Changement de paradigme dans la médecine de premier recours – aspects centraux d'une prise en charge pérenne

Privilégier les soins de santé suprarégionaux plutôt qu'une approche trop locale

On peut le lire dans les médias et le constater par notre propre expérience : dans un proche avenir, notre système de santé fera face à une pénurie de personnel qualifié encore plus importante. Des déclarations telles que « un quart des médecins ont 60 ans ou plus[1] » ainsi que le nombre élevé d'offres d'emploi – 15 500 annonces dans le secteur de la santé[2] durant le premier trimestre 2026 – témoignent de manière très significative de la pénurie actuelle et future de professionnels de la santé. Dans ce contexte, une coordination suprarégionale des soins de santé paraît plus que nécessaire.

Les médias mettent en lumière de nombreux exemples d'une planification à petite échelle de la médecine de premier recours. Citons par exemple la présence hospitalière au niveau régional, l'ordonnance cantonale sur les nombres maximaux pour les médecins ou le fait qu'une commune planifie un cabinet médical pour sa population. Ce dernier exemple se rencontre de plus en plus fréquemment et est encouragé par les autorités. En effet, les conseillères et conseillers municipaux souhaitent que leur commune dispose de son propre cabinet médical, si possible dans le domaine de la médecine de premier recours. On va parfois jusqu'à investir des fonds publics dans les locaux de cabinet, sans exiger un engagement à long terme de la part des médecins. Rien ne s'oppose à des initiatives visant à établir un cabinet médical propre à la commune ; il s'agit au contraire d'un développement intéressant. Déjà en 2014, FMH Services avait contacté un grand nombre de communes présentant une pénurie effective ou potentielle et leur avait recommandé d'aborder activement la question de la prise en charge médicale de leur population. De nombreuses communes avaient alors répondu que cela ne relevait pas de leur compétence. Depuis lors, les communes ont assisté à la fermeture de cabinets médicaux et constaté que les cabinets de médecine de famille dans les localités





voisines n'avaient pas forcément la capacité de compenser ce phénomène. Cela s'est traduit par une pression croissante de la population sur les responsables politiques leur demandant d'agir et de rétablir des cabinets médicaux. Nous voilà donc déjà arrivés à l'approche à petite échelle.

Il existe pourtant déjà de bons exemples d'interventions suprarégionales rendant superflues les interventions politiques, comme celle demandant de transférer à la Confédération la responsabilité pour la planification hospitalière. Si l'on prend, par exemple, la Suisse centrale ou la Suisse orientale, l'on constate que la planification hospitalière s'effectue ou est discutée à l'échelon suprarégional. Un lieu de vacances dans le canton du Valais est un bon exemple d'une planification régionale ambulatoire des soins (le nom du lieu n'est pas cité pour des raisons de protection des données). La prise en charge médicale n'y est pas seulement pensée pour la commune, mais pour l'ensemble de la vallée. L'objectif est de donner à la planification des besoins une orientation régionale pour assurer la prise en charge médicale à long terme. La région d'Affoltern am Albis en est un autre exemple. Les communes, l'hôpital d'Affoltern, les soins à domicile, les thérapeutes et les médecins ont discuté dans le cadre d'un projet commun de la situation sanitaire future et, sur cette base, proposé des mesures correspondantes. Un autre bon exemple de planification supracantonale est l'ordonnance sur les nombres maximaux concernant les médecins que les cantons de Bâle-Campagne et Bâle-Ville ont mise en œuvre ensemble en élaborant une planification des besoins. Cela ne signifie toutefois pas que l'ordonnance sur les nombres maximaux est approuvée en tant que telle.

D'un autre côté, l'on peut sans aucun doute aussi constater que la Suisse réussit très bien dans des domaines tels que la fiscalité, en raison du fédéralisme et d'une approche à petite échelle. Grâce au «cantonalisme», à l'autonomie des communes et à la concurrence qui en résulte, nous disposons d'un système fiscal très fort et compétitif. De nombreux experts et expertes issus du secteur de la santé sont toutefois conscients des limites croissantes d'une approche trop locale dans le système de santé suisse. Comme évoqué plus haut, la pénurie de personnel qualifié est un fait qui exige un changement de perspective. L'expérience dans le conseil montre que cette prise de conscience va croissant. Des exemples d'une collaboration accrue de différents acteurs ont été cités plus haut. Ce développement se poursuit : de nouveaux réseaux entre assureurs-maladie, hôpitaux, cabinets médicaux ou communes voient le jour. Ce faisant, les communes ne limitent plus leur planification exclusivement à leurs propres besoins, mais développent conjointement avec d'autres communes des plans de soins suprarégionaux. Cela permet de mettre en œuvre des projets novateurs et de créer des structures de cabinet qui répondent aux exigences actuelles des médecins. En particulier les plus petites communes sont souvent trop petites pour exploiter durablement un cabinet de groupe comptant deux à trois médecins. Le regroupement de plusieurs communes permet toutefois de créer des structures plus attractives pour la mise en place et l'exploitation de cabinets de groupe.

Ci-après sont présentées plusieurs approches utiles et pertinentes qui ont en partie déjà pu être réalisées dans différents domaines. La planification hospitalière n'est pas abordée ici, étant donné qu'elle fait déjà l'objet de discussions à divers niveaux. Pour commencer, nous procédons à une brève classification.

Planification régionale versus réalité des soins au-delà des frontières administratives

L'organisation de nos soins de santé présente un caractère très cantonal pour des raisons historiques. La planification, le pilotage et, en partie, l'orientation stratégique s'effectuent dans le cadre de compétences définies au niveau politique. En même temps, on constate depuis des années un écart croissant entre cette organisation régionale et la réalité des soins.

Les patientes et patients sollicitent de plus en plus des prestations médicales au niveau

supracantonal ou suprarégional. Tant dans la médecine de premier recours que dans la médecine spécialisée ambulatoire et stationnaire, la demande ne tient pas compte des frontières territoriales, mais davantage de critères de qualité, du degré de spécialisation, de la disponibilité et de la continuité du traitement. Ce développement empiriquement établi s'illustre notamment dans les analyses portant sur les flux de patients et les zones de soins. Se pose alors la question de savoir comment la planification régionale des soins peut répondre à cette réalité de plus en plus suprarégionale.

Le grand nombre de cabinets de médecine de premier recours qui n'acceptent plus de nouveaux patients en témoigne. Dans ces cas, les patientes et patients ne disposent souvent plus d'une possibilité de prise en charge régionale. Ils doivent alors contacter un cabinet se trouvant hors de la région où ils vivent, voire dans un autre canton.

Soins de base : un thème régional devenu systémique

Les tensions structurelles les plus manifestes apparaissent dans la médecine de premier recours. Le vieillissement du corps médical, le changement des modèles de travail et de vie, le travail à temps partiel croissant et les contraintes administratives concernent toutes les régions de Suisse. Ce qui était autrefois en premier lieu perçu comme un enjeu local ou géographiquement limité (p. ex. dans les zones de montagne), s'est transformé en défi systémique. Des exceptions demeurent dans certaines régions, par exemple en ville de Zurich. Dans cette situation, il est surprenant de constater que les communes ou cabinets médicaux maintiennent une planification limitée à l'échelle communale. Parallèlement, on constate heureusement que le nombre de médecins qui s'engagent dans la médecine de premier recours et ouvrent de nouveaux cabinets ou reprennent des cabinets existants augmente à nouveau depuis un à deux ans. Il en résulte de nouvelles opportunités pour durablement développer la médecine de premier recours.

Fragmentation et besoin de coordination

La complexité du paysage des soins continue d'augmenter. La spécialisation accrue, les nouvelles formes d'organisation dans le secteur ambulatoire, les nouveaux rôles des hôpitaux et l'importance croissante de la collaboration interprofessionnelle augmentent le besoin de coordination tout au long de la chaîne des soins. Les gains en matière d'efficience permettent, du moins en partie, de compenser les ressources en personnel manquantes. Pourtant, l'absence de coordination dans la planification peut entraîner des problèmes au niveau des interfaces, une utilisation inefficace des ressources et des pertes de qualité, en particulier chez les patients atteints de maladies chroniques ou multimorbides.

Soins intégrés et espaces de soins fonctionnels

Dans ce contexte, le concept de soins de santé intégrés sur le plan horizontal et vertical gagne en importance. Il n'y a pas que les cabinets et hôpitaux qui collaborent, mais aussi les thérapeutes, les soins à domicile et d'autres acteurs tels que les assureurs-maladie, les organisations actives dans la prévention ou les organisations bénévoles qui doivent concevoir ensemble la prise en charge. Tandis que certains domaines, comme la médecine hautement spécialisée ou certaines formes de coordination intercantonale, connaissent déjà un pilotage suprarégional, son transfert sur l'ensemble du paysage des soins demeure limité. En revanche, une orientation davantage axée sur des espaces de soins fonctionnels permettrait de saisir de manière plus réaliste les besoins en matière de soins.

Le rôle des pouvoirs publics et du corps médical

Le fait d'assurer durablement des soins de santé de qualité, accessibles et économiques peut donc être considéré comme une tâche commune. Outre les fournisseurs de prestations, les cantons, les communes et d'autres acteurs sont également invités à créer des conditions cadres appropriées. À cet égard, les médecins et les hôpitaux jouent un rôle essentiel pour la mise en œuvre des soins ou la conception de futurs modèles de soins.

Qu'est-ce que cela signifie dans la pratique ?

Dans le district d'Affoltern, l'hôpital, les médecins, les organisations de soins à domicile et d'autres fournisseurs de prestations se sont fixé dès 2019 pour objectif d'élaborer une « Stratégie vieillissement et santé pour le district d'Affoltern » (Alters- und Gesundheitsstrategie für den Bezirk Affoltern (AGSBA)). Le but était d'analyser les soins de santé à l'échelle régionale pour les cinq à dix prochaines années et de développer des solutions pour répondre aux défis qui en découlent. À cette occasion, la question de la répartition régionale et de la planification des cabinets médicaux à l'avenir a également été abordée.

Soins intégrés dans la région : mettre à profit les atouts du site

Aujourd'hui, certains aspects des soins intégrés dans le district d'Affoltern vont de soi, même si on est encore loin de pouvoir parler d'une situation idéale. À ce propos, il faut rappeler que de tels concepts ne peuvent pas être mis en œuvre en un tour de main. Ils exigent de la patience,



de la persévérance et une action coordonnée, en particulier lorsque cela ne concerne pas les «domaines obligatoires» dont les responsabilités sont réglées par la loi. Notamment dans le contexte d'une pénurie dans la médecine de premier recours dans toute la Suisse, où la demande en personnel qualifié dépasse l'offre, la qualité du site gagne en importance.

La prise en charge des personnes âgées et les soins de santé dans le district d'Affoltern se trouvent en profonde mutation. Les développements autour de l'hôpital d'Affoltern et la pénurie croissante de médecins de famille sont des thèmes centraux de la politique de la santé. Les défis suivants sont manifestes et également valables pour d'autres régions :

- **Évolution démographique :** Le vieillissement de la population exige de nouvelles stratégies en matière de soins de santé et de prise en charge des personnes âgées.
- **Pénurie de personnel qualifié :** Tant dans le secteur ambulatoire que stationnaire, le personnel qualifié manque, en particulier dans les soins, dans le domaine thérapeutique et dans d'autres professions de la santé.
- **L'ambulatoire avant le stationnaire :** Modification des conditions cadres dans le domaine de la santé et des aînés.
- **Baisse du nombre de médecins de famille :** En particulier dans les zones rurales, le nombre de cabinets de médecine de famille baisse.

Une stratégie vieillissement et santé dépassant le cadre du district est donc indispensable et requiert des responsabilités claires et une collaboration efficace de toutes les parties impliquées. La vision intégrée qui implique toutes les parties prenantes et la perception des soins intégrés comme un élément de la qualité du site sont d'une importance fondamentale, en particulier pour les médecins de famille, mais aussi pour d'autres acteurs.

Définir des objectifs clairs

Cela permet d'en déduire les objectifs fondamentaux suivants :

- **Planification des soins de base :** Un système de santé durable et efficace repose sur des soins de base performants. Ceux-ci doivent par conséquent être planifiés de manière suprarégionale en tenant compte de différents acteurs (pharmacies, cabinets, hôpitaux et nouvelles formes de prise en charge).
- **Planification des capacités de soins :** Une meilleure planification et répartition des capacités de soins est urgente, notamment en prévision des problèmes de santé plus complexes et du nombre croissant de patients nécessitant des soins de longue durée.
- **Logements adaptés avec accompagnement :** Compte tenu de l'espérance de vie croissante, il faut développer des formes de logement adaptées pour les personnes âgées.
- **Coûts :** Le financement des soins de santé demeure un défi central, en particulier dans un contexte d'augmentation des coûts en conséquence de l'évolution démographique.

Vision et principes directeurs du projet «Stratégie vieillissement et santé pour le district d'Affoltern»

La vision suivante a vu le jour en 2019 dans la région d'Affoltern : «Les soins horizontalement et verticalement intégrés, axés sur les besoins de la population dans le district d'Affoltern sont à la pointe.»



Il en a découlé six principes directeurs :

1. **Les patientes et patients au centre de l'attention :** Les soins de santé placent la population et les patientes et patients au centre de l'attention et renforcent leur autonomie.
2. **Pérennité économique :** Les soins de santé sont conçus de manière stable et efficace sur le long terme.
3. **Mandat légal et marge de manœuvre :** L'accent est mis sur le mandat légal des communes et l'utilisation de leur marge de manœuvre pour garantir les soins.
4. **Solidarité dans le district :** Les besoins des quatorze communes sont pris en compte et une vision collective est développée.
5. **Initiatives novatrices :** Les soins intégrés demandent une ouverture au changement et le développement d'approches novatrices.
6. **Constitution du réseau :** Les coopérations et partenariats sont encouragés, notamment dans le domaine de la communication.



Beat Bär, ancien responsable de projet « Stratégie vieillissement et santé »



Patrick Tuor, responsable Conseil et membre de la direction, FMH Consulting Services AG

Démarche et résultats pour les soins ambulatoires de base

Sur la base de l'état actuel (analyse du site et du potentiel), la future organisation des soins ambulatoires de base dans le district d'Affoltern a été développée au moyen d'un plan à long terme. Ce plan comprend, entre autres, le choix du site, la forme de l'organisation, la taille des cabinets médicaux et les disciplines requises pour assurer des soins de base appropriés. De plus, les exigences et la collaboration avec d'autres institutions du secteur de la santé dans le district (EMS, soins, hôpital, soins à domicile, promotion économique, etc.) ont été définies.

L'analyse du potentiel et du site réalisée par FMH Services a posé les fondements de la future stratégie des soins ambulatoires de base. La décision de diviser le district en trois sous-régions (nord, sud, centre) a été un point central. Par la suite, les travaux ont été entamés dans ces trois sous-régions. Une priorité plus élevée a été donnée aux régions nord et sud eu égard à l'urgence des défis. Une vision a été définie pour chacune des trois sous-régions.

Une nécessité : Marketing de site pour la santé

Les travaux ont montré qu'une région telle que le district d'Affoltern ne pouvait pas être considérée de manière isolée et que la démarche ne pouvait pas uniquement être orientée sur certains médecins de famille, mais qu'il fallait développer un concept de marketing de site spécifique pour les soins ambulatoires de base. Les éléments suivants font partie du concept élaboré. Ils visent à la fois à renforcer l'attractivité du site pour le personnel médical spécialisé et à garantir à long terme l'offre de la médecine de premier recours :

Thème 1 : Analyse du site et évaluation du potentiel

Particularités régionales : Identification des caractéristiques particulières et avantages du district d'Affoltern, par exemple la qualité de vie, l'infrastructure et les offres existantes dans le domaine de la santé et de la prise en charge des personnes âgées.

Analyse du potentiel et du site : Sur la base de l'analyse du potentiel réalisée par FMH Services, des sites particulièrement adaptés à moyen et long terme pour la mise en place de cabinets et centres de santé ont été identifiés. Le district d'Affoltern est divisé en trois régions géographiquement et économiquement homogènes : « sud », « nord » et « centre ».

ID Suisse AG
simple | mieux | intégré
ID DIACOS® Confort du codage
www.id-suisse-ag.ch



Thème 2 : Attractivité pour les médecins

Perspectives professionnelles : Développement d'une offre complète qui propose non seulement des postes de travail attractifs, mais aussi des possibilités de formation et de développement. Cela peut, par exemple, se faire par la création de postes de formation ou dans le cadre de coopérations avec des universités et hôpitaux.

Conditions de travail et de vie : Amélioration de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée grâce à des modèles de travail flexibles, soutien pour la recherche d'un logement ainsi que promotion de l'intégration des médecins et de leurs familles dans l'environnement social.

Thème 3 : Infrastructure et organisation

Centres de santé : Mise en place de centres de santé dans les sous-régions (nord, sud, centre), conformément aux propositions de la stratégie « Soins de base +10 » (Grundversorgung +10). Ils sont censés servir de centres d'accueil médicaux et regrouper différentes disciplines sous un même toit.

Collaboration et réseau : Promotion de la collaboration entre les institutions de santé (p. ex. hôpital d'Affoltern, soins à domicile, institutions de soins, organisations bénévoles, thérapeutes) et les médecins de famille pour garantir des soins intégrés.

Thème 4 : Campagne de communication et d'image

Communication externe : Développement d'une campagne de marketing ciblée pour positionner le district d'Affoltern comme un lieu de travail et de vie attractif pour le personnel médical. Cela peut se faire en combinant des médias en ligne et traditionnels, y compris les réseaux sociaux, les réseaux professionnels et les foires professionnelles.

Renforcer la communication interne : Constitution d'un réseau de fournisseurs de santé locaux qui informe régulièrement sur les développements, succès et défis et renforce ainsi le lien et l'identification avec la région.

Thème 5 : Programmes de soutien et d'incitation

Incitations financières : Mise à disposition d'aides et subventions pour la mise en place de nouveaux cabinets, en particulier dans les régions du district sous-approvisionnées.

Mentorat et coaching : Établissement d'un programme de mentorat destiné à faciliter les débuts de l'activité en cabinet des jeunes médecins.

Thème 6 : Stratégies durables

Développement du personnel à long terme : Développement de stratégies pour la promotion de la relève, par exemple au moyen de programmes d'étude pour les étudiants en médecine de la région qui souhaitent revenir y travailler après avoir terminé leurs études.

Intégration d'infirmières et infirmiers de pratique avancée (APN, Advanced Practice Nurses) : Dès que les bases juridiques auront été établies, l'engagement d'APN pourra être renforcé afin de décharger les médecins et d'assurer une prise en charge globale.

Thème 7 : Monitorage et évaluation

Évaluation continue : Introduction d'un système de monitorage pour vérifier en permanence l'efficacité des mesures et, si nécessaire, procéder à des adaptations.

Retours : Sondages réguliers auprès des médecins pour connaître leur degré de satisfaction et leurs propositions d'amélioration.

Ces éléments doivent mener à un concept de site cohérent pour la médecine ambulatoire de premier recours qui positionne le district d'Affoltern comme site attractif pour le personnel médical et garantit en même temps durablement la prise en charge médicale de la population.

Conclusion

Les soins intégrés et la prise en charge des personnes âgées représentent un défi pour toutes les parties impliquées et exigent une étroite collaboration. Compte tenu de l'absence de mandat légal pour la mise en œuvre, il est décisif que les parties prenantes soient convaincues du bien-fondé de l'idée. Considérer les soins intégrés comme un élément de la qualité du site est un facteur de succès décisif. La pénurie de médecins de famille dans le district d'Affoltern avec ses quelque 60 000 habitants et habitants ne peut être surmontée durablement qu'au moyen d'un effort commun de toutes les parties impliquées et une image de marque claire du site. Preuve que les mesures prises portent leurs fruits : un nouveau cabinet médical a déjà ouvert ses portes dans le district d'Affoltern.

Informations complémentaires

FMH Services ne soutient pas seulement les médecins, mais aussi d'autres acteurs du secteur de la santé (hôpitaux, maisons de retraite, communes et autres institutions). Nous accompagnons des projets, réalisons des analyses, élaborons des concepts, fournissons des bases solides pour la prise de décision et favorisons la mise en place de structures efficaces.

FMH Consulting Services AG
Avenue d'Ouchy 66, 1006 Lausanne
Téléphone 021 922 44 35
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhservices.ch

Auteurs

Beat Bär, ancien responsable de projet « Stratégie vieillissement et santé »

Patrick Tuor, responsable Conseil et membre de la direction, FMH Consulting Services AG

Sources

1 https://www.fmh.ch/files/pdf33/2026-04-15-cdp_statistique_medicale_fmh-f-v1.pdf
2 https://job-radar.ch/wp-content/uploads/sites/11/Jobradar-Free-FR.pdf