



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

Prévisions et planification dans le domaine des soins ambulatoires

Analyse bibliographique et débats
d'experts concernant les prévisions
et la planification des effectifs
médicaux dans le secteur ambulatoire
en Suisse

Stefan Spycher

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 de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations consultez www.obsan.ch et www.nationalegesundheits.ch.

L'Obsan confie à des experts externes ou à ses collaborateurs 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.

Stefan Spycher:
Prévisions et planification dans le domaine des
soins ambulatoires

Document de travail 5 de l'Obsan
Octobre 2004

Commandes:
obsan.expedition@gewa.ch
ou Obsan-Versand, c/o GEWA
Tannholzstr. 14, CH-3052 Zollikofen
CHF 15.– plus frais d'expédition
ISBN 3-907872-10-X

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

Editeurs des documents de travail de l'Obsan:
Paul Camenzind, Hélène Jaccard Ruedin,
Katharina Meyer, Peter C. Meyer, Andrea Zumbrunn

Adresse d'auteur:
Dr. Stefan Spycher
Bureau d'études de politique du travail et de
politique sociale (BASS)
Konsumstrasse 20
3007 Berne



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

Prévisions et planification dans le domaine des soins ambulatoires

**Analyse bibliographique et débats d'experts concernant les
prévisions et la planification des effectifs médicaux
dans le secteur ambulatoire en Suisse**

Document de travail 5

Stefan Spycher

Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS), Berne

Octobre 2004

Observatoire suisse de la santé

Neuchâtel

Table des matières

Table des matières	3
Résumé.....	5
1 Point de départ, problématique, méthode	11
1.1 Point de départ des travaux	11
1.2 Problématique	13
1.3 Méthode	14
2 Résultats de l'analyse bibliographique	15
2.1 Aperçu des axes de discussion	15
2.2 Est-il vraiment nécessaire de planifier? Quels sont les objectifs d'une planification?	16
2.3 Que faudrait-il planifier et que peut-on planifier et comment?.....	18
2.4 Quelles sont les méthodes prévisionnelles à disposition?.....	20
2.4.1 Offre de service.....	20
2.4.2 Demande de service	22
2.4.3 Constat de déséquilibres	27
2.5 A quels résultats aboutissent les prévisions?	27
2.5.1 Offre de service.....	27
2.5.2 Demande de service	30
2.5.3 Offre et demande de service	31
2.5.4 Lignes directrices pour l'établissement des prévisions	35
2.6 Les résultats effectifs viennent-ils confirmer les prévisions?	35
2.7 Quels sont les pays qui recourent à la planification et quelles expériences ont-ils faites?.....	36
2.7.1 Aperçu.....	36
2.7.2 Allemagne.....	37
2.7.3 Pays-Bas	42
2.7.4 Comparaison entre l'Allemagne et les Pays-Bas	44
2.7.5 Autriche	46
2.7.6 Comparaisons thématiques entre plusieurs pays.....	47
2.7.7 Concordance entre planification et réalité.....	51
2.8 De quels aspects pratiques les processus de prévisions/planification doivent-ils tenir compte?	51
2.9 Quelles expériences de planification ont-elles été réalisées dans des domaines apparentés?	52
2.10 Quelles conclusions peut-on tirer de l'analyse bibliographique?.....	53

3	Résultats des discussions d'experts	56
3.1	Solutions envisageables.....	56
3.2	Expériences réalisées.....	58
3.3	Définition de systèmes de prévision et de planification.....	60
3.4	Autres aspects concernant la planification et les prévisions dans le secteur ambulatoire.....	62
3.5	Possibilités de monitoring.....	63
3.6	Recommandations des experts.....	64
3.7	Conclusion.....	65
4	Discussion des résultats	67
5	Bibliographie et sources	69
5.1	Bibliographie structurée.....	69
5.1.1	Nécessité d'une planification.....	69
5.1.2	Théorie de la planification.....	70
5.1.3	Méthodes prévisionnelles.....	70
5.1.4	Prévisions concrètes portant sur l'offre et la demande.....	70
5.1.5	Etude des conditions cadres de la planification.....	73
5.1.6	Expériences de planification à l'étranger.....	73
5.1.7	Représentations de la main-d'œuvre.....	74
5.1.8	Expériences de planification dans des domaines apparentés.....	75
5.2	Bibliographie non structurée.....	75
5.3	Sources.....	80

Résumé

Point de départ

Promulguée par le Conseil fédéral, l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire est entrée en vigueur en juillet 2002. Cette ordonnance, qui prescrit aux cantons des quotas maximum pour chaque catégorie de fournisseurs de prestations ambulatoires, expire en juin 2005. Elle a été principalement édictée pour parer à une éventuelle surabondance de l'offre induite par le recours à des praticiens indépendants originaires de l'UE. Dans la perspective de l'échéance de l'été 2005, plusieurs variantes font actuellement l'objet de discussions. En ligne de mire figure l'abrogation de ladite ordonnance. Par ailleurs, l'obligation de contracter entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations ambulatoires doit aussi être supprimée. Le problème de la surabondance de l'offre dans le domaine ambulatoire sera ainsi délégué aux parties contractantes. A cet égard, les assureurs devront faire en sorte de ne pas conclure de contrats avec un nombre trop élevé de fournisseurs de prestations. Ceci suscite toutefois de nouvelles inquiétudes: les assureurs passeront-ils des contrats avec suffisamment de prestataires? Y a-t-il un risque de pénurie au niveau régional? Conformément au projet de loi en consultation du Conseil fédéral, la Confédération et les cantons devront par conséquent veiller à ce que les assureurs signent des contrats avec un nombre suffisant de fournisseurs de prestations ambulatoires et garantir ainsi une prise en charge minimale.

La Confédération et les cantons pourraient donc être amenés à relever de nombreux défis dans le secteur des soins ambulatoires. Dans le cadre d'un atelier organisé par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), les cantons ont émis le souhait que l'Obsan définisse des instruments pour les seconder dans leur tâche. L'Obsan a décidé de déterminer au moyen d'une étude pilote et de faisabilité les instruments pouvant être mis à la disposition des cantons pour prévoir/planifier leurs besoins dans le domaine ambulatoire. Ces instruments seront ensuite développés concrètement lors d'une phase ultérieure du projet. Le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS) a été mandaté pour réaliser l'étude pilote et de faisabilité. Les résultats sont détaillés dans le présent document.

Problématique

En commandant une étude pilote et de faisabilité, l'Obsan entendait mettre en lumière les problèmes méthodologiques et conceptuels liés à la planification et à la prévision des besoins dans le secteur ambulatoire, étudier les expériences faites dans d'autres pays, mais aussi définir au niveau politique les conditions cadres d'une éventuelle planification de l'offre en matière de soins ambulatoires. Les principaux axes d'étude étaient les suivants:

- Quels sont les objectifs d'une planification des besoins dans le secteur ambulatoire?
- Quelles expériences ont été réalisées en la matière par d'autres pays? Quels types de sources de données utilise-t-on à l'étranger dans des modèles en cours ou planifiés?
- Quels sont les ouvrages topiques actuellement disponibles à l'échelle nationale et internationale, et quelle est leur pertinence notamment concernant la définition des besoins actuels et futurs de prestations dans le secteur ambulatoire?
- Toute planification de l'offre et de la demande basée sur des données statistiques comporte automatiquement des imprécisions. Que cela implique-t-il du point de vue politique pour la réalisation d'un tel projet en Suisse?

Méthode

Dans un premier temps, une analyse bibliographique sommaire a été réalisée afin de montrer comment il était possible de prévoir et de planifier les besoins en matière de soins ambulatoires. Cette analyse peut être qualifiée

de «sommaire» dans la mesure où seuls certains moyens de recherche bibliographique ont été utilisés (une recherche bibliographique complète n'a pas été effectuée) et que les ouvrages consultés ne l'ont pas été de manière approfondie. Le but de la démarche était de trouver des éléments susceptibles d'être transposés en Suisse et étudiés en détail dans le cadre d'une étude principale.

Afin de pouvoir analyser rapidement l'éventualité d'une transposition des résultats en Suisse, il a été décidé dans un deuxième temps de débattre de cette question avec cinq experts préalablement sélectionnés. Ceux-ci ont été choisis sur la base de plusieurs critères, de telle sorte que les connaissances et expériences diverses puissent être représentées, qu'il s'agisse de planification des besoins, de questions médicales, d'aspects économiques et sanitaires, d'exemples concrets de planification à l'étranger ou de problèmes d'application au niveau cantonal.

Résultats de l'analyse bibliographique

Les résultats de l'analyse bibliographique peuvent être résumés comme suit:

- La **nécessité d'une planification** des soins dans le secteur ambulatoire est contestée. Les auteurs s'accordent pour dire que les conséquences d'une surabondance comme d'une pénurie de soins sont fâcheuses. Dans le premier cas, les incidences sont toutefois considérées comme un peu moins graves, car - selon différents auteurs - leur coût est «uniquement» financier. Dans certaines publications, on évoque avec raison le fait qu'une offre pléthorique peut aussi se solder par une baisse de la qualité des soins. Une situation de pénurie peut, quant à elle, s'avérer coûteuse en vies humaines. Les opinions divergent sur la façon d'éviter les cas de surabondance et de pénurie. D'une part, certains misent sur une planification aussi efficace que possible. Une position défendue par trois groupes de scientifiques: premièrement, des personnes issues de pays disposant d'un système sanitaire très réglementé ou largement financé par les ressources fiscales, qui accordent la priorité à l'accès aux soins. Deuxièmement, des personnes (p. ex. médecins) qui doutent que l'économie puisse être considérée comme une discipline scientifique. Troisièmement, des personnes et des institutions qui apprécient de pouvoir disposer d'un budget global pour maîtriser les coûts.

D'autre part, d'aucuns font confiance aux forces de régulation du marché et, par là-même, aux systèmes incitatifs mis en place. A cet égard, ils recommandent surtout d'ajuster de manière plus systématique les mesures incitatives afin que le marché puisse créer une situation d'équilibre. Le scepticisme est aussi de mise par rapport aux instruments de planification, car – selon ces auteurs – il est impossible de mettre en place une planification sans se heurter à des problèmes pratiquement insurmontables liés à la gestion des données et aux développements futurs (p. ex. progrès technique).

Ces deux points de vue sont largement étayés dans la bibliographie, et les phases historiques y sont interprétées en conséquence. Cependant, on a l'impression que la nécessité d'une planification se pose davantage en termes normatifs qu'en termes objectifs (scientifiquement justifiables). Si l'on met l'accent sur la garantie d'un accès de qualité aux soins médicaux, on privilégie davantage, dans les grands pays, une approche basée sur la planification, ou du moins la planification y est-elle perçue comme un instrument auxiliaire. En revanche, lorsque la priorité est donnée au jeu de l'offre et de la demande (mot-clé: souveraineté du consommateur) ou que les problèmes méthodologiques concrets liés à la planification sont considérés comme trop importants, les éléments de planification sont plutôt mis de côté.

La question d'une planification générale n'est pas (encore) débattue en Suisse. Par conséquent, ce sont plus particulièrement les références à un système de prise en charge minimale qui s'avèrent intéressantes à la lecture de la bibliographie internationale. Le consensus apparaît plus net sur ce point. Les auteurs sont d'accord sur le fait que les situations de pénurie doivent être évitées. Etant donné toutefois que les solutions proposées et adoptées varient d'un «camp» à l'autre, aucune recommandation précise ne peut être formulée sur la base de la bibliographie.

- Si l'on considère qu'une planification est nécessaire, pour quelque motif que ce soit, la **bibliographie théorique** montre que la tâche s'annonce très ardue. Car il s'agit en fin de compte de définir une relation entre le nombre de personnes exerçant une profession médicale et l'état de santé de la population. Il faut pour cela se baser sur de nombreuses hypothèses qui peuvent être sujettes à controverse.
- La bibliographie relative aux différentes **méthodes prévisionnelles** indique qu'il n'existe aucun standard absolu en la matière. En revanche, on trouve quantité de méthodes qui comportent toutes des avantages ou des inconvénients plus ou moins sérieux. Cette situation a conduit certains pays (p. ex. les Pays-Bas et l'Australie) à utiliser simultanément toutes les méthodes pour les intégrer finalement dans différents scénarios et contextes politiques. Ainsi, le processus de planification et de prévision – avec les conséquences que cela suppose – prend une forme plus politique que technique. En suivant une lecture un peu différente, on peut aussi affirmer que la bibliographie propose un vaste arsenal d'instruments de prévision.
- Différents pays ont réalisé des **expériences concrètes dans le domaine de la planification**. Mais les processus adoptés sont souvent d'une grande simplicité et basés sur un rapport donné entre le nombre de médecins et le nombre d'habitants (ratio population/médecin). La valeur de référence se rapporte fréquemment à une période précise dans le passé. Ceci pose problème dans la mesure où la technique médicale ne cesse de progresser et que la donne s'en trouve ainsi changée. Une telle approche suppose aussi que l'offre en matière de soins pour l'année de référence ait été «optimale» et «efficace». Un point sur lequel on ne peut avoir aucune certitude. On peut partir du postulat que le choix des systèmes de planification n'a pas été guidé par des préférences méthodologiques, mais qu'il résulte plutôt d'un processus politique. Le principe simple des ratios population/médecin semble à cet égard bien accepté.
- Dans plusieurs pays, la **notion de pénurie** est définie de manière explicite. Mais les critères utilisés ne sont jamais empiriques (ni théoriques). Il s'agit plutôt de critères plausibles qui sont énoncés comme normatifs. La notion de pénurie n'est pas déterminée partout en fonction d'un nombre donné de fournisseurs de prestations. En Australie, par exemple, on essaie d'obtenir une vue d'ensemble de la situation au moyen de rapports réguliers établis par une commission spécialement créée à cet effet. Cette dernière utilise comme référence toute une série de données quantitatives et qualitatives.
- Plusieurs auteurs se montrent critiques quant à la possibilité de mettre un terme aux **pénuries régionales** en recourant à des instruments de planification. Lors du choix de leur lieu d'établissement, les médecins seraient par exemple fortement influencés par les conditions de vie qui leur sont offertes ainsi qu'à leur famille. Si ces conditions s'avèrent insatisfaisantes dans les régions isolées, même des mesures incitatives au plan financier resteraient sans effet. Une récente étude sur la levée de l'obligation de contracter en Allemagne propose que les Länder puissent directement faire des appels d'offres pour les postes médicaux afin de supprimer les situations de pénurie. Encore faut-il que les candidats soient disposés à s'installer dans les régions concernées.

Résultats des discussions d'experts

Les conclusions des discussions des cinq experts peuvent se résumer comme suit:

- Les experts ont des **avis divergents** sur des points essentiels. L'un d'entre eux conteste ainsi le fait qu'une planification (minimale) des soins ambulatoires soit nécessaire en cas de suppression de l'obligation de contracter. Un autre affirme que les modes de rémunération – notamment pour les médecins de famille – jouent un rôle beaucoup plus important que les mesures de planification. Selon lui, des formes de rémunération assorties de mesures incitatives sur le plan financier aboutiraient en effet beaucoup plus rapidement à une meilleure répartition des soins au niveau régional. Cependant, d'autres experts font montre d'un scepticisme plus ou moins grand quant à l'introduction d'éléments de planification dans le secteur ambulatoire. Ils insistent par exemple sur le fait que la planification doit porter uniquement sur les risques normaux et non sur les gros risques. En outre, ils demandent que la planification minimale ne soit pas exclusivement basée sur une valeur unique, par exemple une densité minimale de médecins. A leurs yeux, il est préférable d'introduire des standards

minimaux basés sur une paramétrisation plus complète. Ces standards minimaux régleraient le cadre général dans lequel la concurrence, facteur toujours plus important, pourrait se développer librement. Mais d'autres experts estiment qu'une telle flexibilité n'est précisément pas envisageable et que des standards devraient être définis dans le cadre de processus clairement réglementés. Il leur paraît aussi nécessaire de définir en détail les cas d'entorse à la réglementation et les sanctions applicables. Pour la majorité des experts, cette réflexion parle en défaveur d'un système de monitoring tel qu'il a été proposé dans une étude réalisée en Allemagne: un système de ce type devrait définir précisément des indicateurs et spécifier les mesures à prendre lorsque les valeurs limites de ces indicateurs ne sont pas atteintes. Dans ce contexte, le terme qui revient le plus souvent est celui de «justiciabilité».

- Mais certains points font aussi l'**unanimité** auprès des experts. Ainsi, ils se montrent en général sceptiques sur la limitation de la planification au secteur ambulatoire. L'attention est attirée sur le fait qu'une planification (minimale) ne peut être efficace que si les secteurs ambulatoire et intra-muros sont pris en considération. Cette problématique se retrouve également au niveau des données de référence: il serait par exemple très difficile d'évaluer correctement les offres des hôpitaux en matière de soins ambulatoires. La possibilité de transposer en Suisse les expériences réalisées dans d'autres pays est une autre question à propos de laquelle les experts sont à l'unisson. Ils ne voient en effet aucun exemple à l'étranger susceptible d'être appliqué simplement et avec succès dans notre pays. Pourtant, différents éléments semblent probants. Par exemple, on signale à plusieurs reprises que le système multi-méthodes adopté en Australie pourrait être un exemple à suivre, tant au niveau de l'offre que de la demande. Par ailleurs, les experts s'accordent aussi sur le degré de planification. Seule une planification minimale est envisagée, une planification «optimale» des soins étant impossible.

- En ce qui concerne les **processus de prévision et de planification**, les experts ne se prononcent que sur les grandes lignes et non sur les détails opérationnels. D'une manière générale, on considère que le rôle joué par les cantons en tant qu'unités de planification doit être remis en question. Les unités sanitaires et territoriales devraient être définies de manière plus judicieuse. En outre, il est recommandé de veiller à une bonne répartition régionale, en particulier en ce qui concerne les médecins de famille. Dans le cas des spécialistes, on envisage plutôt une concentration dans différents centres régionaux. La planification des postes de spécialistes ne devrait pas établir de distinctions entre les différentes branches, car les liens entre les spécialités médicales n'ont guère été étudiés et s'avèrent trop complexes. Il apparaît également nécessaire de réaliser des prévisions portant aussi bien sur l'offre que sur la demande (besoins). S'agissant de l'offre, l'attention est attirée sur le fait que la planification ne devrait pas se baser sur le nombre de personnes, mais sur le volume de prestations. Ces prestations varient par exemple selon qu'une personne travaille à temps complet ou non.

- Pour ce qui est du **processus de prévision et de planification**, le consensus domine aussi largement. Les règles du jeu devraient non seulement être clairement définies au préalable, mais aussi être simples. Ainsi, des solutions complexes ne devraient pas être appliquées en Suisse. Et il apparaît aussi judicieux pour la majorité des experts d'intégrer les principaux acteurs concernés dans le processus.

- Les **recommandations** formulées par les experts divergent sensiblement. Elles vont de l'absence de toute planification à l'élaboration d'une série complète de standards minimaux.

Les discussions entre experts reflètent les différences qui transparaisaient déjà à la lecture de l'analyse bibliographique. Les économistes sont ainsi davantage enclins à se fier aux forces du marché et aux incitations financières. Les médecins, quant à eux, font preuve de scepticisme vis-à-vis des mécanismes de l'offre et de la demande, et souhaiteraient pouvoir au moins mettre en place un système de sécurité sommaire à l'aide de prescriptions sanitaires minimales. Par contre, les experts disposant d'une expérience pratique insistent surtout sur le caractère fonctionnel d'une éventuelle planification et réclament des processus bien définis et «justiciables». D'une manière générale, les théories portant sur l'éventualité d'une mise en place de processus de prévision et de planification restent assez vagues. Cela n'a rien d'étonnant dans la mesure où le sujet n'a été que peu débattu.

Conséquences et recommandations pour la Suisse

Des discussions sont en cours en Suisse dans la perspective de l'expiration de la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations ambulatoires en juin 2005 et de la suppression prévue de l'obligation de contracter entre assureurs privés et fournisseurs de prestations ambulatoires. Dans quelle mesure la synthèse des résultats de l'analyse bibliographique et des discussions entre experts peut-elle influencer le débat?

Actuellement, aucune évaluation de la situation ni aucune prévision en matière d'offre et/ou de demande de prestations ambulatoires ne sont réalisées de manière systématique en Suisse. Divers travaux ont effectivement abordé certains points par le passé, mais aucune étude ne s'est penchée régulièrement sur la question en explorant différentes méthodes. Il existe sans aucun doute des lacunes à ce niveau et un **retard à rattraper**.

Pour combler ces lacunes, il est indispensable de disposer de bases de données valables sur le secteur ambulatoire. Ces informations font actuellement défaut. Si l'on exploite les sources existantes (statistique FMH, registre des codes créanciers de santé suisse (RCC), pool de données santé suisse, bases de données des assureurs-maladie de l'OFSP), on sera inmanquablement confronté à de sérieuses difficultés sur le plan méthodologique. Il est donc urgent de mettre sur pied une **statistique nationale des prestations ambulatoires** qui permettrait de tirer des conclusions différenciées au niveau régional.

Le débat politique actuel laisse à penser que le législateur n'attendra pas que des bases de données valables soient mises à disposition. Il est plus probable que la Confédération et les cantons soient chargés dès 2005 de garantir un système de soins minimal dans le secteur ambulatoire. A cet égard, ils devront déterminer pour quelle catégorie de fournisseurs de prestations et dans quelles proportions les assureurs-maladie devront signer un minimum de contrats. Quelles recommandations peut-on formuler à ce sujet sur la base de l'analyse bibliographique et des débats entre experts?

- **Diversité des méthodes:** Il faudrait essayer de prévoir l'offre et la demande en matière de soins ambulatoires en se basant sur les sources de données actuelles (lacunaires) et en recourant à différentes méthodes. La bibliographie montre qu'une planification un tant soit peu sérieuse doit reposer sur une prévision un tant soit peu sérieuse de l'offre et de la demande.
- **Définition claire de prescriptions minimales:** Sur la base de ces estimations de fluctuation de l'offre et de la demande, il devrait être possible de déterminer de manière systématique la densité minimale requise des fournisseurs de prestations ambulatoires afin de garantir une prise en charge minimale. A cet égard, il convient aussi de prendre notamment en compte l'offre extra-cantonale et l'offre intra-muros. Il faudrait éviter autant que possible de définir de manière arbitraire le niveau minimal de soins.
- **Adaptation à la demande au niveau régional:** Le projet en consultation de la Confédération précise que, pour chaque fournisseur de prestations, des fourchettes de valeurs minimales doivent être fixées par tranche de 10 000 habitants. En Allemagne, d'intéressantes propositions sont actuellement examinées pour adapter la densité des fournisseurs de prestations aux caractéristiques régionales de la population eu égard à la pyramide des âges et à la morbidité. Ces pistes devraient être explorées.
- **Contrôle du monitoring:** Parallèlement à la planification minimale, on pourrait envisager, comme cela a été proposé en Allemagne, de mettre sur pied un système de monitoring de la situation sanitaire. A cet égard, il faudrait prendre en compte non seulement l'offre de prestations du secteur ambulatoire, mais aussi celle du secteur intra-muros. Un tel monitoring serait réalisé à l'aide de nombreux indicateurs brossant un tableau de la situation sanitaire. Il servirait de base de décision pour les autorités et de source d'information pour le grand public. Dans l'idéal, on disposerait également de données collectées systématiquement auprès de la population sur l'évaluation subjective de la situation sanitaire.

Une solution de monitoring concrète et intéressante est actuellement appliquée en France dans la région Poitou-Charentes. Les régions y sont classées selon quatre catégories de «fragilité», à l'aide de sept indicateurs. Ces niveaux de fragilité sont ensuite mis en relation avec la densité des médecins de famille. Pour la planification des

besoins, une attention particulière est ensuite accordée aux régions présentant un taux de fragilité élevé et une faible densité de médecins de famille.

1 Point de départ, problématique, méthode

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a pour mission de réaliser des analyses sur des thèmes actuels de la politique sanitaire. Il contribue ainsi à élargir le champ des connaissances sur lesquelles se fondent la politique et la planification en matière de santé de la Confédération et des cantons en Suisse. Dans le cadre d'ateliers organisés deux fois par an, l'Obsan se réunit avec les représentants des cantons qui ont signé un contrat, afin de discuter de leurs besoins actuels. La question de la planification de l'offre et de l'analyse des besoins dans le domaine ambulatoire a ainsi été soulevée lors d'une telle réunion en juin 2003. Cette rencontre répondait à deux motifs, exposés plus en détail au paragraphe 1.1.

- La suppression de l'obligation de contracter entre fournisseurs de prestations et assureurs fait l'objet de discussions dans le cadre des travaux relatifs à la deuxième révision de la LAMal. Dans le sillage de cette suppression, on s'attend notamment à une réduction du nombre de fournisseurs de prestations. Mais cette évolution fait aussi craindre que les assureurs ne concluent plus de contrats avec un nombre suffisant de fournisseurs de prestations. Il est donc prévu que les cantons garantissent une prise en charge sanitaire minimale en déterminant le nombre limite de fournisseurs de prestations avec lesquels les assureurs devront contracter.
- En juillet 2002, le Conseil fédéral a promulgué pour une durée de validité de trois ans une ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Cette ordonnance fixe pour chaque catégorie de fournisseurs de prestations et chaque canton un quota maximal de fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer. Parallèlement, elle offre aux cantons la possibilité d'outrepasser cette limite et d'autoriser des fournisseurs de prestations supplémentaires à pratiquer en cas de situation de couverture sanitaire insuffisante. Ce «gel des admissions» répondait à la crainte de voir une surabondance de l'offre se développer.

Aujourd'hui, il est prévu de ne pas prolonger ce moratoire. La suppression de l'obligation de contracter doit constituer l'étape suivante. A l'automne 2002, l'Obsan a décidé de s'attaquer, au sein du thème central «Le système de prise en charge», aux problèmes soulevés par les cantons et d'entreprendre les travaux nécessaires. Plusieurs besoins apparaissent prioritaires: il importe tout d'abord de dresser un inventaire des fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire. Cette tâche ne semble pas si facile au vu des sources de données disponibles. Par ailleurs, il convient aussi d'étudier la question du nombre de fournisseurs de prestations nécessaires pour garantir une prise en charge minimale ou optimale.

Etant donné qu'il s'agit là de problèmes vastes et complexes, l'Obsan a décidé de commander une étude pilote et de faisabilité pour préparer le terrain dans la perspective de travaux plus poussés. Le bureau BASS a ainsi été chargé de présenter, selon un procédé rapide, les principales conclusions de la bibliographie scientifique sur ce thème. Il s'agissait notamment de relever les expériences de planification réalisées par d'autres pays dans le domaine ambulatoire. Dans le cadre d'interviews, les enseignements tirés de l'étude bibliographique devaient ensuite être discutés et approfondis avec des experts préalablement sélectionnés. Les résultats de cette étude sont présentés dans ce rapport.

1.1 Point de départ des travaux

Suppression de l'obligation de contracter

La suppression de l'obligation de contracter entre assureurs et fournisseurs de prestations fait actuellement l'objet d'un vif débat politique. Dans son message sur la deuxième révision partielle de la LAMal de septembre 2000, le Conseil fédéral n'en avait pas fait mention. Lors de ses délibérations sur le projet, le Parlement s'est ensuite prononcé en faveur de la suppression. L'article 35a, alinéa 2, prévoyait que les cantons prescrivent le

nombre de fournisseurs de prestations nécessaires dans le secteur ambulatoire afin de garantir la prise en charge sanitaire et la liberté de choix des assurés (OFAS 2003). En décembre 2003, la deuxième révision partielle de la LAMal a été rejetée dans son ensemble par le Conseil national.

En mars 2004, le Conseil fédéral a mis en consultation un projet de levée de l'obligation de contracter dans un message indépendant (Conseil fédéral 2004). Dans le cadre d'un système de prise en charge minimale, ce projet prévoit que la Confédération détermine le nombre limite de fournisseurs de prestations avec lesquels les assureurs devront contracter. Ces prescriptions minimales doivent cependant évoluer dans une fourchette afin que les cantons puissent adapter les quotas fixés en fonction de leurs spécificités régionales. Par ailleurs, les cantons doivent veiller à instaurer au sein du canton une couverture sanitaire équilibrée au niveau régional en recourant à des mesures incitatives. A l'heure actuelle, on ne sait toujours pas si l'obligation de contracter sera effectivement supprimée.

Gel provisoire de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer

En mars 2000, le Conseil national et le Conseil des Etats ont adopté l'article 55a de la LAMal. Aux termes de cet article entré en vigueur le 1^{er} janvier 2001, le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée à 3 ans au plus, faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Cette disposition a été inscrite dans la LAMal principalement dans le cadre de la signature des accords bilatéraux avec l'UE, alors que l'ouverture des frontières laissait craindre un afflux marqué de médecins originaires de l'Union européenne (OFAS 2002a). En vertu de l'article 55a LAMal, le Conseil fédéral a promulgué en juillet 2002 une ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Dans le présent contexte, les articles 1 et 3 de l'ordonnance revêtent une importance particulière.

L'article 1 définit le concept du nombre limite: «Le nombre de fournisseurs de prestations qui pratiquent à la charge de l'assurance obligatoire des soins est limité dans chaque canton et pour chaque catégorie de fournisseurs de prestations au nombre fixé à l'annexe 1.» L'article 3 précise les motifs justifiant des admissions exceptionnelles: «Dans chaque catégorie de fournisseurs de prestations soumise à limitation, les cantons peuvent admettre un nombre de fournisseurs de prestations supérieur à celui fixé à l'annexe 1 lorsque la couverture sanitaire est insuffisante dans cette catégorie.»

Les conséquences d'un gel des admissions font l'objet d'une étude réalisée actuellement par le Bureau Vatter (auteur: Christian Rüefli). Cette étude se penche également sur les modalités d'application de l'article 3, qui prévoit l'admission de fournisseurs de prestations supplémentaires en cas de couverture sanitaire insuffisante. Nous avons eu la possibilité de consulter la version provisoire du rapport final de M. Rüefli. Ses conclusions sont les suivantes:

- Il apparaît que la notion de «couverture sanitaire insuffisante» n'est pas définie de manière plus détaillée au niveau cantonal et donne lieu à diverses interprétations. On note que les différentes conférences régionales de la CDS optent la plupart du temps pour une définition homogène. Signalons également que, dans les cantons de Suisse romande, les admissions exceptionnelles justifiées par des situations de pénurie sanitaire sont en principe limitées au niveau local ou régional, tandis que les cantons de Suisse centrale et de Soleure envisagent seulement l'éventualité d'une telle restriction et que les autres cantons y renoncent complètement. A l'exception de Lucerne, les cantons de Suisse centrale ont en outre la possibilité d'assortir l'autorisation de pratiquer d'un délai. Celle-ci arrive ainsi à expiration lorsqu'aucune activité à la charge de l'assurance-maladie obligatoire n'est enregistrée dans les six mois.
- Les cas de pénurie sanitaire ne sont pas davantage explicités dans les dispositions d'exécution des cantons.

• Christian Rüefli évoque l'exemple du canton de Lucerne où le Conseil d'Etat explique dans ses réponses aux questions parlementaires ce qu'il faut entendre par «couverture sanitaire insuffisante», notamment suite à la question d'Elisabeth Schubiger (n° 774): «Pour déterminer l'existence d'un cas de couverture sanitaire insuffisante au sens de l'ordonnance du Conseil fédéral sur la limitation de l'admission à pratiquer, le département examine les critères énoncés par la jurisprudence sur la pénurie sanitaire au niveau régional conformément au § 27, al. 2, de la loi sur la santé publique. Concrètement, cet examen se déroule comme suit: le nombre d'habitants de la commune en question, y compris la proche agglomération, est tout d'abord pris en considération. Ensuite, l'offre médicale actuelle dans le domaine de spécialisation correspondant et dans la région concernée est déterminée. A cet égard, la structure par âge tout comme le taux d'occupation des médecins établis sur place sont pris en compte. L'infrastructure régionale en matière de transport joue également un rôle. Lors de l'évaluation de la couverture sanitaire, le Département cantonal des affaires sociales et de la santé publique peut par ailleurs faire appel à la propre statistique des titulaires d'autorisations. En outre, une enquête effectuée auprès des médecins du canton de Lucerne à l'automne 2002 a permis d'obtenir des indications plus précises sur le taux d'occupation des médecins, la structure par âge et le domaine d'activité effectif. Les annexes de l'ordonnance du Conseil fédéral fournissent aussi des chiffres supplémentaires. Enfin, le Département cantonal des affaires sociales et de la santé publique dispose de la statistique de l'Association des médecins du canton de Lucerne. A chaque requête, il demande par ailleurs une prise de position sur la situation sanitaire concernée.»

La question se pose de savoir ce qu'il adviendra en juin 2005 après l'expiration des dispositions sur l'admission à pratiquer. Conformément à la nouvelle proposition du Conseil fédéral (2004), la deuxième révision partielle de la LAMal prévoit la fin du gel des admissions et son remplacement par la suppression de l'obligation de contracter.

1.2 Problématique

Dans le cadre de l'étude pilote et de faisabilité, l'Obsan souhaite clarifier les points suivants:

Questions méthodologiques et conceptuelles

- Quels objectifs la planification des besoins vise-t-elle (prestations médicales minimales uniquement; état des lieux au moment de la planification, qui se traduirait dans de nombreux cantons par une offre excédentaire de prestations; etc.) ?
- Des concepts ont-ils déjà été élaborés à ce sujet et quelle procédure faut-il suivre pour définir ces objectifs?
- La délimitation cantonale est-elle suffisante pour une telle analyse? Ou faudrait-il choisir un niveau inférieur (district, commune)?
- Quels autres problèmes faut-il prendre en compte lors de la planification des besoins (la prise en charge ambulatoire ne s'arrête souvent pas aux limites cantonales; comment assurer la relève et le transfert du savoir-faire aux nouvelles générations? etc.)?

Expériences réalisées dans d'autres pays

- Quelles expériences ont été réalisées en la matière par d'autres pays (vue d'ensemble)? Quels types de sources de données utilise-t-on à l'étranger dans des modèles en cours ou planifiés (s'il y en a)?
- Quels sont les ouvrages topiques actuellement disponibles à l'échelle nationale et internationale, et quelle est leur pertinence notamment concernant la définition des besoins actuels et des besoins futurs de prestations dans le secteur ambulatoire?

1.3 Méthode

Une étude pilote et/ou de faisabilité doit être réalisée dans le présent cadre. Il a donc été décidé de recourir à diverses méthodes. Dans un premier temps, une analyse bibliographique sommaire a été effectuée afin de montrer comment il était possible de prévoir et de planifier les besoins en matière de soins ambulatoires. Cette analyse peut être qualifiée de «sommaire» dans la mesure où seuls certains moyens de recherche bibliographique ont été utilisés (une recherche bibliographique complète n'a pas été effectuée) et que les ouvrages consultés ne l'ont pas été de manière approfondie. Le but de la démarche était de trouver des éléments pouvant éventuellement être transposés en Suisse et étudiés en détail dans le cadre d'une étude principale.

Afin de pouvoir analyser rapidement l'éventualité d'une transposition des résultats en Suisse, il a été décidé dans un deuxième temps de débattre de cette question avec des experts préalablement sélectionnés. Le budget alloué permettait d'organiser des débats avec cinq experts. Ces personnes ont été choisies selon différents critères.

- Il fallait pouvoir disposer de connaissances approfondies sur le thème de la planification des besoins.
- Des connaissances économiques et sanitaires sur la Suisse étaient aussi indispensables.
- Le secteur médical devait être représenté.
- L'un des experts devait être issu d'un pays où les expériences réalisées en matière de planification étaient susceptibles d'être transposées en Suisse.
- L'un des experts devait être originaire d'un canton ayant réalisé des expériences en rapport avec le gel des admissions.

Conformément à ces critères, les cinq experts suivants ont été retenus:

- Robert E. Leu, professeur à l'Université de Berne, Suisse
- Peter Berchtold, dr méd et privatdocent au College M, Berne, Suisse
- Markus Schneider, expert pour la société de conseil BASYS (Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung GmbH), Augsburg, Allemagne
- Markus Moser, dr en droit, conseiller indépendant dans le secteur de la santé, Berne, Suisse
- Hanspeter Vogler, Département des affaires sociales et de la santé publique, canton de Lucerne, Suisse

Les experts ont été contactés par écrit et invités à participer à un entretien téléphonique. Ils se sont également vus remettre des indications sur le déroulement des discussions et une synthèse de la bibliographie. Deux experts ont été interviewés de vive voix, tandis que les trois autres ont été interrogés par téléphone. Les discussions ont duré de 50 minutes à une heure et demie. Le contenu de toutes les conversations a été transcrit et analysé.

2 Résultats de l'analyse bibliographique

Le présent chapitre donne tout d'abord un bref aperçu des grands axes de discussion avant de présenter les résultats de l'analyse bibliographique structurés selon les huit questions thématiques suivantes:

- Est-il vraiment nécessaire de planifier? Quels sont les objectifs d'une planification?
- Que faudrait-il planifier, que peut-on planifier et comment?
- Quelles sont les méthodes prévisionnelles à disposition?
- A quels résultats aboutissent les prévisions?
- Les résultats effectifs viennent-ils confirmer les prévisions?
- Quels sont les pays qui recourent à la planification et quelles expériences ont-ils faites?
- De quels aspects pratiques les processus de prévisions/planification doivent-ils tenir compte?
- Quelles expériences de planification ont été réalisées dans des domaines apparentés?

Le dernier paragraphe tire les conclusions de l'analyse bibliographique sur les questions soulevées par la limitation des admissions selon l'article 55a de la LAMal ou par l'assouplissement prévu de l'obligation de contracter.

2.1 Aperçu des axes de discussion

Dans les systèmes de santé qui reposent (en partie) aussi sur les mécanismes du marché, la nécessité d'une planification des soins ambulatoires est controversée. Divers auteurs abordent ce sujet, mais plutôt en marge de leurs publications. Bloor/Maynard (2003) constatent à juste titre que, dans ce domaine, la recherche est encore nettement insuffisante. En revanche, dans les systèmes de santé qui accordent généralement une plus large place à la planification, comme en Australie et en Grande-Bretagne, le fait de prévoir les besoins en matière de soins ambulatoires s'avère non seulement nécessaire, mais est aussi bien accepté. A noter toutefois que de plus en plus d'instruments basés sur des dispositifs d'incitation (financière) y sont utilisés, notamment pour répartir de manière équilibrée les postes de médecins au niveau régional.

De manière générale, il convient de distinguer «planification» et «prévision». Rares sont les pays qui pratiquent la planification au sens strict, mais ils sont nombreux à faire des prévisions de l'offre et de la demande. Ces prévisions ne débouchent pas toujours sur un dispositif visant à ajuster l'offre à la demande. Elles servent plutôt de bases de décision en matière de politique sanitaire. Cette volonté d'anticipation s'explique par la crainte de devoir faire face à une surabondance ou à une pénurie de médecins. Les autres professions sont moins concernées. Il n'y a qu'aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne que des publications rendent compte de prévisions relatives au personnel soignant. Si des sureffectifs font redouter des dépenses «inutiles», le manque de postes constituerait un risque pour la santé de la population.

C'est la raison pour laquelle on peut distinguer deux grandes approches: certaines publications abordent le sujet d'un point de vue méthodologique et s'intéressent aux moyens de prévoir l'offre et la demande. D'autres proposent des prévisions concrètes. Il arrive souvent aussi que ces deux aspects soient traités simultanément dans la même publication. Une seule d'entre elles cherche à savoir, d'un point de vue théorique, ce qu'il faudrait vraiment planifier et de quelle manière.

On trouve également plusieurs présentations de pays faisant usage d'instruments de planification. Mais comme c'est malheureusement la règle dans ce domaine très complexe, la qualité de ces publications laisse à désirer. Il est intéressant de constater que presque aucun auteur n'essaie d'analyser dans quelle mesure il est méthodologiquement possible de transposer les prévisions sous forme de planifications pertinentes. Les

planifications examinées semblent parfois être réalisées «avec les moyens du bord» et sans grand fondement scientifique. Quant au processus de planification en tant que tel, il est lui aussi plutôt examiné «en passant».

Comme c'est souvent le cas, les publications anglo-saxonnes et francophones n'ont presque aucun lien entre elles. Les personnes ayant participé à la présente étude se sont toutefois intéressées, dans la mesure du possible, à chacun des deux courants.

2.2 Est-il vraiment nécessaire de planifier? Quels sont les objectifs d'une planification?

A l'heure actuelle, plusieurs pays établissent des prévisions de l'offre et de la demande de main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Suivant les pays, ces prévisions débouchent sur la mise en œuvre de mesures pour prévenir ou corriger un éventuel déséquilibre. L'éventail de ces mesures est très vaste: il va de la planification de la formation du personnel de santé (p. ex. au moyen d'un *numerus clausus*) à la planification régionale détaillée des fournisseurs de prestations (p. ex. dans le cadre d'un service national de santé comme en Grande-Bretagne ou en Australie).

Les ouvrages spécialisés n'apportent pas de réponse définitive à la question de savoir si, objectivement, les prévisions et la planification sont nécessaires. Les arguments **plaidant en faveur de prévisions ou d'une planification** sont les suivants:

- La surreprésentation de certaines professions de santé comme celle de médecin est préjudiciable, car elle peut entraîner des coûts de santé supplémentaires tout à fait inutiles (Grumbach 2002; Pflaum 2001, 50; Reinhardt 1991, 278, cite l'Association médicale américaine (AMA)). L'argumentation se fonde ici sur une supposition, ou plutôt une hypothèse en partie avérée, que la demande est induite par l'offre: les médecins parviendraient à créer une demande inexistante, occasionnant ainsi une augmentation des coûts. Cet argument est souvent étayé par des analyses de corrélation entre le nombre de médecins en exercice et les coûts de santé moyens par tête. Des études plus nuancées ont également été menées sur le sujet (Barer 2002, Cassel/Wilke 2000, Choné 2000, Rüefli/Vater 2001, Nocera/Wanzenried 2002).
- La surreprésentation de certaines professions de santé comme celle de médecin est préjudiciable dans la mesure où elle entraîne une baisse de la qualité des soins (Reinhardt 1991, 278, cite l'Association médicale américaine (AMA)). En effet, lorsque les médecins sont trop nombreux, ils ne peuvent acquérir individuellement une pratique et une expérience suffisantes, d'où une augmentation du taux de complications.
- En cas de sous-représentation de certaines professions de santé comme celle de médecin, la population doit renoncer à d'importantes prestations médicales (Grumbach 2002).
- Les médecins ne se répartissent pas d'eux-mêmes dans une région donnée dans les proportions souhaitées. Par conséquent, il est impossible de garantir des soins dans des régions reculées (Pflaum 2001, 50; Geissler 1978).
- Dans le secteur de la santé publique, les mécanismes du marché ne conduisent pas d'eux-mêmes à un résultat souhaitable du point de vue social. Aussi faut-il intervenir en utilisant la planification (Zurn et al. 2002, 24). Rohrer (1999, 21), marqué par l'exemple américain, se montre lui aussi très sceptique à l'égard des mécanismes du marché: «Health care is a local affair, and in most local markets, competition, in primary care at least, requires unnecessary duplication of resources. More important, perhaps, competition among local health care providers causes the public to view health care managers with a certain degree of cynicism. After all, health care providers will aggressively battle each other over revenues, what might they do to the unsuspecting patient if the opportunity for profit presents itself?»
- Les prévisions mettent en évidence les grandes tendances qui se profilent, permettant aux responsables politiques de réfléchir très tôt aux mesures envisageables (Höppner 2003, 17).

Les arguments **avancés à l'encontre d'une planification** sont les suivants:

- Les économistes, en particulier, partent du principe que, dans le cadre de certaines réglementations, les mécanismes du marché peuvent aussi jouer un rôle important au niveau du système de santé. L'idée est que, comme c'est le cas sur d'autres marchés du travail, l'offre et la demande de personnel médical peuvent s'autoréguler. A leurs yeux, l'élément clé de cette régulation est le salaire, qui doit pouvoir s'adapter en conséquence. Ils soulignent également l'impact des mesures d'incitation (financière) dans ce domaine.
- Réaliser une planification qui satisferait à toutes les exigences théoriques est considéré comme quasiment impossible (Reinhardt 1991). Dans la pratique, toute tentative en ce sens est si imparfaite que la planification est dépourvue de valeur. Les auteurs renvoient à cet égard aux progrès médicotéchniques et aux développements organisationnels que l'on ne peut guère prévoir de manière fiable (Bloor/Maynard 2003).
- Selon Reinhardt (1994, 2002), il ne convient pas de renforcer la planification, mais bien plus de laisser davantage de place au marché et de définir des conditions cadres correctes. Reinhardt (1994) critique, par exemple, le système de formation des médecins aux Etats-Unis qui fait que les facultés de médecine et les centres hospitaliers universitaires peuvent déterminer l'offre de travail quasiment en toute autonomie. Selon l'auteur, il faudrait veiller à l'avenir à ce que l'intégralité des frais soit à la charge des étudiants et que les pouvoirs publics ou les institutions privées réduisent les coûts par l'octroi de bourses.
- S'employant à déterminer les effets négatifs d'une pléthore ou d'une pénurie de médecins, Reinhardt (1991) et Harris (1986) indiquent qu'une surabondance de personnel médical prêle moins à conséquence. Raison pour laquelle les mesures de planification ne devraient être mises en œuvre qu'avec la plus grande prudence: elles augmenteraient le risque d'une pénurie de médecins.
- L'attention est également attirée sur le fait qu'entre la mise en œuvre des mesures de planification (p. ex. dans le secteur de la formation) et l'obtention de résultats, un laps de temps considérable peut s'écouler, ce qui rend un pilotage précis quasiment impossible (Harris 1986).
- Maynard/Walker (1995, 3) ont examiné le *National Health Service* britannique et sa planification centralisée. Ils indiquent que les réformes introduites en 1989 dans le but d'instituer un plus grand nombre de marchés internes («internal markets») et, partant, d'ouvrir certains domaines du service national de santé à la concurrence ne sauraient être freinées, pas même par la planification des effectifs. «In principle the role of prices (wages) may give markets a decisive advantage over planning as the means by which an efficient allocation of resources is achieved.»
- En Suisse, Biersack (2000) s'intéresse aux méthodes de planification appliquées dans le secteur hospitalier. Elle remet d'emblée en question les possibilités de planification rationnelle. L'auteur renvoie à la grande place laissée à la libre appréciation en médecine, à la demande induite par l'offre ainsi qu'aux mécanismes d'incitation financière qui sont à l'origine de l'expansion des services de soins dans le système de santé suisse. Considérant ces différents aspects, une planification serait très difficile.

Les objectifs de la planification

Divers pays effectuent des prévisions de l'offre et de la demande de travail et recourent à des mesures de planification qui tiennent compte de ces deux aspects du marché. Des exemples seront exposés au paragraphe 2.7. Dans ce contexte, il est intéressant d'exposer les raisons motivant les mesures de planification.

- Aux Pays-Bas, le quota d'étudiants et de places de perfectionnement professionnel est déterminé en fonction de la pléthore ou de la pénurie de médecins prévue. «La planification des besoins en termes de médecins aux Pays-Bas a pour but d'éviter que les fonds publics ne soient gaspillés et que la qualité des soins médicaux et de la formation des médecins ne se dégrade. L'accès généralisé aux soins médicaux et les possibilités de financement doivent être garantis.» (Höppner 2003, 49)
- En Allemagne, des densités maximales de médecins sont fixées. Quand le plafond est atteint, aucun médecin ne peut plus s'établir. «Les objectifs politiques de la planification des besoins dans le système de santé consistent

à garantir, d'une part, une prise en charge adaptée aux besoins et, d'autre part, la stabilité des cotisations aux caisses-maladie obligatoires.» (Höppner 2003, 71)

- Plusieurs pays, comme l'Australie et la Grande-Bretagne, sont dotés d'un service national de santé. Dans ces systèmes centralisés, la planification a par nature un rôle bien plus important. Le choix d'un tel système est justifié, notamment par Pflaum (2001, 50), comme suit: «Governments plan an intervene in medical workforce matters with the objective of ensuring access by the whole community to quality medical services. This objective is central to our health care system, and enjoys consistent community support.»

Divers pays s'attachent aussi à faire des projections sur les besoins ou l'offre de main-d'œuvre. Cependant, ces prévisions ne sont guère, voire pas du tout accompagnées de mesures (p. ex. en France).

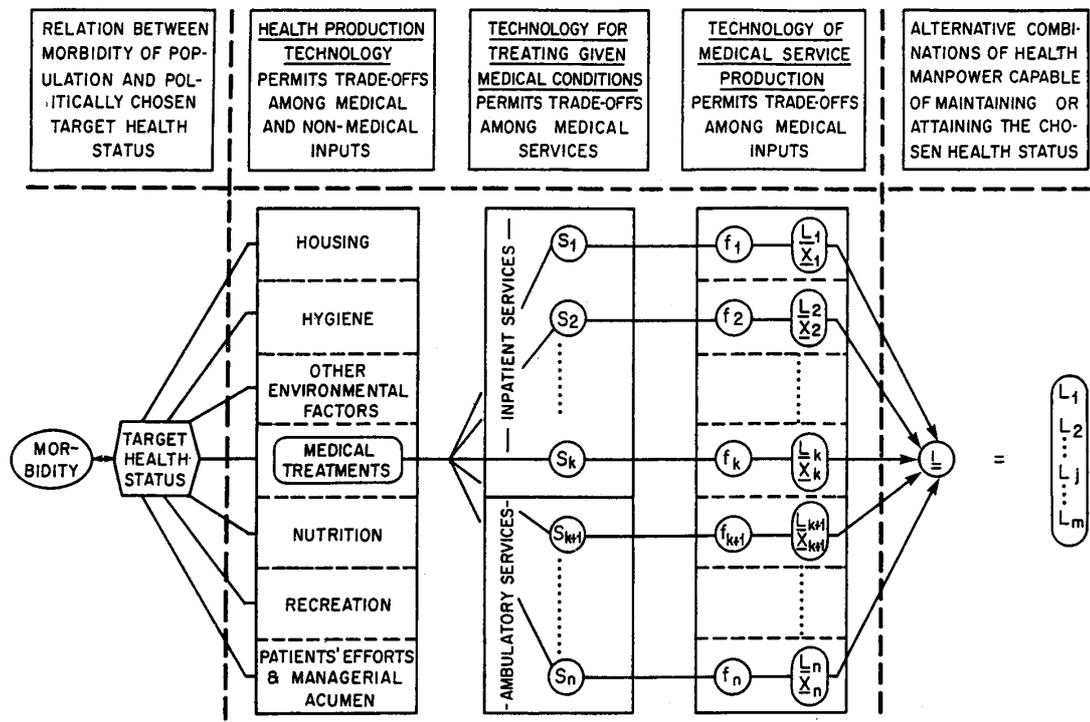
2.3 Que faudrait-il planifier et que peut-on planifier et comment?

Il est étonnant de constater que la théorie de la planification a fait l'objet d'une seule analyse systématique, bien que sa nécessité ait largement été démontrée par divers auteurs. La plupart des publications s'intéressent davantage aux méthodes de planification concrètes. Reinhardt (1991) – un sceptique qui remet en cause le bien-fondé de la planification – s'interroge sur la procédure à suivre pour réaliser une planification parfaite.

Le **schéma 1** présente le point de départ sous-tendant les réflexions de Reinhardt. Au cœur de ce modèle figure non pas le nombre optimal de médecins, mais un niveau de qualité déterminé de l'état de santé de la population. Ce dernier est influencé par de nombreux facteurs, la prise en charge médicale n'étant qu'un facteur parmi tant d'autres. La production de prestations de santé est une fonction qui exprime l'apport de la fourniture de soins médicaux. Il est quasiment impossible de déterminer cette fonction de façon empirique.

A l'étape suivante, Reinhardt différencie les diverses formes de traitement pouvant être appliquées à un problème de santé donné (p. ex. ambulatoire vs intra-muros). A cet égard, il tient compte du fait que la médecine n'est pas une science exacte. Conséquence: diverses combinaisons entre les facteurs d'input peuvent conduire au même objectif. Si l'on prend un traitement médical déterminé (p. ex. ambulatoire), il est alors possible de distinguer, au troisième niveau du modèle de Reinhardt, différents inputs médicaux. Par input, on entend le capital (p. ex. scanographe) et le travail (divers groupes de profession). Reinhardt souligne explicitement qu'il existe des possibilités de substitution entre les inputs. Certaines tâches peuvent ainsi être effectuées tant par les médecins que par le personnel soignant. «It is emphasized in this scheme that, in principle, one ought never to look at just one type of health manpower in abstraction from other types, because many of them can act as substitutes for one another. In practice, this means that acceptable levels of health care can come forth from a great variety of different health manpower-to-population ratios – for example, from quite different physician-population ratios. To economists and other health services researchers, that supposition may be instinctive. Remarkably, the notion is still being resisted at the practical level of policy, where policymakers often act as though the production of health care were ruled by technically determined, fixed health manpower-to-population ratios.» (Reinhardt 1991, 237). Le constat de Reinhardt apparaît déterminant: il n'y a pas de rapport fixe (voire linéaire) entre le nombre de médecins par habitant et la qualité des traitements médicaux ou l'état de santé.

Schéma 1: Théorie de la planification selon Reinhardt (1991)



Source: Reinhardt (1991, 236)

Pour Reinhardt, l'état de santé constitue le point de départ logique pour planifier les effectifs du système de santé. Il souligne cependant que, jusqu'en 1991, le schéma ci-dessus n'a pas pu être concrétisé de façon empirique, d'où certaines conséquences négatives immédiates. Il n'apparaît en effet guère judicieux de combattre la mortalité infantile au sein de familles à faibles revenus en mettant davantage de médecins à disposition. Il semble beaucoup plus opportun d'agir au niveau de l'alimentation, du logement, des conditions d'hygiène, etc., soit dans des domaines étrangers à la fourniture de soins ambulatoires ou intra-muros (Reinhardt 1991, 239).

L'auteur précise également que la fonction de production de prestations de santé peut changer au fil du temps (Reinhardt 1991, 240). Dans les années 1970, par exemple, la possibilité de remplacer de façon massive les soins intra-muros par des traitements ambulatoires n'a pu être envisagée. La rémunération des fournisseurs de prestations représente un autre facteur décisif, car elle peut faire office de mesure incitative et influencer le comportement. Le débat sur la planification du nombre de fournisseurs doit ainsi absolument intégrer l'aspect de la rétribution.

Reinhardt en arrive à la conclusion que mener à bien une planification est une tâche quasiment impossible. Il n'en convient pas moins que, dans la pratique, il est nécessaire de planifier l'input de certains groupes de profession. A cet égard, il fournit aussi des indications théoriques. Selon l'auteur, la surabondance ou la pénurie de médecins, par exemple, se détermine comme suit:

$$X_t = A_t - M_t$$

$$X_t = a_t \cdot c_t \cdot S_t - \frac{D_t}{Q_t} \cdot N_t$$

Explication de la notation

X_t	surabondance ou pénurie
A_t	nombre de médecins prévu au moment donné t
M_t	besoin de médecins prévu au moment donné t
a_t	part de médecins en exercice (pour t)
c_t	part de médecins actifs s'occupant de patients (pour t)
S_t	nombre de médecins en vie (pour t)
D_t	demande moyenne de prestations médicales par tête (pour t)
Q_t	productivité moyenne d'un médecin travaillant à plein temps (pour t)
N_t	nombre d'habitants nécessitant une prise en charge médicale (pour t)

Il convient de souligner ici qu'il s'agit de valeurs prévisionnelles pour un moment donné t.

2.4 Quelles sont les méthodes prévisionnelles à disposition?

Les prévisions portant sur l'offre et la demande de travail des professions médicales s'appuient sur différentes méthodes présentées ci-après. La situation en matière d'offre de travail apparaît, du moins de prime abord, légèrement plus simple que celle qui prévaut au niveau de la demande, car les besoins en prestations médicales doivent faire l'objet d'une évaluation, tâche complexe s'il en est. Fournir des prévisions correctes sur l'offre de travail n'en demeure pas moins difficile, divers aspects politico-sanitaires devant être pris en compte. C'est pourquoi les problèmes soulevés par les différentes méthodes et leurs limites sont mis en exergue dans les paragraphes suivants.

Bien que sa publication remonte à quelque temps déjà, le recueil de Hall/Meija (1978) donne un excellent aperçu des méthodes prévisionnelles appliquées à l'offre et à la demande. Plus récemment, l'AMWAC (2000) a également brossé un tableau intéressant de la situation. Zurn et al. (2002, 24s.) propose également une documentation digne d'intérêt, bien que plus brève. D'autres textes abordent uniquement l'un ou l'autre aspect (O'Brien Pallas 2000 uniquement la demande de travail; Gabr 1995 s'intéresse aux méthodes prévisionnelles en relation avec un pays en voie de développement). Des remarques sur l'éventail des méthodes figurent aussi dans des textes aboutissant à des prévisions concrètes. Le paragraphe 2.5 passe en revue ces documents.

2.4.1 Offre de service

Les méthodes

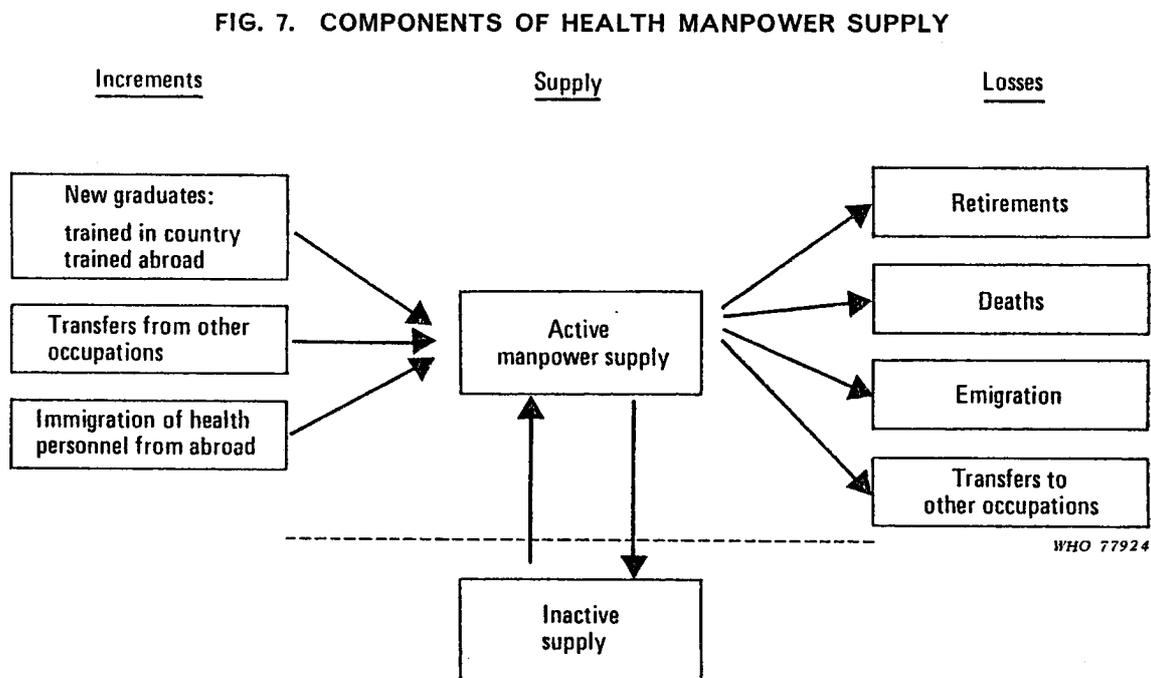
Réalisé il y a 26 ans déjà, le schéma d'analyse de Hall (1978a) continue à influencer considérablement les travaux actuels. La figure ci-après illustre son approche. L'offre de travail actuelle (stock) en constitue le point de départ. Une distinction est ensuite établie entre les facteurs qui contribuent à accroître ou à diminuer l'offre

(flow). L'augmentation de l'offre peut être due à des personnes qui ont achevé leur formation ou changé de métier ainsi qu'aux immigrants. Parallèlement, l'offre peut diminuer suite à des départs à la retraite, des décès, des émigrations ou un changement de profession. Parmi les personnes restantes, toutes ne sont pas actives. Certaines vont par exemple se consacrer (en partie) à leurs tâches familiales. Cette approche est également désignée sous le terme de méthode «stock-flow» (flux des stocks).

Bien que cela ne transparaît pas sur le schéma, Hall (1978a, 95) a attiré l'attention sur le fait que les calculs doivent être faits en équivalents plein temps. Cette remarque apparaît particulièrement importante. En Allemagne, par exemple, seul le nombre de têtes est compté (comme c'est le cas en Suisse dans le cadre du gel des admissions). Une pondération par le temps de travail (ou en fonction d'un indicateur de la part au chiffre d'affaires moyen) n'est pas effectuée. Potthoff/Schneider (2002) critiquent vivement cette façon de procéder.

Le schéma n'établit pas de lien explicite avec les données démographiques même si celles-ci influencent largement les prévisions sur les départs à la retraite et le nombre de personnes en fin de formation.

Schéma 2: Composants pour le calcul de l'offre de travail, selon Hall (1978a)



Source: Hall (1978a, 92)

Données requises

Si cette méthode devait être appliquée à la Suisse, il conviendrait de déterminer au préalable quelles sont les données disponibles pour chaque composant. Bien que cette entreprise semble liée à des difficultés, certaines d'entre elles devraient pouvoir être surmontées:

- Actuellement, il n'existe encore aucune statistique fiable sur les fournisseurs de prestations ambulatoires en exercice. La statistique FMH donne des renseignements sur le nombre de médecins détenteurs du titre FMH (sans pondération par le temps de travail; par ailleurs, la répartition des disciplines FMH ne coïncide pas exactement avec le domaine d'activité). Le registre des codes créanciers de santé suisse donne un aperçu de tous

les médecins pratiquant à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. La classification des spécialisations n'est toutefois pas des plus récentes, et des indications sur le temps de travail font défaut.

- Pour combler cette lacune, il conviendrait éventuellement de se référer aux chiffres d'affaires du pool de données de santésuisse ou aux données TARMED (chiffre d'affaires, indications sur le temps de travail).

Analyse critique de la méthode

Bloor/Maynard (2003, 2) estiment à juste titre que la méthode dite «stock-flow» est mécanistique: «The flows that create a stock of doctors in any country are estimated from extrapolation of earlier time series data.

Typically this ignores behavioral shifts (e.g. increased emigration in the UK in the early 1960s, occasioned by declining relative domestic real income and enhanced job opportunities overseas). This supply side approach tends to be complemented with imperfect demand estimation using fixed parameters (e.g. doctor: population ratios) which are linked crudely, if at all, to real resource constraints.»

La méthode d'extrapolation fait notamment abstraction de la composition des groupes de profession. S'agissant des médecins, il est ainsi implicitement sous-entendu que cette composition est actuellement efficace. Autre facteur ignoré: les progrès médicotecniques qui pourraient avoir pour conséquence que certains corps de métier soient plus ou moins sollicités que d'autres à l'avenir.

Sur le plan économique, les marchés du travail font l'objet d'examen approfondis. A cet égard, les variables suivantes jouent traditionnellement un rôle important dans les modèles portant sur l'offre de travail (cf. Franz 1994, 73 ss.): le salaire selon la loi du marché, le salaire de réservation (en dessous d'un certain salaire horaire, on ne travaille pas, car il existe des solutions de rechange à une activité rémunérée, comme les loisirs ou une fonction honorifique, qui présentent davantage d'intérêt) ainsi que des variables individuelles (âge, sexe) et macroéconomiques (conjoncture). Les modèles ayant trait au personnel considèrent encore d'autres aspects, à savoir les possibilités de perfectionnement, l'atmosphère de travail, le statut de l'employeur, etc. Le modèle stock-flow reproduit ici ignore ces éléments essentiels. Ces derniers devraient, comme c'est le cas aux Pays-Bas, au moins être intégrés par le biais de scénarios.

2.4.2 Demande de service

Ainsi qu'il ressort de la formule de Reinhardt (1991) présentée au paragraphe 2.3, la demande de personnel médical découle directement de la demande de prestations fournies par celui-ci. La question centrale qui se pose dès lors est de savoir à quel point les prestations médicales seront sollicitées à l'avenir et quelle sera la main-d'œuvre requise pour garantir la fourniture de ces prestations.

Qu'est-ce qui influence généralement la demande de prestations de santé?

Toute une série de facteurs influencent la demande de prestations médicales. Selon Hall (1978b, 59 s.), ce sont les facteurs démographiques, économiques, sociaux et culturels, l'état de santé, l'accès aux prestations médicales, la disponibilité et la productivité des offres ainsi que la technologie médicale. Toujours selon Hall (1978b), les prévisions de la demande doivent en principe tenir compte de tous les facteurs quantitatifs et qualitatifs cités. Cette condition étant quasiment impossible à remplir, les méthodes prévisionnelles appliquées doivent opérer des simplifications dans un ou plusieurs domaines.

En Suisse également, les facteurs déterminants pour l'offre font régulièrement l'objet de recherches. Dans le cadre du programme national de recherche n° 45, ce thème a été abordé dans une étude récente (Bisig/Gutzwiler 2004a, b). A signaler qu'il a déjà été traité dans des travaux plus anciens (cf. Leu/Doppmann 1986, Leu/Gerfin 1992, Dominghetti et al. 1996 et Rütli/Vatter 2001).

Aperçu des méthodes

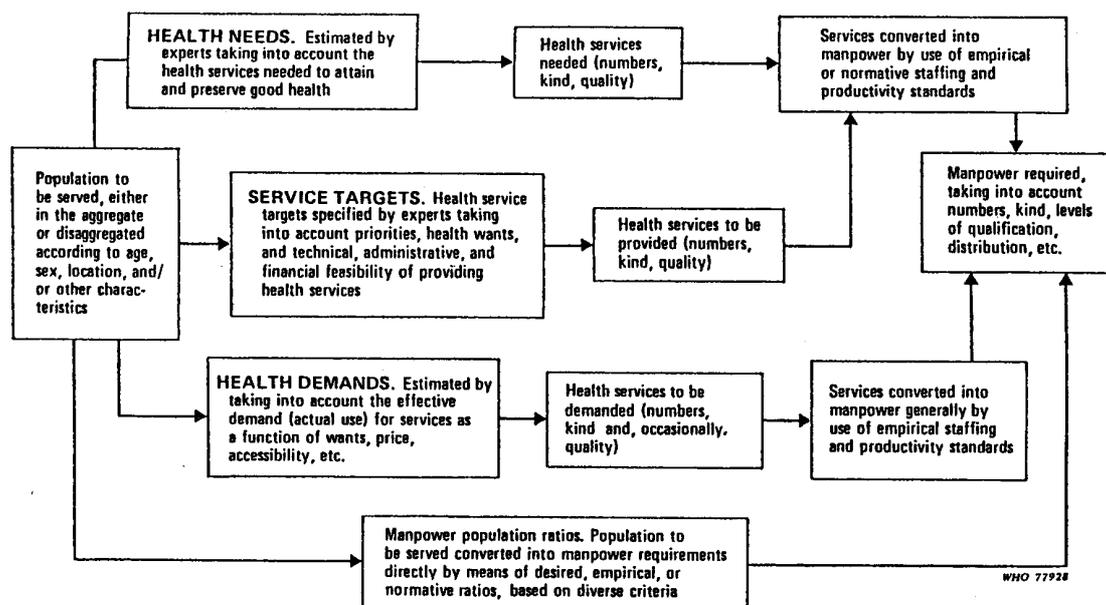
Hall (1978b, 62) propose une vue d'ensemble des méthodes d'estimation de la demande future (cf. schéma 3) qui existaient à l'époque où il s'est penché sur le sujet. Il convient ici de distinguer les approches suivantes:

- **Need-based** (en fonction des besoins): cette méthode tente de déterminer les prestations de santé nécessaires pour que la population reste en bonne santé. Höppner (2003) établit une distinction entre les besoins subjectifs et les besoins objectifs. Les premiers étant définis par les patients ou les assurés et les seconds, par les experts. Cette méthode est très normative.
- **Target-based** (en fonction des objectifs): cette méthode est principalement répandue dans des systèmes de santé où les gouvernements centraux réalisent des planifications sectorielles (Grande-Bretagne et Australie). Dans le cadre de cette approche, certains fournisseurs de prestations ou groupes de fournisseurs de prestations se voient fixer des objectifs à atteindre qui permettent de garantir une prise en charge suffisante d'une population déterminée.
- **Demand-based** (en fonction de la demande): cette méthode s'appuie sur la demande de prestations médicales concrètement exprimée. A la différence des besoins qui peuvent être supérieurs à la demande effective, il s'agit ici d'une demande de biens et de prestations à effet financier.
- **Ratio population/médecin**: cette méthode se base sur un rapport fixe entre les effectifs médicaux et la population en vue de couvrir les besoins éventuels d'une population.

Outre les diverses méthodes mentionnées par Hall (1978b), il existe également une approche qui s'appuie sur l'utilisation effective des biens et des prestations (**utilization-based**; benchmark). Une méthode plus ancienne, ignorée par Hall (1978b), consiste à définir un cadre normatif de l'accès aux médecins (**méthode d'accessibilité**). Les méthodes évoquées précédemment sont détaillées ci-après.

Schéma 3: Vue d'ensemble des approches méthodologiques selon Hall (1978b)

FIG. 6. SCHEMATIC REPRESENTATION OF FOUR METHODS OF ESTIMATING MANPOWER REQUIREMENTS



Hall (1978a, 62)

Méthode 1: need-based (en fonction des besoins)

L'application de la méthode dite «need-based» requiert les éléments suivants pour faire des projections de la demande (Hall 1978b, 64s.): (1) des données sur la mortalité et la morbidité dues aux maladies (si possible différenciées par âge, sexe et région); (2) pour chaque maladie, des normes définissant les diagnostics et les traitements standard; (3) pour chaque diagnostic et traitement standard, des normes qui déterminent les effectifs nécessaires et son niveau de qualification. Ces informations sont ensuite mises en corrélation avec des données démographiques en vue de calculer les besoins agrégés. Ceux-ci sont alors divisés par la productivité moyenne des groupes de profession afin d'obtenir le nombre d'équivalents plein temps requis par groupe de profession.

Hall (1978b, 66) a déjà attiré l'attention sur le fait que les inconvénients de cette méthode l'emportent généralement sur les avantages. En premier lieu, les bases de données requises font généralement défaut. Par ailleurs, il peut y avoir d'importants écarts entre les besoins supposés et les ressources économiques disponibles pour satisfaire ces besoins. La définition de normes standard présente en outre de grosses difficultés dans de nombreux domaines. Enfin, cette approche ne s'intéresse guère aux possibilités de substitution qui permettraient de satisfaire la demande.

Hall (1978 b) souligne que cette méthode convient en particulier au pilotage de la formation dans la mesure où elle autorise la fixation de priorités.

Selon l'AMWAC (2000), cette approche ne fait que s'appuyer sur des schémas de traitement existants sans les remettre en question. Elle ne vérifie pas non plus si les fournisseurs de prestations s'établissent là où il existe un réel besoin.

Méthode 2: utilization-based (en fonction de l'utilisation)

Contrairement à l'approche basée sur les besoins (need-based), la méthode dite «utilization-based» s'appuie non pas sur des besoins prédéfinis de manière normative, mais sur le recours effectif à des prestations et à des biens médicaux. Et à la différence de la méthode demand-based, l'utilisation de biens et de prestations n'est pas mise en corrélation avec les coûts.

En Australie, cette méthode sert de base à la détermination de valeurs de référence (benchmarks) pour le ratio population/main-d'œuvre. Avec la méthode utilization-based, il s'agit par exemple de définir dans un premier temps le nombre de consultations ambulatoires données par classe d'âge et par sexe. Puis, considérant la qualité des prestations, les ressources financières et les développements futurs, on détermine si le nombre de consultations par groupe est adéquat. Cette procédure permet de fixer un benchmark. Enfin, les données du benchmark sont divisées par la capacité des médecins équivalents à plein temps. On obtient ainsi un rapport population/médecin également applicable à d'autres régions.

Pour Lomas et al. (1985, 418), la méthode utilization-based présente plusieurs inconvénients. (1) Cette approche part du principe que la combinaison des prestations sollicitées est fixe et elle est donc extrapolée telle quelle. Les progrès de la médecine devraient pourtant influencer profondément le type de prestations sollicitées. (2) Cette méthode considère implicitement la combinaison actuelle comme un modèle optimal ou efficace. Or, des améliorations notables pourraient éventuellement y être apportées dès aujourd'hui. (3) Si l'on estime que les fournisseurs de prestations influent sur l'offre, il est possible que de nombreuses prestations prescrites actuellement soient inefficaces ou inutiles.

Bloor/Maynard (2003, 2) reprochent à cette méthode de partir du postulat qu'il existe un rapport optimal (déjà atteint) entre l'utilisation du capital et du travail. Les auteurs récusent cette critique. Autre réserve émise: les examens portant sur les rapports de substitution sont bien trop rares. De nombreuses prestations fournies par des médecins pourraient être prises en charge par le personnel soignant.

Méthode 3: demand-based (en fonction de la demande)

La méthode dite «demand-based» prend comme critère le recours aux prestations médicales, exprimé en termes de prix. Il est ainsi possible de pondérer les prestations individuelles. Les prestations étant traduites sous forme financière, elles peuvent mieux être comparées. Le chiffre d'affaires d'un cabinet médical, par exemple, peut être interprété comme un indicateur de son volume de prestations potentiel (indépendamment de la composition exacte des prestations).

Les économistes privilégient largement cette approche, car elle est axée sur la demande effective et a un effet financier. L'AMWAC (2000) émet des réserves quant au champ d'application de cette approche qui se limiterait à des systèmes de santé où l'on observe une formation des prix. Dans des systèmes largement planifiés (Australie ou Grande-Bretagne), cette méthode ne serait guère pertinente. Les critiques de Lomas et al. (1985) et de Bloor/Maynard (2003) mentionnées dans le paragraphe précédent concernent aussi la méthode demand-based.

Méthode 4: ratio population/médecin

La méthode sans doute la plus simple et, parallèlement, la plus répandue s'appuie sur le ratio population/main-d'œuvre. Dans ce cas, on détermine à titre normatif le nombre de fournisseurs de prestations requis par tête d'habitant. En vue de déterminer ce rapport, on peut se baser – comme déjà mentionné – sur le recours actuel aux prestations (utilisation-based ou demand-based). Pour des raisons de commodité, on part souvent d'un rapport actuel que l'on extrapole ensuite à d'autres domaines ou en se projetant dans l'avenir.

Ce rapport suscite toutefois aussi des critiques dans la mesure où, contrairement aux méthodes précédentes, il ne s'attache guère à détailler la fourniture des prestations. Il s'appuie par ailleurs sur une notion rigide de la productivité et ne tient pas compte du fait que l'output est étroitement lié aux développements médicotecniques (Hall 1978b, 74).

L'AMWAC (2000, 13) attire également l'attention sur les limites déjà connues de cette approche: «Known limitations of this measure include that it fails either to determine the suitability of present DPR [doctor population ratios] or to take account of the hours worked by doctors or change in demand for services associated with technological innovations or population demographics.» Aussi, l'AMWAC (2000, 13) recommande d'utiliser cette méthode uniquement pour décrire l'évolution de la situation au fil du temps, et non pas pour réaliser des planifications.

Rowand (2002) souligne que les approches basées sur des ratios population/médecin extrapolent une situation passée en se projetant dans l'avenir sans considérer les changements structurels.

Méthode 5: target-based (en fonction des objectifs)

Comme précisé auparavant, cette approche est surtout répandue dans les systèmes de santé où l'on accorde traditionnellement une large place à la planification. Hall (1978b, 68) estime même que «the method has limited utility where government lacks control over the health delivery system». Cette méthode part du nombre d'installations requises dans un périmètre donné. Les services d'urgence, les unités de soins intensifs et les services d'oncologie radiologique sont cités à titre d'exemple (AMWAC 2000,14). A partir de là, on détermine le nombre de médecins, de personnel soignant, etc., nécessaire à l'exploitation des installations.

Méthode 6: Accessibilité

Une autre méthode vise à déterminer l'accessibilité aux prestations médicales.¹ Dans chaque commune, par exemple, on définit la distance jusqu'au médecin le plus proche. La population est ensuite pondérée et groupée en fonction de ces distances. Dans sa version la plus simple, la méthode d'accessibilité présuppose que la demande dépend uniquement du nombre de personnes, négligeant ainsi les différences de morbidité. Au niveau de l'offre, il convient, comme c'est le cas pour le ratio population/médecin, de fixer une distance maximale à titre normatif.

Productivité

Selon Reinhardt (1991), la demande de main-d'œuvre se définit comme suit:

$$M_t = \frac{D_t}{Q_t} \cdot N_t$$

Explication de la notation

M_t besoin de médecin prévu au moment donné t

D_t demande moyenne de prestations médicales par tête (pour t)

Q_t productivité moyenne d'un médecin travaillant à plein temps (pour t)

N_t nombre d'habitants nécessitant une prise en charge médicale (pour t)

La productivité moyenne Q_t joue ici un rôle essentiel. Baker (1978, 120) cite deux méthodes pour mesurer la productivité: les équivalents plein temps ou les unités de valeur relatives.

- **Équivalents plein temps:** une demande $D_t \cdot N_t$ est exprimée en unités de temps (heures, semaines, mois, etc.). La demande est divisée par le nombre de postes à plein temps du corps de métier considéré. On détermine ainsi les besoins en termes de personnes travaillant à plein temps.
- **Unités de valeur relatives:** la demande $D_t \cdot N_t$ est exprimée en points. La demande est divisée par la somme moyenne de points qu'atteint une personne travaillant à plein temps. On détermine ainsi les besoins en termes de personnes travaillant à plein temps. En lieu et place de points, les coûts pourraient aussi servir de paramètres.

Baker (1978, 123 s.) présente diverses possibilités pour augmenter la productivité. Les indications qu'il fournit à cet égard pourraient être comprises comme une invitation à améliorer les cinq méthodes mentionnées. Dans ce cas, il conviendrait de tenir compte des sources relatives aux changements de productivité qui correspondent à chacune de ces approches. Les facteurs susceptibles d'entraîner une augmentation de la productivité sont: le progrès technique, la délégation de tâches, la réalisation d'analyses sur les différentes activités et fonctions, des changements organisationnels ainsi que des contrôles portant sur l'efficacité des mesures diagnostiques et thérapeutiques.

¹ Dans la présentation un peu plus ancienne de Zepf et al. (1979), la méthode d'accessibilité et ses caractéristiques font l'objet d'une description plus détaillée.

2.4.3 Constat de déséquilibres

Les prévisions en matière de demande et d'offre de main-d'œuvre visent à mettre en place des mesures de planification afin de couvrir ces deux domaines à l'avenir. Par la suite, il sera relativement plus aisé de déterminer si la situation initialement projetée correspond à la réalité. Il est par contre beaucoup plus difficile de savoir s'il y a actuellement une pénurie ou un excédent de personnel. Zurn et al. (2002) ont développé une typologie des déséquilibres et déterminé des indicateurs qui permettent de les mesurer. Le tableau ci-après donne une vue d'ensemble des indicateurs utilisés et présente leurs avantages et inconvénients.

Tableau 1 : Indicateurs d'un excédent ou d'une pénurie de personnel selon Zurn et al. (2002)

Table 1: Main advantages and disadvantages of shortages/surpluses indicators

Indicators	Main advantages	Main disadvantages
I. Employment indicators		
Vacancies	<ul style="list-style-type: none"> • Easy to measure • Widely used 	<ul style="list-style-type: none"> • It does not capture private practitioners • Budget constraints may "hide" a shortage problem
Growth of the workforce (Comparison of the growth of the workforce with population growth)	<ul style="list-style-type: none"> • It can be applied to any health profession, in any health care system 	<ul style="list-style-type: none"> • It might be difficult to assess whether a workforce growth responds to an initial shortage or not
Occupational unemployment rate (Comparison between a health profession unemployment rate and a reference group)	<ul style="list-style-type: none"> • It can be applied to any health profession, in any health care system 	<ul style="list-style-type: none"> • The occurrence of simultaneous health workforce unemployment and imbalance complicates the interpretation of this indicator
Turnover rates	<ul style="list-style-type: none"> • Easy to measure 	<ul style="list-style-type: none"> • Level of turnover might be influenced by elements not related to imbalances
II. Monetary indicators		
Real wage rate	<ul style="list-style-type: none"> • Easy to measure 	<ul style="list-style-type: none"> • Wage might be influenced by factors not related to imbalances • It is difficult to quantify the shortage/surplus
Rate of return	<ul style="list-style-type: none"> • It is a relatively sophisticated indicator 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatively complex to estimate • It is difficult to quantify the shortage/surplus
III. Activity indicators		
Overtime	<ul style="list-style-type: none"> • It is a sensitive indicator 	<ul style="list-style-type: none"> • It might reflect a deliberate policy
IV. Normative Population based indicator		
Doctor per 10,000 population	<ul style="list-style-type: none"> • It is easy to estimate 	<ul style="list-style-type: none"> • There is a certain degree of subjectivity when establishing a "gold standard"
Nurse per 10,000 population	<ul style="list-style-type: none"> • It allows to quantify imbalances 	

Source: Zurn et al. (2002, 3)

2.5 A quels résultats aboutissent les prévisions?

Le présent sous-chapitre fournit un aperçu de la bibliographie relative aux planifications/prévisions concrètes en matière d'offre et de demande de main-d'oeuvre. Il convient, dans ce contexte, de distinguer entre les travaux consacrés uniquement à l'offre ou à la demande de travail et ceux traitant des deux aspects de la question.

2.5.1 Offre de service

France

A l'instar d'autres pays et régions francophones, la France détient une longue tradition en matière de «démographie médicale». Cette notion désigne l'analyse et les prévisions relatives au nombre de professions médicales, en particulier de médecins, par régions et par spécialités. En Suisse, de telles démarches ont

également été effectuées (Gilliand et al. 1991). La plupart des études ont été réalisées selon la méthode «stock-flow» expliquée au paragraphe 2.4.1. Voici un aperçu du résultat de ces recherches:

- Gilliand et al. (1991) examinent la démographie médicale en Suisse en 1900, 1990 et 2020 sur la base du registre FMH et des données fournies par l'Office fédéral de la statistique. Mis à part les mutations géographiques, leurs prévisions ne tiennent compte que du nombre d'étudiants qui termineront vraisemblablement leur formation (sans prendre en considération les migrations, p. ex.). Divers scénarios ont été élaborés.

- En France, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Ordre National des Médecins, ONM), en collaboration avec le CREDES (Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé), publie au mois de décembre de chaque année un document dressant l'état des lieux de la démographie médicale (ONM/CREDES 2002, 2003). La dernière édition en date met en lumière la poursuite de l'aggravation du déficit du nombre de médecins consécutive aux changements démographiques (ONM/CREDES 2003). Les auteurs de ce document proposent par conséquent au gouvernement de faire passer le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine de 5550 à 7000, voire à 8000 en 2004.

Etant donné que, en France, les médecins désireux d'exercer la médecine sont tenus de s'inscrire au Tableau de l'Ordre des médecins, quel que soit l'endroit où ils travaillent, la banque de données ainsi constituée est très complète. Précisons que la publication mentionnée plus haut ne considère, dans ses prévisions, que les futurs diplômés (numerus clausus). L'édition de 2003 présente les résultats d'une enquête fournissant des données plus approfondies sur les départs à la retraite et sur les interruptions temporaires de travail, données récoltées au moyen d'un sondage écrit (ONM/CREDES 2003).²

Couffinhal/Mousqués (2001) jugent ces rapports d'un œil critique, parce que les ratios population/médecin sont loin d'être déterminants. Selon eux, il conviendrait de considérer également les facteurs suivants: l'augmentation de la demande de soins induite par le vieillissement de la population, d'une part, et la réduction du temps de travail moyen consécutive à la féminisation de la profession, d'autre part.³

- Darriné (2002) présente les résultats d'un travail effectué sur mandat de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), consistant en une simulation réalisée sur ordinateur en vue d'établir une projection de la démographie médicale des médecins jusqu'en 2020. Pour accomplir sa recherche, l'auteur s'est fondé sur le répertoire ADELI, dont il est difficile de savoir dans quelle mesure il diffère des données utilisées par l'ONM/CREDES (2003).⁴ Ce travail a ceci d'intéressant qu'il tient compte d'un nombre considérable de variables susceptibles d'influencer les résultats (numerus clausus, redoublement durant les études, interruption des études, migration entre les régions, représentation des femmes, type d'établissement [libéral, hospitalier ou salarié non hospitalier], comportement au moment du départ à la retraite).

Une autre étude, un peu moins récente (Vilain/Niel 2000), s'inspire du même modèle que Darriné (2002) pour mettre l'accent sur la densité des médecins.⁵

Niel (2000) et Couffinhal/Polton (2000) donnent des précisions sur la méthode utilisée par la DREES dans le cadre d'une comparaison des différentes méthodes appliquées en France.

² Les rapports ONM/CREDES foisonnent de chiffres. Dans son bulletin d'information «Questions d'économie de la santé», le CREDES a publié des explications plus détaillées (voir à ce sujet Couffinhal/Mousqués 2001).

³ En France, les sociétés locales de médecins mènent également des enquêtes sur la démographie médicale, sans toutefois se fonder systématiquement sur le registre national. C'est ainsi que l'UPML (2000) a procédé à ses propres investigations sur la base d'un questionnaire écrit. Aucune prévision n'a été établie.

⁴ Sicart (2001, 5) précise que le répertoire ADELI ne contient pas tous les médecins travaillant dans les hôpitaux (bien que l'inscription y soit en principe obligatoire).

⁵ Le travail de Vilain/Niel (1999) présente de manière détaillée la densité de médecins sur la base des données d'alors. Aucune prévision n'a été établie.

- Sicart (2001) s'attache à déterminer dans quelle mesure les données des différents registres (ADELI, Tableau de l'Ordre), celles recueillies lors des recensements et des enquêtes sur le travail et les prévisions de la DREES coïncident. Pour ce faire, il utilise les données relevées entre 1984 et 2000. Aucune prévision n'a été établie.
- Sur mandat de la DREES toujours, Darriné (2003) établit des projections du nombre de masseurs-kinésithérapeutes à l'horizon 2020. L'intérêt de cette étude réside dans la prise en considération très détaillée des diplômés sur la base de dix hypothèses thématiques: entrées dans les établissements de formation, âge des diplômés, nombre de diplômes, entrées effectives sur le marché du travail, durée écoulée entre la fin des études et l'entrée sur le marché du travail, reconnaissance des diplômes étrangers, répartition des diplômés entre le secteur libéral et le secteur salarié, départs à la retraite des praticiens du secteur libéral et de ceux du secteur salarié.
- Descours (2003) ne dresse pas de véritables prévisions, mais examine la répartition géographique des médecins et d'autres groupes professionnels. Parvenant à la conclusion que c'est moins le revenu que les conditions de vie en général qui expliquent que certains groupes professionnels ne s'établissent pas dans les régions rurales ou à problèmes, l'auteur propose la mise en place de mesures visant à inciter les différents groupes professionnels à s'installer dans les régions à faible densité médicale. Il ne fait aucun cas de prescriptions telles que celles appliquées en Allemagne, par exemple. En revanche, il propose notamment l'introduction d'une prime à l'établissement pour les professionnels de la santé dans les régions déficitaires, la possibilité pour les associations de médecins d'ouvrir des centres de santé et le relèvement du numerus clausus.
- La répartition géographique des médecins a également fait l'objet d'une étude réalisée par Couffinhal et al. (2002), qui ont identifié trois caractéristiques communales influant sur l'établissement des professionnels de la santé: le taux d'urbanité, l'âge de la population et un facteur reflétant la «défavorisation». Les auteurs n'observent aucune tendance indiquant que la répartition géographique s'équilibrera avec le temps.⁶

Pays anglo-saxons

Dans les pays anglo-saxons, la démographie médicale a aussi donné lieu à un certain nombre d'ouvrages, dont voici un aperçu:

- Craig et al. (2002) établissent des prévisions pour l'offre d'anesthésistes au Canada jusqu'en 2016, en regroupant les membres de cette profession de l'année de référence par âge et par sexe. Les auteurs font ensuite des projections quant à l'évolution démographique des médecins déjà en exercice, avant d'ajouter, pour chaque année prévue, le nombre de nouveaux diplômés potentiels.
- Forgacs/Paksy (2001) s'attachent à pronostiquer l'offre de médecins pour la Hongrie jusqu'en 2026, selon la même méthode que celle adoptée par Craig et al. (2002), à savoir l'analyse de cohorte. Ils tiennent également compte du phénomène migratoire et de la féminisation de la profession, laquelle débouchera vraisemblablement sur une diminution du temps de travail moyen.
- Gershon et al. (2000) développent un modèle permettant de prévoir l'évolution du nombre de pharmacologues aux Etats-Unis jusqu'en 2020. Pour ce faire, ils prennent en considération non seulement les départs démographiques (décès, départs à la retraite), mais aussi, du côté des arrivées, les diplômés et les immigrants.
- Cooper et al. (1998) établissent les prévisions relatives au nombre de thérapeutes non médecins («nonphysician clinicians») aux Etats-Unis jusqu'en 2015, sur la base de dix groupes professionnels distincts (soignants, médecins assistants, chiropraticiens, acupuncteurs, etc.). Du côté des sorties, ils se fondent sur des hypothèses en matière de décès, de départs à la retraite et de changement de profession. Du côté des entrées, ils tiennent compte des nouveaux diplômés des institutions de formation et de l'âge moyen de ces derniers. A cet

⁶ Auvray et al. (2001a, 2001b) passent au crible le recours aux prestations médicales. Ces observations fondamentales pourraient servir à évaluer la demande. Balsan (2000) présente les différences interrégionales en matière de dépenses de santé.

égard, il est intéressant de constater que, pour les différentes professions, les auteurs ont dû utiliser différentes hypothèses – fondées sur des estimations faites par des experts – pour évaluer le nombre probable de diplômés.

- Geissler (1985) évoque, pour l'Allemagne, les résultats de prévisions concernant le nombre de médecins (jusqu'en 2000), de dentistes, de pharmaciens et de soignants (jusqu'en 1995). Si les données détaillées relatives à la méthode utilisée font défaut, la présentation autorise néanmoins à conclure que les prévisions se fondent uniquement sur des hypothèses très simples en matière de flux (entrées/sorties).

Divers travaux présentent en détail la situation de groupes professionnels précis, sans toutefois dresser de prévisions. Il s'agit des ouvrages suivants:

- Brown et al. (2002) exposent les résultats d'une enquête menée en Australie et en Nouvelle-Zélande auprès des parodontologistes (n=92).
- Shemin et al. (2002) présentent quant à eux les résultats d'un sondage écrit conduit aux Etats-Unis auprès des chirurgiens thoraciques (n=1454).
- Gebbie et al. (2002) mettent en évidence les énormes exigences auxquelles seront soumises les professions médicales aux Etats-Unis au cours des années à venir et préconisent la mise en place d'une politique de formation en conséquence.
- Alvarez et al. (2002) font état des résultats d'un rapport exhaustif sur les «dispensateurs de soins» au Canada.⁷ Dans leur ouvrage, ils constatent qu'il sera très difficile d'évaluer le nombre futur exact de fournisseurs de prestations, étant donné que la situation professionnelle et familiale de nombreux prestataires de soins subit des changements fondamentaux.
- Vidigal (1997) dresse un état des lieux de la situation des médecins libéraux en France, mais établit ses prévisions sur la base de sources différentes. Cette thèse de médecine contient une description détaillée des différents domaines d'activité des médecins.

2.5.2 Demande de service

- Malloch et al. (2003) calculent les besoins futurs en personnel soignant aux Etats-Unis à partir d'un ratio population/médecin. Ils se fondent à cet effet sur les données émanant de l'Etat du Kentucky pour les extrapoler à l'ensemble des Etats-Unis.
- Byrick et al. (2002) adoptent une approche basée sur la demande (demand-based) pour calculer la demande de prestations futures fournies par les médecins anesthésistes au Canada; dans cette optique, ils regroupent les dépenses liées aux prestations des membres de cette profession par âge et par sexe à partir de données fournies par les assureurs. Les auteurs divisent ensuite les chiffres d'affaires relatifs aux groupes d'âge/au sexe par le chiffre d'affaires moyen relatif à un anesthésiste actif à plein temps pour obtenir les besoins en anesthésistes par groupe d'âge/sexe. Plus loin, les prévisions démographiques sont mises en parallèle avec la répartition par âge et par sexe. Le résultat de cette opération permet de connaître le volume de la demande d'anesthésistes pour chaque année prévue.
- Dans sa monographie, Rohrer (1999) examine la planification du système de santé pour les communes américaines. Après comparaison des différentes méthodes d'évaluation de la demande, il parvient à la conclusion que le ratio population/médecin constitue la démarche la plus appropriée sur la base des données à sa disposition. C'est donc cette méthode qu'il utilise pour la planification communale de la prise en charge ambulatoire.
- Tilquin/Vanderstraeten (1988) se fondent sur une approche basée sur les besoins (need-based) pour évaluer le besoin en soins de longue durée au Québec. «In particular we present a need assessment system structured

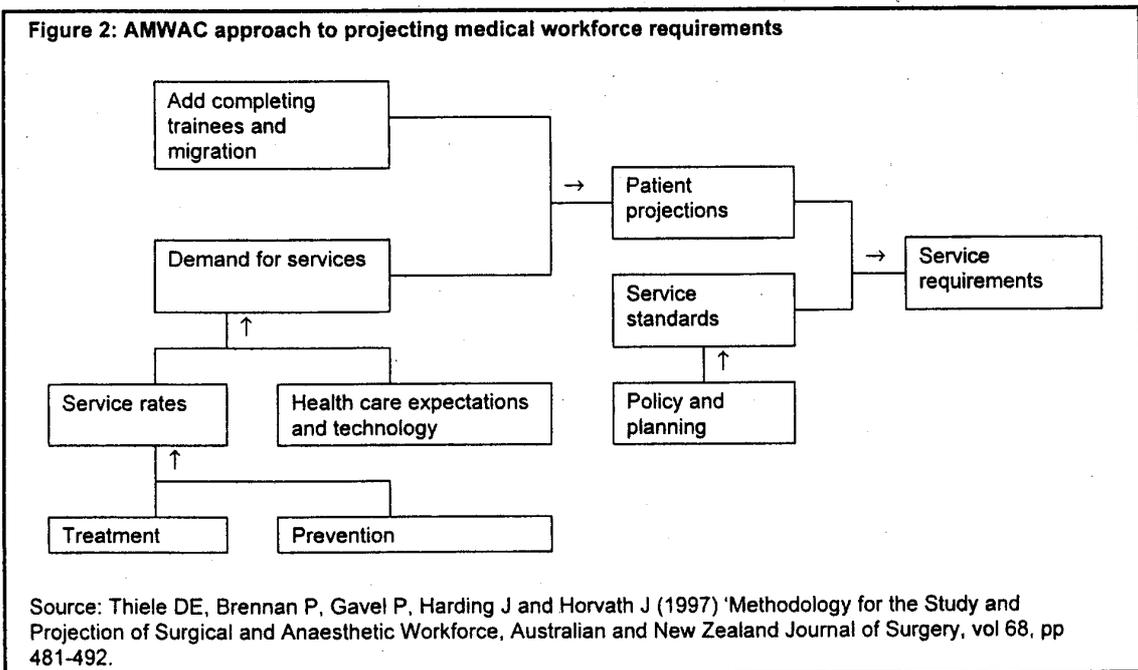
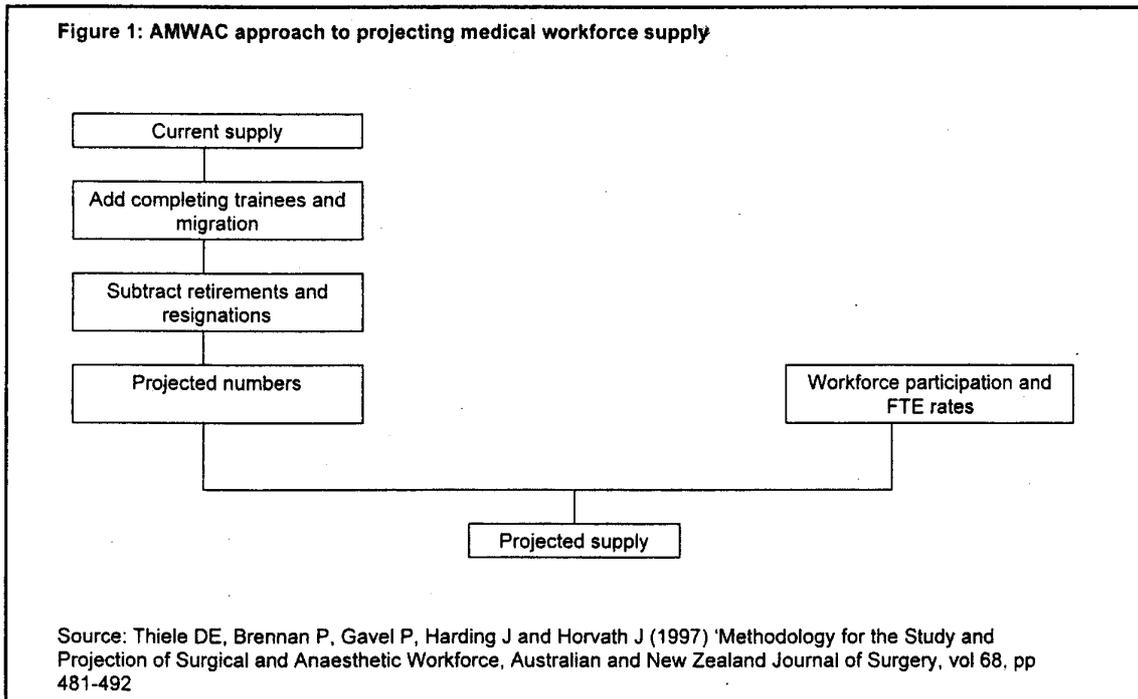
⁷ Institut canadien d'information sur la santé (2001).

around the concepts of autonomy – services – resources – programs. This system was designed to support utilization review, planning, programming and budgeting.» (Tilquin/Vanderstraeten 1988, 256)

2.5.3 Offre et demande de service

- En 1995, l'Australie a créé l'Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC), organisme chargé d'établir les prévisions en matière de besoin et de demande de main-d'œuvre. Dans un article publié en 2000, l'AMWAC (2000) présente les méthodes d'alors. Le schéma figurant à la page suivante illustre la procédure du point de vue du besoin et celle du point de vue de l'offre. Pour ce qui est du besoin, toutes les méthodes disponibles ont été utilisées dans le but de s'approcher le plus possible de la «vérité», tandis qu'en matière d'offre, c'est une méthode «stock-flow» qui a été appliquée. L'AMWAC précise que, pour l'offre comme pour la demande, les pronostics ont été établis à l'aide d'un logiciel informatique développé à cet effet.

Schéma 4: Prévisions portant sur l'offre et la demande main-d'œuvre en Australie



Source: AMWAC (2000)

- Dans leur article, Riportella-Muller et al. (2000, 173) font état d'un modèle intéressant (Integrated Requirements Model IRM Version 1.5) développé aux Etats-Unis par le Bureau of Health Professions pour dresser des prévisions portant sur le besoin et l'offre de personnel soignant. Il est à déplorer que cet article ne décrive pas dans le détail les méthodes utilisées.

• En 1991, soit quatre ans avant l’Australie, la Grande-Bretagne a constitué une commission chargée de l’établissement des prévisions, le Medical Manpower Standing Advisory Committee (MMSAC). Maynard/Walker (1995) présentent la méthodologie de travail du MMSAC, tout en reprochant à cet organisme de ne pas tenir suffisamment compte des éléments relatifs au marché introduits en 1989. Le tableau ci-dessous fournit un résumé de leurs arguments.

Tableau 2: Démarche de planification du MMSAC en Grande-Bretagne et critiques de Maynard/Walker (1995)

Issue	MMSAC (implicit) view	Implications of MMSAC view	Our view	Implications of our view
1. Production technology in health care	1.1 Fixed input coefficients (Leontief) 1.2 Improved health care requires higher doctor/population ratios	1.1 Relative prices/wages are unimportant in determining efficiency 1.2 More health care/better health means we must have more doctors 1.3 Small shortages threaten delivery	1.1 Considerable substitution possibilities ⁸ 1.2 Better health care might as easily be less rather than more doctor-intensive	1.1 Relative prices/wages are central in determining efficient input combinations 1.2 Need to investigate substitution possibilities 1.3 Flexibility means small shortages, surpluses can be ameliorated by wage/price changes
2. Supply of medical manpower and co-operating factors	2.1 Elastic supply of co-operating factors 2.2 Main source of additional active doctors is newly trained; increasing participation from inactive ignored	2.1 Justifies focus on planning doctors alone (the binding constraint in improving health care) 2.2 Justifies focus on medical school intake as the only instrument of policy	2.1 Elasticity of supply of co-operating factors unclear 2.2 Additional active doctors can be drawn from pool of inactive or overseas (inc. Europe)	2.1 Need to investigate all health labour markets 2.2 Need more investigation of potential flows from inactive and overseas (particularly E. Europe)
3. Efficiency (technical efficiency)	3.1 Fairly efficient	3.1 Limited scope for increasing output and meeting additional demands or needs by improving efficiency	3.1 Fairly inefficient	3.1 Substantial possibilities for increasing output of health care and meeting increased demands or needs by improving efficiency (eliminating X-inefficiency)
4. Price determination/role of price incentives	4.1 Monopsonistic/monopolistic. Determination of wages by Government employer and doctor trade unions 4.2 Limited role for wage/price incentives	4.1 Prices/wages have not been used as policy instruments. Policy has focused on adjustment of quantities in a deterministic system	4.1 Increasing local negotiation of wages and conditions for all staff (declining monopoly/monopsony power) 4.2 Substantial role for price/wage incentives	4.1 Trusts will increasingly use price/wage incentives 4.2 Far more investigation of price/wage elasticities

Source: Maynard/Walker (1995, 4)

• A l’aide d’une comparaison des ratios population/médecin, Grewe et al. (1999) transposent les résultats de six études américaines à la situation prévalant en Oklahoma. Ces six études qui, selon Grewe et al. (1999), déterminent la demande en fonction du besoin (need-based), constituent une base très intéressante.⁸

• Lomas et al. (1985) procèdent pour leur part à la comparaison de trois grands travaux de prévision. Le troisième des travaux en question a été effectué par le Graduate Medical Education National Advisory Committee (GMENAC), organisme encore actif aujourd’hui. Lomas et al. s’attachent à montrer que les

⁸ Les six travaux évoqués datent déjà de plusieurs années; ils n’étaient pas disponibles pour le présent tour d’horizon bibliographique.

• Cooper R. (1994): Seeking a balanced physician workforce for the 21st century, JAMA, 272, 680-687.

• Weiner J.P. (1994): Forecasting the effects of health reform on the US physician workforce requirement: Evidence from HMO staffing patterns, JAMA, 272, 222-230.

• Greenberg L. and J. Cultice (1995): The Bureau of Health Professions Physicians Requirements Model. Rockville, Bureau of Health Professions.

• Gamiel S., R.M. Politzer, M.L. Rivo, F. Mullan (1995): Managed care on the march: Will the physician workforce meet the challenge?, Health Affairs, 14, 131-142.

• Graduate Medical Education National Advisory Committee (1995). Washington.

• Council on Graduate Medical Education Sixth Report (1995): Managed Care Implications for the Physician Workforce and Medical Education. Washington, Department of Health and Human Services.

techniques utilisées se sont affinées au fil des études. Le tableau ci-après présente un aperçu des méthodes appliquées.

Tableau 3: Méthodes utilisées dans trois études pronostiques au Canada (selon Lomas et al. 1985)

Table 1. The factors included in three physician manpower planning exercises

Study	Low [24]	National [21]	GMENAC [7]
Planning stages			
Establishing requirements	Base year (1980) number of MDs Base year shortfall Population in base year = MD:POPULATION RATIO IN BASE YEAR	Base year (1972/1973) hours of care Optimal current MD productivity MDs required for teaching, research and administration Population in base year = OPTIMUM ^a MD:POPULATION RATIO IN BASE YEAR ^a	Target year (1990) disease incidence (including population growth) Resulting number of services needed Delegable services Target year hours of physician care Optimum future MD productivity MDs required for teaching, research and administration Overlapping services between specialists = MDs REQUIRED IN TARGET YEAR
Establishing supply and manpower production needs to meet requirements	Future stock changes (deaths, retirements, migration and immigration) Future population growth Additions for base year shortfall = MD OUTPUT REQUIRED TO MAINTAIN MD:POPULATION RATIO AT BASE YEAR	Future stock changes (deaths, retirements, migration and immigration) Future population growth Demand growth (new procedures and technology) Additions for shortfall from base year optimum = MD OUTPUT REQUIRED TO REACH RECOMMENDED BASE YEAR MD:POPULATION RATIO IN TARGET YEAR	Supply of MDs in base year (including likely career paths) Future stock changes (deaths, retirements, migration and immigration) Target year requirement = MD OUTPUT REQUIRED TO ATTAIN MD REQUIREMENT IN TARGET YEAR

Source: Lomas et al. (1985, 412)

- En France, la région Poitou-Charentes a mis sur pied son propre Observatoire Régional de la Santé afin d'identifier les régions les plus fragiles (Observatoire Régional de la Santé Poitou-Charentes 2003). Bien qu'aucune prévision n'ait été établie, la démarche a ceci d'intéressant qu'elle fournit un outil très pratique pour identifier les régions les plus fragiles (c'est-à-dire présentant une offre de soins insuffisante). Le rapport en question a été élaboré selon la méthodologie suivante: un «score de fragilité communale» a été déterminé pour chaque commune compte tenu de sept indicateurs (densité de la population, proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus, variation de la population entre 1990 et 1999, distance au service d'urgences le plus proche, densité de pharmacies, densité d'infirmières libérales et indices de mortalité).⁹La «fragilité» peut ensuite être considérée comme un indicateur combiné de l'offre et de la demande. Le quartile communal totalisant les scores de fragilité les plus élevés a été considéré comme étant en danger. Le quartile a en outre été subdivisé en trois classes en fonction de la densité de médecins de famille libéraux (densité faible, densité moyenne, densité forte). Au final, la situation la plus critique est celle des communes présentant la densité de médecins de famille libéraux la plus faible et le score de fragilité le plus élevé.
- Fromentin (2000) présente une étude consacrée aux régions Aquitaine, Franche-Comté et Languedoc-Roussillon. Sa démarche est très simple: pour chaque membre de la commune, il détermine la distance à parcourir jusqu'au médecin de famille libéral le plus proche, puis pondère ces distances avec la population vivant

⁹ Chacun de ces indicateurs a été réparti sur trois niveaux (1^{er}, 2^e et 3^e quartiles, 4^e quartile. Un nombre défini de points (0, 1 ou 2) a été attribué à chaque indicateur: plus le score est élevé, plus la commune observée est «fragile» (Observatoire Régional de la Santé Poitou-Charentes 2003, 15).

dans la commune observée. Il obtient ainsi un aperçu du nombre de personnes vivant à telle ou telle distance du médecin de famille libéral le plus proche dans un département donné. Cette démarche s'appuie sur la méthode d'accessibilité.

2.5.4 Lignes directrices pour l'établissement des prévisions

Hall (1998) résume ses expériences menées au niveau international en matière de processus de prévision et de planification en dix recommandations destinées aux prévisionnistes ou planificateurs potentiels. Ces recommandations peuvent être comprises, indirectement, comme des indicateurs des problèmes inhérents aux différentes méthodes et au problème de la planification en tant que tels.

- (1) «Workforce projections models should be applicable to national or regional realities.»
- (2) «The planning of some health workforce categories should not be isolated from that of certain other categories.»
- (3) «Health workforce planning should be linked to health planning – but not too closely.»
La planification de la main-d'œuvre ne devrait pas s'apparenter de trop près à celle de la santé; en effet, la planification de la santé se fait sur le très long terme, tandis que celle de la main-d'œuvre relève du court ou du moyen terme.
- (4) «At least as much attention should be given to requirements as to supply.»
- (5) «Due attention should be given to policies designed to decrease losses as a way of bringing supply and requirements into balance.»
- (6) «It should be remembered that the quantity of personnel is only a part of the workforce equation.»
L'amélioration de la productivité constitue l'un des moyens les plus sûrs d'augmenter l'offre de main-d'œuvre et d'améliorer le rapport coût-efficacité.
- (7) «The reasonableness of projections should be tested.»
- (8) «Project long, act short, update often.»
La planification devrait couvrir une période de 30 ans. Les mesures requièrent une certaine «durée d'incubation», d'où la nécessité d'éviter des actions trop rapides par rapport aux dates de planification. Il devrait toujours être possible d'établir clairement les effets induits par les mesures prises jusque-là.
- (9) «Both process and product should be provided for.»
La planification n'est efficace que si le processus de planification a été soigneusement préparé et suivi.
- (10) «Predictions are bound to prove wrong in the end.»
De bonnes prévisions ne se mesurent pas forcément au fait qu'elles finissent par se vérifier. Ce qui compte en réalité, c'est que l'utilité d'une mesure prise dans le cadre des prévisions soit supérieure aux coûts qu'elle a occasionnés.

2.6 Les résultats effectifs viennent-ils confirmer les prévisions?

Comme évoqué au paragraphe précédent, certains auteurs ne mesurent pas la qualité des pronostics (uniquement) à l'aune des résultats effectivement obtenus par la suite (Hall 1988, 413). Ils défendent l'opinion selon laquelle ce ne sont pas les prévisions elles-mêmes, mais les mesures prises dans le cadre desdites prévisions qui doivent présenter un rapport coût-efficacité positif. Mais tous les auteurs ne sont pas de cet avis: «The proof of the

pudding is in the eating.» (Lomas et al. 1985, 413) Pour étayer ces deux avis, voici, en bref, les résultats de deux équipes d'auteurs:

Lomas et al. (1985)

Lomas et al. (1985) comparent les résultats de deux études canadiennes menées respectivement en 1974 (étude A) et en 1975 (étude B) avec la situation effective de 1981. Les deux études ne sont abordées que sous l'angle des prévisions en matière d'offre. L'étude A a sous-estimé ou surestimé l'offre qui prévaudrait en 1981 d'environ 10% selon que l'immigration avait été prise ou non en considération. Dans l'ensemble, cette même étude a sous-estimé l'offre de 6%, et certaines spécialités médicales ont affiché une surestimation allant jusqu'à 300% ou, à l'inverse, une sous-estimation atteignant jusqu'à 20%.

Lomas et al. considèrent que ces résultats sont typiques des méthodes utilisées, peu fiables à maints égards. Ils citent également deux études qui ont débouché sur des résultats semblables pour les Etats-Unis et la Grande-Bretagne.

Maynard/Walker (1995)

Ces deux auteurs se penchent sur les résultats de la planification effectuée en Grande-Bretagne. Leur conclusion est la suivante: «The success of the forecasting and policy formulation, as in most planning systems, has been mixed.» (Maynard/Walker 1995, 2)

2.7 Quels sont les pays qui recourent à la planification et quelles expériences ont-ils faites?

2.7.1 Aperçu

Plusieurs publications établissent des comparaisons internationales des planifications établies au niveau national. Bloor/Maynard (2003) ont comparé l'Australie, la France, l'Allemagne et la Suède; Potthoff/Schneider (2002), l'Australie, le Canada, l'Autriche, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, le Danemark, la Suède, la France, la Suisse et les Etats-Unis; Höppner (2003), les Pays-Bas et l'Allemagne; Bourgueil et al. (2002), enfin, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, le Québec, la Belgique et les Etats-Unis. Certains pays ont servi d'exemple contrasté, bien qu'ils n'aient eux-mêmes pas procédé à des planifications (Suisse, Etats-Unis). La notion de «planification» fait l'objet de nombreuses interprétations. Le critère d'inclusion est le fait que tel ou tel pays procède à une prévision de l'offre et de la demande. On constate une grande hétérogénéité des pays en matière de mesures prises dans le sillage des prévisions. A titre d'exemple, l'Allemagne pratique, au niveau régional, l'interdiction d'ouvrir un cabinet lorsque le quota maximal des médecins en exercice a été atteint. Au Québec, les mesures se traduisent par des incitations (financières) lorsque la planification prévoit une surabondance ou une insuffisance de l'offre. Aux Pays-Bas (comme en Autriche), les prévisions ne portent que sur la planification des études universitaires.

Du fait que, dans le domaine de la santé, les systèmes diffèrent considérablement les uns des autres, les comparaisons entre pays représentent un défi de taille. Si les publications mentionnées fournissent un aperçu de la situation, seul Höppner (2003) fournit un travail qui satisfait aux exigences en termes de rigueur et de présentation. Les autres publications restent relativement superficielles (Bloor/Maynard 2003) ou sont mal présentées (Bourgueil et al. 2002), voire se contredisent (Potthoff/Schneider 2002). Aussi une analyse minutieuse devrait-elle impérativement impliquer la consultation des documents originaux des pays observés et – comme l'ont notamment fait Bourgueil et al. 2002 – un voyage dans lesdits pays.

Mentionnons également les présentations se concentrant sur un seul système, comme celui de l'Allemagne en particulier (voir Klose/Uhlemann 2003, Kopetsch 2003, Kruse/Kruse 2003 et Wolas 1997).

Différents aspects présentent ici un intérêt, mais nous nous sommes essentiellement fondés sur la qualité des comparaisons entre pays pour la suite de ce rapport:

- Semblables au système suisse (assurances sociales, cotisations des assurés, présence d'assureurs-maladie) et bien référencées dans la bibliographie, l'Allemagne et l'Autriche méritent d'être évoquées. Viennent ensuite les Pays-Bas qui, s'ils sont organisés selon une structure quelque peu différente, sont néanmoins également bien référencés.
- Pour la suite, nous avons procédé par thème, et nous sommes posé les questions suivantes: (a) Selon quelles méthodes l'offre et la demande ont-elles été déterminées et pronostiquées? (b) Comment l'insuffisance de soins a-t-elle été définie? (c) Quelles sont les mesures disponibles résultant de la démarche de planification?

2.7.2 Allemagne

La planification

En 1986 déjà, la loi relative à l'amélioration de la planification du besoin en médecins de caisse (Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung) est entrée en vigueur, constituant ainsi un outil de planification de l'offre pléthorique de soins (Höppner 2003, 69). Le besoin futur en médecins ayant été déterminé sur la base du ratio population/médecin de 1980, c'est la situation de 1980 qui a servi de référence, et ce n'est que lorsque ce rapport a été dépassé de 50% que l'on a présumé qu'il y avait pléthore de soins. Jusqu'en 1992, l'interdiction d'ouvrir un cabinet n'a concerné que quelques rares domaines engorgés. En 1993, alors que la loi sur les structures du système de la santé (Gesundheits-Strukturgesetz) entré en vigueur, des efforts ont été déployés en vue d'améliorer la structure de la planification des besoins. Si certains éléments de l'outil existant ont été affinés, celui-ci n'en a pas moins conservé ses caractéristiques essentielles. L'une des nouveautés a résidé dans le dépassement du ratio général, ramené à 10%. En fait, cette disposition n'était alors envisagée que comme réglementation transitoire, étant donné que, à compter de 1999, la planification des besoins devait se fonder sur des rapports fixés dans la loi (Hiddemann 1999). Entre-temps, la mise en œuvre de cette disposition a été repoussée, et c'est toujours le système en vigueur depuis 1993 qui est appliqué.

Selon le système actuel, médecins de famille et médecins spécialistes jouissent toujours de la liberté d'établissement. Il est toutefois tenu compte de la répartition géographique des praticiens, et c'est ainsi que chaque région d'Allemagne a été classée dans un des dix types d'organisation du territoire, pour lesquels des ratios généraux ont été fixés pour 14 groupes de médecins. Au total, il en résulte donc 140 ratios généraux (10x14). Le ratio général se définit comme suit (Höppner 2003):

$$\text{Ratio général} = \frac{\text{Nombre d'habitants}_{\text{année de base}}}{\text{Nombre de médecins}_{\text{année de base}}}$$

Pour les médecins de famille, les ratios généraux ont été calculés sur la base de la situation du 31 décembre 1995 et, pour la plupart des autres groupes de médecins, sur la situation du 31 décembre 1990.

Pour évaluer la pléthore ou l'insuffisance de l'offre à un moment donné, on calcule le degré de prise en charge (Höppner 2002, 75).

$$\begin{aligned} \text{Degré de prise en charge} &= \frac{\text{Ratio général} \cdot \text{nombre de médecins}_{\text{actuel}}}{\text{Nombre d'habitants}_{\text{actuel}}} \cdot 100 \\ &= \frac{\text{Habitants}_{\text{année de base}} \cdot \text{Médecins}_{\text{actuel}}}{\text{Habitants}_{\text{actuel}} \cdot \text{Médecins}_{\text{année de base}}} \cdot 100 \end{aligned}$$

Lorsque ni le nombre d'habitants ni celui de médecins n'a subi de modification, le degré de prise en charge est égal à 100%. On est en présence d'une offre pléthorique lorsque le degré de prise en charge est supérieur à 110% et d'une offre insuffisante, lorsque le degré de prise en charge des médecins de famille est inférieur à 75% et celui des médecins spécialistes, inférieur à 50%. Ainsi, dans les régions présentant une surabondance de l'offre, aucun médecin n'est plus autorisé à s'y établir, bien qu'il existe toute une série d'exceptions (voir Höppner 2003, 75 s.). En présence d'une offre lacunaire, les associations des médecins des caisses-maladie sont chargées de prendre les mesures nécessaires afin de remédier à la situation, mesures qui n'ont cependant rien de drastique. A titre d'exemple, il peut s'agir d'autoriser les médecins travaillant en milieu hospitalier à proposer des prestations ambulatoires également à l'attention de l'assurance-maladie obligatoire (GKV) dans les régions souffrant d'une offre insuffisante.

L'illustration figurant à la page suivante présente un résumé sous forme graphique du processus de planification (selon Potthoff/Schneider 2003).

Classification dans la bibliographie

En Allemagne, on considère que, pour 100 000 habitants, il n'est pas nécessaire de disposer d'un nombre de médecins supérieur à celui de 1990 (médecins de famille) ou de 1995 (médecins spécialistes). Ainsi, les modifications de la demande n'interviennent qu'en fonction du nombre d'habitants, et il est permis de supposer que la densité de médecins et la composition du corps médical par spécialisation ont satisfait aux besoins dans les années de référence. Pour autant, il serait exagéré de parler de situation «optimale». En effet, cela reviendrait à geler la situation qui prévalait dans les années de référence, même si la structure de la demande en fonction des prestations médicales est susceptible de changer fondamentalement (p. ex. du fait de l'augmentation des maladies psychiques).

L'Allemagne applique donc un ratio population/médecin très normatif.

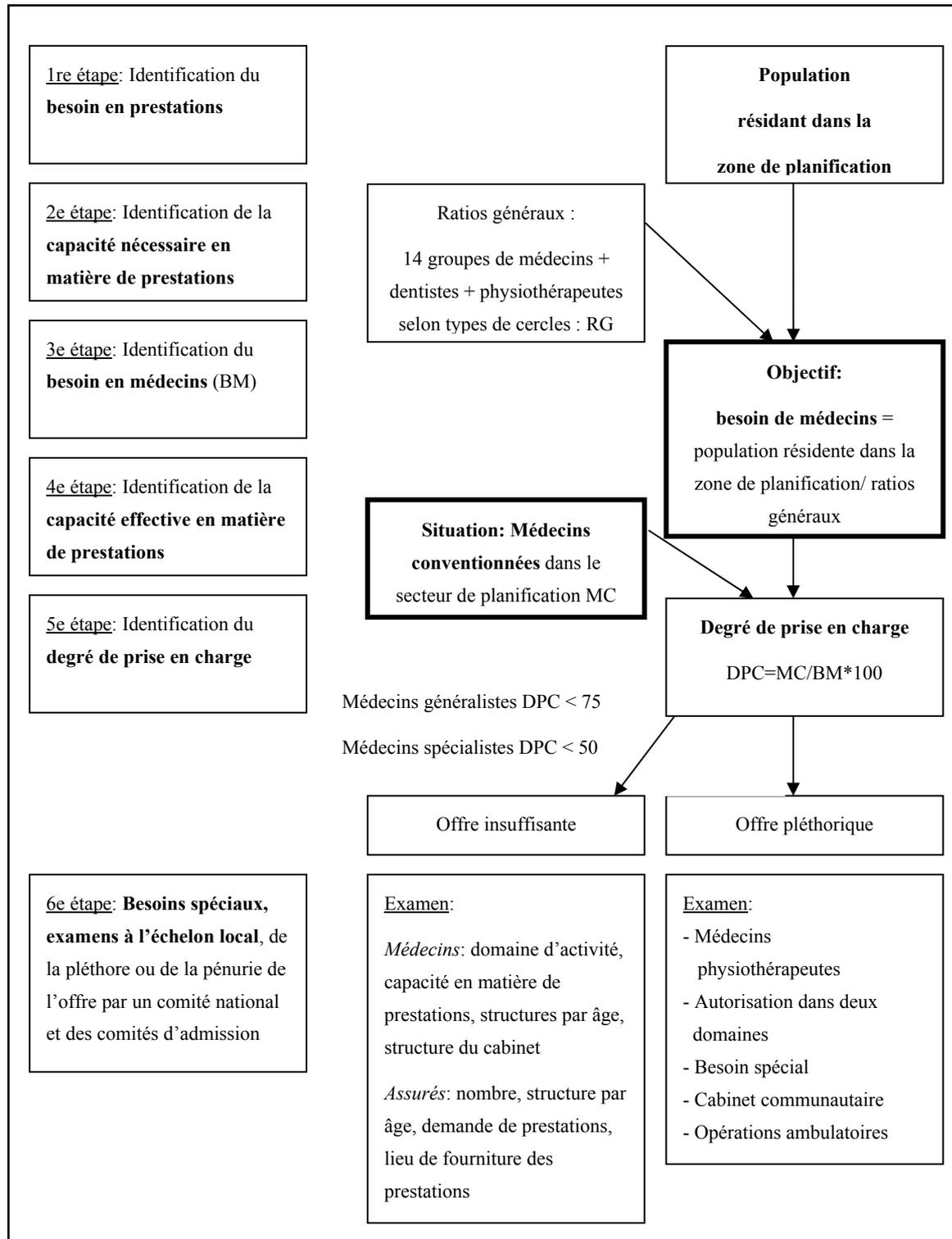
Relation avec la prise en charge minimale

En Allemagne, le niveau minimal des soins est fixé très explicitement. Sur la base du ratio général, le nombre de médecins dans une région donnée ne doit pas être inférieur respectivement à la moitié (spécialistes) ou aux trois quarts (médecins de famille) dudit ratio. Nous sommes en présence, ici également, d'un chiffre normatif. Les ouvrages disponibles ne permettent pas de déduire la manière exacte dont les valeurs limites ont été déterminées.

En Allemagne, la question consiste aujourd'hui à savoir si, oui ou non, l'offre est insuffisante (voir Lauterbach/Stock 2003, Kopetsch 2003). Ce dernier (Kopetsch 2003, 37) fait état d'une offre lacunaire surtout dans les nouveaux Länder, situation qu'il impute à la structure par âge défavorable dans l'ancienne Allemagne de l'Est ainsi qu'au manque de relève parmi les médecins (Klose/Uhlemann 2003 contestent, quant à eux, la thèse d'une pénurie de l'offre). Il est intéressant de constater qu'aucune mesure n'est prise pour augmenter le nombre de médecins en vue de pallier l'insuffisance de l'offre (p. ex. pour les personnes souffrant de maladies chroniques). Selon Lauterbach/Stock (2003, 207), il faudrait introduire les mesures suivantes:

- mise sur pied de structures de prise en charge souples, plurisectorielles et interdisciplinaires;
- formulation de contenus de prise en charge fondés sur les faits, compte tenu en particulier d'une prévention adaptée au risque ainsi que de la formation, de l'information et de la participation du patient;
- création des conditions-cadres nécessaires pour empêcher les personnes atteintes de maladies chroniques de devenir des mauvais risques.

Schéma 5: Processus de planification en Allemagne selon Potthoff/Schneider 2003



Source: Potthoff/Schneider (2003, 52)

Critiques relevées dans les ouvrages spécialisés

Höppner (2003, 79s.) propose un résumé des principaux points critiques relevés en Allemagne:

- L'Allemagne est subdivisée en 406 régions, qui se voient chacune attribuer l'un des dix types définis. Il convient de préciser qu'il peut s'agir de régions très vastes et que, dans les régions elles-mêmes, il peut régner une hétérogénéité très marquée.
- Concernant le nombre de médecins, le ratio général n'est pas exprimé en équivalents plein temps, mais en nombre de personnes. En outre, les caractéristiques en matière d'équipement des cabinets médicaux ne sont pas du tout prises en considération.
- Le ratio général tient compte du nombre d'habitants, mais ne le pondère pas en fonction de l'âge, du sexe et de la morbidité.
- La question se pose de savoir si la prise en charge prévalant dans les années de référence 1990/1995 répondait effectivement aux besoins.
- Toujours plus de traitements hospitaliers sont transférés vers le secteur ambulatoire; ces mutations structurelles, qui augmentent le besoin en médecins établis, ne peuvent être incluses dans les calculs.

Propositions de réforme

Dans leur analyse, Potthoff/Schneider (2002) proposent un nouveau système. Tout en maintenant les ratios généraux, ce système les calculerait différemment afin de remédier à certains points faibles. Le besoin en médecins d'une spécialisation donnée devrait être défini de la manière suivante: on multiplie le nombre de cas de traitement pour 100 000 habitants par le nombre moyen de points tarifaires nécessaire à un cas de traitement. Le résultat est ensuite divisé par la moyenne annuelle des points tarifaires facturables par un médecin pratiquant à plein temps. Le ratio général ainsi obtenu est ensuite adapté à l'âge et à la morbidité. Ainsi, on serait en présence d'une offre pléthorique lorsque le degré de prise en charge dépasse 110% et d'une offre insuffisante dès que le degré de prise en charge est inférieur à 90%.

Ebsen et al. (2003) approfondissent les conséquences de la levée de l'obligation de contracter: ils préconisent de supprimer la planification de l'offre sans la remplacer et de transférer aux Länder la responsabilité d'assurer un système de soins minimal (par analogie avec le transfert, en Suisse, de la compétence aux cantons). Les auteurs font la distinction entre deux situations, à savoir le cas normal (garantie de la prise en charge par la conclusion de contrats) et le cas d'exception (garantie de la prise en charge en cas d'offre insuffisante) :

- Dans le cas normal, les assureurs déployant leurs activités à l'échelon régional sont tenus de garantir à leurs assurés l'accès aux prestations médicales dans tout le pays par le biais de contrats passés avec d'autres assureurs.
- Néanmoins, les auteurs n'excluent pas les lacunes de prise en charge dans certaines régions. Pour que les Länder puissent garantir un niveau minimal de soins, il convient, selon les auteurs, de mettre en place un système de monitoring portant sur la population, fondé sur des indicateurs uniformes valables à l'échelle nationale et permettant d'identifier les insuffisances en matière d'offre – avérées ou probables – comprenant des possibilités d'intervention pour empêcher ou pallier à temps ces lacunes. Toujours d'après les auteurs, il faudrait alors créer les compétences nécessaires en vue de procéder aux interventions qui s'imposent. (...) Par rapport à l'ancienne planification des besoins, ce nouveau système devrait davantage se fonder sur l'état de santé (p. ex. sur la base d'un établissement amélioré des rapports sur l'état de santé) et sur le besoin effectif de la population en matière de prise en charge que sur l'état des lieux pur et simple des capacités des institutions (Ebsen et al. 2003, 38s.). Les auteurs proposent deux possibilités d'intervention:
 - a) Un Land présentant une offre insuffisante pourrait exiger d'un assureur qu'il étende sa structure de prise en charge en conséquence. Les coûts découlant du recours à cette nouvelle structure seraient transférés sur les caisses des assurés concernés. Cette proposition a été soumise à délibération.
 - b) Il pourrait aussi être du ressort des Länder de charger directement certains fournisseurs de prestations d'assurer la prise en charge et de fixer le montant de l'indemnisation de ces derniers. Les assureurs seraient alors tenus d'assumer les coûts lorsque leurs assurés feraient appel à de tels prestataires de soins.

L'expertise et les propositions d'Ebsen et al. (2003) présentent un intérêt immédiat pour la Suisse, étant donné qu'un problème semblable y est actuellement au cœur des débats. Aussi convient-il d'en souligner à nouveau l'esprit: contrairement à la discussion en cours en Suisse, les auteurs préconisent de ne pas prévoir le niveau minimal des soins via une planification figée de celui-ci, mais se réfèrent à un système de monitoring. Ainsi, c'est finalement l'état de santé et non le nombre de fournisseurs de prestations qui est au premier plan, et ce n'est que lorsque le niveau de l'offre atteint une précarité telle que l'état de santé de la population est menacée qu'il y a lieu de prendre des mesures ad hoc.

2.7.3 Pays-Bas

La planification

Depuis 1999, les Pays-Bas sont dotés d'un conseil de planification des capacités (Kapazitätsberatungsrat) chargé d'établir des prévisions de l'offre et de la demande de soins médicaux (Höppner 2003, 49). Sa mission consiste à créer d'ici à 2010 un équilibre entre ces deux aspects du marché.

En collaboration avec des instituts scientifiques, ce conseil réalise des projections séparées de l'offre et de la demande. Afin d'évaluer la demande, il combine les méthodes dites «utilization-based» et «demand-based». Il s'attache par ailleurs à modéliser de façon explicite les rapports de substitution entre les divers facteurs de production. L'estimation de l'offre s'opère selon la procédure habituelle. A noter que l'effectif actuel de médecins (stock) est corrigé en fonction de différents facteurs, dont le taux de départs, le perfectionnement professionnel, la migration et la réduction du temps de travail. Ce conseil recourt à des scénarios pour déterminer aussi bien l'offre que la demande. Le schéma de Höppner (2003, 102) présenté sur la page suivante illustre le processus appliqué par les Pays-Bas.

Les prévisions ainsi établies ont uniquement des incidences sur la planification du quota d'étudiants et du nombre de postes réservés à la formation des médecins spécialistes et des médecins de famille. Ces places sont limitées et gérées en vertu de la planification. Bien que la répartition régionale des médecins ne fasse pas directement l'objet de la planification des besoins, des tentatives sont néanmoins effectuées pour l'influencer, notamment par le biais d'incitations financières. Les médecins qui s'établissent dans des régions jugées problématiques et qui s'occupent de patients requérant davantage de soins reçoivent, outre la capitation «usuelle» (rémunération forfaitaire), un bonus supplémentaire. Les médecins spécialistes ne bénéficient guère de cette mesure, car ils dispensent principalement des soins ambulatoires en milieu hospitalier.

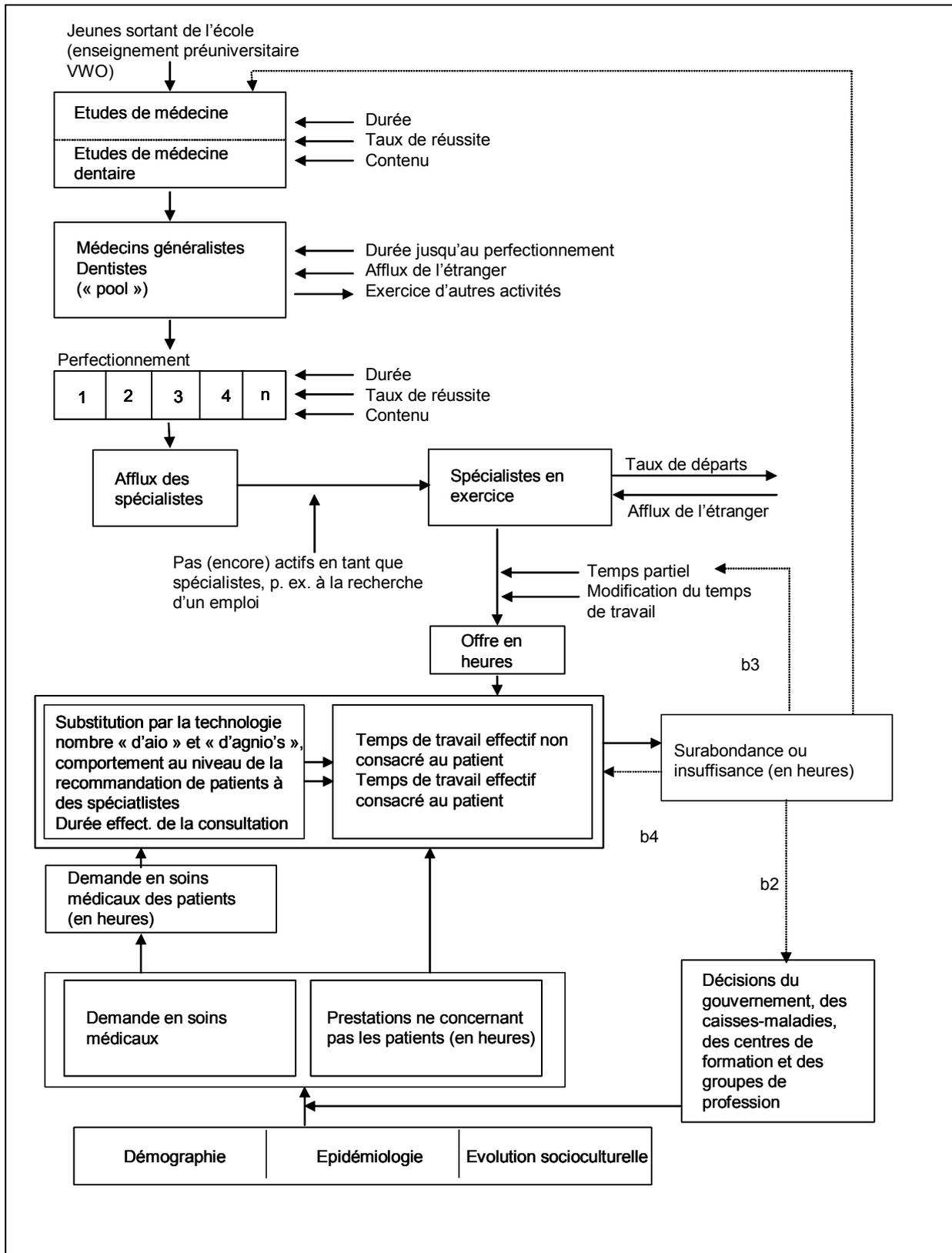
Classification dans la bibliographie

Ainsi qu'il ressort des documents disponibles, le processus prévisionnel appliqué par les Pays-Bas reflète l'état actuel des ouvrages topiques dans la mesure où il combine différentes approches et utilise plusieurs scénarios.

Relation avec la prise en charge minimale

Bien que les Pays-Bas soient davantage préoccupés par la surabondance que par l'insuffisance de l'offre, le déséquilibre dans la répartition régionale des médecins de famille constitue également un problème dans ce pays. Aussi recourt-on à des incitations financières pour influencer les médecins dans le choix de leur lieu d'établissement.

Schéma 6: Modèle de planification des Pays-Bas



Source: Höppner (2003, 102)

Critiques relevées dans les ouvrages spécialisés

Höppner (2003, 62) émet des critiques à l'encontre des points suivants:

- Selon le modèle, les développements épidémiologiques et les décisions politiques devraient être intégrés dans la procédure. Dans la réalité, ce n'est pas le cas en raison de problèmes liés aux données disponibles.
- Autre réserve émise: les scénarios élaborés par le conseil de planification des capacités manquent pour certains de transparence.

2.7.4 Comparaison entre l'Allemagne et les Pays-Bas

Höppner (2003) a comparé la planification des médecins de famille telle qu'elle est pratiquée en Allemagne et aux Pays-Bas. A cet effet, l'auteur a dressé deux tableaux intéressants reproduits ci-après qui donnent une vue d'ensemble des résultats présentés dans les deux paragraphes précédents. A titre comparatif, ce tableau a été complété par des données se rapportant à la Suisse (source: Obsan).

Tableau 4: Comparaison entre les systèmes de prise en charge par des médecins de famille aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suisse

	Pays-Bas	Allemagne	Suisse
Soins ambulatoires	Par des médecins de famille libéraux	Par des médecins de famille et des médecins spécialistes libéraux	Par des médecins de famille et des médecins spécialistes libéraux
Profil professionnel	Homogène	Hétérogène, changement prévu en 2006	Homogène
Etudes de médecine	6 ans	6 ans + actuellement une année et demie de stage en médecine, suppression dès 2009	6 ans
Perfectionnement pour devenir médecin de famille	3 ans	Pour l'heure, diverses formations de médecin spécialiste autorisent l'exercice de cette profession: médecine générale 5 ans médecine interne 6 ans pédiatrie 5 ans spécialiste en médecine interne ou générale en cours de planification.	Dépend du titre de médecin spécialiste; 5 ans au minimum (médecine générale, médecine interne, etc.), souvent de 6 à 8 ans (chirurgie, etc.)
Position dans le système de santé	«Gatekeeper» (médecin de premier recours) Inscription des personnes assurées selon la loi	Libre accès aux médecins de famille comme aux médecins spécialistes, libre choix du médecin	Libre accès aux médecins de famille comme aux médecins spécialistes. Exception: les nouveaux modèles d'assurance qui imposent un choix limité du médecin.
Prestations des médecins de famille	Catalogue de prestations défini	Catalogue de prestations défini	Catalogue de prestations défini
Assurance de la qualité	Enregistrement, recertification, lignes directrices pour les traitements, bonne mise en œuvre	Enregistrement, pas d'assurance homogène de la qualité, mauvaise mise en œuvre	Enregistrement, recertification
Rémunération des prestations	Patients privés: principe du remboursement Personnes assurées selon la loi: principe des prestations en nature, pas d'obligation de contracter, conclusion de contrat sélective entre la caisse-maladie et le médecin de famille, rétribution selon les patients inscrits (taux maximum négociables), bonus pour les patients > 65 ans ou dans des zones critiques, taux négociés collectivement pour certaines prestations (p. ex. service d'urgences)	Patients privés: principe du remboursement Personnes assurées selon la loi: principe des prestations en nature. Les assurances-maladie et les associations faitières des assureurs-maladie et des médecins de caisse conviennent d'une rémunération globale pour tous les médecins conventionnés (exceptions possibles mais limitées); les médecins font le décompte des prestations individuelles selon un système de points. Structure tarifaire uniforme et répartition des honoraires séparée pour les médecins de famille et les médecins spécialistes	Patients privés: principe du remboursement Personnes assurées selon la loi: principe du remboursement Obligation de contracter Système de rémunération à la prestation (exception faite de HMO sélectionnées); la valeur des points est fixée lors de négociations entre l'association des assureurs-maladie et l'association des médecins.

Source: Höppner (2003, 46); pour la Suisse: Obsan

Tableau 5: Comparaison entre la planification des besoins en médecins (de famille) en Allemagne et aux Pays-Bas

	Pays-Bas	Allemagne
Objectifs de la planification	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir un accès généralisé aux soins médicaux - Eviter de gaspiller les fonds publics, assurer le financement des soins médicaux - Prévenir une baisse de la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir une prise en charge adaptée aux besoins - Assurer la stabilité des cotisations aux caisses-maladie obligatoires
Quels sont les aspects planifiés?	<ul style="list-style-type: none"> - Quota d'étudiants en médecine - Places de perfectionnement pour les médecins de famille 	Répartition régionale des médecins de famille et des médecins spécialistes conventionnés en exercice
Qui planifie?	<ul style="list-style-type: none"> - Le ministère de la Formation fixe le quota d'étudiants en médecine de concert avec les universités. - Le ministère de la Santé détermine les capacités pour le perfectionnement des médecins de familles. <p>Le conseil de planification des capacités établit des plans de capacités pour les médecins de famille, les médecins spécialistes ainsi que les étudiants en médecine et conseille le ministère de la Santé.</p>	Organes d'autogestion (représentants des caisses-maladie et des associations des médecins de caisse)
Méthode de planification	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation d'un modèle de planification des besoins - Elaboration de scénarios d'avenir 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de catégories et de domaines de planification - Divers ratios généraux correspondant à un même jour de référence sont comparés avec le ratio population/médecin actuel afin de déterminer s'il y a surabondance ou pénurie. - En cas de surabondance, les admissions de fournisseurs de prestations sont soumises à des limitations.
Horizon temporel	10 à 20 ans	non pertinent
Facteurs pris en compte dans la planification	<p>Offre médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombre de médecins, répartition par âge et par sexe - taux de départs - nombre et répartition par sexe des médecins en cours de perfectionnement - migration de médecins - temps de travail / réduction du temps de travail <p>Demande de soins médicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - changements démographiques - demande de soins non couverte - évolution socioculturelle - substitution et efficacité de la prise en charge médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'habitants - Nombre de médecins de famille ou de médecins spécialistes conventionnés en exercice
Réalisation des enquêtes, relevé des données	<ul style="list-style-type: none"> - Par les instituts de recherche Nivel et Prismant - Evolution démographique par CBS - Le conseil de planification des capacités évalue les réductions futures du temps de travail des médecins, la demande de soins non couverte, les changements au niveau de l'évolution socioculturelle les possibilités de substitution et l'efficacité de la prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de médecins conformément au registre des médecins agréés - Nombre d'habitants conformément au registre de la population
Niveau de la prise en charge par les médecins de famille	L'ensemble des acteurs du système de santé néerlandais s'accordent pour dire qu'il règne une situation de pénurie.	<p>Avis divergents:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'association nationale des médecins de caisse (KBV) estime que les médecins de famille sont en nombre insuffisant. - Diverses études remettent en cause cette assertion.

Source: Höppner (2003, 102)

2.7.5 Autriche

La planification

En Autriche, les organismes assureurs et le conseil de l'ordre des médecins (Ärztelkammer) passent une convention collective de travail. Chaque médecin conclut par ailleurs un contrat individuel avec les assureurs, contrat qui l'autorise à décompter les prestations fournies. Le nombre de médecins et leur répartition locale doivent être inscrits dans la convention collective. Selon le critère de répartition locale, les assurés doivent pouvoir se rendre chez deux médecins conventionnés au minimum dans un laps de temps adéquat. La signification du terme «adéquat» n'est toutefois pas précisée.

Des projections de l'offre et de la demande servent de référence à l'établissement de la convention collective de travail. En vue d'estimer la demande, le nombre d'habitants est pondéré par deux grandes catégories d'âge (les personnes de plus de 60 ans et les personnes de moins de 60 ans). L'évaluation de l'offre se base quant à elle sur le nombre de médecins pondéré par le chiffre d'affaires. On obtient ainsi des ratios population/médecin pour dix régions. Contrairement au système allemand, aucune valeur de référence n'est donnée en vue de déterminer le rapport à atteindre. On considère davantage les écarts par rapport à la moyenne nationale. Si, dans une région, la prise en charge est supérieure ou inférieure de 30% à la moyenne autrichienne, on a alors affaire respectivement à une situation de surabondance ou de pénurie dans la fourniture des soins médicaux.

Le graphique de la page suivante illustre le processus de planification établi par Potthoff/Schneider (2003, 88).

Concernant les mesures prises dans le sillage de la planification, les instruments à disposition sont très limités. L'Autriche craignant actuellement une offre pléthorique, le ministère compétent préconise d'imposer des restrictions en matière d'accès à la formation.

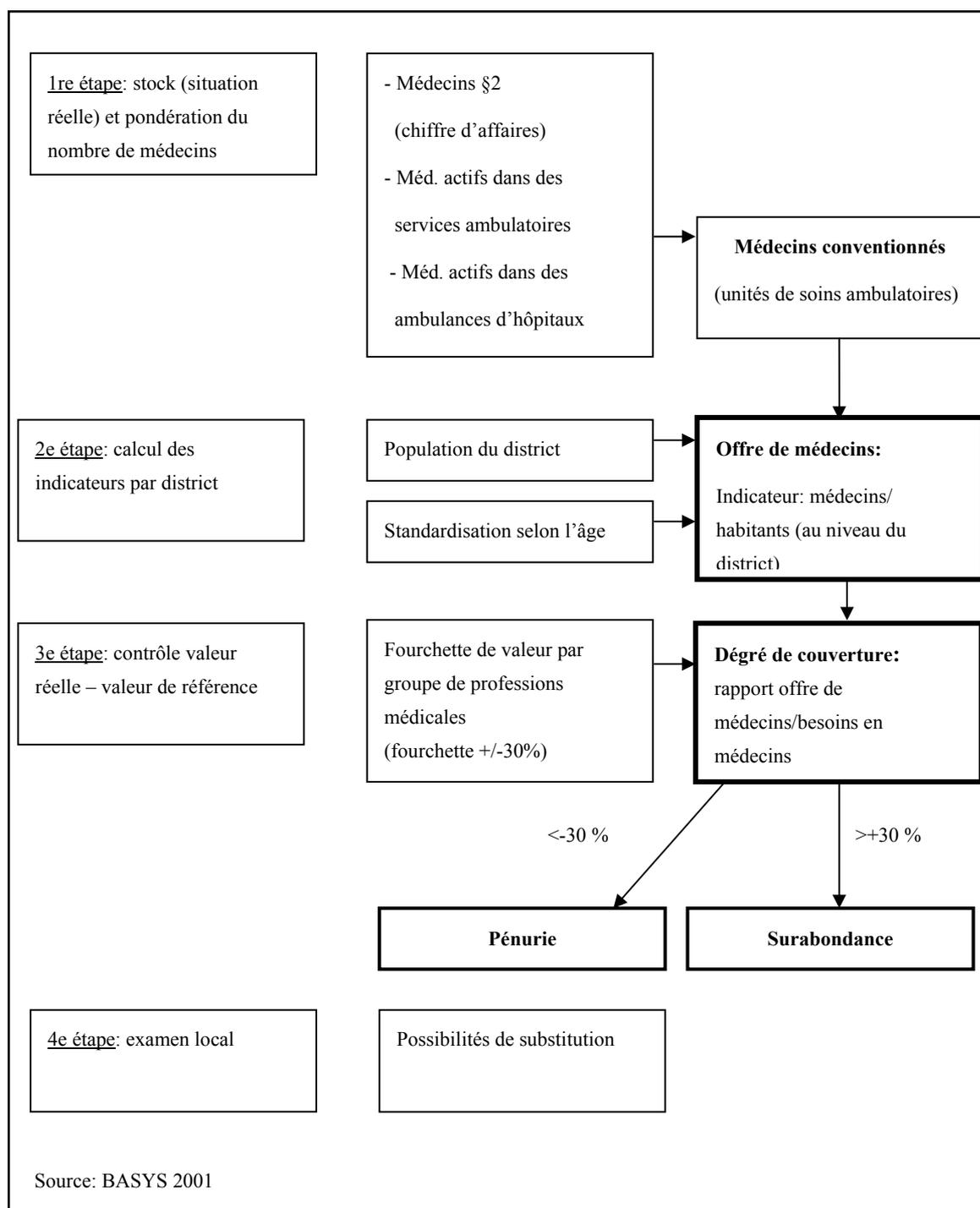
Classification dans la bibliographie

A l'instar de l'Allemagne, l'Autriche n'établit pas de véritables prévisions en matière de demande. Les ratios population/médecin servent davantage d'indicateurs de l'offre. Fait intéressant, la grandeur de référence de ces ratios n'est pas donnée à titre normatif. On considère bien plus les écarts par rapport à la moyenne nationale, supposant ainsi que la couverture médicale moyenne est adaptée aux besoins.

Relation avec la prise en charge minimale

Il y a situation de pénurie dès lors que la valeur obtenue est inférieure de 30% au rapport moyen du nombre de médecins par million d'habitants. Cette définition est normative et n'est pas autrement justifiée. En Allemagne, ce pourcentage se situe à 25% pour les médecins de famille et à 50% pour les médecins spécialistes.

Schéma 7: Planification des médecins de famille en Autriche selon Potthoff/Schneider 2003



Source: Potthoff/Schneider (2003, 88)

2.7.6 Comparaisons thématiques entre plusieurs pays

Le tableau présenté sur les deux pages suivantes compare six pays (Allemagne, Pays-Bas, Autriche, Canada, Australie et Grande-Bretagne) qui établissent des prévisions ou des comptes rendus relatifs à l'évolution de

l'offre et de la demande de professions médicales. Selon les résultats obtenus, ces pays prennent les mesures ad hoc pour remédier à une situation de pénurie ou de surabondance. D'autres pays, p. ex. la France, font également des projections, lesquelles ne débouchent toutefois pas directement sur des mesures visant à ajuster l'offre à la demande. Ce tableau présente des aspects intéressants à plus d'un titre:

- En ce qui concerne l'offre, toute la palette des possibilités est représentée: en Allemagne, seul le nombre de médecins en exercice est compté, tandis que les Pays-Bas appliquent un système très élaboré de correction de l'offre de travail. Tous les autres pays, à l'exception de l'Allemagne, se basent sur des équivalents plein temps.
- Du côté de la demande, l'ensemble des approches méthodologiques est également représenté. L'Allemagne et l'Autriche appliquent la variante la plus simple, à savoir le ratio population/médecin. Tous les autres pays se fondent sur l'approche «utilization-based» et/ou «demand-based».
- Si l'on examine la façon de déterminer une situation de pénurie ou de surabondance, on constate que, même dans les pays qui appliquent des méthodes de planification très complexes, la réflexion en reste à un niveau très superficiel. En fin de compte, il s'agit de déterminer le seuil à partir duquel le nombre de médecins est suffisant. A cet effet, des valeurs de référence ou des valeurs-seuil sont fixées. Une autre approche utilisée pour identifier une situation de pénurie s'appuie sur le critère d'accessibilité, à savoir le laps de temps requis pour se rendre chez un médecin.
- Parmi les mesures prises pour remédier à une insuffisance de l'offre, l'intervention au niveau de la formation est la plus répandue. Dans ce cas, davantage de médecins sont formés. Divers pays recourent par ailleurs à des incitations financières en vue de favoriser l'établissement de médecins dans des régions où règne une situation de pénurie. Pflaum (2001, 111) n'est guère convaincu que, dans le cas de l'Australie, cette seule mesure soit suffisante: «While there is anecdotal evidence of a measure of success in efforts to retain rural practitioners, financial incentives alone will clearly be neither successful nor feasible in significantly improving rural practitioner supply; choice of employment location is too heavily determined by lifestyle choices and a complex interaction of personal factors.»
- Dans la perspective d'une éventuelle offre pléthorique, divers pays prévoient des interdictions d'établissement (Allemagne, Grande-Bretagne, Australie pour les médecins immigrants), tandis que d'autres procèdent à un resserrement du numerus clausus ou mettent en place des incitations financières négatives.

Tableau 6: Planification des professions médicales dans divers pays

	RFA (1)	Pays-Bas (2)	Autriche (3)	Canada (Québec) (4)	Australie (5)	Grande-Bretagne (6)
Type de système de santé	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Service national de santé	Service national de santé	Service national de santé
Groupes de profession entrant dans la planification	Médecins de famille et médecins spécialistes établis	Médecins de famille établis	Médecins de famille et médecins spécialistes établis, médecins travaillant dans des hôpitaux et des instituts	Médecins de famille établis, médecins spécialistes travaillant dans des hôpitaux	Médecins de famille établis, personnel soignant: médecins spécialistes travaillant dans des hôpitaux	
Méthode utilisée pour déterminer l'offre	Seul le nombre de médecins en exercice (non pondéré) est pris en considération.	Nombre de médecins en équivalents plein temps; les divers facteurs susceptibles d'influencer l'offre sont largement pris en compte.	Le nombre de médecins en exercice durant l'année courante est corrigé en fonction de l'âge et du chiffre d'affaires.	Nombre de médecins en équivalents plein temps	Prise en compte du temps de travail et du nombre de contacts avec les patients	Nombre de médecins en équivalents plein temps, corrigé en fonction de la liste des médecins agréés
Méthode utilisée pour déterminer la demande	Le ratio actuel de médecins par habitant est comparé avec le ratio des années 1990 à 1995.	Combinaison entre les méthodes utilization-based et demand-based	Calcul du nombre de médecins par million d'habitants	A court terme: ratio population/médecin A moyen terme: need-based et demand-based	Utilization-based	Utilization-based
Définition d'une situation de pénurie	Lorsque le rapport actuel est inférieur de 25% (médecins spécialistes) ou de 50% (médecins de famille) à la norme fixée pour l'année de référence.	Pas de définition explicite d'une situation de pénurie	● Chaque assuré devrait avoir deux médecins au choix à une distance adéquate. ● Lorsqu'une région présente un rapport population/médecin inférieur de 30% à la moyenne nationale.	Détermination d'une «masse critique» qui correspond à un nombre minimum de médecins par région. Distinction établie entre: nécessaire (a) pour assurer un service d'urgences 24 h sur 24 et (b) garantir une prise en charge clinique minimale (7). Une personne devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge minimale en l'espace de 30 minutes et de soins de base en l'espace de deux heures.	Détermination de la prise en charge actuelle en fonction de valeurs de référence prédéfinies (plusieurs indicateurs). Si les chiffres obtenus sont inférieurs aux valeurs de référence, on a probablement affaire à une situation de pénurie. Les valeurs de référence se rapportent à l'année 1994.	On se base sur un nombre de 50 médecins de famille travaillant à plein temps par région de planification.
Mesures envisagées pour supprimer une situation de pénurie	Les médecins travaillant dans des hôpitaux peuvent être autorisés à fournir des prestations ambulatoires.	● Assouplissement du numerus clausus ● Incitations financières: les médecins de famille reçoivent une capitation plus élevée s'ils s'établissent dans des régions où la couverture sanitaire est insuffisante.	Recommandation d'assouplir le numerus clausus et d'augmenter les places de perfectionnement.	● Assouplissement du numerus clausus ● Incitations financières en vue d'encourager les médecins à s'établir dans des régions confrontées à une situation de pénurie	● Mesures influençant l'accès à la formation ● Initiatives dans le domaine de la formation (8) ● Mesures dans le domaine du recrutement (8)	Le Medical Practices Committee (comité de l'exercice médical) établit des classifications relatives à la répartition géographique.

	RFA (1)	Pays-Bas (2)	Autriche (3)	Canada (Québec) (4)	Australie (5)	Grande-Bretagne (6)
Définition d'une situation de surabondance	Lorsque le rapport actuel est supérieur de 10% à la norme de l'année de référence.	Pas de définition explicite d'une situation de surabondance	Lorsqu'une région présente un rapport population/médecin supérieur de 30% à la moyenne nationale.	Sur la base de valeurs de référence définies au milieu des années 1980 par une commission d'experts.	Détermination de la prise en charge actuelle en fonction de valeurs de référence prédéfinies (plusieurs indicateurs). Si les chiffres obtenus sont supérieurs aux valeurs de référence, on a probablement affaire à une situation de surabondance. Les valeurs de référence se rapportent à l'année 1994.	On se base sur un nombre de 50 médecins travaillant à plein temps par région de planification.
Mesures envisagées pour supprimer une situation de surabondance	Les médecins ne peuvent plus s'établir dans les régions présentant une offre pléthorique (sauf autorisations spéciales).	Resserrement du numerus clausus	Recommandation de resserrer le numerus clausus et de diminuer le nombre de places de perfectionnement	<ul style="list-style-type: none"> • Resserrement du numerus clausus • Incitations financières négatives visant à empêcher l'établissement de médecins dans des régions où la couverture sanitaire est excessive. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures influençant l'accès à la formation • Limitation de l'immigration (provider number restriction) 	Le Medical Practices Committee (comité de l'exercice médical) refuse de délivrer l'autorisation de pratiquer en tant que médecin de famille.

Sources et remarques:

- (1) Hoppner (2003), Potthoff/Schneider (2002),
- (2) Hoppner (2003), Potthoff/Schneider (2002),
- (3) Potthoff/Schneider (2002),
- (4) Potthoff/Schneider (2002), Bourgueil et al. (2001),
- (5) Pflaum (2001), Potthoff/Schneider (2002), Bloor/Maynard (2003);
- (6) Potthoff/Schneider (2002);
- (7) Le premier groupe inclut des spécialisations telles que chirurgie cardiopulmonaire, anesthésie, médecine générale, chirurgie générale, médecine interne générale, gynécologie et obstétrique, orthopédie, pédiatrie générale, chirurgie plastique et psychiatrie. Le second groupe comprend la dermatologie, la médecine interne (groupes spécialisés), la neurologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pédiatrie (groupes spécialisés), la pathologie, la médecine physique, la radiologie et l'urologie.
- (8) (i) Les universités tiennent compte du bagage socioculturel des étudiants lors de la procédure de recrutement en vue d'augmenter la probabilité de les voir s'établir dans des régions rurales. (iii) Offre ciblée de places de stage dans des régions en situation de pénurie. (ii) Recrutement ciblé de médecins pour les régions rurales.

2.7.7 Concordance entre planification et réalité

On peut dire qu'une planification est réussie lorsque les buts fixés au préalable sont atteints. Un des principaux objectifs de la planification consiste à éviter une surabondance ou une pénurie de l'offre de main-d'œuvre. Toujours est-il que les avis sont partagés quant à l'efficacité d'une planification: «Despite this planning, all countries have experienced a cycle of shortages and surpluses in the health professional workforce, perhaps most acutely felt in the nursing workforce. However, the notion of 'shortage' and 'surplus' is relative, and reports of shortages often are not substantiated.» (Bloor/Maynard 2003, 17). Bloor/Maynard se montrent en général très sceptiques sur les possibilités offertes par une planification. D'une comparaison entre cinq pays (Australie, France, Allemagne, Suède, Grande-Bretagne), ils tirent les conclusions suivantes:

- Tous les pays appliquent des méthodes qui ne tiennent pas compte des possibilités de substitution entre les groupes de profession.
- La répartition géographique des professions médicales est un facteur trop souvent négligé.
- Les résultats obtenus par le personnel médical ne font guère l'objet d'appréciations (niveau de la qualité).

Dans la pratique, les variations sont énormes.

- Autre réserve: les principes économiques sont trop souvent ignorés. Parmi ceux-ci figurent la demande induite par l'offre, le rôle joué par les mesures d'incitation appliquées en vue d'améliorer la productivité, l'élasticité de l'offre de travail ainsi que l'interaction entre prix et coûts (trop grande confiance accordée au contrôle des prix).
- Les planifications sont souvent conçues ou réalisées de sorte à éviter des licenciements potentiels.

2.8 De quels aspects pratiques les processus de prévisions/planification doivent-ils tenir compte?

Peu d'auteurs s'intéressent aux aspects politico-économiques des processus de prévision et de planification. Les instruments de planification développés sur la base des prévisions ont une incidence sur les acteurs concernés. Aussi ces derniers essaient-ils de s'organiser et d'exercer une influence sur l'ensemble du processus.

Le bilan intermédiaire dressé par Deliège (1998) pour la Belgique témoigne d'un grand scepticisme envers les acteurs du système: ces derniers défendent uniquement leurs propres intérêts et ne sont guère attachés à servir une «cause supérieure» dont fait précisément partie la planification. L'auteur se montre toutefois optimiste quant à l'avenir, estimant qu'une culture de planification ne manquera pas de se développer.

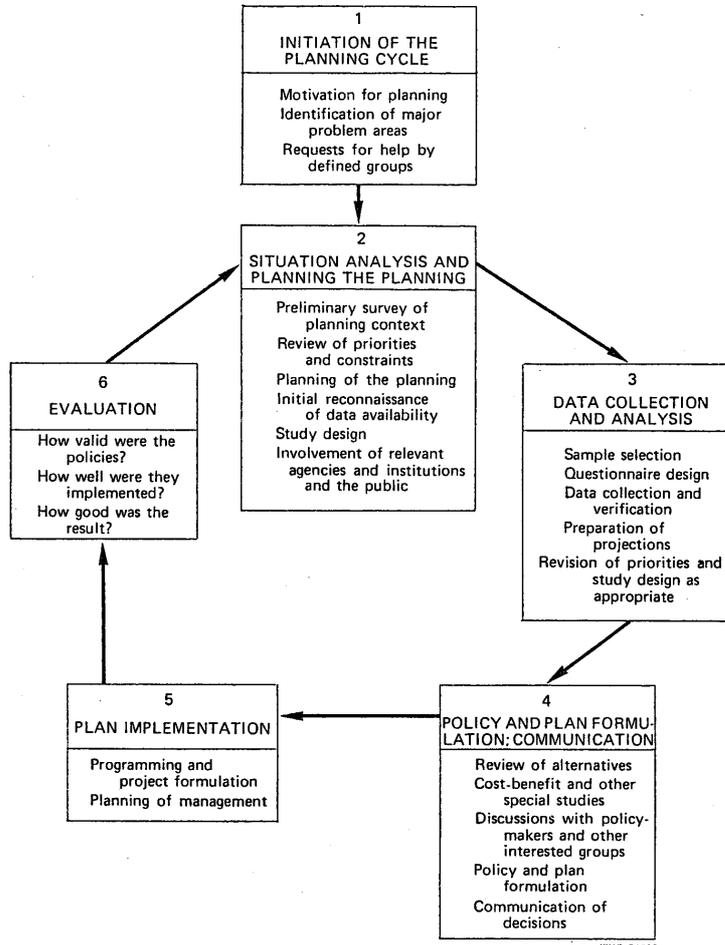
Meija (1978) et Meija/Fülöp (1978) ont examiné le processus de planification à un niveau plus abstrait. Ils distinguent divers acteurs et phases de planification. Le schéma ci-après illustre le déroulement idéal d'un processus de planification.

Schéma 8: déroulement idéal d'un processus de planification selon Meija/Fülöp (1978)

20

HEALTH MANPOWER PLANNING

FIG. 2. STAGES OF THE PLANNING PROCESS



Source: Meija/Fülöp (1978, 20)

2.9 Quelles expériences de planification ont-elles été réalisées dans des domaines apparentés?

La question se pose de savoir si, en vue d'éventuelles prévisions ou planifications de l'offre et de la demande dans le secteur ambulatoire, on peut tirer des enseignements d'expériences faites dans des domaines apparentés. En Suisse, on pourrait se référer aux travaux menés dans le cadre de la planification hospitalière.

Biersack (2000) a examiné les méthodes de planification des cantons pour l'établissement des listes des hôpitaux. Elle distingue les approches suivantes:

- La méthode analytique ou traditionnelle: dans le domaine des soins hospitaliers, on se base généralement sur le nombre de journées d'hospitalisation et les lits. La formule suivante sert à définir les besoins en lits:

$$\text{Besoin en lits} = \frac{\frac{\text{admissions hospitalières}}{\text{habitants par milliers}} \cdot \frac{\text{journées d'hospitalisation}}{1'000 \text{ habitants}} \cdot \text{nombre de patients}}{\text{journées d'hospitalisation}} \cdot \text{Nombre de lits}$$

$$= \frac{\text{admissions hospitalières}}{\text{habitants par milliers}} \cdot \frac{\text{durée moyenne d'hospitalisation}}{1'000 \text{ habitants}} \cdot 365 \cdot \text{occupation moyenne des lits}$$

Biersack (2000, 4) précise qu'il serait erroné d'inclure des données du passé dans la formule. En fin de compte, il s'agit d'intégrer des valeurs prévisionnelles relatives aux admissions hospitalières, à la durée d'hospitalisation moyenne et à l'occupation moyenne des lits, c'est-à-dire d'évaluer la demande future. A ce stade, le même problème se pose que pour la prise en charge ambulatoire: quelle méthode faut-il appliquer pour procéder à une estimation de la demande?

- La méthode normative: cette approche détermine l'offre de lits de manière normative. A cet effet, on se réfère souvent à des régions comparables dont on reprend la densité de lits.

Biersack (2000) a comparé les méthodes appliquées en Suisse par les 26 cantons. L'auteur en est arrivé à la conclusion que, tenant compte du processus politico-économique, aucune méthode ne l'emporte. Même si l'on recourt à la méthode analytique, il convient de légitimer les résultats sur le plan politique. Cette démarche requiert souvent des adaptations ultérieures.

2.10 Quelles conclusions peut-on tirer de l'analyse bibliographique?

Deux projets ayant trait à la politique de la santé sont à l'origine des travaux présentés ici: l'assouplissement de l'obligation de contracter initialement prévu dans le cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal, qui prévoyait d'imposer aux cantons une prise en charge minimale au niveau ambulatoire, ainsi que la limitation provisoire de l'admission des fournisseurs de prestations selon l'article 55a de la LAMal, qui expire en juin 2005. Dans le premier cas, le sujet de la discussion porte sur la prise en charge minimale, dans le second, sur la limitation du nombre de fournisseurs de prestations, car l'on craint une augmentation de la demande induite par l'offre. Contrairement à d'autres pays, la planification générale du secteur ambulatoire n'est pas un thème actuellement débattu en Suisse. Quant à savoir si cela sera le cas à l'avenir, la question reste ouverte. Les publications présentées ici contiennent divers aspects susceptibles d'être intégrés dans les discussions menées en Suisse.

- La **nécessité d'une planification** des soins dans le secteur ambulatoire est contestée. Les auteurs s'accordent pour dire que les conséquences d'une surabondance comme d'une pénurie de soins sont fâcheuses. Dans le premier cas, les incidences sont toutefois considérées comme un peu moins sérieuses, car selon différents auteurs leur coût est «seulement» financier. Dans certaines publications, on évoque avec raison le fait qu'une offre pléthorique peut aussi se solder par une baisse de la qualité des soins. Une situation de pénurie peut, quant à elle, s'avérer coûteuse en vies humaines. Les opinions divergent sur la façon d'éviter les cas de surabondance et de pénurie. D'une part, certains misent sur une planification aussi efficace que possible. Une position défendue par trois groupes de scientifiques: premièrement, des personnes issues de pays disposant d'un système sanitaire très

réglementé ou largement financé par les ressources fiscales, qui accordent la priorité à l'accès aux soins.

Deuxièmement, des personnes (p. ex. médecins) qui doutent que l'économie puisse être considérée comme une discipline scientifique. Troisièmement, des personnes et des institutions qui apprécient de pouvoir disposer d'un budget global pour maîtriser les coûts.

D'autre part, d'aucuns font confiance aux forces de régulation du marché et, par là-même, aux systèmes incitatifs mis en place. A cet égard, ils recommandent surtout d'ajuster de manière plus systématique les mesures incitatives afin que le marché puisse créer une situation d'équilibre. Le scepticisme est aussi de mise par rapport aux instruments de planification, car – selon ces auteurs – il est impossible de mettre en place une planification sans se heurter à des problèmes pratiquement insurmontables liés à la gestion des données et aux développements futurs (p. ex. progrès technique).

Ces deux points de vue sont largement étayés dans la bibliographie, et les phases historiques y sont interprétées en conséquence. Cependant, on a l'impression que la nécessité d'une planification se pose davantage comme une question normative qu'une question positive (à laquelle il est possible de répondre scientifiquement). Si l'on met l'accent sur la garantie d'un accès de qualité aux soins médicaux, on privilégie davantage dans les grands pays une approche basée sur la planification ou du moins la planification y est-elle perçue comme un instrument auxiliaire. En revanche, lorsque la priorité est donnée au jeu de l'offre et de la demande (mot-clé: souveraineté du consommateur) ou que les problèmes méthodologiques concrets liés à la planification sont considérés comme trop importants, les éléments de planification sont plutôt mis de côté.

La question d'une planification générale n'est pas (encore) débattue en Suisse. Par conséquent, ce sont plus particulièrement les références à un système de prise en charge minimale qui s'avèrent intéressantes à la lecture de la bibliographie internationale. Le consensus apparaît plus net sur ce point. Les auteurs sont d'accord sur le fait que les situations de pénurie doivent être évitées. Etant donné toutefois que les solutions proposées et adoptées varient d'un «camp» à l'autre, aucune recommandation précise ne peut être formulée sur la base de la bibliographie.

- Si l'on considère qu'une planification est nécessaire, pour quelque motif que ce soit, la **bibliographie théorique** montre que la tâche s'annonce très ardue. Car il s'agit en fin de compte de définir une relation entre le nombre de personnes exerçant une profession médicale et l'état de santé de la population. Il faut pour cela se baser sur de nombreuses hypothèses qui peuvent être sujettes à controverse.

- La bibliographie relative aux différentes **méthodes prévisionnelles** indique qu'il n'existe aucun standard absolu en la matière. En revanche, on trouve quantité de méthodes qui comportent toutes des avantages ou des inconvénients plus ou moins sérieux. Cette situation a conduit certains pays (p. ex. les Pays-Bas et l'Australie) à utiliser simultanément toutes les méthodes pour les intégrer finalement dans différents scénarios et contextes politiques. Ainsi, le processus de planification et de prévision – avec les conséquences que cela suppose – prend une forme plus politique que technique. Avec une lecture un peu différente, on peut aussi affirmer que la bibliographie propose un vaste arsenal d'instruments de prévision.

- Différents pays ont réalisé des **expériences concrètes dans le domaine de la planification**. Mais les processus adoptés sont souvent d'une grande simplicité et basés sur un rapport donné entre le nombre de médecins et le nombre d'habitants (ratio population/médecin). La valeur de référence se rapporte fréquemment à une période précise dans le passé. Ceci pose problème dans la mesure où la technique médicale ne cesse de progresser et que la donne s'en trouve ainsi changée. Une telle approche suppose aussi que l'offre en matière de soins de l'année de référence ait été «optimale» et «efficace». Un point sur lequel on ne peut avoir aucune certitude. On peut partir du postulat que le choix des systèmes de planification n'a pas été guidé par des préférences méthodologiques, mais qu'il résulte plutôt d'un processus politique. Le principe simple des ratios population/médecin semble à cet égard bien accepté.

- Dans plusieurs pays, la **notion de pénurie** est définie de manière explicite. Mais les critères utilisés ne sont jamais empiriques (ni théoriques). Il s'agit plutôt de critères plausibles qui sont énoncés comme normatifs. La

notion de pénurie n'est pas déterminée partout en fonction d'un nombre donné de fournisseurs de prestations. En Australie, par exemple, on essaie d'obtenir une vue d'ensemble de la situation au moyen de rapports réguliers établis par une commission spécialement créée à cet effet. Cette dernière utilise comme référence toute une série de données quantitatives et qualitatives.

- Plusieurs auteurs se montrent critiques quant à la possibilité de mettre un terme aux **pénuries régionales** en recourant à des instruments de planification. Lors du choix de leur lieu d'établissement, les médecins seraient par exemple fortement influencés par les conditions de vie qui leur sont offertes ainsi qu'à leur famille. Si ces conditions s'avèrent insatisfaisantes dans les régions isolées, même des mesures incitatives au plan financier resteraient sans effet. Une récente étude sur la levée de l'obligation de contracter en Allemagne propose que les Länder puissent directement faire des appels d'offres pour les postes médicaux afin de supprimer les situations de pénurie. Encore faut-il que les candidats soient disposés à s'installer dans les régions concernées.

3 Résultats des discussions d'experts

Les publications disponibles sur le sujet «Possibilités et expériences en matière de prévisions et de planification de l'offre et de la demande dans le secteur ambulatoire» ont été présentées au chapitre 2. Cette analyse bibliographique a été réalisée dans la perspective du «gel des admissions» et de la «suppression de l'obligation de contracter», deux thèmes qui font l'objet d'un débat politique en Suisse (cf. chapitre 1). Cinq experts ont été priés de prendre connaissance des résultats de cette étude et de répondre à une série de questions. Ils avaient notamment pour mission d'évaluer la possibilité de transposer en Suisse les expériences faites à l'étranger et de formuler des recommandations concrètes dans l'hypothèse où le Parlement se prononcerait en faveur d'un système de planification minimale dans le secteur ambulatoire.

Les résultats des discussions menées avec les experts sont documentés dans ce chapitre. Ils sont présentés selon les six blocs de questions suivants: «Solutions envisageables en cas de pénurie et d'offre excédentaire dans le secteur ambulatoire», «Vos expériences et connaissances», «Définition de systèmes de prévision et de planification dans le secteur ambulatoire», «Autres aspects concernant la planification et les prévisions dans le secteur ambulatoire», «Le monitoring» et «Vos recommandations». Le septième et dernier paragraphe fait la synthèse des résultats et tire des conclusions.

Les cinq experts suivants ont été désignés (cf. le processus de sélection détaillé au chapitre 1):

- Robert E. Leu, professeur à l'Université de Berne, Suisse
- Peter Berchtold, dr méd et privatdocent au College M, Berne, Suisse
- Markus Schneider, expert pour la société de conseil BASYS (Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung GmbH), Augsburg, Allemagne
- Markus Moser, dr en droit, conseiller indépendant dans le secteur de la santé, Berne, Suisse
- Hanspeter Vogler, Département des affaires sociales et de la santé publique, canton de Lucerne, Suisse

Les experts ne sont pas cités nommément dans l'analyse des discussions.

3.1 Solutions envisageables

Dans le premier bloc de questions intitulé «Solutions envisageables en cas de pénurie et d'offre excédentaire dans le secteur ambulatoire», les experts ont dû répondre à ces deux questions:

1. Selon vous, quelles solutions sont envisageables pour éviter des situations de pénurie et de surabondance de l'offre dans un système sanitaire tel que celui de la Suisse?
2. Que pensez-vous de l'idée de recourir à des mesures de planification pour éviter dans une large mesure des situations de pénurie et de surabondance de l'offre?

Les experts interrogés ont pris position de façons très diverses:

- L'un des experts est parti du principe qu'une planification s'avérerait toujours nécessaire dans une certaine mesure. Reste à savoir qui prend en charge cette planification. A cet égard, deux possibilités seulement sont offertes: confier les tâches de planification aux pouvoirs publics ou aux acteurs de la concurrence. L'expert en question se prononce clairement en faveur de la seconde option. Selon lui, le problème réside dans le fait que personne n'assume aujourd'hui la responsabilité de la planification, car il n'y a pas de concurrence dans le secteur ambulatoire. Raison pour laquelle certaines régions sont aujourd'hui confrontées à une véritable pénurie. Celle-ci est due au fait que les médecins choisissent en toute liberté l'endroit où ils souhaitent s'établir. A noter par ailleurs que toutes les prestations qu'ils prescrivent doivent être remboursées (système de rémunération à la prestation).

Cet expert est convaincu que la suppression de l'obligation de contracter améliorerait la prise en charge sanitaire, tant au niveau quantitatif que qualitatif. D'un point de vue quantitatif, les caisses-maladie devraient alors veiller à ce que leurs assurés disposent aussi d'une bonne offre médicale dans les régions isolées. Il ne serait en effet pas dans leur intérêt de perdre des clients. Il est en outre persuadé que seule la suppression de l'obligation de contracter pourrait créer les conditions autorisant une appréciation et des comparaisons qualitatives de la couverture sanitaire. Ce n'est que dans un tel système que les mesures incitatives – qui font aujourd'hui défaut – pourraient être prises.

D'une manière générale, il est d'avis que la suppression de l'obligation de contracter ne doit être assortie d'aucune mesure de planification visant par exemple à prévenir une pénurie.

- Un autre expert considère que la question de la planification doit être abordée différemment selon les risques. Il répartit les assurés entre «gros risques» et «risques normaux». En ce qui concerne les premiers (p. ex. des assurés occasionnant plus de 30 000 francs de dépenses médicales par an), une approche planifiée lui semble justifiée, la concurrence ne pouvant pas jouer son rôle dans cette catégorie d'assurés. S'agissant des risques normaux, il estime en revanche que la couverture sanitaire peut être largement déterminée par le jeu de l'offre et de la demande. Il convient toutefois de fixer un «plancher de sécurité» afin de garantir une prise en charge minimale. Par «prise en charge minimale», cet expert n'entend pas une solution qui se résumerait au final à un simple «chiffre de référence», par exemple une densité de médecins. Il envisage plutôt d'inscrire la définition de standards minimaux dans un vaste débat et de fixer des modalités d'accès. Ces «standards minimaux» prendraient la forme de différentes directives qui préciseraient par exemple le traitement minimal de certaines maladies, mais aussi l'état de santé que l'on souhaite garantir au minimum. Toutes ces dispositions seraient plutôt exprimées oralement. Lorsqu'il évoque des «modalités d'accès», l'expert parle de définir l'accès minimal aux fournisseurs de prestations dont les assurés pourraient disposer. Il peut ainsi tout à fait imaginer remplacer le catalogue de prestations actuel par un catalogue de modalités d'accès.

Cet expert signale que, de nos jours, la population part du principe que tout est possible et disponible. Une vision utopique dans la mesure où l'on constate aujourd'hui déjà d'importantes différences de couverture sanitaire au niveau régional. Il considère qu'une discussion sur les «standards minimaux» permettrait de mettre à jour ces différences. Dans un premier temps, la fixation de standards minimaux pourrait même, d'après lui, conduire à une augmentation du nombre de fournisseurs de prestations, car les régions les moins bien loties en termes de couverture sanitaire ne seraient plus disposées à accepter cette situation.

Il met en garde contre l'introduction de dispositifs de réglementation qui ne se rapporteraient qu'au secteur ambulatoire. Les domaines ambulatoire et intra-muros étant à de nombreux égards interdépendants, seule une approche globale serait en fin de compte judicieuse. Si la réglementation devait toutefois se limiter au secteur ambulatoire, il ne faudrait pas s'attendre à des résultats très probants. Par ailleurs, il est d'avis qu'une planification du système intra-muros est beaucoup plus simple, car le nombre de lits est un indicateur fondamental. Il en va autrement dans le secteur ambulatoire où il n'y a pas une seule donnée de référence, mais plusieurs qui sont variées et complexes.

- Un troisième expert pense aussi que toute tentative de pilotage qui ne porterait pas à la fois sur les secteurs ambulatoire et intra-muros verrait en principe son champ d'action limité. Il ajoute que des mesures incitatives au niveau financier – et notamment un système de rémunération – constitueraient des outils bien plus convaincants qu'une politique de planification. Aussi longtemps que l'on conservera un système à la prestation, une planification sera envisageable. Il serait en revanche beaucoup plus efficace d'abandonner cette solution au profit de rémunérations forfaitaires et éventuellement de mettre en place des mesures financières incitant les fournisseurs de prestations à s'établir dans des contrées isolées. Toute politique de planification deviendrait alors superflue.

L'expert estime que l'obligation de contracter ne peut guère être supprimée dans un système d'indemnisation des frais. Il est en effet difficile d'imaginer que les médecins s'établissent à l'endroit de leur choix, que des assurés

aient recours à leurs services et, qu'une fois la facture réglée, ceux-ci constatent que le médecin en question ne figure pas sur la liste des praticiens dont les prestations sont remboursées par la caisse-maladie. Et l'on ne peut guère demander aux assurés de vérifier systématiquement que tel ou tel fournisseur de prestations figure bien sur la liste.

- Un quatrième expert considère que la Suisse ne connaît aujourd'hui pratiquement aucune situation de pénurie. C'est bien davantage la surabondance de l'offre qui pose problème. Il pense que seule la suppression de l'obligation de contracter pourrait occasionner une défaillance de la couverture sanitaire. La fixation de quotas minimum pourrait à cet égard constituer une solution. Des fourchettes devraient cependant être définies pour que les assureurs disposent encore d'une certaine marge de manœuvre dans la conclusion des contrats. Contribuer à une meilleure évaluation et appréciation de la qualité s'avère à ses yeux bien plus important. Les assureurs n'inspireraient en effet guère confiance si, après la suppression de l'obligation de contracter, ils traitaient uniquement avec les fournisseurs de prestations «les moins chers». Il est donc indispensable de seconder les assureurs dans l'appréciation qualitative des prestataires.

- Pour le cinquième expert, il est clair que le système actuel peut susciter de mauvaises «tentations» et qu'il ne contribue pas à réduire les coûts. La suppression de l'obligation de contracter et le gel des admissions sont des solutions possibles. Selon lui, la suppression de l'obligation de contracter, telle que définie au printemps 2004 par le Conseil fédéral dans la procédure de consultation, ne permettrait toutefois pas d'atteindre l'objectif fixé. Cette proposition se solderait par une hausse sensible du nombre de médecins. Certes, chaque compagnie d'assurance pourrait choisir librement ses praticiens, mais elle serait également tenue de contracter avec le nombre minimum de médecins requis par canton afin de garantir une couverture sanitaire au niveau cantonal. Si plusieurs caisses-maladie signaient des contrats avec plusieurs médecins, on aboutirait automatiquement à une situation de surabondance.¹⁰ En d'autres termes, pour éviter une offre excédentaire, il faudrait que tous les assureurs concluent un contrat avec les mêmes fournisseurs de prestations.

On pourrait alors tout aussi bien conserver l'actuel système du gel des admissions: le canton délivre des autorisations compte tenu de la situation sanitaire, et les assureurs ont toujours la possibilité de vérifier la rentabilité et la qualité des fournisseurs de prestations, voire de prendre des mesures en cas de non-respect de certains critères. A ses yeux, la solution actuelle a fait ses preuves et s'avère notamment beaucoup plus facile à gérer. Par conséquent, il n'y a aucune raison d'y renoncer.

3.2 Expériences réalisées

Dans le cadre d'un deuxième bloc de questions, les experts ont été interrogés sur leurs expériences et leurs connaissances en matière de systèmes de planification:

3. Connaissez-vous des pays ayant pris des mesures de planification du système ambulatoire afin d'éviter des situations de pénurie ou de surabondance? Quelles expériences ont ainsi été réalisées?
4. Dans quelle mesure les expériences que vous évoquez pourraient-elles être transposées en Suisse? Quels sont les problèmes qui pourraient surgir?
5. Avez-vous connaissance d'expériences de planification réalisées dans d'autres secteurs (par exemple planification du secteur intra-muros)? Quels enseignements pourraient en être tirés pour la planification du secteur ambulatoire?

Les experts ont pris position comme suit:

¹⁰ Pour illustrer ses propos, l'expert a donné l'exemple suivant: admettons que, dans un cas extrême, une compagnie d'assurance ne contracte qu'avec des femmes et une autre uniquement avec des hommes. Deux fois plus de fournisseurs de prestations que nécessaire devraient alors être autorisés à pratiquer par la loi.

- Un expert a évoqué les mauvaises expériences réalisées à son avis en Grande-Bretagne. Certes, les coûts ont pu être maîtrisés dans ce pays grâce à l'établissement d'un budget global, mais avec comme contrepartie de longues listes d'attente pour se faire soigner. Sans compter qu'un passe-droit est accordé aux personnes ayant souscrit une assurance complémentaire. Cet expert est convaincu qu'un tel système à deux vitesses ne pourrait jamais être accepté en Suisse pour des raisons d'équité. En outre, il constate que, système planifié ou pas, il est impossible de priver la population des avancées de la médecine. Tôt ou tard, on est obligé de suivre les progrès réalisés ailleurs. Ceci explique qu'en Grande-Bretagne le budget global devra être relevé de 6% à 9% du PIB. L'expert doute que les objectifs visés puissent être atteints avec de telles mesures expéditives. Il suppose que l'augmentation du budget aura plutôt des incidences sur les salaires des fournisseurs de prestations déjà en activité.

En outre, il souligne que la mise sur liste d'attente des assurés a un impact économique et sanitaire qui n'est pas pris en compte. Les coûts effectifs d'une planification du système sanitaire s'en trouvent ainsi sous-estimés. Il est d'avis que la mise en place d'éléments de planification permet d'obtenir des résultats à court terme (comme par exemple au Canada). A long terme par contre, les effets négatifs de la planification (listes d'attente) pèsent toujours plus lourd dans la balance.

- Un deuxième expert se dit convaincu par les succès obtenus avec le système australien. Il ne s'agit pas là d'un système de planification au sens strict (comme en Grande-Bretagne), mais d'une approche intégrant aussi des aspects concurrentiels. En admettant que la Suisse opte pour la solution d'une caisse unique, les systèmes suisse et australien pourraient être aisément comparés. Dans l'exemple britannique, l'expert déplore les listes d'attente interminables qui résultent de la planification sanitaire et du manque de ressources.

D'une manière générale, il pense qu'aucune planification ne peut empêcher les situations de pénurie et de surabondance de l'offre. Il considère aussi qu'il est impossible de planifier une couverture sanitaire optimale ainsi qu'en attestent clairement les expériences faites ces cinquante dernières années par le *National Health Service* britannique.

- Un autre expert constate que l'Allemagne a opté pour une limitation des admissions avec, à la clé, une meilleure répartition régionale des médecins qu'en France, par exemple. Quant au Canada et à l'Australie, ils s'efforcent de maintenir délibérément l'offre à un niveau tout juste suffisant. L'expert doute cependant qu'une telle approche serve les intérêts de la population. La création de facultés de médecine régionales est à son avis la mesure la plus efficace prise dans ces deux pays pour lutter contre les pénuries locales. Mais cette solution n'est pas applicable dans notre pays.

En Suisse comme en Allemagne, le choix du gel des admissions se justifie par un certain contexte historique et par la répartition des médecins entre les différentes régions et spécialisations. Cette répartition n'a pourtant rien d'optimal. Mais l'avantage de la Suisse sur son voisin allemand réside dans le fait que les montants des primes varient d'une zone géographique à l'autre. Aussi n'est-on pas obligé de payer dans une région pour l'offre pléthorique de telle autre. En Allemagne, on déplore aujourd'hui des situations de pénurie dans les contrées isolées. Selon cet expert, elles ne seraient pas dues à une mauvaise planification, mais à un manque de mesures incitatives au plan financier. Si le système d'indemnisation était aménagé en conséquence (p. ex. avec des forfaits par cas majorés dans les régions isolées), les médecins s'établiraient également dans les provinces éloignées.

- Cet expert a aussi longuement étudié le système autrichien dans lequel le nombre de postes est planifié. Il considère ce processus comme complexe et très coûteux. La question est notamment de savoir quand un médecin peut prétendre à un tel poste. L'attribution des postes s'effectue en fonction d'un système de points et de valeurs compliqué, dont l'expert ne recommande pas l'adoption en Suisse.

D'après lui, il n'y a pas de «bonne planification d'un point de vue objectif». En Allemagne comme en Autriche, on a abordé la situation de départ de façon pragmatique avant d'envisager la suite des événements. Une option

judicieuse et réalisable. Toute autre planification plus élaborée s'avèrerait dépassée dès le premier jour de son application.

- Le dernier expert prend position sur les expériences réalisées dans le domaine du gel des admissions dans le canton de Lucerne. En principe, ces expériences ont été satisfaisantes, mais ne sont pas assez anciennes pour que l'on puisse constater des résultats positifs à long terme. Contrairement à la suppression de l'obligation de contracter, ce système incite notamment les médecins à s'installer dans certaines zones éloignées où la couverture sanitaire est insuffisante.

Toute demande d'ouverture d'un cabinet médical doit aujourd'hui être adressée à l'association des médecins ou des spécialistes concernés. Ces dernières déterminent ensuite si l'ouverture d'un nouveau cabinet est judicieuse. Ces associations ont en général une très bonne connaissance de la couverture sanitaire et n'ont aucun intérêt à laisser se développer des situations de surabondance de l'offre (concurrence). Parfois, le conseil communal et d'autres institutions sont aussi entendus. La décision finale revient au canton, le rôle des associations de médecins n'étant que consultatif. Dans l'ensemble, cette collaboration a fait ses preuves.

Mais si le gel des admissions permet d'empêcher l'ouverture de nouveaux cabinets, il ne peut mettre un terme à une situation de surabondance déjà existante. Par ailleurs, on signale dans certaines régions isolées des problèmes de pénurie avérés ou probables difficiles à régler (p. ex. dans la région de l'Entlebuch). D'après l'expert, les médecins sont moins enclins à s'installer dans ces contrées, car la qualité de vie y est entre autres fortement contrebalancée par la fréquence des interventions d'urgence.

3.3 Définition de systèmes de prévision et de planification

Le troisième bloc de questions était consacré à la définition de systèmes de prévision et de planification dans le secteur ambulatoire. Nous avons présenté aux experts la situation suivante: «Admettons qu'en Suisse les milieux politiques décident de remédier aux situations de surabondance et de pénurie sanitaire dans le secteur ambulatoire en recourant à des mesures de planification au niveau cantonal. Supposons également que les prévisions relatives à l'offre (fournisseurs de prestations devant être planifiés) et à la demande (prestations correspondantes) constituent les bases de toute planification ultérieure.

6. Quelles méthodes proposeriez-vous pour établir des prévisions de l'offre dans le secteur ambulatoire (cf. paragraphe 2.4.1 de l'analyse bibliographique)?
7. Quelles méthodes proposeriez-vous pour établir des prévisions de la demande dans le secteur ambulatoire (cf. paragraphe 2.4.1 de l'analyse bibliographique)?
8. A votre avis, à quel niveau les mesures de planification devraient-elles intervenir: formation, perfectionnement professionnel, établissement des médecins, renouvellement des autorisations d'établissement, etc.?
9. Selon vous, comment le processus de planification devrait-il se présenter? Quelles bases de données seraient nécessaires?
10. A votre avis, quelles distinctions devrait-on établir entre les types de fournisseurs de prestations ambulatoires lors de la planification?
11. Il existe des possibilités de substitution plus ou moins marquées entre les différents fournisseurs de prestations ambulatoires ou entre les secteurs ambulatoire et intra-muros. Comment pourrait-on prendre cet aspect en considération lors de la planification?»

Un expert n'a pas souhaité se prononcer sur le troisième bloc de questions. Il juge en effet que des mesures de planification sont superflues et ne s'estime donc pas en position de faire des propositions en ce sens. Les autres experts ont réagi de la manière suivante:

- Un expert considère que seule une planification minimale est possible en Suisse. Tout ce qui va au-delà du strict minimum est sujet à caution, tant au niveau politique que méthodologique. Discutable du point de vue

méthodologique, car planifier une couverture sanitaire optimale est chose impossible. Discutable aussi au niveau politique, car dans le système politique suisse, «planification optimale» rime souvent avec «planification maximale».

Pour mettre en place une planification minimale, diverses méthodes devraient être combinées. Il ne s'agirait en aucun cas d'aboutir à un système basé sur de simples chiffres, mais d'instaurer un processus intégrant les principaux acteurs du système sanitaire. Par standards minimaux, il faudrait plutôt entendre un texte, une directive générale. Il conviendrait de déterminer des conditions cadres au niveau national et de fixer des règles du jeu pour les processus de planification régionaux. Des standards minimaux devraient ensuite être définis concrètement à l'échelle régionale. Une tâche impossible à réaliser au niveau national, car les différences entre régions sont trop importantes. Reste à savoir si «régional» signifie aussi «cantonal». La délimitation cantonale semble en effet trop rigide aux yeux de l'expert qui, d'une manière générale, propose de penser davantage en termes de réseaux de couverture sanitaire. De tels réseaux pourraient, selon lui, tout à fait fonctionner au-delà des limites régionales. Dans ce cas, les standards minimaux s'appliqueraient à ces réseaux dont l'accès devrait être garanti aux assurés.

Pour cet expert, il est clair que toutes les catégories de fournisseurs de prestations devraient être prises en considération dans le cadre de ces réseaux et de ce système de standards minimaux. En fait, les prestations intra-muros devraient aussi entrer en ligne de compte.

Il est pour lui essentiel que des données de morbidité soient collectées et intégrées dans la réflexion. Une approche axée uniquement sur la demande ne serait pas entièrement satisfaisante.

- L'expert précise qu'il faut établir une distinction entre la prise en charge assurée par les spécialistes et celle garantie par les médecins de famille. Il considère qu'une planification détaillée des différentes spécialisations est pour ainsi dire vouée à l'échec. En effet, il existe entre les diverses spécialités des liens complexes et difficiles à reproduire (en Allemagne, on distingue en tout seulement 14 groupes de médecins). Il ajoute que la prise en charge médicale assurée par les spécialistes pourrait tout à fait être concentrée dans des centres. La couverture sanitaire sur l'ensemble du territoire devrait, selon lui, être uniquement assurée par les médecins de famille. Ceux-ci devraient, par ailleurs, être bien plus réceptifs à des mesures incitatives au plan financier qu'à des projets de planification. L'expert recommande donc instamment de modifier en conséquence les éventuelles formes d'indemnisation.

Il n'indique pas clairement à quel niveau régional la planification doit intervenir. Dans l'hypothèse d'une concentration des spécialistes, il déconseille de procéder à une planification trop détaillée (p. ex. se rapportant aux différentes régions d'un même canton).

L'expert est convaincu qu'une planification judicieuse se doit de porter aussi bien sur l'offre que sur la demande. Sur ce dernier point, les différences sociodémographiques observées entre les régions devraient être prises en considération. Du côté de l'offre, il faut accorder une attention particulière aux postes à temps partiel ainsi qu'à la détermination de la productivité moyenne. L'expert insiste sur le fait qu'il s'agit de planifier des «prestations» et non des «postes médicaux à temps complet». Seul un processus intégrant les deux facettes du marché permettrait, selon lui, de mettre à jour les disparités existantes et d'y remédier à l'aide de mesures ciblées. Une combinaison de méthodes, à l'instar du modèle australien, est fortement indiquée. L'expert estime qu'il est beaucoup plus facile de fixer des valeurs chiffrées de planification dans le cadre d'un processus politique que de les adapter dix ans plus tard (à la hausse ou à la baisse). Il s'agit là d'un aspect à ne négliger en aucun cas. Les systèmes de planification devraient en outre être très flexibles, car la médecine progresse à grands pas.

Il recommande de différencier clairement la phase de «détermination des indicateurs» de celle de «l'évaluation des indicateurs». Dans la mesure du possible, la première question devrait être réglée à l'échelle nationale et la seconde, au niveau régional. Des fourchettes autorisant une certaine marge de manœuvre lors de la phase d'évaluation devraient être définies. Le secteur intra-muros devrait, si possible, également être pris en compte. L'expert fait remarquer que le processus choisi devrait occasionner des coûts de planification raisonnables. A

titre d'exemple, un seul service centralisé devrait traiter les données pour tous les processus de planification régionaux.

- Pour mettre en œuvre concrètement un système de planification minimale, l'expert n'envisage aucune autre possibilité que celle de se référer à la situation de base et de fixer de façon pragmatique des valeurs minimales. Cette approche devrait être notamment différenciée selon les régions, car il existe aujourd'hui à ce niveau d'énormes disparités qui ne peuvent que difficilement être expliquées.

Les médecins devraient être les premiers concernés par les mesures de planification, car ce sont eux qui déterminent la demande des autres fournisseurs de prestations. Des groupes pourraient bien entendu être constitués pour les spécialistes.

- Un autre expert considère que de nombreux points restent à éclaircir dans la solution proposée par le Conseil fédéral concernant la suppression de l'obligation de contracter. Outre le fait que cette proposition pourrait encore renforcer les situations de surabondance, on ne sait pas exactement ce qu'il adviendrait si un assureur ne contractait pas avec le nombre minimal de fournisseurs de prestations requis ou si assureurs et fournisseurs de prestations ne parvenaient pas à un accord. Il ne serait guère du ressort du canton d'obliger un fournisseur de prestations à traiter avec telle ou telle compagnie d'assurance. L'expert estime que des problèmes pourraient aussi surgir avec les petites caisses-maladie qui ne seraient pas en mesure de traiter avec tous les fournisseurs de prestations ni de signer des contrats avec le nombre de médecins requis dans chaque canton. Le phénomène de concentration des compagnies d'assurance s'en trouverait sans aucun doute accentué. D'une manière générale, cette solution se solderait par une augmentation considérable du volume des tâches administratives et de leurs coûts.

Selon lui, l'exploitation des données de base s'annonce aussi problématique. On ne connaît en effet absolument pas les catégories de médecins qui entrent en ligne de compte. Cette question est particulièrement importante en ce qui concerne l'offre des hôpitaux dans le secteur ambulatoire. L'expert est d'avis que les médecins travaillant en cabinets privés ne devraient pas être les seuls pris en considération dans la planification. Il remet également en question les bases de données actuelles. Les informations statistiques de SantéSuisse reposent ainsi uniquement sur des numéros RCC. Le problème réside dans le fait qu'un numéro peut désigner plusieurs médecins. Quant aux mutations, elles ne sont enregistrées que de manière très incomplète. Lorsque, par exemple, un médecin change de canton, son autorisation d'exercer dans le canton d'origine n'est pas annulée et reste dans la statistique. Le problème des postes à temps partiel n'est pas non plus résolu. Pour cet expert, il est clair que des valeurs de base doivent être définies au niveau national pour que les cantons puissent s'y référer. En ce qui concerne les autres fournisseurs de prestations (p. ex. physiothérapeutes), ces problèmes sont encore plus marqués.

3.4 Autres aspects concernant la planification et les prévisions dans le secteur ambulatoire.

Le quatrième bloc de questions était consacré aux autres aspects collatéraux d'un éventuel processus de prévision et de planification. Nous avons demandé aux experts de partir du principe qu'une planification de l'offre dans le secteur ambulatoire avait été décidée par les milieux politiques. Les questions posées étaient les suivantes:

12. A votre avis, quels aspects devraient être pris en compte lors du choix des méthodes de planification si l'on intégrait dans la réflexion les spécificités du processus politique? Pourrait-on, par exemple, sélectionner uniquement des méthodes très simples? Comment prendre en considération l'influence des différents acteurs du marché?
13. Selon vous, de quels aspects faudrait-il tenir compte dans le cadre du processus politique pour disposer des bases de données nécessaires à la planification?

14. Au niveau de la Suisse, il faut s'attendre à ce que les planifications du secteur ambulatoire varient d'un canton à l'autre. Cela vous paraît-il problématique?

Comme pour le troisième bloc de questions, un expert n'a pas souhaité se prononcer étant donné qu'il s'opposait de manière générale à toute forme de planification. Un deuxième expert n'avait pas d'avis particulier sur ces questions. Les autres experts ont répondu de la manière suivante:

- Un expert est parti du principe que la combinaison de conditions cadres nationales et d'un processus de planification régionale constituait la solution la plus vraisemblable. Mais d'autres approches demeurent envisageables.
- Un expert insiste sur le fait que le processus doit être conçu de façon à être justiciable. Tout devrait être rapporté à ce simple critère. Selon lui, un travail de communication serait en outre indispensable, car les aspects les plus complexes risqueraient de ne pas être compris. Enfin, il faudrait veiller à ce que les médecins saisissent bien le fonctionnement du système et l'acceptent. Ils pourraient sinon s'y opposer d'entrée de jeu.
- Un expert pense que la délimitation cantonale est aujourd'hui dépassée et qu'elle a perdu de son importance aux yeux des citoyens. Il faudrait par conséquent veiller à définir des zones de planification adaptées. Par ailleurs, le problème devrait être abordé dans une perspective à long terme, au sens d'une analyse d'efficacité prospective. Il faudrait d'emblée évaluer si ces objectifs sont réalisables.

Le système choisi devrait être très simple. L'expert ne pense pas que l'on puisse transposer en Suisse les expériences faites à l'étranger.

3.5 Possibilités de monitoring

L'étude de Ebsen et al. (2003) a été présentée au chapitre 2 (paragraphe 2.7.2). L'idée d'assortir la suppression de l'obligation de contracter d'un dispositif de monitoring et non d'un système fixe de planification minimale y apparaît particulièrement intéressante. Avec cette solution, la prise en charge ambulatoire pourrait être observée et contrôlée à l'aide d'un certain nombre d'indicateurs. En cas de situation de pénurie avérée ou constatée, le Land concerné devrait réagir et mettre au concours des postes dans les régions touchées. Les experts ont dû répondre aux questions suivantes:

15. Que pensez-vous du principe de monitoring?
16. Considérez-vous qu'il est réaliste de développer toute une série d'indicateurs qui seraient largement acceptés et susceptibles de signaler de manière plus ou moins fiable des situations de pénurie ou de surabondance de l'offre dans le secteur ambulatoire?
17. Au niveau institutionnel, quelle instance devrait être chargée du développement d'un tel système de monitoring et de son suivi?

Les experts ont répondu de la manière suivante:

- Le premier expert rejette clairement la mise en place d'un système de monitoring qui verrait l'avènement d'une véritable bureaucratie de la réglementation. Si l'on considère l'exemple des Etats-Unis, on peut imaginer par exemple que les taux de complication de chaque médecin soient publiés. Les assureurs examineraient alors ces chiffres à la loupe. Tout autre indicateur deviendrait ainsi superflu. Avec la suppression de l'obligation de contracter, l'expert s'attend à ce qu'un plus grand nombre de cas de complications soient rendus publics en Suisse.
- Un expert approuve l'idée d'un monitoring pour les risques normaux (mais pas pour les gros risques). Il signale toutefois que des indicateurs ne peuvent être fixés que dans le cadre d'un large débat impliquant tous les acteurs du marché. Il estime que seule la «maladie» peut être définie, mais pas la «santé». Pour décrire correctement la «maladie», il est toutefois indispensable de pouvoir s'appuyer sur des données de morbidité de

bonne qualité, mais celles-ci font actuellement défaut. Cet aspect devrait aussi être pris en compte lors du monitoring.

- Un autre expert accepte l'idée d'un système de monitoring pour autant qu'il soit justiciable. En d'autres termes, il faudrait définir clairement les indicateurs signalant les cas de pénuries et les mesures à prendre. Mais si des indicateurs trop nombreux sont déterminés, on risque selon lui d'aboutir à une planification maximale et non minimale. Enfin, cet expert ne note aucune différence entre un monitoring justiciable et une planification minimale justiciable.

- Un expert déclare ne pas connaître parfaitement le principe du monitoring, mais trouve l'idée intéressante. Il insiste toutefois sur la nécessité de fixer des étalons de mesure précis. Le déroulement du processus devrait lui aussi être clairement défini, de même que les circonstances qui justifient une intervention. L'avantage d'un système de monitoring serait d'accorder une plus grande attention à une approche outcome, en d'autres termes de se référer plus aux résultats qu'à l'input.

Selon l'expert, la gestion d'un tel système ne pourrait être confiée qu'à une institution neutre et indépendante. Les assureurs, les assurés, les fournisseurs de prestations et les pouvoirs publics devraient bien entendu y être représentés. De plus, les règles du jeu ne devraient pas être dictées par une instance supérieure, mais définies par cette institution.

- Le cinquième expert considère que trop de mesures ont été prises jusqu'à présent dans le domaine de la LAMal sans que l'on ait pris la peine d'en apprécier clairement les conséquences au départ. Au lieu de cela, on s'est contenté de les évaluer après coup. De sérieux problèmes auraient pu être évités, si l'approche «try and error» avait été abandonnée au profit d'une analyse d'efficacité approfondie et prospective.

3.6 Recommandations des experts

Les discussions entre experts se sont achevées sur la question suivante: «Sur la base de vos propres expériences, quelles mesures recommanderiez-vous d'une manière générale en Suisse pour garantir la prise en charge sanitaire dans le secteur ambulatoire?» Les experts ont formulé les recommandations suivantes:

- Le premier expert souligne le fait que la suppression de l'obligation de contracter devrait s'accompagner d'autres aménagements. La compensation des risques devrait notamment être adaptée (introduction d'un indicateur de l'état de santé en complément des critères de l'âge et du sexe), faute de quoi les assureurs pourraient procéder à une sélection des risques en signant des contrats de manière restrictive. Il envisage également d'offrir aux assureurs la possibilité de réaliser des bénéfices avec l'assurance de base. Pour cela, des conditions devraient toutefois être définies dans le droit des cartels.

L'expert ne préconise aucune planification des valeurs minimales en termes de couverture sanitaire. Il considère en effet qu'un processus de planification n'est pas nécessaire et qu'il aboutirait en Suisse davantage à la fixation de chiffres maximaux que minimaux.

- Dans la mesure où l'obligation de contracter est supprimée et qu'un climat de concurrence s'instaure, le deuxième expert recommande que des standards minimaux soient développés au niveau national et/ou régional. Le processus visant à mettre en place des standards minimaux de même qu'un système de monitoring devraient être clairement définis au préalable. Par standards minimaux, il ne faut pas comprendre uniquement des valeurs isolées, mais toute une série de conditions cadres pour la concurrence.

- Plutôt que d'adopter une solution de planification différenciée, le troisième expert conseille de mettre l'accent sur le système de rémunération et les mesures d'incitation financières qui y sont liées. Les médecins de famille sont au cœur du processus et jouent un rôle particulièrement important pour garantir la couverture sanitaire sur l'ensemble du territoire. Si une planification minimale est introduite, elle ne devrait pas fixer un nombre donné de personnes, mais des volumes de prestations. La suppression de l'obligation de contracter lui semble être un

bon moyen de lutter contre la surabondance de l'offre. Par ailleurs, il ne préconise pas la fixation de valeurs maximales.

- Le quatrième expert recommande la suppression de l'obligation de contracter pour autant que cette solution s'appuie sur des fondements politiques. A cet égard, un système de monitoring simple pourrait être mis en place. Il serait dans ce cas essentiel de définir précisément des critères de mesure ainsi que le processus à suivre lorsque ceux-ci ne sont pas remplis.
- Le cinquième expert n'a formulé aucune recommandation précise. Avant l'introduction de nouveaux instruments, il préconise notamment d'améliorer la communication entre la Confédération et les cantons qui sont ensuite chargés d'appliquer la loi. On pourrait ainsi éviter que des propositions aussi absurdes que celles formulées dans le projet actuellement en consultation soient débattues.

3.7 Conclusion

Les résultats des discussions d'experts menées sur le thème «Possibilités et limites d'une planification (minimale) dans le secteur ambulatoire en Suisse» ont été présentés au chapitre 3. En résumé, on peut retenir les points suivants:

- Les experts ont des avis divergents sur des points essentiels. L'un d'entre eux conteste ainsi le fait qu'une planification (minimale) des soins ambulatoires soit nécessaire en cas de suppression de l'obligation de contracter. Un autre affirme que les modes de rémunération – notamment pour les médecins de famille – jouent un rôle beaucoup plus important que les mesures de planification. Selon lui, des formes de rémunération assorties de mesures incitatives sur le plan financier aboutiraient en effet beaucoup plus rapidement à une meilleure répartition des soins au niveau régional. Cependant, d'autres experts font montre d'un scepticisme plus ou moins grand quant à l'introduction d'éléments de planification dans le secteur ambulatoire. Ils insistent par exemple sur le fait que la planification doit porter uniquement sur les risques normaux et non sur les gros risques. En outre, ils demandent que la planification minimale ne soit pas exclusivement basée sur une valeur de référence unique, par exemple une densité minimale de médecins. Il est à leurs yeux préférable d'introduire des standards minimaux plus complets qui pourraient réglementer de manière générale la concurrence croissante. Certains rappellent qu'une telle flexibilité n'est pas envisageable et considèrent que des standards devraient être définis dans le cadre de processus clairement réglementés. Il leur paraît aussi nécessaire de définir en détail les cas d'entorse à la réglementation et les sanctions applicables. Pour la majorité des experts, cette réflexion parle en défaveur d'un système de monitoring tel qu'il a été proposé dans une étude réalisée en Allemagne (cf. Ebsen et al. 2003): un système de ce type devrait comporter des indicateurs clairement définis et spécifier les mesures à prendre lorsque les valeurs limites de ces indicateurs ne sont pas atteintes. Dans ce contexte, le terme qui revient le plus souvent est celui de «justiciabilité».
- Mais certains points font aussi l'unanimité auprès des experts. Ainsi, ils se montrent en général sceptiques sur la limitation de la planification au secteur ambulatoire. L'attention est attirée sur le fait qu'une planification (minimale) ne peut être efficace que si les secteurs ambulatoire et intra-muros sont pris en considération. Cette problématique se retrouve également au niveau des données de référence: il serait par exemple très difficile d'évaluer correctement les offres des hôpitaux en matière de soins ambulatoires. Autre question qui crée le consensus, la possibilité de transposer en Suisse les expériences réalisées dans d'autres pays. Les experts ne voient en effet aucun exemple à l'étranger susceptible d'être appliqué simplement et avec succès dans notre pays. Pourtant, différents éléments semblent probants. Par exemple, on signale à plusieurs reprises que le système australien, lequel est basé sur diverses méthodes et prend en compte aussi bien l'offre que la demande, pourrait être un exemple à suivre. Par ailleurs, les experts s'accordent aussi sur le degré de planification. Seule une planification minimale est envisagée, une planification «optimale» des soins étant impossible.

- En ce qui concerne les processus de prévision et de planification, les experts ne se prononcent que sur les grandes lignes et non sur les détails opérationnels. D'une manière générale, on considère que le rôle joué par les cantons en tant qu'unités de planification doit être remis en question. Les unités sanitaires et territoriales devraient être définies de manière plus judicieuse. En outre, il est recommandé de veiller à une bonne répartition régionale, en particulier en ce qui concerne les médecins de famille. Dans le cas des spécialistes, on envisage plutôt une concentration dans différents centres régionaux. La planification des postes de spécialistes ne devrait pas établir de distinctions entre les différentes branches, car les liens entre les spécialités médicales n'ont guère été étudiés et s'avèrent trop complexes. Il apparaît également nécessaire de réaliser des prévisions portant aussi bien sur l'offre que sur la demande (besoins). S'agissant de l'offre, l'attention est attirée sur le fait que la planification ne devrait pas se baser sur le nombre de personnes, mais sur le volume de prestations. Ces prestations varient par exemple selon qu'une personne travaille à temps complet ou non.
- Pour ce qui est du processus de prévision et de planification, le consensus domine aussi largement. Les règles du jeu devraient être clairement définies au préalable, mais aussi être simples. Ainsi, des solutions complexes ne devraient pas être appliquées en Suisse. Et il apparaît aussi judicieux pour la majorité des experts d'intégrer les principaux acteurs concernés dans le processus.
- Les recommandations formulées par les experts divergent sensiblement. Elles vont de l'absence de toute planification à l'élaboration d'une série complète de standards minimaux.

Les discussions entre experts reflètent les différences qui transparaissent déjà à la lecture de l'analyse bibliographique. Les économistes sont ainsi davantage enclins à se fier aux forces du marché et aux incitations financières. Les médecins, quant à eux, font preuve de scepticisme vis-à-vis des mécanismes de l'offre et de la demande, et souhaiteraient pouvoir au moins mettre en place un système de sécurité sommaire à l'aide de prescriptions sanitaires minimales. Par contre, les experts disposant d'une expérience pratique insistent surtout sur le caractère fonctionnel d'une éventuelle planification et réclament des processus bien définis et «justiciables». D'une manière générale, les théories portant sur l'éventualité d'une mise en place de processus de prévision et de planification restent assez vagues. Cela n'a rien d'étonnant dans la mesure où le sujet n'a été encore que peu débattu.

4 Discussion des résultats

Les résultats d'une analyse bibliographique «sommaire» et de discussions approfondies menées avec cinq experts préalablement sélectionnés ont été présentés aux chapitres 2 et 3. Des discussions sont en cours en Suisse dans la perspective de l'expiration de la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations ambulatoires en juin 2005 et de la suppression prévue de l'obligation de contracter entre assureurs privés et fournisseurs de prestations ambulatoires. Dans quelle mesure la synthèse des résultats de l'analyse bibliographique et des discussions entre experts peut-elle influencer le débat?

Actuellement, aucune évaluation de la situation ni aucune prévision en matière d'offre et/ou de demande de prestations ambulatoires ne sont réalisées de manière systématique en Suisse. Divers travaux ont effectivement abordé certains points par le passé, mais aucune étude ne s'est penchée régulièrement sur la question en explorant différentes méthodes. Il existe sans aucun doute des lacunes à ce niveau et un retard à rattraper.

Pour combler ces lacunes, il est indispensable de disposer de bases de données valables sur le secteur ambulatoire. Ces informations font actuellement défaut. Si l'on exploite les sources existantes (statistique FMH, registre des codes créanciers de santé suisse, pool de données santé suisse, bases de données des assureurs-maladie), on sera inmanquablement confronté à de sérieuses difficultés sur le plan méthodologique. Il est donc urgent de mettre sur pied une statistique nationale des prestations ambulatoires qui permettrait de tirer des conclusions différenciées au niveau régional.

Le débat politique actuel laisse à penser que le législateur n'attendra pas que des bases de données valables soient mises à disposition. Il est plus probable que la Confédération et les cantons soient chargés dès 2005 de garantir un système de soins minimal dans le secteur ambulatoire. A cet égard, ils devront déterminer pour quelle catégorie de fournisseurs de prestations et dans quelles proportions les assureurs-maladie devront signer un minimum de contrats. Quelles recommandations peut-on formuler à ce sujet sur la base de l'analyse bibliographique et des débats entre experts?

- Il faudrait essayer de prévoir l'offre et la demande en matière de soins ambulatoires en se basant sur les sources de données actuelles (lacunaires) et en recourant à différentes méthodes. La bibliographie montre qu'une planification un tant soit peu sérieuse doit reposer sur une prévision un tant soit peu sérieuse de l'offre et de la demande.
- Sur la base de ces estimations de fluctuation de l'offre et de la demande, il devrait être possible de déterminer de manière systématique la densité minimale requise des fournisseurs de prestations ambulatoires afin de garantir une prise en charge minimale. A cet égard, il convient aussi de prendre notamment en compte l'offre extra-cantonale et l'offre intra-muros. Il faudrait dans la mesure du possible éviter de définir la prise en charge minimale de manière arbitraire et sur la base de la couverture actuelle.
- Le projet en consultation de la Confédération précise que, pour chaque fournisseur de prestations, des fourchettes de valeurs minimales doivent être fixées par tranche de 10 000 habitants. En Allemagne, d'intéressantes propositions sont actuellement examinées pour adapter la densité des fournisseurs de prestations aux caractéristiques régionales de la population eu égard à la pyramide des âges et à la morbidité. Ces pistes devraient être explorées.
- Parallèlement à la planification minimale, on pourrait envisager, comme cela a été proposé en Allemagne, de mettre sur pied un système de monitoring de la situation sanitaire. A cet égard, il faudrait prendre en compte non seulement l'offre de prestations du secteur ambulatoire, mais aussi celle du secteur intra-muros. Un tel monitoring serait réalisé à l'aide de nombreux indicateurs brossant un tableau de la situation sanitaire. Il servirait de base de décision pour les autorités et de source d'information pour le grand public. Il prendrait aussi en compte des évaluations subjectives de la situation sanitaire émanant de la population.

Une solution intéressante est actuellement appliquée en France dans la région Poitou-Charentes. Les régions y

sont classées selon quatre catégories de «fragilité», à l'aide de sept indicateurs. Ces niveaux de fragilité sont ensuite comparés avec la densité des médecins de famille. Pour la planification des besoins, une attention particulière est ensuite accordée aux régions présentant un taux de fragilité élevé et une faible densité de médecins de famille.

5 Bibliographie et sources

5.1 Bibliographie structurée

5.1.1 Nécessité d'une planification

- Bloor Karen et Alan Maynard (2003): La planification des ressources humaines dans les soins de santé: vers une démarche économique. Etude comparative internationale. Canadian Health Services Research Foundation (www.chsrf.ca).
- Domenighetti Gianfranco et Luca Crivelli (2001): Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter. Etude réalisée pour santésuisse.
- Geissler F. (1978): Ziele und Methoden der Planung. Kassenärztliche Bedarfsplanung (59-86). Bonn, WidO-Schriftenreihe.
- Grumbach Kevin (2002): Fighting Hand to Hand Over Physician Workforce Policy, *Health Affairs*, 21-5, 13-27.
- Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la santé, OMC.
- Harris Jeffrey E. (1986): How many doctors are enough?, *Health Affairs*, 5, 73-83.
- Maynard Alan et Arthur Walker (1995): Managing the medical workforce: time for improvements?, *Health Policy*, 31(1), 1-16.
- Pflaum Monica (2001): The Australian medical workforce. Department of Health and Aged Care, Occasional papers new series no. 12 (<http://www.health.gov.au/pubs/hfsocc/occpdf.htm>).
- Reinhardt Uwe E. (1994): Planning the Nation's Health Workforce: Let the market in, *Inquiry*, 31(3), 250-263.
- Reinhardt Uwe E. (2002): Dreaming the American dream: once more around physician workforce policy, *Health Affairs*, 21-5, 28-32.
- Rohrer, James E. (1999): Planning for community-oriented health systems 2nd ed. Washington, DC., American Public Health Association.
- Zurn Pascal, Mario Dal Poz, Barbara Stilwell et Orvill Adams (2002): Imbalances in the health workforce: briefing paper. Organisation mondiale de la santé.

Induction de l'offre

- Barer M. (2002): New opportunities for old mistakes, *Health Affairs*, 21-1, 169-171.
- Cassel Dieter et Thomas Wilke (2000): Das Saische Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine eigene Nachfrage? Eine Analyse zur angebotsinduzierten Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand deutscher Paneldaten. Diskussionsbeitrag des Fachbereichs 5 der Wirtschaftswissenschaften der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg, Nr. 277.
- Choné Philippe (2000): Les interactions entre l'offre et la consommation des soins: que sait-on? CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) (2000): Démographie médicale: Peut-on évaluer les besoins en médecins? Actes du séminaire du 11 octobre 2000. Série Colloque, n° 1341, 55-72.
- Domenighetti Gianfranco et Emanuela Pipitone (2002): Induction de l'offre de prestations médicales par la demande, *PrimaryCare*, 2, 241-245.
- Nocera Sandra et Gabrielle Wanzenried (2002): On the Dynamics of Physician Density: Theory and Empirical Evidence for Switzerland. Diskussionschriften des Volkswirtschaftlichen Instituts der Universität Bern, 02-08.

5.1.2 Théorie de la planification

Reinhard Uwe E. (1991): Health Manpower Forecasting: The case of Physician Supply. E. Ginzberg (éd.) (1991): Health services research, key to health policy, Cambridge: Harvard University Press, 234-288.

5.1.3 Méthodes prévisionnelles

Du point de vue de l'offre et de la demande

Australian Medical Workforce Advisory Committee (2000): Medical workforce planning in Australia, Aust Health Rev, 23(4), 8-26.

Hall Thomas L. (1988): Guidelines for health workforce planners, World Health Forum, 3, 409-413.

Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la santé, OMC.

Lomas Jonathan, Greg L. Stoddart et Morris L. Barer (1985): Supply projections as planning: a critical review of forecasting net physician requirements in Canada, Soc Sci Med, 20(4), 411-424.

Du point de vue de l'offre uniquement

Gabr Mamdouh (1995): Health professions development, Med Educ, 29 (Suppl 1), 72-75.

Hall Thomas L. (1988): Supply. Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la santé, OMC, 91-116.

Du point de vue de la demande uniquement

Baker Timothy D. (1978): Productivity. Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la santé, OMC, 117-132.

Hall Thomas L. (1978b): Demand. Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la santé, OMC, 57-90.

O'Brien-Pallas Linda, Andrea Baumann, Stephen Birch et Gail T. Murphy (2000): Health human resource planning in home care: how to approach it – that is the question, Healthc Pap, 1(4), 53-59.

Rowand Scott R. (2002): Planning for Canada's Health Workforce: Past, Present and Present, Healthcare Papers, 3(2), 28-32.

Zepf E. et al. (1978): Kriterien zur Abgrenzung von Analyse- und Planungsräumen im Gesundheitswesen. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Gesundheitsforschung Band 14, Munich.

5.1.4 Prévisions concrètes portant sur l'offre et la demande

Du point de vue de l'offre et de la demande

Fromentin Rémy (2000): Démographie médicale et accès aux soins: une démarche exploratoire en Aquitaine, Franche-Comté et Languedoc-Roussillon. CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) (2000): Démographie médicale: peut-on évaluer les besoins en médecins? Actes du séminaire du 11 octobre 2000. Série Colloque, n° 1341, 115-126.

Grewe Terence, Michael Lapolla, Steven Phillips et Linda Mitchell (1999): Oklahoma physician needs, J Am Osteopath Assoc, 99(1), 34-41.

Observatoire Régional de la Santé de Poitou-Charentes (2003): Mise en place d'un observatoire territorial de la démographie des professions et services de santé en Poitou-Charentes. Rapport n° 92.

Riportella-Muller Roberta, Vivian Littlefield et Donald L. Libby (2000): Nursing drives interdisciplinary health care workforce planning in Wisconsin: one state's experience, *J Prof Nurs*, 16(3) 169-176.

Prévisions portant sur l'offre uniquement – bibliographie anglo-saxonne

Cooper Richard A., Prakash Laud et Craig L. Dietrich (1998): Current and projected workforce of nonphysician clinicians, *JAMA*, (280), 788-794.

Craig Douglas, Robert J. Byrick et Franco Carli (2002): A physician workforce planning model applied to Canadian anesthesiology: planning the future supply of anesthesiologists, *Can J Anaesth*, 49(7), 671-677.

Forgacs I. et A. Paksy (2001): A model for the long-term planning of physician workforce in Hungary, *Cah Sociol Demogr Med*, 41(3-4), 313-325.

Geissler Ulrich (1985): *Ambulante Ärztliche Versorgung*. Ferber Christian, Uwe E. Reinhard, Hans Schaefer et Theo Thiemeyer (1985): *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*. Gedenkschrift für Ulrich Geissler. Oldenbourg Verlag Munich, 15-33.

Gershon Sharon K., James M. Cultice et Katherine K. Knapp (2000): How many pharmacists are in our future? The Bureau of Health Professions Projects Supply to 2020, *J Am Pharm Assoc*, 40(6), 757-764.

Prévisions portant sur l'offre uniquement – Démographie médicale (bibliographie francophone)

Couffinal Agnès et Dominique Polton (2000): Présentation synthétique des différentes projections pour la France. CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) (2000): *Démographie médicale: peut-on évaluer les besoins en médecins?* Actes du séminaire du 11 octobre 2000. Série Colloque, n° 1341, 13-46.

Couffinal Agnès et Julien Mousquès (2001): La démographie médicale française: état des lieux. Questions d'économie de la santé, n° 44, CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé).

Couffinal Agnès, Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousquès (2002): Où s'installent les nouveaux omnipraticiens? Une étude cantonale sur 1998-2001. Questions d'économie de la santé, n° 61, CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé).

Darriné Serge (2002): Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020: les médecins dans les régions et par mode d'exercice. *Etudes et résultats*, n° 156, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Darriné Serge (2003): Projections du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020. Sources, méthode, principaux résultats. Série statistique, document de travail n° 34, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Descours Charles (2003): Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Giliand Pierre, Bernadette Laplanche, Jacques Methonnex et Stéphane Rossini (1991): *Démographie médicale en Suisse 1900-1990-2020*. Réalités sociales, Lausanne.

Niel Xavier (2000): Procédure d'estimation du nombre de médecins par la DREES. CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) (2000): *Démographie médicale: peut-on évaluer les besoins en médecins?* Actes du séminaire du 11 octobre 2000. Série Colloque, n° 1341, 47-52.

ONM (Ordre National des Médecins Conseil national de l'Ordre) et CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) (2003). *Démographie médicale française: Situation au 1^{er} janvier 2003*, étude n° 36.

ONM (Ordre National des Médecins, Conseil national de l'Ordre) et CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) (2002). Démographie médicale française: Situation au 1^{er} janvier 2002, étude n° 35.

Sicart Daniel (2001): Les médecins. Estimations de 1984 à 2000. Séries longues. Série statistique, Document de travail n° 22, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère de l'emploi et de la solidarité.

UPML Union Professionnelle des Médecins exerçant à titre Libéral Rhône-Alpes (2000): Etude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes. Enquête auprès des praticiens de 3 spécialités: pédiatrie, orthopédie et gastro-entérologie.

Vilain Annick et Xavier Niel (1999): Les inégalités régionales de densité médicale. Le rôle de la mobilité des jeunes médecins. Etudes et résultats, n° 30, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Vilain Annick, Xavier Niel et Sophie Pennec (2000): Les densités régionales de médecins à l'horizon 2020. Etudes et résultats, n° 57, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Prévisions portant sur la demande uniquement

Byrick Robert J., Douglas Craig et Franco Carli (2002): A physician workforce planning model applied to Canadian anesthesiology: assessment of needs, *Can J Anaesth*, 49(7), 663-670.

Malloch Kathy, Sally Davenport et Carol Hatler (2003): Nursing workforce management: using benchmarking for planning and outcomes monitoring, *J Nurs Adm*, 33(10), 538-543.

Rohrer, James E. (1999): *Planning for community-oriented health systems* 2nd ed. Washington, DC., American Public Health Association.

Tilquin Charles et Godelieve Vanderstraeten (1988): Health and social resources planning based on activity analysis: a Québec experience in the long-term care and services sector for the Elderly. Zweifel Peter (éd.) (1988): *Bedarf und Angebotsplanung im Gesundheitswesen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie*, Bd. 17, Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart, 255-295.

Demande de prestations sanitaires en Suisse

Bisig Brigitte et Felix Gutzwiler (éd.) (2004a): *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung.* Band 1: Gesamtübersicht. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus.

Bisig Brigitte et Felix Gutzwiler (éd.) (2004b): *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung.* Band 2: Detailresultate. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus.

Domenighetti G., B. Bisig, A. Zaccheo et al. (1996): *Consommation chirurgicale en Suisse et comparaison avec la France.* Lausanne: Réalités sociales.

Leu Robert E. et M. Gerfin (1992): *Die Nachfrage nach Gesundheit - ein empirischer Test des Grossman-Modells.* Gäfgen G. et P. Oberender P (éd.) (1992): *Gesundheitsökonomische Beiträge.* Baden-Baden: Nomos, 61-79.

Leu Robert E. et R. Doppmann (1986): *Die Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen,* Schriften des Vereins für Sozialpolitik, 161-75.

Rüefli Christian et Adrian Vatter (2001): *Wirkungsanalyse KVG: Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen.* Statistische Analyse kantonaler Indikatoren. Berne EDMZ.

Demande de prestations sanitaires en France

Auvray Laurence, Sylvie Dumesnil et Philippe Le Fur (2001a): Santé, soins et protection sociale en 2000.

Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000. Série résultats, n° 1364, CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé).

Auvray Laurence, Sylvie Dumesnil et Philippe Le Fur (2001b): Santé, soins et protection sociale en 2000.

Annexes. Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000. Série résultats, n° 1364bis, CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé).

Balsan Didier (2000): Les disparités interrégionales des dépenses de santé. Etudes et résultats, n° 95, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère de l'emploi et de la solidarité.

5.1.5 Etude des conditions cadres de la planification

Limites des données

Ryten Eva (1995): Physician-workforce and educational planning in Canada: has the pendulum swung too far?, *CMAJ*, 152(9), 1395-1398.

Incertitudes liées aux prévisions

Morgan Alan (1998): Workforce Planning in a Changing Environment: How Much is Enough?, *Cardiac Electrophysiology Review*; VOL 2(1), 99-100.

Rowand Scott R. (2002): Planning for Canada's Health Workforce: Past, Present and Present, *Healthcare Papers*, 3(2), 28-32.

La planification comme processus politico-économique

Deliège Denise (1998): La planification de l'offre médicale: la grande illusion, *Journal d'économie médicale*, 16(1), 21-38.

Mejia Alfonso (1978): The health manpower process. Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la santé, OMC, 31-56.

Mejia Alfonso et Tamás Fülöp (1978): Health manpower planning: an overview. Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la santé, OMC, 9-30.

5.1.6 Expériences de planification à l'étranger

Comparaisons internationales

Bloor Karen et Alan Maynard (2003): La planification des ressources humaines dans les soins de santé: vers une démarche économique. Etude comparative internationale. Canadian Health Services Research Foundation (<http://www.chsrf.ca/>).

Bourgueil Yann, Ulrike Dürr et Sophie Rocamora-Houzard (2001): La régulation des professions médicales en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques DREES, Etudes et résultats, n° 120.

Bourgueil Yann, Ulrike Dürr et Sophie Rocamora-Houzard (2002): La régulation des professions de santé – études monographiques. Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, Etats-Unis. Ministère de l'emploi et

de la solidarité, Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques DREES, Série Etudes, n° 22.

Höppner Karin (2003): Bedarfsplanung niedergelassener Hausärzte in Deutschland und in den Niederlanden: Ein Vergleich. Diplomarbeit an der Facultéit der Gezondheidswetenschappen, Universität Maastricht.

Pflaum Monica (2001): The Australian medical workforce. Department of Health and Aged Care, Occasional papers new series no. 12 (<http://www.health.gov.au/pubs/hfsocc/occpdf.htm>).

Potthoff Peter et Markus Schneider (2002): Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, Förderkennzeichen 228/224-42265.

Allemagne

Ebsen Ingwer, Stefan Gress, Klaus Jacobs, Joachim Szecsenyi et Jürgen Wasem (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Endbericht 6. März 2003.

Hiddemann T. (1999). Bedarfsplanung und Zulassungsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung, BKK, 8, 381-388.

Klose Joachim et Thomas Uhlemann (2003): Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung – droht in Deutschland eine Unterversorgung?, GGW, 1/2003, 7-16.

Kopetsch Thomas (2003): Entwicklung und Erfahrung mit der Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, Gesundheits- und Sozialpolitik, 5-6/2003, 34-38.

Kruse Udo et Silke Kruse (2003): Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Diskussion, Zeitschrift für die Sozialversicherungs-Praxis, 5/2003, 129-137.

Lauterbach Karl W. et Stephanie Stock (2003): Disease Managment – ein Public Health Initiative. Meggeneder Oskar (éd.) (2003): Unter-, Über- und Fehlversorgung. Vermeidung und Management von Fehlern im Gesundheitswesen. Mabuse Verlag, Francfort-sur-le-Main.

Wolas Jean (1997): La démographie médicale en Allemagne et la planification de la couverture sanitaire, Actualité et dossier en santé publique, n° 17, 12-15.

5.1.7 Représentations de la main-d'œuvre

Alvarez Richard, Jennifer Zelmer et Kira Leeb (2002): Planning for Canada's health workforce: looking back, looking forward, Healthc Pap, 3(2), 12-26.

Brown Louise, Gregory Seymour et Douglas Holborow (2002): Workforce and planning issues for the profession of periodontics in Australia and New Zealand, Annals of the Royal Australasian College of Dental Surgeons, vol 16, 97-104.

Buchan James (2000): Planning for change: developping a policy framework for nursing labour force, Int Nurs Rev, 47(4), 199-206.

Buchan James (2002): Nursing shortages and evidence-based interventions: a case study from Scotland, Int Nurs Rev, 49(4), 209-218.

Canadian Institute for Health Information (2001): Canada's Healthcare Providers. Ottawa.

Gebbie Kristine, Jacqueline Merrill et Hugh H. Tilson (2002): The public health workforce, Health Affairs, 21(6), 57-67.

Shemin Richard J., Stanley W. Dziuban, Larry R. Kaiser, James E. Lowe, William C. Nugent, Mehmet C. Oz, Donald A. Turney et Jaimie K Wallace (2002): Thoracic surgery workforce: snapshot at the end of twentieth century and implications for the new millenium, Ann Thorac Surg, 73(6), 2014-2032.

Smith Chris S. et Steven Crowley (1995): Labor force planning issues for allied health in Australia, *J Allied Health*, 24(4), 249-265.

Vidigal Pierre (1997): Démographie médicale en France en 1997: Tendances, contraintes actuelles, alternatives à l'exercice libéral de la médecine générale. Thèse de médecine, 97-TOU 3-1068, Toulouse.

5.1.8 Expériences de planification dans des domaines apparentés

Biersack Ortrud (2000): Les méthodes de planification des cantons. Evaluation de la planification hospitalière et des listes des hôpitaux selon l'art. 39 LAMal. A l'intention du secrétariat central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS).

Oetli Alexandre (2000): Perspectives des besoins en lits hospitaliers pour le canton de Vaud à l'horizon 2005 et extrapolation pour 2010 et 2015. Canton de Vaud, Service cantonal de recherche et d'information statistiques.

5.2 Bibliographie non structurée

Alvarez Richard, Jennifer Zelmer et Kira Leeb (2002): Planning for Canada's health workforce: looking back, looking forward, *Healthc Pap*, 3(2), 12-26.

Australian Medical Workforce Advisory Committee (2000): Medical workforce planning in Australia, *Aust Health Rev*, 23(4), 8-26.

Auvray Laurence, Sylvie Dumesnil et Philippe Le Fur (2001a): Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000. Série résultats, no 1364, CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé).

Auvray Laurence, Sylvie Dumesnil et Philippe Le Fur (2001a): Santé, soins et protection sociale en 2000. Annexes. Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000. Série résultats, no 1364, CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé).

Baker Timothy D. (1978): Productivity: Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la Santé OMS, 117-132.

Balsan Didier (2000): Les disparités interrégionales des dépenses de santé. Etudes et Résultats, no 95, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Barer M. (2002): New opportunities for old mistakes, *Health Affairs*, 21-1, 169-171.

Biersack Ortrud (2000): Les méthodes de planification des cantons. Evaluation de la planification hospitalière et des listes des hôpitaux selon l'art. 39 LAMal. A l'intention du secrétariat central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS).

Bisig Brigitte et Felix Gutzwiler (Hrsg.) (2004a): Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung. Band 1: Gesamtübersicht. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungstatus.

Bisig Brigitte et Felix Gutzwiler (éd.) (2004a): Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung. Band 2: Detailresultate. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungstatus.

Bloor Karen et Alan Maynard (2003): Planning human resource in health care: Towards an economic approach. An international comparative review. Canadian Health Services Research Foundation (www.chrsf.ca).

Bourgueil Yann, Ulrike Dürr et Sophie Rocamora-Houzaud (2001): La régulation des professions médicales en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni. Ministère de l'emploi et de la

- solidarité, Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques DREES, Etudes et Résultats, No 120.
- Bourgueil Yann, Ulrike Dürr et Sophie Rocamora-Houizard (2002): La régulation des professions de santé – études monographiques. Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, Etats-Unis. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques DREES, Série Etudes, No 22.
- Brown Louise, Gregory Seymour et Douglas Holborow (2002): Workforce and planning issues for the profession of periodontics in Australia and New Zealand, *Annals of the Royal Australasian College of Dental Surgeons*, vol 16, 97-104.
- Buchan James (2000): Planning for change: developing a policy framework for nursing labour force, *Int Nurs Rev*, 47(4), 199-206.
- Buchan James (2002): Nursing shortages and evidence-based interventions: a case study from Scotland, *Int Nurs Rev*, 49(4), 209-218.
- Byrick Rober J., Douglas Craig et Franco Carli (2002): A physician workforce planning model applied to Canadian anesthesiology: assessment of needs, *Can J Anaesth*, 49(7), 663-670.
- Canadian Institute for Health Information (2001): *Canada's Healthcare Providers*. Ottawa.
- Cassel Dieter et Thomas Wilke (2000): Das Saische Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine eigene Nachfrage? Eine Analyse zur angebotsinduzierten Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand deutscher Paneldaten. *Diskussionsbeitrag des Fachbereichs 5 der Wirtschaftswissenschaften der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg*, Nr. 277.
- Choné Philippe (2000): Les interactions entre l'offre et la consommation des soins: que sait-on? CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) (2000): Démographie médicale: Peut-on évaluer les besoins en médecins? Actes du séminaire du 11 octobre 2000. Série Colloque, no 1341, 55-72.
- Cooper Richard A., Prakash Laud et Craig L. Dietrich (1998): Current and projected workforce of nonphysician clinicians, *JAMA*, (280), 788-794.
- Couffinhal Agnès et Dominique Polton (2000): Présentation synthétique des différentes projections pour la France: CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) (2000): Démographie médicale: Peut-on évaluer les besoins en médecins? Actes du séminaire du 11 octobre 2000. Série Colloque, no 1341, 13-46.
- Couffinhal Agnès et Dominique Polton (2001): La démographie médicale française: état des lieux. *Questions d'économie de la santé*, no 44, CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé).
- Couffinhal Agnès, Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousquès (2002): Où s'installent les nouveaux omnipraticiens? Une étude cantonale sur 1998-2001. *Questions d'économie de la santé*, no 61, CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé).
- Craig Douglas, Robert J. Byrick and Franco Carli (2002): A physician workforce planning model applied to Canadian anesthesiology: planning the future supply of anesthesiologists, *Can J Anaesth*, 49(7), 671-677.
- Darriné Serge (2002): Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020: les médecins dans les régions et par mode d'exercice. *Etudes et Résultats*, no 156, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Darriné Serge (2003): Projections du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020. Sources, méthode, principaux résultats. Série statistique, Document de travail no 34, DREES

- (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Deliège Denise (1998): La planification de l'offre médicale: la grande illusion, *Journal d'économie médicale*, 16(1), 21-38.
- Descours Charles (2003): Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Rapport au ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.
- Domenighetti G., B. Bisig, A. Zaccheo et al. (1996): Consommation chirurgicale en Suisse et comparaison avec la France. Lausanne: Réalités sociales.
- Domenighetti Gianfranco et Emanuela Pipitone (2002): Induction de l'offre de prestations médicales par la demande, *PrimaryCare*, 2, 241-245.
- Domenighetti Gianfranco et Emanuela Pipitone (2001): Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter. Etude réalisée pour santésuisse.
- Ebsen Ingwer, Stefan Gress, Klaus Jacobs, Joachim Szecsenyi et Jürgen Wasem (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Endbericht 6. März 2003.
- Forgacs I. et A. Paksy (2001): A model for the long-term planning of physician workforce in Hungary, *Cah Sociol Demogr Med*, 41(3-4), 313-325.
- Franz Wolfgang (1994): Arbeitsmarktökonomik. Springer-Lehrbuch.
- Fromentin Rémy (2000): Démographie médicale et accès aux soins: une démarche exploratoire en Aquitaine, Franche-Comté et Languedoc-Roussillon: CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) (2000): Démographie médicale: Peut-on évaluer les besoins en médecins? Actes du séminaire du 11 octobre 2000. Série Colloque, no 1341, 115-126.
- Gabr Mamdouh (1995): Health professions development, *Med Educ*, 29(Suppl 1), 72-75.
- Gebbie Kristine, Jacqueline Merrill et Hugh H. Tilson (2002): The public health workforce, *Health Affairs*, 21(6), 57-67.
- Geissler F. (1978): Ziele und Methoden der Planung. *Kassenärztliche Bedarfsplanung (59-86)*. Bonn, *WidO-Schriftenreihe*.
- Geissler Ulrich (1985): *Ambulante Ärztliche Versorgung: Ferber Christian, Uwe E. Reinhard, Hans Schaefer et Theo Thiemeyer (1985): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geissler. Oldenbourg Verlag Münschen, 15-33.*
- Gershon Sharon K., James M. Cultice et Katherine K. Knapp (2000): How many pharmacists are in our future? The Bureau of Health Professions Projects Supply to 2020, *J Am Pharm Assoc*, 40(6), 757-764.
- Gilliand Pierre, Bernadette Laplanche, Jacques Methonnex et Stéphae Rossini (1991): Démographie médicale en Suisse 1900-1990-2020. Réalités sociales, Lausanne.
- Grewe Terence, Michael Lapolla, Steven Phillips et Linda Mitchell (1999): Oklahoma physician needs, *J Am Osteopath Assoc*, 99(1), 34-41.
- Grumbach Kevin (2002): Fighting Hand to Hand Over Physician Workforce Policy, *Health Affairs*, 21-5, 13-27.
- Hall Thomas L. (1978a): Supply: Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la Santé OMS, 91-116.
- Hall Thomas L. (1978b): Demand: Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la Santé OMS, 57-90.
- Hall Thomas L. (1988): Guidelines for health workforce planners, *World Health Forum*, 3, 409-413.

- Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la Santé OMS.
- Harris Jeffrey E. (1986): How many doctors are enough?, *Health Affairs*, 5, 73-83.
- Hiddemann T. (1999). Bedarfsplanung und Zulassungsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung, BKK, 8, 381-388.
- Höppner Karin (2003): Bedarfsplanung niedergelassener Hausärzte in Deutschland und in den Niederlanden: Ein Vergleich. Diplomarbeit an der Facultéit der Gezondheidswetenschappen, Universität Maasticht.
- Klose Joachim et Thomas Uhlemann (2003): Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung – droht in Deutschland eine Unterversorgung?, *GGW*, 1/2003, 7-16.
- Kopetsch Thomas (2003): Entwicklung und Erfahrung mit der Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 5-6/2003, 34-38.
- Kruse Udo et Silke Kruse (2003): Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Diskussion, *Zeitschrift für die Sozierversicherungs-Praxis*, 5/2003, 129-137.
- Lauterbach Karl W. et Stephanie Stock (2003): Disease Managment – ein Public Health Initiative: Meggeneder Oskar (éd.) (2003): Unter-, Über- und Fehlversorgung. Vermeidung und Management von Fehlern im Gesundheitswesen. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.
- Leu Robert E. et M. Gerfin (1992): Die Nachfrage nach Gesundheit - ein empirischer Test des Grossman-Modells: Gäfgen G. et P. Oberender P (Hrsg.) (1992): Gesundheitsökonomische Beiträge. Baden-Baden: Nomos, 61-79.
- Leu Robert E. et R. Doppmann (1986): Die Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen, *Schriften des Vereins für Sozialpolitik*, 161-75.
- Lomas Jonathan, Greg L. Stoddart et Morris L. Barer (1985): Supply projections as planning: a critical review of forecasting net physician requirements in Canada, *Soc Sci Med*, 20(4), 411-424.
- Malloch Kathy, Sally Davenport et Carol Hatler (2003): Nursing workforce management: using benchmarking for planning and outcomes monitoring, *J Nurs Adm*, 33(10), 538-543.
- Maynard Alan et Arthur Walker (1995): Managing the medical workforce: time for improvements?, *Health Policy*, 31(1), 1-16.
- Mejia Alfonso (1978): The health manpower process: Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la Santé OMS, 31-56.
- Mejia Alfonso et Tamás Fülöp (1978): Health manpower planning: an overview, in: Hall Thomas L. et Alfonso Mejia (1978): Health manpower planning. Principles, methods issues. Genève, Organisation mondiale de la Santé OMS, 9-30.
- Morgan Alan (1998): Workforce Planning in a Changing Environment: How Much is Enough?, *Cardiac Electrophysiology Review*; VOL 2(1), 99-100.
- Niel Xavier (2000): Procédure d'estimation du nombre de médecins par la DREES: CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) (2000): Démographie médicale: Peut-on évaluer les besoins en médecins? Actes du séminaire du 11 octobre 2000. Série Colloque, no 1341, 47-52.
- Nocera Sandra et Gabrielle Wanzenried (2002): On the Dynamics of Physician Density: Theory and Empirical Evidence for Switzerland. *Diskussionsschriften des Volkswirtschaftlichen Instituts der Universität Bern*, 02-08.
- O'Brien-Pallas Linda, Andrea Baumann, Stephen Birch et Gail T. Murphy (2000): Health human resource planning in home care: how to approach it – that is the question, *Healthc Pap*, 1(4), 53-59.
- Observatoire Régional de la Santé de Poitou-Charentes (2003): Mise en place d'un observatoire territorial de la démographie des professions et service de santé en Poitou-Charentes. Rapport no 92.

- Oettli Alexandre (2000): Perspectives des besoins en lits hospitaliers pour le canton de Vaud à l'horizon 2005 et extrapolation pour 2010 et 2015. Canton de Vaud, Service cantonal de recherche et d'information statistiques.
- ONM (Ordre National des Médecins Conseil national de l'Ordre) et CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) (2003): Démographie médicale: Situation au 1^{er} janvier 2003, Etude no 36.
- ONM (Ordre National des Médecins Conseil national de l'Ordre) et CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé) (2002): Démographie médicale: Situation au 1^{er} janvier 2002, Etude no 35.
- Pflaum Monica (2001): The Australian medical workforce. Department of Health and Aged Care, Occasional papers new series no. 12 (<http://www.health.gov.au/pubs/hfsocc/occpdf.htm>).
- Potthoff Peter et Markus Schneider (2002): Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, Förderkennzeichen 228/224-42265.
- Reinhard Uwe E. (1991): Health Manpower Forecasting: The case of Physician Supply: E. Ginzberg (éd.) (1991): Health services research, key to health policy, Cambridge: Harvard University Press, 234-288.
- Reinhardt Uwe E. (1994): Planning the Nation's Health Workforce: Let the market in, *Inquiry*, 31(3), 250-263.
- Reinhardt Uwe E. (2002): Dreaming the American dream: once more around physician workforce policy, *Health Affairs*, 21-5, 28-32.
- Riportella-Muller Roberta, Vivian Littlefield et Donald L. Libby (2000): Nursing drives interdisciplinary health care workforce planning in Wisconsin: one state's experience, *J Prof Nurs*, 16(3) 169-176.
- Rohrer, James E. (1999): Planning for community-oriented health systems 2nd ed. Washington, DC., American Public Health Association.
- Rowand Scott R. (2002): Planning for Canada's health workforce: Past, Present and Present, *HealthcarePapers*, 3(2), 28-32.
- Rüefli Christian et Adrian Vatter (2001): Analyse des effets de la LAMal: les différences intercantionales en matière de coûts de la santé. Analyse statistiques d'indicateurs cantonaux. Berne EDMZ.
- Ryten Eva (1995): Physician-workforce and educational planning in Canada: has the pendulum swung too far?, *CMAJ*, 152(9), 1395-1398.
- Shemin Richard J., Stanley W. Dziuban, Larry R. Kaiser, James E. Lowe, William C. Nugent, Mehmet C. Oz, Donald A. Turney et Jaimie K Wallace (2002): Thoracic surgery workforce: snapshot at the end of twentieth century and implications for the new millenium, *Ann Thorac Surg*, 73(6), 2014-2032.
- Sicart Daniel (2001): Les médecins. Estimations de 1984 à 2000. Séries longues. Série statistique, Document de travail no 22, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Smith Chris S. et Steven Crowley (1995): Labor force planning issues for allied health in Australia, *J Allied Health*, 24(4), 249-265.
- Tilquin Charles et Godelieve Vanderstraeten (1988): Health and social resources planning based on activity analysis: a Québec experience in the long-term care and services sector for the Elderly, in: Zweifel Peter (éd.) (1988): Bedarf und Angebotsplanung im Gesundheitswesen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 17, Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart, 255-295.
- UPML Union Professionnelle des Médecins exerçant à titre libéral Rhône-Alpes (2000): Etude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes. Enquête auprès des praticiens de 3 spécialités: pédiatrie, orthopédie et gastro-entérologie.

- Vidigal Pierre (1997): Démographie médicale en France en 1997: Tendances, contraintes actuelles, alternatives à l'exercice libéral de la médecine générale. Thèse de médecine, 97-TOU 3-1068, Toulouse.
- Vilain Annick et Xavier Niel (1999): Les inégalités régionales de densité médicale. Le rôle de la mobilité des jeunes médecins. Etudes et Résultats, no 30, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Vilain Annick, Xavier Niel et Sophie Pennec (2000): Les densités régionales de médecins à l'horizon 2020. Etudes et Résultats, no 57, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Wolas Jean (1997): La démographie médicale en Allemagne et la planification de la couverture sanitaire, Actualité et dossier en santé publique, n° 17, 12-15.
- Zepf E. et al. (1978): Kriterien zur Abgrenzung von Analyse- und Planungsräumen im Gesundheitswesen. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Gesundheitsforschung Band 14, München.
- Zurn Pascal, Mario Dal Poz, Barbara Stilwell et Orvill Adams (2002): Imbalances in the health workforce: briefing paper. Organisation mondiale de la santé.

5.3 Sources

- OFAS Office fédéral des assurances sociales (2003): 00.079 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Epreuve.
- OFAS Office fédéral des assurances sociales (2002a): Nouveaux cabinets: la clause du besoin comme «frein de secours». Feuille d'information OFAS / Conférence de presse du 3 juillet 2002.
- Conseil fédéral (2004): Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Partie liberté de contracter. Rapport explicatif (<http://www.bag.admin.ch/kv/projekte/f/index.htm>).



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



OFS BFS UST

Office fédéral de la statistique
Bundesamt für Statistik
Ufficio federale di statistica
Uffizi federal da statistica
Swiss Federal Statistical Office

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik.
L'Observatoire suisse de la santé est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique.