Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS
Division Santé et affaires sociales

Charlotte Creiser, Section Services de santé (GESV)
5 février 2018

Premier relevé « Données structurelles des cabinets médicaux et centres ambulatoires » (MAS 2015) : Analyse de la participation et de la population

Table des matières

1 Contexte général du relevé MAS 3
1.1 Objectifs du relevé MAS 3
1.2 Bases légales 3
1.3 Spécificité du premier relevé MAS 3
2 Définition de la population cible 3
3 Eclairage sur la méthode de pondération (METH) 6
4 Analyse de la participation 6
4.1 Analyse générale 6
4.2 Analyse de la participation par canton 8
4.3 Causes des exceptions (population périphérique) 9
4.4 Causes de la non-réponse 10
4.5 Causes des unités identifiées comme hors-cible 11
5 Analyse des structures selon leur forme juridique 12
5.1 Comparaison de la répartition des formes juridiques entre la population initiale (source : BUR) et la population pondérée (source : MAS) 12
5.2 Répartition des formes juridiques par canton 13
5.3 Répartition des statuts d'emploi selon la forme juridique 13
5.4 Offre de soins médicaux selon la forme juridique 14
6 Répartition des structures d'activité médicale selon l'âge 15
6.1 Statuts d'emploi des médecins par classe d'âge 15
6.2 Répartition par classe d'âge de l'emploi des médecins selon l'offre de soins médicaux des sites 16
7 Les activités ambulatoires multi-sites 16
7.1 Caractérisation des entreprises multi-sites selon la forme juridique 16
7.2 Part des médecins en exercice sur plusieurs sites 17
8 Résumé 18

1 Contexte général du relevé MAS

1.1 Objectifs du relevé MAS

Le relevé est un jalon important pour décrire les services de santé en Suisse en se basant sur des données. Il doit permettre de combler des connaissances largement lacunaires. A moyen terme, il va permettre de faire des assertions précises concernant, par exemple, le paysage des services de santé ou les transferts vers le secteur ambulatoire.

Le but de ce relevé est de donner une vue d'ensemble, basée sur des faits, du secteur ambulatoire et de son mode de fonctionnement. Il va apporter une contribution importante à la recherche de solutions et de tarifs satisfaisants pour les services de santé.

De plus, pour la première fois, l'attention se porte sur les cabinets médicaux et les centres ambulatoires ainsi que sur leurs sites, et non pas seulement sur les médecins pris individuellement.

Enfin, le relevé MAS contribue à actualiser et à corriger les adresses des cabinets médicaux et des centres ambulatoires interrogés, ce qui est utile aux registres concernés, aux cantons, ainsi qu'aux sociétés de médecine et aux médecins eux-mêmes.

1.2 Bases légales

Le relevé « Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires » (Medical Ambulatory – Structure : MAS) découle du projet MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé). Il est ancré – comme les autres relevés sur les services de santé – dans une double base légale : d'une part, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) art. 23 et 59a, et d'autre part, la loi sur la statistique fédérale et l'ordonnance sur les relevés statistiques. Le relevé MAS est donc mené tant à des fins statistiques qu'à des fins de surveillance légale. Pour cette raison, il est annuel, exhaustif et obligatoire.

1.3 Spécificité du premier relevé MAS

Le premier relevé MAS a été lancé le 15 novembre 2016 et a été prolongé jusqu'au 15 juin 2017. Pour le premier relevé MAS, qui concerne les données 2015, une utilisation à des fins de surveillance légale a été exclue, notamment du fait de la publication du règlement de traitement sur l'article 59a LAMal, le 20 mars 2017, en cours de relevé. Ce règlement a amené des clarifications sur la transmission des données dans le cadre de l'article 59a LAMal, qui s'appliquera pour les prochains relevés. Le premier relevé MAS a donc été mené uniquement à des fins statistiques, impliquant que les données sont entièrement anonymisées. L'OFS a la primeur pour utiliser et publier les données à usage statistique.

2 Définition de la population cible

Le relevé MAS interroge les entreprises, c'est-à-dire les entités juridiques qui ont, de ce fait, une personnalité morale. Les entreprises individuelles interrogées sont souvent également des personnes physiques. Les cabinets et centres ambulatoires en Suisse font de plus en plus souvent partie de cabinets de groupe, qui prennent des formes juridiques complexes et recouvrent diverses architectures financières. Si l'on veut rendre compte de cette situation, il faut décrire ces structures, qui participent également à la gestion des consultations, voire du dossier du patient, induisant une nouvelle répartition des responsabilités. Ce ne sont plus seulement les médecins qui gèrent et financent les structures médicales ambulatoires, mais

aussi d'autres acteurs comme le secteur de l'économie privée, les assureurs, les cantons et les communes ou les hôpitaux.

Le relevé des données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires s'adresse donc respectivement aux médecins indépendants et aux institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins facturant à charge de la LAMal, ainsi qu'aux autres institutions du secteur ambulatoire, dont les centres ambulatoires ne facturant pas à charge de la LAMal, comme, par exemple, les cliniques de chirurgie esthétique. Il s'agit ainsi d'avoir un panorama le plus complet du domaine ambulatoire, en répondant au mandat statistique qu'a reçu l'OFS.

Pour pouvoir réaliser le mandat de surveillance de la LAMal, une base statistique de qualité et une description correcte des structures qui facturent sous la LAMal sont nécessaires. Aujourd'hui, la personne ou l'institution qui facture n'est plus forcément le responsable médical. Le modèle du médecin qui s'occupe sans aucune délégation ou aucun partage de responsabilité de ses patients, de son administration, de son personnel et de ses finances, dans un cabinet qui lui appartient, n'est plus le seul modèle, et ce depuis une vingtaine d'années. Dans des structures comme des centres ambulatoires gérées par des non-médecins, la responsabilité médicale (responsabilité du médecin envers ses patients) se différencie clairement de la responsabilité juridique, et dans certains cas, financière.

Les cantons sont les premiers bénéficiaires des enseignements du relevé et de la statistique sur la population médicale : ils ont en effet dans leurs compétences en matière de santé la possibilité de piloter le secteur ambulatoire, mais aussi la charge de contrôler les autorisations de pratiquer et d'exploiter des établissements médicaux de soins ambulatoires. Le corps médical sera également bénéficiaire des enseignements concernant ses modes d'organisation et sa répartition géographique.

Pour décrire les services de santé, non seulement l'entreprise en tant qu'entité juridique est intéressante, mais également le site sur lequel les services de santé sont dispensés (« point of care »). En effet, déterminer le lieu sur lequel une prestation médicale est effectuée permet de donner des informations de première main aux cantons désireux de piloter davantage le secteur des services de santé ambulatoires. Les sites dédiés à l'administratif ou à d'autres activités, par exemple l'hôtellerie ou le fitness, donnent des indications complémentaires sur la diversification des activités de l'entreprise de soins ambulatoires ; cependant ces sites ne sont pas interrogés en tant que tels par le relevé MAS.

Plusieurs critères cumulatifs délimitent le périmètre des entreprises interrogées par le relevé MAS :

- Ne pas faire partie de la liste des hôpitaux qui participent à la statistique des hôpitaux (KS).
- Posséder pour les propriétaires des entreprises individuelles une autorisation de pratiquer la médecine à titre « indépendant selon la LPMéd » (voir encadré « La notion d'"indépendant" ») ou employer au moins un médecin dans l'entreprise (pour les autres formes juridiques)
- Être la plus petite entité juridique (par exemple, une société simple composée de plusieurs raisons individuelles n'est pas interrogée en tant que telle par le relevé MAS)
- Payer une ou plusieurs cotisation(s) AVS pour l'activité de l'entreprise (AVS en tant qu'indépendant/employeur, AVS pour des salariés).

La notion d' « indépendant »

La notion d'indépendant selon la Loi sur les professions médicales (LPMéd) signifiait jusqu'à l'entrée en vigueur le 1er janvier 2018 de la révision de la LPMéd et de l'ordonnance concernant le registre LPMéd, l'indépendance juridique et économique du médecin.

Désormais, le terme « indépendant » est remplacé par « exerçant une profession médicale à titre d'activité économique privée, sous propre responsabilité professionnelle ». Cela signifie qu'un médecin employé dans le secteur de l'économie privée, comme un employé d'une SA, devra posséder une autorisation de pratiquer. Il conviendra donc d'avoir d'autres critères, comme la forme juridique et le mode d'exercice du médecin par site (libéral/salarié hospitalier/autre salarié/mixte), dans les registres cantonaux d'autorisations de pratique et dans le MedReg, pour connaitre le statut d'emploi du médecin. A partir de janvier 2020, il sera obligatoire pour les cantons d'indiquer dans le MedReg si le médecin est établi en raison individuelle.

L'actualisation des données concernant l'activité dans MedReg est également centrale. Pour faciliter la tâche des médecins, il est indispensable que ces derniers ne signalent qu'une fois par année les changements les concernant et que toute la chaine des registres depuis les cantons jusqu'au REE soit actualisée. Le MedReg devrait jouer progressivement un rôle de guichet unique pour l'actualisation des adresses et des statuts d'activité des médecins.

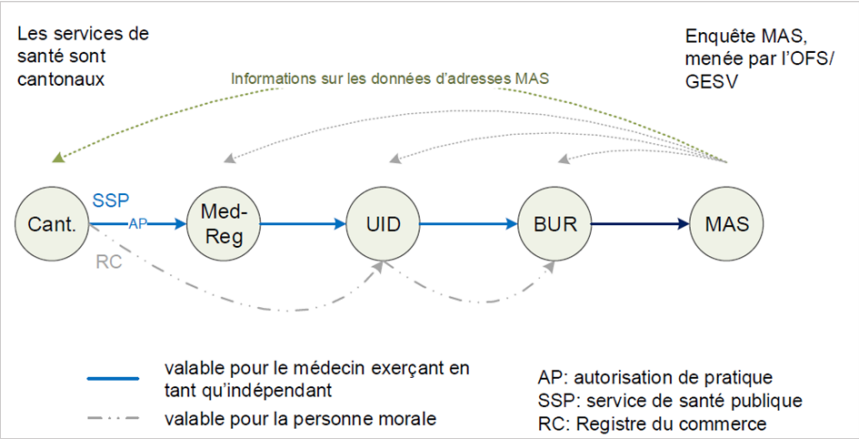
Sources directes et indirectes

Le registre des entreprises et des établissements (REE ou BUR en allemand) de l'OFS est la source directe pour établir la population cible du relevé MAS et en extraire les données d'adresse nécessaires à l'initialisation du relevé. Ce registre est étroitement couplé avec le registre IDE (numéro d'identification des entreprises ou UID), également tenu par l'OFS, qui identifie les entreprises pour l'ensemble de la Suisse. La hiérarchie des sources de l'IDE est donnée par l'article 3 de l'Ordonnance sur le numéro d'identification des entreprises (OIDE). Les services IDE aptes à communiquer à l'OFS des entités IDE et leurs mutations sont par ordre de priorité décroissante :

- Le Registre du commerce : registres cantonaux du commerce, registre central de l'Office fédéral du registre du commerce ;
- Les registres de branches économiques : registre des professions médicales (MedReg) ;
- Les registres des caisses de compensation AVS, registres fiscaux cantonaux, registre des assujettis à la TVA ;
- Les autres registres comme le REE.

Pour les médecins indépendants au sens entrepreneurial du terme (entreprise individuelle) inscrits à l'UID, le MedReg est le registre de branche. Le MedReg est alimenté lui-même par les directions de santé cantonales qui tirent leurs informations des autorisations de pratiquer et d'exploiter qu'elles délivrent. La source des données initiales se trouve donc chez les directions cantonales de la santé (et leurs services de santé publique) en tant qu'autorités délivrant des autorisations et mettant à jour le MedReg.

La qualité des données initiales des cabinets établis en entreprise individuelle est dépendante de l'ensemble de la chaîne cantons – MedReg – UID – BUR – GESV, alors que celle des données initiales des cabinets et centres ambulatoires organisés en SA, SARL ou autres formes juridiques, est dépendante principalement du registre du commerce (voir graphique ci-après « La chaine des registres à l'origine des données initiales MAS »).



Graphique : La chaine des registres à l'origine des données initiales MAS

Le registre de caisses de compensation professionnelles (AVS) est une source indirecte importante, après le registre UID et le REE, notamment pour vérifier, par exemple, le statut d'emploi du médecin.

3 Eclairage sur la méthode de pondération (METH)

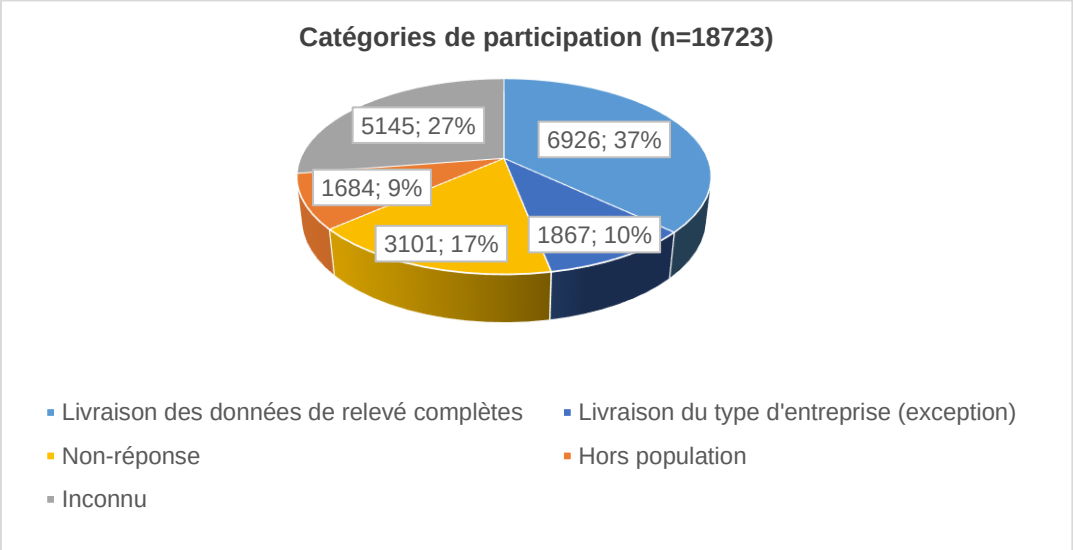
Dans un premier temps, l'ensemble des entreprises correspondant à des cabinets médicaux et des centres ambulatoires est extrait du registre des entreprises et des établissements (REE) de l'OFS. Toutes les entreprises concernées sont sollicitées pour participer au relevé. Il faut cependant compter en pratique avec une certaine part de non-réponse. De plus, le processus de collecte des données permet d'identifier une proportion non négligeable d'unités hors-cible. Il reste également un certain nombre d'entreprises pour lesquelles aucune forme de retour ne parvient à l'OFS et dont on ne sait pas si elles font partie ou non de la population cible. Des poids doivent être calculés pour tenir compte des différents aspects du mécanisme de réponse et sont ainsi attribués aux entreprises répondantes. A cet effet, des informations auxiliaires provenant de différentes sources de données administratives sont utilisées pour modéliser le mécanisme de réponse. Il s'agit notamment d'informations géographiques, d'informations relatives à la classification générale des activités économiques de l'entreprise (NOGA), ou encore au nombre d'emplois. Ces informations auxiliaires sont exploitées sur la base de régressions logistiques.

4 Analyse de la participation

4.1 Analyse générale

Le taux de livraison des entreprises interrogées par le relevé MAS 2015 avoisine les 47%. Les raisons de la non-réponse et du hors-cible sont largement explicables. Si l'on enlève le hors-cible (9%), c'est-à-dire les entreprises contactées pour le relevé MAS mais qui n'auraient pas dû l'être, on peut considérer que le taux de livraison s'élève à environ 51%. Dans les deux cas de figure, on peut dire que près d'une entreprise sur deux interrogées a livré des données de relevé. Par ailleurs, seules 27% des entreprises interrogées n'ont fourni aucune information sur leur situation. Presque ¾ des entreprises interrogées ont donc fourni des données de

relevé, ou un type d'entreprise (exception) ou au minimum une information sur leurs données initiales. En cela, le premier relevé MAS peut être considéré comme un succès.



Parmi les 47% de répondants, on distingue les livraisons de données complètes, qui représentent 37% des entreprises interrogées, des livraisons du type de l'entreprise qui représentent 10% des entreprises interrogées (exception). Les entreprises considérées comme des exceptions ont pu renseigner seulement leur type d'entreprise, si elles satisfaisaient au 31 décembre 2015 à l'un des deux critères suivants : un chiffre d'affaires inférieur à 30 000 francs par année, ou une absence d'infrastructure propre ambulatoire. Pour le premier relevé, il s'agissait ainsi d'estimer leur nombre. Ces entreprises sont désignées ci-après par le terme de « population périphérique » (voir paragraphe 4.3).

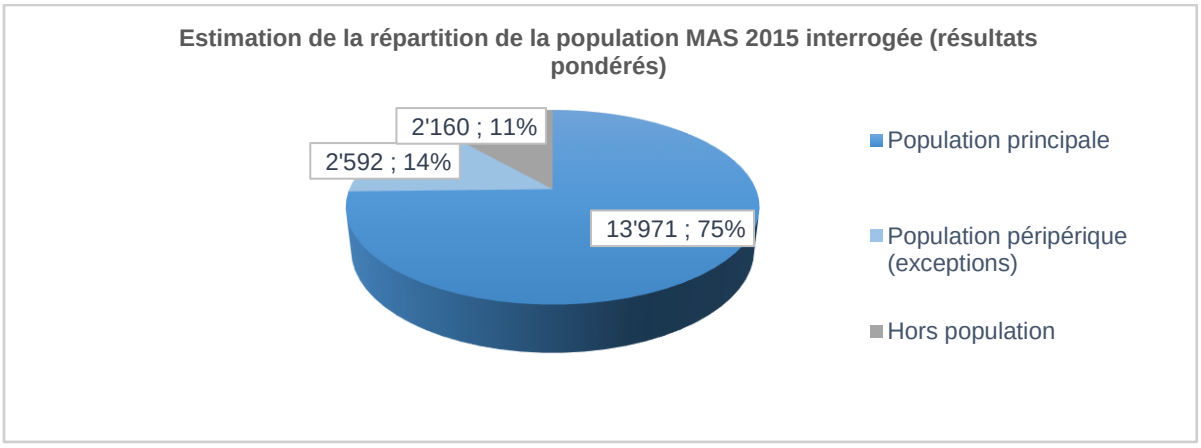
Il est important de souligner que la décision d'autoriser une entreprise à ne pas participer au relevé MAS se base sur la déclaration de l'entreprise, ainsi que sur un contrôle éventuel dans différentes sources, dont le REE. Les entreprises sont averties au moment où elles déclarent l'erreur que cette information sera transmise aux cantons du siège de leur entreprise ainsi qu'aux registres concernés. Elles déclarent donc en connaissance de cause leur situation administrative.

Pendant et à l'issue du relevé MAS, l'OFS a fait parvenir aux cantons et aux registres concernés des fichiers comportant les changements d'adresse ou d'activité, notifiées par les répondants.

La décision finale concernant la situation administrative des entreprises appartient aux cantons et aux registres concernés mentionnés, ce qui pourrait faire légèrement varier les proportions des types de participations enregistrées.

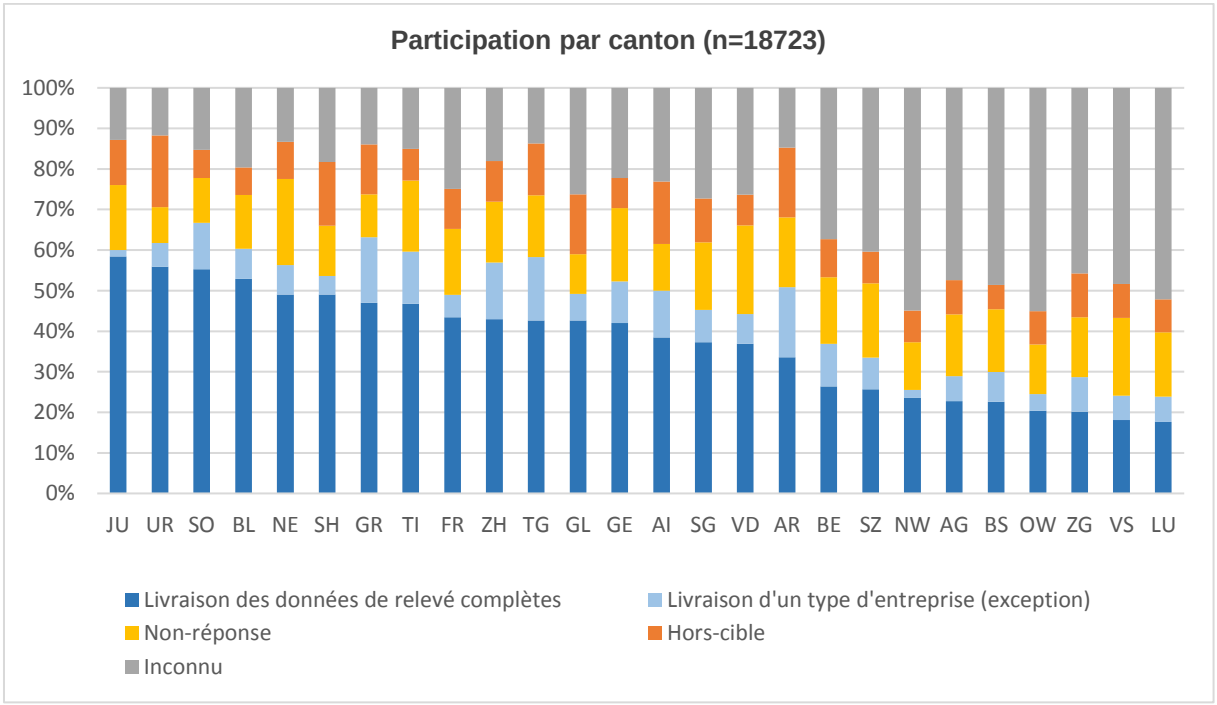
Estimation de la répartition de la population interrogée

Les résultats du relevé pondérés montrent que la population hors cible, en raison des problèmes d'actualisation des registres, pourrait atteindre 11%, soit 2160 entreprises contactées par MAS. Le nombre de cabinets médicaux et de centres ambulatoires, incluant la population périphérique, s'élèverait à 16 563. La population principale s'élèverait donc à 13 971 cabinets médicaux et centres ambulatoires. Ceci peut s'expliquer par l'augmentation depuis plusieurs années des formes juridiques autres que l'entreprise individuelle et employant plusieurs médecins.



4.2 Analyse de la participation par canton

Le fait que la FMH, la plus importante association professionnelle, ainsi que ses partenaires (Caisse des médecins et NewIndex) aient soutenu la livraison des données à usage statistique, a été l'un des prérequis pour garantir une participation du corps médical au relevé MAS 2015. Les interfaces avec les bases de données existantes, appartenant respectivement à la Caisse des médecins (RoKo), NewIndex, la FMH et MedReg, ont facilité la saisie des données pour les entreprises interrogées : d'une part, elles ont permis aux entreprises d'importer en quelques clics des données existantes, et d'autre part, de garantir la bonne qualité des données livrées.



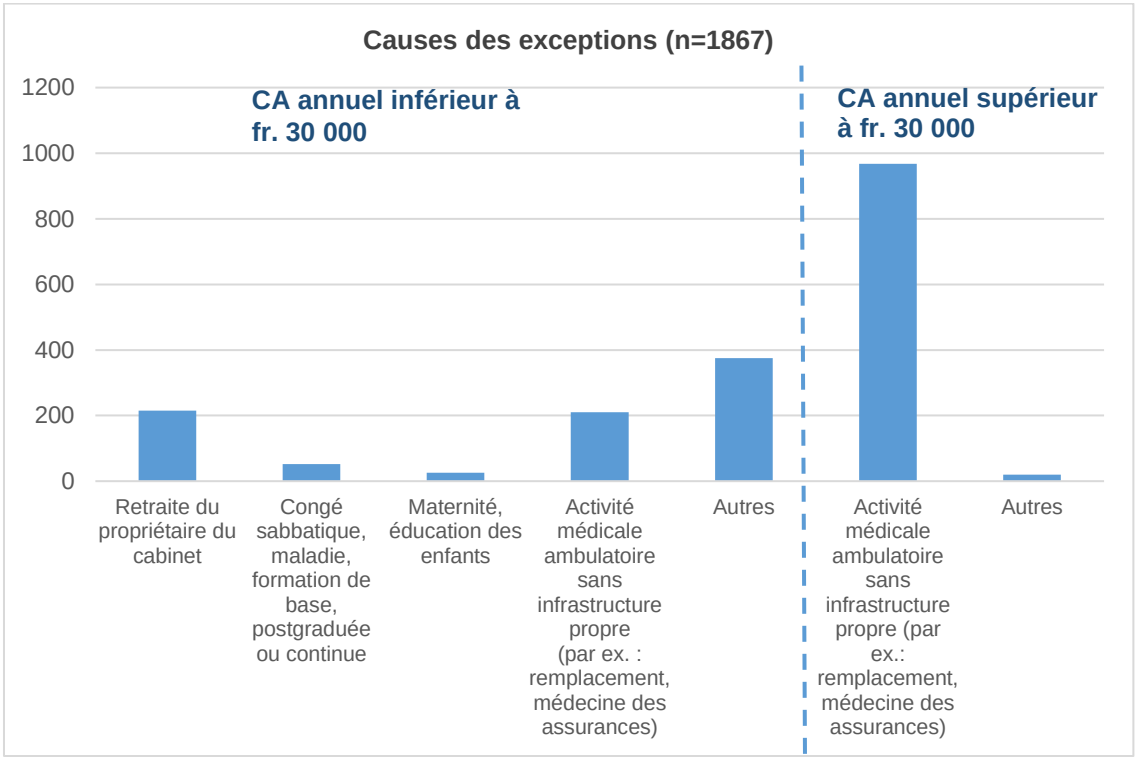
Les recommandations des sociétés cantonales ont également eu une influence sur le taux de livraison. Les cantons dont les sociétés cantonales de médecine ont soutenu le relevé MAS se classent parmi les meilleurs taux de livraison. Les cantons dont les sociétés cantonales de médecine ont attendu l'adoption du règlement de traitement selon la 59a LAMal pour recommander de participer se situent dans le milieu du classement. Les cantons dont les

sociétés ont incité leurs membres à ne pas livrer de données de relevé enregistrent des taux de livraison autour de ou inférieur à 30%, soit presque deux fois moins que les cantons ayant les plus forts taux de livraison. D'autres éléments entrent cependant en compte pour expliquer le bon taux de livraison de données complètes dans un canton. Certains cabinets ou cabinets médicaux ont livré les données MAS sans tenir compte ou être informé des incitations ou recommandations extérieures. Le dynamisme du tissu des centres de confiance et des milieux comptables médicaux dans certains cantons a pu également contribuer à une préparation facilitée des données du relevé MAS.

On observe aussi que, globalement, les parts additionnées des non-réponses et du hors-cible, sont dans un même ordre de grandeur pour l'ensemble des cantons, indépendamment des taux de livraisons de données par canton. On peut en déduire que les entreprises interrogées ont effectué le nettoyage de leurs données auprès de l'OFS, indépendamment des incitations personnelles et politiques à livrer des données.

4.3 Causes des exceptions (population périphérique)

La population périphérique MAS concerne principalement les entreprises individuelles ayant un chiffre d'affaires (CA) annuel supérieur à 30 000 francs, mais pas d'infrastructure propre pour leur activité médicale ambulatoire. Dans cette catégorie, on trouve notamment des médecins hospitaliers, qui cotisent à l'AVS en tant qu'indépendant, à l'adresse de l'hôpital. Ces médecins traitent des patients ambulatoires à l'hôpital, et à ce titre devraient se retrouver dans la statistique des hôpitaux en tant qu'externes (KS). Typiquement, ils ont leurs propres heures de consultation mais ils ne disposent pas de leur propre infrastructure de cabinet. Ces médecins perçoivent des honoraires. Pour l'utilisation de l'infrastructure, l'hôpital employeur prélève une partie des honoraires avant de reverser le reste à ces médecins. Dans cette catégorie se sont aussi déclarés des médecins remplaçants ainsi que des médecins des assurances.

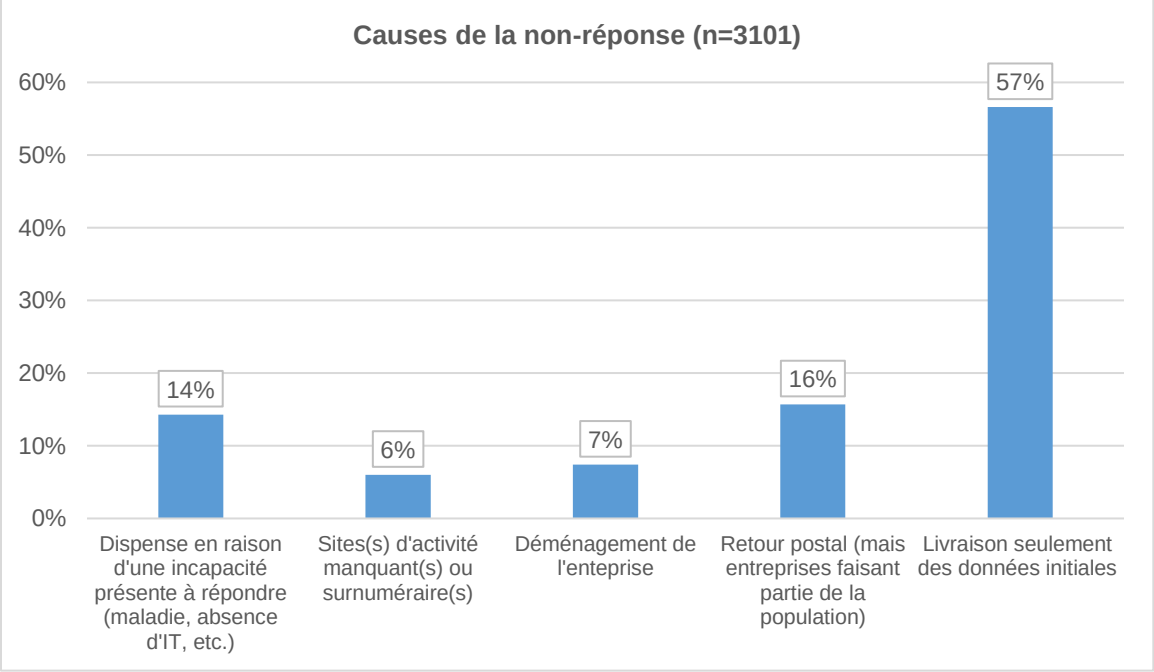


En deuxième lieu, les types d'exceptions les plus fréquents correspondent à des entreprises ayant un CA annuel inférieur à 30 000 francs. La catégorie « Autres » comprend des entreprises individuelles qui n'ont pas d'infrastructure ambulatoire propre, tels que des médecins indépendants remplaçants ou des médecins des assurances. L'autre importante catégorie des CA annuels inférieur à 30 000 francs est celle des médecins retraités encore faiblement actifs, qui continuent à utiliser leur autorisation de pratique pour prescrire des médicaments à leurs proches.

4.4 Causes de la non-réponse

Dans la non-réponse sont classées les entreprises qui auraient pu répondre au relevé MAS 2015 mais n'ont pas été en mesure de le faire.

57% des non-répondants n'ont rempli qu'une partie du questionnaire sans livrer leurs données complètes. Certaines de ces entreprises n'ont pas eu le temps de terminer le questionnaire, renonçant à aller chercher les données demandées. D'autres entreprises n'ont pas compris certains mécanismes du questionnaire. Des solutions pour faciliter cette compréhension seront proposées dans la version optimisée du questionnaire prévue pour le relevé MAS des données de l'année référence 2017, qui démarrera en novembre 2018. Une partie des 57% non-répondants a préparé ses données pour les envoyer à l'OFS, en attendant un feu vert de leur société cantonale de médecine, qui n'est pas venu.



Hormis les dispenses, les autres causes de la non-réponse sont soit l'impossibilité de contacter les entreprises interrogées (retour postal), soit l'inexactitude des données d'adresses dans le relevé, ne permettant pas une participation au relevé. Les déménagements et les changements liés aux sites (ajout d'un site d'activité ou arrêt d'un site d'activité) sont les causes de ces adresses inexactes.

Il est important de mettre en place les conditions pour que les services de santé publique cantonaux et les registres concernés puissent faire une actualisation régulière des adresses des cabinets médicaux et centres ambulatoires, et de leurs sites, qu'ils facturent ou non dans

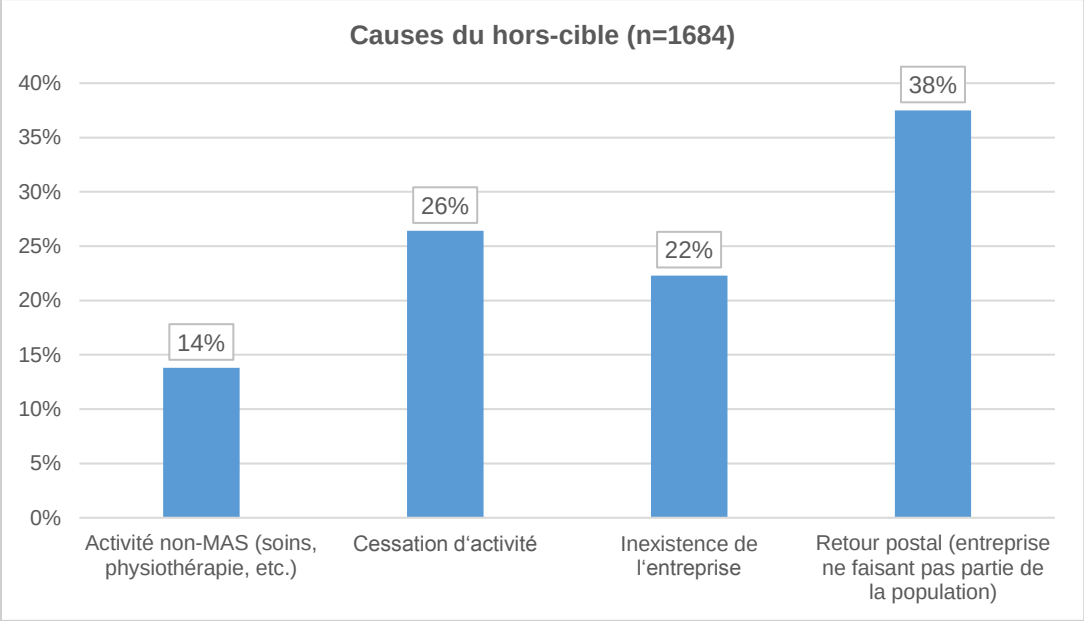
le cadre de la LAMal, si l'on veut que le taux de réponse au relevé MAS augmente et mieux décrire le paysage des services de santé ambulatoire.

Les dispenses, troisième cause de la non-réponse, ont été accordées aux cabinets et entreprises dans l'incapacité de participer au cours de la période de relevé. Ces dispenses ont été accordées selon le principe de proportionnalité, après un examen soigneux de la situation individuelle du cabinet. Les raisons retenues pour les dispenses ont été principalement un changement d'activité après le 31 décembre 2015, la charge de travail disproportionnée, l'âge ou la maladie.

4.5 Causes des unités identifiées comme hors-cible

La cause principale du hors-cible pour le relevé MAS 2015 réside dans les retours postaux, qui s'expliquent en grande partie par les deux causes principales suivantes : la cessation complète d'activité au 31 décembre 2015 et l'inexistence du cabinet au 31 décembre 2015.

La cessation d'activité était en général due à la retraite du propriétaire du cabinet. La cessation d'activité peut être aussi due, outre la retraite, à des raisons plus minoritaires, comme une faillite économique ou un changement de branche.



L'inexistence du cabinet s'explique par le fait qu'un médecin inscrit au MedReg avec une autorisation de pratiquer à titre indépendant, a pu recevoir un identifiant d'entreprise UID « au cas où », et cependant ne jamais ouvrir de cabinet. Par ailleurs, certaines entreprises étaient inexistantes en 2015, au sens où leur activité n'avait pas encore commencé, mais elles avaient déjà par exemple construit leur bâtiment et s'étaient enregistrées au registre du commerce.

Enfin, dans 14% des cas de hors-cible identifiés, une erreur d'attribution du code NOGA dans le REE a été commise. Dans la plupart de ces cas, les codes NOGA concernant la médecine généraliste et la médecine spécialisée, et utilisés par MAS, ont été attribués à des métiers du secteur des soins (infirmier) ou de la médecine alternative non-médicale (acupuncteur). La correction du NOGA a pu se faire immédiatement pendant le relevé.

Au risque de se répéter, il est important de mettre en place les conditions pour que les services de santé publique cantonaux et les registres concernés puissent faire une actualisation régulière des adresses des cabinets médicaux et centres ambulatoires, ainsi que de leurs sites, que ces derniers facturent ou non dans le cadre de la LAMal.

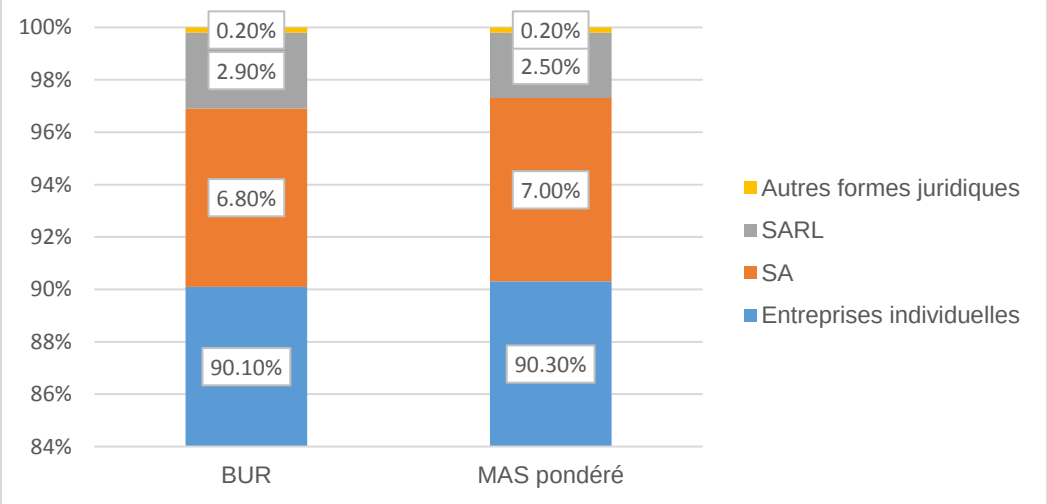
5 Analyse des structures selon leur forme juridique

5.1 Comparaison de la répartition des formes juridiques entre la population initiale (source : BUR) et la population pondérée (source : MAS)

La répartition des formes juridiques pour la population initiale MAS, qui a été sélectionnée dans le BUR, est relativement comparable à la répartition des formes juridiques de la population répondante MAS pondérée. Cela signifierait que la source BUR est de bonne qualité, et la pondération effectuée montre, à nouveau, son caractère plausible. On observe cependant quelques différences, qu'il fait sens d'expliquer.

On constate que proportionnellement, la part d'entreprises individuelles dans les résultats MAS pondérés est très légèrement supérieur à celui des entreprises individuelles initialement dans le BUR (0,2 points de différence), alors qu'on a ôté de la population MAS les entreprises inexistantes (médecins employés) et les cessations d'activité (retraités), qui concernent en majorité les entreprises individuelles. Un élément d'explication est le fait que la population répondante pondérée prenne en compte la population périphérique. Dans cette population périphérique, comme expliqué au paragraphe « 4.3 Causes des exceptions (population périphérique) », sont comptés les médecins hospitaliers avec une activité ambulatoire indépendante à l'hôpital. Si on ne prenait pas en compte cette population ambulatoire hospitalière, le nombre de cabinets médicaux établis en entreprise individuelle serait vraisemblablement proportionnellement moins élevé que le nombre de cabinets médicaux et centres ambulatoires ayant d'autres formes juridiques, par rapport à la situation de départ dans BUR.

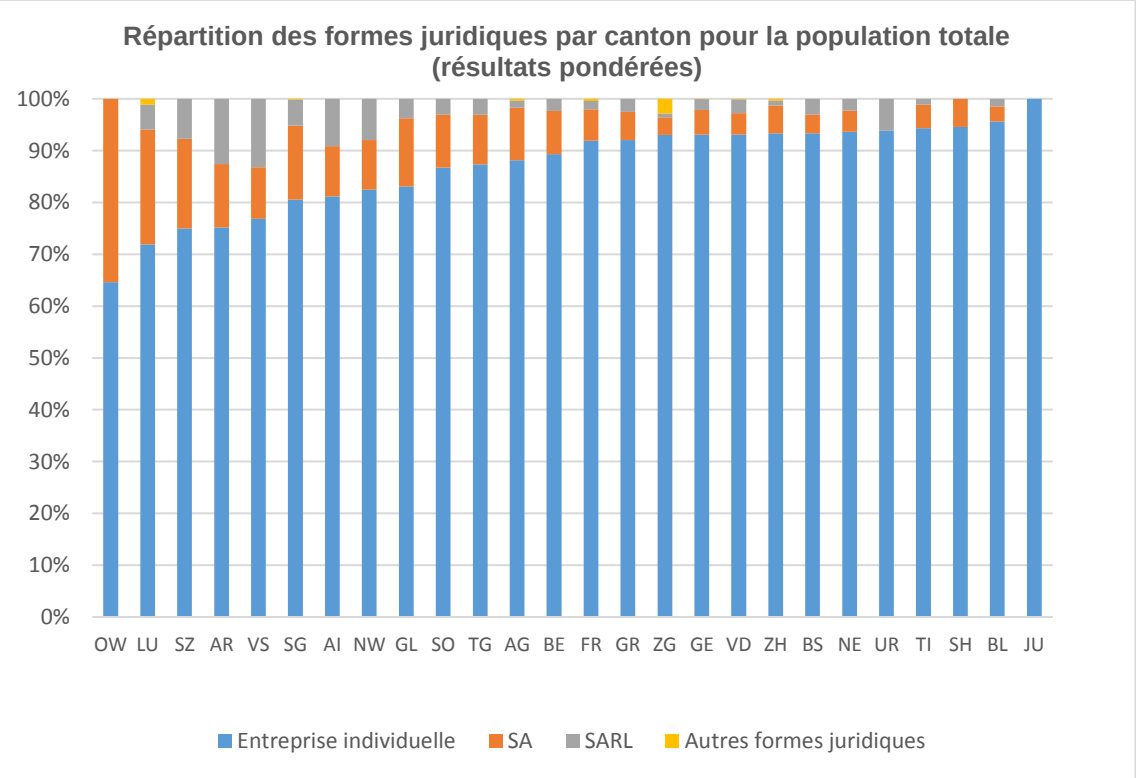
D'autant plus que l'on constate que les SA sont légèrement plus nombreuses proportionnellement que dans la situation initiale (+0,2%). Moins de SARL ont répondu, mais cela peut s'expliquer par le fait que certains médecins ont créé des SARL en double de leur entreprise individuelle, pour limiter leur responsabilité morale. Certains de ces médecins ont cependant souhaité remplir le questionnaire MAS pour leur entreprise individuelle et non pour leur SARL.



5.2 Répartition des formes juridiques par canton

Si l'on analyse le ratio d'entreprises individuelles par rapport aux autres formes juridiques en ordre croissant, on constate que les entreprises individuelles sont, proportionnellement aux SA, SARL et autres formes juridiques, moins nombreuses en Suisse allemande qu'en Suisse romande et qu'au Tessin.

Cependant, ces ratios sont à prendre en compte avec prudence en particulier pour les petits cantons, du fait qu'ils se basent sur des données pondérées, et ne sauraient représenter une description exhaustive des formes juridiques au niveau cantonal. En outre, le fait que les diviseurs soient de grandeurs très différentes selon les cantons rend la comparaison difficile. Pour les centres ambulatoires, certains ont été intégrés dans la statistique des hôpitaux par les cantons et pourraient cependant faire partie de MAS. Ce sont aux cantons de décider de sortir ces centres ambulatoires de la statistique des hôpitaux.

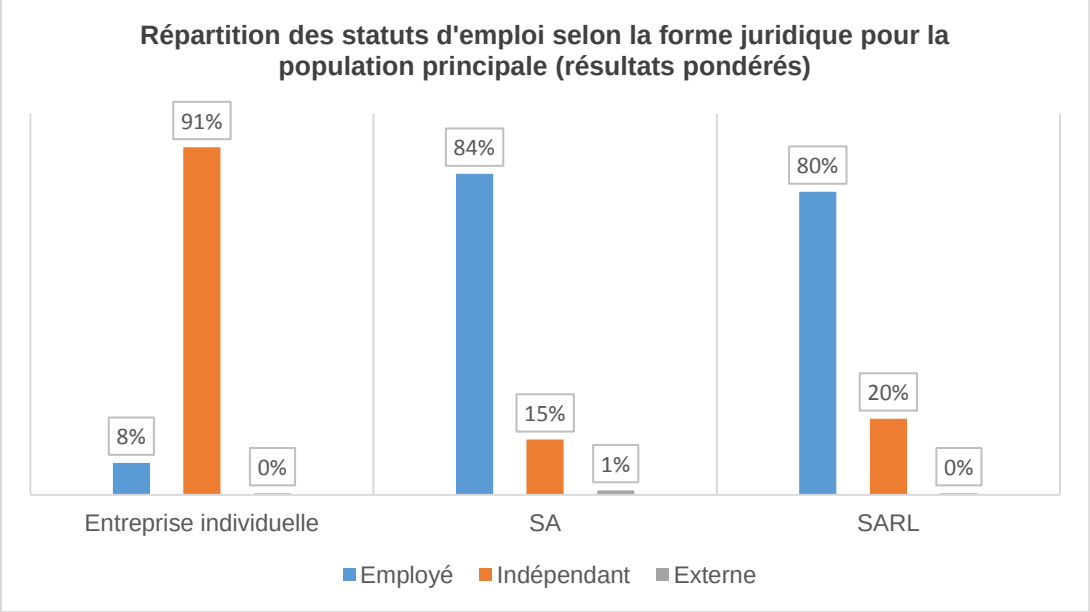


5.3 Répartition des statuts d'emploi selon la forme juridique

Parmi la population principale, 8 % des emplois dans les entreprises individuelles sont occupés par des employés. Ces emplois sont occupés par des employés qui ne travaillent pas sous leur propre responsabilité professionnelle, par des remplaçants ou par des partenaires en couple.

15% des emplois des SA sont pourvus par des indépendants. Ceci traduit une évolution dans les formes d'emploi des médecins, par rapport au modèle traditionnel de l'indépendant en cabinet individuel. Les médecins exerçant avec le statut d'indépendant dans une SA conservent en général leur statut d'indépendant à l'AVS, payant eux-mêmes leurs cotisations sociales, mais ils bénéficient des avantages d'une SA qui met à leur disposition infrastructure et personnel, pour lesquels un forfait connu ou inconnu, est déduit de leurs honoraires (« médecin honoraire »). Leur statut d'emploi n'est pas celui d'externe. A la différence du

médecin agréé (externe), qui vient exercer une prestation en ayant un cabinet extérieur et sans lien avec la facturation de la SA, l'indépendant qui travaille pour la SA a un lien beaucoup plus intime avec celle-ci. Le médecin agréé se contente d'utiliser la SA ou l'hôpital. Le « médecin honoraire » travaillant avec des honoraires propres apparait souvent au même titre que le médecin employé sur le site internet de la SA et fait partie de l'offre médical de la SA. Il n'a pas nécessairement de cabinet individuel en-dehors de la SA, même si cela peut être le cas. Il n'amène pas ses patients à la SA, mais bénéficie des patients attirés par la diversité et la complémentarité éventuelle des soins proposés par la SA.



Dans les SARL, comme déjà constaté dans ce rapport, 20% des emplois sont pourvus par des indépendants. Ce statut d'emploi est souvent choisi par un médecin indépendant qui décide de fonder une SARL pour des raisons de responsabilité morale et financière.

5.4 Offre de soins médicaux selon la forme juridique

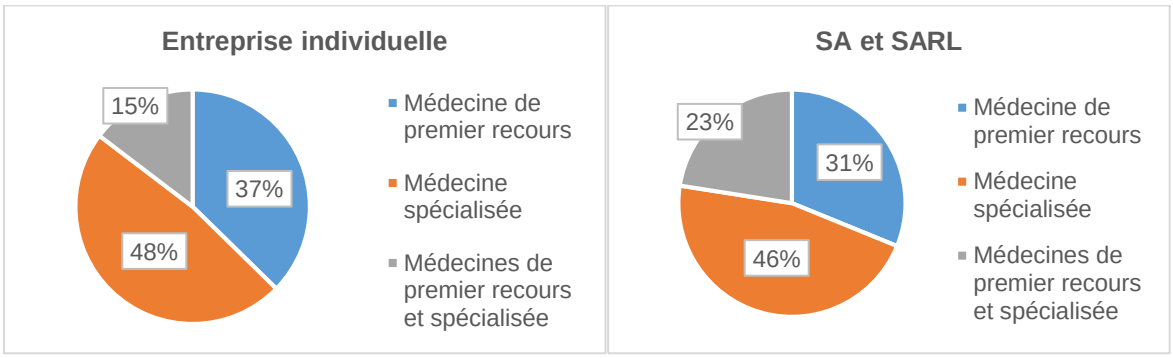
Les médecins de premier recours sont en règle générale les premiers interlocuteurs lors de problèmes de santé. Ils veillent à assurer une continuité dans l'encadrement des patients et, au besoin, dirigent ces derniers vers le spécialiste qui convient. Les médecins de premier recours sont issus des disciplines "Médecine interne générale", "Médecin praticien" et "Médecine de l'enfant et de l'adolescent" (pédiatrie).

D'après les résultats pondérés présentés ci-dessous, 48% des entreprises individuelles fournissent de la médecine spécialisée et 37% d'entre elles fournissent des soins médicaux de premier recours. 15% fournissent des soins médicaux mixtes, c'est-à-dire à la fois de premier recours et spécialisés.

46% des SA et SARL proposent des soins de médecine spécialisée, alors que 31% d'entre elles fournissent des soins de premier recours. Proportionnellement, les SA et SARL fournissent donc moins de médecine de premier recours que les entreprises individuelles. Cependant, les SA et SARL proposent pour 23% d'entre elles les deux types d'offres de soins médicaux, leur offre totale incluant de la médecine de premier recours s'élevant donc à 54%.

L'offre totale incluant de la médecine de premier recours pour les entreprises individuelles s'élève à 52%, montrant que les entreprises individuelles et les SA et SARL offrent quasiment

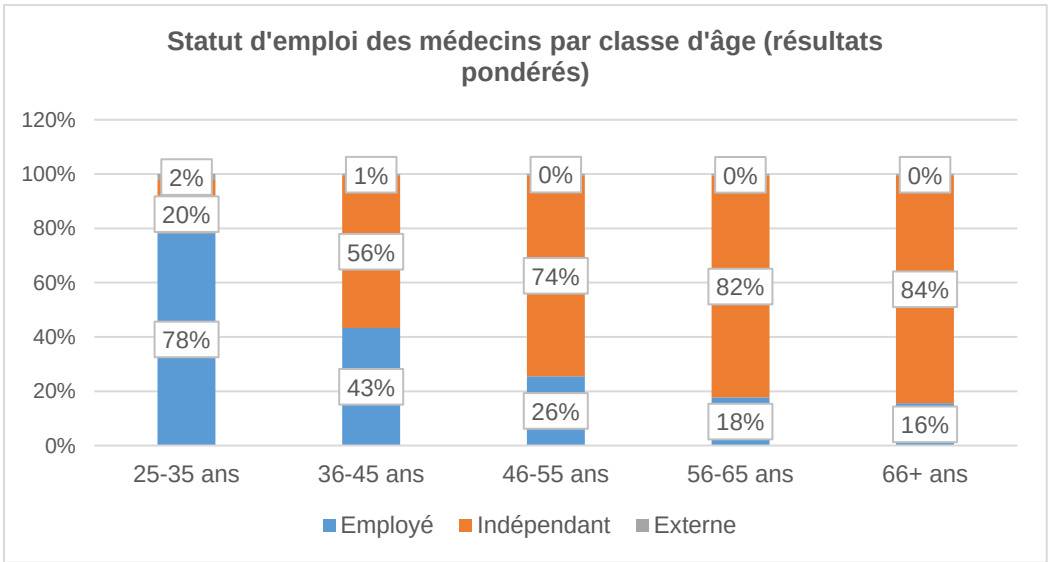
dans les mêmes proportions de la médecine de premier recours et de la médecine spécialisée, même si les SA et SARL proposent plus souvent une offre mixte.



6 Répartition des structures d'activité médicale selon l'âge

6.1 Statuts d'emploi des médecins par classe d'âge

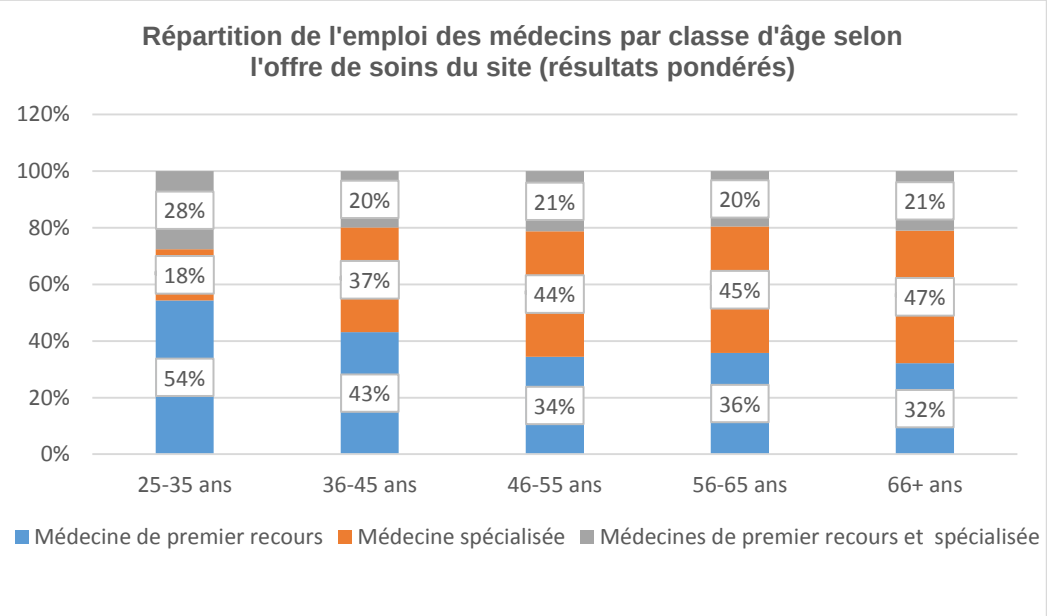
Le statut d'emploi des médecins âgés de 25 à 35 ans est majoritairement (78%) celui d'employé en cabinet médical et/ou centre ambulatoire, similairement à leur situation dans les hôpitaux. Le principal statut d'emploi des médecins âgés de 36 à 45 ans est d'une courte majorité (56%) celui d'indépendant. La part du statut « employé » à partir de 46 ans jusqu'à 65 ans est nettement plus faible que pour les classes d'âge précédente, tandis que la part du statut d'emploi « indépendant » augmente, amenant à des ratios de 26% d'employés pour les 46-55 ans, et de 18% pour les 56-65 ans, ces deux classes d'âges représentant les effectifs d'emplois les plus élevés, avec respectivement 6093 et 6036 emplois. Pour l'emploi des médecins à partir de 66 ans, donc théoriquement au-delà de l'âge légal de la retraite (homme et femme compris) mais ayant déclaré une activité dans MAS 2015, on constate qu'ils exercent à 84% en tant qu'indépendants. L'emploi des médecins à partir de 66 ans déclarés dans MAS représentent 1798 emplois, alors que celui des 25-35 ans représente 725 emplois.



6.2 Répartition par classe d'âge de l'emploi des médecins selon l'offre de soins médicaux des sites

L'emploi des médecins de moins de 35 ans se concentre davantage sur les sites de médecine de premier recours ou de médecine mixte, que sur les sites proposant uniquement de la médecine spécialisée. L'emploi des médecins de 36 à 45 ans se trouve majoritairement sur des sites consacrés uniquement à la médecine de premier recours. En revanche, l'emploi des médecins de 46-55 ans et de 56-65 ans, ainsi que des médecins de 66 ans et plus déclarés dans MAS 2015, est plus élevé sur les sites de médecine purement spécialisée que sur les sites proposant d'autres orientations.

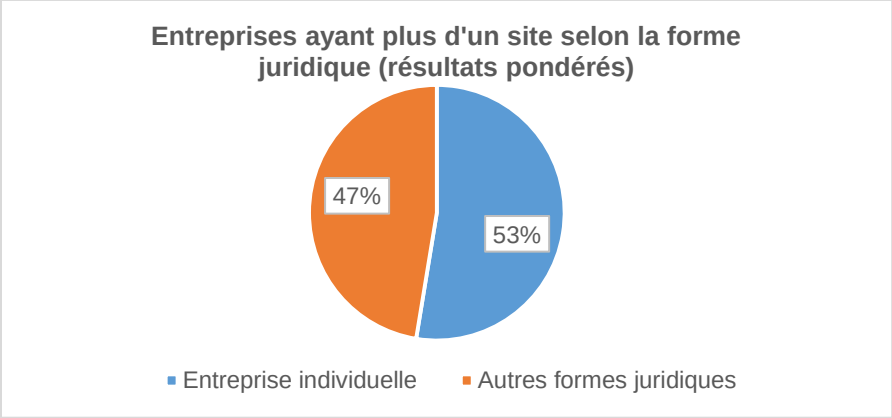
En valeur relative, la part d'emploi des 25-35 ans est plus élevée dans les structures de médecine mixte (28%) que la part d'emploi dans ces mêmes structures de leurs collègues plus âgés déclarés dans MAS 2015 (20 à 21% selon les classes d'âges).



7 Les activités ambulatoires multi-sites

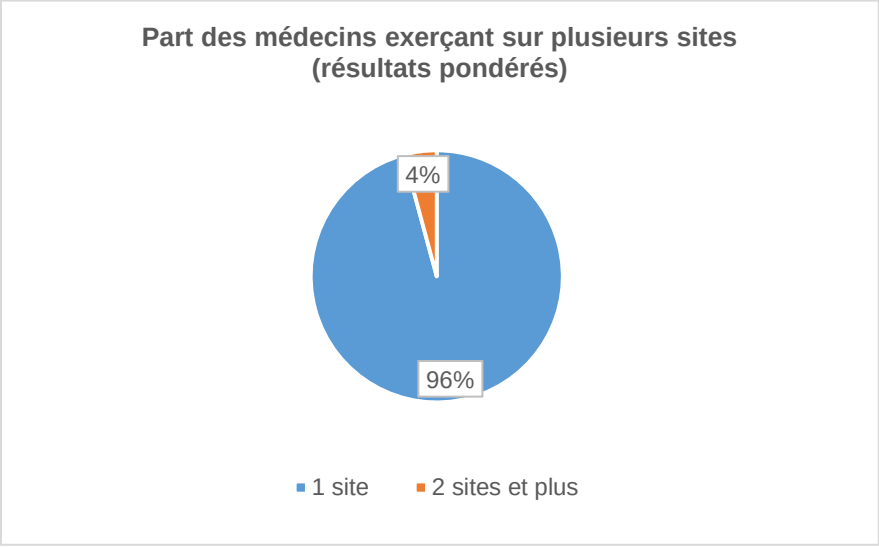
7.1 Caractérisation des entreprises multi-sites selon la forme juridique

Le nombre d'entreprises individuelles qui ont plusieurs sites est élevé par rapport aux autres formes juridiques ayant plusieurs sites. En outre, il faut tenir compte du fait que le questionnaire MAS et le registre BUR ne prévoyaient pas de lister tous les sites d'activité des entreprises individuelles (le maximum prévu jusqu'à présent étant deux), sur lesquels un médecin indépendant répartit son activité ambulatoire : le nombre d'entreprises individuelles avec plusieurs sites pourrait donc être encore plus élevé.

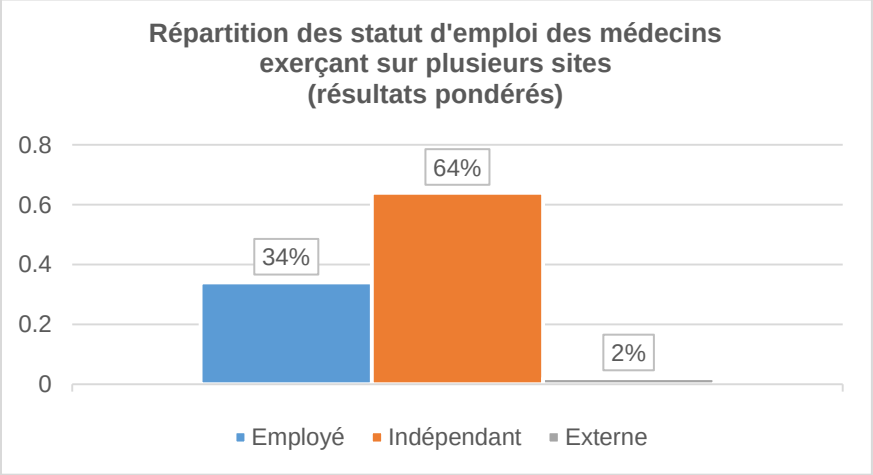


Il faut aussi tenir compte du faible pourcentage d'entreprises multi-sites (moins d'1%) par rapport au nombre total d'entreprises (résultats pondérés). Toutefois cette catégorie est digne d'analyse du fait du nombre d'emplois qu'elle représente et de son comportement particulier dans la réponse, qui sera montré dans la publication de l'OFS « Les cabinets médicaux et centres ambulatoires en 2015 ». Surtout, au vue des constats tirés par les cantons et le corps médical, il semble que ces entreprises multi-sites puissent prendre de plus en plus d'importance à l'avenir : il convient donc de mesurer et décrire leur évolution d'année en année pour mieux comprendre leur fonctionnement et leur influence sur l'organisation du secteur des soins ambulatoires.

7.2 Part des médecins en exercice sur plusieurs sites



Environ 4% des médecins exercerait sur deux sites ou plus. Cependant, il convient de tenir compte des réserves exprimées dans le paragraphe précédent, concernant le fait que les sites des entreprises individuelles multi-sites ne sont pas tous répertoriés dans le REE, impliquant que ce ratio pourrait être plus élevé.



Par ailleurs, le statut d'emploi des médecins travaillant sur deux sites ou plus est principalement (64%) celui d'indépendant. Ceci traduit la mobilité des médecins indépendants, qui, par exemple, en plus de leur activité indépendante dans un cabinet individuel, utilisent des infrastructures de SA en tant que médecin agréé, « médecin honoraire » ou médecin remplaçant. Pouvoir représenter l'exercice multi-site d'un médecin indépendant, et ainsi de ses prestations, est certainement un enjeu tant pour les cantons et registres concernés, que pour le relevé MAS.

8 Résumé

Ce rapport sur l'analyse de la participation et la population du relevé MAS 2015 montre l'utilité statistique du relevé MAS pour décrire les évolutions du paysage des services de santé ambulatoires, et offre aux acteurs concernés des pistes d'analyse et d'approfondissement.

Participation au relevé : le rôle important de la FMH, des partenaires des interfaces et des sociétés cantonales de médecine

Près d'une entreprise sur deux interrogées a livré des données pour le relevé MAS 2015, et près de ¾ des entreprises interrogées ont fourni des informations sur leur situation. Le fait que la FMH, la plus importante association professionnelle, ainsi que ses partenaires (Caisse des médecins et NewIndex) aient soutenu la livraison des données à usage statistique, a été l'un des prérequis pour garantir une participation du corps médical au relevé MAS 2015. Les interfaces avec les bases de données existantes, appartenant respectivement à la Caisse des médecins (RoKo), NewIndex, la FMH et MedReg, ont facilité la saisie des données pour les entreprises interrogées : d'une part, elles ont permis aux entreprises d'importer en quelques clics des données existantes, et d'autre part, de garantir la bonne qualité des données livrées. Les sociétés cantonales de médecine ont également joué un rôle important.

Elimination du hors cible : le rôle des cantons et de MedReg

Les résultats pondérés montrent que le hors-cible, en raison des problèmes d'actualisation des registres, pourrait atteindre 11%, soit environ 2160 entreprises contactées par MAS. La source des données initiales MAS se trouve chez les directions cantonales de la santé. Il conviendra donc d'avoir d'autres critères comme la forme juridique et le mode d'exercice du

médecin par site (libéral/salarié hospitalier/autre salarié/mixte) dans les registres cantonaux d'autorisations de pratique et dans le MedReg, pour connaitre le statut d'emploi du médecin. A partir de janvier 2020, il sera obligatoire pour les cantons d'indiquer dans le MedReg si le médecin est établi en raison individuelle. L'actualisation des données concernant l'activité dans MedReg est également centrale. Pour faciliter la tâche aux médecins, il serait indispensable que les médecins ne signalent qu'une fois par année les changements les concernant, et que toute la chaine des registres depuis les cantons jusqu'au REE soit actualisée. Le MedReg devrait jouer progressivement un rôle de guichet unique pour l'actualisation des adresses et des statuts d'activité des médecins.

Moins d'entreprises individuelles actives, plus de SA et SARL actives, particulièrement en Suisse allemande

Le nombre de cabinets médicaux et de centres ambulatoires, incluant la population périphérique, s'élève à 16 563. La population principale s'élève donc à 13 971 cabinets médicaux et centres ambulatoires. Ceci peut s'expliquer par l'augmentation depuis plusieurs années des formes juridiques autres que l'entreprise individuelle et employant plusieurs médecins. Dans la population périphérique MAS sont comptés les médecins hospitaliers avec une activité ambulatoire indépendante à l'hôpital. Si on ne prenait pas en compte cette population ambulatoire hospitalière, le nombre de cabinets médicaux établis en entreprise individuelle serait vraisemblablement proportionnellement moins élevé que le nombre de cabinets médicaux et centres ambulatoires ayant d'autres formes juridiques. Les entreprises individuelles sont proportionnellement aux SA, SARL et autres formes juridiques, moins nombreuses en Suisse allemande qu'en Suisse romande et qu'au Tessin.

Les SA et SARL accueillent des médecins indépendants, qui bénéficient de ces structures et réciproquement

Environ 15% des emplois des SA sont pourvus par des indépendants. Ces médecins conservent leur statut d'indépendant au sens d'indépendant à l'AVS, payant eux-mêmes leurs cotisations sociales, mais bénéficiant des avantages d'une SA qui met à leur disposition infrastructure et personnel, pour lesquels un forfait connu ou inconnu est déduit de leurs honoraires. Dans les SARL, 20% des emplois sont pourvus par des indépendants. Souvent, ces indépendants ont choisi de fonder une SARL pour des raisons de responsabilité morale et financière.

Le statut d'emploi des jeunes médecins est majoritairement employé, celui des plus âgés majoritairement indépendant

Le statut d'emploi pour les médecins âgés de 25 à 35 ans est majoritairement celui d'employé en cabinet médical et/ou centre ambulatoire, similairement à leur situation dans les hôpitaux. Le statut « employé » à partir de 46 ans jusqu'à 55 ans est plus faible que pour la classe d'âge précédente, tandis que le statut d'emploi « indépendant » est plus élevé. Pour les médecins à partir de de 66 ans, donc théoriquement au-delà de l'âge légal de la retraite (homme et femme compris) mais ayant déclaré une activité dans MAS 2015, ils exercent à 84% en tant qu'indépendants.

Les SA et SARL proposent plus fréquemment une offre mixte de médecine de premier recours et de médecine spécialisée, et les plus jeunes médecins travaillent plus

fréquemment que les autres classes d'âge dans les structures ayant une offre médicale mixte

Les entreprises individuelles et les SA et SARL offrent dans les mêmes proportions des soins de médecine de premier recours et des soins de médecine spécialisée, même si les SA et SARL proposent davantage une offre médicale mixte. La part d'emploi des 25-35 ans est plus élevée dans les structures ayant une offre médicale mixte (28%) que la part d'emploi, dans ces mêmes structures, de leurs collègues plus âgés déclarés dans MAS 2015 (20 à 21% selon les classes d'âges).