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

Soins ambulatoires de premier recours dans le canton de Berne

POINT DE VUE

Disposer de données fiables est essentiel afin d'optimiser l'offre de soins. Pour apprécier la couverture médicale sur son territoire, le canton de Berne peut s'appuyer sur deux sources de données majeures: l'enquête sur les soins médicaux réalisée tous les deux ans depuis 2013 par la Société des médecins du canton de Berne (SMCB) auprès de ses membres et l'Étude Workforce de Berne 2020–2025 (Étude Workforce) de l'Institut bernois de médecine de famille (BIHAM). Sur la base des résultats de ces études, des mesures efficaces telles que le programme «Assistanat au cabinet médical» ont pu être mises en œuvre pour améliorer l'offre de soins et lutter contre la pénurie de fournisseurs de prestations, une situation qui n'est plus limitée aux seules régions périphériques du canton.

Ce bulletin présente la méthode développée par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) pour analyser la densité de l'offre de soins, à partir d'un indice d'accessibilité spatiale. Sa validité est confirmée par la corrélation avec les résultats de l'enquête SMCB et de l'Étude Workforce. La méthode Obsan constitue un complément essentiel à l'enquête SMCB et à l'Étude Workforce: sur la base de données de routine existantes, elle permet non seulement d'analyser précisément l'offre de soins dans une région donnée, mais aussi d'examiner régulièrement son évolution et par là même l'efficacité des mesures appliquées pour optimiser la couverture médicale.

Les résultats présentés dans ce bulletin confirment la pertinence de la méthode développée par l'Obsan pour évaluer l'offre de soins de premier recours dans le canton de Berne. Il n'y a pas de raison de penser qu'elle ne puisse pas s'appliquer à d'autres spécialisations ou à d'autres cantons. De précieuses informations pourraient notamment être collectées pour l'admission de fournisseurs de prestations ambulatoires.

Dr Esther Hilfiker
Dr Rainer Felber
Co-présidence de la Société des médecins du canton de Berne (SMCB)

Différences régionales dans l'accès aux soins de premiers recours

Bénéficier d'un accès adéquat à la médecine de premier recours est essentiel. Cela n'est toutefois possible que si une offre de soins suffisante est disponible dans un périmètre raisonnable. La pénurie de médecins de premier recours en Suisse fait actuellement l'objet de nombreux débats (voir notamment Rozsnyai et Streit, 2021). Ce bulletin examine la situation en matière d'offre de soins dans le canton de Berne, en particulier l'accès à la médecine de premier recours. L'analyse se fonde pour l'essentiel sur les données de l'Étude Workforce de Berne (ci-après «Étude Workforce») et les résultats de l'enquête sur les soins médicaux de la Société des médecins du canton de Berne (SMCB) pour la période 2013 à 2019 (ci-après «enquête SMCB») ainsi que sur la méthode mise au point par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) pour analyser la densité de l'offre de soins. La validité de la méthode Obsan est également examinée.

Principaux résultats

- Plus de 50% des médecins de premiers recours en exercice interrogés font état d'un déficit de médecins généralistes dans l'ensemble des régions administratives du canton, à l'exception du Jura bernois.
- Compte tenu des départs à la retraite à venir et de la tendance à la baisse du taux d'occupation des médecins, la prise en charge ambulatoire de premier recours devrait diminuer de 22% dans le canton d'ici à 2025.
- L'indice d'accessibilité développé par l'Obsan permet d'identifier les différences régionales en termes de densité de l'offre de soins. La méthode Obsan est validée par comparaison avec l'évaluation des médecins en exercice dans le canton (Étude Workforce et enquête SMCB). Cette méthode peut être appliquée aux autres cantons sans enquêtes complémentaires.

Deux tiers des médecins de premier recours interrogés font état d'une pénurie de médecins de famille dans le canton

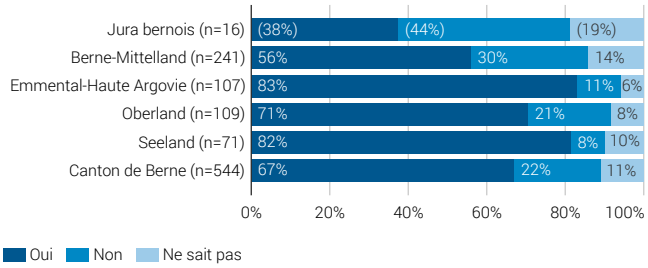
En 2020, l'Institut bernois de médecine de famille (BIHAM) a initié avec plusieurs partenaires l'Étude Workforce dans le but d'établir un aperçu de la couverture médicale de base dans le canton de Berne. Cette étude s'appuyait sur une enquête réalisée auprès des médecins de premiers recours en activité, qui avait obtenu un taux de réponse de 95% (Stierli et al., 2021). L'une des questions portait notamment sur la situation en matière de médecine de premier recours[1]. Comme le montre le graphique G1, environ deux tiers des répondants ont fait état d'une pénurie de médecins de premiers recours dans le canton. La région de l'Emmental-Haute Argovie était la plus touchée (83%), suivie du Seeland (82%) et de l'Oberland (71%). Plus de la moitié des médecins (56%) évoquaient également une situation critique dans la région de Berne-Mittelland, la situation la moins préoccupante s'observant dans le Jura bernois (38%). 60% des médecins ayant participé à l'enquête indiquaient par ailleurs être obligés de refuser partiellement ou totalement la prise en charge de nouveaux patients.

Aggravation de la pénurie de médecins de premier recours

Les participants à l'enquête SMCB, soit les médecins en activité membres de l'association professionnelle, sont eux aussi invités à s'exprimer sur l'accès aux soins de base dans leur région (voir également Exadaktylos et Gubler, 2019). En 2019 (taux de réponse de 30%), 51% des répondants ont estimé que leur région était insuffisamment pourvue en médecins de famille, contre 46% en 2013 (voir graphique G2). Cette détérioration de l'accès à la médecine de premier recours est essentiellement à mettre au compte d'évolutions démographiques. Près de la moitié des médecins de premier recours en exercice ont plus de 55 ans et atteindront l'âge de la retraite au cours des dix prochaines années (voir Burla et al., 2022). D'après les données de l'Étude Workforce, la prise en charge ambulatoire de premier recours diminuera en moyenne de 22% d'ici à 2025 compte tenu des départs à la retraite et de la baisse du taux d'occupation chez les médecins assurant la relève (voir graphique G3), avec des variations de 11 à 26% selon la région administrative considérée. À cela s'ajoute le vieillissement de la population et par là même l'augmentation des besoins de soins, notamment des soins de base.

[1] Il a été demandé aux praticiens participant à l'enquête s'ils estimaient qu'il y avait pénurie de médecins de famille dans leur région, sans que le terme «région» soit défini.

Pénurie de médecins de premier recours dans le canton de Berne, selon la région administrative, en 2020 **G1**

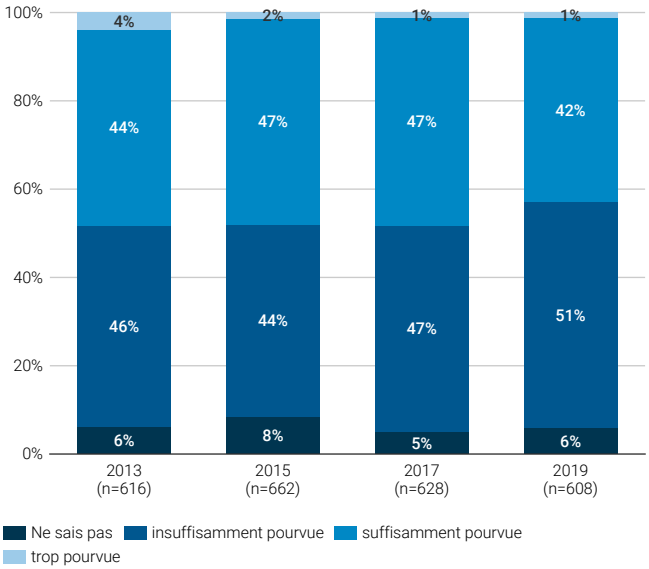


Remarques: n = 921 médecins de premiers recours, aucune réponse = 377. Les chiffres entre parenthèses ont une pertinence limitée (n=10–29).

Source: BIHAM – Étude Workforce / évaluation Obsan

© Obsan 2023

Couverture médicale de base dans le canton de Berne, de 2013 à 2019 **G2**

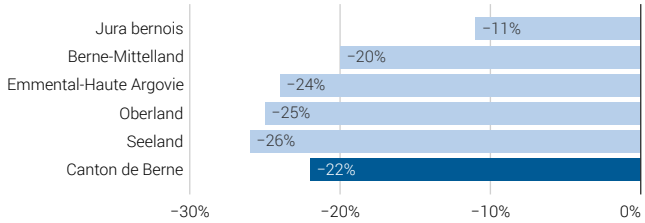


Remarque: les personnes interrogées sont membres de la Société des médecins du canton de Berne (SMCB)

Source: enquête SMCB / évaluation Obsan

© Obsan 2023

Diminution de la prise en charge ambulatoire de premier recours dans le canton de Berne, selon la région administrative, de 2020 à 2025 **G3**



Remarque: les calculs se fondent sur les indications des répondants quant à leur taux d'occupation actuel et dans 5 ans; n = 803 médecins de premier recours, aucune réponse = 2

Source: BIHAM – Étude Workforce / évaluation Obsan

© Obsan 2023

Limites des données d'enquêtes

Les enquêtes telles que l'Étude Workforce et l'enquête SMCB fournissent des informations d'autant plus essentielles sur la couverture médicale de base qu'elles sont réalisées auprès de médecins en activité dans le canton. Cela étant, la recherche par sondage présente par essence certaines limites. Premièrement, la pertinence des données recueillies dépend largement du taux de réponse. Ceci est particulièrement vrai pour les analyses régionales. L'obtention d'un taux de réponse élevé impliquant des moyens et des coûts considérables, ce type d'enquête ne peut généralement être mené que durant une période et dans une aire géographique limitées. Deuxièmement, même si le taux de réponse est satisfaisant, les données collectées ne peuvent souvent être agrégées qu'à un niveau géographique supérieur. L'analyse à un niveau inférieur (communal, p. ex.) n'est généralement pas possible. Troisièmement, les informations collectées reposent sur des évaluations subjectives. Or les processus politiques ou de planification doivent se fonder sur des éléments probants, à savoir sur des informations objectives. Il ne s'agit pas ici de remettre en cause la valeur de l'Étude Workforce ou de l'enquête SMCB, mais plutôt d'alerter sur la nécessité de définir des méthodes complémentaires permettant d'évaluer au mieux la situation en matière d'accès aux soins – régulièrement, à l'échelle de la Suisse et indépendamment de données d'enquêtes – et d'élaborer des scénarios en prévision des évolutions futures.

Densité de l'offre de soins: une variable difficile à mesurer

Comme indiqué en introduction, la couverture médicale de base est réputée assurée dans une région donnée si une offre de soins suffisante répondant aux besoins de la population est disponible dans un périmètre raisonnable. Il s'agit donc d'examiner, pour chaque région, si l'offre de soins est suffisante et en adéquation avec les besoins. Le problème, c'est que les indicateurs à même de décrire la densité de l'offre de soins à petite échelle restent rares. L'indicateur le plus souvent utilisé est le ratio PPR (provider to population ratio): il rend compte de l'offre de soins par rapport à la population résidante, généralement pour une région administrative donnée (p. ex. nombre de médecins de premier recours pour 1000 habitants au niveau communal). Le PPR a cependant lui aussi ses limites. D'une part, il ne tient pas compte des rapports de dépendance entre les régions. Si cela n'est guère problématique pour une analyse à grande échelle (au niveau cantonal, p. ex.), cela le devient pour une analyse à petite échelle. Le PPR est ainsi généralement élevé pour les communes en situation centrale. C'est oublier toutefois que la zone d'influence des fournisseurs de soins de ces communes s'étend bien au-delà du territoire communal. La limitation à la population résidante constitue un autre biais, car les besoins en matière de soins d'autres catégories de personnes ne sont pas pris en compte (travailleurs pendulaires pouvant être amenés à bénéficier de soins sur leur lieu de travail; touristes, dont le nombre peut être important dans les grandes destinations touristiques).

Méthode de l'Obsan pour analyser la densité de l'offre de soins

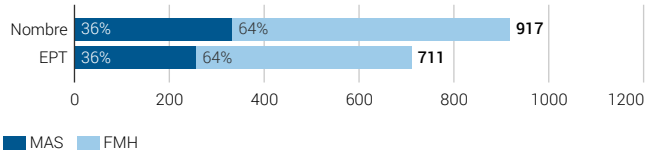
Désireux d'éviter les biais des indicateurs classiques tels que le PPR, l'Obsan a élaboré sa propre méthode pour analyser la densité de l'offre de soins à petite échelle (ci-après «méthode Obsan»). Cette méthode se fonde sur la littérature spécialisée relative à la distribution spatiale de l'offre de soins et exploite les possibilités offertes par les systèmes d'information géographiques (SIG). Ses quatre composantes clés et les analyses réalisées sont présentées ci-après (pour une description détaillée de la méthode, voir Jörg et Haldimann, 2023, 2022).

Opérationnalisation de l'offre de soins

Dans un premier temps, il s'agissait de circonscrire l'offre de soins pertinente. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur le relevé des données structurelles des cabinets médicaux et centres ambulatoires de l'Office fédéral de la statistique (OFS), couramment appelé MAS (Medical Ambulatory Structure), et la statistique médicale de la Fédération des médecins suisses (FMH). L'objectif étant d'examiner la situation de la médecine de premier recours, les analyses présentées ici considèrent exclusivement les prestataires de soins ambulatoires spécialisés en médecine interne générale ou ayant le titre de médecin praticien. Les soins en ambulatoire fournis en milieu hospitalier n'ont pas été pris en compte. Plusieurs critères d'exclusion ont par ailleurs été appliqués afin de restreindre le nombre de médecins considérés aux médecins en activité. Ont ainsi été exclus les médecins ayant indiqué ne pas être actifs dans la prise en charge primaire ou ne plus l'être au 31 décembre (données MAS), ainsi que ceux ayant déclaré moins de CHF 50 000 de prestations AOS en 2019 (données de SASIS SA). Les offres de soins ont ensuite été géolocalisées au moyen des coordonnées géographiques. La capacité des médecins a quant à elle été exprimée sous la forme d'équivalents plein temps (EPT), calculés à partir des taux d'occupation individuels indiqués (ou estimés par imputation, lorsque cette information était manquante). Pour l'année 2019, cette procédure a permis d'identifier 917 médecins exerçant la médecine de famille dans le canton de Berne, soit 711 EPT (graphique G4)[2].

[2] L'offre de soins est de 8% supérieure à celle déterminée dans le cadre de l'Étude Workforce (rapportée au nombre de médecins, cf. Stierli et al., 2021). Cela s'explique par le fait que les données ont été recueillies à des moments différents, que certains retraits de la statistique médicale de la FMH sont intervenus tardivement et que l'Étude Workforce inclut exclusivement les fournisseurs de prestations indiquant pratiquer principalement la médecine de premier recours, tandis que les enquêtes utilisées ici (données MAS) considèrent tous les fournisseurs de prestations ayant indiqué travailler au moins une demi-journée par semaine dans un centre ambulatoire.

Nombre de médecins de premier recours et équivalents plein temps (EPT) dans le canton de Berne, selon la source de données, en 2019 **G4**



Sources: OFS, MAS; FMH – Statistique médicale © Obsan 2023

Opérationnalisation de la demande de la population

L'indice d'accessibilité déterminé avec la méthode Obsan n'est pas exprimé par habitant, mais par rapport à la demande de la population. Celle-ci est décrite au moyen de différentes composantes et sources de données:

- La population de référence est la **population résidante**, dont la répartition géographique par hectare peut être calculée au moyen des géodonnées de la Statistique de la population et des ménages (STATPOP) de l'OFS.
- Les **différences en termes de besoins** sont établies par pondération des besoins, selon la structure de la population et la charge de morbidité. Les besoins sont pondérés au moyen d'un modèle de régression (voir Jörg et al., 2022).
- Les **flux de pendulaires** se fondent sur le nombre d'emplois, exprimés en EPT, conformément aux géodonnées de la Statistique structurelle des entreprises (STATENT) de l'OFS.
- L'influence du **tourisme** est prise en compte, par hectare également, sur la base du nombre de nuitées issues de la Statistique de l'hébergement touristique de l'OFS.
- Le volume de **prestations de l'AOS fournies en faveur de patients étrangers** (frontaliers notamment) est intégré sur la base de données de SASIS SA.

Les diverses composantes sont exprimées sous la forme d'équivalents de la population résidante, ce qui permet de formuler les besoins en «demande de X personnes».

Analyse de l'accessibilité

Comme évoqué plus haut, l'une des faiblesses du PPR est qu'il considère les rapports de dépendance uniquement au sein de la région analysée, qui est en général une région administrative (commune, canton, etc.). La méthode Obsan, elle, tient compte de l'interaction spatiale entre l'offre et la demande en intégrant la dimension de la distance entre le lieu où les prestations sont fournies et le lieu où s'exprime la demande de la population. Une analyse de l'accessibilité de l'offre de soins (ou analyse de la zone desservie) peut ainsi être réalisée pour chaque site de fournisseur de prestation. L'unité utilisée est le temps de trajet, en minutes, nécessaire pour accéder à l'offre au moyen d'un véhicule motorisé individuel (voiture, moto, etc.). Chaque offre se voit par ailleurs assortie d'un coefficient de distance. Plus la distance est petite, plus cette valeur et par conséquent la probabilité d'interaction entre la population et le fournisseur de prestations est grande.

Encadré 1: Méthode MHV3SFCA

Étape 1: on commence par calculer la probabilité que la population i demande les prestations d'une offre déterminée j à l'aide du modèle de Huff. La probabilité de la demande $Huff_{ij}$ dépend de la capacité S_j du fournisseur de prestations et de la distance d_{ij} à parcourir par la population pour accéder à l'offre en question, ainsi que des autres offres de soins accessibles dans le périmètre maximal considéré par la population i (dénominateur de la formule).

$$Huff_{ij} = \frac{S_j f(d_{ij})}{\sum_{j \in \{d_{ij} \leq d_i^{rel}\}} S_j f(d_{ij})} \boldsymbol{I}(d_{ij} \leq d_i^{rel})$$

$I(.)$ est une fonction caractéristique donnant la valeur 1 si la condition entre parenthèses est vraie, sinon 0. La zone desservie de chaque offre est calculée séparément: elle dépend du nombre global d'offres accessibles à une distance équivalente et du nombre d'offres concurrentielles pertinentes Q.

$$d_i^{rel} = \min_{0 \leq d_r \leq d_{max}} \{d_r | \sum_j \boldsymbol{I}(d_{ij} \leq d_r) \geq Q\}$$

Q est choisi en tenant compte de l'objet de l'analyse et de l'opérationnalisation de la distance. La valeur par défaut est 1, ce qui reflète la parfaite rationalité du comportement des patients. Cela signifie que la zone desservie d_i^{rel} intègre seulement des offres de soins situées à la même (classe de) distance que l'offre la plus proche.

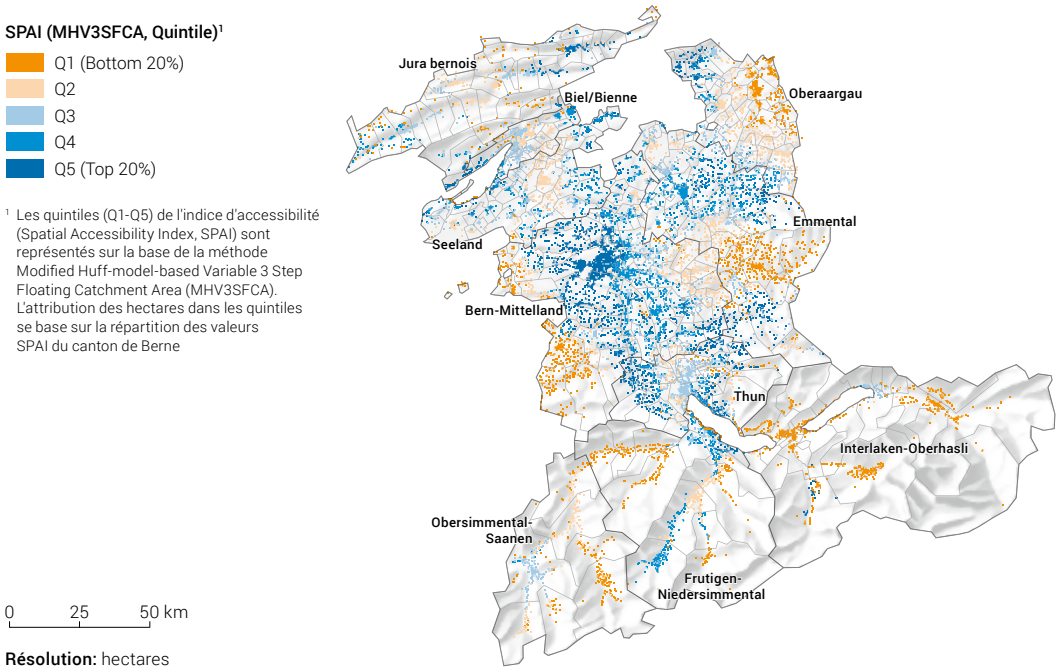
Étape 2: on détermine ensuite, pour chaque site où les prestations sont fournies, le rapport R_j entre l'offre et la demande. Pour ce faire, on divise la capacité S_j de l'offre j par la somme de la demande de toutes les populations P_i résidant dans le rayon maximal considéré, que l'on multiplie par la probabilité de la demande $Huff_{ij}$.

$$R_j = \frac{S_j}{\sum_{i \in \{d_{ij} \leq d_{max}\}} Huff_{ij} P_i}$$

Étape 3: on calcule enfin l'indice d'accessibilité spatiale (*spatial accessibility index*, $SPAI$) b). Celui-ci correspond à la somme des rapports de l'offre et de la R_j des offres de soins accessibles pour la population i dans le rayon maximal d_{max} multipliée par la probabilité de demande $Huff_{ij}$ et par le coefficient établi au moyen de la fonction $f(d_{ij})$.

$$SPAI_i = \sum_{j \in \{d_{ij} \leq d_{max}\}} Huff_{ij} R_j f(d_{ij})$$

Indice d'accessibilité (SPAI) en médecine générale dans le canton de Berne par hectare, en 2019 **G 5**



Sources: OFS – MAS, STATPOP, STATENT, SOMED, HESTA; FMH – Statistique médicale; SASIS SA – PD, PT, RCC; OFSP – MedReg / analyse Obsan

© Obsan 2023

Calcul de l'indice d'accessibilité

L'indice d'accessibilité est calculé sur la base de l'offre de soins déterminante, de la demande de la population et de la distance entre l'offre et la demande. Le calcul s'appuie sur des approches qui sont décrites dans la littérature scientifique et qui appartiennent à la famille des méthodes FCA (floating catchment crea) existantes. Ces méthodes tiennent compte des flux potentiels de patients selon les zones desservies par les fournisseurs de prestations indépendamment des limites communales ou cantonales. La méthode utilisée est la méthode MHV3SFCA (modified huff-model-based variable 3 step floating catchment area) mise au point par l'Obsan. Le mode de calcul est brièvement décrit dans l'encadré 1 (pour plus d'informations, voir Jörg et Haldimann 2023, 2022).

Accès à la médecine de premier recours dans le canton de Berne: des différences régionales notables

La carte G5 présente l'indice d'accessibilité spatiale (SPAI) par hectare de la médecine de premier recours dans le canton de Berne. Le choix des couleurs repose sur la classification par quintiles en fonction du SPAI. Les 20% des hectares présentant l'indice d'accessibilité le plus élevé sont illustrés en bleu foncé, les 20% ayant l'indice le plus bas en orange. Sans surprise, la meilleure accessibilité s'observe dans l'agglomération de Berne (concentration de valeurs SPAI élevées). Les soins de premier recours sont également bien accessibles dans l'est du Jura bernois et sur la rive nord du lac de Thoune. Le Simmental et le Haslital dans l'Oberland bernois, ainsi que certaines portions de l'Emmental et de Haute-Argovie rassemblent la majorité des hectares où l'indice d'accessibilité spatiale est nettement inférieur à la moyenne.

Contrôle de l'indice d'accessibilité

La méthode développée par l'Obsan pour analyser la densité de l'offre de soins est assez complexe, dans la mesure où un grand nombre de facteurs d'influence doivent être pris en compte pour décrire les besoins en soins dans une région. L'indice qui en résulte décrit l'accessibilité de l'offre de soins pour un site donné. Sans connaître la situation en matière d'offre de soins, il est cependant difficile d'évaluer la pertinence des différences d'accessibilité identifiées à l'aide de la méthode. L'idée était donc de contrôler la validité de l'indice au moyen des évaluations de médecins à même de fournir un éclairage pertinent sur l'offre de soins dans leur région. On a donc utilisé les résultats de l'Étude Workforce (part des répondants ayant fait état d'une pénurie de médecins de premier recours dans leur région) et de l'enquête SMCB (part des répondants considérant leur région comme insuffisamment pourvue en médecins de premier recours). Concrètement, une analyse de corrélation a été réalisée (encadré 2), qui avait pour but de déterminer la corrélation entre l'indice d'accessibilité défini selon la méthode Obsan et les indicateurs sur la situation en matière de soins d'après les données d'enquête. Pour parfaire l'évaluation, on a également examiné la corrélation avec le PPR (nombre d'EPT pour 1000 habitants) et le SPAI déterminé selon des méthodes FCA alternatives, notamment les méthodes 2SFCA, 3SFCA, E2SFCA, E3SFCA et M2SFCA (pour une description détaillée de ces méthodes, voir Jörg et Haldimann, 2023, ou Jörg et al., 2019).

Encadré 2: Analyse de corrélation

L'analyse de corrélation est une méthode statistique bivariée utilisée pour mesurer la force de la relation linéaire entre deux variables. Pour les analyses présentées ici, l'indice d'accessibilité et les résultats des enquêtes ont été agrégés au niveau des trois premiers chiffres des codes postaux (régions NPA3). Ces régions sont d'une part suffisamment petites pour que des modèles spatiaux pertinents soient identifiés, d'autre part suffisamment grandes pour permettre l'extraction d'informations à partir des données d'enquête. Concrètement, on détermine pour chaque région NPA3 la part de personnes qui déplorent une pénurie de médecins de premier recours (Étude Workforce) ou estiment que leur région est insuffisamment pourvue en médecins de premier recours (enquête SMCB). Une analyse de corrélation pondérée du nombre de réponses pour chaque région NPA3, permet ensuite d'analyser la corrélation entre les résultats des enquêtes et les indicateurs d'accessibilité (PPR et SPAI déterminé selon différentes méthodes FCA). On se fonde ici sur l'hypothèse selon laquelle les informations collectées dans le cadre des enquêtes sont d'autant plus fiables que le nombre de répondants dans une région est élevé. La pondération permet de donner plus d'importance (plus de poids) à ces régions dans l'analyse de corrélation. La robustesse des résultats est par ailleurs vérifiée au moyen de la corrélation des rangs de Spearman: d'une part il s'agit ici d'une analyse de corrélation non pondérée (la même importance est accordée à l'ensemble des régions), d'autre part les exigences sont moindres pour les données d'entrée et le type de relation.

Le tableau T 1 présente les résultats de ces analyses. Pour l'indicateur de la pénurie de médecins de premier recours (Étude Workforce), la plus forte corrélation selon Pearson s'observe pour l'indice d'accessibilité Obsan (MHV3SFCA dans le tableau T 1). Cela se vérifie avec la significativité d'une part, le coefficient de corrélation d'autre part. Plus de coefficient de corrélation est proche de 1 (ou de –1), plus la corrélation entre les variables est forte. Le signe moins indique que pour un indice d'accessibilité élevé, le nombre de répondants faisant état d'une pénurie de médecins est faible (corrélation négative entre les deux variables). Les valeurs de l'indice d'accessibilité sont donc cohérentes avec les évaluations des médecins en exercice. Plus l'indice d'accessibilité Obsan est élevé dans une région, plus la part des répondants faisant état d'une pénurie de médecins de premier recours est faible.

On note également une corrélation significative pour les indices d'accessibilité déterminés selon les méthodes 2SFCA, E2SFCA et M2SFCA. Ces méthodes obtiennent de bien meilleurs résultats avec l'analyse de corrélation pondérée qu'avec la corrélation des rangs non pondérée. Elles décrivent donc particulièrement bien la situation en matière d'offre de soins dans les grandes villes et les communes d'une certaine taille. Il n'y a que peu ou pas de corrélation significative pour les indices d'accessibilité spatiale des méthodes 3SFCA et E3SFCA, ainsi que le PPR, signe que ces indicateurs ne reflètent guère l'appréciation des médecins en matière d'offre de soins dans leur région.

C'est aussi l'indice d'accessibilité Obsan qui présente la plus forte corrélation selon Pearson avec l'indicateur d'une faible dotation en médecins (enquête SMCB). Une corrélation plus marquée entre cet indicateur et les autres méthodes FCA s'observe uniquement dans le cadre de la corrélation de rangs de Spearman. Les résultats pour la méthode Obsan sont assez semblables.

Corrélation entre les indicateurs de la situation en matière d'offre de soins déterminés sur la base des données d'enquête et le ratio PPR, et l'indice d'accessibilité spatiale (SPAI) déterminé selon plusieurs méthodes FCA, en 2019 **T 1**

Indicateurs données d'enquête	Méthode de corrélation	PPR	Spatial Accessibility Index (SPAI) selon la méthode FCA					
			2SFCA	3SFCA	E2SFCA	E3SFCA	M2SFCA	MHV3SFCA
% pénurie de médecins [a]	Pearson (pondérée) [c]	–0,29 *	–0,41 ***	0,23 *	–0,40 ***	0,22	–0,38 ***	–0,54 ***
	Spearman [d]	–0,27 *	–0,35 **	0,18	–0,33 **	0,20	–0,29 *	–0,55 ***
% dotation insuffisante [b]	Pearson (pondérée) [c]	–0,30 *	–0,45 ***	0,07	–0,46 ***	0,04	–0,47 ***	–0,48 ***
	Spearman [d]	–0,12	–0,30 *	–0,04	–0,31 **	–0,03	–0,29 *	–0,23 *

Sont représentés les coefficients de corrélation selon Pearson/Spearman ainsi que le seuil de significativité.
Seuil de significativité (test bilatéral): * = p < 0,05, ** = p < 0,01, *** = p < 0,001

[a] Part des répondants ayant fait état d'une pénurie de médecins de premier recours dans la région (Étude Workforce)
[b] Part des répondants estimant que leur région est insuffisamment pourvue en médecins de premier recours (enquête SMCB)
[c] Corrélation pondérée selon Pearson (pondération: nombre de réponses par région NPA3)
[d] Corrélation de rangs selon Spearman

Sources: OFS – MAS, STATPOP, STATENT, HESTA; FMH – Statistique des médecins; données SASIS SA; OFSP – MedReg; BIHAM – Étude Workforce; enquête SMCB / évaluation Obsan

© Obsan 2023

Conclusions et perspectives

Le présent bulletin établit un état des lieux de la couverture médicale de base dans le canton de Berne. Il se fonde à cet effet sur les données de l'Étude Workforce, les résultats de l'enquête SMCB et l'indice d'accessibilité spatiale selon la méthode développée par l'Obsan. La majorité des médecins de premier recours interrogés dans le cadre de l'Étude Workforce déplorent une pénurie de médecins de premier recours dans la région. Cette situation devrait s'aggraver dans les années qui viennent au vu de la structure d'âge des médecins et des départs à la retraite qui se profilent. Avec son programme «Assistanat au cabinet médical» (Rozsnyai et al., 2019) et son programme de promotion des spécialités aux ressources insuffisantes[3], le canton de Berne s'est doté de divers instruments, assortis d'incitations financières, afin de renforcer la médecine de premier recours. L'évaluation de l'efficacité de ces mesures passe par une analyse régulière et systématique de l'accessibilité de l'offre de soins et l'identification des différences régionales. Pour ce faire, la méthode d'analyse de la densité de l'offre de soins développée par l'Obsan constitue un instrument adéquat. Les résultats présentés dans ce bulletin montrent une cohérence entre l'indice d'accessibilité déterminé selon la méthode Obsan et l'évaluation des médecins en exercice dans le canton, ce qui confirme la validité de la méthode. La méthode Obsan présente un certain nombre d'atouts. Premièrement, l'indice d'accessibilité permet d'analyser l'offre de soins à petite échelle et fournit des résultats pertinents pour toutes les régions, y compris celles dans lesquelles l'offre de soins n'est pas très importante. Le calcul s'effectue par hectare, une agrégation étant ensuite possible (par commune, district, etc.). La méthode Obsan se prête donc particulièrement bien à l'analyse des spécialisations de la médecine de premier recours pour lesquelles la proximité joue un rôle important. Deuxièmement, contrairement aux enquêtes dont la couverture régionale et la périodicité ne peuvent être garanties en raison de leurs coûts, l'indice d'accessibilité peut être déterminé chaque année pour l'ensemble du territoire moyennant un investissement modeste, car il se fonde sur des données collectées régulièrement. Troisièmement, l'indice d'accessibilité propose une évaluation objective de la situation en matière d'offre de soins, tandis que les indicateurs fondés sur les données d'enquête sont influencés par les appréciations subjectives des personnes interrogées. Quatrièmement, l'indice d'accessibilité est calculé à partir de données de routine, ce qui évite de réaliser des enquêtes supplémentaires comme le veut le principe once-only en vigueur au sein de l'administration fédérale (voir OFS, 2021)[4], à la condition que l'appariement des données s'effectue facilement. Malgré tous ces avantages, la méthode Obsan présente elle aussi ses limites (voir Jörg et Haldimann, 2022). Sa pertinence pour l'évaluation des différences régionales d'accessibilité des offres de soins est cependant confirmée.

[3] Voir https://www.gsi.be.ch.

[4] Le principe once-only est un élément fondamental du programme Gestion nationale des données (NaDB) du Conseil fédéral, qui vise à simplifier la gestion des données au sein de l'administration fédérale et à la rendre plus efficace grâce à l'utilisation multiple. L'objectif est que les entreprises et les personnes ne soient obligées de fournir qu'une seule fois certaines données à l'administration.

Références

OFS (2021). Gestion nationale des données: NaDB informations détaillées. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS), https://www.bfs.admin.ch.

Burla, L., Widmer, M. et Zeltner, C. (2022). Projection des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse. Partie 1: Total des domaines de spécialité, médecine générale, pédiatrie, psychiatrie et psychothérapie et orthopédie. Rapport final de l'Obsan et du comité «Coordination de la formation postgrade des médecins» sur mandat du dialogue «Politique nationale suisse de la santé» (Obsan Rapport 04/2022). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Exadaktylos, A. et Gubler, M. (2019) BEKAG-Versorgungsumfrage 2019. Doc.be Das Magazin der Aerztegesellschaft des Kantons Bern, Nr. 5, Oktober 2019, https://www.berner-aerzte.ch.

Jörg, R. et Haldimann, L. (2023). MHV3SFCA: A new measure to capture the spatial accessibility of health care systems. Health Place. Volume 79, 2023, 102974, ISSN 1353-8292,. doi: 10.1016/j.healthplace.2023.102974. Epub 2023 Jan 26. PMID: 36708664.

Jörg, R. et Haldimann, L. (2022). Regionale Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung. Methodik zur Analyse der Versorgungsdichte und Anwendung am Beispiel der Hausarztmedizin (Obsan Bericht 07/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Jörg, R., Kaiser, B., Burla, L., Haldimann, L. et Widmer, M. (2022). Regionale Versorgungsgrade pro Fachgebiet als Grundlage für die Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Schlussbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und von BSS Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 05/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Jörg, R., Lenz, N., Wetz, S. et Widmer, M. (2019). Ein Modell zur Analyse der Versorgungsdichte: Herleitung eines Index zur räumlichen Zugänglichkeit mithilfe von GIS und Fallstudie zur ambulanten Grundversorgung in der Schweiz (Obsan Bericht 01/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Rozsnyai, Z. et Streit S. (2021). Berner WorkforceStudie 2020–2025. doc.be, Organ der Aerztegesellschaft des Kantons Bern; Herausgeber: Aerztegesellschaft des Kantons Bern. URL: https://www.berner-aerzte.ch

Rozsnyai, Z; Diallo, B et Streit, S. (2019). 10 Jahre Praxisassistenzprogramm im Kanton Bern. Schweizerische Ärztezeitung. 2019;100(19):642-3

Stierli, R.; Rozsnyai, Z.; Felber, R.; Jörg, R.; Kraft, E.; Exadaktylos, A.; et Streit S. (2021). Primary Care Physician Workforce 2020 to 2025 – a cross-sectional study for the Canton of Bern. Swiss Med Wkly. 2021 Sep 10;151:w30024. doi: 10.4414/SMW.2021.w30024. PMID: 34499438.

Remerciements
Les travaux présentés dans ce bulletin n'auraient pas été possibles sans la mise à disposition des données et le soutien apporté par la FMH, la SMCB, le BIHAM et l'OFS. Nous adressons nos chaleureux remerciements à Esther Kraft (FMH), Esther Hilfiker, Rainer Felber, Markus Gubler et Aristomenis Exadaktylos (SMCB), ainsi qu'à Frédéric Clausen et à Michael Bühler (OFS).

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

Impressum

Éditeur
Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs
Reto Jörg, Lucas Haldimann, (Obsan); Sven Streit, Zsofia Rozsnyai, (BIHAM)

Référence bibliographique
Jörg, R., Haldimann, L. Rozsnyai, Z. et Streit S. (2023).
Soins ambulatoires de premier recours dans le canton de Berne. Différences régionales dans l'accès aux soins de premier recours (Obsan Bulletin 03/2023).
Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations
Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tél. +41 58 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Langue du texte original
Allemand; cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 1033-2303).

Traduction
Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Mise en page/graphiques
Office fédéral de la statistique (OFS), Publishing et diffusion PUB

Cartes
Office fédéral de la statistique (OFS), Publishing et diffusion PUB

En ligne
www.obsan.ch → Publications

Imprimés
www.obsan.ch → Publications
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Numéro OFS
1034-2303

© Obsan 2023

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

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

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