



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030

Laurence Seematter-Bagnoud,
Julien Junod, Hélène Jaccard Ruedin,
Maik Roth, Claudia Foletti,
Brigitte Santos-Eggimann

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé et 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 leurs planifications, leurs prises de décisions et leurs actions. Pour plus d'informations, consultez www.obsan.ch et www.nationalegesundheit.ch.

L'Obsan confie à ses collaborateurs ou à des experts externes le soin d'élaborer les rapports spécialisés, qui constituent ses documents de travail. Ces rapports doivent servir de base de travail aux spécialistes du domaine de la santé. Les auteurs sont responsables de la rédaction et du contenu de leurs rapports.

Laurence Seematter-Bagnoud, Julien Junod, Hélène Jaccard Ruedin, Maik Roth,
Claudia Foletti, Brigitte Santos-Eggimann
Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030

Document de travail 33
Juillet 2008

Commandes:
Office fédéral de la statistique
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61
E-mail: order@bfs.admin.ch
16 francs (TVA excl.)
N° de commande: 874-0802
ISBN: 978-3-907872-52-9

© Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Direction du projet:
Hélène Jaccard Ruedin, tél. 032 713 68 02

Adresse des auteurs:
Hélène Jaccard Ruedin, Maik Roth
Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel

Laurence Seematter-Bagnoud, Brigitte Santos-Eggimann
Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)
Route de Berne 52
CH-1010 Lausanne



Schweizerisches Gesundheitsobservato
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse - Projections à l'horizon 2030

Document de travail 33

**Laurence Seematter-Bagnoud¹, Julien Junod¹, Hélène Jaccard Ruedin²,
Maik Roth², Claudia Foletti¹, Brigitte Santos-Eggimann¹**

¹ Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne

² Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel

Juillet 2008

Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel

Table des matières

Table des matières	3
Résumé	5
Zusammenfassung	13
1 Introduction	23
2 Cadre général de l'étude	25
3 Analyse et projections du recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse	27
3.1 Méthodologie	27
3.1.1 Modèle utilisé pour les projections du recours	27
3.1.2 Sources de données	29
3.1.3 Hypothèses retenues pour l'analyse de l'état actuel	31
3.1.4 Hypothèses retenues pour les projections selon le scénario de référence	31
3.1.5 Hypothèses retenues pour les scénarios alternatifs	33
3.2 Résultats	36
3.2.1 Etat initial et tendances récentes du recours aux soins en Suisse	36
3.2.2 Evolution du recours par catégorie de spécialité	36
3.2.3 Projections du recours aux soins à l'horizon 2030	39
3.3 Discussion des résultats	50
4 Analyse et projections de l'offre de soins médicaux ambulatoires en Suisse	53
4.1 Méthodologie	53
4.1.1 Description de la population des médecins	53
4.1.2 Sources de données	55
4.1.3 Production des médecins	56
4.1.4 Hypothèses retenues pour l'état actuel	56
4.1.5 Hypothèses retenues pour les projections selon le scénario de référence	57
4.1.6 Hypothèse retenue pour le scénario « Baisse de production » des médecins	58
4.2 Résultats	59
4.2.1 Démographie médicale actuelle et tendances récentes de l'offre de soins médicaux ambulatoires en Suisse	59
4.2.2 Démographie médicale, par catégorie de spécialité	65
4.2.3 Projections de l'offre de soins ambulatoires à l'horizon 2030	67

4.2.4	Projections de l'offre de soins ambulatoires selon la catégorie de spécialité	69
4.3	Discussion des résultats.....	76
5	Comparaison de l'évolution du recours et de l'offre de soins médicaux ambulatoires à l'horizon 2030.....	77
5.1	Hypothèses retenues pour la comparaison	77
5.2	Comparaison de l'évolution du recours et de l'offre	78
5.2.1	Comparaison de l'évolution du recours et de l'offre, par catégorie de spécialité ...	79
6	Discussion et conclusions	83
7	Bibliographie	89
	ANNEXE 1 : Recherche de littérature	91
	ANNEXE 2 : Données numériques des figures	99

Résumé

1. Contexte

Le recours aux soins médicaux ambulatoires augmente avec l'âge et cette hausse est particulièrement marquée en médecine de base (médecine « générale »). Le vieillissement de la population prévu au cours des prochaines décennies pourrait ainsi exercer une importante pression sur la médecine ambulatoire. A cette évolution s'oppose une tendance à la diminution du taux d'activité observée parmi les jeunes générations de médecins en cabinet. On peut dès lors craindre l'apparition d'un déséquilibre entre le recours et l'offre de soins médicaux ambulatoires dans un avenir proche.

L'objectif de ce travail est d'examiner l'équilibre entre le recours et l'offre de soins médicaux ambulatoires à l'horizon 2030 pour la Suisse, à partir de l'évolution observée entre 2001 et 2006.

Délimitations

Ces analyses reposent sur les consultations facturées à l'assurance obligatoire de soins (AOS) et ne concernent pas celles réalisées pour cause d'accident ou d'invalidité, ni celles facturées aux assurances complémentaires.

Certaines données requises pour analyser et projeter le recours et l'offre sont lacunaires, raison pour laquelle différentes hypothèses ont dû être émises. Elles concernent en particulier les scénarios alternatifs. Ceux-ci examinent l'effet sur le recours d'une amélioration ou d'une péjoration de l'état de santé de la population, et l'impact du gatekeeping ou de la substitution des médecins par d'autres soignants pour certaines de leurs activités. En ce qui concerne l'offre de soins, les hypothèses ont été émises quant à la proportion de médecins se spécialisant ou s'installant en cabinet. Par conséquent, ces projections restent indicatives. Elles permettent d'orienter les réflexions quant au devenir du système de soins ambulatoires en Suisse mais ne peuvent pas être utilisées comme outil de planification.

2. Méthodologie

Seuls les médecins actifs en cabinet sont retenus pour cette analyse. Les titres de spécialistes ont été regroupés selon les catégories définies dans les travaux de l'Obsan :

1. Médecine de base (regroupe les médecins généralistes, internistes sans sous-spécialité, praticiens FMH et cabinets de groupe).
2. Pédiatrie.
3. Gynécologie et obstétrique.
4. Médecine spécialisée avec activité chirurgicale.
5. Médecine spécialisée sans activité chirurgicale.
6. Psychiatrie.

Projections du recours

Le modèle utilisé pour projeter le recours se base sur le taux de recours moyen (nombre de consultations par année par habitant) observé entre 2001 et 2006, par catégorie de spécialité, par âge, par genre et par canton.

Le **scénario de référence** examine l'influence spécifique de l'évolution démographique de la population. Des **scénarios alternatifs** sont ensuite réalisés pour mettre en évidence l'influence de différents facteurs :

- Amélioration de l'état de santé de la population âgée avec baisse du recours.
- Détérioration de l'état de santé de la population âgée avec hausse du recours.
- Mise en place d'un système de gatekeeping.
- Substitution du médecin par d'autres professions de santé pour certaines activités.
- Scénario le plus favorable : amélioration de l'état de santé de la population âgée, absence de gatekeeping¹ et substitution du médecin de base par d'autres professionnels de santé.
- Scénario le plus défavorable : détérioration de l'état de santé de la population âgée, introduction du gatekeeping, absence de substitution du médecin de base par d'autres professionnels de santé.

Projections de l'offre

L'offre actuelle et future de soins médicaux ambulatoires se base sur des estimations de l'évolution de l'effectif des médecins et de leur capacité de production de consultations. La taille de l'effectif dépend de l'arrivée sur le marché des soins de nouveaux praticiens, elle-même fonction de la production de médecins diplômés puis spécialisés, de la participation des médecins à la fourniture des soins en cabinet ainsi que du départ des médecins praticiens, en retraite ou vers d'autres services. Le devenir des médecins est reconstitué à partir de la statistique des hautes écoles de l'OFS (médecins diplômés), de la statistique des médecins de la FMH (médecins avec titre fédéral de spécialiste) et du registre des codes créanciers de santé suisse (médecins praticiens).

On suppose que l'attitude des étudiants et des diplômés en médecine par rapport au choix de leur formation post-graduée, la durée moyenne de formation et la proportion des médecins qui s'établissent en pratique ambulatoire resteront stables.

La projection de l'offre dépend non seulement de l'effectif des médecins, mais aussi du volume de consultations réalisée et donc de leur taux d'activité. Cette information est estimée à partir de données de 2004. On suppose que la production annuelle de consultations enregistrée en 2004 est représentative de la pratique habituelle, et qu'elle restera inchangée au cours des 25 années suivantes.

L'impact de la féminisation de la profession est intégré dans les estimations en tenant compte de la proportion croissante de femmes parmi les médecins diplômés et dans les différentes spécialités

¹ Comme le gatekeeping peut augmenter le taux de recours à la médecine de base, le scénario favorable propose des projections sans ce mode de prise en charge.

et en leur attribuant une durée de formation post-graduée plus longue et une production annuelle de consultations spécifique.

Ce rapport considère un scénario de référence dans lequel l'effectif des médecins n'est influencé que par des facteurs démographiques. Un scénario alternatif examine en plus l'effet d'une baisse du taux d'activité des praticiens. Par contre, aucun scénario impliquant des changements dans les politiques de formation ou d'autorisation de pratique n'a été testé.

3. Résultats

Projections du recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse

Dans le cadre de l'AOS, le taux de recours a peu évolué entre 2001 et 2006. Il varie entre 2-3 consultations par personne et par année avant 40 ans et 12-13 consultations par personne et par année à partir de 75 ans. Il est en général plus élevé chez les femmes, en particulier dans les classes d'âges comprises entre 19 et 75 ans. Presque 60% des consultations sont réalisées en médecine de base, ce qui représente 21 millions de consultations par an pour la Suisse. Les consultations de pédiatrie et de gynécologie représentent chacune environ 2,1 millions de consultations, celles de psychiatrie 2,5 millions et celle de médecine spécialisée avec et sans activité chirurgicale environ 4,1 et 4,4 millions respectivement.

D'ici 2030, le volume des consultations de médecine de base devrait s'accroître d'environ 13%, soit 3 millions de consultations supplémentaires. Le recours aux consultations chez les spécialistes avec et sans activité chirurgicale devrait augmenter d'environ 28% et 11%, respectivement, soit environ 1 million et 0,5 million de consultations. Le volume des consultations en pédiatrie, gynécologie et psychiatrie est prévu stable.

Le scénario « amélioration de la santé » est associé à une légère diminution du recours d'ici 2030 (-1 million par rapport à 2005), tandis que le scénario « détérioration de l'état de santé » est associé à une augmentation d'environ 22% des consultations entre 2005 et 2030. L'impact de ces deux scénarios est prépondérant en médecine de base, avec des variations entre 20 et 27 millions du volume de consultations d'ici 2030.

L'introduction du gatekeeping implique des transferts de soins spécialisés vers la médecine de base. Il en résulte une augmentation du volume total de consultations d'environ 2%. En comparaison avec le scénario de référence, le gatekeeping est ainsi associé à un surcroît d'environ 0,9 million de consultations en 2030. Ce surcroît est le résultat d'une augmentation du nombre de consultations de médecine de base, estimé pour 2030 à environ 1,1 millions, et d'une diminution du volume de consultations spécialisées d'environ 0,2 million.

Selon les scénarios de substitution, appliqués dès 2010, le volume de consultations total projeté en 2030 est d'environ 2 millions (-6%) inférieur au volume prévu par le scénario de référence. Cette diminution ne concerne que le recours à la médecine de base qui diminuerait à 21,2 millions de consultations (-10%).

Les scénarios mixtes fournissent des fourchettes autour de l'estimation établie selon le scénario de référence. A l'horizon 2030, il en résulte une différence d'environ 12 millions de consultations entre les scénarios favorable et défavorable : le recours total en 2030 est estimé à environ 33 millions de consultations selon le scénario favorable, à environ 40 millions selon le scénario de base, et à 45 millions selon le scénario défavorable. La plus grande part de cet écart est attribuable aux

modifications supposées de l'état de santé des personnes âgées. Au niveau de la médecine de base, l'écart entre les scénarios favorable et défavorable représente environ 10 millions de consultations, tandis que cet écart est de 0,6-1,1 million au sein des spécialités sans et avec activité chirurgicale.

Projections de l'offre de soins médicaux ambulatoires

En 2004, la statistique FMH comptabilise presque 20000 médecins avec titre fédéral de spécialiste, dont les trois quarts exercent en pratique ambulatoire privée. La distribution par âge et genre des médecins avec titre fédéral de spécialiste montre une prépondérance masculine, sauf chez les plus jeunes (30-34 ans) où sont recensés autant de femmes que d'hommes.

La production annuelle moyenne de consultations par médecin varie entre environ 1000 et 3500 selon l'âge, le genre et la spécialité. Elle augmente avec l'âge du médecin, ne diminuant que chez les médecins âgés de plus de 65 ans. Les hommes produisent généralement plus de consultations que les femmes à tout âge, même si la différence est moindre chez les plus jeunes médecins.

La production de consultations est maximale en médecine de base et en pédiatrie, avec une moyenne annuelle d'environ 1800 et 3400 consultations chez les femmes et les hommes, respectivement. Les gynécologues ainsi que les spécialistes avec ou sans activité chirurgicale produisent environ 2000 consultations par an. Les psychiatres réalisent moins de consultations, avec environ 850 et 1270 consultations annuelles chez les psychiatres femmes et hommes, respectivement.

En postulant que la répartition des médecins dans les différentes spécialités reste stable, de même que la durée moyenne de formation, on peut s'attendre à ce que le nombre de médecins avec titre fédéral de spécialiste diminue de 19600 à 17100 (-14%) entre 2005 et 2030. La répartition par âge et genre indique que la proportion de femmes augmentera encore.

Le nombre de **médecins avec RCC actif** pourrait pour sa part passer de 15090 à 13930 entre 2005 et 2030 soit une diminution de 8%. En particulier, le nombre de médecins avec RCC actif en médecine de base pourrait diminuer de 6500 à 5700.

Si la production par médecin reste stable, l'offre totale en consultation devrait diminuer de 20% soit de 36 à 29 millions de consultations, en raison de la démographie des médecins. En médecine de base, la baisse de production relative à la baisse d'effectif devrait atteindre environ 30%, avec 14 millions de consultations en médecine de base en 2030 contre 21 millions en 2005. L'offre en consultations des autres catégories de spécialités devrait rester plus stable, sauf en psychiatrie, où elle pourrait diminuer de 25% soit de 2 millions de consultations d'ici 2030.

Le scénario « baisse de production » accentue encore la diminution du nombre de consultations dès 2015 qui atteindrait 27 millions en 2030, soit une chute de 26% et une baisse d'un million de consultations supplémentaires en médecine de base.

Comparaison de l'évolution du recours et de l'offre de soins médicaux ambulatoires à l'horizon 2030

L'évolution de l'offre de consultations de 2005 à 2030 peut être comparée à celle du recours estimée selon le scénario de référence et selon les scénarios alternatifs (Tableau R1).

Le scénario de référence conduit à une augmentation du recours total d'environ 4 millions de consultations annuelles, aboutissant en 2030 à 40 millions de consultations. Par contre, l'offre annuelle en consultations décroît progressivement de 36 millions à 29 millions en supposant le maintien de la production des médecins à son niveau actuel. Par conséquent, en 2030, le recours estimé dépasse l'offre de presque 12 millions de consultations, soit un excédent d'environ 29%.

Quel que soit le scénario de recours retenu, le déficit concerne surtout la médecine de base :

- Avec le scénario d'amélioration de l'état de santé des personnes âgées (B1) et celui de détérioration de la santé (B2) le recours qui ne serait pas assuré varie entre 28% et 47%, respectivement, contre 39% pour le scénario de référence.
- Les scénarios évaluant l'effet d'une prise en charge différente, qu'il s'agisse du gatekeeping, ou de la substitution des médecins par d'autres professionnels de santé, ont moins d'influence. L'introduction d'une substitution (C2i) permet de réduire l'écart estimé dans le scénario de référence de 39% à 33%. Avec le gatekeeping (C1), le recours non assuré est estimé à 42%.

Les scénarios mixtes, le plus favorable et le plus défavorable, fournissent des indications quant au potentiel de variation total de l'écart observé, entre le recours et l'offre projetés :

- Le scénario le plus favorable (D1) aboutit à un écart d'environ 4 millions (13%) de consultations totales et 3,5 millions (20%) de consultations de médecine de base, qui ne seraient pas assurées par l'offre projetée.
- Le scénario le plus défavorable (D2) aboutit à un écart de 16 millions (36%) de consultations totales et 14 millions (49%) de consultations de médecine de base qui ne seraient pas assurées par l'offre projetée.

Pour le recours en médecine spécialisée avec activité chirurgicale, l'écart estimé varie entre 0,3 million pour le scénario favorable et 1,5 millions pour le scénario défavorable. En médecine spécialisée sans activité chirurgicale, l'écart varie entre 0,1 million pour le scénario favorable et 0,8 millions pour le scénario défavorable. En psychiatrie, les différents scénarios de recours aboutissent à une différence d'environ 700000 consultations en 2030. Par contre, l'offre et le recours sont équilibrés en gynécologie et pédiatrie.

Par rapport au recours prévu, le déficit de l'offre pourrait être encore aggravé par une diminution de la production des médecins.

Tableau R1 : Recours projeté non couvert par l'offre estimée pour 2030, en millions de consultations, selon les différents scénarios du recours

Catégories médicale		Scénario de référence						
		B1	B2	C1	C2i	D1	D2	
Médecine de base								
a) Recours	Mio.	23.60	19.81	26.80	24.73	21.24	17.83	28.09
b) Offre	Mio.	14.31	14.31	14.31	14.31	14.31	14.31	14.31
c) Différence (a-b)	Mio.	9.29	5.50	12.49	10.42	6.93	3.52	13.78
	en %	(39%)	(28%)	(47%)	(42%)	(33%)	(20%)	(49%)
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale								
a) Recours	Mio.	5.26	4.35	5.55	5.16	5.26	4.35	5.45
b) Offre	Mio.	4.03	4.03	4.03	4.03	4.03	4.03	4.03
c) Différence (a-b)	Mio.	1.23	0.32	1.52	1.13	1.23	0.32	1.42
	en %	(23%)	(7%)	(27%)	(22%)	(23%)	(7%)	(26%)
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale								
a) Recours	Mio.	4.87	4.28	4.98	4.78	4.87	4.28	4.89
b) Offre	Mio.	4.14	4.14	4.14	4.14	4.14	4.14	4.14
c) Différence (a-b)	Mio.	0.73	0.14	0.84	0.64	0.73	0.14	0.75
	en %	(15%)	(3%)	(17%)	(13%)	(15%)	(3%)	(15%)
Psychiatrie								
a) Recours	Mio.	2.54	2.54	2.50	2.54	2.54	2.54	2.50
b) Offre	Mio.	1.88	1.88	1.88	1.88	1.88	1.88	1.88
c) Différence (a-b)	Mio.	0.66	0.66	0.62	0.66	0.66	0.66	0.62
	en %	(26%)	(26%)	(25%)	(26%)	(26%)	(26%)	(25%)
Total								
a) Recours	Mio.	40.35	35.04	43.96	41.26	37.99	33.06	45.00
b) Offre	Mio.	28.78	28.78	28.78	28.78	28.78	28.78	28.78
c) Différence (a-b)	Mio.	11.57	6.26	15.18	12.48	9.21	4.28	16.22
	en %	(29%)	(18%)	(35%)	(30%)	(24%)	(13%)	(36%)

B1 : Amélioration de l'état de santé ; B2 : Détérioration de l'état de santé ; C1 : Gatekeeping ; C2i : Substitution uniforme ; D1 : Scénario favorable ; D2 : Scénario défavorable

En pédiatrie et en gynécologie, les différences entre l'offre et le recours oscillent autour de +/- 1-3 %

4. Limites de l'analyse

Ces analyses reposent sur le nombre de consultations facturées à l'assurance obligatoire de soins (AOS). La problématique des coûts a été explicitement écartée. Les limites sont en premier lieu celles de cette banque de données. Tout d'abord elles ne concernent pas les soins pour cause d'accident ou d'invalidité, ni les soins facturés aux assurances complémentaires. Elles sont sujettes à un possible biais résultant de la franchise et ne documentent pas la morbidité des patients ou l'adéquation du niveau de soins fournis, indications nécessaires pour des projections complètes. En outre, cette banque de données ne renseigne ni sur le contenu ni sur la durée des consultations réalisées.

Les projections reposent sur les données de la période 2001-2006, période relativement courte par rapport à la durée des projections. Durant cette période, plusieurs changements structurels ont été

introduits (élévation des franchises, clause du besoin pour l'installation des médecins en pratique privée) qui peuvent avoir eu un impact non quantifiable sur l'offre et le recours.

Peu de données existent dans la littérature pour fonder les choix établis par rapport aux différents scénarios alternatifs. C'est pourquoi ceux-ci reposent plutôt sur des options considérées comme conservatrices. De même, les parcours professionnels des médecins, du diplôme à la retraite, sont mal documentés et bon nombre d'hypothèses de travail ont dû être faites.

Finalement, lorsque l'on compare l'offre et le recours, on postule que l'offre et le recours actuels sont équilibrés, alors qu'une pléthore ou une pénurie pourraient exister aujourd'hui dans certaines régions. A noter encore que les transferts des soins en hôpital vers des soins en cabinet ou vice versa pourraient gagner en importance à l'avenir mais qu'ils n'ont pas pu être considérés dans ce travail.

Malgré ces limites, ce travail fournit des indications utiles concernant l'ampleur de l'écart entre l'offre et le recours aux soins médicaux ambulatoires qui pourrait se manifester d'ici 2030.

5. Conclusions

Ce travail estime l'évolution de l'offre et du recours aux consultations médicales ambulatoires au cours des prochaines décennies. Il confirme l'influence majeure du vieillissement démographique sur la consommation de soins ambulatoires, en particulier en **médecine de base**. Selon ces projections, c'est aussi cette discipline qui sera la plus touchée par une réduction des effectifs de médecins. Par conséquent, l'écart pourrait s'élever à 40% du recours projeté qui ne serait pas assuré. Il est probable qu'une partie de ce déséquilibre induise une baisse du recours. On peut craindre cependant que l'ajustement du recours à l'offre se produise par un recul des consultations de prévention, ce qui pourrait à long terme entraîner une détérioration de l'état de santé de la population âgée et accentuer alors le déséquilibre.

De même, le recours aux **soins spécialisés, avec ou sans activité chirurgicale** devrait augmenter tandis que le nombre des spécialistes devrait diminuer d'environ 20%. En manque d'effectif eux-mêmes, ces médecins ne seraient ainsi pas à même de soulager la pénurie en se substituant aux médecins de base pour certaines consultations.

En **psychiatrie**, on attend une discrète pénurie dès 2020 qui est probablement sous-estimée. Il est important de rappeler que les projections se basent sur le recours actuel. Dans le cas de la psychiatrie, les taux de recours très faibles observés actuellement chez les personnes de plus de 65 ans pourraient refléter aujourd'hui déjà l'existence d'une lacune dans cette forme de soins spécialisés. Il est possible que l'augmentation de la prévalence des dépressions et des démences parmi les personnes âgées entraîne à l'avenir des besoins en soins psychiatriques plus importants que ceux estimés par nos projections, accentuant alors le déséquilibre entre le recours et l'offre.

Seules la **gynécologie** et la **pédiatrie** ne semblent pas être concernées par un possible déséquilibre entre le recours et l'offre en soins.

L'influence des scénarios reposant sur une modification de l'état de santé des personnes âgées est notable, en particulier en médecine de base. En revanche, les scénarios basés sur une modification de la prise en charge laissent supposer qu'ils ne représentent chacun qu'une solution partielle du problème. La substitution du médecin de base par des infirmiers pour certaines consultations implique de considérer au préalable l'ensemble des professions de santé. En effet,

l'évolution démographique exercera une forte pression sur l'ensemble du système de soins, y compris les soins hospitaliers, les soins de longue durée ou les soins psychiatriques. Ce sont toutes les professions de la santé qui devront répondre à un besoin accru.

L'option du gatekeeping accroît pour sa part la demande en consultations de médecine de base. Par conséquent, l'introduction généralisée d'un tel système nécessiterait un effectif suffisant en médecine de base.

Pour palier à cette pénurie de médecins, il sera nécessaire d'agir simultanément sur l'offre et le recours. Les mesures possibles pour augmenter l'offre concernent le nombre de médecins formés, leur spécialisation et, en particulier, le rapport optimal entre médecins de base et médecins spécialisés qui permette l'introduction d'un système de gatekeeping. La substitution par d'autres professionnels est aussi une alternative à considérer comme réponse partielle au problème.

Le recours peut être diminué si l'état de santé de la population s'améliore par des mesures de prévention et de promotion de la santé, ou si l'intensité des soins est réduite. Or, cette deuxième éventualité peut représenter autant une amélioration de l'efficacité des soins qu'une diminution de l'accessibilité à des soins appropriés, donc un rationnement des soins. C'est pourquoi l'évolution du recours nécessitera une surveillance étroite.

Zusammenfassung

1. Ausgangslage

Die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen steigt mit zunehmendem Alter, insbesondere in der Allgemeinmedizin. Die für die kommenden Jahrzehnte erwartete Alterung der Bevölkerung könnte folglich grossen Druck auf die ambulante medizinische Versorgung ausüben. Dieser Entwicklung steht die Tendenz gegenüber, dass jüngere Ärztinnen und Ärzte häufiger teilzeitlich arbeiten. Es ist somit zu befürchten, dass schon bald ein Ungleichgewicht zwischen der Inanspruchnahme und dem Angebot ambulanter medizinischer Leistungen entsteht.

Diese Arbeit untersucht mit einem Zeithorizont bis 2030 das Gleichgewicht zwischen der Inanspruchnahme und dem Angebot ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz. Dabei wird von der beobachteten Entwicklung dieser Leistungen zwischen 2001 und 2006 ausgegangen.

Abgrenzung

Die Analysen basieren auf den Behandlungen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in Rechnung gestellt wurden. Behandlungen zu Lasten einer Zusatzversicherung oder aufgrund von Unfall oder Invalidität werden nicht berücksichtigt.

Für die Analysen und Projektionen der Inanspruchnahme und des Angebots wurden verschiedene Szenarien geprüft. Bei der Inanspruchnahme beziehen sich diese auf die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und auf den Einfluss von Gatekeeping oder der Übernahme gewisser medizinischer Leistungen durch anderes Pflegepersonal (Substitution). Die Hypothesen beim Leistungsangebot beziehen sich auf die verschiedenen grossen Anteile an Ärztinnen und Ärzten, welche sich spezialisieren oder eine eigene Praxis eröffnen. Da die notwendigen Daten nicht überall vorliegen, mussten Annahmen getroffen werden. Die entwickelten Projektionen können daher nicht direkt als Planungsinstrument verwendet werden. Sie können jedoch richtungsweisend sein bei Überlegungen zur Zukunft des ambulanten Gesundheitsversorgungssystems der Schweiz.

2. Methodik

Für vorliegende Analyse werden nur Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen betrachtet. Die Fachtitel wurden gemäss den folgenden, vom Obsan definierten Kategorien zusammengefasst:

1. Allgemeinmedizin (umfasst die Allgemeinärzte, Allgemeininternisten ohne Subspezialisierung, praktizierende Ärzte FMH und Gruppenpraxen).
2. Pädiatrie.
3. Gynäkologie und Geburtshilfe.
4. Fachmedizin mit chirurgische Tätigkeit.
5. Fachmedizin ohne chirurgischer Tätigkeit.
6. Psychiatrie.

Prognosen der Inanspruchnahme

Das für die Prognose der Inanspruchnahme verwendete Modell basiert auf der zwischen 2001 und 2006 beobachteten, mittleren Rate der Inanspruchnahme (= Anzahl Behandlungen / Jahr / Einwohner), gegliedert nach Alter, Geschlecht, Kanton und Fachrichtung. Das **Grundscenario** untersucht den spezifischen Einfluss der demografischen Merkmale (Alter und Geschlecht). Anhand von **Alternativszenarien** wird anschliessend der Einfluss folgender Faktoren untersucht:

- Verbesserung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung mit einem Rückgang der Inanspruchnahme
- Verschlechterung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung mit einer Zunahme der Inanspruchnahme
- Einführung eines Gatekeeping-Systems
- Substitution der Allgemeinärztin/Allgemeinarztes, durch andere Berufsgruppen des Gesundheits- und Pflegewesens für gewisse Tätigkeiten.
- Szenario „optimistisch“: Verbesserung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung, kein Gatekeeping², Substitution der Allgemeinärztin/Allgemeinarztes durch andere Gesundheitsberufe
- Szenario „pessimistisch“: Verschlechterung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung, Einführung des Gatekeeping-Systems, keine Substitution der Allgemeinärztin/Allgemeinarztes durch andere Gesundheitsberufe

Prognose des Angebots

Das heutige und zukünftige Angebot ambulanter medizinischer Leistungen basiert auf geschätzten Entwicklungen der Anzahl Ärztinnen und Ärzte und ihrer Kapazität, medizinische Behandlungen durchzuführen. Der Bestand an Ärztinnen und Ärzten wird bestimmt durch die Zahl der Neuzugänge an praktizierenden Ärztinnen/Ärzten (abhängig von der Zahl der Abschlüsse in Medizin und der Zahl der anschliessenden Spezialisierungen), durch das Ausmass der Beteiligung ausgebildeter Ärztinnen/Ärzte an Praxistätigkeiten sowie durch den Abgang praktizierender Ärztinnen/Ärzte aufgrund von Pensionierung oder einer anderen Tätigkeit. Die Ärztezahl wird anhand der Hochschulstatistik des BFS (Anzahl Diplome in Medizin), der FMH-Ärztestatistik (Anzahl Ärztinnen/Ärzte mit einem eidg. Facharztstitel) und des Zahlstellenregisters von santésuisse (Anzahl praktizierende Ärztinnen/Ärzte) rekonstruiert.

Es wurde von der Annahme ausgegangen, dass die Einstellung der Medizinstudenten/studentinnen – resp. der Absolventen/Absolventinnen des Medizinstudiums – bezüglich der Wahl ihrer Weiterbildung, die durchschnittliche Ausbildungsdauer sowie der Anteil Ärztinnen und Ärzte, die in ambulanten Praxen tätig sein werden, im Prognosezeitraum unverändert bleiben.

² Das Gatekeeping erhöht die Anzahl der notwendigen Konsultationen in der Allgemeinmedizin. Bei einem gegebenen Angebot von Ärzten/Ärztinnen verstärkt sich mit dem Gatekeeping ein mögliches Ungleichgewicht zwischen Inanspruchnahme und Angebot in der Allgemeinmedizin. Beim Szenario «optimistisch» wurde daher ohne Einfluss des Gatekeepings gerechnet.

Die Prognose des Angebots hängt – neben der Anzahl Ärztinnen und Ärzte – auch von dem von ihnen erbrachten Leistungsvolumen und damit von ihrem Aktivitätsgrad ab. Diese Grösse wird nach Alter, Geschlecht und Fachrichtung, basierend auf Daten aus dem Jahr 2004, geschätzt. Es wird angenommen, dass diese Anzahl Behandlungen im Jahr 2004 für die ganze Periode 2002 bis 2006 repräsentativ ist und in den nächsten 25 Jahren unverändert bleibt.

Der Einfluss der Feminisierung der Ärzteschaft wird auf verschiedenen Stufen miteinbezogen. Berücksichtigt wird dabei der steigende Anteil diplomierter Medizinerinnen und entsprechend der steigende Anteil an Ärztinnen mit eidgenössischem Facharztstitel. Ferner werden für die Frauen eine längere Weiterbildungsdauer und ein niedrigerer Aktivitätsgrad als für die Männer angenommen.

Im Grundszenario des vorliegenden Berichtes wird der künftige Bestand an Ärztinnen und Ärzten nur von demografischen Faktoren beeinflusst. Darüber hinaus untersucht ein Alternativszenario die Auswirkungen einer Abnahme des Aktivitätsgrades praktizierender Ärztinnen/Ärzte. Hingegen wurde kein eigenes Szenario gerechnet, welches Änderungen in der Bildungspolitik oder in der Praxis der Zulassungsbewilligungen berücksichtigt.

3. Resultate

Prognose der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz

Im Bereich der OKP ist die Rate der Inanspruchnahme zwischen 2001 und 2006 weitgehend stabil geblieben. Sie variiert zwischen 2-3 Behandlungen pro Patient/in und Jahr bei unter 40-jährigen Personen und 12-13 Behandlungen pro Patient/in und Jahr bei Personen über 75 Jahren. Generell beanspruchen Frauen durchschnittlich mehr Behandlungen, insbesondere in den Altersklassen zwischen 19 und 75 Jahren. Beinahe 60% aller Behandlungen erfolgen in der Allgemeinmedizin, was Schweizweit 21 Millionen Behandlungen pro Jahr entspricht. Die Behandlungen in der Pädiatrie und Gynäkologie machen je ungefähr 2,1 Millionen aus, jene bei Fachärztinnen/Fachärzten mit bzw. ohne chirurgische Tätigkeit 4,1 resp. 4,4 Millionen und jene in der Psychiatrie 2,5 Millionen.

Bis ins Jahr 2030 dürfte sich die Anzahl Behandlungen in der Allgemeinmedizin um ungefähr 13% erhöhen, das sind 3 Millionen zusätzliche Behandlungen. Die Anzahl Behandlungen bei den Fachärztinnen/Fachärzten mit bzw. ohne chirurgische Tätigkeit dürfte um rund 28% bzw. 11% zunehmen, das heisst ungefähr 1 Million bzw. 0,5 Millionen Behandlungen zusätzlich. Bei der Anzahl Behandlungen in der Pädiatrie, Gynäkologie und Psychiatrie kann von einer stabilen Entwicklung ausgegangen werden.

Das Szenario «Verbesserung des Gesundheitszustandes» führt zu einer leichten Abnahme der Inanspruchnahme bis 2030 (Rückgang um 1 Million), während beim Szenario «Verschlechterung des Gesundheitszustandes» zwischen 2005 und 2030 mit einer Zunahme der Behandlungen um rund 22% gerechnet wird. Beide Szenarien wirken sich massgeblich auf die Allgemeinmedizin aus, wo je nach Szenario bis ins Jahr 2030 die Anzahl Behandlungen zwischen 20 und 27 Millionen Einheiten schwanken können.

Die Einführung eines Gatekeeping-Systems hat Verschiebungen zwischen fachärztlichen und allgemeinmedizinischen Behandlungen zur Folge; hier wird von einer Zunahme der Behandlungen um ungefähr 2% ausgegangen. Im Vergleich mit dem Grundszenario wird beim Gatekeeping bis

2030 ein Anstieg von ungefähr 0,9 Millionen Behandlungen zu erwarten sein. Dieser Zuwachs ist auf einen zusätzlichen Anstieg bei der Anzahl Behandlungen in der Allgemeinmedizin von 1,1 Millionen bis im Jahr 2030 sowie auf einen Rückgang bei den fachärztlichen Behandlungen um rund 0,2 Millionen zurückzuführen.

Gemäss den Substitutionsszenarien, welche ab 2010 angewendet werden, ist die vorausgesagte Anzahl Behandlungen im Jahr 2030 um rund 2 Millionen (-6%) tiefer als beim Grundszenario. Diese Abnahme betrifft nur die Inanspruchnahme in der Allgemeinmedizin, welche auf 21,2 Millionen Behandlungen sinken würde (-10%).

Die Mischszenarien „optimistisch“ und „pessimistisch“ können als Grenzen für die maximalen Abweichungen der Schätzung um das Grundszenario herum betrachtet werden. Bis 2030 resultiert ein Unterschied von rund 12 Millionen Behandlungen zwischen dem optimistischen und dem pessimistischen Szenario: Es wird davon ausgegangen, dass die Anzahl Behandlungen im Jahr 2030 gemäss dem optimistischen Szenario rund 33 Millionen beträgt, gemäss dem Grundszenario 40 Millionen und gemäss dem pessimistischen Szenario 45 Millionen. Der grösste Anteil dieser Unterschiede ist auf vermutete Veränderungen des Gesundheitszustands der älteren Bevölkerung zurückzuführen. In der Allgemeinmedizin beträgt der Unterschied zwischen dem optimistischen und dem pessimistischen Szenario rund 10 Millionen Behandlungen pro Jahr, bei den Fachärztinnen/Fachärzten ohne bzw. mit chirurgischer Tätigkeit je rund 0,6-1,1 Millionen pro Jahr.

Prognosen zum Angebot ambulanter medizinischer Leistungen

Die FMH-Ärztestatistik wies im Jahr 2004 knapp 20000 Ärztinnen und Ärzte mit eidgenössischem Facharztstitel aus. Davon waren drei Viertel in ambulanten Praxen tätig. Die Einteilung der Ärztinnen und Ärzte mit eidgenössischem Facharztstitel nach Alter und Geschlecht zeigt, dass der Männeranteil überwiegt. Einzig bei der jüngsten Altersgruppe (30-34 Jahre) von Ärztinnen und Ärzten werden gleich viele Frauen wie Männer gezählt.

Die durchschnittliche Anzahl Behandlungen pro Jahr und Arzt variiert zwischen 1000 und 3500 Einheiten, je nach Alter, Geschlecht und Fachrichtung. Die Anzahl Behandlungen steigt mit zunehmendem Alter der Ärztin oder des Arztes an und geht erst bei den über 65-Jährigen wieder zurück. Generell verrechnen Männer in jeder Altersstufe mehr Behandlungen als Frauen; der entsprechende Unterschied ist bei den jüngsten Ärztinnen und Ärzten am kleinsten.

Am meisten Behandlungen pro Arzt/Ärztin erfolgen in der Allgemeinmedizin und in der Pädiatrie mit durchschnittlich rund 1800 Behandlungen pro Jahr bei den Ärztinnen und 3400 bei den Ärzten. In der Gynäkologie sowie bei Fachärztinnen/Fachärzten mit oder ohne chirurgische Tätigkeit werden pro Jahr rund 2000 Behandlungen durchgeführt. Am wenigsten Behandlungen weisen die Psychiaterinnen und Psychiater auf mit rund 850 bzw. 1270 Behandlungen pro Jahr.

Geht man davon aus, dass die Aufteilung der Ärzteschaft in die verschiedenen Fachrichtungen sowie die Ausbildungsdauer unverändert bleiben, muss zwischen 2005 und 2030 mit einem Rückgang der Anzahl Ärztinnen und Ärzte mit eidgenössischem Facharztstitel von 19600 auf 17100 (-14%) gerechnet werden.

Die Anzahl **Ärztinnen und Ärzte mit einer aktiven ZSR-Nummer** könnte ihrerseits zwischen 2005 und 2030 von 15090 auf 13930 Personen zurückgehen; dies entspricht einer Abnahme von

8%. Insbesondere wird eine schrittweise Abnahme der Anzahl Allgemeinärztinnen und -ärzte mit einer aktiven ZSR-Nummer von 6500 auf 5700 Personen prognostiziert.

Falls die Anzahl Behandlungen pro Arzt/Ärztin unverändert bleibt, dürfte die Gesamtzahl der jährlich angebotenen Behandlungen, aufgrund der demografischen Entwicklung, um 20% zurückgehen, d.h. von 36 auf 29 Millionen. In der Allgemeinmedizin dürfte der Rückgang der Behandlungen aufgrund der Verkleinerung des Ärztebestandes rund 30% betragen (2005: 21 Millionen; 2030: 14 Millionen Behandlungen). Das Angebot in den übrigen Fachrichtungen ist stabiler, ausser bei der Psychiatrie: Während des Prognosezeitraums geht man von einer Abnahme von rund 25% aus und rechnet mit weniger als 2 Millionen angebotener Behandlungen im Jahr 2030.

Das Szenario «Produktivitätsabnahme» verstärkt den Rückgang des Angebotes an Behandlungen ab 2015 noch deutlicher. Dieses beträgt hier im Jahr 2030 noch rund 27 Millionen, das ist eine Einbusse von 26% und insbesondere eine Verringerung von einer Million zusätzlicher Behandlungen in der Allgemeinmedizin.

Vergleich der Entwicklung der Inanspruchnahme mit dem Angebot an ambulanten medizinischen Leistungen bis 2030

Die Entwicklung des Behandlungsangebots von 2005 bis 2030 wird mit der Entwicklung der Inanspruchnahme gemäss dem Grundszenario und den Alternativszenarien verglichen (Tabelle Z1).

Das Grundszenario führt zu einer Erhöhung der gesamten Inanspruchnahme von rund 4 Millionen zusätzliche Behandlungen pro Jahr bis ins Jahr 2030. Dies ergibt ein Total von rund 40 Millionen Behandlungen. Wenn man davon ausgeht, dass die Produktivität der Ärztinnen und Ärzte auf dem heutigen Niveau bleiben wird, so nimmt das Angebot an Behandlungen pro Jahr schrittweise von 36 Millionen auf 29 Millionen ab. Damit wird die geschätzte Inanspruchnahme (40 Millionen Behandlungen) das Angebot (29 Millionen Behandlungen) um fast 12 Millionen Behandlungen oder 29% übersteigen.

Bei den Alternativszenarien ist vor allem die Allgemeinmedizin von einem Nachfrageüberhang betroffen:

- Unter den Szenarien «Verbesserung des Gesundheitszustandes» (B1) und «Verschlechterung des Gesundheitszustandes» (B2) variiert der geschätzte Nachfrageüberhang zwischen 28% und 47% (gegenüber 39% im Grundszenario).
- Die Szenarien, die eine andere Behandlungsorganisation wie Gatekeeping oder Substitution gewisser ärztlichen Behandlungen durch Pflegefachpersonen untersuchen, haben weniger Auswirkungen. Durch Substitution (C2i) kann der Nachfrageüberhang von 39% auf 33% gemässigt werden. Gatekeeping (C1) erhöht seinerseits den Nachfrageüberhang auf 42%.

Die Mischszenarien „optimistisch“ und „pessimistisch“ liefern Angaben zum maximalen Änderungspotenzial des Ungleichgewichtes zwischen der prognostizierten Inanspruchnahme und dem Angebot:

- Das Szenario „optimistisch“ (D1) prognostiziert einen Nachfrageüberhang von 4 Millionen Behandlungen (13%) insgesamt und von 3,5 Millionen Behandlungen in der Allgemeinmedizin (20%).
- Das Szenario „pessimistisch“ (D2) prognostiziert einen Nachfrageüberhang von 16 Millionen Behandlungen insgesamt (36%) und 14 Millionen (49%) Behandlungen in der Allgemeinmedizin.

In der Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit beträgt der geschätzte Unterschied zwischen 0,3 Millionen (Szenario „optimistisch“) und 1,5 Millionen (Szenario „pessimistisch“). In der Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit beträgt der Unterschied zwischen 0,1 Millionen (optimistisches Szenario) und 0,8 Millionen (pessimistisches Szenario). In der Psychiatrie ergeben die verschiedenen Szenarien einen Nachfrageüberhang von rund 700000 Behandlungen im Jahr 2030. In der Gynäkologie und der Pädiatrie sind Angebot und Inanspruchnahme hingegen ausgeglichen.

Das festgestellte Defizit beim Angebot im Vergleich zu der prognostizierten Inanspruchnahme könnte sich durch eine Produktivitätsabnahme der Ärzteschaft noch verstärken.

Tabelle Z1 Differenz zwischen der prognostizierten Inanspruchnahme und dem prognostizierten Angebot im Jahr 2030, in Millionen Behandlungen, für verschiedene Szenarien.

Medizinische Fachrichtung		Grund-szenario	B1	B2	C1	C2i	D1	D2
Allgemeinmedizin								
a) Inanspruchnahme	Mio.	23.60	19.81	26.80	24.73	21.24	17.83	28.09
b) Angebot	Mio.	14.31	14.31	14.31	14.31	14.31	14.31	14.31
c) Differenz (a-b)	Mio.	9.29	5.50	12.49	10.42	6.93	3.52	13.78
	In %	(39%)	(28%)	(47%)	(42%)	(33%)	(20%)	(49%)
Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit								
a) Inanspruchnahme	Mio.	5.26	4.35	5.55	5.16	5.26	4.35	5.45
b) Angebot	Mio.	4.03	4.03	4.03	4.03	4.03	4.03	4.03
c) Differenz (a-b)	Mio.	1.23	0.32	1.52	1.13	1.23	0.32	1.42
	In %	(23%)	(7%)	(27%)	(22%)	(23%)	(7%)	(26%)
Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit								
a) Inanspruchnahme	Mio.	4.87	4.28	4.98	4.78	4.87	4.28	4.89
b) Angebot	Mio.	4.14	4.14	4.14	4.14	4.14	4.14	4.14
c) Differenz (a-b)	Mio.	0.73	0.14	0.84	0.64	0.73	0.14	0.75
	In %	(15%)	(3%)	(17%)	(13%)	(15%)	(3%)	(15%)
Psychiatrie								
a) Inanspruchnahme	Mio.	2.54	2.54	2.50	2.54	2.54	2.54	2.50
b) Angebot	Mio.	1.88	1.88	1.88	1.88	1.88	1.88	1.88
c) Differenz (a-b)	Mio.	0.66	0.66	0.62	0.66	0.66	0.66	0.62
	In %	(26%)	(26%)	(25%)	(26%)	(26%)	(26%)	(25%)
Total								
a) Inanspruchnahme	Mio.	40.35	35.04	43.96	41.26	37.99	33.06	45.00
b) Angebot	Mio.	28.78	28.78	28.78	28.78	28.78	28.78	28.78
c) Differenz (a-b)	Mio.	11.57	6.26	15.18	12.48	9.21	4.28	16.22
	In %	(29%)	(18%)	(35%)	(30%)	(24%)	(13%)	(36%)

B1 : Verbesserung des Gesundheitszustandes; B2 : Verschlechterung des Gesundheitszustandes; C1 : Gatekeeping; C2i : Substitution; D1 : Szenario „optimistisch“; D2 : Szenario „pessimistisch“.

In der Gynäkologie und der Pädiatrie sind Inanspruchnahme und Angebot um +/- 1% bis 3% ausgeglichen.

4. Grenzen der Analyse

Die vorliegenden Analysen basieren auf den Behandlungen, welche der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in Rechnung gestellt wurden. Es wurde bewusst darauf verzichtet, ebenfalls deren Kosten zu berücksichtigen. Die Grenzen der Arbeit sind mit jenen der die OKP-Rechnungen erfassenden Datenbank verknüpft. So werden einerseits Behandlungen zu Lasten der Zusatzversicherungen oder aufgrund von Unfall oder Invalidität nicht berücksichtigt. Sie unterliegen zudem einer Verzerrung aufgrund der Franchisen und geben keine Auskunft zur Morbidität der Patientinnen und Patienten oder zur Angemessenheit der erbrachten medizinischen Leistungen. Die Datenbank enthält ferner keine Informationen zum konkreten Inhalt und zur Dauer der durchgeführten Behandlungen.

Die Prognosen stützen sich auf die verfügbaren Daten der Jahre 2001-2006. Dies ist im Vergleich zur Prognosedauer ein relativ kurzer Zeitraum. Zudem wurden während dieser Zeitspanne mehrere strukturelle Änderungen in der Krankenversicherung vorgenommen (Erhöhung der

Franchise, Zulassungsstopp, Einführung der Abrechnung mit Tarmed), die noch nicht abschätzbare Auswirkungen auf das Angebot und die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen haben können.

In der Literatur finden sich nur wenige Hinweise, um die in den verschiedenen Szenarien aufgestellten Annahmen zu quantifizieren. Deshalb wurde für diese Annahmen die jeweils eher konservative Variante gewählt. Auch die berufliche Laufbahn der Ärztinnen und Ärzte, vom Universitätsabschluss bis zur Pensionierung, ist eher schlecht dokumentiert, sodass hierfür viele Arbeitshypothesen erstellt werden mussten. Wenn man schliesslich das Angebot und die Inanspruchnahme vergleicht, geht man davon aus, dass sich die heutige Situation im Gleichgewicht befindet, obwohl in der Realität regionale Überangebote oder Angebotsmängel existieren könnten. Zu nennen sind auch mögliche Verschiebungen zwischen den Spital- und den Praxisbehandlungen, und zwar in beiden Richtungen. Diese könnten in Zukunft ebenfalls an Bedeutung gewinnen, konnten im vorliegenden Modell aber nicht berücksichtigt werden.

Trotz dieser Grenzen liefert die vorliegende Arbeit nützliche Hinweise für das bis 2030 möglicherweise entstehende Ausmass des Ungleichgewichts zwischen dem Angebot und der Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Leistungen.

5. Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit schätzt die Entwicklung des Angebots und der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in den folgenden Jahrzehnten ab. Sie bestätigt die starken Auswirkungen der demografischen Alterung auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen, insbesondere in der **Allgemeinmedizin**. Gemäss den Projektionen wird auch diese Fachrichtung am meisten von einer Reduktion des Bestandes an Ärztinnen und Ärzten betroffen sein. Der erwartete Nachfrageüberhang könnte im Jahr 2030 rund 40% der zu erwartenden Inanspruchnahme entsprechen. Es ist zu vermuten, dass ein Teil des Ungleichgewichts eine spontane Abnahme der Inanspruchnahme induzieren wird. Falls diese Entwicklung jedoch präventive Behandlungen betrifft, so könnte diese Situation langfristig eine Verschlechterung der Morbidität der älteren Bevölkerung zur Folge haben; dies würde das zu erwartende Ungleichgewicht noch weiter verstärken.

Die Zahl der **Fachärztinnen/Fachärzte mit oder ohne chirurgische Tätigkeit** dürfte um rund 20% zurückgehen, während sich die Inanspruchnahme ihrer Behandlungen erhöhen wird. Da damit bei diesen Fachärztinnen/Fachärzten bereits eine Mangelsituation bestehen dürfte, wird es diesen auch nicht möglich sein, die Defizite in der Allgemeinmedizin durch die Übernahme entsprechender Behandlungen zu reduzieren.

In der **Psychiatrie** ist ab 2020 ein geringer Überhang der Inanspruchnahme im Vergleich zum Angebot zu erwarten, welcher aber unterschätzt sein dürfte. So darf nicht vergessen werden, dass die Prognosen auf den aktuellen Raten der Inanspruchnahme beruhen. Bei der Psychiatrie könnte die tiefe Inanspruchnahmerate, wie sie zurzeit bei den über 65-jährigen Personen festgestellt wird, darauf hinweisen, dass bereits heute eine Lücke bei solchen Spezialbehandlungen vorliegt. Mit der Zunahme der Prävalenzen von Depression und Demenz könnte zukünftig der Bedarf und die Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen noch mehr ansteigen, als es vorliegende Szenarien einschätzen; das Ungleichgewicht zwischen Inanspruchnahme und Angebot würde

dadurch noch mehr vergrössert. Einzig die **Gynäkologie** und die **Pädiatrie** scheinen nicht von einem künftigen Ungleichgewicht betroffen zu sein.

Die Auswirkungen jener Szenarien, die eine Veränderung des Gesundheitszustandes der älteren Personen simulieren, sind – insbesondere in der Allgemeinmedizin – beträchtlich. Hingegen sind jene Szenarien, welche eine Änderung der Behandlungsorganisation vorsehen, jeweils nur als partielle Lösungsansätze zu betrachten. Bei einer Substitution von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern für bestimmte Behandlungen durch nicht-ärztliche Pflegefachpersonen muss vorgängig das gesamte System der Gesundheitsberufe genau betrachtet werden. So wird sich der Einfluss der demografischen Entwicklung auf alle Gesundheitssektoren auswirken, sei es in der Spital-, in der Langzeit- oder in der Psychiatriepflege. Alle Gesundheitsberufe werden sich mit dieser erhöhten Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen konfrontiert sehen.

Eine Einführung eines Gatekeeping-Systems bewirkt ihrerseits eine Zunahme der Behandlungen in der Allgemeinmedizin. Deshalb müsste vor einer flächendeckenden Einführung eines solchen Systems eine genügend grosse Zahl an Allgemeinärztinnen und -ärzten vorhanden sein.

Um das bis zum Jahr 2030 zu erwartende Ungleichgewicht abzuschwächen, müssen gleichzeitig mehrere Parameter, die sich auf das Angebot und die Inanspruchnahme auswirken, verändert werden.

Zur Erhöhung des Angebots können Massnahmen hinsichtlich der Anzahl Studienplätze, der Spezialisierung der Ärztinnen und Ärzte und insbesondere zur Optimierung des Verhältnisses zwischen Allgemeinmedizin und Fachmedizin getroffen werden. Ein optimiertes Verhältnis zwischen den verschiedenen ärztlichen Fachbereichen ist noch wichtiger, wenn ein Gatekeeping-System eingeführt wird. Die Substitution durch nicht-ärztliches Pflegepersonal ist eine weitere, beachtenswerte Alternative, sie kann das Problem wohl aber höchstens ansatzweise lösen.

Die Inanspruchnahme kann reduziert werden, wenn sich – z.B. wegen Massnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung – der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert oder wenn die Behandlungsintensität abnimmt. Diese zweite Möglichkeit kann aber sowohl eine Verbesserung der Behandlungseffizienz wie auch eine Einschränkung des Zugangs zu angemessenen Behandlungen – also eine Rationierung der Behandlungen – beinhalten. Daher ist es sehr wichtig, dass eine solche Entwicklung der Inanspruchnahme genau beobachtet wird.

1 Introduction

La médecine ambulatoire en Suisse est un domaine de la santé encore peu décrit. Un premier travail, portant sur l'année 2004, a permis de dresser un état des lieux du recours aux soins ambulatoires à un échelon régional et national, en particulier en ce qui concerne la consommation de différents types de consultations (médecine « de base » ou médecine spécialisée), selon les caractéristiques des individus [1]. L'avance en âge y étant clairement associée à une consommation accrue de consultations, notamment en médecine de base, il est à craindre que le vieillissement de la population prévu au cours des prochaines décennies ne provoque une importante pression sur ce secteur des soins.

A cette élévation possible du recours dans les années à venir s'opposent des phénomènes susceptibles d'entraîner une diminution de l'offre de soins. Le vieillissement et la féminisation des effectifs de médecins praticiens, mais aussi des changements dans le style de vie des jeunes générations s'accompagnent eux d'une réduction du taux d'activité des médecins. En outre, on observe une tendance à la spécialisation et à la concentration des praticiens dans les centres, avec une baisse des effectifs des médecins dans les régions périphériques [2]. On peut, dès lors, craindre l'apparition d'un déséquilibre entre le recours et l'offre de soins médicaux ambulatoires dans un avenir proche, qui pourrait toucher d'abord les régions périphériques et la population âgée.

L'objectif de ce travail est d'examiner l'impact de l'évolution démographique sur l'équilibre entre le recours aux soins médicaux ambulatoires et l'offre de soins à l'horizon 2030, pour la Suisse. Les projections se basent sur l'évolution du recours et de l'offre de soins médicaux ambulatoires observées entre 2001 et 2006. L'influence de trois paramètres sur ces projections est ensuite estimée par l'application de scénarios alternatifs portant sur l'état de santé (modifications induisant une augmentation ou diminution du recours), le mode de prise en charge (substitution de certaines prises en charge par des professionnels non médecins ou introduction du système de gatekeeping) et la production des médecins (diminution du taux d'activité). En revanche, aucun scénario n'est élaboré pour déterminer l'influence de changements structurels concernant la formation pré- et postgraduée des médecins ou l'installation en cabinet des praticiens. De même, les interactions entre la prise en charge hospitalière ou ambulatoire des patients ne sont pas examinées.

Ce travail s'intéresse en premier lieu au recours aux soins ambulatoires de la population âgée, car le vieillissement de la population sera vraisemblablement un déterminant majeur de l'évolution du recours aux soins. Cependant, il convient de prendre en considération le comportement de l'ensemble de la population pour examiner l'équilibre entre l'offre et le recours: en effet, une diminution du recours aux soins ambulatoires dans les classes d'âges plus jeunes permettrait de compenser l'augmentation prévue chez les plus âgés.

Remerciements

Les auteurs remercient M. A. Busato qui a mis à disposition certaines données du projet Démo-médicale. Ils remercient également les membres du comité de pilotage du projet Démo-médicale et les personnes sollicitées pour la révision du rapport pour leur contribution critique :

Mesdames S. Ayoubi, CDS ; A. Buff, SSP-VD ; MT Furrer, OFSP; M. Hersperger, FMH ; E. Kraft, FMH; M. Diebold, OFS.

Messieurs J. Babel, OFS ; P. Camenzind, Obsan ; S. Cotter, OFS ; N. Marzo, DES-GE ; S. Spycher, Obsan.

2 Cadre général de l'étude

L'étude part d'une description de l'évolution récente du recours et de l'offre de soins médicaux ambulatoires en Suisse pour estimer leur progression future, en tenant compte de l'effet de l'évolution démographique sur la consommation de ce type de soins. Son champ se limite aux spécialités médicales exercées en cabinet. Aucune prévision du recours aux soins ambulatoires des hôpitaux n'est réalisée, faute de données statistiques permettant d'identifier les spécialités fournissant ces prestations.

Les titres de spécialistes ont été différenciés selon la nomenclature décrite dans l'ordonnance d'application de la loi sur les professions médicales (LPMéd, 811.11). Les titres de spécialistes correspondant à une activité médicale ambulatoire ont été regroupés dans les catégories suivantes [1] :

- Médecine de base : comprend les consultations de médecine générale, de médecine interne sans mention de sous-spécialité, des médecins praticiens FMH et des cabinets de groupe.
- Pédiatrie.
- Gynécologie: comprend les consultations de gynécologie et d'obstétrique.
- Médecine spécialisée sans activité chirurgicale : comprend les consultations d'allergologie et immunologie clinique, angiologie, cardiologie, dermatologie et vénérologie, rhumatologie et médecine physique et réadaptation, endocrinologie/diabétologie, hématologie, gastro-entérologie, infectiologie, médecine tropicale et médecine des voyages, néphrologie, neurologie, oncologie médicale et pneumologie.
- Médecine spécialisée avec activité chirurgicale : comprend les consultations de chirurgie, chirurgie pédiatrique, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ORL, neurochirurgie, chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, urologie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ophtalmologie.
- Psychiatrie: comprend les consultations de psychiatrie et psychothérapie, psychiatrie et psychothérapie des enfants et adolescents.

Les spécialités suivantes, dont l'activité ambulatoire est en principe marginale ou inexistante, ont été écartées : anesthésiologie, radiologie, radio-oncologie/radiothérapie, médecine nucléaire, médecine pharmaceutique, pharmacologie clinique et toxicologie, génétique médicale, pathologie, médecine intensive, médecine du travail, prévention et santé publique, médecine légale. De même, les consultations des médecins sans cabinet, des médecins récusés du domaine AOS, et des « autres médecins » sans précision ont été exclues.

L'évolution de l'offre et du recours est analysée et comparée pour chacune des catégories de spécialité mentionnées ci-dessus. Les résultats sont présentés au niveau suisse. Des analyses à un échelon cantonal seront proposées aux cantons qui le souhaiteraient.

Délimitation

Ce rapport présente des projections permettant d'orienter les réflexions quant à la disponibilité des soins ambulatoires dans le système de santé suisse. Ces projections n'ont cependant pas été établies pour être utilisées comme un outil de planification car certaines données requises ne sont

pas disponibles et différentes hypothèses ont dû être émises pour pallier à leur absence. En outre, les projections portent sur plus de deux décennies et de nombreux facteurs imprévus sont susceptibles d'intervenir dans l'évolution tant du recours que de l'offre.

Structure du rapport

Le rapport est présenté en trois parties, chacune exposant d'abord les données et les méthodes utilisées, puis les résultats.

Le chapitre 3 décrit le recours actuel aux consultations ambulatoires et s'appuie sur les tendances observées au cours des dernières années pour projeter le recours futur selon un scénario de référence qui mesure essentiellement l'effet de l'évolution démographique. Celui-ci est ensuite modulé selon différents scénarios alternatifs envisageant d'éventuelles modifications de l'état de santé de la population ou de la pratique médicale.

Le chapitre 4 présente l'évolution de la démographie des médecins et projette l'offre future de consultations ambulatoires, en envisageant les effets d'une possible baisse de production des médecins installés en pratique privée.

Finalement, les projections du recours et de l'offre de consultations ambulatoires sont comparées au chapitre 5, en intégrant les différents scénarios. L'ensemble des résultats est discuté dans le chapitre 6.

3 Analyse et projections du recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse

3.1 Méthodologie

Ce chapitre présente d'abord l'approche utilisée pour projeter le recours aux soins médicaux ambulatoires, les données utilisées et les différentes hypothèses de travail adoptées pour réaliser ces projections. Les variables retenues sont résumées au Tableau 1.

3.1.1 Modèle utilisé pour les projections du recours

Plusieurs approches existent pour réaliser des projections du recours aux soins, en fonction de la nature des données disponibles et du modèle qui en découle [3]. On distingue quatre modèles principaux :

- Ratio population/médecin : C'est le modèle le plus simple, mais aussi le plus rigide. Il ne tient compte ni du volume de services fournis par les médecins, ni des besoins en services de la part de la population, ni de l'innovation technologique.
- « Demand-based » : Dans ce modèle, le recours est estimé au travers des coûts engendrés. Ce sont alors les coûts qui sont projetés puis décomposés selon les différentes prestations auxquelles ils correspondent. L'inconvénient d'une telle approche est que le rapport entre le recours, les prestations disponibles et leur prix au temps T_0 de la projection est considéré comme constant et comme optimum. Il n'est ainsi pas tenu compte de l'évolution technologique et de son influence sur le nombre de prestations utilisées ou sur le prix par prestation.
- « Utilisation-based » : Ce modèle s'appuie sur le recours effectif, sans le mettre en lien avec des coûts. Il s'appuie sur le nombre de consultations observé empiriquement pour différents sous-groupes de la population définis, par exemple, par l'âge et le genre. Comme pour le modèle « Demand-based », on peut lui reprocher de considérer la situation au temps T_0 de la projection, soit le nombre de prestations utilisées, comme une situation optimale, alors que l'évolution technologique comme celle de la morbidité peuvent entraîner des changements dans l'intensité des prestations réalisées.
- « Need-based » : Cette approche tient compte de la morbidité et de la mortalité de la population, du niveau de soins requis par problème de santé et des qualifications (en volume et en degré de formation) du personnel qui les fournit. Cette approche est peu utilisée car elle requiert l'utilisation de nombreuses données, rarement disponibles. On peut lui reprocher de partir du principe que les standards thérapeutiques de départ sont considérés comme optimaux, sans tenir compte des possibilités d'amélioration.

Dans ce rapport, le modèle utilisé pour projeter le recours est un modèle « utilisation-based » : les projections reposent sur le taux de recours annuel moyen observé entre 2001 et 2006, soit le nombre moyen de consultations par habitant et par année, ventilé par classe d'âge et par genre. La Figure 3.1 illustre les différents déterminants du recours aux soins médicaux (en gris : facteurs retenus pour les projections).

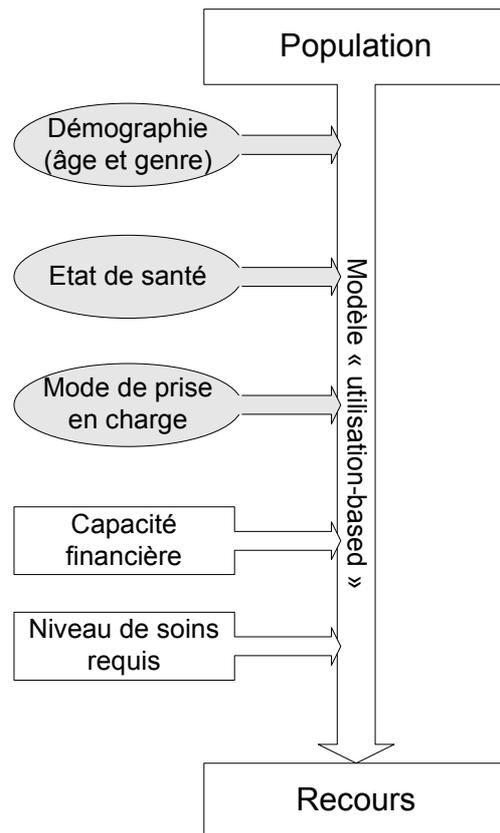


Figure 3.1 : Recours aux soins : variables d'influence (en gris: variables retenues pour les projections)

Scénario de référence

Les principaux déterminants du recours sont les caractéristiques démographiques (âge et sexe) de la population considérée. Le scénario de référence (scénario A) examine spécifiquement leur influence sur le recours futur.

Comme la projection repose sur l'analyse de l'évolution observée entre 2001 et 2006, les projections intègrent de manière empirique l'ensemble des éléments non mesurables ayant eu une influence sur la relation population/recours aux soins durant ces dernières années. Ce scénario suppose donc que le taux de recours restera stable dans les années à venir.

Des scénarios alternatifs sont ensuite réalisés pour mettre en évidence l'influence de la santé et d'éléments modifiables par des orientations stratégiques.

Scénarios alternatifs

- L'état de santé peut varier avec le temps mais il est difficile de prédire dans quel sens il évoluera d'ici 2030. L'influence de ce facteur est donc examinée au travers de deux scénarios, simulant une amélioration de l'état de santé de la population avec une baisse du recours (scénario B1) ou, au contraire, une détérioration conduisant à une hausse du recours aux soins (scénario B2).

- Les modes de prise en charge dépendent des stratégies qui seront mises en place à l'avenir, par les professionnels, les bénéficiaires et les politiques. Deux alternatives à l'organisation actuelle des soins ont été retenues : la mise en place d'un système de gatekeeping (scénario C1) et celle d'une substitution du médecin par d'autres professionnels de santé (scénario C2).
- Deux scénarios mesurent finalement l'influence des trois facteurs simultanément (démographie, santé et mode de prise en charge), en reprenant les hypothèses les plus favorables (scénario D1) ou les hypothèses les plus défavorables (scénario D2).

D'autres facteurs susceptibles d'influencer le recours, comme les capacités financières des usagers, leur niveau d'éducation, leur degré d'information en matière de santé ou encore certains facteurs environnementaux ne sont pas considérés dans cette étude.

3.1.2 Sources de données

Projections démographiques (OFS, Scénario « Moyen », 2006)³

Les projections démographiques publiées en juillet 2006 par l'Office fédéral de la statistique ont été effectuées selon trois scénarios. Le scénario « moyen » (A-00-2005) prolonge les évolutions observées au cours des dernières décennies. Le scénario « haut » (B-00-2005) combine un choix d'hypothèses plus favorable à la croissance démographique. Enfin le scénario « bas » (C-00-2005) utilise des hypothèses moins favorables à la croissance démographique. Ce travail utilise le scénario moyen, qui constitue le scénario de référence des projections. Ces données permettent d'estimer l'évolution annuelle du nombre de personnes dans chaque groupe défini par l'âge et le genre.

Pool de données santésuisse (2001-2006)

Les données relatives au recours aux soins ambulatoires proviennent du pool de données santésuisse® (extraction février 2008), qui contient des informations sur les consultations fournies dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette base de données ne comprend pas d'indication se référant aux consultations à charge d'autres assurances (accident, invalidité, militaire ou privées). Quant aux factures à la charge des ménages dans le cadre de leur franchise, seules celles transmises à l'assurance-maladie (par exemple, par les hôpitaux, les cliniques, ou dans le cadre d'un fonctionnement de type « Tiers payant ») figurent dans le pool de données. Le recours des assurés ayant choisi une franchise élevée peut être légèrement sous-estimé. Cependant, il s'agit en général de personnes qui consomment peu de soins. Notons encore que le pool de données santésuisse recouvre environ 98% des assurés suisses. Le recours total est extrapolé par l'inverse du taux de couverture afin de refléter le recours de l'ensemble des assurés suisses, c'est-à-dire de l'ensemble de la population résidante en Suisse.

Le pool de données inclut des informations relatives à l'âge, au genre, au canton de résidence de l'assuré, mais aucune information n'est disponible quant à son état de santé, la durée de la consultation ou la nature des prestations fournies. Les consultations sont celles effectuées en cabinet, à domicile ou par téléphone.

³ R. Kohli, A. Bläuer Herrmann et J. Babel : Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2005-2050. OFS, 2006.

Dans ce travail, le **recours** est défini par le volume total de consultations annuelles fournies par chaque catégorie de spécialité pour un groupe d'âge et de genre donné, par canton. Le **taux de recours** est obtenu en rapportant ce volume à la population résidante permanente estimée par l'OFS, pour les mêmes classes d'âge, de genre et de canton. L'analyse examine le taux de recours entre 2001 et 2006.

Tableau 1 : Variables et sources de données utilisées pour l'analyse du recours

Variables	Applications	Source, année
Population	Etat de la population résidante permanente Projections démographiques (Scénario Moyen) ⁴	OFS : ESPOP ; Evolution future de la population, 2006
Recours	Nombre de consultations annuelles à charge de l'AOS (par classe d'âge, genre, canton)	Pool de données santésuisse, 2001-2006
Taux de recours	Nombre de consultations annuelles par habitant (par classe d'âge, genre, canton)	Pool de données santésuisse, 2001-2006, OFS 2006
Prestataires de soins	Médecins avec RCC regroupés en catégories: Médecine de base : médecine générale, médecine interne sans mention de sous-spécialité, médecins praticiens FMH et cabinets de groupe Pédiatrie Gynécologie : gynécologie et obstétrique Médecine spécialisée avec activité chirurgicale : chirurgie, chirurgie pédiatrique, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ORL, neurochirurgie, chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, urologie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ophtalmologie Médecine spécialisée sans activité chirurgicale : allergologie et immunologie clinique, angiologie, cardiologie, dermatologie et vénérologie, rhumatologie et médecine physique et réadaptation, endocrinologie/diabétologie, hématologie, gastro-entérologie, infectiologie, médecine tropicale et médecine des voyages, néphrologie, neurologie, oncologie médicale et pneumologie Psychiatrie : psychiatrie et psychothérapie (adulte et enfants)	Registre des codes créanciers, santésuisse, 2004

⁴ R. Kohli, A. Bläuer Herrmann et J. Babel : Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2005-2050. OFS, 2006.

3.1.3 Hypothèses retenues pour l'analyse de l'état actuel

Pour que le pool de données santésuisse soit un reflet valide du recours aux soins ambulatoires dans chaque groupe déterminé par l'âge et le genre, trois hypothèses de travail doivent être faites au départ :

- **Le taux de couverture des soins au sein de l'AOS** : la part des consultations à la charge des ménages dont les factures ont été transmises à l'assurance maladie est la même pour toutes les classes d'âge et les cantons.
- **Les soins médicaux totaux** : la part des consultations à charge d'autres assurances est similaire dans chaque groupe. Cependant, des consultations dans le cadre de l'assurance accident peuvent être enregistrées, notamment lorsque l'assuré n'a pas d'employeur. Les données disponibles ne permettent pas de quantifier la part des consultations qui ne seraient pas à charge de l'AOS mais relèveraient de l'assurance accident.
- **La nature des prestations fournies** : la catégorie de spécialité médicale enregistrée pour chaque consultation concorde avec le dernier titre de spécialiste obtenu par le médecin l'ayant facturée, tel qu'inscrit au registre des codes créanciers de santésuisse. On suppose que la proportion de consultations correspondant à une spécialité différente est similaire dans chaque groupe déterminé par l'âge et le genre.

3.1.4 Hypothèses retenues pour les projections selon le scénario de référence

Trois hypothèses de travail sont émises concernant l'évolution à venir du recours :

- **L'évolution démographique** : Selon le scénario de référence, le nombre projeté des consultations médicales ambulatoires pour les années 2010 à 2030 est déterminé par l'évolution démographique d'une part, et par la tendance évolutive du recours observée sur la période 2001-2006 d'autre part. La prévision du recours est effectuée au sein de chaque catégorie de spécialité par canton et pour chaque classe définie par l'âge et le genre.

Selon le scénario démographique « Moyen » de l'OFS, la population totale suisse va augmenter de 7,5 millions en 2005 (femmes : 3,8, hommes : 3,7) à 8,1 million d'ici 2030 (femmes : 4,1, hommes 4,0).

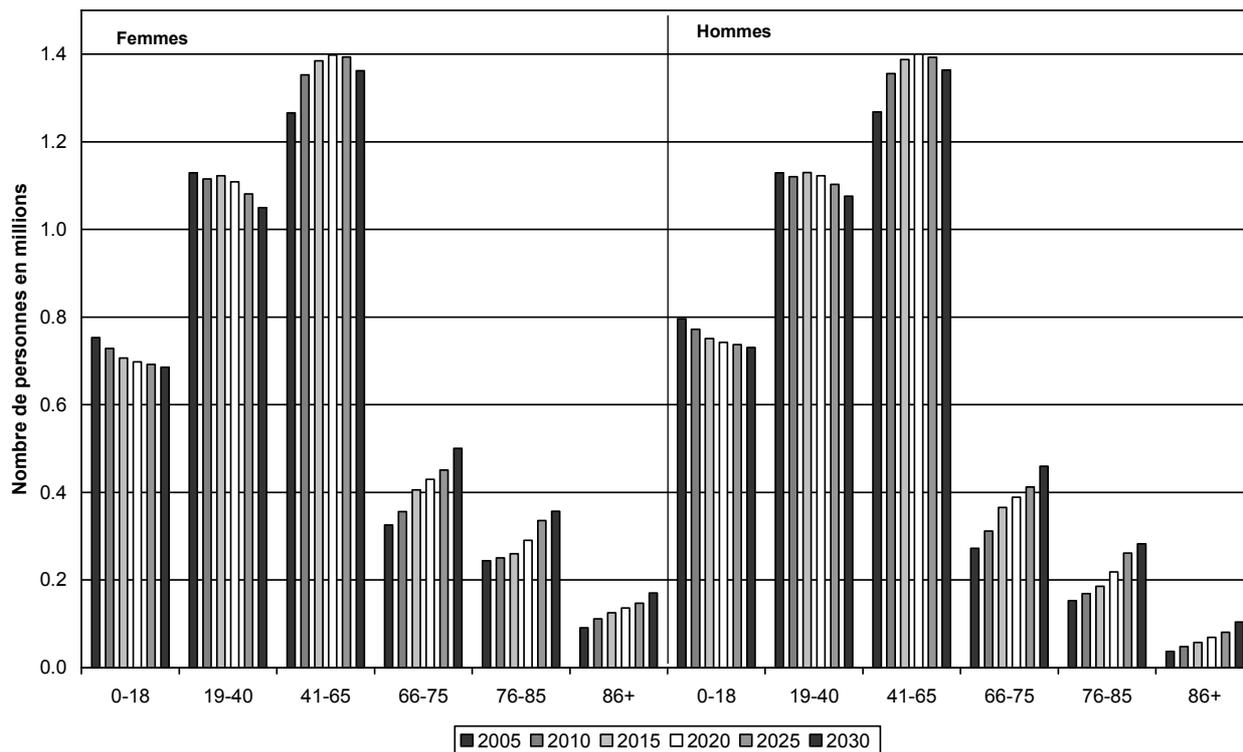


Figure 3.2 : Etat de la population en 2005 et projections jusqu'à 2030 par paliers de 5 ans, par âge et genre

Source : OFS 2006, scénario démographique « Moyen »

Une diminution de l'effectif de la population âgée de 0 à 40 ans est attendue, ainsi qu'une relative stabilité de la population âgée de 41 à 65 ans et une augmentation de l'effectif de la population âgée de plus de 65 ans (Fig 3.2). L'évolution est grossièrement similaire chez les hommes et les femmes.

- **L'évolution du recours** : En règle générale, la projection est effectuée sur la moyenne du recours observé entre 2001 et 2006⁵. Le nombre de consultations annuelles par habitant est calculé pour chaque classe définie par la spécialité médicale, l'âge, le genre et la région de résidence de l'assuré.
- **Proportion stable des consultations à la charge de l'AOS** : En l'absence d'éléments permettant d'estimer l'évolution des franchises et des consultations prises en charge par les assurances privées ou d'autres assurances sociales, ce travail s'appuie sur l'hypothèse que la proportion des consultations à charge de l'AOS, par rapport à l'ensemble des consultations, restera stable jusqu'en 2030.

⁵ En présence d'une augmentation ou d'une diminution significative du recours entre 2001 et 2006, la tendance a été poursuivie de manière linéaire, jusqu'à une augmentation ou diminution maximale de 50% du recours. Au-delà, le recours est estimé stable. Une tendance significative était observée dans 6.8% des classes définies par la spécialité médicale, l'âge, le genre, et le canton de résidence de l'assuré.

3.1.5 Hypothèses retenues pour les scénarios alternatifs

Outre le scénario de référence, différents scénarios d'évolution de l'état de santé et du mode de prise en charge médicale ambulatoire sont utilisés dans le cadre d'une analyse de sensibilité, afin d'estimer l'impact de certains changements dans le recours aux soins sur les projections de base (Tableau 2). Chacun des scénarios ne concerne que le domaine ambulatoire et des éventuelles interactions avec le secteur hospitalier ne sont pas considérées.

3.1.5.1 Modification de l'état de santé de la population âgée (scénarios B)

Il est connu que l'état de santé influence le recours aux consultations ambulatoires et que l'augmentation de la consommation de soins chez les personnes âgées est liée à la prévalence accrue de maladies chroniques dans cette population. Certaines études internationales évoquent une tendance à l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées au cours des dernières décennies. D'autres études ont trouvé des résultats contrastés selon les pays. Les projections à long terme sont délicates. En particulier, il est possible que la diminution de certaines maladies, par exemple cardiovasculaires, soit compensée, voire dépassée par une augmentation de la prévalence d'autres maladies chroniques et de l'obésité. Malheureusement, les données disponibles en Suisse ne permettent pas de mettre en relation des modifications de l'état de santé et de la consommation de soins. En outre, les attentes vis-à-vis du système de santé peuvent aussi changer, impliquant soit une hausse soit une baisse de recours.

Face à ces incertitudes, deux scénarios basés sur des tendances opposées ont été retenus en postulant une modification progressive jusqu'à l'horizon 2030. Celle-ci aboutirait, pour une classe d'âge donnée, au taux de recours correspondant à la classe d'âge quinquennale supérieure, respectivement inférieure, selon l'évolution de l'état de santé.

B1 : Amélioration progressive de l'état de santé : Pour chaque classe d'âge au-dessus 65 ans, le taux de recours estimé en 2030 correspond à celui de la classe d'âge inférieure (dans le scénario de référence). On postule ici que l'amélioration de l'état de santé survient sans recourir à d'éventuelles activités préventives qui se traduiraient par des consultations spécifiques supplémentaires, ou que de telles consultations produiraient un effet net bénéfique.

B2 : Détérioration progressive de l'état de santé : Pour chaque classe d'âge au-dessus 65 ans, le taux de recours mesuré en 2030 correspond à celui de la classe d'âge supérieure (dans le scénario de référence). Pour la classe d'âge la plus élevée, c'est-à-dire celle des personnes de 86 ans et plus, le taux resterait inchangé par rapport au scénario de référence.

3.1.5.2 Modification de la prise en charge (scénarios C)

C1 : Gatekeeping : Selon la recherche de littérature (résultats Annexe 1), le gatekeeping représente un transfert de soins spécialisés vers les soins de médecine de base, avec une augmentation du nombre total de consultations. En effet, il semble peu probable que le gatekeeping aboutisse à un nombre de consultations total constant, sauf effet de dissuasion de consulter, ou de regroupement des consultations liées à différents problèmes chez le généraliste.

Sans gatekeeping, le généraliste réfère au spécialiste environ 3% de ses *patients*. D'après la seule étude randomisée trouvée sur ce sujet, le gatekeeping augmente de 5% le nombre de

consultations de médecine de base et augmente la proportion des patients référés par les médecins de 1^{er} recours au spécialiste de 2% : parmi les 5% de *consultations* supplémentaires qui correspondent aux patients ne pouvant plus consulter directement le spécialiste, le généraliste en traite lui-même 3% et réfère les 2% restants. La proportion totale de *patients* référés s'élève donc à 5% [4].

Le scénario utilise ces données pour simuler l'effet du gatekeeping en Suisse, en postulant qu'il serait effectif dès 2010. Il en résulte une diminution de 6% du volume de consultations spécialisées et une augmentation de 5% des consultations en médecine de base. Les 2% de consultations référées par la médecine de base aux spécialistes sont répartis dans les différentes spécialités au prorata de leur volume de consultations.

C2 : Substitution du médecin de base par d'autres professions de santé : Sur la base des résultats de la recherche de littérature (Annexe 1), on émet l'hypothèse que la substitution provoque une diminution du nombre total de consultations en médecine de base, sans affecter les autres types d'activité.

Un premier scénario (C2i) évalue l'effet de l'introduction d'un système de substitution effectif dès 2010, engendrant une diminution de 10% du nombre total de consultations chez les personnes de tout âge. Un second scénario (C2ii) tient compte de la complexité de la prise en charge des personnes âgées, liée à la fréquence élevée des maladies chroniques. De ce fait, la délégation des tâches est restreinte, et la diminution des consultations en médecine de base est estimée à 5% pour les personnes de plus de 65 ans.

3.1.5.3 Scénarios mixtes (scénarios D)

Les scénarios précédents sont construits sur des hypothèses non mutuellement exclusives: deux scénarios supposent une modification de l'état de santé de la population âgée, tandis que les deux autres évaluent l'effet de modifications de la prise en charge médicale. Il est ainsi possible d'imaginer une combinaison de certains des scénarios. Afin d'obtenir une fourchette d'estimations des projections quant au recours aux consultations ambulatoires, un scénario favorable et un défavorable ont été élaborés.

D1 : Le scénario favorable combine les hypothèses conduisant à l'augmentation la plus faible du recours aux consultations ambulatoires :

- Amélioration de l'état de santé de la population âgée ;
- Absence de gatekeeping⁶ ;
- Substitution du médecin de base par d'autres professionnels de santé (avec réduction de 10% du nombre total de consultations en médecine de base chez les personnes de tout âge).

D2 : Le scénario défavorable combine les hypothèses conduisant à l'augmentation la plus forte du recours aux consultations ambulatoires :

- Détérioration de l'état de santé de la population âgée ;
- Introduction du gatekeeping ;

⁶ Le terme de « favorable » se réfère ici au volume total du recours, sans tenir compte de son aspect économique

- Absence de substitution du médecin de base par d'autres professionnels de la santé.

Tableau 2 : Résumé des différents scénarios utilisés pour les projections du recours

Tableau 2a Scénarios A et B	Scénario de référence	Modification de l'état de santé	
		B1 : Amélioration de l'état de santé	B2 : Détérioration de l'état de santé
Scénario démographique "Moyen", OFS		Scénario Moyen	
Prise en charge	Inchangée	Inchangée	Inchangée
Taux de recours	Taux de recours correspondant à la valeur moyenne des années 2001-2006	Réduction progressive du taux de recours dès 65 ans. En 2030 le taux de recours correspond à celui de la classe d'âge inférieure	Augmentation progressive du taux de recours dès 65 ans. En 2030 le taux de recours correspond à celui de la classe d'âge supérieure

Tableau 2b Scénarios A et C	Scénario de référence	Modification de la prise en charge		
		C1 : Gatekeeping	C2i : Substitution uniforme	C2ii : Substitution différenciée
Scénario démographique "Moyen", OFS		Scénario Moyen		
Prise en charge	Inchangée	Les patients consultent d'abord le médecin de base. Il réfère 5% de ses patients au médecin spécialiste	Une partie des consultations sont déléguées par le médecin de base à du personnel infirmier	
Taux de recours	Taux de recours correspondant à la valeur moyenne des années 2001-2006	Consultations en médecine de base: 105% Consultations chez le spécialiste: 94%	Consultations en médecine de base: 90% Consultations chez le spécialiste: 100%	Consultations en médecine de base: 90% avant 66 ans; 95% après 65 ans Consultations chez le spécialiste: 100%

Tableau 2c Scénarios A et D	Scénario de référence	Scénarios mixtes	
		D1 : Scénario favorable	D2 : Scénario défavorable
Scénario démographique "Moyen", OFS		Scénario Moyen	
Prise en charge	Absence de substitution Absence de gatekeeping	Présence de substitution uniforme Absence de Gatekeeping	Absence de substitution Présence de Gatekeeping
Taux de recours	Taux de recours correspondant à la valeur moyenne des années 2001-2006	Amélioration de l'état de santé	Détérioration de l'état de santé

3.2 Résultats

3.2.1 Etat initial et tendances récentes du recours aux soins en Suisse

Au total, tous âges et genres confondus, la population suisse a eu recours en 2005 à environ 36 millions de consultations à charge de l'AOS.

L'évolution entre 2001 et 2006 du nombre de consultations annuelles à charge de l'AOS montre une tendance à la diminution pour les personnes âgées de 0 à 40 ans et une très légère tendance à l'augmentation chez les adultes de plus de 40 ans après 2004. Il n'y a pas de différence notable quant à ces tendances d'évolution entre les hommes et les femmes.

Si l'on s'intéresse au taux de recours, le nombre de consultations par personne et par an augmente avec l'âge, passant d'environ 3,5 consultations chez les plus jeunes à 12-13 consultations chez les personnes de plus de 75 ans (Fig 3.3). Il est en général plus élevé chez les femmes, en particulier dans les classes d'âges comprises entre 19 et 75 ans.

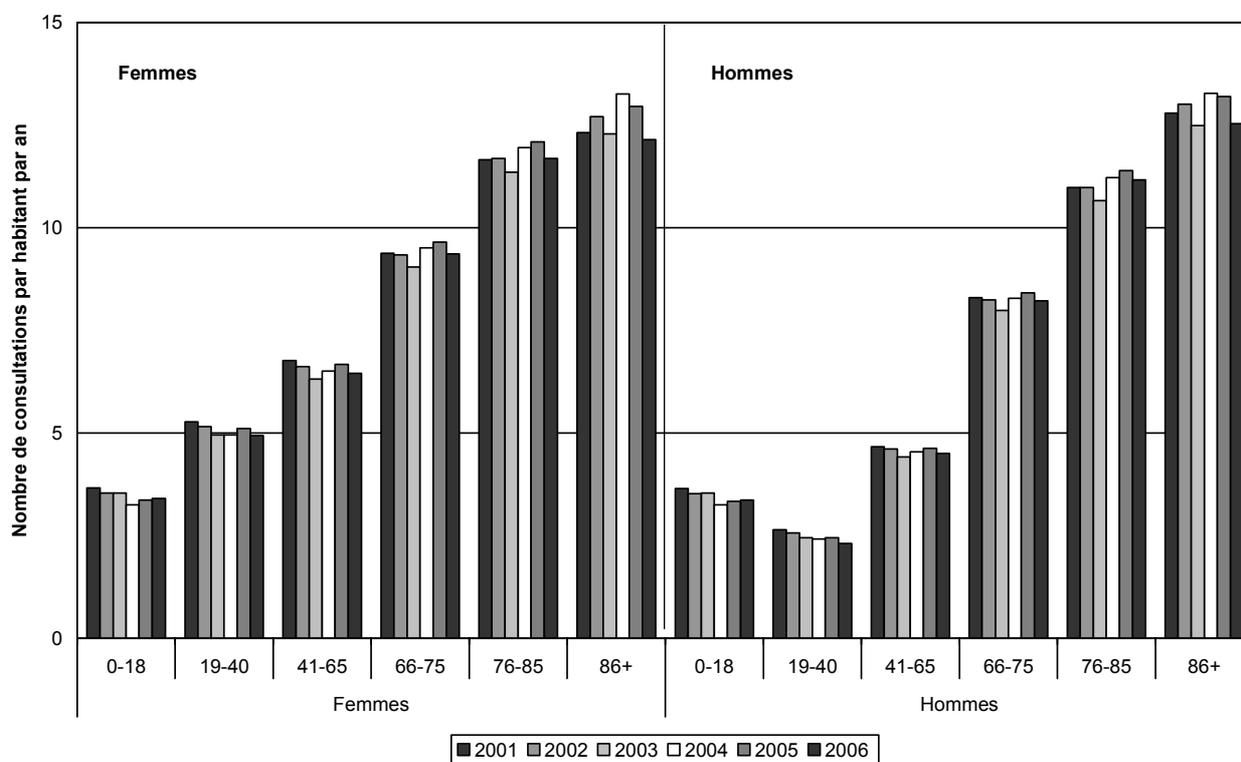


Figure 3.3 : Taux de recours observé entre 2001 et 2006, par âge et genre

Sources : Pool de données santésuisse (février 2008), OFS : ESPOP 2006

3.2.2 Evolution du recours par catégorie de spécialité

Durant toute la période examinée, presque 60% des consultations sont réalisées en médecine de base. En dépit d'une diminution en 2003, le recours en médecine de base est resté stable entre 2001 et 2006, avec environ 21 millions de consultations par année à l'échelle suisse.

Le recours aux consultations de gynécologie et de pédiatrie s'est maintenu aux alentours de 2,1 millions de consultations par année pour chacune des deux catégories. Le recours aux spécialistes avec et sans activité chirurgicale est estimé à environ 4,1 et 4,4 millions de consultations annuelles pour ces catégories d'activité respectives, sans grandes variations sur la période 2001-2006. Quant au recours aux consultations de psychiatrie (psychiatrie adulte et pédopsychiatrie), il est estimé à environ 2,5 millions de consultations annuelles, et semble en légère augmentation.

Les Figures 3.4 et 3.5 montrent le taux de recours au sein des différentes catégories médicales, pour toute la population et en fonction de l'âge. Globalement, on enregistre environ 3 consultations par an et par habitant en médecine de base, et moins d'une consultation par an dans les autres catégories (Fig 3.4). On note une forte augmentation du taux de recours annuel en fonction de l'âge en médecine de base, en particulier pour les âges supérieurs à 65 ans (Fig 3.5). Le taux de recours en gynécologie est maximal chez les femmes âgées de 19 à 40 ans, puis décroît. Les consultations de pédiatrie concernent en principe uniquement la classe d'âge 0 à 18 ans. Le recours aux consultations spécialisées augmente jusqu'à l'âge de 85 ans, mais décroît chez les habitants âgés de 86 ans et plus. Finalement, le recours aux consultations de psychiatrie concerne plus particulièrement les adultes entre 19 et 65 ans (env. 0,5 consultations/an). Le taux de recours chez les personnes âgées de plus de 65 ans est le plus faible, avec en moyenne 0,1 consultation/an. De plus, au sein de la population âgée, on observe une diminution du recours entre les classes d'âge 66-74 ans et 86+ ans.

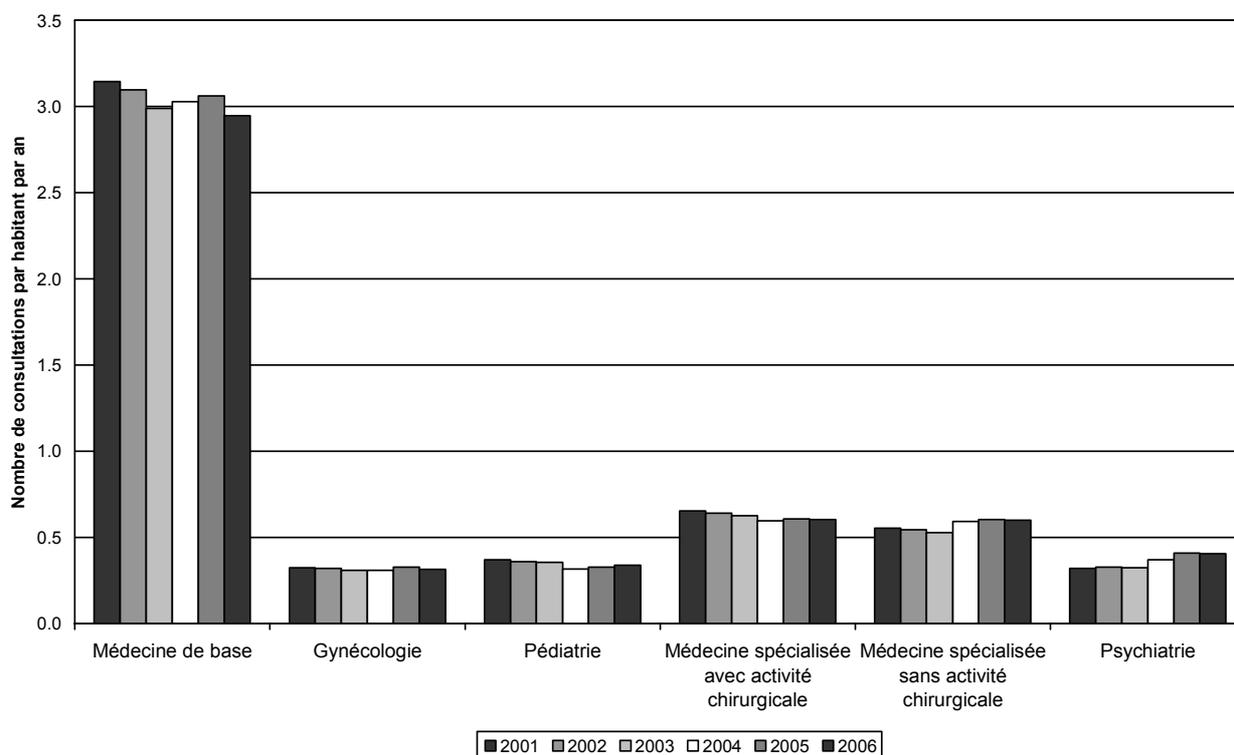


Figure 3.4 : Taux de recours observé entre 2001 et 2006, par catégorie de spécialité

Sources : Pool de données santésuisse (février 2008), OFS : ESPOP 2006

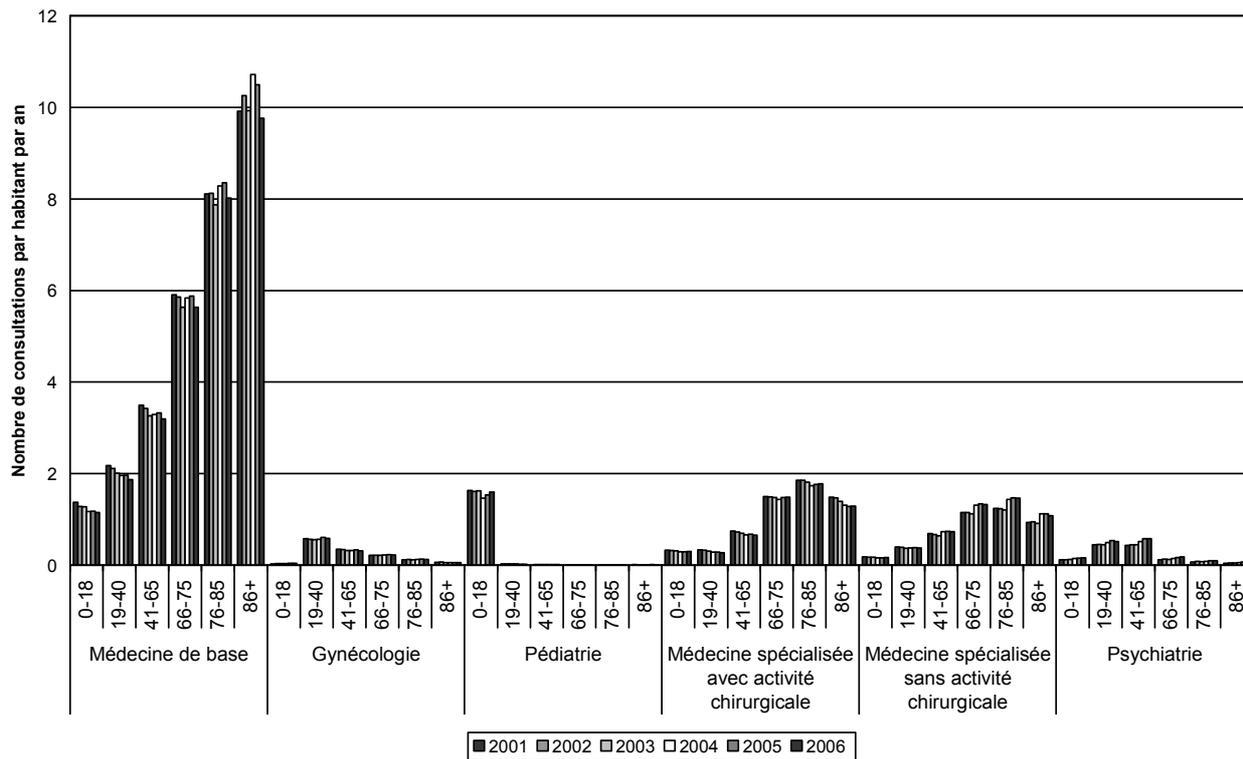


Figure 3.5 : Taux de recours observé entre 2001 et 2006, par classes d'âge et par catégorie de spécialité

Sources : Pool de données santé suisse (février 2008), OFS : ESPOP 2006

3.2.3 Projections du recours aux soins à l'horizon 2030

3.2.3.1 Scénario de référence (A)

Selon le scénario de référence, la projection du recours dépend de l'évolution démographique, appliquée, dans la plupart des cas, aux taux de recours moyens observés dans la période 2001-2006 au sein des différentes catégories d'activité. Il en résulte une légère diminution du volume de consultations chez les hommes et les femmes âgés de 0 à 40 ans, une relative stabilité chez les adultes de 41 à 65 ans, et une augmentation chez les adultes âgés de plus de 65 ans, particulièrement nette dans les classes d'âge 66 à 75 ans et 76 à 85 ans (Fig 3.6). L'allure des projections est semblable pour les hommes et les femmes.

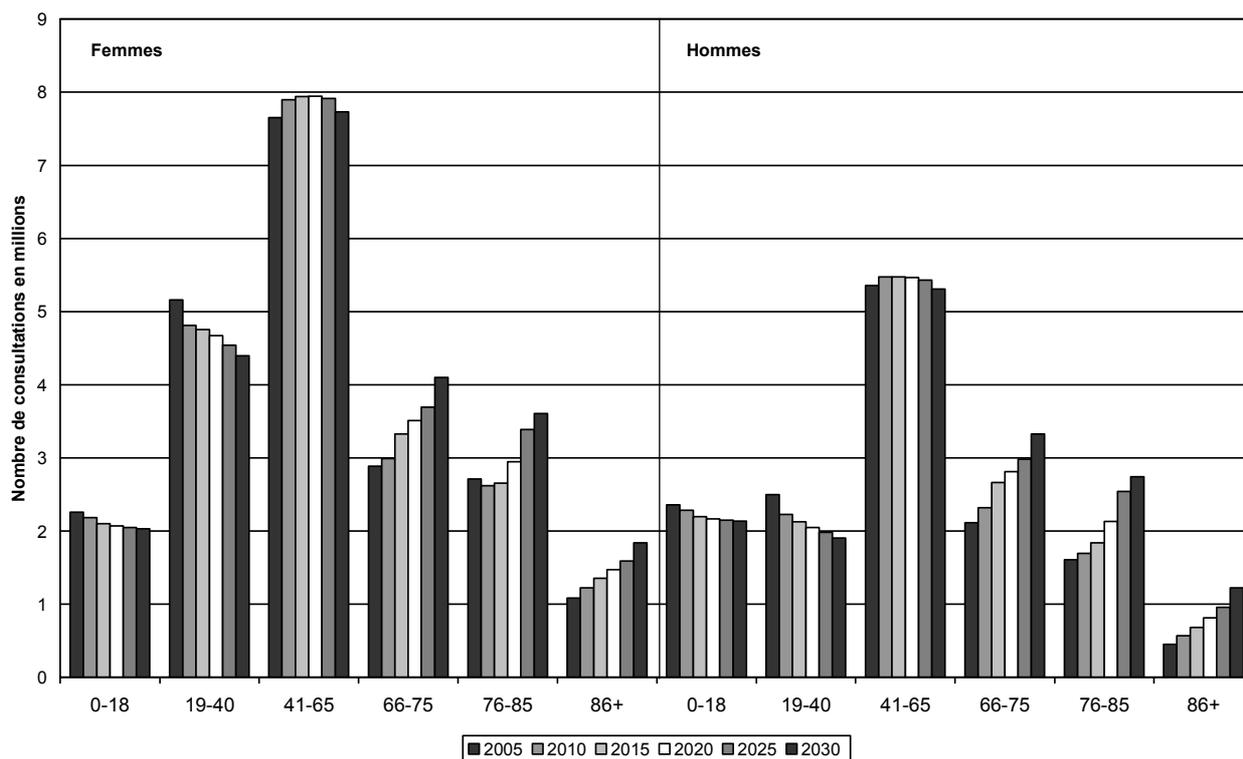


Figure 3.6 : Projection du recours (scénario de référence) entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, par âge et genre

Globalement, le recours total augmentera entre 2005 et 2030 d'un peu plus de 4 millions de consultations annuelles, soit de 12% (Tableau 3). La projection du recours par catégorie de spécialité du prestataire montre un accroissement du volume de consultations de médecine de base, aboutissant en 2030 à 3 millions de consultations supplémentaires, soit une augmentation de 13% (Fig 3.7). Le volume des consultations de gynécologie, pédiatrie et psychiatrie reste stable. On observe une augmentation d'environ 25% des consultations chez les spécialistes avec activité chirurgicale (soit un peu plus d'un million de consultations), et une augmentation de l'ordre de 11% du volume de consultations des spécialistes sans activité chirurgicale (soit 0,5 million).

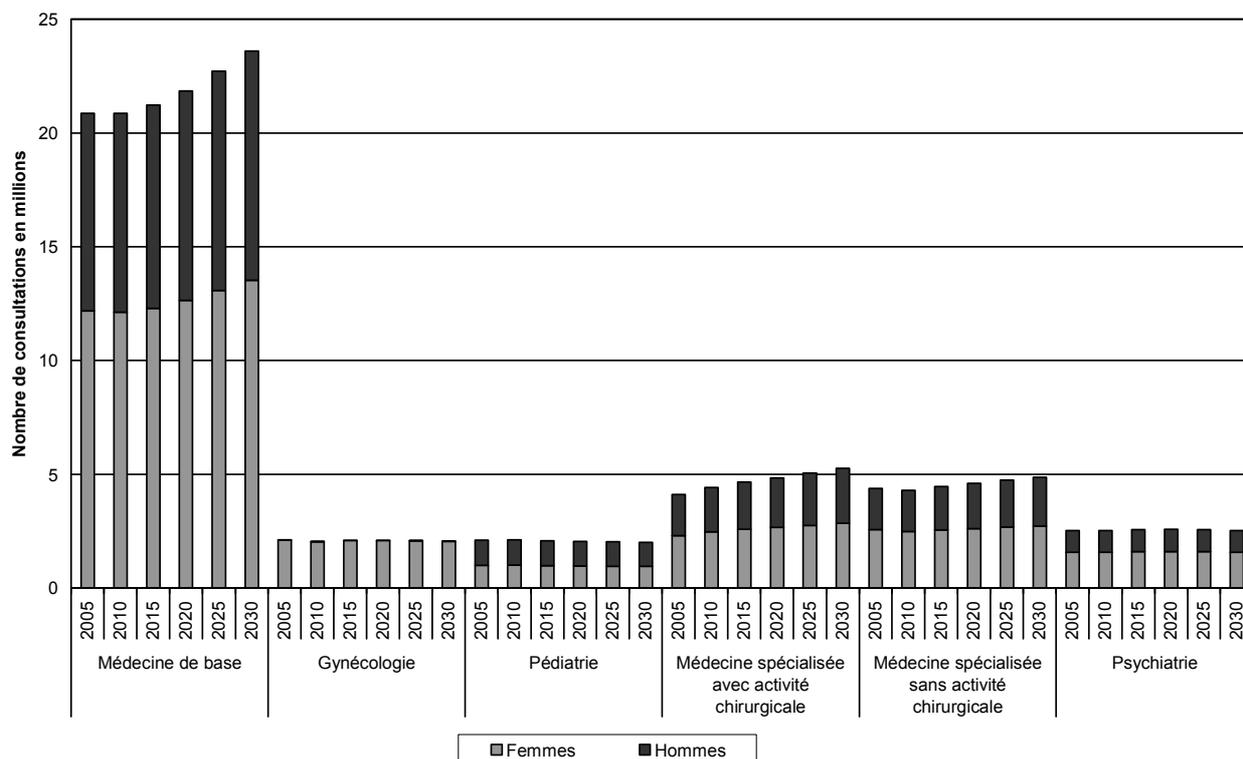


Figure 3.7 : Projection du recours (scénario de référence) entre 2005 et 2030, par sexe et catégorie de spécialité

3.2.3.2 Scénarios B : Modification de l'état de santé des personnes âgées

Bien que les scénarios ne prévoient une modification de l'état de santé que chez les personnes âgées de plus de 65 ans, ces hypothèses ont un effet important sur le recours total projeté, tous âges et genres confondus (Fig 3.8). Selon le scénario d'amélioration de la santé des personnes âgées, on observe en effet une diminution d'un million de consultations, pour le recours total jusqu'en 2030 (-3%), tandis que le scénario de référence prévoit une augmentation d'environ 12%. Quant au scénario de détérioration de la santé, il prévoit une augmentation de 8 millions de consultations annuelles entre 2000 et 2030, soit une hausse d'environ 22% (Tableau 3).

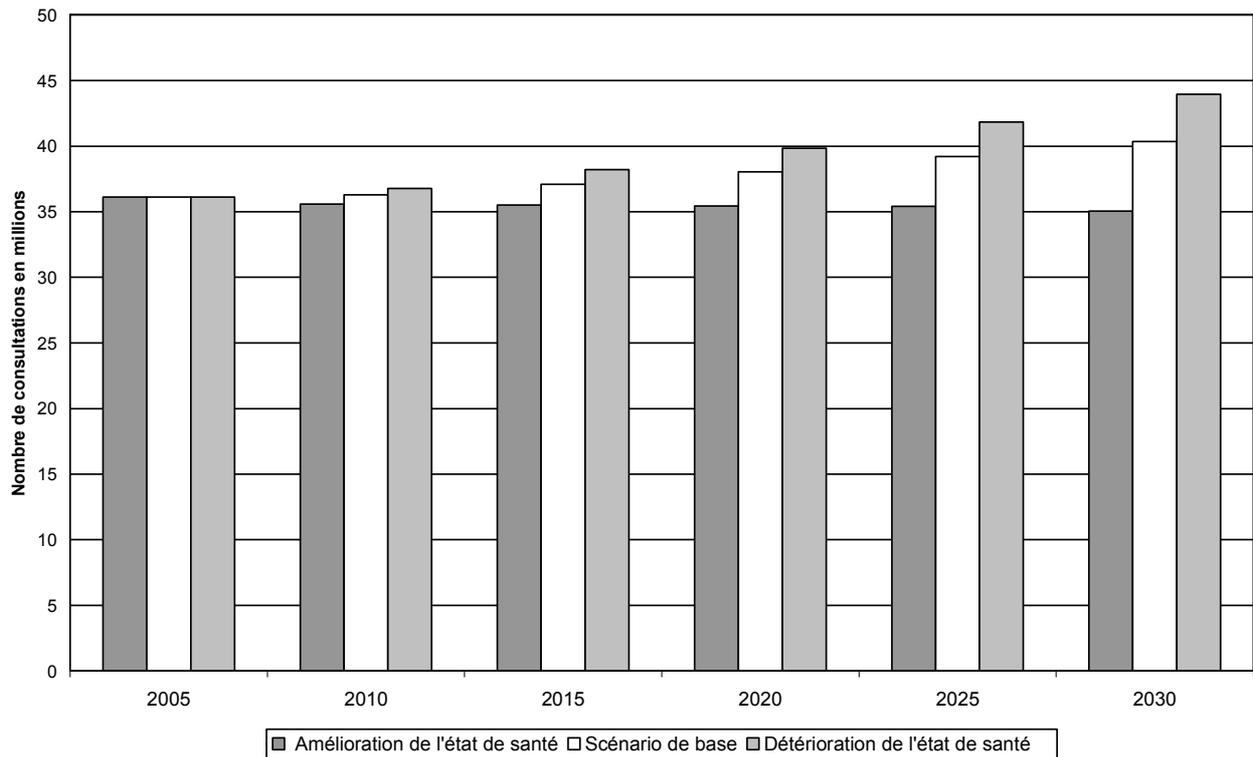


Figure 3.8 : Projection du recours selon l'état de santé de la population entre 2005 et 2030, par paliers de 5 ans

Lorsqu'on examine l'effet des deux scénarios au sein des classes d'âges concernées (66 ans et plus), on constate qu'ils entraînent des variations de recours essentiellement dans la classe d'âge 66 à 75 ans (Fig 3.9). En effet, il y a un écart relativement important entre le taux de recours des personnes de 66 à 75 ans (environ 9 consultations par assuré et par an), et celui des personnes de 41 à 65 ans (environ 6 consultations par assuré et par an), d'une part ou celui des personnes âgées de 76 à 85 ans (environ 12 consultations par assuré et par an), d'autre part. Par contre, les variations du volume de consultations dans la classe d'âge 86 ans et plus sont minimales. Cette classe d'âge est faiblement touchée par le scénario d'amélioration de l'état de santé, puisque son taux de recours est proche de celui de la classe d'âge inférieure (environ 13 vs 12 consultations par assuré et par an), et qu'elle n'est pas affectée par le scénario de détérioration de l'état de santé.

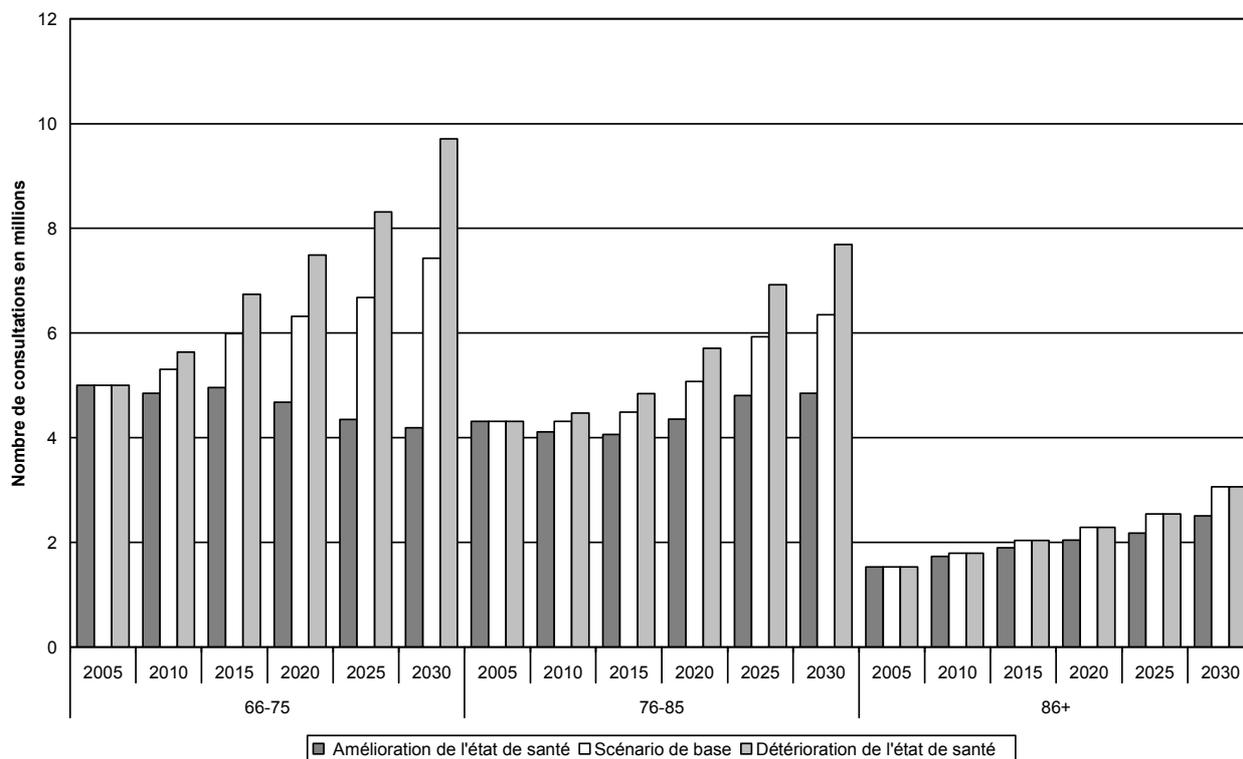


Figure 3.9 : Projection du recours selon l'état de santé de la population de plus de 65 ans, entre 2005 et 2030, par paliers de 5 ans, par catégorie d'âge des assurés

Les projections par catégorie de spécialité montrent que les deux scénarios ont un effet essentiellement sur le recours aux consultations de médecine de base (Tableau 3 et Fig 3.10). Il en résulte à l'horizon 2030 une variation à la hausse ou à la baisse d'environ 15% du volume de consultations de médecine de base. Les variations du recours aux consultations spécialisées sont du même ordre de grandeur. En revanche, le recours aux consultations de pédiatrie, de gynécologie, et de psychiatrie n'est pas affecté, ce qui s'explique par le fait que ce sont des classes d'âge plus jeunes qui font appel à ces spécialités.

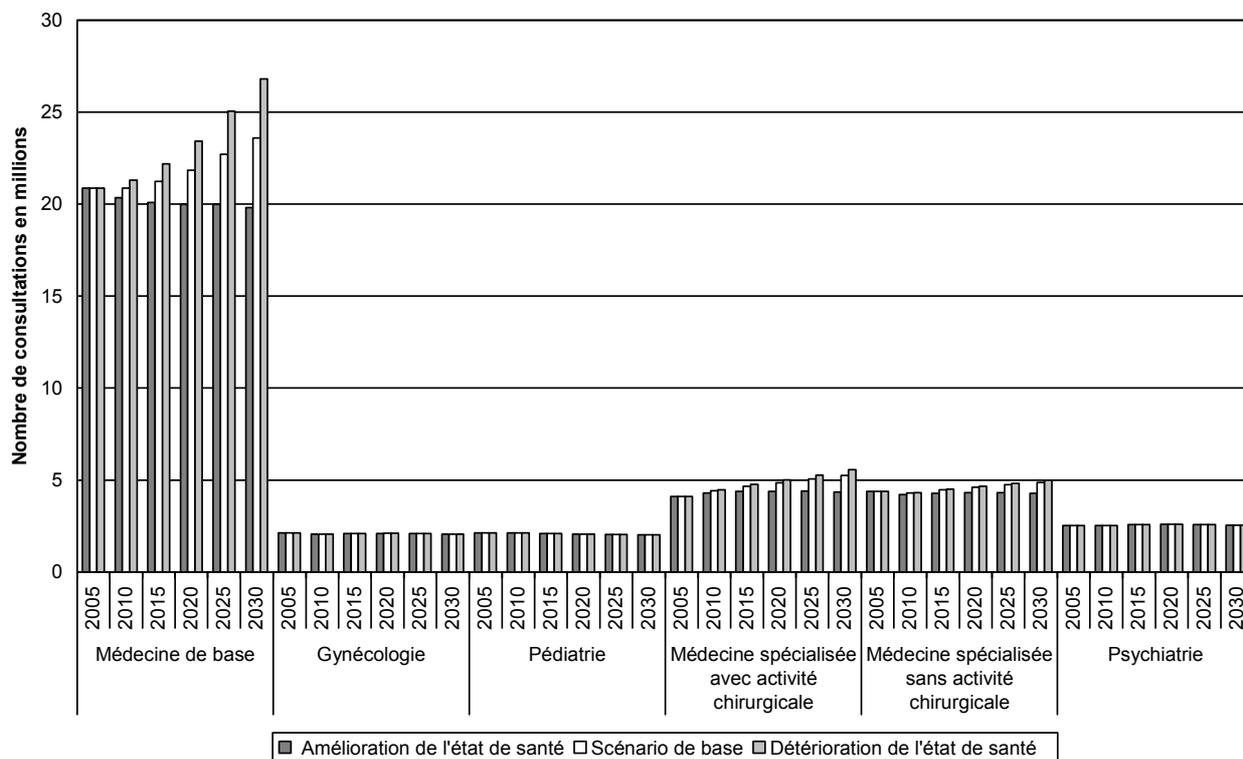


Figure 3.10 : Projection du recours selon l'état de santé de la population entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, par catégorie de spécialité

3.2.3.3 Scénario C1: Gatekeeping

L'introduction du gatekeeping provoque une augmentation du volume total de consultations d'environ 2,4%. En comparaison avec le scénario de référence, le gatekeeping est ainsi associé à un surcroît d'environ 0,9 millions de consultations en 2030 (Tableau 3, Fig 3.11). Ce surcroît est le résultat d'une augmentation du nombre de consultations de médecine de base, estimé pour 2030 à environ 1,1 millions, et d'une diminution du volume de consultations spécialisées d'environ 0,2 million (l'évolution des consultations en gynécologie, pédiatrie et psychiatrie n'étant par hypothèse pas affectée par le gatekeeping, Fig 3.12).

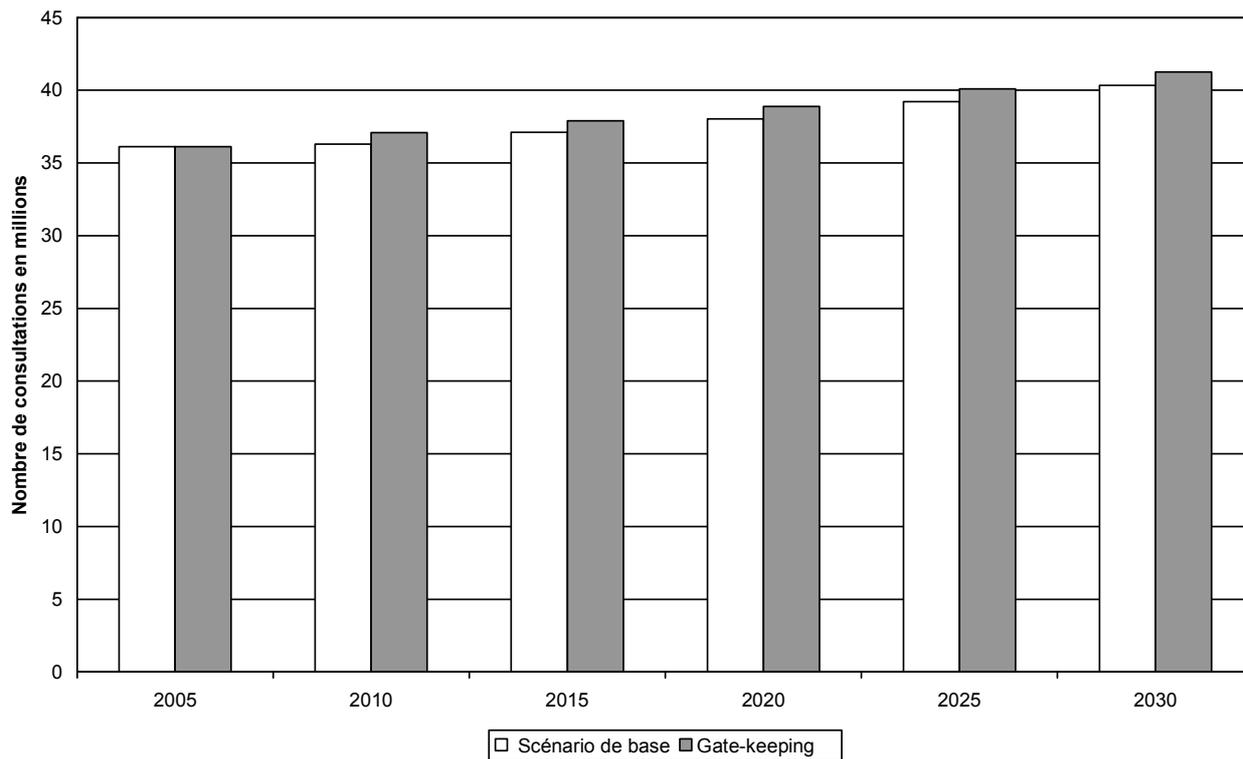


Figure 3.11 : Projection du recours (scénario gatekeeping) entre 2005 et 2030, par paliers de 5 ans

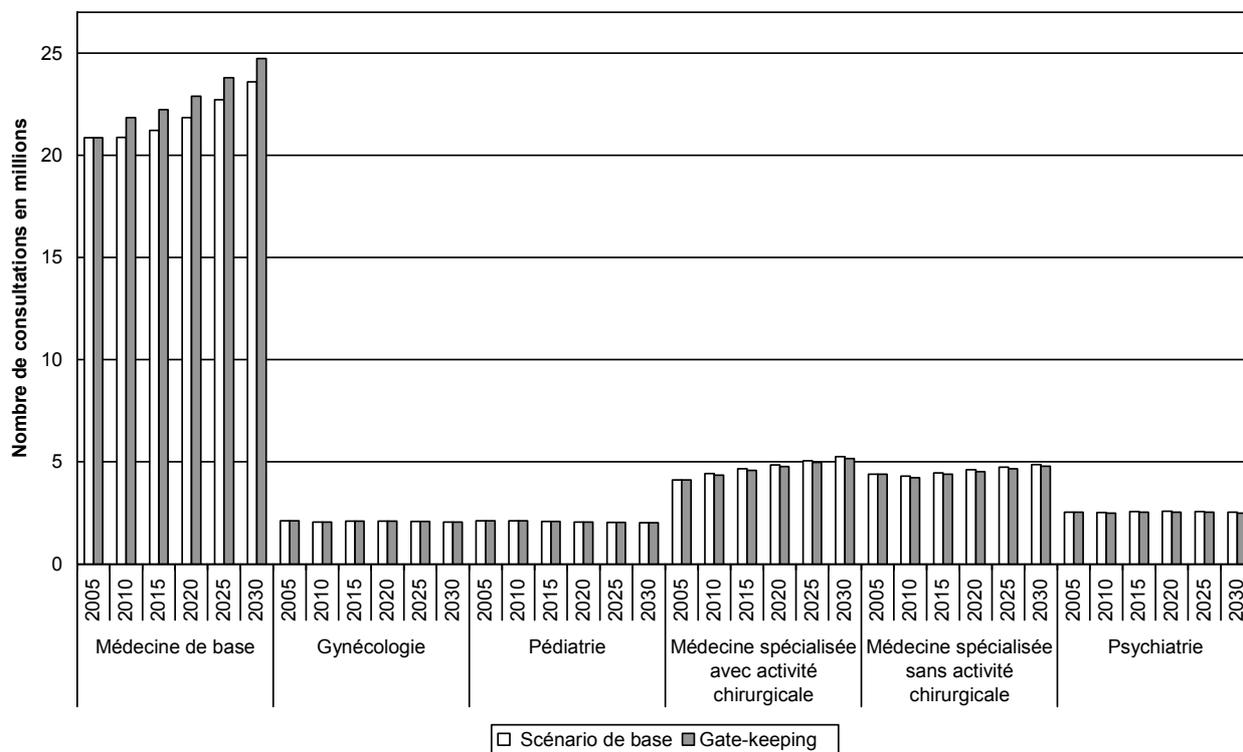


Figure 3.12 : Projection du recours (scénario gatekeeping) entre 2005 et 2030, par catégorie de spécialité, par paliers de 5 ans

3.2.3.4 Scénarios C2 : Substitution du médecin de base

Selon les scénarios de substitution, appliqués dès 2010, le volume de consultations total projeté en 2030 est jusqu'à 5% plus bas que le volume prévu par le scénario de référence, la diminution du recours liée à la substitution n'étant effective qu'en médecine de base. A l'horizon 2030, la substitution uniforme en médecine de base permet de réduire de moitié environ la croissance du recours lié à l'évolution démographique (Tableau 3, Fig 3.13). Ainsi, l'augmentation du nombre total de consultations entre 2005 et 2030 est d'environ 1,9 et 2,4 millions lors de la substitution uniforme (C2i), respectivement différenciée (C2ii), alors que le scénario de référence prévoit une augmentation de 4,2 millions de consultations. La substitution, différenciée ou non, permet de contrer l'effet de l'évolution démographique dans la classe d'âge 41 à 65 ans, mais ce n'est pas le cas pour les classes plus âgées (Fig 3.14).

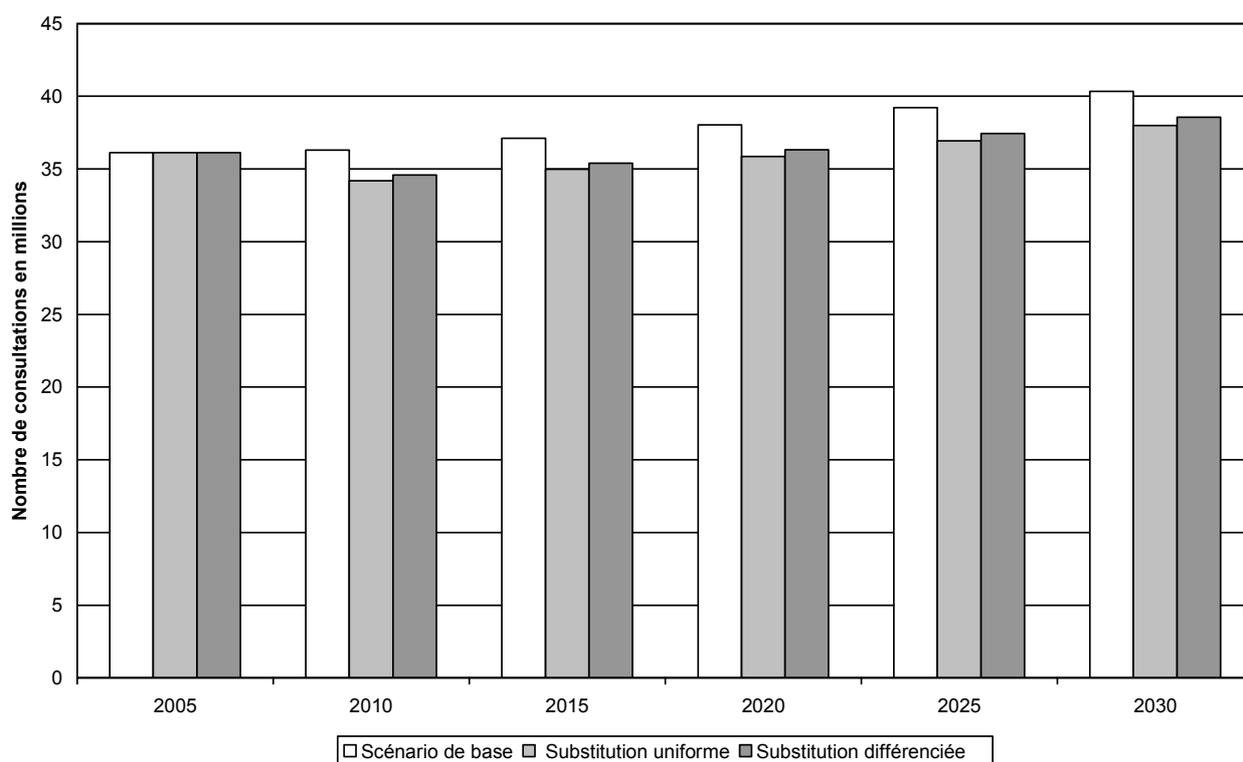


Figure 3.13 : Projection du recours (scénarios substitution) entre 2005 et 2030, par paliers de 5 ans

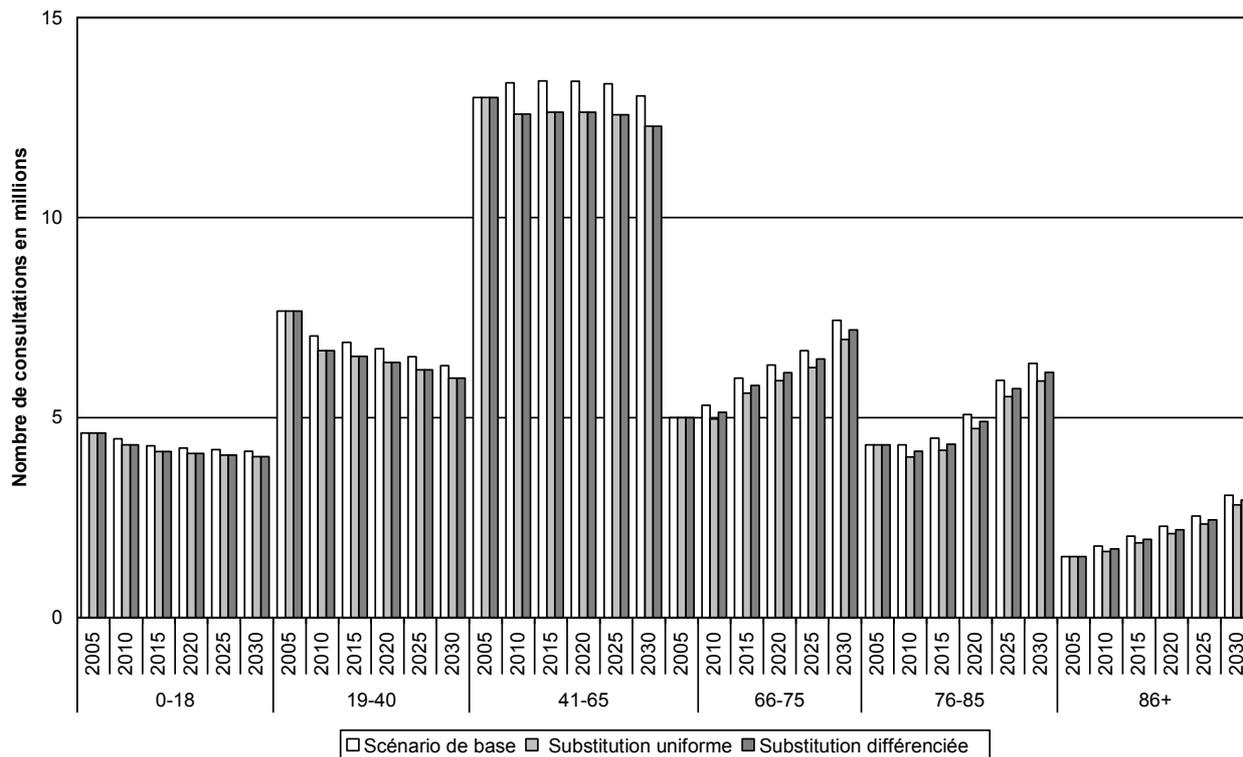


Figure 3.14 : Projection du recours (scénarios substitution) entre 2005 et 2030, par catégorie d'âge des assurés

3.2.3.5 Scénarios D : scénarios mixtes

Les scénarios mixtes fournissent des fourchettes autour de l'estimation produite par le scénario de référence (Fig 3.15). A l'horizon 2030, il en résulte une différence d'environ 12 millions de consultations entre les scénarios favorable et défavorable. En effet, le recours total en 2030 est estimé à environ 33 millions de consultations selon le scénario favorable, à environ 40 millions selon le scénario de référence, et à 45 millions selon le scénario défavorable. Une partie non négligeable de ces différences est attribuable aux modifications de l'état de santé des personnes âgées. La représentation par classe d'âge montre que l'effet des scénarios mixtes est prépondérant pour les âges compris entre 66 et 85 ans (Fig 3.16). De même, les scénarios mixtes ont un impact plus marqué en médecine de base, puisque les effets de la substitution et du gatekeeping ne s'appliquent qu'à cette catégorie de spécialité (Tableau 3, Fig 3.17). Au niveau de la médecine de base, l'écart entre les scénarios favorable et défavorable représente environ 10 millions de consultations en 2030, tandis que cet écart atteint au maximum 1 million de consultations au sein des spécialités avec et sans activité chirurgicale.

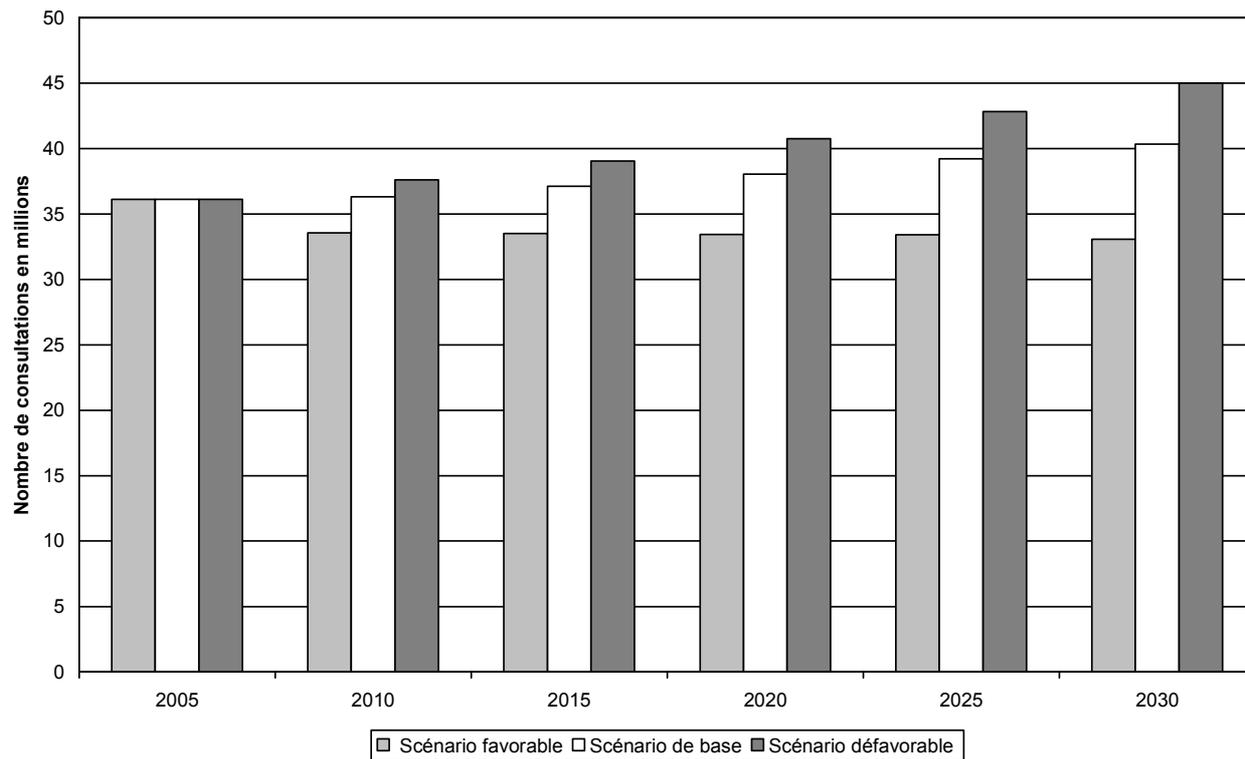


Figure 3.15 : Projection du recours (scénarios mixtes) entre 2005 et 2030, par paliers de 5 ans

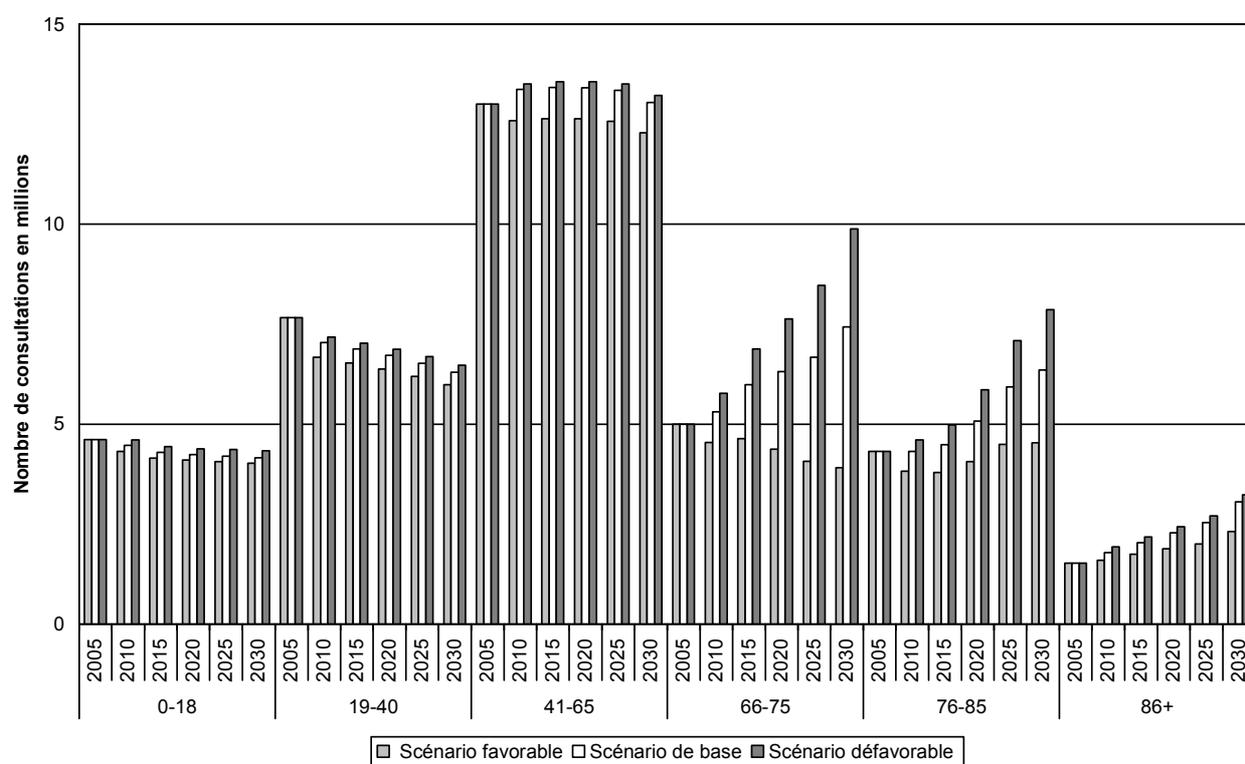


Figure 3.16 : Projection du recours (scénarios mixtes) entre 2005 et 2030, par paliers de 5 ans, par classe d'âge de l'assuré

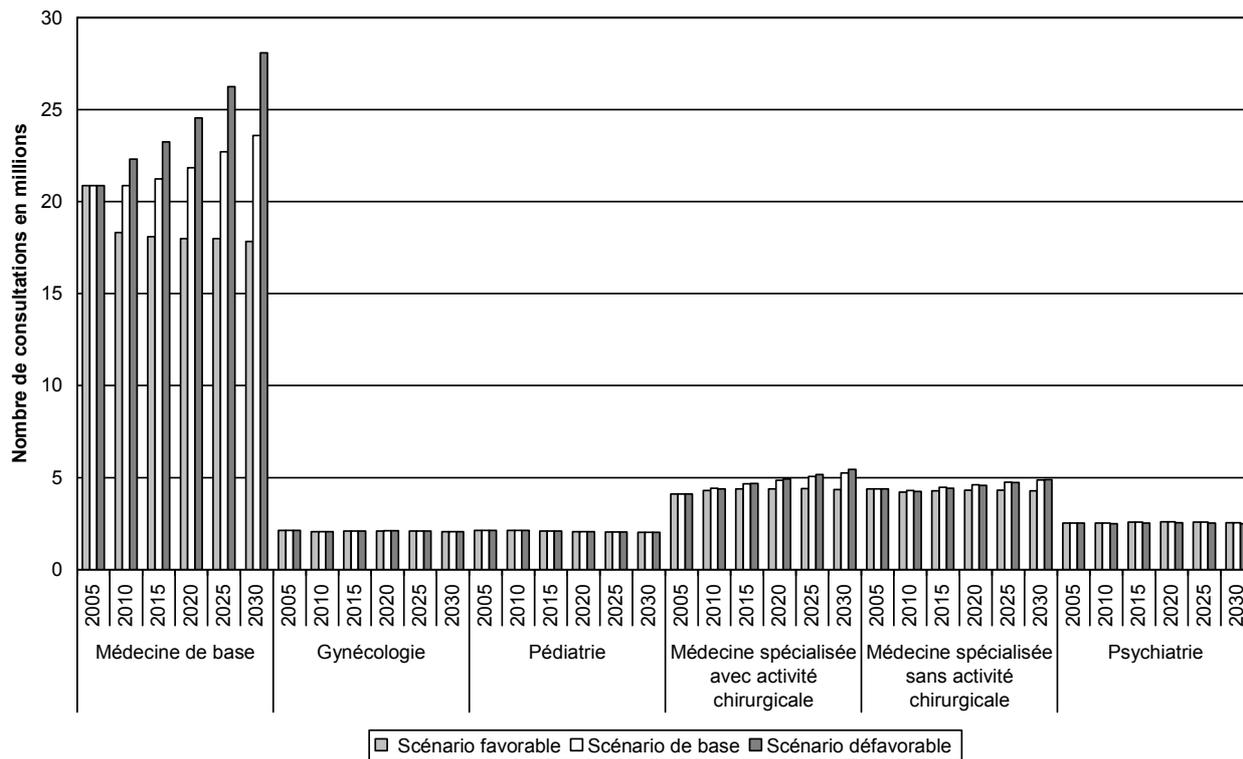


Figure 3.17 : Projection du recours (scénarios mixtes) entre 2005 et 2030, par paliers de 5 ans, par catégorie de spécialité

Tableau 3 : Projection du nombre de consultations (en millions) d'ici 2030 par catégorie de spécialité médicale et évolution en pourcentage par rapport à 2005, pour les différents scénarios

	Scénario de référence														
	B1		B2		C		C2i		D1		D2				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
N : Consultations (millions)	2005	2030	2005	2030	2005	2030	2005	2030	2005	2030	2005	2030			
Médecine de base	20.86	23.60	+13%	19.81	-5%	26.80	+28%	24.73	+19%	21.24	+2%	17.83	-15%	28.09	+35%
Gynécologie	2.12	2.06	-3%	2.06	-3%	2.06	-3%	2.06	-3%	2.06	-3%	2.06	-3%	2.06	-3%
Pédiatrie	2.11	2.02	-5%	2.02	-5%	2.02	-4%	2.02	-5%	2.02	-5%	2.02	-5%	2.02	-4%
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	4.11	5.26	+28%	4.35	+6%	5.55	+35%	5.16	+26%	5.26	+28%	4.35	+6%	5.45	+33%
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	4.39	4.87	+11%	4.28	-3%	4.98	+13%	4.78	+9%	4.87	+11%	4.28	-3%	4.89	+11%
Psychiatrie	2.53	2.54	0%	2.54	0%	2.54	0%	2.50	-1%	2.54	0%	2.54	0%	2.50	-2%
Total	36.12	40.35	+12%	35.04	-3%	43.96	+22%	41.26	+14%	37.99	+5%	33.06	-8%	45.00	+25%

B1 : Amélioration de l'état de santé ; B2 : Détérioration de l'état de santé ; C1 : Gatekeeping ; C2i : Substitution uniforme ;

D1 : Scénario favorable ; D2 : Scénario défavorable

3.3 Discussion des résultats

Cette partie du rapport décrit le recours actuel aux consultations médicales ambulatoires, ainsi que les projections concernant l'évolution du recours, sur la base de différents scénarios. En 2005, les consultations en médecine de base représentaient environ 60% de toutes les consultations. Comme observé dans d'autres travaux, le recours à ce type de consultations augmente fortement avec l'âge, avec environ 10 consultations par habitant et par an chez les personnes de plus de 85 ans. **En postulant un taux de recours stable au cours des deux prochaines décennies, tel qu'observé durant les dernières années, la seule évolution démographique entraînera en 2030 une augmentation de 13% du recours en médecine de base, ce qui correspond à environ 3 millions de consultations annuelles supplémentaires.** Toujours en lien avec l'évolution démographique, le recours aux consultations des spécialistes avec et sans activité chirurgicale devrait s'accroître d'environ 25% et 10% respectivement, aboutissant en 2030 à environ 1,5 millions de consultations spécialisées supplémentaires. Le recours aux consultations de gynécologie, pédiatrie et psychiatrie est prévu stable.

Les différents scénarios influencent surtout le recours en médecine de base. Si les variations supposées de l'état de santé ne concernent que les personnes âgées de plus de 65 ans, leur effet sur le recours total est néanmoins important au terme de la période projetée, avec une variation entre le scénario d'amélioration et celui de détérioration de la santé estimée à plus de 20% du recours total. En effet, les taux de recours sont élevés chez les personnes âgées, et ils s'accroissent avec l'âge, de sorte que l'attribution du taux de recours de la classe d'âge inférieure ou supérieure a un effet important sur le recours. L'hypothèse d'une amélioration progressive de la santé des personnes âgées aboutit à un recours inférieur à celui prévu par l'évolution démographique.

De même, les scénarios évaluant l'effet d'une prise en charge différente, qu'il s'agisse du gatekeeping, ou de la substitution des médecins par d'autres professionnels de santé, concernent surtout les médecins travaillant en médecine de base. Si l'introduction d'une substitution permet de tempérer l'augmentation du recours liée à l'évolution démographique, elle ne l'annule pas, puisqu'elle correspond au plus à une diminution de 11% du recours en médecine de base, soit une « économie » de 2,4 millions de consultations au niveau du recours total selon l'hypothèse, optimiste, d'une substitution aussi importante aux âges avancés que chez les plus jeunes. Quant au gatekeeping, bien qu'il puisse avoir un impact économique par la modification de pratique qu'il implique, il accroît d'environ 2% le recours total. Les scénarios mixtes (favorable et défavorable⁷) fournissent des indications quant au potentiel global de variation du recours projeté entre 2005 et 2030. Comme ils intègrent les hypothèses d'amélioration, respectivement de détérioration, progressive de la santé des personnes âgées, l'écart entre les deux scénarios est maximal au terme de la période de prévision. En 2030, il en résulte une différence de presque 12 millions de consultations, dont la majorité concernerait la médecine de base. Notons que le scénario favorable aboutit aussi à un recours projeté inférieur à celui déterminé par la seule évolution démographique, comme conséquence surtout de l'hypothèse d'une amélioration de la santé chez les personnes de plus de 65 ans.

⁷ Les termes de favorable et défavorable font référence au recours et non aux coûts. Il est possible, que du point de vue purement économique, un scénario de gatekeeping soit considéré comme favorable.

Il est important de rappeler les limites des estimations du recours actuel et des projections présentées dans ce rapport. Tout d'abord, l'analyse du recours actuel, sur la période 2001-2006, repose sur le pool de données santésuisse. Comme mentionné précédemment, cette base de données ne représente que les consultations facturées à l'AOS et ne couvre que partiellement les consultations à la charge des ménages en vertu de la franchise. Ensuite, l'évolution du taux de recours a été déterminée sur la base des tendances observées sur la période 2001-2006, période relativement courte par rapport à la durée des projections. Durant cette période, plusieurs changements structurels ont été introduits (élévation des franchises, tarification par Tarmed, moratoire en vigueur pour l'installation des médecins en pratique privée) qui peuvent avoir eu un impact non quantifiable sur le recours.

Finalement, la recherche de littérature soutenant l'élaboration des scénarios de substitution et de gatekeeping a fourni peu d'informations solides permettant de quantifier l'effet de ces stratégies de prise en charge sur le recours aux consultations. De même, les publications documentant des changements de l'état de santé des personnes âgées ne contiennent généralement pas d'éléments permettant de les traduire en variations du recours. Pour cette raison, l'attribution à une classe d'âge du taux de recours de la classe d'âge supérieure, respectivement inférieure, paraissait une option raisonnable et applicable à notre méthodologie.

En dépit de ces limites, les projections du recours permettent d'estimer le volume de consultations attendu au cours des prochaines décennies pour différents types d'activité médicale. Les scénarios permettent de se faire une idée de la variation possible du recours sous certaines hypothèses, et de conclure qu'en l'absence d'une amélioration de la santé des personnes âgées qui influencerait de façon marquée leur consommation de soins ambulatoires, l'évolution démographique sera source d'une augmentation significative du recours d'ici à 2030.

4 Analyse et projections de l'offre de soins médicaux ambulatoires en Suisse

4.1 Méthodologie

Ce chapitre décrit l'offre actuelle et future de soins médicaux ambulatoires. L'ensemble des variables retenues est résumé au Tableau 4. Pour rappel, il ne s'agit ici que de l'offre à la charge de l'Assurance obligatoire de soins. Son importance dépend essentiellement du nombre de praticiens et de leur taux d'activité, qui détermine leur production. Dans la littérature, les projections concernant l'offre de soins reposent généralement sur un modèle « stock and flow » [3].

Dans un tel modèle appliqué aux médecins en cabinet, le niveau de l'**offre** résulte de la taille de l'effectif des médecins **et** de leur production (de consultations).

- La taille de l'effectif dépend de l'arrivée des nouveaux praticiens, en fonction de la production de médecins diplômés et spécialisés par le système éducatif, de la participation des médecins formés à la fourniture des soins en cabinet ainsi que du départ des médecins praticiens, en retraite ou dans d'autres services.
- La production des praticiens dépend de leur taux d'activité et de l'organisation de leur travail.

Le renouvellement de l'effectif des praticiens, leur départ, mais aussi leur taux d'activité sont fortement influencés par les politiques de formation pré- et post-graduées, les incitations ou les limites à la pratique etc. De même, l'organisation du mode de travail peut dans certaines limites être influencée par les politiques.

4.1.1 Description de la population des médecins

La population des médecins peut schématiquement être décomposée en trois groupes interdépendants (Fig 4.1). Le nombre de praticiens dépend du nombre de médecins diplômés (M1), du nombre de médecins diplômés qui obtiendront un titre fédéral post-grade (M2) et, finalement, du nombre de médecins qui ouvriront un cabinet et fourniront des consultations à la charge de l'AOS (M3). Dans nos analyses, l'effectif de ces derniers est estimé par le nombre de numéros inscrits au registre des codes créancier (RCC).

Les médecins quittant l'activité en cabinet sont représentés par les catégories M4 (départ avant l'âge de la retraite) et M5 (départ à l'âge de la retraite).

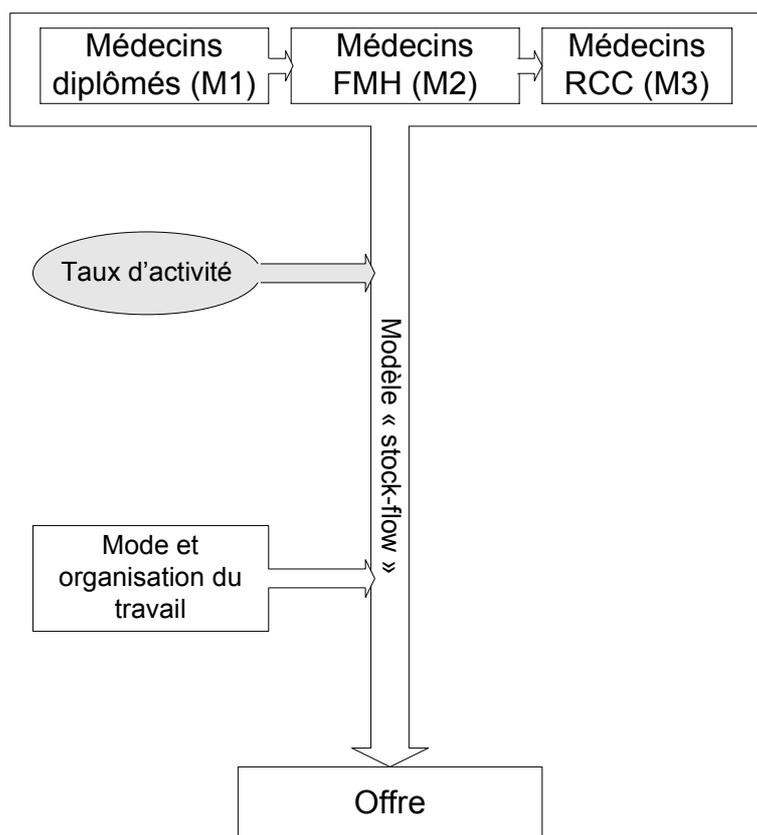


Figure 4.1 : Offre en soins : population des médecins et variables d'influence (en gris: variables retenues pour le modèle)

Actuellement la clause du besoin en place depuis juillet 2002 limite l'accès à la pratique médicale. Au moment de la rédaction de ce rapport, le devenir de cette mesure n'est pas encore fixé. En parallèle, des projets visant à augmenter le nombre des médecins de base sont en discussion mais leur impact ne peut pas encore être déterminé. Les effets de ces différentes mesures, visant à augmenter ou à restreindre le nombre de médecins praticiens sont incertains et n'ont pas été intégrés dans les projections de l'offre. Ce rapport ne considère donc que deux scénarios : un scénario de référence, dans lequel la situation concernant l'arrivée de nouveaux praticiens n'est influencée que par des facteurs démographiques, et un scénario alternatif examinant l'effet d'une baisse du taux d'activité et donc de la production des praticiens.

En l'absence d'une banque de données documentant de manière longitudinale le devenir des médecins, différentes sources de données sont utilisées pour estimer le nombre de médecins aux différents stades de leur parcours professionnel (Figure 4.2).

La méthodologie employée pour cette étude vise à reconstruire l'information longitudinale, non pas individuellement, mais sur la base de l'observation du parcours de groupes de médecins, voire de l'ensemble des médecins. Pour cela l'effectif des médecins est représenté par les trois stocks M1, M2 et M3, le groupe M3 étant le groupe d'intérêt de ce travail puisqu'il est constitué des médecins actifs en cabinet. Le volume de chaque stock est déterminé par le nombre d'entrants, soit le nombre de personnes évoluant du groupe M1 vers le groupe M3. Le volume du groupe M3 est en outre influencé par le nombre de personnes des groupes M4 et M5, qui sont celles qui quittent le stock.

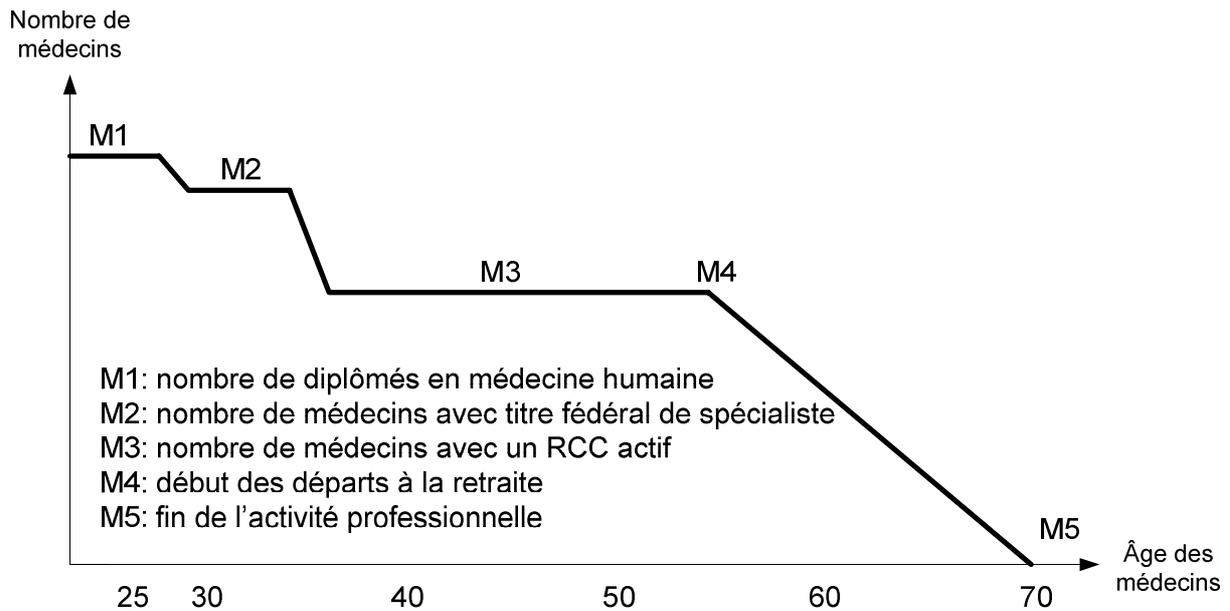


Figure 4.2 : Parcours professionnel des médecins

4.1.2 Sources de données

Trois sources de données permettent de décrire les effectifs des trois stocks M1-M3 tandis que les effectifs M4 et M5 sont estimés selon les hypothèses de travail décrites au point 4.1.5 :

M1: Statistique des Hautes-écoles (OFS)

Elle renseigne sur le nombre de diplômes de médecine décernés chaque année en Suisse, par genre (Fig. 4.3).

M2: Statistique des médecins (FMH)

Elle comprend des informations sur le nombre et le type de titres de spécialistes octroyés chaque année, avec des indications quant à l'âge et au genre du médecin, et au canton d'exercice de la profession. La statistique de la FMH comptabilise les médecins détenteurs d'un ou de plusieurs titres fédéraux de spécialiste exerçant en Suisse.

Plusieurs problèmes liés à des changements structurels ont eu lieu durant la période considérée. Tout d'abord, le nombre de titres fédéraux de spécialistes octroyés durant les années 2002-2004 est nettement plus élevé qu'au cours de la décennie précédente (Fig 4.4), en particulier en médecine de base. Cette augmentation est liée à la reconnaissance de diplômes et titres étrangers suite aux accords bilatéraux conclus avec l'Union Européenne et à l'afflux de nouveaux membres FMH consécutif à l'introduction de la clause du besoin. Pour ces différentes raisons, seules les données des années 1989 à 2001 sont utilisées pour établir la distribution d'âge et de sexe des médecins à qui un titre fédéral de spécialiste est décerné, c'est-à-dire la répartition des médecins diplômés dans les différentes spécialités.

M3: Registre des codes créanciers (santésuisse)

Le registre des codes créanciers (RCC) de santésuisse renseigne sur le nombre de médecins détenteurs d'un code créancier (CC), par canton et par spécialité. Seuls les praticiens ayant facturé au moins une consultation en 2004 sont retenus. L'âge et le genre du médecin ont été transmis par la statistique FMH.

Seules les données de 2004 sont disponibles pour ce projet. Elles sont utilisées pour extrapoler les données de 2005 et élaborer les projections. L'utilisation de ces données présente deux problèmes: tout d'abord, le nombre de médecins inscrits au registre des codes créanciers dépasse le nombre de médecins inscrits au registre de la FMH dans les catégories de médecins les plus âgés, en particulier lorsqu'il s'agit de femmes médecins. Le registre de la FMH ayant un taux de recensement des médecins global de 90-95%, il semble raisonnable de penser que les données de facturation réfèrent à des personnes qui existent réellement. Des fractions d'établissement supérieures à 100% ont ainsi été appliquées. Ensuite, certains médecins sont inscrits au registre des codes créanciers sans pratiquer réellement en pratique ambulatoire privée. Ces praticiens ont été exclus de l'analyse.

4.1.3 Production des médecins

Le second paramètre qui influence l'offre en soin est le volume de consultations effectuées annuellement par ces médecins. Cette information existe par classe d'âge, genre et spécialité pour l'année 2004, par le biais de données du pool de données santésuisse couplées à celles de la statistique des médecins de la FMH dans le cadre du projet Démo-médicale de l'Obsan [1].

Tableau 4 : Variables et sources de données pour l'analyse et la prévision de l'offre

Variables		Source, année
Médecins diplômés	Nombre de diplômes de médecine humaine décernés chaque année (par genre)	OFS, statistique des élèves et étudiants 1981 – 2005 et scénarios 2006-2015 pour les hautes écoles
Médecins avec titre fédéral de spécialiste	Nombre de titre fédéraux de spécialistes décernés chaque année (par spécialité, âge, genre)	FMH, statistique des médecins, 1989-2004
Médecins avec Code Créancier	Nombre de médecins (avec titre fédéral) inscrits au registre des codes créanciers (par spécialité, canton)	Registre des codes créanciers santésuisse, 2004
Production	Nombre moyen de consultations effectuées chaque année par médecin (par spécialité, âge, genre)	Pool de données santésuisse, 2004 Statistique des médecins FMH Projet Démo-médicale Obsan

4.1.4 Hypothèses retenues pour l'état actuel

Compte tenu des limites associées aux sources de données utilisées, certaines hypothèses de travail ont dû être adoptées :

La spécialisation des médecins : dans le registre FMH des médecins, les médecins qui détiennent plusieurs titres fédéraux apparaissent pour chaque titre obtenu. Le taux de comptage multiple est supposé constant.

La concordance entre le nombre de praticiens et le nombre de détenteurs de codes créanciers : Un code créancier peut représenter plusieurs prestataires et un prestataire peut avoir

plusieurs codes. On suppose que l'ampleur de cette divergence reste inchangée au cours du temps.

4.1.5 Hypothèses retenues pour les projections selon le scénario de référence

Projeter le nombre de médecins actifs dans le secteur ambulatoire d'ici 2030 implique de simuler l'évolution du « stock existant » de médecins, du point de vue de son renouvellement par l'arrivée de nouveaux médecins et des départs.

Renouvellement des effectifs (M1 → M2 → M3).

Les trois étapes M1, M2 et M3 sont simulées séparément, en recourant aux hypothèses suivantes :

1. **Nombre de diplômés (M1)** : L'OFS a établi des scénarios concernant le nombre de diplômes de médecine décernés chaque année jusqu'en 2015, avec des données sur la répartition des genres. La projection du nombre de diplômes décernés de 2015 à 2030 prolonge la moyenne des scénarios de l'OFS sur la période 2011-2015.
2. **Nombre de détenteurs de titres fédéraux de spécialistes (M2)** : On suppose que tous les médecins au bénéfice d'un diplôme fédéral obtiendront un titre fédéral de spécialiste au terme de leur formation post-graduée. En l'absence d'éléments permettant d'établir une tendance, on suppose que l'attitude des étudiants et des diplômés en médecine par rapport au choix de leur formation post-graduée restera stable. Pour cela, le contingent de chaque volée de diplômés est réparti à travers les spécialités selon la même distribution des médecins dans les différentes spécialités telle qu'observée en moyenne au cours des années 1989-2001, en tenant compte du genre.
3. **La durée de la spécialisation** étant dépendante de la catégorie de spécialité, on attribue ensuite aux médecins diplômés un titre de spécialiste après un nombre d'années correspondant à une durée de formation moyenne pour la catégorie en question. Celle-ci est estimée par la différence entre l'âge moyen lors de l'obtention du titre de spécialiste et l'âge moyen lors de l'obtention du diplôme (fixé arbitrairement à 25 ans). On suppose que la durée moyenne de formation restera stable au cours du temps.
4. **Nombre de médecins qui s'établissent en pratique ambulatoire privée (M3)** : On suppose que la proportion des médecins au bénéfice d'un titre fédéral de spécialiste qui s'établissent en pratique ambulatoire privée reste inchangée. Afin d'estimer cette proportion, on calcule pour chaque spécialité le rapport entre le nombre de médecins inscrits au registre des codes créanciers de santé suisse et le nombre de ceux figurant au registre FMH. Cette proportion est calculée séparément pour les deux genres.
5. **La féminisation de la profession** est intégrée dans les projections, en considérant un parcours professionnel différent pour les hommes et les femmes. Tout d'abord, on observe une proportion croissante de femmes parmi les diplômés en médecine humaine, atteignant 50% dans les années 2000. Selon les scénarios pour les hautes écoles, la proportion de femmes devrait se maintenir autour des 55-60% ces prochaines années. La répartition des médecins femmes dans les différentes spécialités reproduit la proportion de femmes observée dans

chaque spécialité en 2004. Ensuite, on attribue aux femmes une durée de formation post-graduée spécifique, telle qu'observée en 2004. Enfin, on leur attribue une production annuelle de consultations spécifique, sur la base des données de 2004.

Départs (à la retraite) (M4, M5).

Pour estimer les départs, le vieillissement de l'effectif des médecins est simulé à partir de 2004 jusqu'en 2030. Seuls sont retenus les médecins détenteurs d'un code RCC actif en 2004. Cette étape consiste uniquement à leur attribuer une année d'âge supplémentaire pour chacune des années de simulation consécutives. Trois hypothèses sont alors faites pour estimer le volume de médecins quittant le « stock ».

1. La distribution par classe d'âge et par spécialité des praticiens montre peu de variations avant l'âge de 55 ans. On suppose donc que la proportion des médecins qui cesseraient leur activité avant l'âge de 55 ans est négligeable, qu'elle reste stable au cours du temps et que les effectifs de médecins qui changent de spécialité se compensent entre les différentes catégories déterminées par la spécialité, l'âge et le genre.
2. En l'absence de données quant à l'âge de cessation d'activité des médecins, la proportion de médecins quittant leur activité professionnelle dans chaque catégorie d'âge est estimée en observant les pertes d'effectif entre les catégories d'âge successives dès l'âge de 55 ans, selon les données du registre FMH en 2004. Cette distribution des départs est reproduite dans la simulation de vieillissement de la population, afin de conserver une distribution des âges semblable à celle observée en 2004.
3. Les médecins n'ayant pas quitté le « stock » avant 70 ans cessent leur activité à cet âge, présumé être celui de la retraite dans cette profession.

Projections du volume de consultations réalisées

Celles-ci sont effectuées sur la base de la production observée en 2004 : on attribue aux médecins établis en pratique privée un nombre de consultations annuel moyen, calculé en se référant au volume des consultations enregistrées dans la base de données santésuisse et au nombre de spécialistes inscrits dans cette même statistique. Le calcul est effectué pour chaque catégorie de spécialité et pour chaque classe d'âge et de genre. On suppose que la production annuelle de consultations enregistrée en 2004 est représentative de la pratique habituelle, et qu'elle restera inchangée au cours des 25 années suivantes.

4.1.6 Hypothèse retenue pour le scénario « Baisse de production » des médecins

Sur la base d'un précédent travail [2], un scénario postule une diminution de la production de consultations. En effet, on observe que les jeunes médecins produisent moins de consultations annuelles que leurs confrères plus âgés. Plusieurs explications possibles ont été avancées, notamment le souhait de préserver la vie privée et l'augmentation du temps consacré aux tâches administratives.

Dans ce scénario alternatif, on suppose que tous les médecins hommes et femmes débutant leur activité en pratique ambulatoire privée après 2005 produisent 10% de consultations en moins que leurs confrères du même genre déjà établis, de manière constante tout au long de leur carrière.

4.2 Résultats

4.2.1 Démographie médicale actuelle et tendances récentes de l'offre de soins médicaux ambulatoires en Suisse

Le nombre de diplômes de médecine décernés a varié entre 650 et 800 par an depuis 1989, avec une fraction croissante de diplômes délivrés à des femmes, qui représentent la moitié des diplômés depuis les années 2000 (Fig 4.3). Après une augmentation à la fin des années 1990, environ 600 diplômes sont décernés chaque année. Selon les scénarios pour les Hautes écoles réalisés par l'OFS, il semblerait qu'une augmentation soit attendue dès 2012.

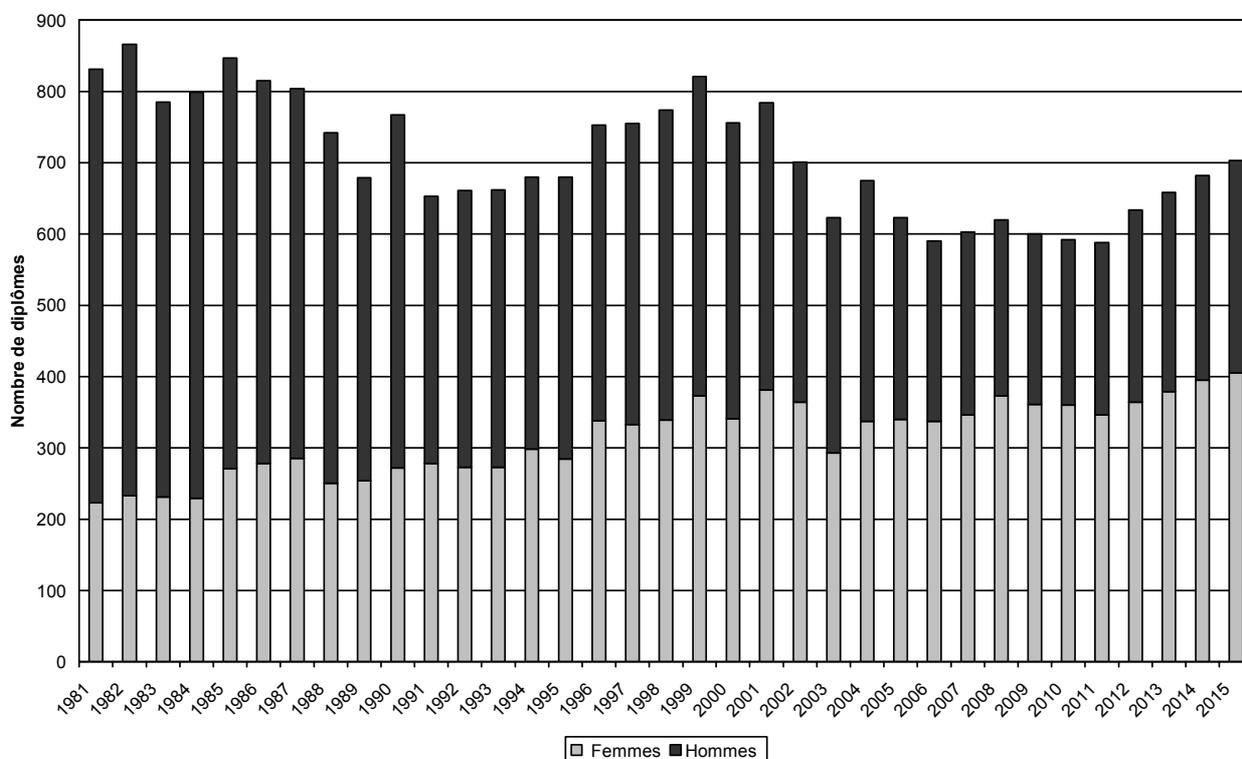


Figure 4.3 : Evolution du nombre de diplômes de médecine humaine décernés, par genre de l'étudiant

Source : OFS, scénarios 2006-2015 pour les hautes écoles

La durée moyenne de la spécialisation varie entre 10 ans pour la médecine de base et 15 ans pour les spécialistes avec activité chirurgicale. Les différences de durée de formation chez les médecins hommes et femmes sont peu importantes, atteignant au maximum une année.

Entre 1989 et 2001, environ 600 à 800 titres de spécialistes ont été décernés chaque année, en majorité à des hommes (Fig 4.4). Le pic dans le nombre de titres fédéraux décernés, observé en 2002 et 2003 est à mettre en relation avec la reconnaissance des diplômes étrangers en provenance de l'Union Européenne et avec l'introduction de la clause du besoin.

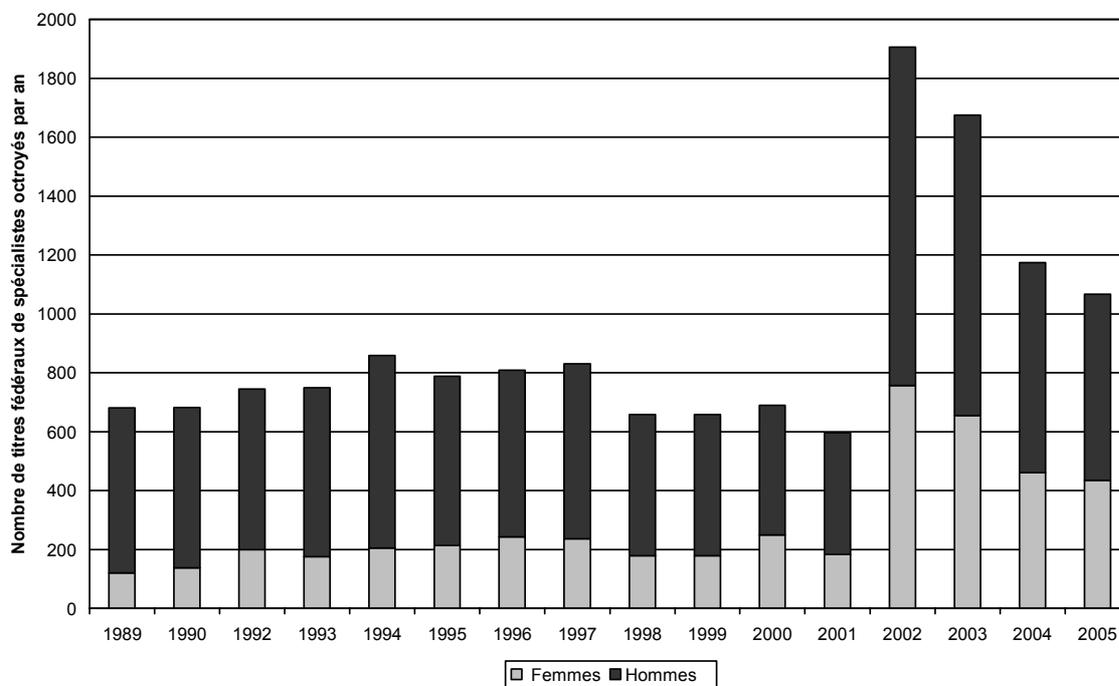


Figure 4.4 : Nombre de titres fédéraux de spécialiste octroyés entre 1989 et 2005, par genre

Source : statistique des médecins FMH 2005

Les deux-tiers des titres de spécialistes sont décernés à des médecins âgés de moins de 40 ans (Fig 4.5).

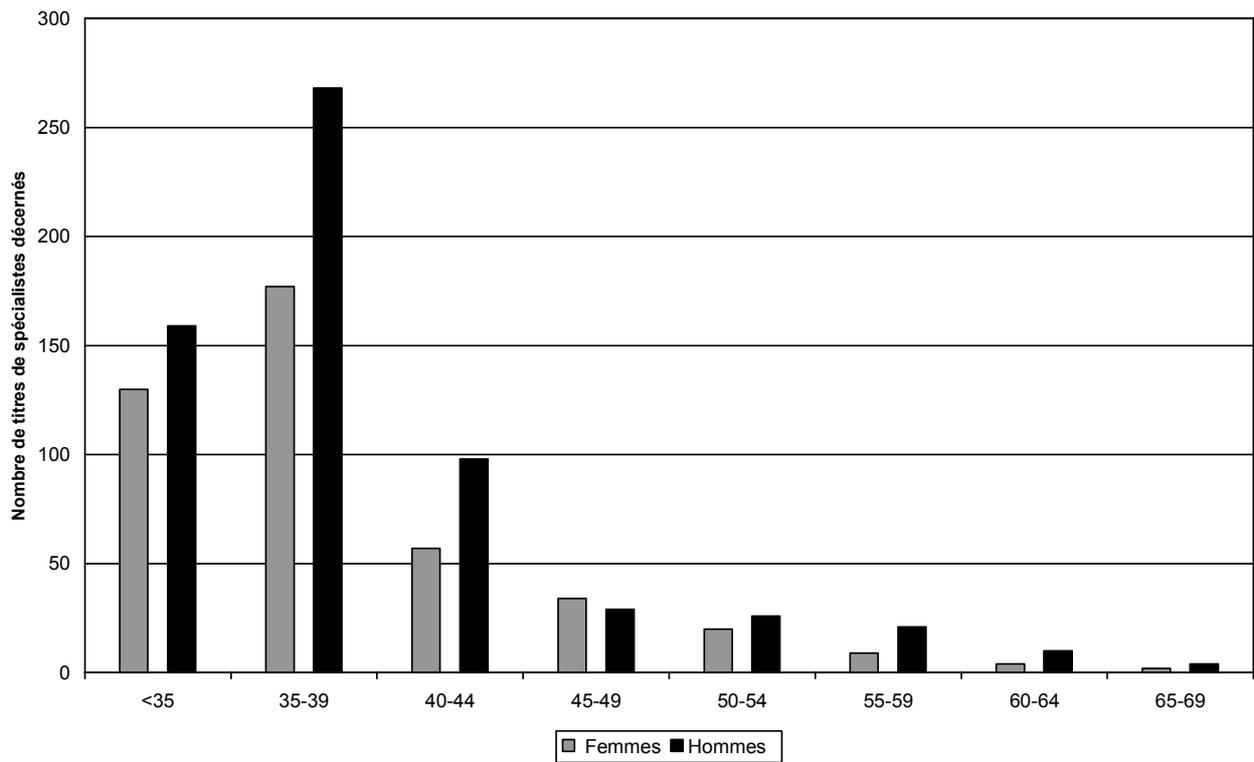


Figure 4.5 : Distribution des catégories d'âge dans l'octroi des titres fédéraux de spécialiste

Source : statistique des médecins FMH 2005

En 2004, la statistique FMH comptabilise presque 20000 médecins avec titre fédéral de spécialiste, dont les trois quarts exercent en pratique ambulatoire privée. La distribution par âge et genre des médecins avec titre fédéral de spécialiste montre une prépondérance masculine, sauf chez les plus jeunes (30-34 ans) où sont recensés autant de femmes que d'hommes. La majorité des effectifs correspondent aux âges compris entre 40 et 59 ans (Fig. 4.6).

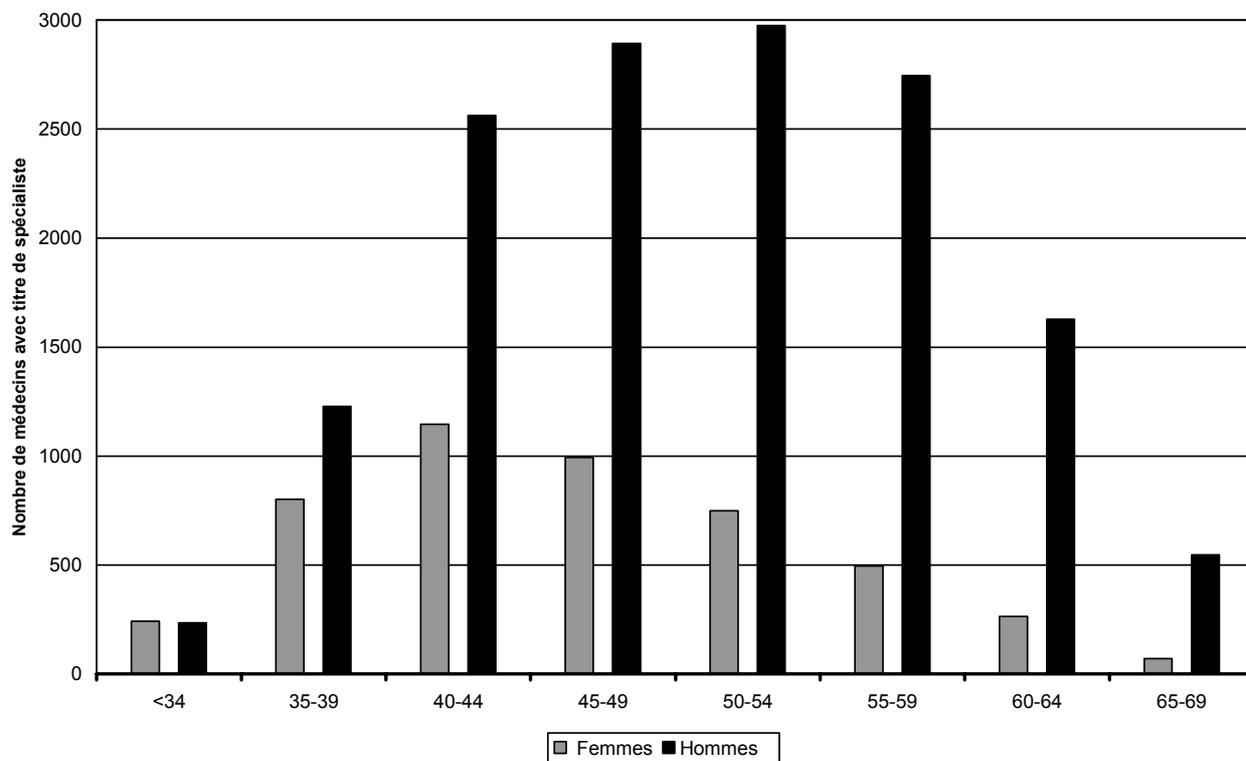


Figure 4.6 : Distribution des médecins avec titre fédéral de spécialiste en 2004, par âge et genre

Source : statistique des médecins FMH 2004

La distribution selon l'âge et le genre des médecins détenteurs d'un code RCC actif reflète celle des médecins avec titre fédéral de spécialiste (Fig 4.7).

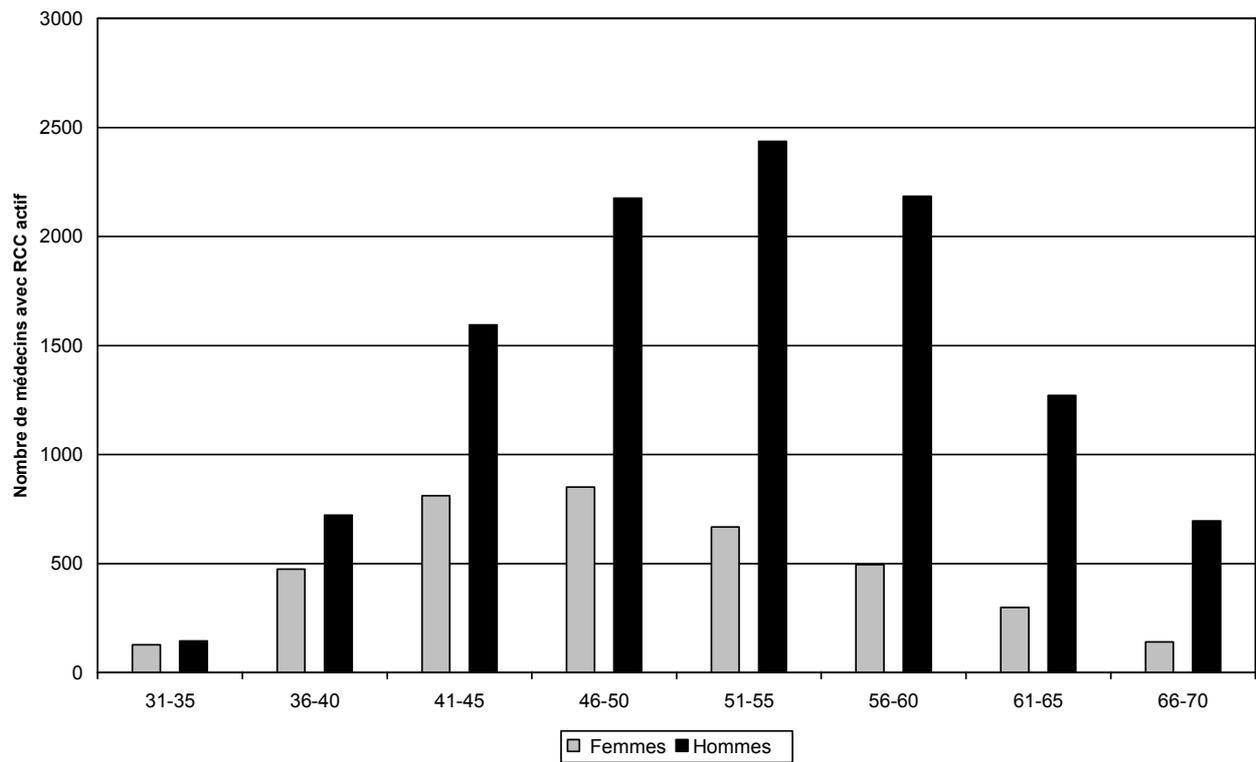


Figure 4.7 : Distribution des médecins avec RCC actif en 2004, par âge et genre

Source : RCC santésuisse 2004

La production annuelle moyenne de consultations varie entre environ 1000 et 3500 selon l'âge et le genre. Elle augmente avec l'âge du médecin, ne diminuant que chez les médecins âgés de plus de 65 ans (Fig 4.8). Les hommes produisent plus de consultations que les femmes à tout âge, même si la différence est moindre chez les plus jeunes médecins.

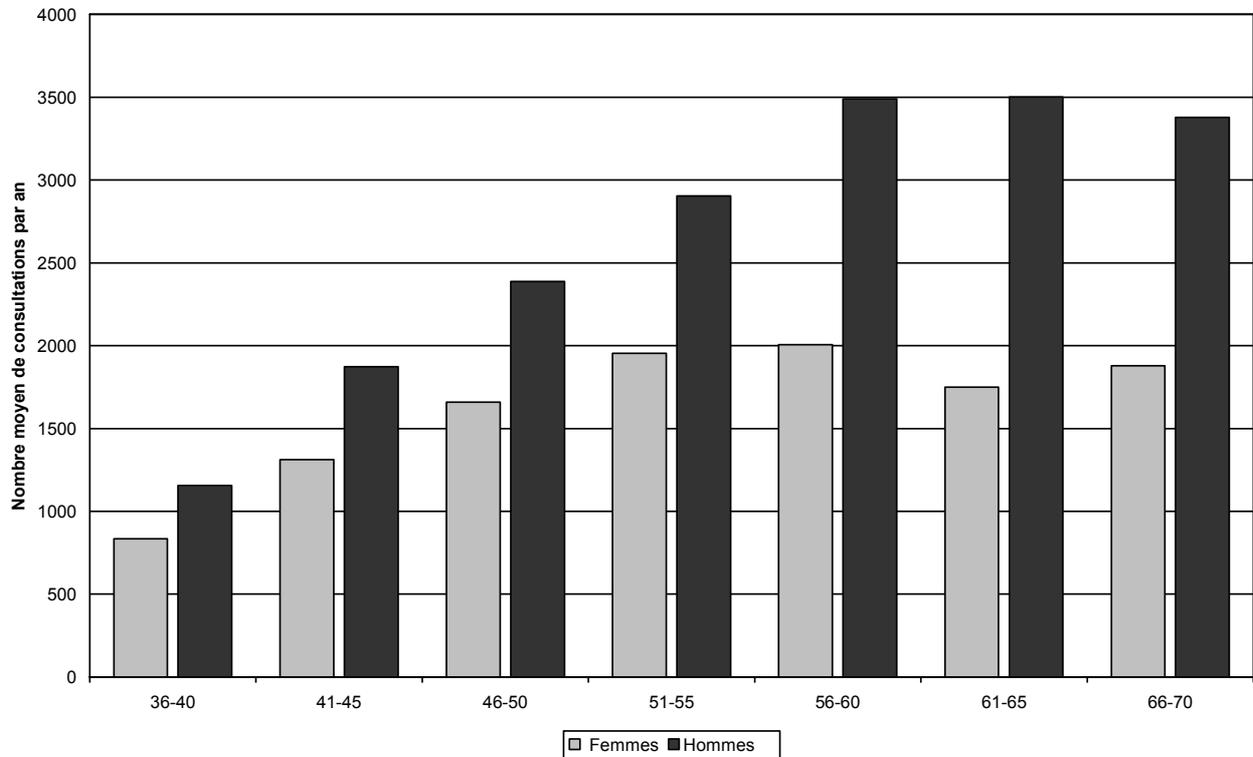


Figure 4.8 : Production annuelle moyenne de consultations par médecin avec RCC actif en 2004, par âge et genre

Source : Pool de données santésuisse ; RCC santésuisse 2004

4.2.2 Démographie médicale, par catégorie de spécialité

La figure 4.9 montre la distribution des médecins avec RCC actif dans les différentes catégories de spécialité en 2004. Parmi les 8500 médecins formés en médecine de base, environ 6500 détiennent un numéro de code créancier et exercent en pratique ambulatoire privée pour le compte de l'assurance obligatoire de soins. La pédiatrie et la gynécologie dénombrent chacune environ 1100 spécialistes : parmi ceux-ci environ 75% des pédiatres et 90% des gynécologues détiennent un numéro de code créancier et facturent des consultations à l'AOS. Le nombre de spécialistes avec et sans activité chirurgicale est d'un peu plus de 3000 au sein de chaque catégorie, dont les deux-tiers exercent en pratique ambulatoire privée à travers leur numéro de code créancier. Quant aux psychiatres, la statistique FMH en recense environ 3000, avec une proportion d'installation en pratique privée d'environ 60%. La proportion de femmes est maximale chez les psychiatres (43%) et chez les pédiatres (34%), alors qu'elle n'est que d'un quart environ en médecine de base et encore inférieure chez les spécialistes avec et sans activité chirurgicale.

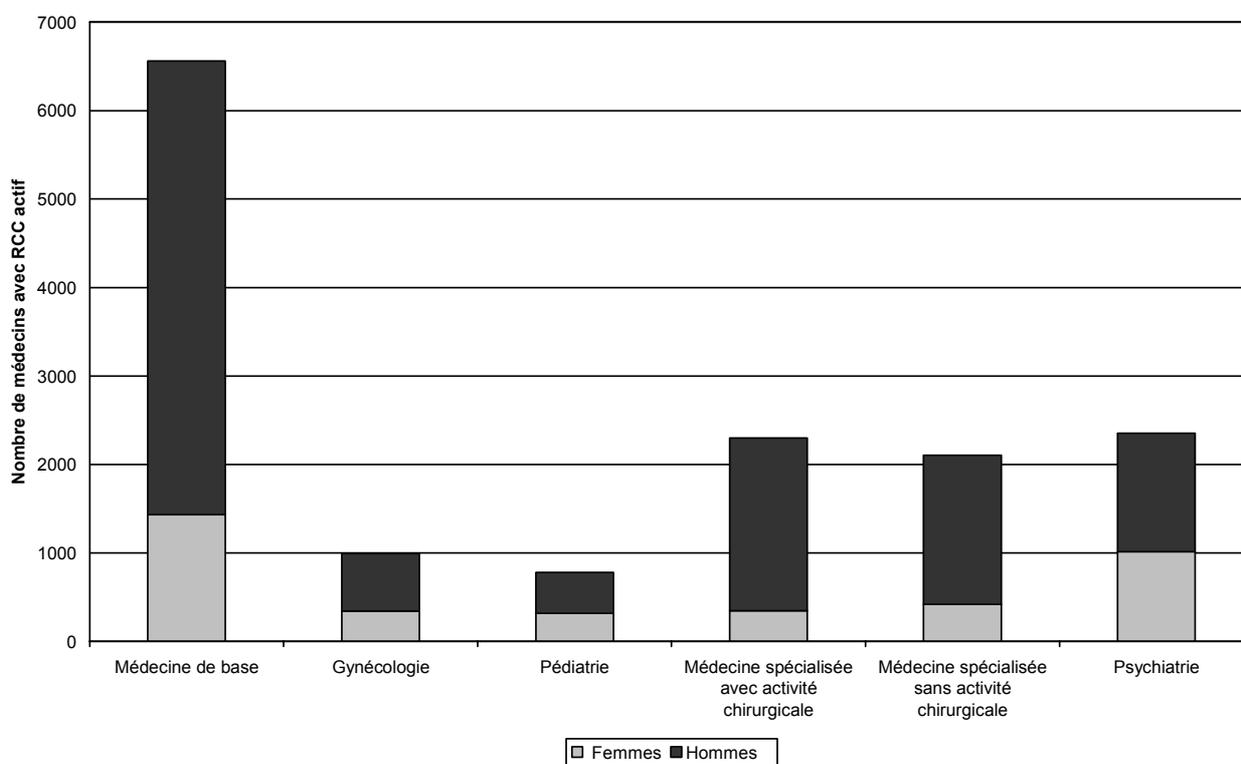


Figure 4. 9 : Distribution des médecins avec RCC actif en 2004, par catégorie de spécialité

Source : RCC santésuisse 2004

La production de consultations est maximale en médecine de base et en pédiatrie, avec une moyenne annuelle d'environ 1800 et 3400 consultations chez les femmes et les hommes, respectivement (Fig 4.10). Les gynécologues ainsi que les spécialistes sans activité chirurgicale produisent environ 2000 consultations par an, avec un volume moindre chez les femmes que chez les hommes. La production annuelle des spécialistes avec activité chirurgicale approche les 2000 consultations chez les médecins femmes, les hommes réalisant une production quelque peu inférieure. Il est possible que cette différence entre les femmes et les hommes soit due à une préférence plus marquée chez les hommes pour les activités chirurgicales en milieu hospitalier. Les psychiatres réalisent moins de consultations, avec environ 850 et 1270 consultations annuelles chez les psychiatres femmes et hommes, respectivement.

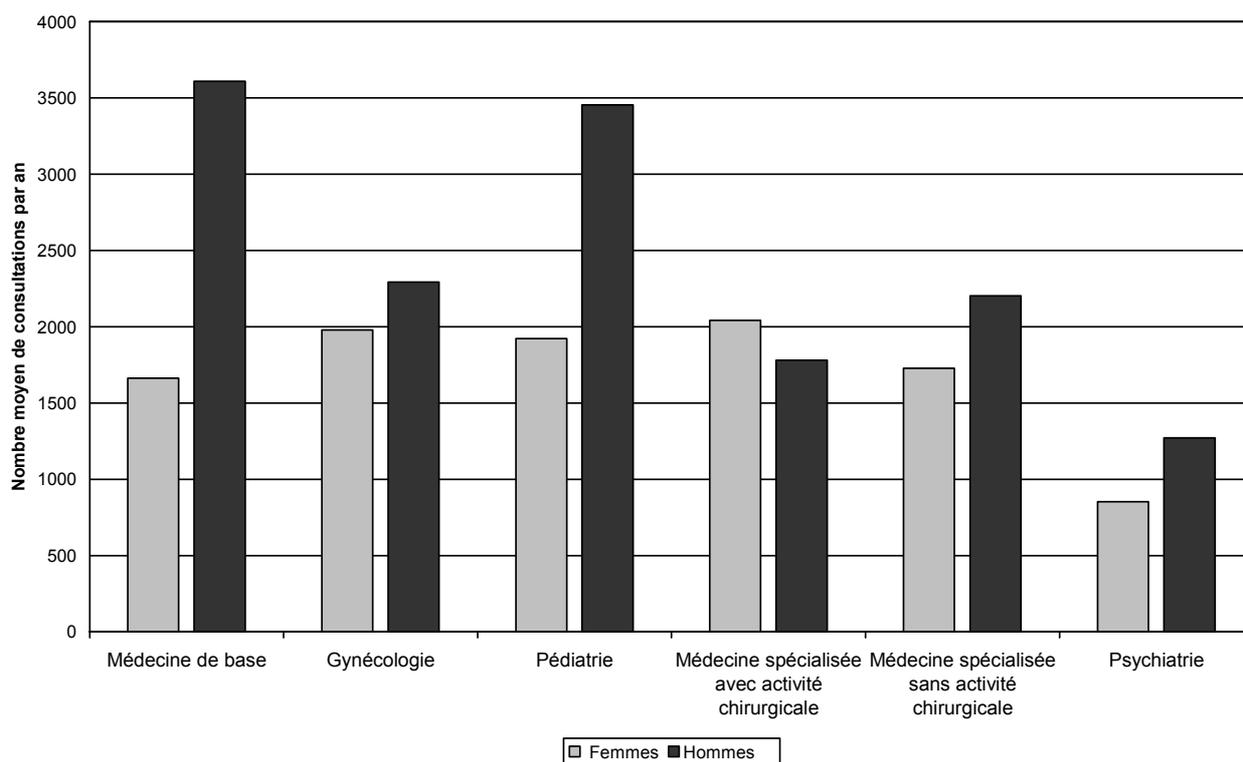


Figure 4.10 : Production annuelle moyenne de consultations par médecin avec RCC actif en 2004, par catégorie de spécialité et genre

Source : Pool de données santésuisse ; RCC santésuisse 2004

4.2.3 Projections de l'offre de soins ambulatoires à l'horizon 2030

Sur la base des projections du nombre de diplômes décernés, et en postulant que la répartition des médecins dans les différentes spécialités reste stable, de même que la durée moyenne de formation, on peut s'attendre à ce que le nombre de **médecins avec titre fédéral de spécialiste** diminue de 13% entre 2005 et 2030 (Fig 4.11). La répartition par âge et genre indique que la proportion de femmes augmentera encore. Le nombre de médecins avec titre fédéral augmentera dans les classes d'âge inférieur à 40 ans, et supérieur à 60 ans. Il s'agit cependant d'une augmentation modérée, d'environ 10-30%, sauf chez les très jeunes spécialistes (30-34 ans) qui verront leur nombre presque doubler dès 2010. Par contre, au sein des classes d'âge comprises entre 40 et 59 ans, le nombre de médecins diminuera, avec une perte d'effectif dépassant 25% chez les 40-49 ans.

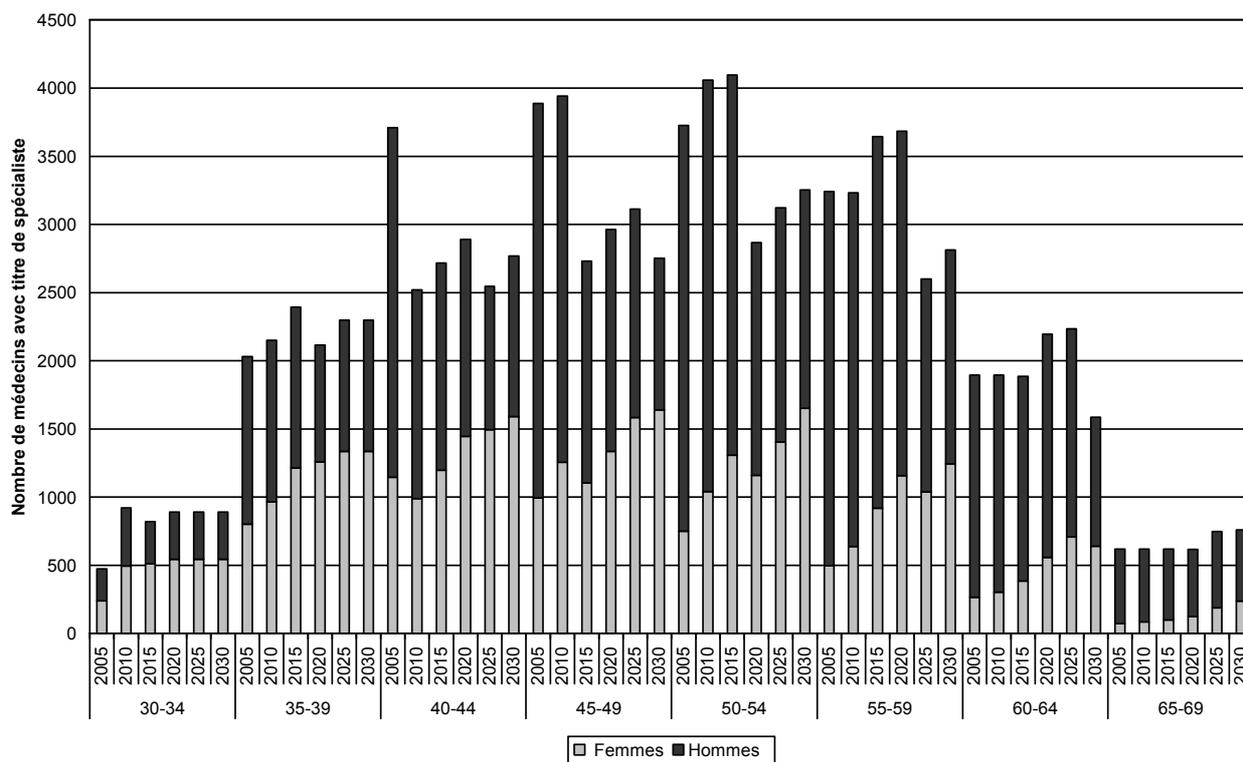


Figure 4.11 : Projections du nombre de médecins avec titre fédéral en exercice entre 2005 et 2030, par âge et genre

Si l'on tient compte de la fraction d'établissement en pratique privée, on observe les mêmes phénomènes. Au total, le nombre de **médecins avec RCC actif** évoluera de 15090 à 13930 entre 2005 et 2030, soit une diminution de 8%. L'évolution de la distribution par âge et genre des médecins avec RCC actif suit les mêmes tendances que celle des médecins avec titre de spécialiste (Fig 4.12).

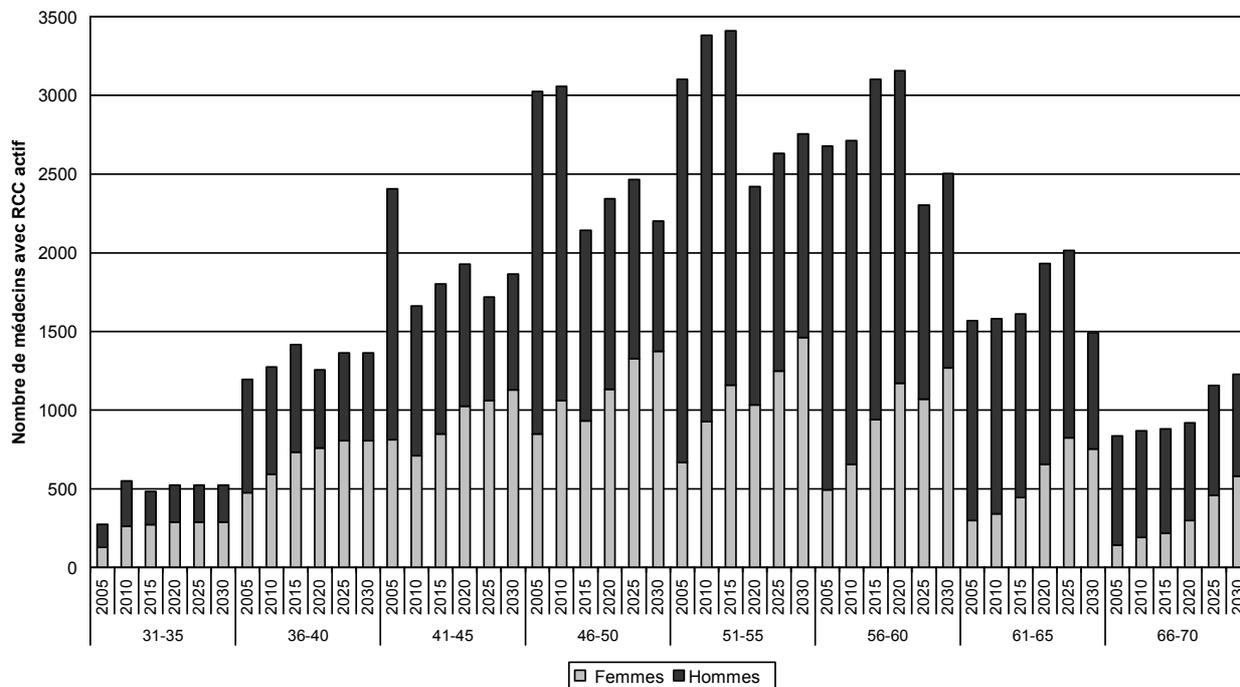


Figure 4.12 : Projections du nombre de médecins avec RCC actif entre 2005 et 2030, par âge et genre

4.2.4 Projections de l'offre de soins ambulatoires selon la catégorie de spécialité

Les projections indiquent que le nombre de **médecins possédant un titre fédéral de spécialiste** en médecine de base devrait diminuer d'environ 20% entre 2005 et 2030, alors que le nombre de gynécologues et pédiatres est légèrement à la hausse sur cette période (Fig 4.13). La projection du nombre de spécialistes sans activité chirurgicale est relativement stable. Il est prévu que l'effectif des médecins spécialistes avec activité chirurgicale diminue d'environ 12%. Quant aux psychiatres, leur effectif diminuerait d'environ 20% entre 2005 et 2030.

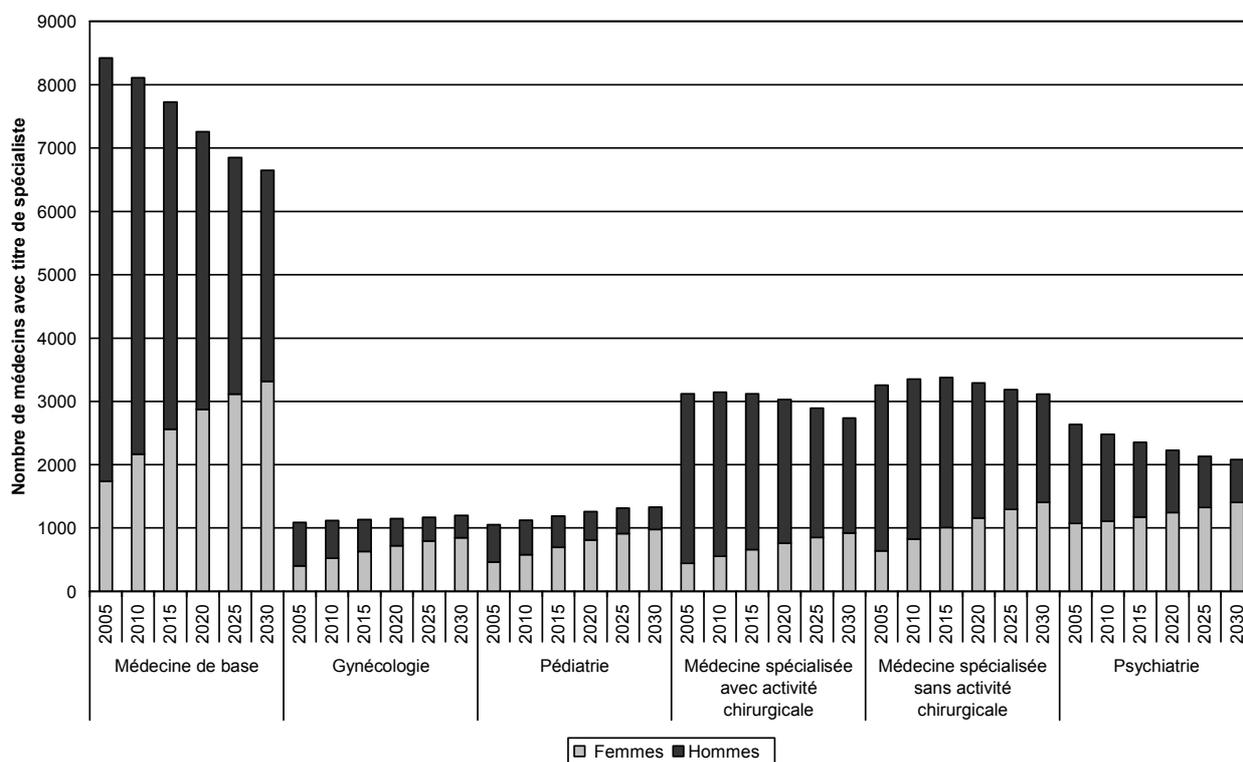


Figure 4.13 : Projections du nombre de médecins avec titre fédéral entre 2005 et 2030, par catégorie de spécialité

Les projections du nombre d'arrivées et de départs de médecins avec titre fédéral de spécialiste précisent la dynamique de l'évolution de l'effectif en médecine de base. Le nombre annuel de détenteurs de titre fédéral partants pourrait dépasser de 20 à 50 celui des nouveaux arrivants. Cette situation concerne toute la période considérée, sauf en fin de période, où l'on tend vers l'équilibre (Fig 4.14).

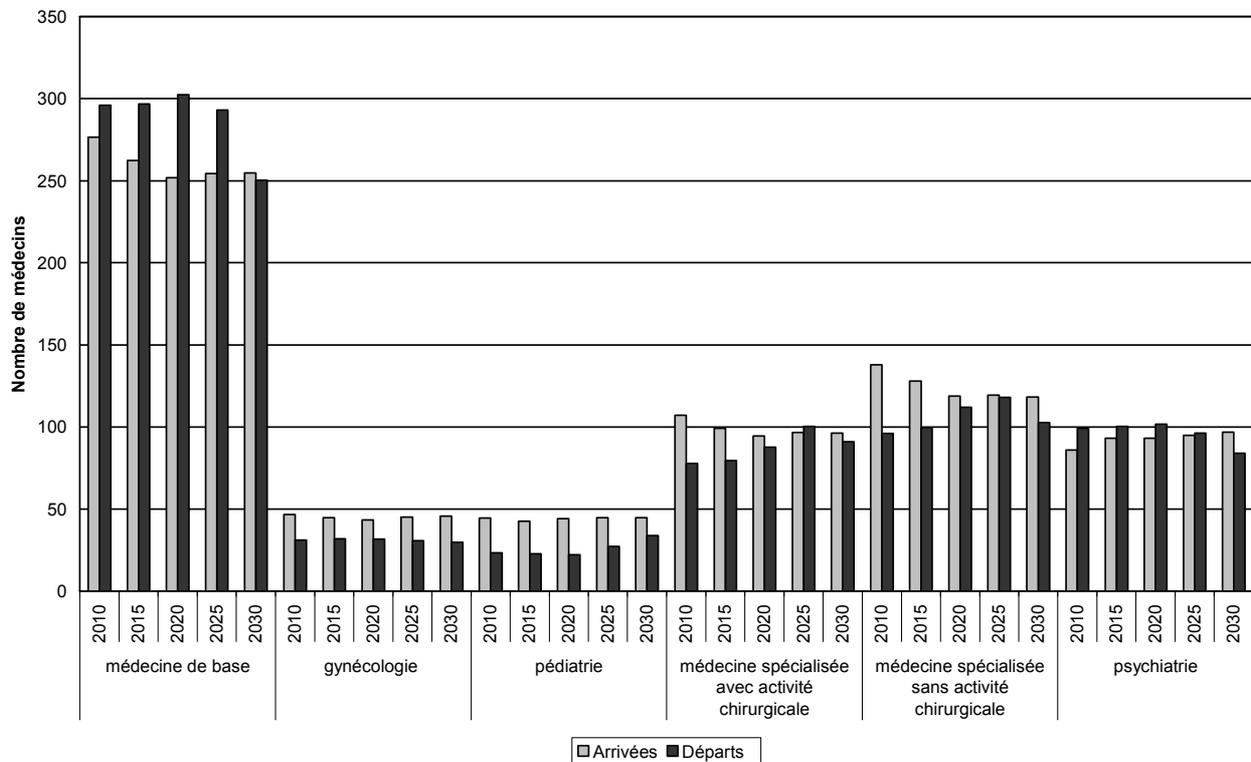


Figure 4.14 : Projections du volume d'arrivées et de départs de médecins avec titre fédéral entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, par catégorie de spécialité

L'évolution du nombre de **médecins avec RCC actif** suit la même tendance que l'effectif des médecins avec titre fédéral de spécialiste. En particulier, il est prévu que le nombre de médecins avec RCC actif en médecine de base diminue régulièrement d'environ 6500 en 2005 à moins de 5700 en 2030 (Fig 4.15). Cette baisse pourrait encore s'accroître si la proportion des médecins renonçant à s'installer après avoir terminé leur formation postgraduée devait augmenter à l'avenir.

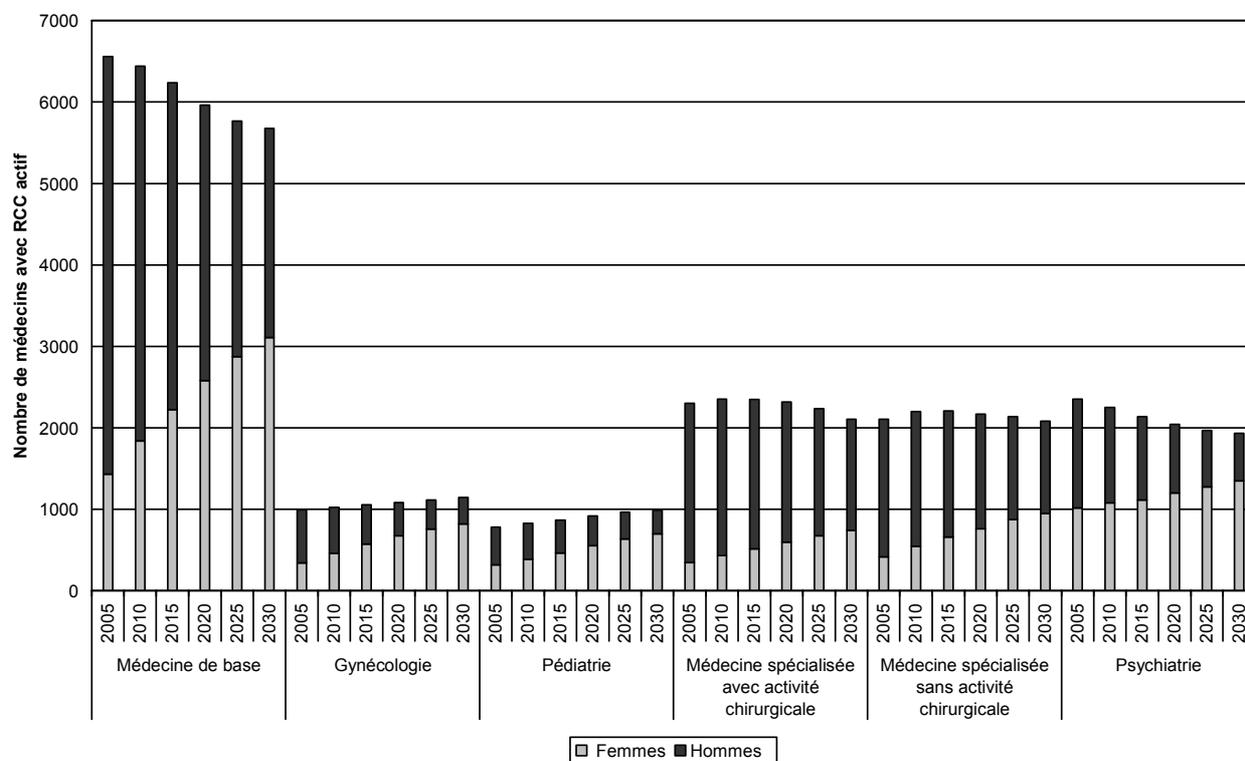


Figure 4.15 : Projections du nombre de médecins avec RCC actif entre 2005 et 2030, par paliers de 5 ans, par catégorie de spécialité

4.2.4.1 Projections selon le scénario de référence (production stable)

Les figures 4.16 et 4.17 montrent la projection de l'offre de consultations totale et par catégorie de spécialité. En postulant une production annuelle par médecin stable, le nombre de consultations annuelles total est projeté à la baisse, passant d'environ 36 à 29 millions, ce qui représente un écart potentiel d'environ 20% (Fig 4.16).

En médecine de base, la baisse de production relative à la baisse d'effectif et à la féminisation de la profession devrait atteindre environ 30%, avec 14 millions de consultations en médecine de base en 2030 contre 21 millions en 2005 (Tableau 5, Fig 4.17). L'offre de consultations de gynécologie et pédiatrie devrait rester stable aux alentours de 2 millions de consultations annuelles pour chaque catégorie de spécialité sur la période de projection, de même que la production de consultations des spécialistes avec et sans activité chirurgicale, qui avoisine les 4 millions de consultations. Les projections indiquent une diminution inférieure à 10% pour ces trois catégories de spécialité. Quant à l'offre de consultations de psychiatrie, il est prévu qu'elle diminue d'environ 30%, et soit inférieure à 2 millions de consultations en 2030.

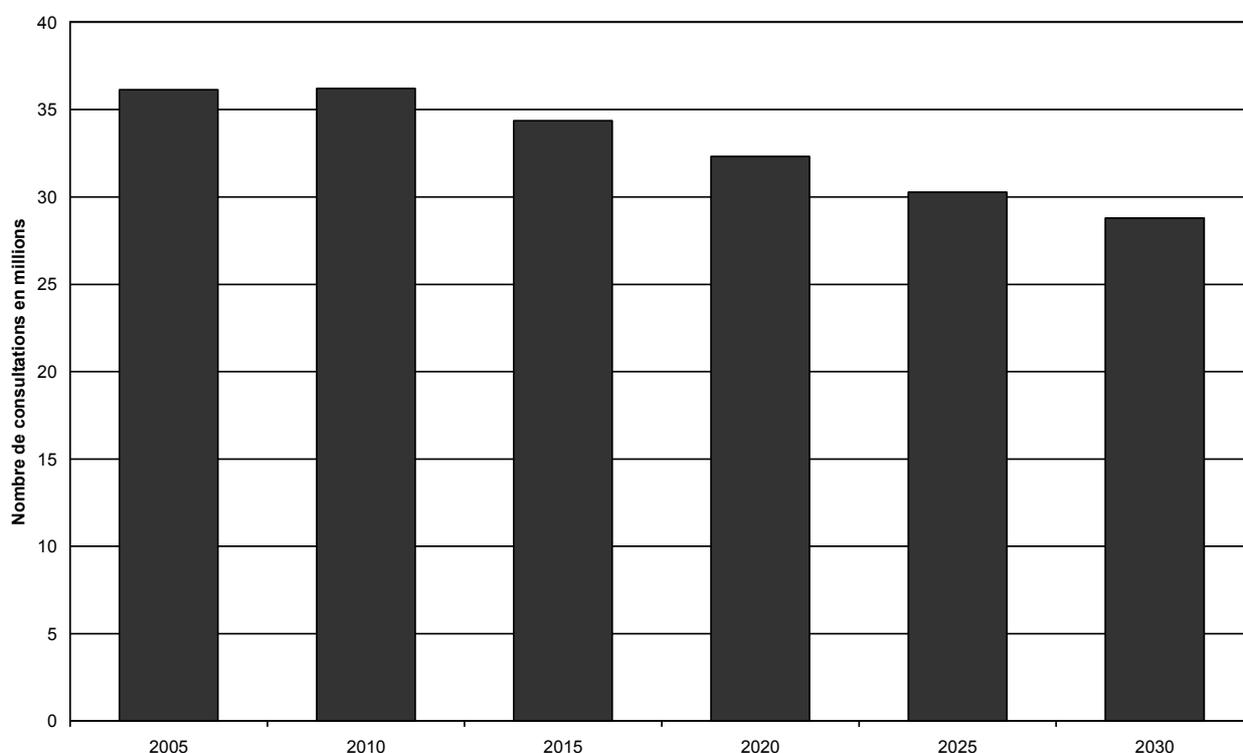


Figure 4.16 : Projections de l'offre totale (scénario de référence) entre 2005 et 2030, par paliers de 5 ans

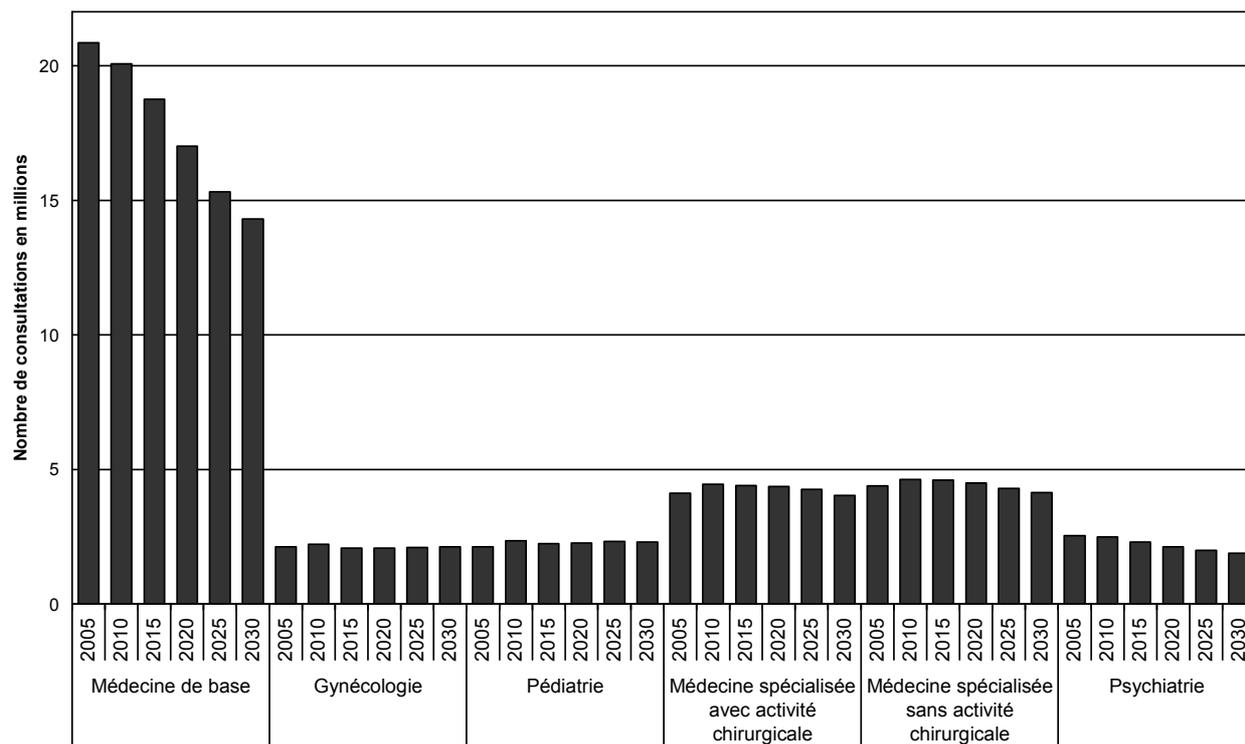


Figure 4.17 : Projections de l'offre (scénario de référence) entre 2005 et 2030, par paliers de 5 ans, par catégorie de spécialité

4.2.4.2 Projections selon le scénario Baisse de production

Selon le scénario Baisse de production, le nombre de consultations diminuerait de manière plus marquée dès 2015, et ne serait que de 26 millions en 2030, soit une chute de 26% (Fig 4.18). En ce qui concerne la médecine de base, on accroît la baisse du nombre de consultations d'un million supplémentaire en 2030 pour arriver à un volume de consultations d'environ 13 millions (Fig 4.19). Le nombre de consultations produites dans les autres types d'activité varie entre 1,7 millions en psychiatrie et 3,8 millions en médecine spécialisée.

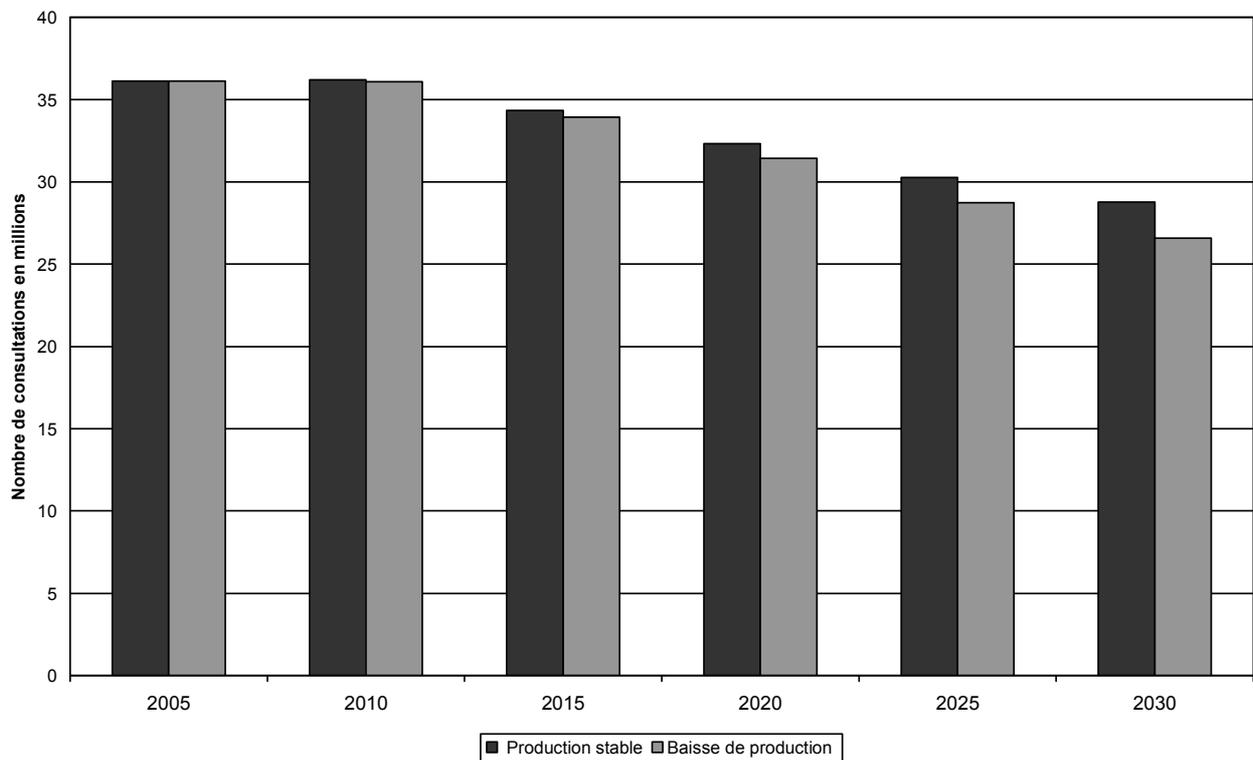


Figure 4.18 : Projections de l'offre totale (scénario baisse de production) entre 2005 et 2030, par paliers de 5 ans

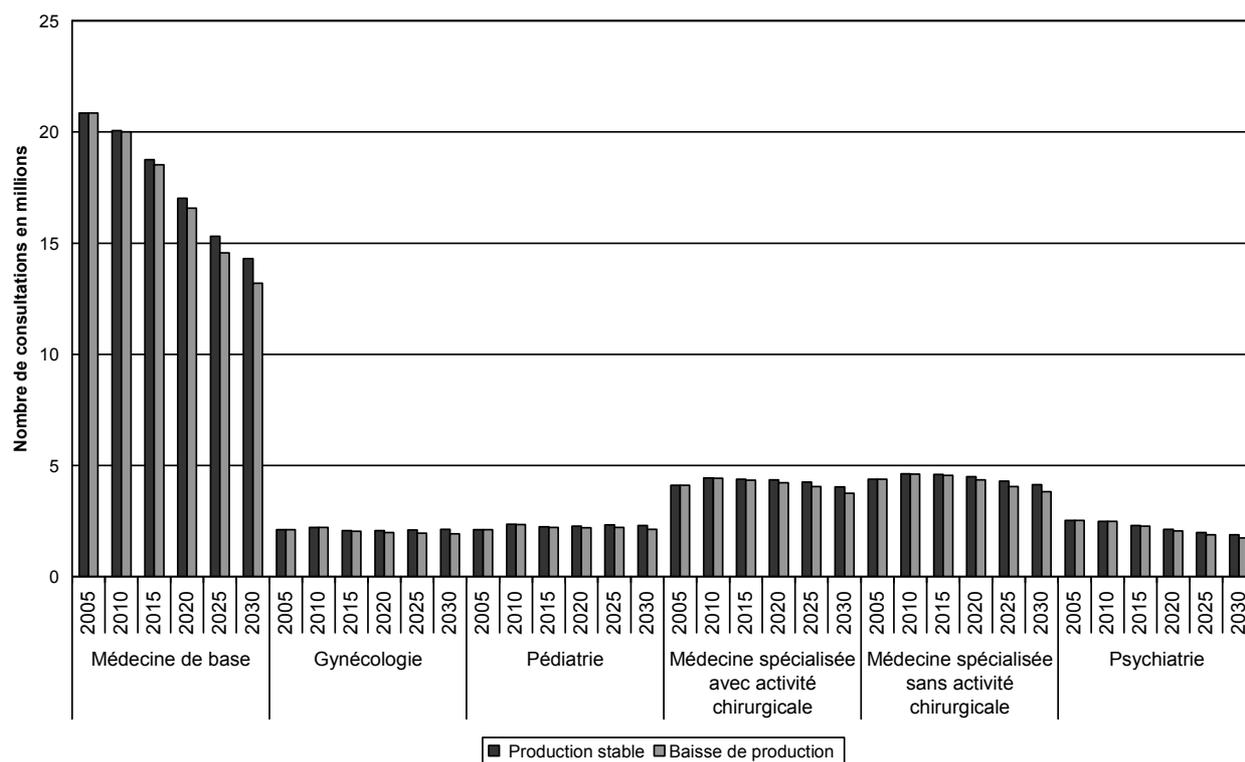


Figure 4.19 : Projections de l'offre (scénario baisse de production) entre 2005 et 2030, par catégorie de spécialité

Tableau 5 : Projection de l'offre (exprimée en millions de consultations) d'ici 2030 par catégorie de spécialité médicale et évolution en % par rapport à 2005, pour les différents scénarios

	Production stable			Baisse de production	
	N : Consultations (millions)		%	N : Consultations (millions)	
	2005	2030		2030	%
Médecine de base	20.86	14.31	-31%	13.20	-37%
Gynécologie	2.12	2.12	0%	1.94	-9%
Pédiatrie	2.11	2.30	+9%	2.13	+1%
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	4.11	4.03	-2%	3.75	-9%
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	4.39	4.14	-6%	3.82	-13%
Psychiatrie	2.53	1.88	-26%	1.74	-31%
Total	36.12	28.78	-20%	26.57	-26%

4.3 Discussion des résultats

Cette seconde partie du rapport décrit la démographie des médecins, leur production en 2004 dans le cadre de l'AOS, ainsi que les projections de l'offre de consultations considérant l'évolution de ces deux facteurs au cours des prochaines décennies. Selon les projections, en dépit d'une légère augmentation du nombre de diplômes décernés chaque année en médecine humaine dès 2012, l'effectif total des médecins diminuera d'environ 13%, résultant d'une relative stabilité de l'effectif des pédiatres, des gynécologues, et des spécialistes sans activité chirurgicale, et d'une baisse d'effectif évaluée à 12% dans les spécialités avec activité chirurgicale, et à 21% chez les médecins actifs en médecine de base et en psychiatrie.

L'évolution de l'effectif des médecins actifs dans le domaine ambulatoire couvert par l'AOS sera similaire, sous condition que, comme en 2005, les trois-quarts des médecins s'installent en pratique ambulatoire. Notons qu'il est prévu que la proportion de femmes médecins augmente au sein de toutes les catégories de spécialités. En postulant que la production annuelle moyenne de consultations reste stable (pour chaque classe définie par l'âge, le genre et la catégorie de spécialité médicale), le volume de consultations diminuerait d'environ 2 millions tous les 5 ans entre 2010 et 2030, avec un écart d'environ 7 millions de consultations par an à la fin de la période de projections par rapport à la situation de départ. Si l'on tient compte d'une production de 10% inférieure chez les nouveaux médecins, la diminution serait plus marquée, atteignant une différence potentielle de presque 10 millions en 2030.

La méthodologie employée pour prévoir la démographie médicale comporte certaines limites liées à l'absence d'information longitudinale sur le parcours professionnel des médecins, du début de la formation post-graduée à l'âge de la retraite. Tout d'abord, l'évolution de la démographie médicale repose sur l'hypothèse que la répartition des médecins dans les différentes spécialités reste stable, ainsi que la proportion de ceux s'installant en pratique privée. Ensuite, comme pour l'analyse du recours, celle de l'offre repose sur la base de données santésuisse, dont les limites en termes d'exhaustivité des consultations à charge de l'AOS ont été précédemment discutées. On suppose alors que le rapport entre l'offre à charge de l'AOS et des autres assurances reste constant. Finalement, le scénario de baisse de production des médecins repose sur une évolution observée entre 1998 et 2004, en postulant une production plus faible chez les médecins qui s'établissent en pratique privée après 2005, et inchangée au cours du temps pour les médecins déjà établis. Notons encore que l'augmentation du nombre de diplômes décernés en médecine humaine serait liée à la démographie dynamique des Facultés de Genève et de Lausanne. Elle postule que l'absence de restrictions d'accès soit maintenue dans ces deux Facultés, que le *numerus clausus* persiste dans les universités de Suisse alémanique, et que le taux de réussite aux examens soit stable.

Parmi les facteurs susceptibles de péjorer encore ces projections, notons la réduction horaire du contrat de travail des médecins assistants, qui pourrait induire un allongement du temps de formation, notamment dans les disciplines avec activité chirurgicale.

Malgré leurs limites, les résultats permettent une estimation relativement grossière de l'évolution des effectifs et de la production de consultations par les médecins en Suisse, exposant l'ampleur de la pénurie possible de médecins en l'absence de changements notables dans la formation et les choix d'orientation des médecins. Relevons encore que la méthode employée vise à obtenir des projections conservatrices de l'évolution de la démographie médicale, en choisissant à chaque étape l'option méthodologique la plus raisonnable.

5 Comparaison de l'évolution du recours et de l'offre de soins médicaux ambulatoires à l'horizon 2030

5.1 Hypothèses retenues pour la comparaison

Pour comparer l'évolution de l'offre et du recours aux soins ambulatoires d'ici 2030, il est nécessaire de postuler que l'on part d'une situation équilibrée en 2004, année qui sert de base aux projections de l'offre et où l'on suppose donc que le recours correspond à l'offre⁸. L'approche combine les deux modèles présentés aux chapitres 3 et 4 (Fig. 5.1).

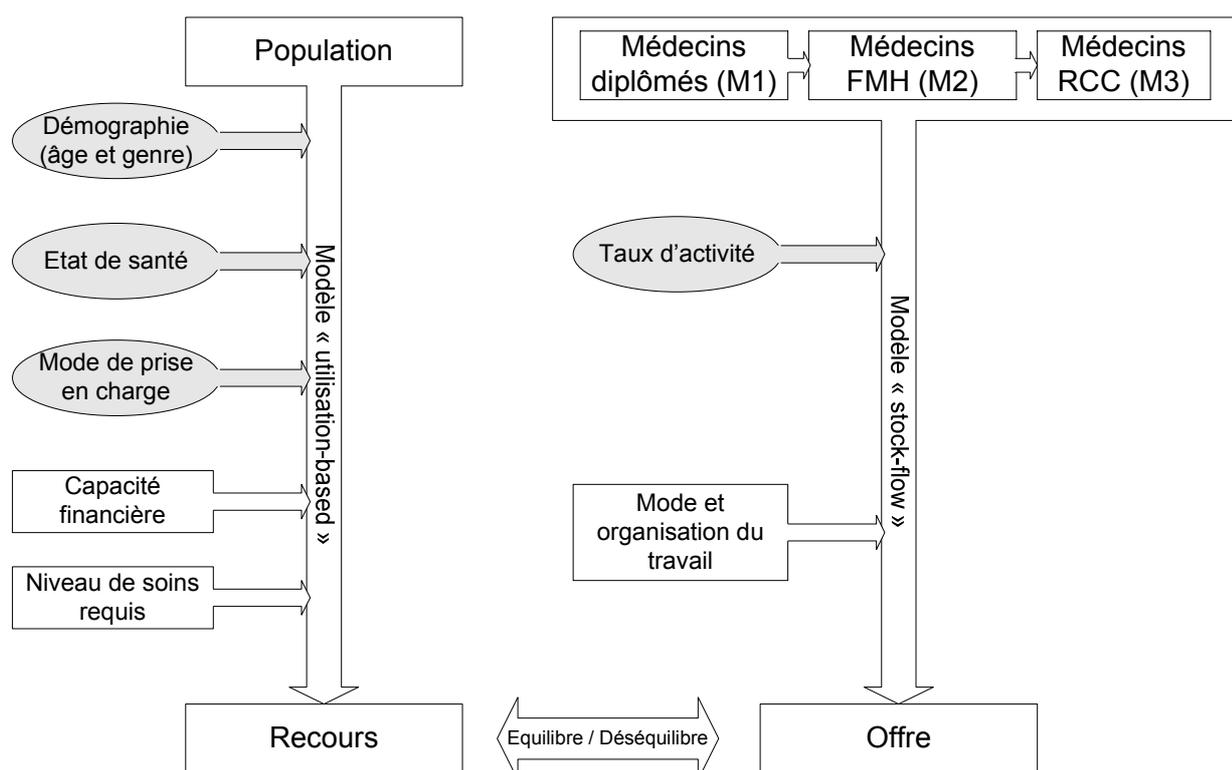


Figure 5.1 : Modèle utilisé pour comparer le recours et l'offre en soins médicaux ambulatoires

⁸ Les valeurs concernant le recours et l'offre pour cette année aboutissent à des résultats légèrement différents, le recours total étant d'environ 10% plus élevé que le nombre de consultations réalisées. La raison de cet écart est technique : les consultations facturées à l'AOS pour cause d'accident figuraient dans les données utilisées pour décrire le recours entre 2000 et 2005, tandis que les données utilisées pour décrire la production des praticiens en 2004 concernaient exclusivement les consultations facturées à l'AOS pour maladie. Le recours dépasse l'offre et a été corrigé manuellement de manière à ce que la comparaison ne porte que sur les consultations facturées à l'AOS pour maladie. La correction est faite appliquant à chaque cellule documentant le recours en 2004 (déterminée par la catégorie de spécialité, l'âge et le genre de l'assuré), le facteur de correction obtenu en comparant l'offre et le recours de l'ensemble des consultations de cette catégorie de spécialité.

5.2 Comparaison de l'évolution du recours et de l'offre

L'évolution de l'offre de consultations de 2005 à 2030 est comparée à celle du recours estimé selon le scénario de référence et selon les scénarios alternatifs le plus favorable et le plus défavorable (Fig 5.2) :

- L'offre annuelle de consultations décroît progressivement de 36,1 millions à 28,8 millions en supposant le maintien de la production des médecins à son niveau actuel.
- Le scénario de référence conduit à une augmentation régulière du recours, aboutissant en 2030 à 40 millions de consultations (recours supérieur à l'offre de 11,6 millions de consultations soit environ 29% de consultations potentiellement non couvertes).
- Le scénario défavorable montre une augmentation plus marquée du recours, et aboutit à 45,0 millions de consultations en 2030, c'est-à-dire 16,2 millions de consultations de plus que l'offre estimée (36%).
- Le scénario favorable maintient le recours au-dessous du niveau actuel. Cependant, il conduit à estimer le recours en 2030 à 33,1 millions de consultations, c'est-à-dire 4,3 millions de consultations de plus que l'offre prévue à cette échéance (13%).

L'écart constaté entre l'offre et le recours prévu pourrait être encore aggravé par une diminution de la production des médecins, avec 34% de consultations totales qui ne seraient pas assurées par l'offre.

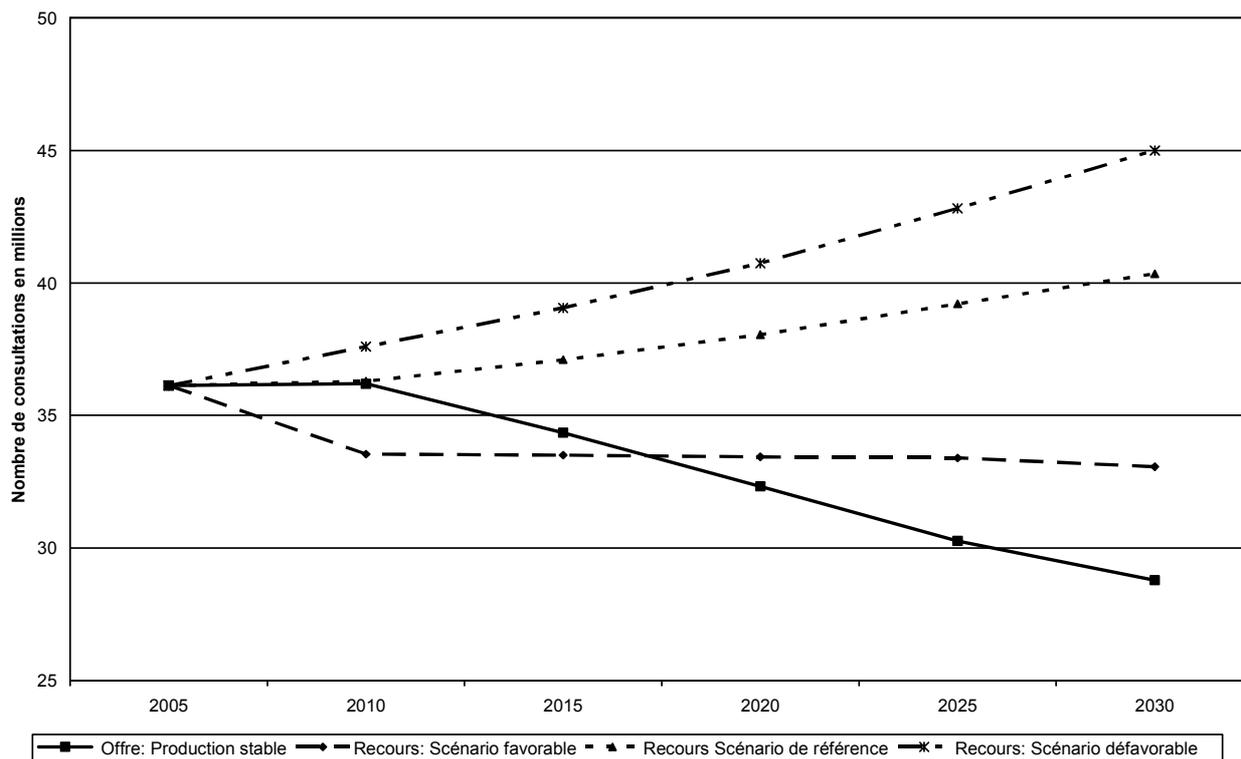


Figure 5.2 : Comparaison des projections de l'offre (production stable) et du recours (scénario de référence, scénario favorable et scénario défavorable) entre 2005 et 2030

5.2.1 Comparaison de l'évolution du recours et de l'offre, par catégorie de spécialité

L'écart entre recours et offre projeté est le plus marqué pour la médecine de base. Dans cette catégorie, l'offre décroît de 21 millions de consultations en 2010 à 14 millions en 2030, alors que les différents scénarios de recours prévoient entre 18 et 28 millions de consultations en 2030, indiquant un écart possible d'environ 3,5 à 13,8 millions de consultations (Tableau 6, Fig 5.3). Les scénarios envisageant une modification de la prise en charge (gatekeeping, substitution) ont un effet modeste sur le recours.

L'offre et le recours en médecine spécialisée avec ou sans activité chirurgicale varient modérément et dans des directions opposées, la situation estimée pour 2030 est celle d'un déséquilibre avec environ 0,1 à 1,4 millions de consultations non couvertes par l'offre, pour les scénarios favorable et défavorable, respectivement.

En psychiatrie, l'écart entre le recours et l'offre pourrait représenter environ 700000 consultations annuelles (25%) non couvertes par l'offre estimée. Par contre, en gynécologie et pédiatrie l'offre pourrait dépasser légèrement le recours d'ici 2030.

Tableau 6 : Recours projeté non couvert par l'offre projetée d'ici 2030 (en millions de consultations et en pourcentage), selon les différents scénarios du recours

6.1 Production stable	Scénario de référence	B1	B2	C1	C2i	D1	D2
Médecine de base	9.3 (39%)	5.5 (28%)	12.5 (47%)	10.4 (42%)	6.9 (33%)	3.5 (20%)	13.8 (49%)
Gynécologie	-0.1 (-3%)	-0.1 (-3%)	-0.1 (-3%)	-0.1 (-3%)	-0.1 (-3%)	-0.1 (-3%)	-0.1 (-3%)
Pédiatrie	-0.3 (-14%)	-0.3 (-14%)	-0.3 (-14%)	-0.3 (-14%)	-0.3 (-14%)	-0.3 (-14%)	-0.3 (-14%)
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	1.2 (23%)	0.3 (7%)	1.5 (27%)	1.1 (22%)	1.2 (23%)	0.3 (7%)	1.4 (26%)
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	0.7 (15%)	0.1 (3%)	0.8 (17%)	0.6 (13%)	0.7 (15%)	0.1 (3%)	0.7 (15%)
Psychiatrie	0.7 (26%)	0.7 (26%)	0.7 (26%)	0.6 (25%)	0.7 (26%)	0.7 (26%)	0.6 (25%)
Total	11.6 (29%)	6.3 (18%)	15.2 (35%)	12.5 (30%)	9.2 (24%)	4.3 (13%)	16.2 (36%)

6.2 Baisse de la production	Scénario de référence	B1	B2	C1	C2i	D1	D2
Médecine de base	10.4 (44%)	6.6 (33%)	13.6 (51%)	11.5 (47%)	8.0 (38%)	4.6 (26%)	14.9 (53%)
Gynécologie	0.1 (6%)	0.1 (6%)	0.1 (6%)	0.1 (6%)	0.1 (6%)	0.1 (6%)	0.1 (6%)
Pédiatrie	-0.1 (-6%)	-0.1 (-6%)	-0.1 (-6%)	-0.1 (-6%)	-0.1 (-6%)	-0.1 (-6%)	-0.1 (-6%)
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	1.5 (29%)	0.6 (14%)	1.8 (32%)	1.4 (27%)	1.5 (29%)	0.6 (14%)	1.7 (31%)
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	1.0 (22%)	0.5 (11%)	1.2 (23%)	1.0 (20%)	1.0 (22%)	0.5 (11%)	1.1 (22%)
Psychiatrie	0.8 (32%)	0.8 (32%)	0.8 (32%)	0.8 (32%)	0.8 (32%)	0.8 (32%)	0.8 (32%)
Total	13.8 (34%)	8.5 (24%)	17.4 (40%)	14.7 (36%)	11.4 (30%)	6.5 (20%)	18.4 (41%)

B1 : Amélioration de l'état de santé ; B2 : Détérioration de l'état de santé ; C1 : Gatekeeping ; C2i : Substitution uniforme ; D1 : Scénario favorable ; D2 : Scénario défavorable

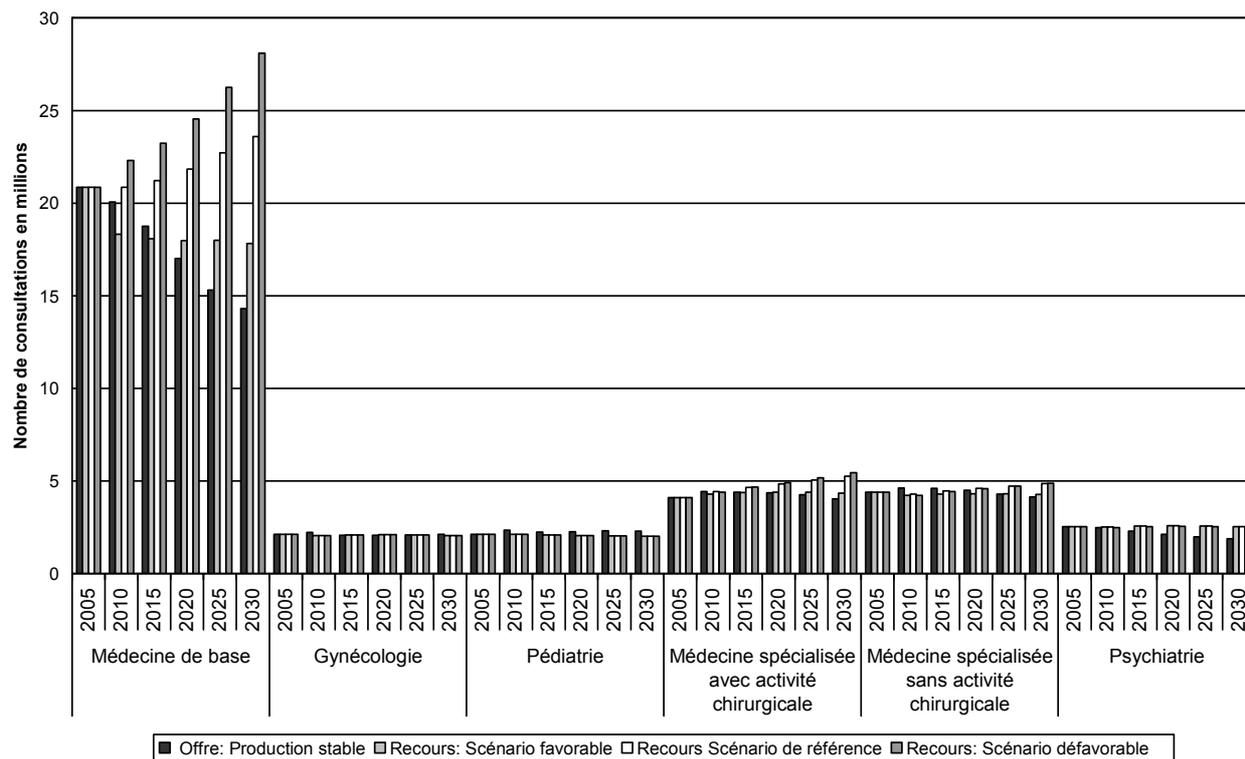


Figure 5.3 : Comparaison de l'offre (production stable) et du recours (scénario de référence, scénario favorable et scénario défavorable) entre 2005 et 2030, par catégorie de spécialité

6 Discussion et conclusions

L'objectif de ce travail est d'estimer l'évolution de l'offre et du recours aux consultations médicales ambulatoires pour les prochaines décennies, ainsi que l'influence de différents facteurs, tels que l'état de santé ou le développement de nouveaux modes de prise en charge. Compte tenu des nombreuses hypothèses de travail sur lesquelles reposent les projections, les résultats sont à considérer comme une base de réflexion sur l'avenir du système de santé suisse, et en particulier de son secteur des soins médicaux ambulatoires, et non comme un outil de planification. Il faut en effet rappeler que les projections sont basées sur les consultations à la charge de l'AOS uniquement, avec un possible biais de franchise. Il manque de surcroît des informations quant à la morbidité des patients et aux niveaux de soins fournis, selon la maladie sous-jacente et son degré de sévérité. Les parcours professionnels des médecins, du diplôme à la retraite, sont mal documentés, de sorte que projeter l'offre reste délicat.

Le modèle « utilisation-based » utilisé dans ce travail a été choisi en fonction des données disponibles. Sa principale limite est qu'il repose sur les services utilisés et que l'on suppose que le niveau de cette offre -au début de la projection- est adéquat alors qu'une pléthore ou une pénurie pourraient exister dans certaines régions. Cette approche est couramment utilisée dans les pays qui procèdent à une planification systématique des ressources médicales et du personnel à former. Aux Pays-Bas, un tel modèle est utilisé en combinant des données de l'assurance obligatoire, de différentes enquêtes ainsi que des avis d'experts concernant la pratique médicale pour établir des projections⁹. Les USA procèdent aussi à des projections du nombre de médecins à former en recourant à une approche similaire [5]. Selon leurs projections, la demande en soins médicaux, toutes spécialités confondues, augmentera de 26 % d'ici à 2020, ce qui permet aux auteurs du rapport de proposer d'augmenter les capacités d'accueil des facultés de médecine de 15% par rapport aux capacités de 2002. Ces recommandations ont été remises en question, car elles ne tenaient pas suffisamment compte des changements futurs dans le mode de travail des praticiens ou des besoins en soins de la population [6]. Le Canada qui planifie régulièrement ses ressources médicales en fonction d'un modèle orienté sur l'utilisation des services développe actuellement de nouvelles approches basées sur les besoins qui sont alors appliquées à l'ensemble des professionnels de la santé [7].

En général, les pays qui réalisent des planifications disposent de données plus complètes que les données utilisées dans ce rapport. Il est important de rappeler que les résultats présentés ici sont des estimations et qu'ils sont à interpréter comme indicatifs de l'évolution future du domaine des soins ambulatoires.

Influence de la démographie

Les résultats confirment l'influence majeure du vieillissement démographique. Celui-ci pourrait entraîner simultanément une baisse de l'effectif des médecins et la hausse du recours aux soins ambulatoires, en particulier en médecine de base. Plus d'une consultation sur deux concerne la médecine de base, et un tiers des consultations en médecine de base sont réalisées pour des personnes âgées de 65 ans et plus. Selon les projections, c'est aussi cette discipline qui sera la

⁹ Communication personnelle, T. Nuijen, Nivel, 2007

plus touchée par une réduction des effectifs de médecins. Il en résulte, possiblement dès les années 2010, une situation de pénurie que ce travail estime aller en s'aggravant jusqu'en 2030. La distribution de l'offre étant d'ores et déjà inhomogène, il est probable que la pénurie apparaîtra plus précocement dans certaines régions périphériques [1].

Selon le scénario de référence, qui mesure l'effet démographique, en postulant une évolution stable de l'arrivée de nouveaux médecins et une production de consultations stable, le déséquilibre attendu en **médecine de base** pourrait atteindre presque 10 millions de consultations annuelles en 2030, soit un déficit potentiel correspondant à presque 40% du nombre de consultations attendues dans cette catégorie d'activité. L'évolution future du mode de pratique étant très incertaine, il est délicat d'estimer le nombre de praticiens auquel correspondrait ce volume de consultations non couvertes. En reprenant les valeurs d'Activité Plein Temps définies pour 2004 dans les précédents travaux de l'Obsan, cela représenterait l'activité d'environ 1800 médecins [1]. Si ces projections se réalisent, la première conséquence d'un tel déficit risque de concerner les consultations de prévention, où les besoins en soins sont moins explicites. A long terme, une telle situation peut entraîner une aggravation de la morbidité de la population âgée, ce qui accentuerait encore le déséquilibre.

Si la médecine de base est la catégorie la plus affectée, il ne faut pas négliger les projections respectives de l'offre et du recours dans les autres types d'activité. L'effectif des **spécialistes sans activité chirurgicale** installés en cabinet devrait rester relativement stable, tandis que le recours à leurs consultations pourrait augmenter de 10%, ce qui représente un écart d'environ 0,7 millions de consultations (en APT de 2004, cela correspond à environ 200 spécialistes). En manque d'effectif eux-mêmes, ces médecins ne seraient ainsi pas à même de soulager la pénurie en se substituant aux médecins généralistes et internistes sans spécialités pour certaines consultations. Les projections prévoient aussi l'apparition d'un déséquilibre entre le recours et l'offre chez les **spécialistes avec activité chirurgicale** : la réduction d'effectif d'environ 8-9% combinée à une augmentation du recours d'environ 25% au cours de la période de projection aboutissant à un déficit de consultations d'environ 1,2 millions de consultations, soit environ 400 médecins (Activité Plein Temps définies pour 2004) selon le scénario de référence.

En **psychiatrie**, on observe une pénurie qui aboutit à environ 700000 consultations non couvertes en 2030 (correspond à environ 500 médecins en Activité Plein Temps définies pour 2004). Il est important de rappeler que, même si l'on observe une diminution du taux de recours psychiatriques chez les personnes après 40 ans, la prévalence élevée des pathologies mentales telles que la démence et la dépression chez les personnes âgées pourrait motiver un recours accru à ces consultations dans ce groupe d'âge. Or, les taux de recours faibles observés actuellement chez les personnes de plus de 65 ans pourraient refléter aujourd'hui déjà l'existence d'une lacune dans cette forme de soins spécialisés. Ainsi, des changements de la prise en charge des problèmes psychiques des personnes âgées pourraient accroître le recours à ces consultations, et, de fait, accentuer le déséquilibre entre le recours et l'offre.

La spécialité **gynécologie-obstétrique** semble maintenir un équilibre entre l'offre et le recours. C'est également le cas en **pédiatrie**, sous réserve que les taux de fécondité évoluent ainsi que prévu dans le scénario démographique « moyen » de l'Office Fédéral de la Statistique.

A noter encore que, dans ce rapport, il n'a pas été tenu compte des consultations ambulatoires en hôpital. La diminution de l'offre en cabinet risque d'alourdir considérablement ces services.

Influence de l'état de santé

L'influence sur le recours des scénarios déterminés par une modification de l'état de santé des personnes âgées est notable, en particulier en médecine de base. Il est important de rappeler que ces scénarios reposent sur des hypothèses sous-tendues par la littérature actuelle qui reste controversée, et non sur une analyse de données relative à la santé des personnes âgées en Suisse. Il serait intéressant de pouvoir étudier l'évolution de la santé des personnes âgées en Suisse en lien avec le recours aux soins ambulatoires, au cours de la dernière décennie par exemple, afin d'élaborer des hypothèses plus solides. Le taux de recours et le niveau de soins requis dépendent de nombreux facteurs, parmi lesquels l'accessibilité, la capacité économique, et les « habitudes de consommation » de soins de la population. En particulier, une habitude nouvelle de recourir plus fréquemment au système de santé pour des pathologies banales pourrait encore accroître le déficit attendu.

Influence du mode de prise en charge

Le gatekeeping est un modèle intéressant de prise en charge, dont on attend une meilleure efficacité des soins, avec une possible réduction des coûts. Cependant, il implique un transfert de soins spécialisés vers des soins de médecine de base et peut ainsi accroître la demande en consultations de médecine de base. Il est encore difficile de quantifier précisément l'impact que l'introduction généralisée d'un tel système pourrait avoir sur le recours (indépendamment de l'impact sur les coûts). Dans ce rapport les options choisies, bien que très conservatrices, révèlent que la pression qui pourrait s'exercer sur la médecine de base pourrait compromettre l'introduction à large échelle d'un tel modèle.

Théoriquement, la substitution du médecin de base par du personnel infirmier formé (par exemple formation d'infirmier de santé communautaire) pour certaines consultations pourrait en partie pallier à un manque d'effectif chez les médecins, à condition que ces professionnels ne soient pas eux-mêmes dans une situation où la demande excède l'offre. Notons encore que la loi suisse ne permet pas à la profession infirmière de pratiquer de manière autonome, mais uniquement sous la responsabilité du médecin.

Influence du taux d'activité

La féminisation de la profession médicale, comme les changements dans le mode de travail des jeunes générations qui « produisent » moins de consultations, sont deux facteurs qui seraient susceptibles d'aggraver l'éventuelle pénurie à venir.

Perspectives

Compte tenu de l'impact relativement modéré des changements de prise en charge testés dans ce modèle, il sera nécessaire d'agir simultanément sur plusieurs dimensions influençant l'offre et le recours si l'on veut pallier le déséquilibre attendu d'ici 2030. Ceci implique d'agir à la fois sur le recours, la formation de médecins, notamment en médecine de base, ainsi que les modes de travail et la substitution potentielle par d'autres catégories professionnelles.

1. La **réduction du recours** est liée à l'état de santé de la population, à l'évolution des habitudes et attentes des patients, ainsi qu'au mode de pratique des médecins. L'état de santé de la population dépendra pour sa part des mesures prises en matière de prévention et de promotion de la santé. Les habitudes de recours des patients dépendront aussi de leurs capacités financières et donc de leur participation aux frais de soins, tandis que le mode de pratique des médecins dépendra lui des modèles de prise en charge qui seront introduits à l'avenir (par exemple le managed care) et de l'évolution technologique.

Si l'écart démontré dans ce travail se vérifie, on peut émettre l'hypothèse que les habitudes de recours s'adapteront en partie à la carence de l'offre. Une réduction du recours peut aussi résulter de progrès technologiques. Si l'adaptation du recours concerne des soins « superflus » ou induits, elle aboutit à une rationalisation des soins. Mais si elle concerne des soins nécessaires, elle traduit alors un rationnement des soins qui pourrait à la longue entraîner une détérioration de l'état de santé accompagnée d'une augmentation ultérieure des besoins.

2. La littérature concernant la **substitution par d'autres professionnels** de santé, comme par exemple les « nurse practitioners » fournit des résultats contrastés. Elle contient peu de données quantitatives et concerne souvent des groupes de population ciblés et des recherches sont encore nécessaires dans ce domaine. Ainsi, les scénarios élaborés dans ce travail sont conservateurs et leur impact est limité. Une telle substitution devrait être réalisée à une échelle importante pour parvenir à décharger de manière significative les médecins. Nous ne disposons actuellement pas de données sur la disponibilité du personnel infirmier dans le secteur ambulatoire [8]. Le vieillissement démographique comme le raccourcissement des séjours hospitaliers entraînera aussi une demande accrue de soins paramédicaux (soins infirmiers à domicile, notamment), exerçant une pression sur l'ensemble des professions soignantes, susceptibles de limiter les capacités et l'acceptation des soignants non-médecins pour de nouvelles tâches médicales. Des scénarios réalisés pour la France ont mis en évidence que, dans les régions où la charge de travail « déléguable » est importante, la volonté du personnel infirmier de reprendre ces tâches et d'augmenter sa charge de travail est restreinte. Ainsi, cette solution, prise isolément, ne répondra pas à la pénurie médicale [9].

3. La **substitution par d'autres médecins** implique que des médecins spécialistes fournissent des soins de base, une situation considérée comme économiquement défavorable et peu efficiente. Nos projections indiquent qu'il existera une pression sur l'ensemble de la médecine ambulatoire, bien que moins marquée chez les spécialistes. Or, certains auteurs supposent que cette forme de substitution existe déjà dans les régions à densité médicale élevée [10]. Il est possible qu'à l'avenir, pour combler le déficit en soins spécialisés, ces spécialistes renoncent à offrir des soins de base, ce qui pourrait aggraver encore le déficit prévu en soins médicaux de base.

4. Ces résultats laissent supposer qu'une **pénurie importante de médecins, en particulier en médecine de base** apparaîtra d'ici 2030. Il est probable que des mesures comme la substitution par d'autres professionnels ne suffisent pas pour la compenser. Il est par conséquent important d'**augmenter l'offre en médecine de base**, en encourageant la formation des médecins dans cette catégorie, plutôt qu'en médecine plus spécialisée, comme

cela est déjà discuté, pour les formations tant prégraduée que postgraduée¹⁰. Adapter l'offre aux besoins futurs, implique des modifications stratégiques sur l'ensemble du cursus de formation des médecins : il s'agit d'évaluer le nombre d'étudiants admis dans les facultés de médecine, le nombre de spécialistes formés en médecine de base et le nombre de médecins étrangers autorisés à exercer en Suisse. Ces considérations doivent se faire pour l'ensemble du corps médical, en tenant compte des interactions entre le milieu ambulatoire et le milieu hospitalier. Enfin, considérant l'important effectif des médecins formés qui renoncent finalement à s'installer en cabinet, il est nécessaire d'encourager les alternatives qui facilitent l'installation des médecins, notamment dans les régions périphériques. Il s'agit par exemple de développer des solutions innovantes pour les services de garde, comme par exemple les services de garde en hôpital qui se mettent en place dans certaines régions. Enfin, la féminisation de la profession doit amener à considérer comme une priorité la création de structures permettent aux médecins de concilier leurs vies familiale et professionnelle par une politique incitative plutôt que dissuasive.

Ces résultats ne concernent que la médecine ambulatoire mais c'est l'ensemble des professions de la santé qui seront concernées par l'évolution démographique et qui doivent être intégrées dans les réflexions sur la formation et la planification des ressources. Le vieillissement de la population et la prise en charge des maladies chroniques impliqueront des besoins accrus autant en soins aigus que dans les domaines de la réadaptation, des soins de longue durée ou de la psychiatrie. En parallèle, la prise en charge des patients va s'orienter de plus en plus vers des soins ambulatoires, ou alors, dans le domaine des soins de longue durée, vers des formes intermédiaires de prise en charge. Ces changements ont des conséquences sur toutes les professions de santé, et leur impact est actuellement encore difficile à mesurer. Les stratégies à définir devront tenir compte de l'ensemble du système de soins et intégrer les interactions et l'équilibre existants entre les différentes parties de ce système. Elles devront en outre se pencher sur la répartition géographique des professionnels de manière à offrir des soins adéquats sur tout le territoire.

Ce rapport confirme l'importance de disposer de relevés systématiques détaillés qui permettent un suivi de l'évolution de tout le système de soins. Actuellement, le parcours professionnels des médecins et du personnel paramédical est mal documenté, ce qui limite les possibilités d'évaluer et de comprendre les interactions qui surviennent entre ces différentes professions. En médecine ambulatoire en particulier, la consultation médicale reste une unité de mesure hétérogène, quant à son contenu et à sa durée. Pour le système de soins dans son ensemble également, il serait donc souhaitable de disposer de plus d'information sur les tendances de morbidité des personnes âgées, sur l'impact de la morbidité sur la consommation de soins et sur la relation existant entre l'innovation technologique et le niveau de soins requis.

¹⁰ Voir le rapport du Conseil Suisse de la Science et de la Technologie paru en octobre 2007 (http://www.swtr.ch/ff/ablage/dokumentation/publikationen/swtr_demmed2007F.pdf) et la proposition de la CDS pour le financement de la formation postgrade parue en octobre 2006 (http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Medizinische_Grundversorgung/SchlussberichtWB-f_publiziert26.10.06_.pdf)

Conclusion

En dépit des limites de l'approche utilisée pour les projections de l'offre et du recours, ce travail donne un ordre de grandeur de leur évolution d'ici à 2030. Quelle qu'en soit l'ampleur finale, le vieillissement démographique pourrait entraîner une hausse importante du recours aux soins, tandis que l'offre en soins devrait plutôt diminuer. Il faut s'attendre à une forte pression sur l'offre en soins et la pratique médicale, particulièrement marquée en médecine de base. Cette situation souligne l'importance des stratégies visant à encourager l'orientation des nouveaux médecins vers la médecine de base et à les soutenir dans leur pratique. Sans celles-ci, le déséquilibre pourrait compromettre la mise en place de modèles de prise en charge considérés comme économiquement plus favorables tels que le gatekeeping.

Si le déséquilibre projeté entre l'offre et le recours se réalise, il est probable qu'il entraîne une réduction spontanée du recours aux soins et de leur intensité. Cette évolution nécessite d'être surveillée : La baisse du recours peut concerner des soins superflus -représentant une amélioration de l'efficience du système- ou des soins nécessaires, impliquant une diminution de l'accessibilité et un rationnement des soins. Or, c'est l'état de santé de la population qui reste le facteur déterminant de l'évolution du recours et il importe qu'à l'avenir également, la prise en charge médicale garantisse l'accès aux soins requis pour maintenir ou améliorer la santé de la population.

7 Bibliographie

1. Jaccard Ruedin H et al: *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*. 2007, Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
2. Bétrisey C, Jaccard Ruedin H: *Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004*. 2007, Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
3. Spycher S: *Prévisions et planification dans le domaine des soins ambulatoires*. 2004, Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
4. Martin DP et al: *Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial*. Am J Public Health, 1989. **79**(12): p. 1628-32.
5. Council on Medical Graduate Education: *Physician workforce policy Guidelines for the united States, 2000-2020*. 2005. US Department of Health and Human Services.
6. Phillips RL et al: *COGME's 16th Report to Congress: too many physicians could be worse than wasted*. Ann Fam Med, 2005. **3**(3): p. 268-70.
7. Birch S et al: *Human Resources Planning and the production of health: A Needs-based Analytical Framework*. Canadian Public Policy, 2007. **XXXIII**(Supplement).
8. Künzi K, Detzel P: *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute*. 2007, Observatoire suisse de la santé: Neuchâtel.
9. Bui D et al: *The task delegation issue: scenarios on the french sector of ambulatory care*. in *Symposium on National Experiences in addressing adverse Trends affecting the Health Workforce*. 2007. Lisbon.
10. Nocera S, Wanzenried G: *On the dynamics of physician density: Theory and empirical Evidence for Switzerland*. 2002, Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern: Bern. p. <http://ideas.repec.org/p/ube/dpvwib/dp0208.html>.

ANNEXE 1 : Recherche de littérature

Elle a été réalisée dans Medline pour les années 1990-2006 au moyen des mots-clés listés ci-dessous, en sélectionnant les articles en français, anglais, allemand, italien.

Substitution par la profession infirmière	Filtrage par médecin de 1 ^{ère} ligne (gatekeeping)
primary health care OR ambulatory care facilities OR physicians, family OR physician's practice patterns OR primary nursing care OR nursing care	primary health care OR ambulatory care facilities OR physicians, family OR physician's practice patterns OR community health centers
AND	AND
nurses OR nurse's role OR nurse practitioner OU nurse clinician OR nurse administrator	referral and consultation OR office visits OR gatekeeping OR physician's role
AND	AND
interprofessional relations OR personnel delegation OR substitution OR cooperation OR skill-mix	impact OR cost and cost analysis
AND	
clinical trials OR randomized controlled trials OR comparative study	

Résultats de la recherche de littérature :

1. Substitution par la profession infirmière

La recherche visait à identifier des publications examinant l'effet de la substitution des tâches sur l'activité du médecin de premier recours. Les publications concernant le rôle de la profession infirmière dans la prise en charge de pathologies spécifiques (par exemple, diabète) ont été exclues afin de restreindre la recherche à l'activité de premier recours.

La stratégie de recherche a identifié 1244 publications, parmi lesquelles 72 abstracts ont été sélectionnés. Finalement, 13 publications, dont une revue de littérature, correspondaient aux critères de recherche, 2 publications supplémentaires ont été identifiées parmi les références de ces publications, et 2 documents ont été trouvés en marge de la recherche de littérature.

L'extraction d'information portait en particulier sur l'âge des patients, notamment la proportion de ceux âgés de 65 ans et plus, et sur la fraction de l'activité médicale qui pourrait être déléguée à la profession infirmière, ou, pour certaines publications américaines, à un médecin en formation (physician assistant).

Notons que dans les publications retenues, la profession infirmière est en général représentée par des « nurse practitioner », au bénéfice d'une formation complémentaire de niveau master de 2 ans, qui peuvent travailler de manière autonome (diagnostic et soins), et parfois prescrire des médicaments. De plus, les infirmiers¹¹ inclus dans ces études avaient une expérience en tant que nurse practitioner d'au moins 1 an, allant jusqu'à plus de 10 ans.

La moitié des 14 études décrivent les innovations introduites lors de la réforme du National Health Service au Royaume-Uni dans les années 1990. Quatre études proviennent des Etats-Unis, dont une enquête nationale sur les soins ambulatoires de premier recours. Quant aux 3 dernières études, provenant de Hollande, du Canada, et d'Australie, elles ne concernent qu'un nombre limité de professionnels.

Trois études comparent les médecins et les non-médecins dans le cadre de l'activité médicale planifiée. L'une conclut que la satisfaction et les paramètres cliniques mesurés à 6 et 12 mois chez 1316 patients pris en charge par un médecin ou un infirmier sont similaires (Mundinger M, 2000). La seconde publication porte sur l'utilisation des services de santé chez des patients pris en charge par un médecin diplômé, par un médecin en formation ou par un infirmier. Les infirmiers prescrivaient un peu plus d'examen et de consultations spécialisées, sans différence significative. S'agissant de ressources coûteuses, l'efficacité de la substitution par les infirmiers est toutefois remise en question (Hemani A, 1999). L'étude de Roblin n'évalue que la satisfaction des patients, qui était un peu plus élevée chez les patients pris en charge par un infirmier ou un médecin en formation (Roblin D, 2004). La revue de littérature sur la substitution des médecins par des infirmiers aboutit à des conclusions analogues : la qualité des soins et la satisfaction des patients sont similaires, qu'il s'agisse d'infirmiers ou de médecins. La substitution par des infirmiers pourrait réduire la charge de travail des médecins, sauf s'ils doivent répondre à une demande non satisfaite. Le bilan économique est essentiellement lié à la différence de salaire entre les professions, les coûts de formation et les différences de pratique ayant aussi une influence (Laurant M, 2006).

¹¹ Afin d'alléger le texte, le terme „infirmier“ est employé pour désigner les professionnels des deux genres.

Sept études décrivent l'activité des infirmiers pour la prise en charge en urgence (par exemple, demande de consultation le jour même, ou en dehors des heures d'ouverture du cabinet, ou tri et consultations par téléphone, Brogan C, 1998, Chang E, 1999, Kinnersley P, 2000, Lattimer V, 1998, Munro J, 2000, Myers P, 1997, Shum C, 2000). Les résultats de ces études menées dans des contextes divers (incluant des consultations pédiatriques et de petite chirurgie) montrent qu'une proportion importante des demandes de consultations non planifiées sont liées à des pathologies bénignes, et pourraient attendre le lendemain. De même, la consultation par téléphone permettait de répondre à une partie des demandes. En termes de satisfaction et de paramètres cliniques, il n'y avait pas de différence significative entre les patients pris en charge par un infirmier ou par un médecin, bien que plusieurs études concluent à un niveau de satisfaction plus élevé chez les patients pris en charge par un infirmier, ce qui peut être lié à une durée de consultation en moyenne plus longue. Le gain d'efficacité lié à une rétribution moins élevée des infirmiers pourrait être réduit en raison de la durée de la consultation, ainsi que des examens complémentaires et consultations spécialisées demandées plus fréquemment par les infirmiers. Il faut souligner que les consultations incluses dans ces études ne sont qu'une partie de l'activité d'un médecin de premier recours, et concernaient essentiellement de jeunes patients. Une étude examine l'impact de la mise en service d'une assistance téléphonique régionale desservie par des infirmiers sur la charge des services de santé, et observe une diminution de la demande de consultations en urgence chez les généralistes couvrant cette région (Munro J, 2000).

Finalement, trois publications s'intéressent au partage des tâches entre médecins et infirmiers. En Hollande, certains cabinets de médecine générale ont engagé des infirmiers qui effectuent des tâches déléguées par les médecins (Laurant M, 2004). L'activité de ces cabinets a augmenté d'environ 4.5 consultations par semaine par rapport aux cabinets n'employant pas d'infirmiers. La charge de travail subjective des médecins était semblable dans les deux types de cabinets. Une autre étude sur la collaboration constate que les infirmiers fournissaient moins de prestations traditionnellement considérées comme médicales que les médecins, et que leur activité était majoritairement constituée de bilans de santé et de soins aux patients dépendants (Way D, 2001). L'étude nationale sur les soins médicaux ambulatoires menée aux Etats-Unis révèle qu'environ 25% des médecins emploient un infirmier ou un médecin en formation, qui effectuent environ 11% des consultations, dont la moitié de manière autonome (Hooker R, 2001). Les infirmiers et médecins en formation voient des patients plus jeunes, aux pathologies moins complexes, et leurs consultations durent en moyenne plus longtemps. Ces trois études indiquent qu'environ 5 à 20% de l'activité médicale de premier recours pourrait être déléguée à des infirmiers ou à des médecins en formation. Le gain d'environ une consultation par jour pourrait correspondre à la limite inférieure de cette fourchette, si l'on estime le nombre de consultations quotidiennes à environ 15 (Gervas J, 1994: 150/semaine, Hausser D, 1990: 85-113/semaine).

En conclusion, si plusieurs études décrivent des initiatives de substitution entre médecins de premier recours et infirmiers, leurs conclusions sont relativement limitées. En effet, la plupart des études concernent un nombre restreint de praticiens liés à des contextes particuliers, et travaillant avec des infirmiers dont la formation et les compétences varient d'un pays à l'autre. De plus, rares sont les études qui ont quantifié la fraction d'activité substituable. Il faut souligner que l'activité déléguée concerne plutôt des patients jeunes, aux pathologies peu complexes. Cependant, une substitution orientée vers les patients jeunes est susceptible de libérer du temps que le médecin pourrait consacrer aux patients plus âgés ou présentant des pathologies plus complexes.

Plusieurs publications évoquent aussi une spécialisation des prestations infirmières, en particulier vers les interventions de prévention (Buff A, 2006, Laurant M, 2006). Dans ce contexte, la collaboration avec un infirmier n'a pas un effet de substitution, mais représente une offre de prestations supplémentaires, auxquelles les médecins de premier recours renoncent parfois dans leur pratique courante faute de temps.

2. Gatekeeping

Parmi les 389 publications identifiées par la stratégie de recherche, nous avons sélectionné 55 abstracts pour ne retenir finalement que 10 publications, dont 3 revues de littérature. Pour compléter cette sélection, nous avons retenu deux études plus anciennes (Manning WG, 1984 et Martin DP, 1989), ainsi qu'une enquête sur la pratique médicale ambulatoire en Suisse Romande (Hausser D, 1990).

A l'instar des auteurs de revues de littérature sur le filtrage par le médecin de première ligne, ou gatekeeping (Miller RH, 1994, Grimshaw JM, 2005, Faulkner A, 2003), nous constatons tout d'abord que fort peu d'études ont cherché à évaluer l'effet du gatekeeping, et que les validités interne et externe de leurs résultats sont limitées. Les informations disponibles concernent plus souvent l'aspect économique (coût et utilisation) de cette forme d'organisation que son impact sur la charge de travail du médecin de premier recours.

Les quelques études estimant l'effet sur la charge de travail du médecin de premier recours montrent de manière relativement cohérente une tendance à l'augmentation des consultations de premier recours (Martin DP, 1989). Les résultats se situent toutefois dans une fourchette assez large, puisque l'augmentation du nombre annuel de consultations de premier recours par personne (ou assuré) varie entre une hausse non significative (Manning WG, 1984) et une augmentation de 25% (Joyce GF, 2000). Ces études montrent également une diminution du nombre moyen de consultations annuelles chez le spécialiste, variant entre 0% et 38 % (Hurley RE, 1991, Martin DP, 1989); on ignore toutefois si cette diminution est liée au report de la charge de travail sur le médecin de premier recours ou s'il s'agit de prestations inutiles épargnées, voire de prestations utiles dont les patients auraient été privés. Il faut souligner que ces chiffres émanent d'études portant sur des collectifs d'adultes de moins de 65 ans.

D'autres études portent sur la proportion de patients référés par le médecin de premier recours au spécialiste, ainsi que sur la proportion de patients « auto-référés » au spécialiste (Forrest CB, 1997, Forrest CB, 2003). Dans les systèmes avec filtrage par le médecin de première ligne, on observe une augmentation du nombre de patients référés par le médecin de premier recours au spécialiste; on ignore quelle proportion de ces références est médicalement adéquate. Le filtrage par le médecin de première ligne est aussi associé à une réduction d'environ 40% du taux de patients « auto-référés » dans la patientèle des médecins spécialistes, attribuable au fait que les patients doivent passer par le médecin de premier recours.

De nombreux facteurs autres que le mode d'assurance influencent le taux de référence aux consultations spécialisées, notamment les caractéristiques du patient (sévérité des cas), les habitudes de pratique du médecin, le mode de rémunération des médecins, et la disponibilité respective des médecins de premier recours et spécialistes (Grembowski DE, 1998, Gervas J, 1994). Les études portant sur la levée du gatekeeping et sur les assurances de type Point-Of-

Service¹² (Ferris TG, 2001, Joyce GF, 2000) semblent indiquer que les assurés continuent à consulter en première ligne leur médecin de premier recours et consultent assez rarement un spécialiste d'emblée, même si certaines études relèvent qu'ils apprécient d'avoir le choix du médecin consulté. Ceci pourrait être attribuable à la relation établie avec le médecin de premier recours, ou à une sorte d'habitude de recours aux soins.

Au vu de la complexité des processus de référence, et des échantillons peu représentatifs sur lesquels portent les études considérées, il est difficile d'en généraliser les résultats et, notamment, d'évaluer quel pourrait être l'effet de l'introduction à large échelle d'un système de filtrage par le médecin de première ligne en Suisse. De plus, il faut souligner que les trois études suisses qui se sont intéressées au filtrage par le médecin de première ligne et au flux des patients entre soins primaires et secondaires comportent des limites méthodologiques.

- Une étude comparative de type avant-après évalue l'effet de la mise en place en 1992 d'un modèle d'assurance de type managed care¹³ sur l'utilisation du système de santé par un collectif de jeunes assurés (Etter JF, 1997). Dans le groupe d'assurés en managed care, le nombre de consultations chez le généraliste montrait une hausse non significative (de 1.2 à 1.4 consultations/assuré/an), tandis que le nombre moyen de consultations spécialisées diminuait significativement (de 2.1 à 1.5 consultations/assuré/an). Il faut cependant noter un probable biais de sélection, les assurés ayant refusé d'adhérer au managed care étant ceux qui avaient occasionné plus de frais avant l'introduction du filtrage.
- Une étude rétrospective effectuée en 2001 sur les données d'une assurance compare l'utilisation et le coût des prestations de soins au sein de deux modèles d'assurance, avec et sans filtrage (Schwenkglens M, 2006). Le nombre de consultations de premier recours est le même dans les deux groupes (3.2 consultations/assuré/an), mais le nombre de consultations spécialisées est de 38% inférieur dans le collectif avec filtrage (1.0 vs 1.6 consultations/assuré/an). Ces résultats sont à considérer avec prudence, puisque cette étude, portant sur un collectif sélectionné, a été financée par le groupe d'assureur mettant sur pied une filière d'assurance avec filtrage par le médecin de première ligne ainsi que par l'industrie pharmaceutique. Par ailleurs, le taux de réponse extrêmement bas (26 % de données complètes) permet de douter de la validité des résultats.
- Finalement, une étude sur la pratique médicale ambulatoire à la fin des années 1980 menée dans deux cantons suisses décrit le flux des patients entre médecins en pratique privée et consultations spécialisées (Hausser D, 1990). Environ 5% des consultations en pratique ambulatoire privée donnent lieu à une référence. Parmi les consultations dans les services ambulatoires des hôpitaux, 10% sont initiées par le médecin de premier recours, 60% par le patient, tandis que 30% sont des consultations de suivi organisées par le spécialiste lui-même. Notons qu'en dépit du système de soins très différent, notamment au niveau du financement, et de la proportion plus basse de généralistes aux Etats-Unis, les résultats de l'étude suisse sont comparables à ceux de l'étude nationale sur les soins médicaux ambulatoires menée aux Etats-Unis (Hooker R, 2001).

¹² Contrat d'assurance basé sur l'obligation de s'inscrire chez un médecin de premier recours, mais permettant de consulter directement un spécialiste appartenant au réseau de l'assurance contre un co-paiement.

¹³ Terme général désignant les systèmes qui gèrent l'ensemble des questions de financement et d'organisation des soins par contrat avec des médecins et des hôpitaux, sous différentes formes (gatekeeping, health maintenance organization,...). Pour l'assuré, le managed care inclut l'obligation de consulter en première instance un médecin de premier recours.

En conclusion, l'introduction d'un système de filtrage par le médecin de première ligne semble augmenter le nombre de consultations de premier recours par assuré et par an de 5% (selon la seule étude randomisée contrôlée) à 25%, et semble diminuer le nombre de consultations spécialisées par assuré par an de 5% à 30-40%. Il est difficile d'évaluer comment le nombre de consultations en soins primaires et secondaires serait modifié au sein d'une population non sélectionnée, comportant une proportion plus importante de personnes âgées. Si le suivi des personnes âgées par un médecin de premier recours semble primordial dans une perspective de coordination des soins, la fréquence plus élevée de maladies chez ces personnes justifie aussi un recours plus fréquent à une consultation spécialisée.

Bibliographie, Annexe 1

- Brogan C, Pickard D, Gray A, Fairman S, Hill A. (1998). *The use of out of hours health services: a cross sectional survey*. BMJ; 316: 524-527.
- Chang E, Daly J, Hawkins A, McGirr J, Fielding K, Hemmings L, O'Donoghue A, Dennis M. (1999). *An evaluation of the nurse practitioner role in a major rural emergency department*. J Advanced Nursing; 30(1), 260-268.
- Etter JF, Perneger TV. (1997). *Introducing managed care in Switzerland: impact on use of health services*. Public Health; 641: 417-422.
- Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, Sharp D. (2003). *A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality patterns of referral to specialist secondary care*. British Journal of General Practice; 53, 878 – 884.
- Ferris TG, Chang Y, Blumenthal D, Pearson S. (2001). *Leaving gatekeeping behind – effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organisation*. N Engl J Med; 345: 1312-1317.
- Forrest CB, Nutting P, Werner JJ, Starfield B, von Schrader S, Rohde C. (2003). *Managed health plan effects on the speciality referral process, results from the ambulatory sentinel practice network referral study*. Medical Care; 41: 242-253.
- Forrest CB, Reid R. (1997). *Passing the baton: HMO's influence on referrals to speciality care*. Health Affairs; 16: 157-162.
- Gervas J. (1994). *Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe*. Family Practice; 11; 307-317.
- Grembowski DE, Cook K, Patrick DL, Roussel AE. (1998) *Managed Care and Physician Referral*. Med Care Res Rev. ; 55 : 3-31.
- Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. (2005). *Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care*. Cochrane database of systematic reviews, issue 3. Art n° CD005471.
- Hausser D, Jeangros C, Martin J. (1990). *La consultation médicale, étude de la pratique ambulatoire en Suisse romande*. Genève, Editions Médecine et Hygiène
- Hemani A, Rastegar D, Hill C, Al-Ibrahim M. (1999). *A comparison of resource utilisation in nurse practitioners and physicians*. Effective Clinic Practice; 2: 258-265.
- Hooker R, McCaig L. (2001). *Use of physician assistants and nurse practitioners in primary care, 1995-1999*. Health Affairs; 20 (4): 231-238.
- Hurley RE, Freund DA, Gage BJ. (1991). *Gatekeeper effects on patterns of physician use*. J Fam Pract; 32: 167-174.
- Joyce GF, Kapur K, van Vorst KA, Escarce JJ. (2000). *Visits to primary care physicians and to specialists under gatekeeper and point-of-service arrangements*. Am J Manag Care; 6: 1189-1196.
- Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, Stainthorpe A, Fraser A, Butler C, Rogers C. (2000). *Randomised controlled trial of nurse practitioner versus*

- general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. BMJ; 320: 1043-1048.*
- Kinnersley P, Rapport FM, Owen P, Stott N. (1999). *In-house referral: a primary care alternative to immediate secondary referral?. Family Practice; 16: 558-561.*
 - Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, Smith H, Moore M, bond H, Glasper A. (1998). *Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. BMJ; 317: 1054-1059.*
 - Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Sibbald B, Grol R. (2004). *Impact of nurse practitioner on workload of general practitioners: randomised controlled trial. BMJ; 328: 927-932.*
 - Manning WG, Leibowitz A, Goldberg GA, Rogers WH, Newhouse JP. (1984). *A controlled trial of a prepaid group practice on use of services. N Engl J Med; 310 (23); 1505-1510*
 - Martin DP, Diehr P, Price KF, Richardson WC. (1989). *Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomised trial. Am J Public Health; 79: 1628-1632.*
 - Miller RH, Luft HS. (1994). *Managed care plan performance since 1980, a literature analysis. JAMA;271: 1512-1519.*
 - Mundinger M, Kane R, Lenz E, Totten A, Tsai W, Cleary P, Friedewald W, Siu A, Shelanski M. (2000). *Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. JAMA; 283 (1): 59-68.*
 - Munro J, Nicholl J, O'cathain A, Knowles E. (2000). *Impact of NHS Direct on demand for immediate care : observational study. BMJ; 321: 150-153.*
 - Myers P, Lenci B, Sheldon M.(1997). *A nurse practitioner as the first point of contact for urgent medical problems in a general practice setting. Family Practice; 14 (6): 492-497.*
 - Roblin D, Becker E, Adams K, Howard D, Roberts M. (2004). *Patient satisfaction with primary care. Does type of practitioner matter?. Medical Care; 42 (6): 579-590.*
 - Schwenkglenks M, Preiswerk G, Lehner R, Weber F, Szucs TD. (2006). *Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. J Epidemiol Community Health; 60; 24-30.*
 - Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane M-A, Skoda S, Clement S. (2000). *Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. BMJ; 320: 1038-1043.*
 - Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. (2000). *Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ; 320: 1048-1053.*
 - Way D, Jones L, Baskerville B, Busing N. (2001). *Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. JAMC;165 (9): 1210-1214.*

ANNEXE 2 : Données numériques des figures

Figure 3.2 : Etat de la population en 2005 et projections jusqu'en 2030 par paliers de 5 ans, par âge et genre, en milliers de personnes

Source : OFS, scénario "moyen" (A-00-2005)

Année	Classes d'âge	Femmes	Hommes	Total
2005	0-18	753.2	796.4	1549.6
2005	19-40	1129.4	1129	2258.4
2005	41-65	1266.4	1268	2534.4
2005	66-75	325.6	272.6	598.3
2005	76-85	243.7	153	396.6
2005	86+	91.0	37.2	128.2
2010	0-18	728.6	772.3	3657.5
2010	19-40	1115.3	1120.6	2235.8
2010	41-65	1352.7	1356	2708.6
2010	66-75	356.3	311.8	668.1
2010	76-85	250.7	168.9	419.6
2010	86+	111.1	48.1	159.2
2015	0-18	706.5	751.3	1457.8
2015	19-40	1122.6	1129.8	2252.4
2015	41-65	1384.9	1387.9	2772.8
2015	66-75	405.9	365.4	771.3
2015	76-85	260.2	185.5	445.7
2015	86+	125.2	57.8	183.1
2020	0-18	697.5	742.4	1439.8
2020	19-40	1109	1122.3	2231.4
2020	41-65	1397.9	1400.1	2798
2020	66-75	429.4	389.1	818.4
2020	76-85	290.8	218.7	509.6
2020	86+	136.5	69.0	205.5
2025	0-18	691.7	737.0	1428.7
2025	19-40	1081.5	1102.6	2184.1
2025	41-65	1393.8	1392.6	2786.4
2025	66-75	450.9	412.6	863.5
2025	76-85	335.6	261.9	597.5
2025	86+	147.0	81.1	228.1
2030	0-18	685.4	731	1416.4
2030	19-40	1049.4	1076	2125.4
2030	41-65	1362.6	1363.4	2726
2030	66-75	500.4	459.9	960.2
2030	76-85	357.1	282.8	639.9
2030	86+	170.9	104.0	274.9

Figure 3.3 : Taux de recours observé entre 2001 et 2006, par âge et genre
Source : Pool de données santésuisse (février 2008) et OFS :ESPOP 2006

Année	Classes d'âge	Femmes	Hommes
2001	0-18	3.67	3.65
2001	19-40	5.27	2.64
2001	41-65	6.77	4.67
2001	66-75	9.38	8.29
2001	76-85	11.66	10.98
2001	86+	12.31	12.79
2002	0-18	3.53	3.53
2002	19-40	5.16	2.57
2002	41-65	6.62	4.62
2002	66-75	9.34	8.24
2002	76-85	11.69	10.98
2002	86+	12.71	13.01
2003	0-18	3.53	3.54
2003	19-40	4.96	2.45
2003	41-65	6.32	4.42
2003	66-75	9.04	7.99
2003	76-85	11.35	10.66
2003	86+	12.29	12.49
2004	0-18	3.25	3.25
2004	19-40	4.96	2.42
2004	41-65	6.51	4.54
2004	66-75	9.51	8.28
2004	76-85	11.95	11.22
2004	86+	13.26	13.28
2005	0-18	3.37	3.34
2005	19-40	5.11	2.45
2005	41-65	6.67	4.63
2005	66-75	9.65	8.41
2005	76-85	12.09	11.39
2005	86+	12.95	13.19
2006	0-18	3.41	3.37
2006	19-40	4.94	2.31
2006	41-65	6.45	4.50
2006	66-75	9.37	8.22
2006	76-85	11.68	11.17
2006	86+	12.14	12.53

Figure 3.4 : Taux de recours observé entre 2001 et 2006, par catégorie de spécialité
Source : Pool de données santésuisse (février 2008) et OFS :ESPOP 2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Médecine de base	3.14	3.10	2.99	3.03	3.06	2.95
Gynécologie	0.32	0.32	0.31	0.31	0.33	0.31
Pédiatrie	0.37	0.36	0.36	0.32	0.33	0.34
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	0.65	0.64	0.62	0.60	0.61	0.60
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	0.55	0.54	0.53	0.59	0.60	0.60
Psychiatrie	0.32	0.33	0.32	0.37	0.41	0.41

Figure 3.5 : Taux de recours observé entre 2001 et 2006, par classe d'âge et par catégorie de spécialité

Source : santésuisse et OFS

Année	Classes d'âge	Médecine de base	Gynécologie	Pédiatrie	Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	Psychiatrie
2001	0-18	1.37	0.03	1.63	0.33	0.18	0.12
2001	19-40	2.17	0.58	0.03	0.34	0.40	0.45
2001	41-65	3.49	0.35	0.01	0.74	0.69	0.43
2001	66-75	5.91	0.21	0.01	1.50	1.15	0.12
2001	76-85	8.11	0.12	0.01	1.85	1.24	0.07
2001	86+	9.92	0.06	0.01	1.48	0.94	0.04
2002	0-18	1.29	0.03	1.61	0.32	0.17	0.12
2002	19-40	2.11	0.57	0.03	0.32	0.39	0.45
2002	41-65	3.43	0.34	0.01	0.72	0.67	0.45
2002	66-75	5.86	0.22	0.01	1.49	1.15	0.13
2002	76-85	8.13	0.12	0.01	1.85	1.23	0.08
2002	86+	10.26	0.06	0.01	1.47	0.95	0.05
2003	0-18	1.28	0.03	1.63	0.31	0.17	0.12
2003	19-40	2.01	0.56	0.02	0.31	0.37	0.44
2003	41-65	3.26	0.32	0.01	0.70	0.64	0.44
2003	66-75	5.63	0.21	0.00	1.47	1.12	0.13
2003	76-85	7.87	0.12	0.01	1.81	1.20	0.07
2003	86+	9.93	0.06	0.01	1.39	0.91	0.05
2004	0-18	1.17	0.03	1.46	0.29	0.16	0.14
2004	19-40	1.96	0.56	0.02	0.28	0.38	0.49
2004	41-65	3.29	0.32	0.01	0.66	0.73	0.52
2004	66-75	5.83	0.22	0.00	1.44	1.31	0.15
2004	76-85	8.29	0.12	0.01	1.73	1.44	0.08
2004	86+	10.72	0.06	0.01	1.31	1.12	0.05
2005	0-18	1.18	0.04	1.53	0.29	0.16	0.15
2005	19-40	1.96	0.60	0.02	0.28	0.38	0.53
2005	41-65	3.33	0.33	0.01	0.67	0.74	0.58
2005	66-75	5.87	0.23	0.00	1.48	1.33	0.16
2005	76-85	8.35	0.13	0.01	1.77	1.47	0.10
2005	86+	10.50	0.06	0.01	1.28	1.12	0.06
2006	0-18	1.14	0.03	1.59	0.30	0.17	0.16
2006	19-40	1.87	0.58	0.02	0.27	0.37	0.52
2006	41-65	3.20	0.31	0.01	0.65	0.73	0.58
2006	66-75	5.63	0.22	0.00	1.48	1.32	0.18
2006	76-85	8.02	0.13	0.01	1.78	1.46	0.10
2006	86+	9.77	0.05	0.01	1.29	1.08	0.06

Figure 3.6 : Projection du recours (scénario de référence) entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, par âge et genre des assurés, en millions de consultations

Année	Classes d'âge	Femmes	Hommes	Total
2005	0-18	2.26	2.36	4.61
2005	19-40	5.16	2.50	7.66
2005	41-65	7.65	5.35	13.00
2005	66-75	2.88	2.11	5.00
2005	76-85	2.71	1.61	4.31
2005	86+	1.08	0.45	1.53
2010	0-18	2.19	2.29	4.47
2010	19-40	4.81	2.23	7.04
2010	41-65	7.90	5.48	13.37
2010	66-75	2.99	2.32	5.30
2010	76-85	2.62	1.69	4.31
2010	86+	1.22	0.57	1.79
2015	0-18	2.10	2.20	4.29
2015	19-40	4.76	2.12	6.88
2015	41-65	7.94	5.48	13.42
2015	66-75	3.33	2.66	5.99
2015	76-85	2.65	1.84	4.49
2015	86+	1.35	0.68	2.03
2020	0-18	2.07	2.17	4.24
2020	19-40	4.67	2.05	6.72
2020	41-65	7.95	5.47	13.41
2020	66-75	3.51	2.81	6.32
2020	76-85	2.95	2.13	5.08
2020	86+	1.47	0.81	2.29
2025	0-18	2.05	2.15	4.20
2025	19-40	4.54	1.98	6.52
2025	41-65	7.92	5.43	13.35
2025	66-75	3.69	2.98	6.67
2025	76-85	3.39	2.54	5.93
2025	86+	1.59	0.95	2.54
2030	0-18	2.03	2.13	4.16
2030	19-40	4.40	1.90	6.30
2030	41-65	7.73	5.31	13.04
2030	66-75	4.10	3.33	7.43
2030	76-85	3.61	2.74	6.35
2030	86+	1.84	1.22	3.06

Figure 3.7 : Projection du recours (scénario de référence) entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, par catégorie de spécialité, en millions de consultations

	Année	Femmes	Hommes	Total
Médecine de base	2005	12.18	8.68	20.86
	2010	12.13	8.73	20.86
	2015	12.30	8.92	21.22
	2020	12.64	9.21	21.84
	2025	13.08	9.63	22.71
	2030	13.53	10.07	23.60
Gynécologie	2005	2.11	0.01	2.12
	2010	2.05	0.01	2.06
	2015	2.09	0.01	2.10
	2020	2.10	0.01	2.11
	2025	2.08	0.01	2.09
	2030	2.05	0.01	2.06
Pédiatrie	2005	1.00	1.12	2.11
	2010	1.01	1.12	2.13
	2015	0.99	1.09	2.08
	2020	0.98	1.08	2.06
	2025	0.97	1.07	2.04
	2030	0.96	1.06	2.02
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	2005	2.30	1.81	4.11
	2010	2.47	1.95	4.42
	2015	2.58	2.08	4.66
	2020	2.67	2.18	4.85
	2025	2.76	2.29	5.06
	2030	2.85	2.40	5.26
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	2005	2.58	1.81	4.39
	2010	2.49	1.81	4.30
	2015	2.56	1.90	4.47
	2020	2.62	1.98	4.60
	2025	2.68	2.06	4.74
	2030	2.73	2.13	4.87
Psychiatrie	2005	1.57	0.96	2.53
	2010	1.57	0.95	2.53
	2015	1.61	0.97	2.58
	2020	1.61	0.98	2.59
	2025	1.60	0.97	2.58
	2030	1.58	0.96	2.54

Figure 3.8 : Projection du recours selon l'état de santé de la population entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, en millions de consultations

Année	Amélioration de l'état de santé	Scénario de référence	Détérioration de l'état de santé
2005	36.12	36.12	36.12
2010	35.58	36.29	36.78
2015	35.51	37.10	38.20
2020	35.43	38.05	39.85
2025	35.40	39.21	41.84
2030	35.04	40.35	43.96

Figure 3.9 : Projection du recours selon l'état de santé de la population entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, par catégorie d'âge des assurés, en millions de consultations (population de plus de 65 ans)

Classe d'âge	Année	Amélioration de l'état de santé	Scénario de référence	Détérioration de l'état de santé
66-75	2005	5.00	5.00	5.00
	2010	4.85	5.30	5.63
	2015	4.96	5.99	6.74
	2020	4.67	6.32	7.49
	2025	4.35	6.67	8.31
	2030	4.19	7.43	9.71
76-85	2005	4.31	4.31	4.31
	2010	4.11	4.31	4.47
	2015	4.06	4.49	4.84
	2020	4.35	5.08	5.71
	2025	4.81	5.93	6.92
	2030	4.85	6.35	7.69
86+	2005	1.53	1.53	1.53
	2010	1.73	1.79	1.79
	2015	1.90	2.03	2.03
	2020	2.04	2.29	2.29
	2025	2.17	2.54	2.54
	2030	2.50	3.06	3.06

Figure 3.10 : Projection du recours selon l'état de santé de la population entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, par catégorie de spécialité, en millions de consultations

	Année	Amélioration de l'état de santé	Scénario de référence	Détérioration de l'état de santé
Médecine de base	2005	20.86	20.86	20.86
	2010	20.35	20.86	21.29
	2015	20.09	21.22	22.18
	2020	19.99	21.84	23.43
	2025	19.99	22.71	25.05
	2030	19.81	23.60	26.80
Gynécologie	2005	2.12	2.12	2.12
	2010	2.06	2.06	2.06
	2015	2.10	2.10	2.10
	2020	2.10	2.11	2.11
	2025	2.09	2.09	2.09
	2030	2.06	2.06	2.06
Pédiatrie	2005	2.11	2.11	2.11
	2010	2.13	2.13	2.13
	2015	2.08	2.08	2.08
	2020	2.06	2.06	2.06
	2025	2.04	2.04	2.04
	2030	2.02	2.02	2.02
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	2005	4.11	4.11	4.11
	2010	4.30	4.42	4.46
	2015	4.38	4.66	4.76
	2020	4.39	4.85	5.00
	2025	4.39	5.06	5.27
	2030	4.35	5.26	5.55
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	2005	4.39	4.39	4.39
	2010	4.22	4.30	4.31
	2015	4.28	4.47	4.50
	2020	4.31	4.60	4.66
	2025	4.31	4.74	4.82
	2030	4.28	4.87	4.98
Psychiatrie	2005	2.53	2.53	2.53
	2010	2.53	2.53	2.53
	2015	2.58	2.58	2.58
	2020	2.59	2.59	2.59
	2025	2.58	2.58	2.58
	2030	2.54	2.54	2.54

Figure 3.11: Projection du recours (scénario gatekeeping) entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, en millions de consultations

Année	Scénario de référence	Gate-keeping
2005	36.12	36.12
2010	36.29	37.09
2015	37.10	37.92
2020	38.05	38.89
2025	39.21	40.09
2030	40.35	41.26

Figure 3.12 : Projection du recours (scénario gatekeeping) entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, par catégorie de spécialité, en millions de consultations

	Année	Scénario de référence	Gate-keeping
Médecine de base	2005	20.86	20.86
	2010	20.86	21.85
	2015	21.22	22.23
	2020	21.84	22.88
	2025	22.71	23.80
	2030	23.60	24.73
Gynécologie	2005	2.12	2.12
	2010	2.06	2.06
	2015	2.10	2.10
	2020	2.11	2.11
	2025	2.09	2.09
	2030	2.06	2.06
Pédiatrie	2005	2.11	2.11
	2010	2.13	2.13
	2015	2.08	2.08
	2020	2.06	2.06
	2025	2.04	2.04
	2030	2.02	2.02
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	2005	4.11	4.11
	2010	4.42	4.35
	2015	4.66	4.59
	2020	4.85	4.77
	2025	5.06	4.97
	2030	5.26	5.16
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	2005	4.39	4.39
	2010	4.30	4.22
	2015	4.47	4.39
	2020	4.60	4.53
	2025	4.74	4.66
	2030	4.87	4.78
Psychiatrie	2005	2.53	2.53
	2010	2.53	2.48
	2015	2.58	2.54
	2020	2.59	2.55
	2025	2.58	2.53
	2030	2.54	2.50

Figure 3.13 : Projection du recours (Scénario substitution) entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, en millions de consultations

Année	Scénario de référence	Substitution uniforme	Substitution différenciée
2005	36.12	36.12	36.12
2010	36.29	34.21	34.60
2015	37.10	34.98	35.41
2020	38.05	35.86	36.33
2025	39.21	36.94	37.45
2030	40.35	37.99	38.56

Figure 3.14 : Projection du recours (Scénario substitution) entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, par catégorie d'âge des assurés, en millions de consultations

Classe d'âge	Année	Scénario de référence	Substitution uniforme	Substitution différenciée
0-18	2005	4.61	4.61	4.61
	2010	4.47	4.32	4.32
	2015	4.29	4.15	4.15
	2020	4.24	4.10	4.10
	2025	4.20	4.06	4.06
	2030	4.16	4.03	4.03
19-40	2005	7.66	7.66	7.66
	2010	7.04	6.67	6.67
	2015	6.88	6.53	6.53
	2020	6.72	6.38	6.38
	2025	6.52	6.19	6.19
	2030	6.30	5.99	5.99
41-65	2005	13.00	13.00	13.00
	2010	13.37	12.59	12.59
	2015	13.42	12.64	12.64
	2020	13.41	12.63	12.63
	2025	13.35	12.57	12.57
	2030	13.04	12.28	12.28
66-75	2005	5.00	5.00	5.00
	2010	5.30	4.96	5.13
	2015	5.99	5.61	5.80
	2020	6.32	5.92	6.12
	2025	6.67	6.25	6.46
	2030	7.43	6.96	7.19
76-85	2005	4.31	4.31	4.31
	2010	4.31	4.02	4.16
	2015	4.49	4.18	4.34
	2020	5.08	4.73	4.90
	2025	5.93	5.52	5.72
	2030	6.35	5.92	6.13
86+	2005	1.53	1.53	1.53
	2010	1.79	1.65	1.72
	2015	2.03	1.87	1.95
	2020	2.29	2.10	2.19
	2025	2.54	2.34	2.44
	2030	3.06	2.82	2.94

Figure 3.15 : Projection du recours (scénarios mixtes) entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, en millions de consultations

Année	Scénario favorable	Scénario de référence	Scénario défavorable
2005	36.12	36.12	36.12
2010	33.54	36.29	37.59
2015	33.50	37.10	39.06
2020	33.43	38.05	40.75
2025	33.40	39.21	42.81
2030	33.06	40.35	45.00

Figure 3.16 : Projection du recours (scénarios mixtes) entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, par classe d'âge, en millions de consultations

Classe d'âge	Année	Scénario favorable	Scénario de référence	Scénario défavorable
0-18	2005	4.61	4.61	4.61
	2010	4.32	4.47	4.61
	2015	4.15	4.29	4.44
	2020	4.10	4.24	4.39
	2025	4.06	4.20	4.36
	2030	4.03	4.16	4.34
19-40	2005	7.66	7.66	7.66
	2010	6.67	7.04	7.17
	2015	6.53	6.88	7.02
	2020	6.38	6.72	6.87
	2025	6.19	6.52	6.68
	2030	5.99	6.30	6.48
41-65	2005	13.00	13.00	13.00
	2010	12.59	13.37	13.51
	2015	12.64	13.42	13.56
	2020	12.63	13.41	13.56
	2025	12.57	13.35	13.51
	2030	12.28	13.04	13.21
66-75	2005	5.00	5.00	5.00
	2010	4.54	5.30	5.77
	2015	4.64	5.99	6.88
	2020	4.38	6.32	7.64
	2025	4.07	6.67	8.47
	2030	3.92	7.43	9.88
76-85	2005	4.31	4.31	4.31
	2010	3.83	4.31	4.61
	2015	3.79	4.49	4.98
	2020	4.06	5.08	5.86
	2025	4.49	5.93	7.09
	2030	4.54	6.35	7.86
86+	2005	1.53	1.53	1.53
	2010	1.60	1.79	1.93
	2015	1.75	2.03	2.18
	2020	1.88	2.29	2.44
	2025	2.01	2.54	2.70
	2030	2.32	3.06	3.23

Figure 3.17 : Projection du recours (scénarios mixtes) entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, par catégorie de spécialité, en millions de consultations

		Scénario favorable	Scénario de référence	Scénario défavorable
Médecine de base	2005	20.86	20.86	20.86
	2010	18.31	20.86	22.30
	2015	18.08	21.22	23.24
	2020	17.99	21.84	24.55
	2025	17.99	22.71	26.25
	2030	17.83	23.60	28.09
Gynécologie	2005	2.12	2.12	2.12
	2010	2.06	2.06	2.06
	2015	2.10	2.10	2.10
	2020	2.10	2.11	2.11
	2025	2.09	2.09	2.09
	2030	2.06	2.06	2.06
Pédiatrie	2005	2.11	2.11	2.11
	2010	2.13	2.13	2.13
	2015	2.08	2.08	2.08
	2020	2.06	2.06	2.06
	2025	2.04	2.04	2.04
	2030	2.02	2.02	2.02
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	2005	4.11	4.11	4.11
	2010	4.30	4.42	4.39
	2015	4.38	4.66	4.68
	2020	4.39	4.85	4.91
	2025	4.39	5.06	5.17
	2030	4.35	5.26	5.45
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	2005	4.39	4.39	4.39
	2010	4.22	4.30	4.24
	2015	4.28	4.47	4.43
	2020	4.31	4.60	4.58
	2025	4.31	4.74	4.73
	2030	4.28	4.87	4.89
Psychiatrie	2005	2.53	2.53	2.53
	2010	2.53	2.53	2.48
	2015	2.58	2.58	2.53
	2020	2.59	2.59	2.54
	2025	2.58	2.58	2.53
	2030	2.54	2.54	2.50

Figure 4.3 : Evolution du nombre de diplômes de médecine humaine décernés, par genre de l'étudiant (Prévisions à partir de 2006).

Source: OFS, scénarios 2006-2015 pour les hautes-écoles

	Femmes	Hommes	Total
1981	223	608	831
1982	233	633	866
1983	231	554	785
1984	229	570	799
1985	271	576	847
1986	278	537	815
1987	285	519	804
1988	250	492	742
1989	254	425	679
1990	272	495	767
1991	278	375	653
1992	273	388	661
1993	273	389	662
1994	298	382	680
1995	284	396	680
1996	338	415	753
1997	333	422	755
1998	339	435	774
1999	373	448	821
2000	341	415	756
2001	381	403	784
2002	364	337	701
2003	293	330	623
2004	337	338	675
2005	340	283	623
2006	337	253	590
2007	346	257	603
2008	373	247	620
2009	361	239	600
2010	360	232	592
2011	346	242	588
2012	364	270	634
2013	379	279	658
2014	395	287	682
2015	405	298	703

Figure 4.4 : Nombre de titres fédéraux de spécialiste octroyés entre 1989 et 2005, par genre
Source: FMH (2005)

Année	Femmes	Hommes	Total
1989	121	560	681
1990	138	544	682
1992	200	545	745
1993	176	573	749
1994	205	654	859
1995	214	574	788
1996	243	566	809
1997	237	594	831
1998	179	479	658
1999	179	479	658
2000	249	440	689
2001	183	414	597
2002	757	1149	1906
2003	655	1020	1675
2004	461	713	1174
2005	435	632	1067

Figure 4.5 : Distribution des catégories d'âge dans l'octroi des titres fédéraux de spécialiste
Source: FMH (2005)

Année	Classe d'âge	Femmes	Hommes
2005	<35	130	159
2005	35-39	177	268
2005	40-44	57	98
2005	45-49	34	29
2005	50-54	20	26
2005	55-59	9	21
2005	60-64	4	10
2005	65-69	2	4
2005	70-74	1	8
2005	75-79	0	4
2005	80-84	0	2
2005	85-89	0	2
2005	90-94	0	0

Figure 4.6 : Distribution des médecins avec titre fédéral en exercice en 2004 par âge et genre
Source: FMH (2004)

Classe d'âge	Femmes	Hommes	Total
<34	242	235	477
35-39	801	1228	2029
40-44	1146	2562	3708
45-49	994	2894	3888
50-54	749	2976	3725
55-59	496	2746	3242
60-64	265	1628	1893
65-69	72	547	619
70-74	28	166	194
75-79	9	63	72
80+	4	33	37

Figure 4.7 : Distribution des médecins avec RCC actif en 2004, par âge et genre
Source: RCC santésuisse (2004)

Classe d'âge	Femmes	Hommes	Total
31-35	127	145	273
36-40	475	721	1196
41-45	812	1595	2407
46-50	850	2176	3025
51-55	668	2436	3104
56-60	495	2184	2679
61-65	298	1271	1569
66-70	141	696	838

Figure 4.8 : Production annuelle moyenne de consultations par médecin avec RCC actif en 2004, par âge et genre
Source: RCC santésuisse (2004)

Classe d'âge	Femmes	Hommes
36-40	832.82	1156.54
41-45	1312.25	1872.75
46-50	1659.33	2387.97
51-55	1954.02	2903.74
56-60	2004.98	3489.95
61-65	1750.79	3500.92
66-70	1879.68	3377.49

Figure 4.9 : Distribution des médecins avec RCC actif en 2004, par catégorie de spécialité
Source: RCC santésuisse (2004)

	Femmes	Hommes	Total
Médecine de base	1430.85	5129.81	6560.66
Gynécologie	341.13	653.41	994.55
Pédiatrie	317.56	461.49	779.05
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	345.23	1954.42	2299.65
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	417.50	1687.03	2104.53
Psychiatrie	1013.61	1338.32	2351.93

Figure 4.10 : Production annuelle moyenne de consultations par médecin avec RCC actif en 2004, par catégorie de spécialité et genre
Source: Pool de données santésuisse et RCC santésuisse (2004)

	Femmes	Hommes
Médecine de base	1663.31	3609.57
Gynécologie	1978.21	2293.61
Pédiatrie	1921.29	3455.42
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	2040.44	1781.49
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	1727.52	2203.87
Psychiatrie	852.83	1272.55

Figure 4.11 : Projection du nombre de médecins avec titre fédéral en exercice entre 2005 et 2030, par âge et genre

Classe d'âge	Année	Femmes	Hommes	Total
30-34	2005	240	233	473
	2010	492	427	919
	2015	510	310	820
	2020	542	347	890
	2025	542	347	890
	2030	542	347	890
35-39	2005	801	1228	2029
	2010	964	1186	2150
	2015	1213	1181	2394
	2020	1257	858	2115
	2025	1336	961	2297
	2030	1336	961	2297
40-44	2005	1146	2562	3708
	2010	990	1530	2520
	2015	1196	1520	2716
	2020	1443	1446	2890
	2025	1496	1050	2546
	2030	1590	1177	2767
45-49	2005	994	2894	3888
	2010	1255	2685	3940
	2015	1104	1626	2731
	2020	1336	1627	2963
	2025	1583	1530	3113
	2030	1640	1111	2751
50-54	2005	749	2976	3725
	2010	1041	3018	4059
	2015	1308	2789	4096
	2020	1160	1708	2867
	2025	1404	1717	3121
	2030	1650	1602	3252
55-59	2005	496	2746	3242
	2010	637	2594	3231
	2015	918	2726	3643
	2020	1159	2525	3684
	2025	1037	1562	2599
	2030	1245	1569	2814
60-64	2005	265	1628	1893
	2010	303	1590	1893
	2015	385	1500	1884
	2020	558	1637	2195
	2025	708	1526	2233
	2030	638	948	1586
65-69	2005	72	547	619
	2010	84	535	619
	2015	98	521	619
	2020	125	492	616
	2025	189	558	747
	2030	237	523	759

Figure 4.12 : Projection du nombre de médecins avec RCC actif entre 2005 et 2030, par âge et genre

Classe d'âge	Année	Femmes	Hommes	Total
31-35	2005	127	145	273
	2010	263	288	551
	2015	272	209	482
	2020	290	235	524
	2025	290	235	524
	2030	290	235	524
36-40	2005	475	721	1196
	2010	593	682	1275
	2015	733	684	1417
	2020	759	497	1256
	2025	807	557	1364
	2030	807	557	1364
41-45	2005	812	1595	2407
	2010	712	951	1663
	2015	849	955	1803
	2020	1024	904	1929
	2025	1061	657	1718
	2030	1128	736	1864
46-50	2005	850	2176	3025
	2010	1062	1996	3057
	2015	931	1212	2143
	2020	1132	1213	2344
	2025	1327	1139	2466
	2030	1375	827	2202
51-55	2005	668	2436	3104
	2010	927	2456	3383
	2015	1158	2254	3412
	2020	1034	1388	2422
	2025	1248	1383	2631
	2030	1462	1294	2755
56-60	2005	495	2184	2679
	2010	656	2057	2713
	2015	940	2163	3103
	2020	1170	1987	3158
	2025	1069	1234	2303
	2030	1269	1234	2503
61-65	2005	298	1271	1569
	2010	340	1240	1580
	2015	445	1166	1611
	2020	655	1277	1931
	2025	826	1190	2015
	2030	753	740	1493
66-70	2005	141	696	838
	2010	190	679	869
	2015	219	663	881
	2020	299	622	920
	2025	460	696	1155
	2030	580	647	1227

Figure 4.13 : Projection du nombre de médecins avec titre fédéral en exercice entre 2005 et 2030, par catégorie de spécialité

	Année	Femmes	Hommes	Total
Médecine de base	2005	1736	6686	8422
	2010	2164	5947	8111
	2015	2557	5168	7725
	2020	2875	4384	7258
	2025	3115	3735	6850
	2030	3317	3330	6647
Gynécologie	2005	407	680	1087
	2010	527	591	1118
	2015	633	503	1136
	2020	723	424	1147
	2025	794	378	1172
	2030	849	352	1200
Pédiatrie	2005	462	593	1055
	2010	579	547	1126
	2015	695	494	1189
	2020	811	451	1262
	2025	910	406	1316
	2030	978	355	1333
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	2005	445	2677	3122
	2010	556	2590	3146
	2015	661	2460	3121
	2020	763	2269	3032
	2025	852	2040	2892
	2030	923	1814	2737
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	2005	642	2615	3257
	2010	829	2522	3351
	2015	1008	2368	3376
	2020	1163	2132	3294
	2025	1295	1890	3185
	2030	1409	1706	3115
Psychiatrie	2005	1071	1563	2634
	2010	1113	1367	2480
	2015	1176	1181	2357
	2020	1246	980	2226
	2025	1329	802	2131
	2030	1403	682	2084
Total	2005	4763	14814	19577
	2010	5767	13564	19331
	2015	6731	12173	18904
	2020	7580	10640	18219
	2025	8294	9252	17546
	2030	8878	8238	17116

Figure 4.14 : Projection du volume d'arrivées et de départs de médecins avec titre fédéral entre 2005 et 2030 par paliers de 5 ans, par catégorie de spécialité

	Année	Arrivées	Départs
Médecine de base	2010	277	296
	2015	262	297
	2020	252	302
	2025	254	293
	2030	255	250
Gynécologie	2010	47	31
	2015	45	32
	2020	43	32
	2025	45	31
	2030	46	30
Pédiatrie	2010	45	23
	2015	43	23
	2020	44	22
	2025	45	27
	2030	45	34
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	2010	107	78
	2015	99	80
	2020	94	88
	2025	97	100
	2030	96	91
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	2010	138	96
	2015	128	100
	2020	119	112
	2025	119	118
	2030	118	103
Psychiatrie	2010	86	99
	2015	93	100
	2020	93	102
	2025	95	96
	2030	97	84

Figure 4.15 : Projection du nombre de médecins avec RCC actif entre 2005 et 2030, par catégorie de spécialité

	Année	Femmes	Hommes	Total
Médecine de base	2005	1431	5130	6561
	2010	1841	4600	6441
	2015	2224	4016	6240
	2020	2581	3381	5961
	2025	2874	2890	5764
	2030	3109	2565	5674
Gynécologie	2005	341	653	995
	2010	460	563	1023
	2015	575	478	1053
	2020	673	409	1082
	2025	755	359	1114
	2030	818	330	1148
Pédiatrie	2005	318	461	779
	2010	386	439	825
	2015	463	405	868
	2020	551	365	917
	2025	635	328	963
	2030	699	289	987
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	2005	345	1954	2300
	2010	432	1920	2352
	2015	512	1835	2347
	2020	599	1717	2315
	2025	675	1557	2232
	2030	742	1365	2107
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	2005	417	1687	2105
	2010	546	1653	2199
	2015	656	1552	2208
	2020	761	1407	2168
	2025	875	1263	2138
	2030	948	1136	2084
Psychiatrie	2005	1014	1338	2352
	2010	1077	1173	2251
	2015	1116	1020	2136
	2020	1197	844	2041
	2025	1273	692	1966
	2030	1347	585	1932

Figure 4.16 : Projection de l'offre (scénario de référence) entre 2005 et 2030, en millions de consultations

Année	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Consultations (millions)	36.12	36.20	34.35	32.32	30.26	28.78

Figure 4.17 : Projection de l'offre (scénario de référence) entre 2005 et 2030, par catégorie de spécialité, en millions de consultations

Médecine de base	2005	20.86
	2010	20.07
	2015	18.75
	2020	17.01
	2025	15.31
	2030	14.31
Gynécologie	2005	2.12
	2010	2.22
	2015	2.07
	2020	2.07
	2025	2.09
	2030	2.12
Pédiatrie	2005	2.11
	2010	2.35
	2015	2.24
	2020	2.26
	2025	2.32
	2030	2.30
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	2005	4.11
	2010	4.44
	2015	4.39
	2020	4.36
	2025	4.25
	2030	4.03
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	2005	4.39
	2010	4.62
	2015	4.60
	2020	4.50
	2025	4.29
	2030	4.14
Psychiatrie	2005	2.53
	2010	2.49
	2015	2.30
	2020	2.12
	2025	1.99
	2030	1.88

Figure 4.18 : Projection de l'offre (Baisse de production) entre 2005 et 2030, en millions de consultations

Année	Production stable	Baisse de la production
2005	36.12	36.12
2010	36.20	36.08
2015	34.35	33.94
2020	32.32	31.43
2025	30.26	28.72
2030	28.78	26.57

Figure 4.19 : Projection de l'offre (Baisse de production) entre 2005 et 2030, par catégorie de spécialité, en millions de consultations

	Année	Production stable	Baisse de la production
Médecine de base	2005	20.86	20.86
	2010	20.07	20.00
	2015	18.75	18.53
	2020	17.01	16.58
	2025	15.31	14.57
	2030	14.31	13.20
Gynécologie	2005	2.12	2.12
	2010	2.22	2.22
	2015	2.07	2.04
	2020	2.07	1.99
	2025	2.09	1.96
	2030	2.12	1.94
Pédiatrie	2005	2.11	2.11
	2010	2.35	2.35
	2015	2.24	2.21
	2020	2.26	2.20
	2025	2.32	2.21
	2030	2.30	2.13
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	2005	4.11	4.11
	2010	4.44	4.43
	2015	4.39	4.33
	2020	4.36	4.23
	2025	4.25	4.05
	2030	4.03	3.75
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	2005	4.39	4.39
	2010	4.62	4.61
	2015	4.60	4.55
	2020	4.50	4.36
	2025	4.29	4.06
	2030	4.14	3.82
Psychiatrie	2005	2.53	2.53
	2010	2.49	2.48
	2015	2.30	2.27
	2020	2.12	2.06
	2025	1.99	1.89
	2030	1.88	1.74

Figure 5.2 : Comparaison des projections de l'offre (production stable) et du recours (scénario de référence, scénario favorable et scénario défavorable) entre 2005 et 2030, **en millions de consultations**

Année	Production stable	Scénario favorable	Scénario de référence	Scénario défavorable
2005	36.12	36.12	36.12	36.12
2010	36.20	33.54	36.29	37.59
2015	34.35	33.50	37.10	39.06
2020	32.32	33.43	38.05	40.75
2025	30.26	33.40	39.21	42.81
2030	28.78	33.06	40.35	45.00

Figure 5.3 : Comparaison de l'offre (production stable) et du recours (scénario de référence, scénario favorable et scénario défavorable) entre 2005 et 2030, par catégorie de spécialité, en millions de consultations

	Année	Production stable	Scénario favorable	Scénario de référence	Scénario défavorable
Médecine de base	2005	20.86	20.86	20.86	20.86
	2010	20.07	18.31	20.86	22.30
	2015	18.75	18.08	21.22	23.24
	2020	17.01	17.99	21.84	24.55
	2025	15.31	17.99	22.71	26.25
	2030	14.31	17.83	23.60	28.09
Gynécologie	2005	2.12	2.12	2.12	2.12
	2010	2.22	2.06	2.06	2.06
	2015	2.07	2.10	2.10	2.10
	2020	2.07	2.10	2.11	2.11
	2025	2.09	2.09	2.09	2.09
	2030	2.12	2.06	2.06	2.06
Pédiatrie	2005	2.11	2.11	2.11	2.11
	2010	2.35	2.13	2.13	2.13
	2015	2.24	2.08	2.08	2.08
	2020	2.26	2.06	2.06	2.06
	2025	2.32	2.04	2.04	2.04
	2030	2.30	2.02	2.02	2.02
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	2005	4.11	4.11	4.11	4.11
	2010	4.44	4.30	4.42	4.39
	2015	4.39	4.38	4.66	4.68
	2020	4.36	4.39	4.85	4.91
	2025	4.25	4.39	5.06	5.17
	2030	4.03	4.35	5.26	5.45
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	2005	4.39	4.39	4.39	4.39
	2010	4.62	4.22	4.30	4.24
	2015	4.60	4.28	4.47	4.43
	2020	4.50	4.31	4.60	4.58
	2025	4.29	4.31	4.74	4.73
	2030	4.14	4.28	4.87	4.89
Psychiatrie	2005	2.53	2.53	2.53	2.53
	2010	2.49	2.53	2.53	2.48
	2015	2.30	2.58	2.58	2.53
	2020	2.12	2.59	2.59	2.54
	2025	1.99	2.58	2.58	2.53
	2030	1.88	2.54	2.54	2.50



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Confédération 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
Bundesamt für Statistik BFS
Office fédéral de la statistique OFS
Ufficio federale di statistica UST

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