 1 année de médecine ambulatoire<sup>4</sup> (assistantat au cabinet pour un médecin spécialiste en médecine générale ou un autre spécialiste) et en 2 années à option (p. ex. chirurgie, gynécologie, psychiatrie, médecine d'enfants et d'adolescents, recherche).

---

<sup>2</sup> Médecine générale, médecine interne, médecine d'enfants et d'adolescents

<sup>3</sup> Il n'existe pas d'établissement de centre de formation postgrade en milieu hospitalier en médecine générale.

<sup>4</sup> Cf. programme de formation postgrade, ch. 2.1.1.: "Sont pris en compte dans la formation postgrade ambulatoire:

- activités attestées par le diplôme FMH dans n'importe quel centre de formation postgrade reconnu (p. ex. polycliniques, unités d'urgence en médecine, chirurgie ou pédiatrie, consultations spéciales, etc.)
- sans mention particulière dans le diplôme FMH, on peut tenir compte, par année accomplie en médecine interne, jusqu'à 3 mois en tant que formation postgrade ambulatoire."

De fait, il n'y a toutefois pas d'obligation à accomplir une année en ambulatoire<sup>5</sup>, car, pour l'heure, on ne peut pas garantir des places de formation postgrade en nombre suffisant. A ce propos, J.-P. Keller, président du groupe de travail "Formation postgrade" de la Société suisse de médecine générale, écrit (traduction): "Nous continuerons à veiller à ce que suffisamment de places de formation postgrade soient financées le cas échéant dans les cabinets. Un optimisme mesuré est toutefois de rigueur, mais la situation dans ce domaine ira en s'améliorant d'année en année."<sup>6</sup>

## **2.2 Médecine interne**

La formation postgrade de spécialiste en médecine interne, qui traite ambulatoirement des patients connaissant des problèmes de santé aigus ou de longue durée, y compris à connotation psychique, sociale ou culturelle, dure cinq ans. La formation postgrade se divise en 2 ans et demi de médecine interne en milieu hospitalier, 1 année de formation ambulatoire (poli-cliniques, consultations spéciales, assistantat au cabinet) et de 1 année et demie dans d'autres spécialités médicales et dans la recherche. Une partie des internistes travaille comme médecins spécialistes et une partie comme médecins de premier recours. La formation postgrade en médecine de premier recours se déroule, pour une part minime, sous forme d'assistantat au cabinet.

## **2.3 Médecine d'enfants et d'adolescents; pédiatrie en pratique privée**

La durée de la formation postgrade de spécialiste en médecine d'enfants et d'adolescents, lequel assure la prise en charge de base et les soins spécialisés de l'enfant et de l'adolescent, allant des nouveau-nés jusqu'à la fin de l'adolescence, est de cinq ans. La formation postgrade se décompose en 3 ans de formation de base en milieu hospitalier, 1 année répartie si possible en 2 ou 3 stages d'assistant auprès de médecins d'enfants et d'adolescents, et d'une année dans un autre domaine de spécialisation ou dans la recherche. La formation postgrade en médecine de premier recours se déroule, pour une part minime, sous forme d'assistantat au cabinet.

## **2.4 Médecin praticien**

La durée de la formation postgrade de médecin praticien, qui doit attester des compétences en médecine générale, est de 3 ans selon une directive de l'UE, dont 6 mois au moins doivent avoir été accomplis aux places de formation postgrade en clinique (hôpitaux) et aux centres de formation postgrade dans la prise en charge ambulatoire des patients. La formation postgrade ambulatoire en médecine de premier recours s'effectue en partie sous forme d'assistantat au cabinet.

Il convient d'ajouter que la catégorie du "médecin praticien" regroupe d'une part de nombreux représentants des professions médicales qui, avant l'introduction en 2002 du titre fédéral de formation postgrade requis pour se voir remettre l'autorisation de pratiquer, voulaient commencer rapidement une activité de praticien après l'obtention du diplôme fédéral. D'autre part, près de 400 médecins praticiens, notamment en provenance d'Allemagne, ont été reconnus depuis l'entrée en vigueur des accords bilatéraux. En revanche, rares sont les Suisses et Suissesses à choisir cette option, laquelle, à long terme, ne constitue pas une activité attractive et concurrentielle sur le marché de la santé.

---

<sup>5</sup> Cf. programme de formation postgrade, ch. 2.2.3.: "Si un candidat n'a pas accompli de stage d'assistant au cabinet durant sa formation postgrade, il doit prouver qu'il a suivi au moins 2 des cours organisés ou reconnus par la SSMG initiant à la médecine générale."

<sup>6</sup> Keller JP. Le nouveau programme de formation postgrade du médecin spécialiste en médecine générale entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006. Primary Care 2006;6:464-5

## 2.5 Projet d'assistantat au cabinet

Dans le cadre du projet "Formation postgrade en cabinet de médecin de premier recours" du Collège de médecine de premier recours (CMPR)<sup>7</sup>, les futurs médecins généralistes ont la possibilité de travailler pendant 3 à 6 mois comme assistant praticien dans le cabinet d'un médecin généraliste en pratique libre, d'un interniste ou d'un médecin d'enfants et d'adolescents (praticien formateur)<sup>8</sup>. De cette manière ils peuvent acquérir les connaissances et les aptitudes spécifiques en médecine de premier recours, mais aussi apprendre à connaître les aspects administratifs et organisationnels d'une activité en pratique libre. Le financement du projet est assuré par des cotisations annuelles de la FMH destinées à des fins déterminées (25 francs par membre) et par les trois grandes sociétés de médecine de premier recours (Société suisse de médecine générale, Société suisse de médecine interne et Société suisse de pédiatrie à raison de 20 francs chacune par membre), de même que par une contribution forfaitaire de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chefs de clinique (ASMAC). Ce fonds sert à verser les salaires des assistants en pratique libre à raison de 50% des charges salariales. 50% des salaires sont acquittés par les praticiens formateurs. Comparé au salaire moyen d'un assistant d'hôpital, le salaire brut de l'assistant au cabinet s'élève à près de 5800 francs, c.-à-d. inférieur de près d'un quart. Les "subventions" sont versées sous forme de prêt remboursable après 8 ans, si le médecin-assistant n'a pas achevé pendant ce temps sa formation postgrade par l'obtention du titre de spécialiste en médecine de premier recours. De plus, le fonds du projet sert à financer les consultations des médecins-assistants et des praticiens formateurs, la formation et l'administration. L'argent versé par le corps médical permet de cofinancer annuellement 170 mois d'assistantat<sup>9</sup>, ce qui correspond entre 40 et 50 postes d'assistant en pratique libre environ. Depuis 2004, le CMPR, en collaboration avec l'ASMAC et la FMH et depuis 2006 également avec l'OFSP, offre un module pilote intitulé "Exploitation d'un cabinet par les médecins de premier recours" qui permet d'approfondir les connaissances et aptitudes extra-cliniques de l'exploitation d'un cabinet à titre indépendant.

## 2.6 Modèles des cantons de Genève et Vaud

Depuis 1995, le canton de Genève finance un programme d'assistantat au cabinet<sup>10</sup>, dont la partie administrative est gérée par la Policlinique médicale des HUG. Les médecins-assistants en 3ème ou 4ème année de formation postgrade sont engagés par la policlinique (avec tous les avantages qu'implique un tel engagement en termes de salaire, de charges sociales, etc.). Ils sont ensuite répartis sur les différents cabinets médicaux en ville de Genève où ils accomplissent leur assistantat durant 6 mois. D'octobre 1995 à septembre 2006, 50 médecins-assistants ont accompli leur assistantat dans 16 cabinets médicaux.<sup>11</sup>

Dans le canton de Vaud<sup>12</sup> a été lancé le 1<sup>er</sup> octobre 2005 un projet d'assistantat au cabinet qui doit durer jusqu'au 30 septembre 2007 et qui comprend 2 postes de travail. La Policlinique médicale universitaire (PMU) en assume les tâches administratives, financières et d'assurances. De son côté, l'Association des médecins omnipraticiens vaudois (AMOV) entre-

<sup>7</sup> En collaboration avec l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chefs de clinique (FSAO)

<sup>8</sup> Feller S. Praxisassistentenz: "... die lehrreichste Zeit in meiner Ausbildung!" Bulletin des médecins suisses 2005;86(19): 1147-53

<sup>9</sup> Communication par écrit de B. Rindlisbacher, co-directeur du Programme "Formation postgrade en cabinet de premier recours", ainsi que "KHM. Praxisassistentenz. Dokumentation für Lehrpraktiker und Praxisassistenten". <http://www.kollegium.ch/pa/doku.html>

<sup>10</sup> Brinkley B, Viret JD. Assistantat au cabinet médical. Le modèle genevois. Primary Care 2001; 1:454-455. <http://www.primary-care.ch/pdf/2001/2001-15/2001-15-144.PDF>. Face aux difficultés de recruter des cabinets de formation et aux tracasseries comptables causées aux formateurs, les responsables du projet ont modifié le modèle financier décrit dans l'article de 2001 : l'Hôpital paye le salaire du médecin assistant comme décrit dans l'article mais le chiffre d'affaire réalisé dus au travail des assistants praticiens reste au maître de stage, en compensation de son propre manque à gagner (et n'est pas attribué à moitié au maître de stage et à moitié à la policlinique comme décrit dans l'article) (communication par écrit de B. Brinkley 2006).

<sup>11</sup> Brinkley B. communication personnelle 2006.

<sup>12</sup> Brinkley B., communication personnelle 2006.

prend le recrutement, la supervision et l'évaluation des candidats en collaboration avec la PMU. Le salaire des assistants praticiens correspond à celui d'un médecin-assistant de 5ème année au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et se compose comme suit:

Participation du praticien formateur	20%
Participation de l'assistant praticien (renoncement au salaire)	20%
Participation de l'Etat (PMU), du Service de la santé publique et d'EMS	60%
Total	100%

## 2.7 Comparaison avec la situation actuelle dans l'Union européenne (UE)

La formation postgrade de médecin de premier recours dans les pays de l'UE est réglementée de différentes façons et dure de trois à cinq ans. Les programmes de formation postgrade y ont tous en commun qu'une partie substantielle de la formation postgrade doit être accomplie dans des institutions de soins primaires<sup>13</sup>. De nouvelles recommandations prévoient de prolonger à quatre ou cinq ans cette formation postgrade, la moitié au moins devant se dérouler au cabinet d'un médecin de premier recours<sup>14 15 16</sup>. Une comparaison internationale montre que la Suisse est l'un des rares pays où l'on peut obtenir un titre de spécialiste en médecine de premier recours sans que son futur champ d'activité ne soit passé par la dispensation des soins primaires<sup>17 18</sup> (tabl. 1, fig. 1).

## 2.8 Système de financement actuel de la formation postgrade en milieu hospitalier („formation postgrade non spécifique“)

Dans le système actuel, les futurs médecins de premier recours accomplissent pratiquement toute leur formation postgrade dans le secteur des hôpitaux publics ou subventionnés par les hôpitaux publics.

D'une manière générale, les frais de formation postgrade se composent de coûts directs (p. ex. frais de cours) et de coûts indirects. Des coûts indirects sont générés lorsque des médecins employés exercent une activité purement de formation postgrade<sup>19</sup> durant leur temps de travail, soit à titre de stagiaire, soit lui-même à titre de formateur durant cette période de formation. Pour l'hôpital, il résulte un manque à gagner dû à ces activités de formation. De telles pertes de productivité grèvent obligatoirement les coûts de formation postgrade<sup>20</sup>. Or, étant donné que l'hôpital en tant qu'entreprise assume l'ensemble des coûts générés, donc également les frais de formation postgrade, ils sont pris en charge pour une grande partie par les cantons (50 à 60%) au titre du financement des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.

<sup>13</sup> Elwyn GJ, Small SA, Edwards AGK, Is general practice in need of a career structure? BMJ 1998; 317:730-3.

<sup>14</sup> European Academy of Teachers in General Practice EURACT. Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice. Tartu 2002. [www.euract.org/html/page03b.shtml](http://www.euract.org/html/page03b.shtml) (accès le 7.3.2005).

<sup>15</sup> Royal College of General Practitioners RCGP. Education and Training in General Practice. October 2000. RCGP Information Sheet No. 9. [www.rcgp.org.uk/press/careers\\_pack/docs/info000.9.doc](http://www.rcgp.org.uk/press/careers_pack/docs/info000.9.doc) (accès le 7.3.2005).

<sup>16</sup> UEMO. UEMO 2003 Declaration on Specific Training in General Practice/Family Medicine in Europe. [www.uemo.org/policy/uemo\\_2003\\_declaration\\_on\\_specifi.htm](http://www.uemo.org/policy/uemo_2003_declaration_on_specifi.htm) (accès le 7.3.2005)

<sup>17</sup> Directive de l'UE 1993. [www.europa.eu.int/eur-lex/de/lif/reg/de\\_register\\_062050.html](http://www.europa.eu.int/eur-lex/de/lif/reg/de_register_062050.html)

<sup>18</sup> Schär H-U, Jungi F. St. Galler Praxisassistenten – Pilotprojekt 1997-2001. PrimaryCare 2002;2:166-9.

<sup>19</sup> Des activités spécifiques de formation postgrade tels que cours, devront être séparées des activités de service proprement dites telles que mise à jour des statistiques ou encore examens de routine. Il existe en effet des formalités transitoires qu'il s'agit d'analyser de manière différenciée lors de l'analyse des charges et des produits de la formation postgrade.

<sup>20</sup> D'autres pertes de productivité dues au manque de compétence professionnelle ou de routine des médecins-assistants ne devront évidemment pas grever les coûts de formation postgrade.

A ce jour on ignore dans une large mesure à combien s'élèvent les coûts de formation postgrade<sup>21</sup>. Il en ira de même à l'avenir tant que les hôpitaux ne les attestent pas. Or ces coûts ne seront pas attestés aussi longtemps qu'il ne sera pas établi de budget de la formation postgrade assorti de mandats de prestations bien définis.

Lors d'une enquête, les médecins-chefs ont indiqué consacrer 5 à 8 heures par semaine à la formation<sup>22</sup>. Cela fournit un premier indice sur ce que pourrait être l'ordre de grandeur des coûts de formation postgrade.

## 2.9 Conclusion

Globalement, la formation postgrade actuelle pour l'obtention d'un titre du même nom en médecine de premier recours doit être qualifiée d'inefficace, aussi bien du point de vue systémique que didactique ou encore économique.

Par rapport à tous les autres curricula de formation postgrade offerts dans d'autres disciplines médicales en milieu hospitalier, le seul type de formation postgrade spécifique que l'on connaisse actuellement (projet "assistantat au cabinet") est clairement désavantagé.

Enfin, il n'est actuellement ancré nulle part, ni dans la loi ni par contrat, de quelle manière d'autres curricula de formation postgrade spécifique déjà en développement ou futurs devront être financés en médecine de premier recours. D'où l'absence d'une condition essentielle au développement d'un marché de la formation postgrade proprement dit.

## 3 Objectifs (situation finale souhaitée)

### 3.1 Considérations fondamentales

Comme on l'a vu en introduction, la Confédération et les cantons ont déclaré en commun vouloir soutenir et promouvoir la médecine de premier recours en Suisse. Cette volonté se nourrit de la conviction – ou du moins de l'hypothèse de travail – qu'un système de médecin de famille performant est une condition importante pour une prise en charge médicale efficace de la population. En conséquence, les mesures destinées à promouvoir la médecine de famille devront avoir pour but le maintien de l'efficacité des soins de premier recours et, dans le contexte actuel de la pression sur les coûts de la santé, de l'améliorer si possible. En revanche, elles n'auront pas pour but de privilégier une certaine catégorie de professionnels, comme les médecins de premier recours, par rapport à d'autres catégories de professionnels par le biais d'une politique de subventionnement, par exemple. Ici comme ailleurs s'applique le principe de la subsidiarité de l'Etat. En effet, il incombe en premier aux médecins généralistes la tâche principale et urgente de trouver, dans la mesure de leurs possibilités, des solutions appropriées aux problèmes les concernant. L'Etat, quant à lui, ne devrait intervenir ici que si la situation exige une contribution de sa part allant au-delà des possibilités des médecins concernés, par exemple pour venir à bout d'obstacles majeurs ou d'erreurs systémiques manifestes. Cela implique une contribution ciblée et limitée dans le temps. Mais aussi que des mesures de soutien de la Confédération ou des cantons ne mènent en aucun cas à une reprise par l'Etat, sous quelque forme que ce soit, de tâches liées aux soins médicaux de premier recours. En effet, cela ne serait dans l'intérêt ni de l'Etat ni des médecins de premier recours eux-mêmes.

---

<sup>21</sup> On ignore aussi dans une large mesure la genèse du salaire des médecins-assistants et dans quelle mesure les coûts de formation continue y sont pris en considération.

<sup>22</sup> Siegrist M, Orlow P, Giger M. Auswirkungen des Arbeitsgesetzes auf die ärztliche Weiterbildung und deren zeitlicher Aufwand aus Sicht der Leiterinnen und Leiter von Weiterbildungsstätten. Schweiz. Aerztezeitung 2006;87:1204-1207.

Le chapitre 2 de ce rapport démontre que la formation postgrade des médecins de premier recours comporte une erreur de système. En effet, le système actuel ne prévoit nullement le financement d'une formation postgrade spécifique de cette catégorie de médecins. Ceux-ci sont ainsi nettement défavorisés par rapport à toutes les autres disciplines médicales. C'est aussi pour cela que, conformément aux réflexions conduites ci-dessus, la Confédération et/ou les cantons envisagent de prendre des mesures subsidiaires pour résoudre ce problème.

Une solution apte à répondre aux revendications susmentionnées et qui, dès lors, ne compromet (mais au contraire favorise) des solutions créatives venant des milieux de la médecine de premier recours, ni n'encourage une politique de subventionnement, est à rechercher plus volontiers dans un modèle comprenant des mandats de prestations convenus contractuellement entre les acteurs du marché de la formation postgrade. Les acteurs de ce marché sont: a) les candidats à la formation postgrade; b) les offreurs de formation postgrade; c) les financeurs. Il existe entre eux des rapports synallagmatiques (cf. annexe 1, fig. 2). Jusqu'à présent ces rapports n'ont pas fait l'objet de mandats de prestations convenus par contrat et n'ont pu dès lors être régis par la politique ni adaptés aux besoins du marché. L'introduction d'un contrat de ce type permettrait d'assurer le financement de modèles de formation postgrade déjà existants en médecine de premier recours, mais aussi le projet d'assistantat au cabinet du CMPR, sans pour autant prêter d'ores et déjà les projets en développement ou futurs. En d'autres termes: un tel modèle serait de nature à créer les conditions d'une concurrence entre offreurs de curricula de formation postgrade.

Les avantages d'un tel modèle de financement contractuel sont:

- fixation par contrat des buts professionnels du candidat à la formation postgrade (p. ex. réalisation du but de la formation de médecin de premier recours, exercice de l'activité dans le canton financeur<sup>23</sup>);
- fixation par contrat de mandats de prestations aux centres de formation postgrade;
- attribution par contrat de mandats de prestations aux centres de formation postgrade;
- budgétisation et planification des frais de formation postgrade;
- suprématie en tant que système de gouvernance par rapport au gel de l'admission actuel.

Inconvénients d'un modèle de financement contractuel:

- les petits cantons pourraient se sentir dépassés par cette nouvelle tâche qui leur serait dévolue.
- Le volume de la contre-prestation attendue du candidat à la formation postgrade dépend du montant du soutien financier apporté par le canton. Si le soutien financier se limite au seul assistantat de formation, force est de reconnaître que les engagements ne seront que de faible ampleur<sup>24</sup>.

**Ces réflexions ont amené le groupe de travail "Mesures de la Confédération et des cantons destinées à promouvoir la médecine de premier recours" à recommander de prévoir le financement à long terme de la formation postgrade de médecin de premier recours par un modèle contractuel. Par contre, il renonce à un modèle de subventionnement.**

<sup>23</sup> Alternativement au canton, on peut imaginer que les régions de la CDS subviennent au financement.

<sup>24</sup> Le canton pourrait néanmoins réclamer une restitution, si le candidat à la formation postgrade, pour une raison ou pour une autre, n'atteint pas l'objectif de formation en médecine de premier recours,

### 3.2 Réflexions pragmatiques en vue d'instaurer des mesures à court terme de durée limitée

Etant donné que la réparation de toute erreur systémique constitue là encore une intervention dans le système, il ne faudra pas sous-estimer l'investissement matériel et temporel consacré à son exécution. Vu le malaise actuel qui sévit dans le domaine de la médecine de premier recours en Suisse, que la manifestation du 1<sup>er</sup> avril 2006 n'a exprimé que de manière incomplète et qui constitue une bombe à retardement politique infiniment plus grande qu'on veut bien l'admettre en général<sup>25</sup>, il apparaît opportun, en plus de développer un modèle de financement contractuel, de laisser ouverte la possibilité d'un modèle de subventionnement à effet immédiat limité dans le temps. Pour des raisons pragmatiques aussi, ce rapport se concentre sur le modèle d'assistantat au cabinet existant actuellement. En limitant dans le temps un modèle de subventionnement proprement dit, on tient compte du fait que de nouvelles offres de formation postgrade, éventuellement concurrentielles, pourraient voir le jour à l'avenir en médecine de premier recours. De plus, il existe le danger que le subventionnement de la formation continue de certaines catégories de professionnels suscite des revendications de la part d'autres catégories de professionnels. D'une manière générale, la formation continue incombe à chaque professionnel voire à un groupe de professionnels. Un subventionnement se justifie dans le cas présent uniquement par la pénurie menaçante en médecins de premier recours et par la discrimination des médecins assistants au cabinet. Le groupe de travail a renoncé à fixer une limite de temps déterminée pour le subventionnement, l'estimant toutefois dans une fourchette de 1 à 3 ans.

**Dans cet esprit le groupe de travail recommande à l'heure actuelle, au sens d'un financement d'un coup de pouce financier limité dans le temps, d'expérimenter aussi bien des modèles de financement par subventionnement que de premiers modèles (expérimentaux) de financement contractuels liés aux prestations. Dès qu'ils auront été établis, seuls ceux-ci devront encore s'appliquer, qu'il s'agisse du modèle d'assistantat au cabinet ou de curricula de formation postgrade restructurés en médecine de premier recours. La figure 3, annexe 1, montre dans quel délai des mesures à court terme, de durée limitée ou à long terme devront être instituées.**

### 3.3 Financement de l'assistantat au cabinet

#### 3.3.1 Principes

- Pour le futur médecin de premier recours, accomplir un assistantat au cabinet devrait être aussi attractif que de l'accomplir à l'hôpital, c.-à-d. qu'à durée de travail égale, il ne devra subir aucun préjudice financier (présence au cabinet ou à l'hôpital = 50 heures par semaine).
- Afin qu'un nombre suffisant de médecins de premier recours se mettent à disposition en tant que maîtres de stage, il devra être attractif pour eux aussi d'engager un assistant stagiaire.
- Le salaire d'un assistant stagiaire/d'une assistante stagiaire devrait correspondre au salaire brut d'un médecin-assistant en 4<sup>ème</sup> année de formation (cf. tableau 2).
- La durée de l'assistantat au cabinet devra être de 6 mois au moins, afin d'obtenir un effet formateur substantiel.

<sup>25</sup> Sur la base des données disponibles de la statistique médicale de la FMH ou des titres de médecin spécialiste des médecins en pratique libre de 2000 à 2004, on ne constate cependant aucun recul de la médecine de premier recours. Selon le pool des données 2005 de santéuisse, la hausse du nombre de ces médecins a atteint 2,1%, alors que, dans le même temps, le nombre des spécialistes a augmenté de 11,5%. S'agissant des médecins de premier recours, la réalité est toutefois complexe, notamment parce que la proportion de postes à temps partiel est en rapide progression alors que seul le nombre des prestataires sans extrapolation aux équivalents à temps complet a été saisi.

- Le maître de stage devra dispenser une formation postgrade structurée, comprenant une supervision et une instruction en médecine de premier recours. A long terme, on pourrait aussi prévoir un enseignement dispensé en réseau.
- Les maîtres de stage devront suivre un cours d'introduction de deux jours prévu à leur intention; de plus, ils devront consacrer 1 heure par jour à leurs stagiaires, comprenant également des entretiens d'évaluation et d'objectifs mensuels. Pendant ce temps ils ne pourront pas s'occuper de leurs patients.

### 3.3.2 Contenus de la formation postgrade<sup>26</sup>

Les points suivants constituent les éléments à partir desquels les contenus de formation postgrade prévus pour être transmis à l'assistant praticien seront définis. Ces éléments de base permettront aussi d'élaborer des mandats de prestations pour d'autres curricula de formation postgrade restant à développer en médecine de premier recours.

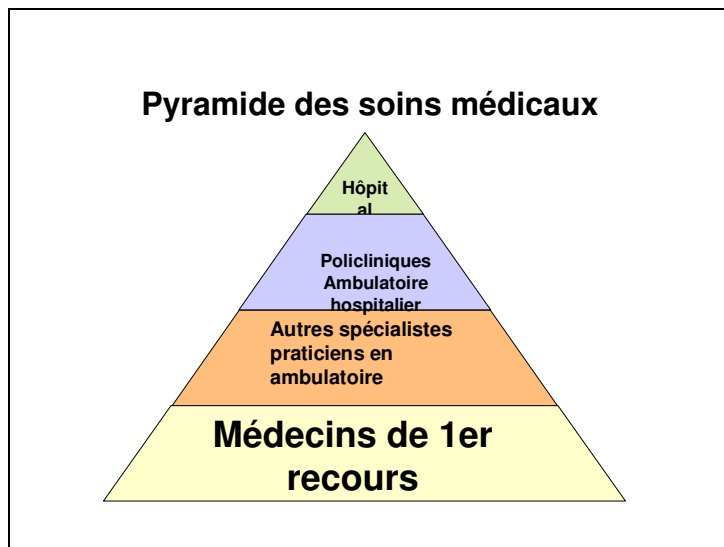
1. Le médecin de premier recours est le premier contact pour les questions médicales, y c. les urgences, et pour les soins de longue durée des patients.
2. Les compétences pour la prise en charge des patients non triés.
3. Prise en charge focalisée sur l'ensemble de la population (par opposition à des soins centrés sur la maladie).
4. Résolution des problèmes, notamment en tenant compte de l'épidémiologie (en particulier concernant la fréquence des maladies), et manière d'aborder les incertitudes diagnostiques.
5. Prise en charge complète des patients, incluant la polymorbidité, le contexte social et la prévention (p. ex. vaccinations).
6. Prise en charge des patients moyennant affectation optimale des ressources disponibles et en considération des connaissances scientifiques les plus pointues.
7. Coopération avec d'autres partenaires du domaine de la santé et du social (médecins d'autres disciplines, hôpitaux et EMS, autres professions de santé telles que personnel infirmier et pharmaciens, services sociaux, employeurs, assureurs).
8. Exploitation d'un cabinet, notamment l'administration<sup>27</sup> et les tractations avec les assureurs.

ad 1:

La place qui revient aux soins médicaux dans l'ensemble de la prise en charge médicale est démontrée par la "pyramide des soins" que voici:

<sup>26</sup> S'appuie sur le travail de Feller et al. (2005) et Heyrman J. ed, EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005. On précisera en outre que ces tâches sont ancrées dans la nouvelle loi sur les professions médicales comme buts de formation postgrade et norme d'accréditation.

<sup>27</sup> Connaissances en gestion d'entreprise, emploi du temps, gestion du savoir, conduite du personnel, questions juridiques et d'assurance, etc.



La pyramide des soins montre que les médecins de premier recours en pratique libre et les médecins spécialistes assument une part importante des soins médicaux et qu'ils ne doivent transférer qu'une petite partie des patients aux institutions hospitalières subséquentes.

Comme l'ont constaté White et al. en 1961 déjà, sur une population d'adultes de 1000 sujets, 750 d'entre eux sont victimes par mois d'une maladie ou d'un accident, 250 consultent un médecin une fois ou plus (235 un médecin généraliste), 9 sont évacués vers un hôpital de taille réduite ou moyenne, 5 vers un autre médecin et 1 seulement sur 1000 vers un hôpital universitaire! Donc, seuls environ 5% des contacts patient-médecin interviennent via un transfert vers la prise en charge secondaire ou tertiaire.

### 3.3.3 Charges présumées

Lorsqu'il s'agit

- d'assurer en Suisse un état stable du niveau de prise en charge actuel de 0,63 médecin de premier recours pour 1000 habitants,
- de former annuellement près de 160 nouveaux médecins de premier recours afin d'atteindre cette stabilité<sup>28</sup>,
- de faire en sorte que chaque médecin de premier recours accomplisse un minimum de 6 mois d'assistantat au cabinet pour acquérir une formation postgrade spécifique minimale,

s'appliquent alors les formules suivantes:

$$160 \frac{\text{médecins de premier recours}}{\text{an}} \times 6 \frac{\text{mois d'assistance au cabinet}}{\text{médecin de premier recours}}$$

$$= 960 \frac{\text{mois d'assistance au cabinet}}{\text{an}}$$

Cette revendication est à considérer comme minimale. Divers auteurs pensent que l'on aura besoin de nettement plus de 160 places d'assistant praticien par année pour assurer un état stable<sup>29</sup>.

<sup>28</sup> Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Marty F, Dreiding P, Zoller M, Buddeberg C. Primary care in Switzerland – no longer attractive for young physicians? Swiss med wkly 2006;136:416-424.

<sup>29</sup> Communications personnelles de B. Rindlisbacher, U. Grüninger et P. Schläppi.

Si cette revendication était réalisée, le système actuel de financement permettant de financer 170 mois d'assistantat au cabinet (cf. chapitre 2.5) devrait alors être estimé insuffisant et il faudrait se mettre en quête d'un nouveau système. Le paragraphe 4 de ce rapport est dédié à l'étude cette question.

Moyennant un salaire brut mensuel de 8'000 francs, 960 mois d'assistantat au cabinet correspondent à une somme de 7'680'000 francs par année<sup>30</sup>.

Cette somme est mise en regard des 986'000 francs (170 x 5'800 francs) disponibles à l'heure actuelle.

A condition que le corps médical continue de participer au financement du surplus nécessaire, il en résulterait un besoin financier supplémentaire de 6'694'000 francs (approximatif 6,7 millions) par année pour toute la Suisse. Ce besoin de financement ne concerne que les salaires bruts. Lorsque, à l'avenir, le nombre d'assistants au cabinet augmente, il faut compter avec un accroissement des frais généraux certes non pas linéaire mais tout de même sensible. On ignore toutefois dans quelle mesure ceux-ci seront pris en charge par le corps médical. A long terme ils devraient plutôt être ajoutés aux charges salariales et prises en charge par les futurs financeurs.

Ce besoin financier additionnel d'environ 7 millions de francs par année est à mettre en relation avec le coût total de la formation postgrade et continue des médecins pratiquant la médecine humaine estimé à 720'000'000 (720 millions) de francs par année<sup>31</sup>.

## **4 Variantes de financement de l'assistantat au cabinet**

Ci-après sont présentés divers modèles de financement de l'assistantat au cabinet. Ils servent à démontrer l'éventail des solutions possibles et tiennent lieu de base de décision aux cantons. Des solutions concrètes seront élaborées dans chaque canton en collaboration avec les acteurs impliqués en tenant compte de la situation locale et des objectifs politiques. Dans sa majorité, le groupe de travail recommande la variante 1, suivie des variantes 2 et 3.

---

<sup>30</sup> Pour simplifier, on a effectué le calcul en tenant compte des salaires bruts. Ils ne correspondent toutefois pas entièrement à la totalité des dépenses salariales, car, du côté des employeurs, il faut toujours compter avec des cotisations aux assurances sociales telles que l'AVS.

<sup>31</sup> Groupe de travail Kleiber: Renforcement de la médecine universitaire.

## Situation actuelle

MS	3000.-
FMH/médecins	3000.-
Canton	
AC	2000.-
Commune	
Assureurs	
Salaire théorique AC (mensuel)	8000.-
Salaire net	6000.-
Particularité	Renoncement au salaire AC Fr.2000.-

- Avantage
  - pas de financement par les cantons
- Inconvénients
  - L'AC est synonyme de salaire plus bas
  - Les maîtres de stage sont rares
  - 10% seulement des assistants au cabinet sont financés de la sorte; davantage n'est pas possible!

Abréviations: MS = maître de stage; AC = assistant au cabinet

### 4.1 Variante de financement 1

## Variante 1

MS	2000.-
FMH/médecins	*
Canton	6000.-
Commune	
Assureurs	
Salaire AC (mensuel)	8000.-
Particularité	* le corps médical paie en plus (cours MS, administration, évaluations) 100 fr. par mois d'assistantat au cabinet

- Avantages
  - très attractif pour l'AC, car on évite ainsi des pertes de salaire
  - 2'000 fr. pour le MS semblent raisonnables, car il en profite du même coup, surtout au cours des deux derniers mois
- Inconvénient
  - importante participation financière du canton

#### 4.1.1 Sous variante 1a = Modèle thourgovien

Le canton de Thurgovie lance en octobre 2006 un projet visant à promouvoir la relève en médecine de premier recours. Ce projet est soutenu par le Département des finances et des affaires sociales, la Société thurgovienne des médecins de premier recours et le Spital Thurgau AG. Il prévoit de créer un poste d'assistant supplémentaire aux deux hôpitaux cantonaux de Frauenfeld et Münsterlingen, les titulaires du poste devant être libérés pendant trois mois,

dans des cas exceptionnels pendant deux mois, pour suivre la formation postgrade en médecine de premier recours. Au terme de cette formation ambulatoire spécifique, ils regagnent leurs hôpitaux respectifs pour continuer leur formation postgrade dans les cliniques d'origine.

Pour financer ce projet limité à fin 2009, le canton verse au Spital Thurgau AG un forfait annuel de 150'000 fr. pour les années 2007 à 2009 comme participation au coût des postes d'assistant. La Société thurgovienne de médecine générale et les maîtres de stage formateurs assument, eux, 25 % des charges salariales durant le stage. Le Spital Thurgau AG prend en charge les coûts restants, en particulier les charges sociales et d'assurance pendant toute la durée de l'engagement ainsi que les charges salariales pour le travail accompli hors du cabinet. Les assistants au cabinet ne subissent aucune perte de salaire.

*Avantages:*

- très attractive pour les assistants au cabinet, car ne subissant pas de perte de salaire
- pour le maître de sage, il en résulte des charges salariales supportables (25% du salaire pendant l'assistantat au cabinet)

*Inconvénients:*

- importante contribution financière du canton
- les assureurs ne sont pas pris en compte

#### **4.2.2 Sous-variante 1b**

Le salaire de l'assistant au cabinet est de 7'000 francs au lieu de 8'000. L'assistant observe la semaine de 42 heures. La contribution du canton est réduite de 1'000 francs.

*Avantages*

- charge financière moindre du canton
- horaire de travail strict de l'assistant au cabinet

*Inconvénients:*

- la durée effective de formation postgrade est réduite d'autant
- l'horaire strict d'une semaine de 42 heures est probablement difficile à concilier

#### **4.2.3 Sous-variante 1c**

Le canton partage sa contribution avec les communes, soit 4'000 francs de part et d'autre.

*Avantage:*

- moindre charge financière du canton

*Inconvénients:*

- charges administratives plus lourdes
- il est douteux que l'on puisse contraindre les communes à participer

## 4.2 Variante de financement 2

Variante 2 (Genève)	
MS	
FMH/médecins	*
Canton et/ou policlinique	8000.-
Assureurs	
Salaire AC (mensuel)	8000.-
Particularité	* le corps médical paie les cours MS • le canton s'acquitte des frais d'administration

- **Avantage**
  - attractive pour MS et AC
  - influence du canton, car AC intégrée dans policlinique
  - salaire identique à celui de l'hôpital
- **Inconvénients**
  - importante participation financière du canton

Cette variante a été retenue par les gestionnaires du projet genevois (cf. chapitre 2.6), après le constat suivant : en l'absence d'augmentation significative du chiffre d'affaire du cabinet peu de médecins étaient intéressés à accueillir un médecin-assistant dont ils devaient payer une partie du salaire. La situation en milieu urbain (comme à Genève) est également moins favorable, car les cabinets ayant une pièce disponible pour le médecin-assistant sont rares.

## 4.3 Variante de financement 3

Variante 3	
MS	
FMH/médecins	
Canton	(1/n) 8000.-
Assureurs	(n-1/n) 8000.-
Salaire AC (mensuel)	8000.-
Particularité	

- **Avantages**
  - une partie de la part du canton est prise en charge par les assureurs
  - participation moindre des cantons et donc politiquement mieux réalisable
- **Inconvénients**
  - les assureurs-maladie ne peuvent être contraints de participer à un tel financement
  - politiquement irréaliste (?)

## 5 Compatibilité de l'assistantat au cabinet avec la LAMal

Selon le contrat-cadre Tarmed du 19 avril 2004, la disposition suivante s'applique aux assistants au cabinet:

Art. 8, paragraphe 2 :Un assistant en formation postgraduée peut être engagé pour une période de 6 mois au maximum au cabinet médical. Demeurent réservées d'autres solutions proposées par la Réglementation pour la formation postgraduée (RFP). Le détenteur du cabinet médical indique à santésuisse son numéro EAN et la durée de l'engagement de l'assistant.

L'assistant au cabinet n'a pas besoin d'autorisation, car il ne reprend ni un cabinet ni n'en ouvre de nouveau. Il ne soigne pas non plus des patients à son nom personnel. Un No de RCC n'est donc pas nécessaire. En revanche, chaque médecin se voit attribuer par la FMH un No EAN (art. 6 al. 2 du contrat-cadre Tarmed).

Le maître de stage décompte les prestations fournies sous sa supervision par l'assistant au cabinet. Suite à l'attribution du No EAN, l'assureur peut invoquer l'engagement d'un assistant praticien pour justifier une augmentation du volume des prestations.

De plus, le projet de l'assistantat au cabinet comprend une certaine clause de sécurité qui prévoit que le propriétaire du cabinet ne doit pas effectuer plus de 150 à 180 consultations (y c. visites à domicile) par semaine ouvrée. En sont notamment exclus les propriétaires de cabinet en tant que maîtres de stage intéressés à offrir un assistantat au cabinet surtout pour des motifs économiques et non pas tellement pour des motifs de formation.

Dans une étude réalisée entre le 1<sup>er</sup> juillet 1998 et le 30 juin 2001, Schläppi et al.<sup>32</sup> sont parvenus à démontrer que le nombre de consultations durant l'assistantat au cabinet demeurait inchangé par rapport à la moyenne des 5 années précédentes. De plus, 8 (10%) des 81 maîtres de stage ayant répondu ont fait état d'une lourde charge financière due à l'assistantat au cabinet, 39 (49%) d'une charge moyenne, 32 (40%) d'une charge moindre et 1 (1%) d'une charge inexistante. Vu ces résultats, il paraît improbable que l'assistantat au cabinet n'occasionne une augmentation du volume des prestations, voire même une surmédicalisation.

## 6 Participation des assureurs-maladie au financement de l'assistantat au cabinet

Santésuisse, l'association professionnelle des assureurs-maladie suisses, reconnaît le rôle important joué par la médecine de famille dans la prise en charge médicale de la population, notamment pour des raisons économiques mais aussi éthiques.<sup>33</sup>

S'agissant de la question d'un soutien financier de l'assistantat au cabinet par les assureurs-maladie, on retiendra tout d'abord que ceux-ci n'assurent qu'un financement à l'acte. Un financement éventuel des frais généraux n'entre donc pas en ligne de compte. Aux yeux de santésuisse, les assureurs-maladie offrent aujourd'hui déjà un soutien important à l'assistantat au

<sup>32</sup> Schläppi P, Hofer D, Bloch R. Lernform Praxisassistenz bewährt sich. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(9):410-416

<sup>33</sup> Guetg R. Communication personnelle. Voir à ce propos le communiqué de presse du santésuisse du 30 mars 2006: La médecine de famille doit être renforcée par rapport aux spécialistes.  
<http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200603310804590.PDF>

cabinet en décomptant au plein tarif les prestations fournies par les assistants praticiens. Cette pratique est conforme au tarif-cadre Tarmed approuvé par le Conseil fédéral.

## 7 Financement de l'assistantat au cabinet dans d'autres pays

Une comparaison du financement de l'assistantat au cabinet en Suisse et dans les pays de l'Union européenne donne le tableau suivant<sup>34</sup>:

Financiers	Salaire d'assistant au cabinet comparé au salaire d'un médecin-assistant	
	égal ou supérieur	inférieur
<b>Etat et/ou assureur</b>	<b>15</b>	<b>0</b>
Etat	12	
Etat et assureur	2	
assureur	1	
<b>autres</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>4</b>

La Suisse est l'un des 4 pays où le salaire d'assistant au cabinet est plus bas qu'à l'hôpital, les trois autres étant l'Allemagne, l'Autriche et le Danemark. Le manque à gagner atteint 15 à 40%. Dans ces quatre pays, le salaire n'est versé ni par l'Etat ni par les assureurs, mais par d'autres institutions (p. ex. corps médical ou superviseur); les pertes de salaire se montent ici entre 15 et 40%.

Un salaire plus élevé dans l'assistance au cabinet qu'à l'hôpital n'est versé qu'en Finlande.

Dans les 21 pays où le salaire d'assistant au cabinet est égal ou dépasse celui de l'hôpital, le versement est effectué dans 15 d'entre eux par l'Etat et/ou par les assureurs.

## 8 Modèles de financement en Suisse réglés par contrat

En Suisse, dans le domaine non médical, on trouve déjà des exemples de curricula de formation continue convenus contractuellement et financés par le canton. Voir à ce propos, en annexe 2, un projet de contrat du canton de Lucerne.

On peut imaginer que des contrats similaires entre canton et candidats à la formation de médecin (de premier recours) suivront à l'image de ces modèles et reposant sur une base légale identique.

Des contrats ont également été passés entre hôpitaux et candidats à la formation postgrade qui définissent l'étendue de la formation postgrade. Voir le passage suivant du contrat entre hôpital et médecins-assistants dans le canton des Grisons:

„Le médecin-assistant reçoit une formation professionnelle pratique et théorique en vertu du règlement de la formation postgrade et continue (WBO/FBO) de la Fédération des médecins suisses (FMH). En contrepartie, il s'engage à s'occuper activement

<sup>34</sup> Battaglia M., communication écrite.

de sa formation postgrade. Lors de l'entrée en fonction du médecin-assistant, l'hôpital conclut avec lui un contrat définissant et fixant la formation postgrade de manière contraignante pour les deux parties. Le contrat fixe également l'étendue de la formation postgrade interne et externe."<sup>35</sup>

## 9 Recommandations

### 9.1 Recommandation fondamentale

**A long terme ne devront s'appliquer que des modèles de financement contractuels, que ce soit pour le modèle d'assistantat au cabinet comme pour de nouveaux curricula structurés de formation postgrade en médecine de famille.**

**A court terme il s'agit d'expérimenter aussi bien des modèles de financement subventionnés limités dans le temps que de premiers modèles (expérimentaux) contractuels liés aux prestations. Les points 9.2 et 9.4 suivants sont à considérer dans le cadre de telles mesures à brève échéance.**

### 9.2 Principes du financement de l'assistantat au cabinet

- Pour le futur médecin de premier recours, il doit être pour le moins aussi attractif d'effectuer son assistantat au cabinet d'un médecin généraliste qu'à l'hôpital, c.-à-d. qu'à horaire de travail identique, son salaire ne devra pas être inférieur (présence au cabinet ou à l'hôpital = 50 heures par semaine).
- Afin de disposer d'un nombre suffisant de maîtres de stage parmi les médecins de premier recours, ils devraient eux aussi avoir intérêt à engager des assistants praticiens.
- Le salaire d'un assistant au cabinet devrait correspondre au salaire brut moyen d'un médecin-assistant en 4<sup>ème</sup> année de formation.
- L'assistantat au cabinet devra durer au minimum 6 mois, afin d'obtenir un effet formateur maximum. Dans le cas d'un assistantat au cabinet de 3 mois, il faut compter avec un effet formateur nettement moindre.
- Le maître de stage veillera à une formation postgrade structurée, incluant la supervision et l'instruction en médecine de premier recours.

### 9.3 Buts du financement

Pour satisfaire à une revendication minimale, il faut pouvoir financer 960 mois d'assistantat au cabinet par année.

### 9.4 Variantes de financement

Les variantes de financement 1, 2 et 3, y c. les sous-variantes, énoncées au chapitre 4 devront démontrer tout l'éventail des solutions possibles et servir d'aide aux cantons pour prendre leurs décisions. Des solutions concrètes devront être élaborées dans chaque canton, de concert avec les acteurs impliqués, en tenant compte des conditions locales et des objectifs politiques. Le groupe de travail privilégie majoritairement le modèle 1, suivi des modèles 2 et 3. Il est à signaler une fois de plus que l'utilisation de tout modèle de subventionnement devra être limitée dans le temps au sens d'un coup de pouce financier.

<sup>35</sup> [http://www2.vsao.ch/fileupload/14122004101440\\_file.pdf](http://www2.vsao.ch/fileupload/14122004101440_file.pdf)

## **10 Suite de la procédure**

L'hypothèse selon laquelle une amélioration de l'efficacité pourrait être obtenue, par rapport à la situation actuelle, par un financement de la formation postgrade spécifique des médecins de famille, reste pour l'heure une hypothèse de travail que l'on peut qualifier de plausible compte tenu de l'état des connaissances, mais qu'il s'agirait de vérifier à l'occasion par une analyse coût-efficacité.

## 11 Bibliographie

- Brinkley B, Viret JD. Assistanat au cabinet medical. Le modèle genevois. Primary Care 2001 ;1 :454-455. <http://www.primary-care.ch/pdf/2001/2001-15/2001-15-144.PDF>
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Marty F, Dreiding P, Zoller M, Buddeberg C. Primary care in Switzerland – no longer attractive for young physicians? Swiss med wkly 2006;136:416-424.
- Elwyn GJ, Smail SA, Edwards AGK. Is general practice in need of a career structure? BMJ 1998; 317:730-3.
- EU-Richtlinie 1993. [www.europa.eu.int/eur-lex/de/lif/reg/de\\_register\\_062050.html](http://www.europa.eu.int/eur-lex/de/lif/reg/de_register_062050.html).
- European Academy of Teachers in General Practice EURACT. Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice. Tartu 2002. [www.euract.org/html/page03b.shtml](http://www.euract.org/html/page03b.shtml) (Zugriff am 7.3.2005).
- Feller S. Praxisassistent: „ ... die lehrreichste Zeit in meiner Ausbildung!“ Schweiz Ärztezeitung 2005;86(19):1147-53.
- Heyrman J. ed, EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.
- Keller, J.-P. Das neue Das neue Weiterbildungsprogramm für den Facharzt für Allgemeinmedizin tritt am 1. Juli 2006 in Kraft. PrimaryCare 2006;6:464-5.
- KHM. Praxisassistent. Dokumentation für Lehrpraktiker und Praxisassistenten. <http://www.kollegium.ch/pa/doku.html>
- Royal College of General Practitioners RCGP. Education and Training in General Practice. October 2000. RCGP Information Sheet No. 9. Späth H. The SGAM should be supported. PrimaryCare 2005;5(25):559. [www.rcgp.org.uk/press/careers\\_pack/docs/info000\\_9.doc](http://www.rcgp.org.uk/press/careers_pack/docs/info000_9.doc) (Zugriff am 7.3.2005).
- Schär H-U, Jungi F. St. Galler Praxisassistent – Pilotprojekt 1997–2001. PrimaryCare 2002; 2:166-9. Pilotprojektes «Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistent)» des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM in Zusammenarbeit mit FMH, VSAO und SAMW. Schweiz Ärztezeitung 2002;83:
- Schläppi P, Hofer D, Bloch R. Lernform Praxisassistent bewährt sich. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(9):410-416
- Siegrist M, Orlow P, Giger M. Auswirkungen des Arbeitsgesetzes auf die ärztliche Weiterbildung und deren zeitlicher Aufwand aus Sicht der Leiterinnen und Leiter von Weiterbildungsstätten. Schweiz Ärztezeitung 2006; 87:1204-1207
- Späth H. The SGAM should be supported. PrimaryCare 2005;5(25):559.
- UEMO. UEMO 2003 Declaration on Specific Training in General Practice/Family Medicine in Europe. [www.uemo.org/policy/uemo\\_2003\\_declaration\\_on\\_specifi.htm](http://www.uemo.org/policy/uemo_2003_declaration_on_specifi.htm) (Zugriff am 7.3.2005). Projekt des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM in Zusammenarbeit mit dem Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen/-ärzte
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961 Nov 2;265:885-92.
- Zeltner T. Akkreditierungsverfahren 2005 (Brief an SGAM). PrimaryCare 2005;5(28/29):611-612.

## 12 Annexe

### 12.1 Annexe 1: Tableaux et illustrations

Tableau 1: Formation postgrade en comparaison internationale (Source: EURACT)

	Total formation postgraduée	Cabinet: minimum	Hôpital: minimum
Finlande	6	2.5	2
Danemark	5	2.5	2.5
Allemagne	5	1.5	2
Hongrie	5	3.5	1
Norvège	5	4	1
Suède	5	3	2
Suisse	5	0	5
Grèce	4	0.9	3.1
Israël	4	2	2
Pologne	4	2	2
Slovénie	4	2	2
Autriche	3	0.5	2.5
Belgique	3	1	0.5
Bosnie-Herzégovine	3	2	1
Croatie	3	1	1
République tchèque	3	0.5	1.3
Estonie	3	1.5	1.5
France	3	0.5	2
Irlande	3	1	2
Lituanie	3	0.5	2.5
Pays-Bas	3	2	1
Portugal	3	2	1
Roumanie	3	1.25	1.66
Slovaquie	3	0.25	2
Espagne	3	1.5	1.5
Turquie	3	0	3
Royaume-Uni	3	1	1
Albanie	2	0.2	1.6
Italie	2	0.5	1.5
Russie	2	0.2	0.4

**Tableau 2: salaires bruts des médecins-assistants dans divers cantons**

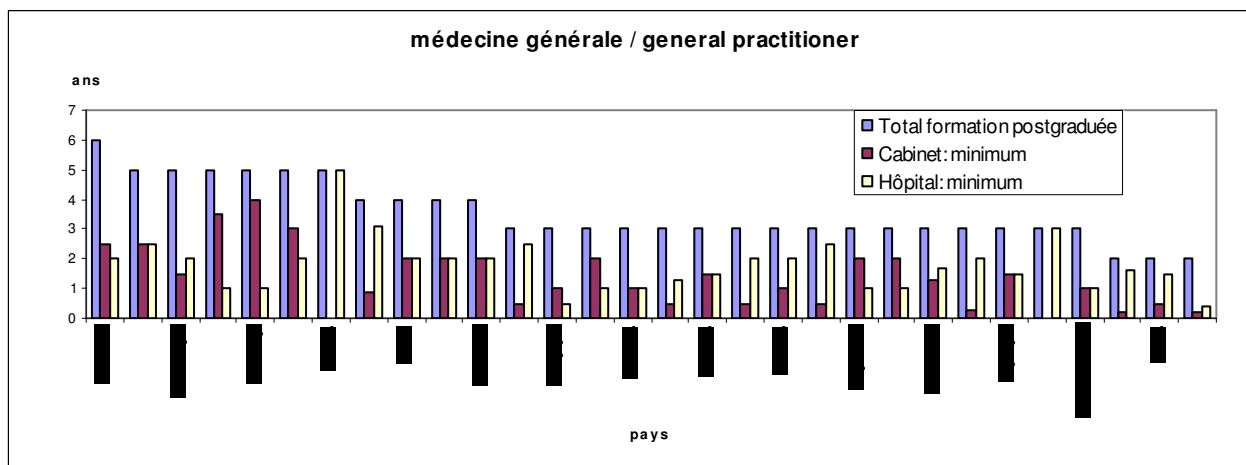
**Salaire mensuel brut (1/13 du salaire annuel brut)**

	première année	quatrième année	dernière année
BS	6254	7585	8904
BE	6635	7232	7630
GR	5828	7085	8699
VD	5488	6834	9400
moyenne	6051	7184	8658

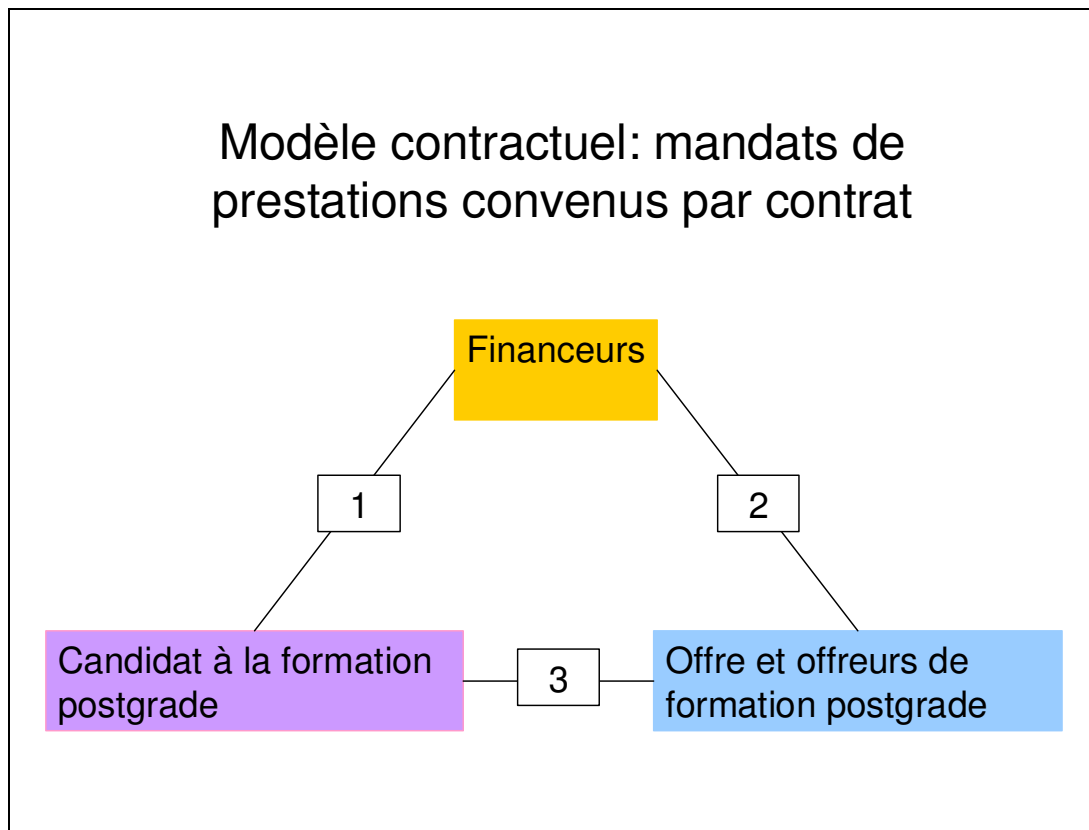
**Salaire annuel brut (y c. 13ème salaire mensuel)**

	première année	quatrième année	dernière année
BS	81298	98605	115752
BE	86255	94016	99190
GR	75764	92105	113087
VD	71352	88851	122200
moyenne	78667	93394	112557

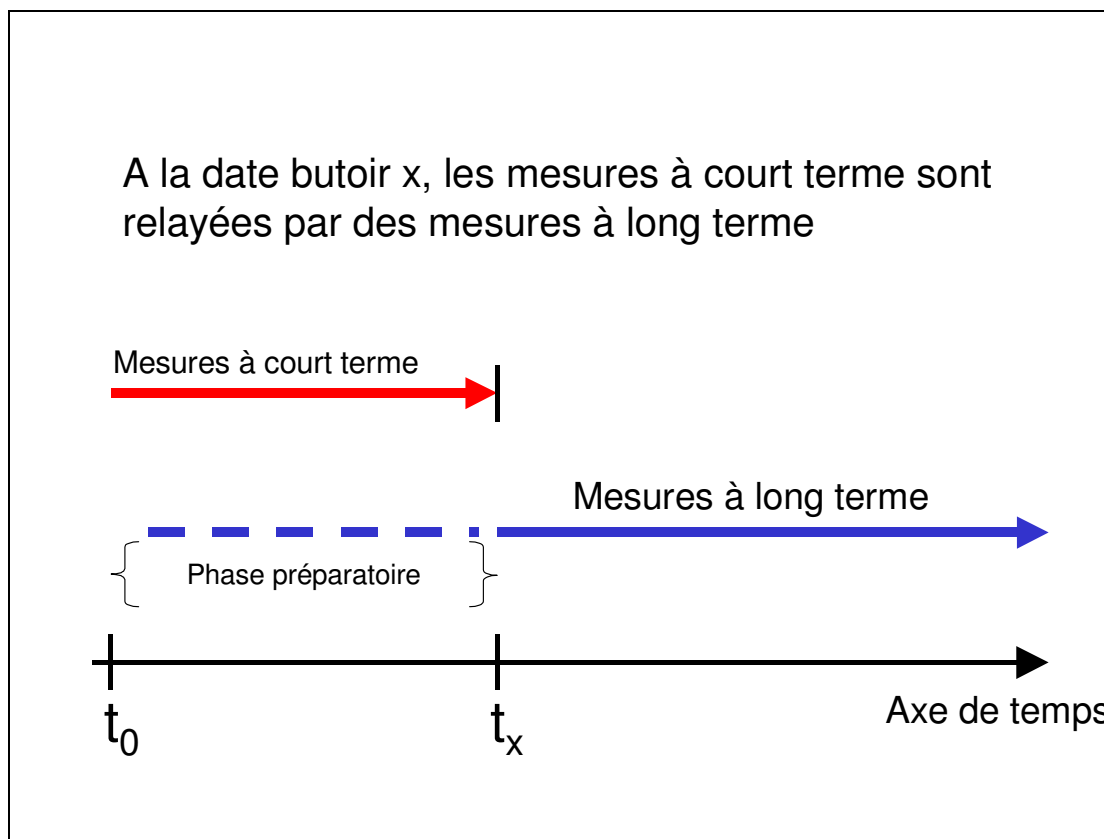
**Illustration 1: formation postgrade en comparaison internationale**



**Illustration 2: Les acteurs du marché de la formation postgrade et leurs interrelations (1, 2 et 3)**



**Illustration 3: Rapport temporel entre mesures à court et à long termes**



## 12.2 Annexe 2: contrat de formation postgrade du canton de Lucerne

---

### Weiterbildungsvertrag

zwischen

und

#### Weiterbildung

##### Dauer

---

1. Die Weiterbildung umfasst total rund .....Weiterbildungstage. Die Bildungskosten belaufen sich auf ca. Fr. .... Die Weiterbildung liegt im überwiegenden Interesse des Staates. Der Kanton Luzern beteiligt sich an den Weiterbildungsaufwendungen und übernimmt folgende Kosten:

75 % der Bildungskosten, im Maximum Fr. .... --

0 % der Spesen, im Maximum

50 % der gesamten Weiterbildungszeit, im Maximum besoldeten Urlaub an ..... Halbtagen.

Durch den besoldeten Urlaub entstehen dem Kanton Kosten in der Höhe von voraussichtlich

Fr. .... --

Abschätzung der Gesamtkosten für den Kanton somit

Fr. .... --

Die Kostenübernahme durch den Kanton erfolgt unter dem Vorbehalt der unter Punkt 2 bis 4 geregelten Verpflichtungszeit und Kostenrückerstattungen. Die Berechnungsgrundlagen finden sich in den „Rahmenbedingungen der Weiterbildung“. Der Anteil des Kantons an den Gesamtaufwendungen liegt gemäss diesen bei rund ..... Prozent.

Die vereinbarten Kurskosten sind je zur Hälfte ..... und der Dienststelle in Rechnung zu stellen.

Die restlichen zeitlichen und finanziellen Aufwendungen gehen zu Lasten der/des Angestellten. Für die Weiterbildungszeit, welche als Eigenleistung der/des Angestellten erbracht wird, gilt folgendes: Soweit diese nicht in die Freizeit und somit in die ordentliche Arbeitszeit fällt, ist die Form mit der Dienststelle zu vereinbaren. Mögliche Varianten sind Kompensation von Überzeit, Flexibilisierung der Arbeitszeit oder unbezahlter Urlaub. Allfälliger unbezahlter Urlaub ist in einem separaten Beschluss zu regeln.

2. Die **Verpflichtungszeit** regelt die Zeitspanne, während welcher eine Kostenrückerstattung möglich ist.

Aufgrund obiger Kostenabschätzung ergibt sich eine Verpflichtungszeit von ..... Jahren.

Sie beginnt in der Mitte der Weiterbildung. Nach Ende der Weiterbildung muss aber mindestens noch ein Jahr Verpflichtungszeit bestehen. Aus heutiger Sicht beginnt die Verpflichtungszeit am ..... und endet am .....

3. Bei **Austritt** aus dem Staatsdienst während der Weiterbildung und **vor** Beginn der Verpflichtungszeit wird eine Kostenrückerstattung fällig. Diese beträgt 100% der vom Kanton geleisteten Kostenbeiträge (Lohnkosten, Bildungskosten und Spesenersatz).

Bei **Austritt** aus dem Staatsdienst **während** der Verpflichtungszeit wird ebenfalls eine Kostenrückerstattung fällig. Die Kostenrückerstattung reduziert sich im Laufe der Verpflichtungszeit und berechnet sich wie folgt: Gesamtkostenanteil des Staates abzüglich eines Freibetrages von Fr. 2'000.--, der Restbetrag wird pro rata der verbleibenden Verpflichtungszeit gerechnet. Der Gesamtkostenanteil des Kantons umfasst die geleisteten Beiträge an Besoldung, Bildungskosten und Spesenersatz. Abweichungen von der Kostenabschätzung unter Punkt 1 sind zu berücksichtigen.

4. Auch bei **Abbruch** der Weiterbildung oder **Nichtbestehen** der Abschlussprüfung wird eine Kostenrückerstattung fällig. Diese wird unter Berücksichtigung der Umstände durch die zuständige Behörde im Einzelfall bestimmt. Sie kann bis zu 100% der vom Kanton geleisteten Kostenbeiträge (Lohnkosten, Bildungskosten und Spesenersatz), abzüglich eines Freibetrages von Fr. 2'000.--, betragen.

Bei einem teilweisen oder vollständigen Verzicht auf die Rückerstattung gilt für die geleisteten Kostenbeiträge des Kantons ebenfalls eine Verpflichtungszeit gemäss Punkt 2 und eine Rückerstattungspflicht bei Austritt aus dem Staatsdienst gemäss Punkt 3 dieses Vertrages.

Die/Der Angestellte informiert die Dienststellenleitung über den Abschluss der Weiterbildung und händigt ihr eine Kopie der Kursbescheinigung/des Abschlussdiploms aus.

5. Zuständig für die Rückforderung des Rückerstattungsbetrages bei Abbruch der Ausbildung oder bei Austritt ist die Dienststelle. Die Rückforderung erfolgt durch Rechnungsstellung. Allfällige durch das Personalamt finanzierte Ausbildungskostenanteile sind nach Eingang der Rückforderung durch die Dienststelle der entsprechenden Kostenstelle des Personalamtes anteilmässig gutzuschreiben.
6. Der vorliegende Weiterbildungsvertrag stützt sich auf die „Rahmenbedingungen der Weiterbildung“ vom 1. August 2001.

Luzern, 14. Juni 2006

.....

**Die/Der Angestellte**

.....  
Zustellung an:  
- Angestellter (Original)  
- Dienststelle (Original)  
- Personalamt  
- Personalamt (WB)  
- Finanzkontrolle

.....