

Point de vue

Le présent bulletin porte sur l'évolution de l'effectif des médecins en Suisse en lien avec les réglementations destinées à limiter le nombre des praticiens à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Ces réglementations, qui visent à modérer l'augmentation des coûts, découlent de la théorie de «la demande induite par l'offre», générant par là une hausse des coûts inutile. Les acteurs de la politique de la santé divergent aussi bien quant à l'ampleur des coûts réellement induits par ce mécanisme que par les recettes pour y remédier.

La suppression de l'obligation de contracter, éventuellement soumise à conditions, est souvent citée comme une alternative à une restriction de l'autorisation de pratiquer. Elle ne devrait toutefois pas pouvoir recueillir dans l'immédiat l'adhésion d'une majorité de la population. Quant aux mesures tarifaires, elles déploient leurs effets très indirectement, ce qui rend difficiles des interventions ciblées.

Un point fait toutefois l'unanimité: on manque d'informations pour pouvoir suivre et apprécier l'évolution des prestations et identifier les possibilités d'intervention dans le domaine ambulatoire. La méthode du «comptage par tête» sur lequel reposent les données publiées dans le présent bulletin, faute de données détaillées sur l'évolution des prestations, ne permettra bientôt plus de tenir compte de la complexité des questions liées à l'excès ou à la pénurie de l'offre de soins ambulatoires.

Nous devons impérativement compléter les données si nous voulons mener des discussions fondées sur l'évolution des prestations dans le domaine ambulatoire et sur les effets des interventions possibles. Cela passe par un soutien aux efforts déployés pour acquérir plus de données à un coût administratif le plus faible possible. D'ici là, nous continuerons de tout mettre en œuvre pour tirer le maximum des données disponibles. Le présent bulletin témoigne de ces efforts. Nous vous souhaitons une bonne lecture.

Stefan Leutwyler
Secrétaire central suppléant de la CDS

Moratoire sur l'installation des médecins en cabinet privé: évolution de leur effectif

La limitation de l'admission de médecins à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) trouve son origine dans l'entrée en vigueur de la libre circulation des personnes au début des années 2000. En effet, il y avait certaines craintes que la libre circulation des personnes entraîne une hausse du nombre de médecins en Suisse et que cette dernière engendre une augmentation des coûts à la charge de l'AOS. Depuis 2002, cette limitation qui devait être temporaire, a été appliquée avec plusieurs variations (voir encadré 1).

L'objectif de ce bulletin est de montrer, de manière descriptive, les effets de la limitation de l'admission de médecins et des changements de réglementations (voir encadré 1) sur l'évolution du nombre de médecins en cabinet privé et leurs caractéristiques (spécialisation, formation, nationalité, canton d'établissement). Pour répondre à cet objectif, plusieurs bases de données ont été utilisées (voir encadré 3).

Les principaux effets de l'échéance du moratoire peuvent être résumés ainsi:

- forte augmentation du nombre de médecins spécialistes;
- stabilité du nombre de médecins de premier recours;
- évolution du nombre de médecins spécialistes variable selon le canton;
- concentration des médecins dans les villes;
- immigration des médecins renforcée.

Encadré 1: Modifications de la réglementation sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à charge de l'AOS

En 2002, le Conseil fédéral a édicté une ordonnance pour limiter l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'AOS (RS 832.103). L'application de cette limitation était du ressort des cantons. D'abord prévue pour une durée de trois ans, elle a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2009 pour la médecine de premier recours et jusqu'au 31 décembre 2011 pour la médecine spécialisée (figure 1).

Au 1^{er} juillet 2013, après une période de levée du moratoire, une forme plus souple de la limitation des admissions a été introduite. Sont notamment exclus de cette limitation les médecins qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu (RO 2013 2065). Ce régime transitoire est prévu jusqu'en juin 2016, date à laquelle, le Conseil fédéral entend laisser aux cantons la possibilité de piloter le domaine ambulatoire.

Fig. 1 Aperçu des modifications de la réglementation

Introduction du moratoire	Echéance du moratoire: médecine de 1 ^{er} recours	Echéance du moratoire: médecine spécialisée	Régime transitoire	Gestion de l'offre de soins ambulatoires
3 juillet 2002	31 décembre 2009	31 décembre 2011	1 ^{er} juillet 2013	1 ^{er} juillet 2016

Source: propre présentation © Obsan 2015

Pour faciliter l'interprétation des résultats, trois périodes ont été définies (tableau 1). Ces périodes varient selon qu'il s'agisse de la médecine de premier recours ou de la médecine spécialisée:

Tab. 1 Aperçu des différentes périodes de la réglementation

Périodes	Médecine de premier recours	Médecine spécialisée
Moratoire	Juillet 2002 à décembre 2009	Juillet 2002 à décembre 2011
Levée du moratoire	Janvier 2010 à juin 2013	Janvier 2012 à juin 2013
Régime transitoire	Juillet 2013 à juin 2016	Juillet 2013 à juin 2016

Source: propre présentation

© Obsan 2015

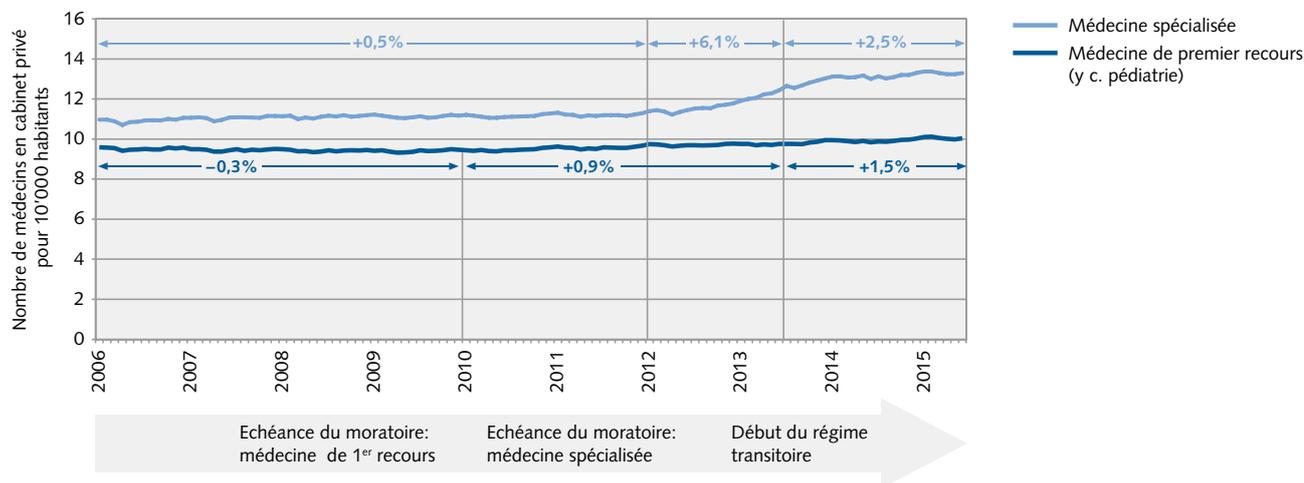
Le nombre de spécialistes en augmentation

Entre janvier 2006 et juin 2015, la densité de médecins (nombre de médecins¹ pour 10'000 habitants) ayant facturé au moins une prestation à charge de l'AOS évolue de manière différenciée (figure 2).

On remarque une forte augmentation de la médecine spécialisée pendant la période de la levée du moratoire, entre janvier 2012 et juin 2013 (+6,1% en moyenne annuelle). Cette augmentation reste soutenue pendant les premiers semestres du régime transitoire (+2,5%). Ces deux périodes d'augmentations contrastent avec la relative stabilité de la densité de médecins spécialistes pendant la période du moratoire (+0,5%).

Densité de médecins en cabinet privé ayant facturé à charge de l'AOS et variation annuelle moyenne de la densité, 2006–2015

Fig. 2



Source: SASIS SA – pool de données; OFS – STATPOP / analyse Obsan

© Obsan 2015

¹ L'analyse se fonde sur le nombre de numéros dans le registre des codes créanciers. Il n'y a pas d'information sur le taux d'occupation des médecins.

A contrario, pour la médecine de premier recours, les modifications de réglementations des admissions ont eu moins d'influence. La variation de la densité de médecins est plus modérée pendant les trois périodes. D'une légère baisse pendant le moratoire (-0,3% en moyenne annuelle), on passe à une légère augmentation pendant la levée du moratoire (+0,9%). L'augmentation de la densité de médecins en médecine de premier recours est la plus prononcée pendant les premiers semestres du régime transitoire (+1,5%). De manière plus générale, on remarque que la densité de médecins de premier recours augmente légèrement depuis 2011.

L'augmentation de la densité de médecins spécialistes pendant les premiers semestres du régime transitoire peut s'expliquer par plusieurs raisons:

- La loi prévoit des exceptions à la limitation des admissions (voir encadré 1). Des médecins peuvent donc continuer de s'installer.
- Les cantons ont une certaine marge de manœuvre pour accorder ou pas des autorisations de pratiquer selon la spécialisation du médecin.
- Il existe une réserve latente de médecins pouvant pratiquer à charge de l'AOS. Cette réserve est constituée des médecins qui n'ont pas facturé à charge de l'AOS², mais qui possèdent toutes les autorisations nécessaires pour le faire. Pendant la période de la levée du moratoire, cette réserve a considérablement augmenté.

Potentiel d'ouverture de cabinet médical

En effet, pour la médecine spécialisée cette réserve augmente jusqu'au premier semestre 2013, passant de 21,1% en décembre 2011 à 29,1% en juin 2013 (figure 3). Puis, elle diminue légèrement jusqu'au premier semestre 2015

(27,0%). Nous pouvons supposer qu'un certain nombre de ces médecins se sont installés et ont commencé à facturer à charge de l'AOS dès l'introduction du régime transitoire.

Cette réserve varie également pour la médecine de premier recours. Elle augmente de 17,4% en décembre 2011 à 20,2% en juin 2013, pendant la période de levée du moratoire pour la médecine de premier recours. Cette réserve continue d'augmenter pendant la première année du régime transitoire. De juillet 2014 à juin 2015, elle diminue pour atteindre un niveau identique à celui de décembre 2011. Il est difficile de donner une explication à cette évolution.

Augmentation des nouvelles autorisations de pratiquer avant l'introduction du régime transitoire

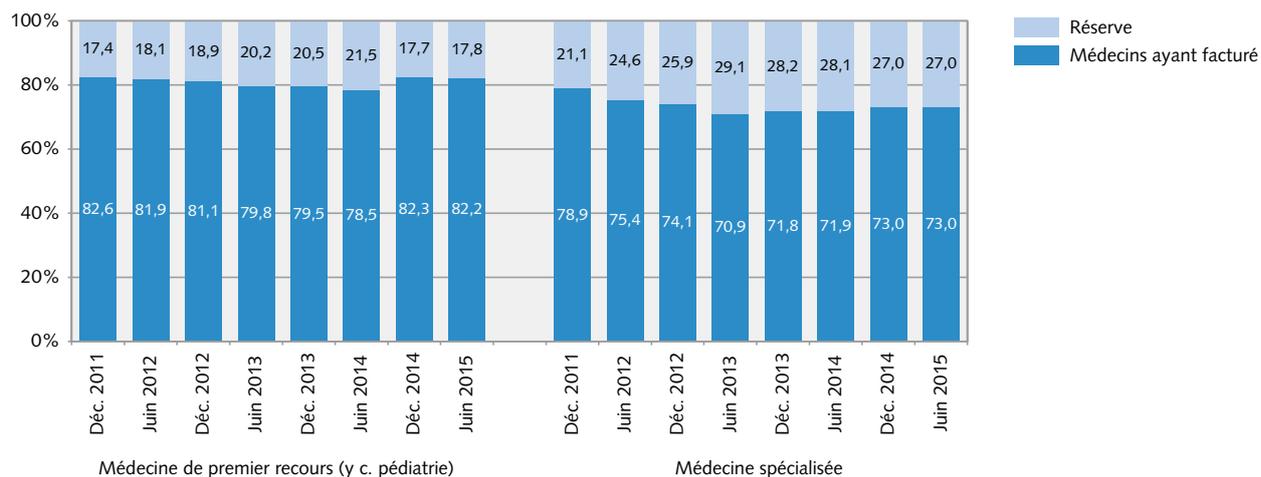
L'analyse de l'évolution du nombre d'autorisations de pratiquer³ accordées par les cantons est une autre manière de montrer les effets des modifications dans la limitation des admissions.

Le nombre d'autorisations délivrées a fortement augmenté pour la médecine spécialisée pendant les trois semestres de la levée du moratoire (figure 4). Lors du dernier semestre de la levée du moratoire cinq fois plus de nouvelles autorisations ont été délivrées par rapport à la moyenne de 2011 (2148 versus 436). Dès l'introduction du régime transitoire, le nombre d'autorisations diminue et a tendance à s'approcher des niveaux de 2011.

Pour la médecine de premier recours, il y a peu de variations entre les semestres, le nombre d'autorisations oscille autour de 300. Néanmoins, au premier semestre 2013, avant l'introduction du régime transitoire, on remarque une augmentation plus prononcée du nombre d'autorisations. Elle passe de 340 à 529. Dès l'introduction du régime transitoire, soit au deuxième semestre 2013, le nombre d'autorisations diminue.

Répartition entre les médecins ayant et n'ayant pas facturé à charge de l'AOS, 2011–2015

Fig. 3

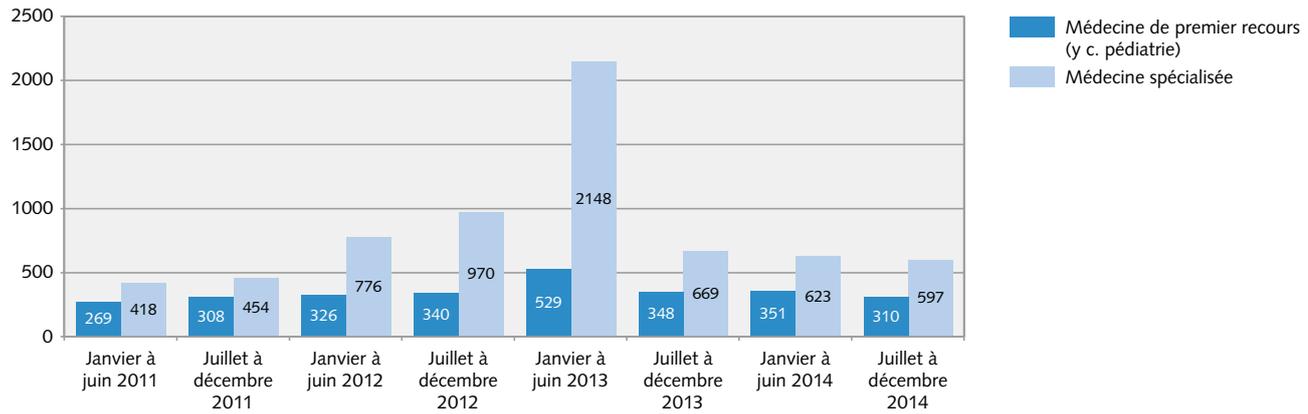


Source: SASIS SA – registre des codes créanciers, pool de données / analyse Obsan

© Obsan 2015

² Les médecins qui n'ont pas facturé à charge de l'AOS peuvent être aussi des médecins qui ont cessé leur activité. Il ne s'agit pas nécessairement que des médecins qui factureront à charge de l'AOS.

³ Il s'agit de l'ensemble des médecins. Il n'est pas possible de distinguer les médecins en cabinet privé des autres médecins.



Source: OFSP – MedReg / analyse Obsan

© Obsan 2015

Encadré 2: Définitions

Densité de médecins: nombre de médecins pour 10'000 habitants.

Autorisation de pratiquer: l'exercice de la profession de médecins est subordonné à une autorisation cantonale.

Codes créanciers: est un numéro qui permet de facturer à charge de l'AOS.

Catégorie «Médecine de premier recours»: médecine générale, médecine interne, médecine interne générale, médecins praticiens, cabinets de groupe et pédiatrie.

Catégorie «Médecine spécialisée sans activité chirurgicale»: dermatologie et vénéréologie, neurologie, médecine physique et réadaptation, médecine tropicale et médecine de voyage, infectiologie, cardiologie, gastroentérologie, allergologie/immunologie, endocrinologie/diabétologie, hématologie, oncologie médicale, néphrologie, pneumologie, angiologie, neuropathologie, rhumatologie.

Catégorie «Médecine spécialisée avec activité chirurgicale»: chirurgie, chirurgie pédiatrique, ophtalmologie, chirurgie orthopédique, oto-rhino-laryngologie, chirurgie plastique, urologie, chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, chirurgie orale et maxillo-faciale, chirurgie de la main.

Catégorie «Autres médecines spécialisées»: Anesthésiologie, radiologie, spécialités particulières, médecins récusés du domaine AOS, radio-oncologie/radiothérapie, médecine nucléaire, médecine du travail, médecine intensive, pharmacologie et toxicologie cliniques, génétique médicale, pathologie, médecine pharmaceutique, prévention et santé publique, médecine légale, médecins sans cabinet, inconnu.

Echéance du moratoire, une image cantonale contrastée

L'échéance du moratoire coïncide avec une forte augmentation de la densité des médecins spécialistes pour l'ensemble de la Suisse. Il est intéressant d'analyser ce qui l'en est au niveau des cantons.

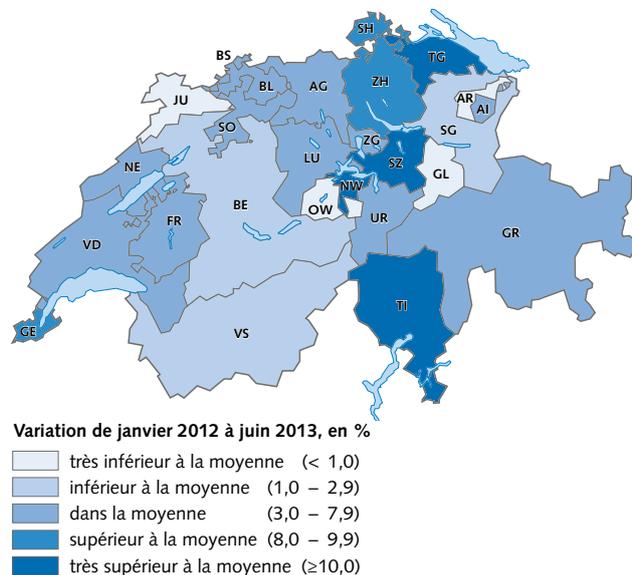
Pendant la période de la levée du moratoire, la densité de médecins spécialistes ne varie pas dans les mêmes proportions dans chaque canton. L'augmentation de 6,1% en moyenne annuelle pour l'ensemble de la Suisse doit être nuancée selon les cantons.

Les différences cantonales de la variation de la densité de médecins spécialistes est illustrée à la figure 5. Cinq catégories ont été définies sur la base de l'écart à la moyenne.

La densité de médecins spécialistes diminue dans certains cantons (Jura, Appenzel Rhodes-Extérieures, Obwald et Glaris) pendant cette période, alors que dans d'autres cantons l'augmentation est très prononcée: plus de 10% pour les cantons de Thurgovie, du Tessin, de Schwyz et de Nidwald. La majorité des cantons ont une augmentation se situant entre 3% et 8%, considérée comme étant dans la moyenne (moyenne des cantons + ou – un demi écart-type).

Densité de médecins spécialistes ayant facturé des prestations à l'AOS*

Fig. 5



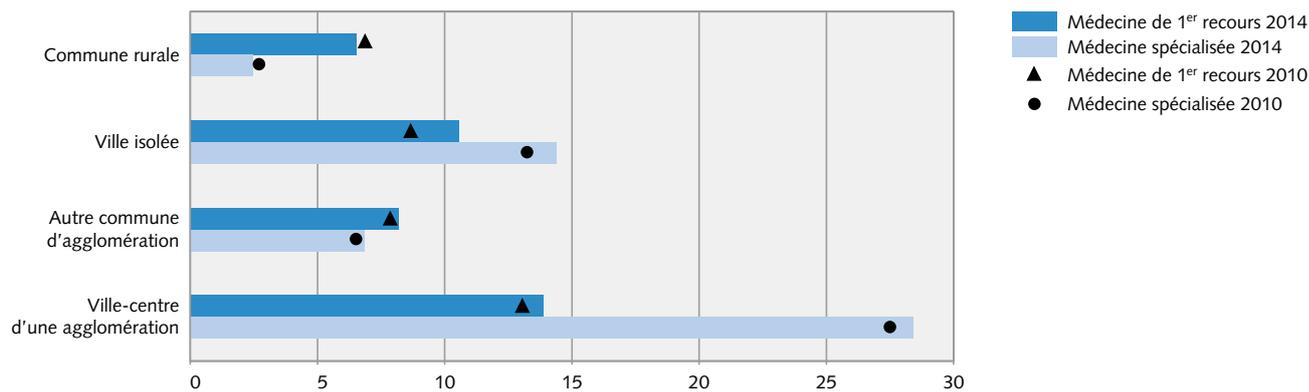
*assurance obligatoire des soins

Source: SASIS SA – pool de données / exploitation Obsan

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2015

Les médecins se concentrent dans les villes

La répartition des médecins dans les différentes régions du territoire est également intéressante, particulièrement dans l'optique d'une pénurie dans les régions décentrées.



Source: FMH – Statistique médicale; OFS – STATPOP / analyse Obsan

© Obsan 2015

Les médecins se concentrent principalement dans les villes-centre d'une agglomération (figure 6). Pour la médecine de premier recours, il y a 14 médecins pour 10'000 habitants et pour la médecine spécialisée il y en a 28. Les communes rurales ont la plus faible densité de médecins. La densité de médecins augmente légèrement entre 2010 et 2014. Seules les communes rurales voient leur densité de médecins diminuer, et ceci autant pour la médecine de premier recours que pour la médecine spécialisée. L'évolution de la densité de médecins entre 2010 et 2014 ne semble pas être influencée par les modifications de la réglementation sur la limitation de l'admission des médecins.

Nouveaux médecins ayant facturé des prestations à l'AOS, surreprésentation de certaines spécialisations

Si l'image est contrastée entre les cantons et régions, elle l'est aussi entre les titres de spécialités.

Pendant la période de la levée du moratoire, une surreprésentation des catégories *autres médecines spécialisées* (voir encadré 2) et *psychiatrie* peut être observée (figure 7).

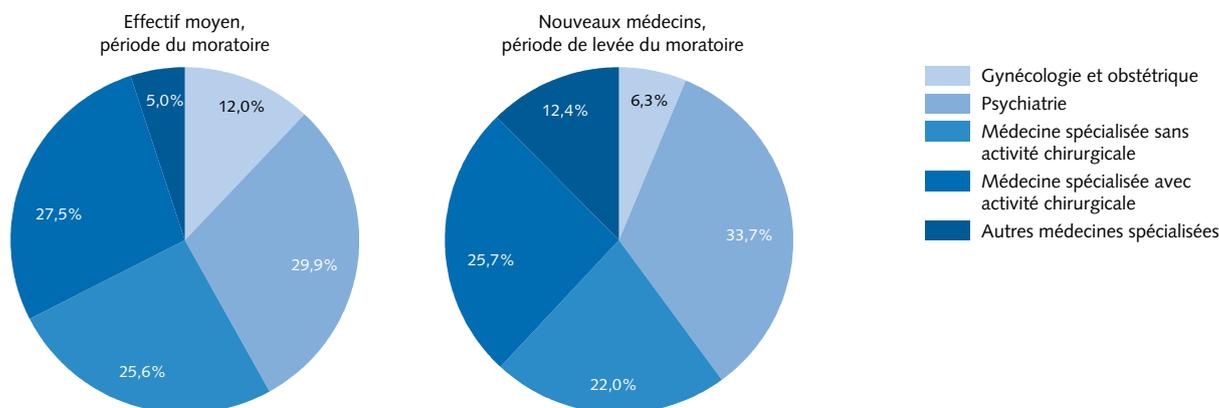
En effet, la catégorie *autres médecines spécialisées* représente 5,0% de l'effectif moyen des médecins spécialistes pendant le moratoire, alors qu'elle représente 12,4% des nouveaux médecins spécialistes pendant la levée du moratoire.

La spécialisation *anesthésiologie* et dans une moindre mesure *radiologie* influencent particulièrement l'évolution de cette catégorie. A eux deux ils représentent 84% des effectifs de la catégorie *autres médecines spécialisées* en juin 2013 et presque la totalité de l'augmentation d'effectif entre janvier 2012 et juin 2013.

Pour les *psychiatres*, la différence est moins prononcée: 29,9% de l'effectif et 33,7% des nouveaux médecins spécialistes.

La catégorie *gynécologie et obstétrique* est celle qui regroupe le moins de nouveaux médecins (6,3%), alors qu'elle représente 12,0% de l'effectif moyen.

Répartition de l'effectif moyen pendant le moratoire (2006–2011) et des nouveaux médecins pendant la levée du moratoire (janvier 2012 à juin 2013), médecine spécialisée par catégorie



Source: SASIS SA – pool de données / analyse Obsan

© Obsan 2015

Tab. 2 Répartition des nouvelles autorisations de pratiquer selon la nationalité et le pays de formation

Caractéristiques	Moratoire (2011)	Levée du moratoire (janvier 2012 à juin 2013)	Régime transitoire (juillet 2013 à décembre 2014)
Nationalité étrangère	43,3%	51,8%	55,6%
Formation à l'étranger	30,7%	38,5%	42,5%

Source: OFSP – MedReg / analyse Obsan

© Obsan 2015

Immigration des médecins renforcée

En s'appuyant sur la base de données du registre des professions médicales, il est possible de décrire l'évolution de certaines caractéristiques des médecins ayant reçu une autorisation de pratiquer.

En 2011 (pendant la période du moratoire pour la médecine spécialisée), 43,3% des nouvelles autorisations de pratiquer sont obtenues par des médecins de nationalité étrangère (tableau 2). Ce pourcentage augmente lors des deux périodes suivantes, pour atteindre 55,6% pendant le régime transitoire.

Les médecins ayant suivi leur formation (pré- et post-graduée) à l'étranger représentent une part de plus en plus importante dans les nouvelles autorisations accordées, passant de 30,7% à 42,5% entre les trois périodes.

Est-ce que les augmentations de la part des médecins étrangers et de la part des médecins formés à l'étranger dans le nombre d'autorisations de pratiquer sont des tendances de long terme ou sont-elles les effets de l'échéance du moratoire? Il manque du recul pour répondre à cette question.

Des éléments de réponse supplémentaires peuvent être apportés avec les données de la FMH et celle de l'immigration de médecins en Suisse (SYMIC). Selon les données de la FMH, la part des médecins en cabinet privé ayant obtenu leur diplôme à l'étranger augmente depuis 2008, passant de 14,1% à 24,0% en 2014 (tableau 3). Cette augmentation continue corrobore l'hypothèse d'une tendance de long terme. Néanmoins, l'échéance du moratoire semble

Encadré 3: Données utilisées

Pour réaliser ce bulletin, plusieurs sources de données ont été utilisées. Les définitions de ces sources et les sujets analysés (par exemple: médecins facturants à charge de l'AOS, médecins immigrés, autorisations de pratiquer) diffèrent entre les sources de données. L'interprétation croisée des résultats demande donc une certaine prudence.

Les résultats relatifs aux médecins qui facturent des prestations à charge de l'AOS proviennent du pool de données de SASIS SA, une filiale de santésuisse. Cette statistique de la branche des assureurs-maladie suisse donne des informations sur le nombre de numéro RCC (registre des codes créanciers) qui ont facturé à charge de l'AOS.

Les résultats concernant les médecins qui n'ont pas facturé à charge de l'AOS proviennent du registre des codes créanciers de SASIS SA. Ce registre sert de répertoire officiel des «créanciers» pour la saisie et le traitement des factures des fournisseurs de prestations médicales autorisés à pratiquer.

Les analyses des autorisations de pratiquer ont été faites à partir des données du Registre des professions médicales (MedReg) de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Ce registre est une base de données répertoriant les qualifications des professionnels de la médecine possédant une autorisation de pratiquer.

Le système d'information central sur la migration (SYMIC) du Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM) renseigne sur le nombre de personnes étrangères qui ont immigré ou émigré, sans toutefois renseigner sur la durée du séjour en Suisse.

Les résultats relatifs aux médecins exerçant en cabinet se basent sur les données de la Statistique médicale (2008–2014) de la Fédération des médecins suisses (FMH). Cette base de données décrit les activités du corps médical suisse à une date donnée et renseigne sur son évolution.

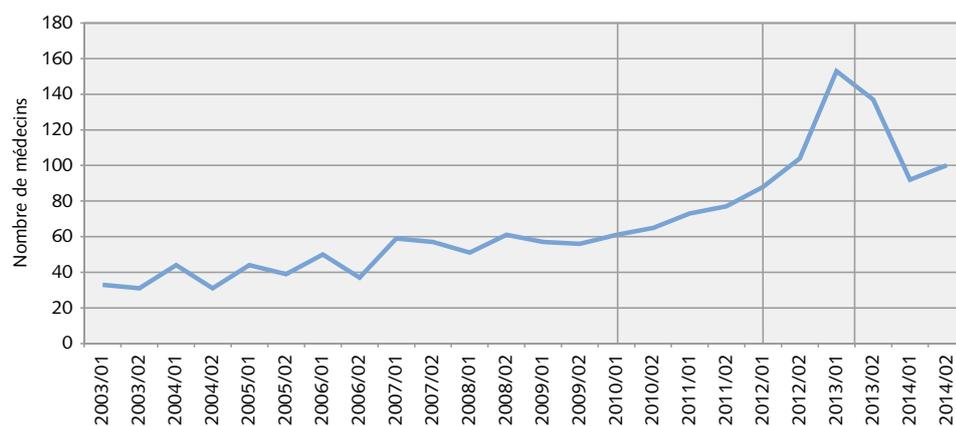
contribuer à une augmentation plus prononcée que les autres années. En effet, l'augmentation de la part de diplômés étrangers est la plus prononcée en 2012 pendant la période de la levée du moratoire (13,9%). En 2013, elle reste soutenue (12,5%), tandis qu'en 2014, sous le régime transitoire, l'augmentation devient moins prononcée (7,7%).

Tab. 3 Médecins en cabinet privé ayant obtenu leur diplôme à l'étranger, part (%) et taux de croissance (%), 2008–2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Part de diplômes étrangers	14,1%	14,8%	15,9%	17,4%	19,8%	22,3%	24,0%
Taux de croissance		4,8%	7,7%	9,3%	13,9%	12,5%	7,7%

Source: FMH – Statistique médicale / analyse Obsan

© Obsan 2015



Source: SEM – SYMIC / analyse Obsan

© Obsan 2015

D'après les données du Secrétariat d'Etat aux migrations, l'immigration de médecins⁴ est en augmentation, passant de 33 médecins au premier semestre 2003 à 100 à la fin 2014 (figure 8). La levée du moratoire pour la médecine de premier recours et ensuite pour la médecine spécialisée a renforcé cette tendance, tandis que l'introduction du régime transitoire a provoqué une forte baisse de l'immigration de médecins.

Conclusions

Les modifications de la limitation de l'admission de médecins à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins ont influencé l'évolution de l'effectif du nombre de médecins. L'impact de ces modifications est variable selon la dimension qui est analysée.

En effet, l'échéance du moratoire a engendré une forte augmentation du nombre de médecins spécialistes, alors que le nombre de médecins de premier recours est resté relativement stable.

Dans une dimension géographique, les cantons suisses ne sont pas impactés de la même manière par l'échéance du moratoire. Si des cantons ont connu une forte augmentation du nombre de médecins spécialistes suite à l'échéance du moratoire, d'autres ont connu une stabilisation, voire même une baisse de leur effectif de médecins. La répartition des médecins entre les villes et les régions plus rurales ne semble pas être influencée par les changements de la limitation de l'admission des médecins. On remarque toutefois, entre 2010 et 2014, une concentration des médecins dans les villes.

Dans une dimension internationale, l'immigration de médecins en Suisse est sensible aux changements de la loi sur l'admission de médecins. L'échéance du moratoire a provoqué une forte hausse de l'immigration de médecins, alors que l'introduction du régime transitoire a fortement diminué cette immigration.

Ces résultats se basent sur une analyse descriptive de la situation. Des analyses multivariées permettraient de confirmer ou d'infirmer certains de nos résultats en tenant compte d'autres facteurs pouvant influencer l'évolution des effectifs de médecins. Ce bulletin apporte néanmoins des enseignements importants dans la discussion de la limitation de l'admission de médecins et donne aussi un aperçu des données disponibles pour la future gestion du domaine ambulatoire par les cantons.

Plus d'informations

Obsan, indicateurs sur les ressources dans le système de santé: www.obsan.ch → Indicateurs → Personnel de santé

FMH, chiffres sur la démographie médicale (y c. l'outil de recherche interactif pour la Statistique médicale de la FMH): www.fmh.ch → Service → Statistique → Statistique médicale

CDS, médecine de premier recours: www.gdk-cds.ch → Thèmes → Structures ambulatoires

OFSP, profession de la santé: www.bag.admin.ch → Thèmes → Profession de la santé

OFS, personnels de santé: www.bfs.admin.ch → Thèmes → 14 – Santé → Prestataires de services et personnels de santé → Personnels de santé

⁴ Médecins travaillant en cabinet privé uniquement.

Publications de l'Obsan sur le corps médical

Dutoit, L., Gardiol, L. & Künzi, K. (2014). *Etablissement du recensement des médecins actifs en Suisse* (Obsan Dossier 28). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Burla, L., Füglistler-Dousse, S. & Sturny, I. (2014). *Personnel de santé dans le canton de Genève. Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2025* (Obsan Rapport 60). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Burla, L. & Rüfenacht, J. (2013). *Formation en médecine humaine et dans les professions des soins et de l'accompagnement* (Obsan Bulletin 2/2013). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Burla, L. & Widmer, M. (2012). *Le corps médical en Suisse: effectif et évolutions jusqu'en 2011* (Obsan Bulletin 3/2012). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Roth, M. (2010). *Offre et recours aux soins dans les cabinets médicaux de 2005 à 2007* (Obsan Rapport 14). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Jaccard Ruedin, H. & Widmer, M. (2010). *L'immigration du personnel de santé vers la Suisse* (Obsan Rapport 39). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Jaccard Ruedin, H. & Weaver, F. (2009). *Ageing Workforce in an Ageing Society. Combien de professionnels de santé seront nécessaires en Suisse d'ici 2030?* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M. & Widmer, M. (2007). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020* (Document de travail 35). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Bétrisey, C. & Jaccard Ruedin, H. (2007). *Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004. Analyse de l'activité médicale à la charge de l'Assurance Obligatoire de Soins* (Document de travail 29). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Sacha Roth (Obsan)

Isabelle Sturny (Obsan)

Remerciements

Section Registre des professions de la santé, Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Référence bibliographique

Roth, S. & Sturny, I. (2015). *Moratoire sur l'installation des médecins en cabinet privé: évolution de leur effectif* (Obsan Bulletin 4/2015). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/Informations

Observatoire suisse de la santé

Espace de l'Europe 10

2010 Neuchâtel

Tél. 058 463 60 45

obsan@bfs.admin.ch

www.obsan.ch

Graphisme/Layout

DIAM, Prepress/Print, OFS

Commande

Tél. 058 463 60 60 / Fax 058 463 60 61

order@bfs.admin.ch

Numéro de commande 1034-1504

Cette publication est également disponible en allemand (numéro de commande: 1033-1504)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications

© Obsan 2015

Version corrigée du 7.11.2017



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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.