



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



## Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004

Analyse de l'activité médicale à la charge  
de l'Assurance Obligatoire de Soins

Carine Bétrisey, Hélène Jaccard Ruedin

*L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé et mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, consultez [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) et [www.nationalegesundheit.ch](http://www.nationalegesundheit.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.*

Carine Bétrisey, Hélène Jaccard Ruedin  
Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004.  
Analyse de l'activité médicale à la charge de l'Assurance Obligatoire de Soins

Document de travail 29  
Novembre 2007

Commandes:  
Office fédéral de la statistique  
CH-2010 Neuchâtel  
Tél. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61  
E-mail: [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)  
15 francs (TVA excl.)  
N° de commande: 874-0706  
ISBN 978-3-907872-44-4

© Observatoire suisse de la santé  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel  
[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

Direction du projet à l'Obsan:  
Hélène Jaccard Ruedin, tél. 032 713 68 02

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



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

# **Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004**

**Analyse de l'activité médicale à la charge de l'Assurance  
Obligatoire de Soins**

**Document de travail 29**

**Carine Bétrisey, Hélène Jaccard Ruedin**

Observatoire suisse de la santé

Novembre 2007

Neuchâtel

Observatoire suisse de la santé

# Table des matières

Table des matières .....	3
Résumé.....	5
Zusammenfassung.....	9
<b>1 Introduction .....</b>	<b>13</b>
<b>2 Méthodologie.....</b>	<b>15</b>
2.1 Sources de données.....	15
2.2 Unités d'étude.....	16
2.3 Indicateurs utilisés .....	19
<b>3 Médecine de base .....</b>	<b>21</b>
3.1 Les prestataires .....	21
3.2 Taux d'activité.....	22
3.3 Densité de l'activité.....	23
3.4 En résumé .....	24
<b>4 Gynécologie .....</b>	<b>25</b>
4.1 Les prestataires .....	25
4.2 Taux d'activité.....	26
4.3 Densité de l'activité.....	28
4.4 En résumé .....	29
<b>5 Pédiatrie.....</b>	<b>31</b>
5.1 Les prestataires .....	31
5.2 Taux d'activité.....	32
5.3 Densité de l'activité.....	33
5.4 En résumé .....	34
<b>6 Médecine spécialisée sans activité chirurgicale .....</b>	<b>35</b>
6.1 Les prestataires .....	35
6.2 Taux d'activité.....	36
6.3 Densité de l'activité.....	37
6.4 En résumé .....	38

<b>7</b>	<b>Médecine spécialisée avec activité chirurgicale .....</b>	<b>39</b>
7.1	Les prestataires .....	39
7.2	Taux d'activité.....	40
7.3	Densité de l'activité.....	42
7.4	En résumé .....	42
<b>8</b>	<b>Psychiatrie.....</b>	<b>43</b>
8.1	Les prestataires .....	43
8.2	Taux d'activité.....	44
8.3	Densité de l'activité.....	45
8.4	En résumé .....	46
<b>9</b>	<b>Evolution de l'offre dans les régions périphériques.....</b>	<b>47</b>
9.1	Offre dans les régions industrielles .....	48
9.2	Offre dans les régions touristiques.....	50
9.3	Offre dans les régions rurales .....	53
<b>10</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>57</b>
<b>11</b>	<b>Conclusions et perspectives.....</b>	<b>59</b>
<b>12</b>	<b>Références .....</b>	<b>61</b>
Annexe 1	Régions de Mobilité Spatiale (Régions MS) de la Suisse .....	63
Annexe 2	Aspects méthodologiques du pool de données santésuisse® .....	65
Annexe 3	Méthode utilisée pour définir les Activités plein temps .....	67
Annexe 4	Nombre moyen de consultations et de patients examinés par CC.....	71

## Résumé

La médecine ambulatoire est un domaine du système de santé peu décrit car il n'existe pas encore un relevé systématique qui le documente. Il est par conséquent difficile de se prononcer sur la situation actuelle de l'offre en soins ambulatoires. Certains acteurs, estimant que l'offre est actuellement pléthorique, craignent que celle-ci soit à l'origine d'une demande induite et plaident pour une restriction du libre accès à la pratique. D'autres acteurs mettent en avant la pénurie des praticiens dans les régions périphériques, pénurie qui risque de s'aggraver dans un avenir proche avec le départ à la retraite de bon nombre de praticiens<sup>1</sup>.

L'Observatoire suisse de la santé a déjà réalisé une première analyse systématique de l'offre en soins ambulatoires au sein de l'Assurance Obligatoire de Soins (AOS) pour toute la Suisse, pour l'année 2004. Ces travaux avaient mis en évidence un clivage entre les régions urbaines et les régions rurales : Dans les premières, les médecins, plus nombreux, ont des taux d'activité plus bas, dans toutes les catégories de spécialités. Dans les régions périphériques, l'offre de Médecine de base (Médecine « générale ») est fournie par des praticiens moins nombreux et celle des autres catégories médicales est limitée. Si l'offre en Médecine de base semble assurée, c'est grâce à des taux d'activité plus élevés des praticiens de cette spécialité. De plus, ces derniers couvrent probablement aussi une partie de soins spécialisés qui, en région urbaine seraient pris en charge par des spécialistes, des pédiatres, des gynécologues ou des psychiatres.

Le présent rapport étudie cette fois l'évolution du taux d'activité des praticiens entre 1998 et 2004 dans le but d'examiner si les différences régionales tendent à s'accroître ou à s'effacer.

## Méthode

L'analyse porte sur les données du pool de données santésuisse® et ne concerne donc que l'activité médicale facturée à l'AOS. L'approche proposée pour estimer le taux d'activité a été mise sur pied par un groupe de travail réunissant des personnes de différents horizons (OFSP, CDS, Obsan, FMH, santésuisse). Il s'agit de pondérer chaque praticien, identifié par son code créancier (CC), par le volume d'activité qu'il aura réalisée dans l'année pour le compte de l'AOS. Chaque praticien est ainsi comparé à une unité appelée Activité Plein Temps, selon le volume d'activité qu'il aura facturée. Le genre d'activité variant fortement d'une spécialité à l'autre, cette démarche est réalisée séparément pour chacune d'entre elles.

Le seuil représentant une Activité Plein Temps de 100% (APT) est fixé chaque année, pour chaque spécialité. Il correspond au percentile 75 de la distribution nationale du nombre de consultations facturées à l'AOS et du nombre de patients traités dans l'année par les praticiens de la spécialité.

Les médecins sont identifiés par leur code créancier et le dernier titre FMH obtenu. Pour les analyses, ils sont alors regroupés selon les catégories de spécialités suivantes.

1. **Médecine de base** : médecins praticiens, généralistes, internistes sans sous-spécialité, cabinets de groupes, médecins sans titre reconnu.
2. **Gynécologie**<sup>2</sup>
3. **Pédiatrie**
4. **Médecine spécialisée sans activité chirurgicale** : sous-spécialités en médecine interne : allergologie, angiologie, cardiologie, rhumatologie, endocrinologie-diabétologie, pneumologie, hématologie, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie, médecine physique et réhabilitation, oncologie, infectiologie. Autres spécialisations : médecine tropicale, dermatologie-vénérologie.

---

<sup>1</sup> Pour faciliter la lecture, les termes masculins de médecin et praticien comprennent aussi les femmes médecins et les praticiennes.

<sup>2</sup> Le terme de gynécologie englobe la gynécologie et l'obstétrique.

5. **Médecine spécialisée avec activité chirurgicale** : chirurgie, chirurgie pédiatrique, orthopédie, ophtalmologie, ORL, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, urologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie esthétique.
6. **Psychiatrie** : psychiatres et psychiatres pour enfants.

Comme dans les précédents travaux de l'Obsan, la médecine « générale » est représentée ici par la Médecine de base, tandis que les catégories Médecine de base, pédiatrie et gynécologie constituent ensemble la médecine « de premier recours ».

L'unité géographique de base est la région de mobilité spatiale (MS) proposée par l'OFS. Ces 106 régions MS sont regroupées en fonction de leurs caractéristiques socio économiques en 6 types de régions:

- Trois régions urbaines : Centres avec Hôpital universitaire, Régions métropolitaines, Agglomérations tertiaires.
- Trois régions périphériques : Régions industrielles, touristiques et rurales.

Trois indicateurs sont calculés pour chaque type de régions :

- Taux d'activité : Nombre d'Activité Plein Temps/Nombre de Codes créanciers.
- Densité d'APT : Activité Plein Temps/10'000 habitants.
- Consultations /CC : Nombre de consultations réalisées/Code créancier.

## Résultats

Durant la période d'analyse, le nombre de codes créanciers a augmenté pour les six catégories de spécialités, mais ce nombre surestime celui des praticiens : certains praticiens détiennent plusieurs CC, d'autres gardent leur CC pour leur usage privé après avoir pris leur retraite. Cette dernière situation pourrait expliquer pourquoi aucun effet lié à l'introduction de la clause du besoin en 2002 n'est mis en évidence (Tableau R1). En termes relatifs, l'augmentation la plus faible s'observe parmi les praticiens de la médecine de base tandis que la hausse la plus importante concerne les psychiatres.

**Tableau R1 Evolution entre 1998 et 2004 du nombre de codes créanciers, de la densité de l'offre et du taux d'activité par catégorie de spécialités, pour la Suisse.**

Catégories de spécialités	Nombre de Codes créanciers			Activité Plein Temps/10'000 habitants			Activité Plein Temps/Code créancier		
	1998	2004	%	1998	2004	%	1998	2004	%
Médecine de base	6276	6962	+11%	6.2	6.3	+2%	0.70	0.67	-4%
Gynécologie	882	1037	+18%	2.1	2.3	+10%	0.72	0.68	-6%
Pédiatrie	663	798	+20%	3.5	3.7	+6%	0.69	0.63	-9%
Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	1794	2223	+24%	1.8	2.0	+11%	0.71	0.65	-8%
Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	2094	2475	+18%	2.1	2.3	+10%	0.72	0.67	-7%
Psychiatrie	1928	2447	+27%	2.1	2.6	+24%	0.76	0.78	+3%

Sources : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

En 1998, pour toutes les catégories de spécialités, les détenteurs de CC étaient plus nombreux dans les régions urbaines. L'évolution du nombre de CC entre 1998 et 2004 dans les types de régions s'est

faite différemment selon les catégories. En médecine de base, l'augmentation du nombre de CC a été plus importante dans les régions urbaines entraînant une tendance à la concentration de ces praticiens dans ces régions plus centrées. Pour les autres catégories de spécialités, la hausse en termes relatifs concerne toutes les régions, dans des proportions variables. Les seules catégories où le nombre de CC a diminué sont la pédiatrie et la gynécologie, mais uniquement dans les régions touristiques. Dans l'ensemble, les écarts entre les régions urbaines et périphériques restent maintenus.

Pour toutes les catégories, le taux d'activité des praticiens des centres avec Hôpital universitaire est nettement plus bas que dans les autres régions urbaines ou les régions périphériques. Les taux d'activité sont particulièrement élevés pour la médecine de base dans les régions industrielles et rurales, pour la pédiatrie dans les régions rurales et, enfin, pour la gynécologie et la psychiatrie, dans les régions industrielles et les agglomérations tertiaires. En médecine spécialisée, on constate peu de différences concernant les taux d'activité dans les cinq régions sans Hôpital universitaire.

Durant la période d'analyse, le taux d'activité tend à diminuer pour toutes les catégories sauf la psychiatrie et dans tous les types de régions. Les régions touristiques pour la médecine de base, la pédiatrie et la gynécologie et les régions rurales pour la médecine spécialisée représentent une exception puisque les taux d'activité y augmentent. Malgré cette hausse observée dans certaines régions périphériques, les écarts restent inchangés. Ainsi, en médecine de base, un praticien d'une région périphérique facture environ 1800 consultations de plus qu'un praticien installé dans un centre avec Hôpital universitaire. En pédiatrie, la différence représente en moyenne environ 2400 consultations par année et par CC et en gynécologie 900 consultations par année et par CC. Pour la médecine spécialisée et la psychiatrie, la différence oscille entre 500 et 800 consultations par année et par CC.

Plusieurs éléments sont probablement à l'origine de cette réduction du taux d'activité mais les analyses ne permettent pas d'identifier l'importance relative de chacun. Il peut s'agir d'une baisse voulue du taux d'activité, reflétant un changement dans la façon de travailler de l'ensemble des praticiens, ou d'une partie seulement d'entre eux, notamment des jeunes praticiens ou des praticiennes. La part des praticiennes installées est encore faible (environ 20% en 2004) et l'influence de la féminisation ne devrait pas encore être très étendue. Il pourrait aussi s'agir de changements dans le mode de pratique, les consultations devenant moins nombreuses mais plus longues ou encore d'un déplacement d'une activité au sein de l'AOS vers des activités pour le compte d'autres assurances ou d'autres secteurs du système de soins. Finalement, cette tendance peut aussi refléter des changements dans les habitudes des patients, qui se dirigeraient plus vers les services ambulatoires des hôpitaux. Un effet lié à la hausse des franchises, impliquant un plus grand nombre de factures payées par les ménages et non transmises à l'assurance-maladie ne peut être exclu. Cependant, un tel effet concerne en premier lieu la population qui consulte déjà le moins et son influence ne devrait pas être très grande.

A l'échelon national, le taux d'activité a diminué de manière moins prononcée en médecine de base qu'en médecine spécialisée. Il a légèrement augmenté en psychiatrie (+3%). Du fait de cette réduction du taux d'activité, la densité d'Activité Plein Temps augmente relativement peu. La hausse la plus faible concerne la médecine de base, la plus élevée concerne la psychiatrie (Tableau R1).

Alors que l'offre de la médecine de base est comparable à travers tous les types de régions, plus l'évaluation de l'offre en soins englobe d'autres catégories de spécialités, plus l'écart entre les régions périphériques en urbaines est marqué. Ceci laisse supposer que, dans les régions périphériques, l'offre de médecine de base comprend aussi une part des soins pédiatrique, gynécologique ou spécialisés. L'étude ne permet pas de vérifier cette hypothèse car les données disponibles ne renseignent pas sur le contenu des consultations. Cependant, il existe un risque de surévaluer l'offre de médecine de base des régions périphérique, si l'on ne tient pas compte simultanément de l'offre des autres catégories, notamment la pédiatrie et la gynécologie.



## **Particularités de l'offre dans les régions périphériques**

Entre 1998 et 2004, dans les régions périphériques, l'offre en médecine de base a relativement peu augmenté. L'offre en soins spécialisés (y compris pédiatriques et gynécologiques) a augmenté plus fortement, sans pour autant effacer les écarts de densité observés entre les régions périphériques et urbaines.

En examinant de manière spécifique l'offre des régions périphériques, trois régions industrielles (Monthey, La Chaux-de-Fonds et dans une moindre mesure Jura) se distinguent par le fait que l'offre a diminué pour cette période, autant pour la médecine de base, la médecine de premier recours (Médecine de base + pédiatrie + gynécologie) et la médecine spécialisée.

De même, l'offre a diminué dans six régions touristiques et cette évolution concerne les trois catégories évoquées ci-dessus pour quatre d'entre elles (Saanen-Obersimmental, Kandertal, Oberland-Ost, Sierre), tandis que deux autres régions sont surtout concernées par une baisse de l'offre en médecine de premier recours et en médecine spécialisée (Davos, Schanfigg). A l'inverse, une région (Brig) se caractérise par une hausse de l'offre avec une densité de l'offre en médecine de premier recours et la médecine spécialisée supérieure à la moyenne nationale en 2004.

Finalement, dans les régions rurales, l'offre a diminué dans six des 26 régions (Erlach/Seeland, Jura bernois, Oberes Emmental, Schwarzwasser, La Vallée, Val-de-Travers). Cette baisse a concerné autant la médecine de base que la médecine de premier recours et la médecine spécialisée. Dans les autres régions, c'est surtout en pédiatrie, gynécologie et en médecine spécialisée que l'offre a augmenté. En 2004, seules deux régions (Glarner Unterland et Viamala) ont une offre supérieure à la moyenne.

## **Conclusions**

Bien que l'évolution du nombre de CC ne reflète pas de manière linéaire celle du nombre de praticiens, ces résultats indiquent une augmentation du nombre de praticiens et une tendance à la baisse de leur taux d'activité. A l'exception de la psychiatrie, cette évolution concerne tous les types de régions et toutes les catégories médicales retenues. Les disparités régionales persistent et plusieurs régions périphériques ont enregistré une baisse de la densité de l'offre durant la période de l'étude.

Les différences régionales concernent le type de soins disponibles, puisque les médecins spécialisés, mais aussi les pédiatres, gynécologues et psychiatres, se concentrent plutôt dans les régions urbaines. Pour les praticiens de médecine de base, les différences régionales concernent leur spectre d'activité, potentiellement plus étendu dans les régions périphériques, et leur taux d'activité, plus élevé dans ces mêmes régions. Cette dernière constatation implique une marge de manœuvre plus réduite pour les praticiens installés en périphérie, pour faire face à une hausse des besoins (ou une fermeture de cabinets).

Ces travaux confirment l'importance de tenir compte du taux d'activité des praticiens dans les réflexions visant à définir les besoins futurs en médecins. L'Observatoire suisse de la santé poursuit différents travaux afin de suivre l'évolution de ce paramètre, de proposer des modèles de prévisions ou encore d'examiner les caractéristiques des consultations, selon les régions.

## Zusammenfassung

Die ambulante Medizin ist ein Bereich des Gesundheitswesens, zu dem verhältnismässig wenig Datenmaterial vorliegt, da bislang keine systematischen Erhebungen durchgeführt wurden. Es ist deshalb schwierig, sich zur gegenwärtigen Lage des Angebots im Bereich der ambulanten Versorgung zu äussern. Einige Akteurinnen und Akteure sind der Auffassung, gegenwärtig bestehe ein Überangebot. Sie befürchten, dieses sei die Ursache einer angebotsinduzierten Nachfrage, und plädieren deshalb für eine Einschränkung des freien Zugangs zur Praxistätigkeit. Andere Akteurinnen und Akteure weisen auf den Ärztemangel in den Randregionen hin. Da eine grosse Zahl der Ärztinnen und Ärzte in diesen Regionen in naher Zukunft in den Ruhestand treten könnte, besteht die Gefahr, dass sich dieser Mangel noch verschärfen wird.

Im Jahr 2004 führte das Schweizerische Gesundheitsobservatorium für die gesamte Schweiz eine erste systematische Analyse der Gesundheitsversorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) durch. Aus dieser Untersuchung ging hervor, dass eine Kluft zwischen den städtischen und den ländlichen Regionen besteht. In den städtischen Regionen sind in allen Fachrichtungen mehr Ärztinnen und Ärzte tätig. Ihr jeweiliger Aktivitätsgrad scheint jedoch geringer zu sein.

In den Randregionen dagegen ist das Angebot abgesehen von der Allgemeinmedizin beschränkt. Das Angebot dieser letzten Fachrichtung wird wiederum von einer verhältnismässig geringen Zahl von Ärztinnen und Ärzten erbracht. Das Angebot scheint somit nur dank einem höheren Aktivitätsgrad gewährleistet zu sein. Ausserdem decken diese Ärztinnen und Ärzte in den Randregionen wahrscheinlich auch einen Teil der fachärztlichen Versorgung ab, die in den städtischen Regionen von Spezialisten, Pädiatern, Gynäkologen oder Psychiatern übernommen wird. Im Rahmen der vorliegenden Studie wird die Entwicklung des Aktivitätsgrads der niedergelassenen Leistungserbringer zwischen 1998 und 2004 untersucht. Dabei soll ermittelt werden, ob sich die regionalen Unterschiede in diesem Zeitraum verstärkt oder abgeschwächt haben.

## Methode

Die Analyse beruht auf Daten aus dem Datenpool santésuisse® und betrifft somit nur die ärztliche Tätigkeit, die der OKP verrechnet wurde. Der erläuterte Ansatz zur Schätzung des Aktivitätsgrades wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe mit Experten aus verschiedenen Kreisen entwickelt (BAG, GDK, Obsan, FMH, santésuisse). Jeder Leistungserbringer, der durch seine ZSR-Nummer identifiziert wird, wird anhand des Aktivitätsvolumens, das er im betreffenden Jahr der OKP verrechnet hat, gewichtet. Jeder Leistungserbringer wird auf diese Weise entsprechend dem von ihm verrechneten Aktivitätsvolumen mit einer so genannten Vollzeitaktivität verglichen. Da die Art der Aktivität je nach fachärztlicher Spezialisierung sehr unterschiedlich ist, wird diese Methode für alle Fachrichtungen separat angewandt.

Der Schwellenwert für eine Vollzeitaktivität von 100% (VZA) wird jedes Jahr für jede ärztliche Fachrichtung festgelegt. Er entspricht dem 75. Perzentil der nationalen Verteilung der Anzahl Konsultationen, die der OKP verrechnet wurden und der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten jeder ärztlichen Fachrichtung während des betreffenden Jahres.

Die Ärztinnen und Ärzte werden anhand ihrer ZSR-Nummer und dem letzten erworbenen FMH-Titel erfasst. Für die Untersuchung werden sie in folgenden Kategorien zusammengefasst:

1. **Allgemeinmedizin:** Praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Allgemeinmedizin, Innere Medizin ohne Subspezialisierung, Gruppenpraxen, Ärztinnen und Ärzte ohne anerkannten Titel.
2. **Gynäkologie** (der Begriff entspricht hier Gynäkologie und Geburtshilfe)
3. **Pädiatrie**

4. **Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit:** Subspezialisierungen der inneren Medizin: Allergologie, Angiologie, Kardiologie, Rheumatologie, Endokrinologie-Diabetologie, Pneumologie, Hämatologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Neurologie, physikalische Medizin und Rehabilitation, Onkologie, Infektiologie. Weitere Spezialisierungen: Tropenmedizin, Dermatologie-Venerologie.
5. **Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit:** Chirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie, Ophthalmologie, ORL, Neurochirurgie, Herzchirurgie, Urologie, Kiefer- und Gesichtschirurgie, ästhetische Chirurgie.
6. **Psychiatrie:** Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Wie bereits in den früheren Untersuchungen des Obsan, stellt die Allgemeinmedizin, zusammen mit der Pädiatrie und der Gynäkologie, die Grundversorgung dar.

Die geografische Grundeinheit ist die MS-Region nach BFS-Typisierung. Diese 106 MS-Regionen werden entsprechend ihren sozioökonomischen Merkmalen in sechs Regionentypen gegliedert:

- Drei eher urbane Regionen: Zentren mit Universitätsspital, Metropolräume, Tertiäre Agglomerationen.
- Drei eher periphere Regionen: Industrielle, touristische und ländliche Regionen.

Für jeden Regionentyp werden drei Indikatoren berechnet:

- **Aktivitätsgrad:** Anzahl Vollzeitaktivitäten/Anzahl ZSR-Nummern
- **VZA-Dichte:** Vollzeitaktivität/10'000 Einwohner
- **Konsultationen/ZSR:** Anzahl durchgeführte Konsultationen/ZSR-Nummer

## Ergebnisse

Während des Analysezeitraums ist die Zahl der ZSR-Nummern für die sechs Fachrichtungen angestiegen, doch diese Zahl überschätzt die Anzahl Leistungserbringer: Einige Leistungserbringer verfügen über mehrere ZSR-Nummern, andere behalten ihre ZSR-Nummern nach ihrem Übertritt in den Ruhestand für private Zwecke. Dies könnte eine Erklärung für den Umstand sein, dass im Zusammenhang mit der Einführung des Zulassungsstopps im Jahr 2002 keine Auswirkung festgestellt wurde (Tabelle Z1). Prozentual ausgedrückt erfolgt die geringste Zunahme bei den Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, während die höchste Steigerung bei den Psychiaterinnen und Psychiatern.

**Tabelle Z1 Entwicklung der Anzahl ZSR-Nummern, der Angebotsdichte und des Aktivitätsgrads pro Fachrichtung von 1998 bis 2004 in der ganzen Schweiz**

Fachrichtungen	Anzahl ZSR-Nummern			Vollzeitaktivität/10'000 Einwohner			Vollzeitaktivität/ZSR-Nummer		
	1998	2004	%	1998	2004	%	1998	2004	%
Allgemeinmedizin	6276	6962	+11%	6.2	6.3	+2%	0.70	0.67	-4%
Gynäkologie	882	1037	+18%	2.1	2.3	+10%	0.72	0.68	-6%
Pädiatrie	663	798	+20%	3.5	3.7	+6%	0.69	0.63	-9%
Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit	1794	2223	+24%	1.8	2.0	+11%	0.71	0.65	-8%
Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit	2094	2475	+18%	2.1	2.3	+10%	0.72	0.67	-7%
Psychiatrie	1928	2447	+27%	2.1	2.6	+24%	0.76	0.78	+3%

Quellen: ZSR, Datenpool santésuisse. Analysen: Obsan.

1998 sind bei allen Fachrichtungen in den städtischen Regionen mehr Inhaberinnen und Inhaber von ZSR-Nummern zu verzeichnen. Die Entwicklung der Anzahl ZSR-Nummern ist von 1998 bis 2004 in den Regionentypen je nach Fachrichtung unterschiedlich. Was die Allgemeinmedizin anbelangt, ist die Zunahme der Anzahl ZSR-Nummern in den städtischen Regionen ausgeprägter, was auf eine tendenzielle Konzentration dieser Leistungserbringer in den zentralen Regionen hinweist. Bei den anderen Fachrichtungen ist in allen Regionen in unterschiedlichem Ausmass ein prozentualer Anstieg zu verzeichnen. Als Ausnahme ist eine Abnahme der Anzahl Pädiaterinnen und Pädiater sowie der Gynäkologinnen und Gynäkologen in den touristischen Regionen zu erwähnen. Insgesamt bleiben die Unterschiede zwischen den städtischen und den peripheren Regionen bestehen.

Bei allen Fachrichtungen liegt der Aktivitätsgrad der Leistungserbringer in den Zentren mit Universitätsspital deutlich tiefer als in den übrigen städtischen und den peripheren Regionen. Besonders hohe Aktivitätsgrade bestehen in folgenden Fachrichtungen und Regionen: bei der Allgemeinmedizin in den industriellen und ländlichen Regionen, bei der Pädiatrie in den ländlichen Regionen und schliesslich bei der Gynäkologie und Psychiatrie in den industriellen Regionen und in den tertiären Agglomerationen. Im Bereich der Fachmedizin bestehen in den fünf Regionen ohne Universitätsspital wenig Unterschiede zwischen den Aktivitätsgraden.

Während des Analysezeitraums nimmt der Aktivitätsgrad in allen Fachrichtungen ausser der Psychiatrie und in allen Regionentypen tendenziell ab. Eine Ausnahme bilden diesbezüglich lediglich die touristischen Regionen bei der Allgemeinmedizin, der Pädiatrie und der Gynäkologie sowie die ländlichen Regionen bei der Fachmedizin. Trotz dieser Zunahme des Aktivitätsgrads in gewissen Randregionen bleiben die Unterschiede unverändert. So verrechnen im Bereich der Allgemeinmedizin Leistungserbringer, die in einer Randregion tätig sind, ungefähr 1800 Konsultationen mehr als Kolleginnen und Kollegen in einem Zentrum mit Universitätsspital. In der Pädiatrie beträgt der Unterschied im Durchschnitt ungefähr 2400 Konsultationen pro Jahr und pro ZSR-Nummer und in der Gynäkologie 900 Konsultationen pro Jahr und pro ZSR-Nummer. Bei der Fachmedizin und der Psychiatrie liegt die Differenz bei ungefähr 500 bis 800 Konsultationen pro Jahr und ZSR-Nummer.

Diese Abnahme des Aktivitätsgrads hat wahrscheinlich mehrere Ursachen, doch kann auf Grund der Analysen die relative Bedeutung der einzelnen Elemente nicht ermittelt werden. Es kann sich um einen beabsichtigten Rückgang des Aktivitätsgrads handeln, der Ausdruck einer anderen Arbeitsweise aller Leistungserbringer oder nur eines Teils von ihnen – insbesondere der jüngeren Praktikerinnen und Praktiker – ist. Der Anteil der niedergelassenen Ärztinnen ist indessen noch gering (ungefähr 20% im Jahr 2004), weshalb die Auswirkungen der Feminisierung der Ärzteschaft noch nicht sehr ausgeprägt sein sollten. Es könnte sich auch um Änderungen im Bereich der Praxistätigkeit handeln, indem weniger, aber dafür längere Konsultationen durchgeführt werden. Eine weitere Möglichkeit ist eine Verlagerung einer bisherigen OKP-Aktivität zu Aktivitäten, die anderen Versicherungen oder anderen Bereichen des Gesundheitssystems in Rechnung gestellt werden. Schliesslich könnte diese Entwicklung auch das Ergebnis einer Änderung der Gewohnheiten der Patientinnen und Patienten sein, die unter Umständen vermehrt die Leistungen der ambulanten Dienste von Spitälern in Anspruch nehmen. Nicht ausgeschlossen werden kann auch ein Effekt im Zusammenhang mit der Erhöhung der Franchisen, der dazu führt, dass ein grösserer Teil der Rechnungen von den Haushalten direkt bezahlt und somit nicht an die Krankenkassen weitergeleitet wird. Ein solcher Effekt betrifft jedoch zuerst jenen Teil der Bevölkerung, der bereits am wenigsten Konsultationen verursacht. Deshalb dürften die entsprechenden Auswirkungen nicht allzu gross sein.

Auf nationaler Ebene nimmt der Aktivitätsgrad der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner weniger ab als bei der Fachmedizin. In der Psychiatrie nimmt er hingegen leicht zu (+3%). Auf Grund dieser Abnahme des Aktivitätsgrads fällt der Anstieg der Vollzeitaktivitäts-Dichte verhältnismässig gering aus. Prozentual ausgedrückt erfolgt die geringste Zunahme in der Allgemeinmedizin, während die höchste Steigerung in der Psychiatrie verzeichnet wird (Tabelle Z1).

In der Allgemeinmedizin ist das Angebot zwischen den Regionen vergleichbar. Doch, je mehr weitere Fachrichtungen in der Evaluation mitberücksichtigt werden, desto mehr treten Unterschiede zwischen

städtischen und Randregionen auf. Diese regionalen Disparitäten lassen vermuten, dass sich die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in den Randregionen wahrscheinlich mit einem Teil ihrer Aktivität den Fachbereichen widmen, für die keine Spezialisten zur Verfügung stehen (inklusive Pädiatrie und Gynäkologie). Der Inhalt der Konsultationen lässt sich auf der Basis der verfügbaren Daten nicht eruieren, weshalb die vorgängig aufgestellte Hypothese nicht überprüft werden kann. Es besteht jedoch die Gefahr, das Angebot in der Allgemeinmedizin zu überschätzen, wenn man nicht gleichzeitig das Angebot in den anderen Fachbereichen, insbesondere in der Pädiatrie und Gynäkologie, berücksichtigt.

## **Besonderheiten des Angebots in den Randregionen**

Zwischen 1998 und 2004 hat sich das Angebot der Allgemeinmedizin in den Randregionen wenig verändert. In der Fachmedizin, der Pädiatrie und der Gynäkologie hat es zugenommen, ohne jedoch die bestehenden regionalen Unterschiede zu vermindern. Betrachtet man speziell das Angebot in den peripheren Regionen, so hat es in diesem Zeitraum in drei industriellen Regionen (Monthey, La Chaux-de-Fonds und, etwas wenig ausgeprägt, Jura) abgenommen, sowohl in der Allgemeinmedizin, in der Grundversorgung (Allgemeinmedizin + Pädiatrie + Gynäkologie) und in der Fachmedizin.

Das Angebot hat ferner in sechs touristischen Regionen abgenommen. Diese Entwicklung betrifft die drei oben erwähnten Kategorien in vier dieser sechs Regionen (Saanen-Obersimmental, Kandertal, Oberland-Ost, Sierre). In den zwei übrigen Regionen wird vor allem eine Abnahme der Fachmedizin und der Grundversorgung festgestellt (Davos, Schanfigg). Umgekehrt wird in einer anderen Region (Brig) eine Zunahme des Angebots in der Grundversorgung und Fachmedizin verzeichnet, womit dessen Angebotsdichte 2004 über dem nationalen Mittelwert liegt.

Schliesslich hat das Angebot in sechs von 26 ländlichen Regionen abgenommen (Erlach/Seeland, Berner Jura, Oberes Emmental, Schwarzwasser, La Vallée, Val-de-Travers). Diese Abnahme betrifft wiederum sowohl die Allgemeinmedizin, die Grundversorgung und die Fachmedizin. In den übrigen Regionen hat vor allem das Angebot an Fachmedizin, Pädiatrie und Gynäkologie zugenommen. Im Jahr 2004 liegt die Angebotsdichte in zwei Regionen über dem nationalen Mittelwert (Glerner Unterland et Viamala).

## **Schlussfolgerungen**

Obwohl aus der Entwicklung der Anzahl ZSR-Nummern nicht linear die Entwicklung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte abgeleitet werden kann, lassen die Ergebnisse eine Zunahme der Anzahl Leistungserbringer und eine Abnahme ihres Aktivitätsgrades vermuten. Diese Entwicklung betrifft die meisten Regionentypen und praktisch alle Fachrichtungen. Dies hat zur Folge, dass die regionalen Disparitäten erhalten bleiben.

Die regionalen Unterschiede beziehen sich auf die Art der verfügbaren medizinischen Versorgung, da Fachärztinnen und -ärzte, sowie Pädiaterinnen, Pädiater, Gynäkologinnen, Gynäkologen, Psychiaterinnen und Psychiater hauptsächlich in städtischen Regionen tätig sind. Was die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner angeht, bestehen die Unterschiede in ihrem Tätigkeitsspektrum, das in den Randregionen potenziell breiter ist, und in ihrem Aktivitätsgrad, da die in den peripheren Regionen niedergelassenen Praktiker höhere Aktivitätsgrade aufweisen. Daraus resultiert ein geringerer Spielraum, um auf eine Zunahme des Bedarfs (oder auf eine Praxisschliessung) reagieren zu können.

Diese Arbeiten bestätigen die Bedeutung des Aktivitätsgrades als weiteres Element, welches bei den Überlegungen zur Festlegung des künftigen Ärztebedarfs berücksichtigt werden muss. In diesem Sinn verfolgt das Gesundheitsobservatorium verschiedene Arbeiten, mit dem Ziel, die Entwicklung dieses Indikators zu verfolgen, Prognosemodelle vorzuschlagen sowie die Konsultationen, im Zusammenhang mit den Regionstypen, beschreiben zu können.

# 1 Introduction

En Suisse, l'accès à la pratique médicale ambulatoire est règlementé depuis 2002. La raison évoquée pour mettre en place des mesures restrictives était l'hypothèse que l'élévation de la densité des praticiens entraîne une élévation du nombre de prestations fournies et donc des coûts de la santé. En effet, dans le système de santé suisse, la rémunération des médecins exerçant en cabinet privé repose sur le paiement à l'acte, situation favorable au développement de ce qui est appelé la demande induite par l'offre : lorsque le nombre de praticiens augmente, ce mode de financement peut inciter les médecins à augmenter le nombre d'actes médicaux effectués, afin de contrebalancer l'effet de la concurrence et de la diminution du nombre de patients [1]. Néanmoins, l'existence d'un tel effet n'a pas été démontrée avec certitude. Dans la littérature, les résultats sont contradictoires et il est difficile de distinguer l'effet d'une meilleure accessibilité aux soins, de celui d'une demande induite par l'offre [2,3].

L'application des mesures législatives introduites en Suisse se base sur le dénombrement des praticiens, sans tenir compte de leur taux d'activité. Or, on observe parmi les praticiens une tendance à réduire le temps de travail. Cette évolution est décrite dans la plupart des pays développés et concerne aussi bien les femmes que les hommes [4]. Par conséquent, pour qu'un certain niveau de soins médicaux puisse être garanti, il devient nécessaire de tenir compte du taux d'activité des médecins, lors de la définition du nombre de médecins autorisés à pratiquer en cabinet privé. Cette tâche est malaisée car les registres des médecins existants actuellement ne tiennent pas compte de cette composante et aucune donnée permettant de quantifier l'activité des praticiens n'est disponible.

Pour répondre à cette question, l'Observatoire suisse de la santé a mis sur pied le projet « Démomédicale » dont l'objectif est de décrire les effectifs des médecins praticiens en tenant compte de leur taux d'activité. L'approche utilisée pour estimer ce taux d'activité a été mise sur pied par un groupe de travail dont les membres étaient issus des différents milieux de la santé publique (OFSP, santésuisse, cantons, FMH et Obsan). Une première analyse de l'activité réalisée en 2004 pour le compte de l'assurance-maladie obligatoire (AOS) a déjà été publiée [5]. Le présent travail est consacré à la description de l'évolution du taux d'activité entre 1998 et 2004. Comme dans le précédent rapport, le taux d'activité de chaque praticien est construit à partir du volume des consultations facturées à l'AOS et du nombre de patients traités par celui-ci chaque année, les praticiens étant identifiés par leur code créancier. Ce travail doit répondre à la question suivante :

- Comment évolue le taux d'activité entre 1998 et 2004, selon le type de région, pour les différentes spécialités ?

En utilisant une même méthode pour tous les praticiens d'une spécialité, cette approche permet des comparaisons régionales pour les différentes spécialités de la médecine ambulatoire. Les spécialités médicales sont regroupées selon les mêmes catégories que celles proposées précédemment : médecine de base, gynécologie, pédiatrie, médecine spécialisée avec ou sans activité chirurgicale et psychiatrie. Les résultats sont présentés séparément pour chaque catégorie.

## Délimitations

Les consultations délivrées par des hôpitaux n'ont pas été prises en compte, car le nombre de médecins qui les fournissent n'est pas connu. Par conséquent, les résultats qui suivent ne concernent que la pratique en cabinet privé. En outre, comme ces résultats ne concernent que l'AOS, ils restent une sous-estimation car l'activité couverte par les franchises des ménages n'y figure que partiellement et celle réalisée dans le cadre des autres assurances (accident, invalidité, militaire et complémentaires) ne peut être déterminée. L'estimation du taux d'activité repose sur le volume de consultations facturées et le nombre de patients traités, mais il n'est pas possible de tenir compte de la durée de ces consultations ou de la morbidité des patients. Finalement, il est important de préciser que l'analyse repose sur les numéros de codes créanciers et non des personnes physiques et que le nombre de ces codes ne correspond pas exactement à un nombre de praticiens.

## **Remerciements**

Les auteurs remercient les membres du comité de pilotage du projet Démo-médicale pour leurs conseils et suggestions ainsi que les personnes ayant participé à la révision de ce rapport :

Mmes S. Ayoubi (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé), A. Buff (Service de la santé publique, VD), M-T Furrer (OFSP), M. Hersperger (FMH), M. Hodel (OFSP).

MM A. Duss (Gesundheitsdirektion, LU), N. Marzo (Département de l'économie et de la santé, GE), S. Spycher (Observatoire suisse de la santé), W. Weiss (Section santé, OFS).

## 2 Méthodologie

Il s'agit d'une étude longitudinale sur les années 1998 à 2004 qui décrit l'évolution du nombre de médecins praticiens inscrits au registre des codes créanciers (RCC) et de leur taux d'activité plein temps.

### 2.1 Sources de données

#### 2.1.1 Données géographiques (OFS)

Sur la base du recensement fédéral de la population de 2000 (RFP 2000), l'OFS a défini 106 régions MS (mobilité spatiale). Celles-ci constituent des unités géographiques plus fines que les 26 cantons ou les 46 régions de primes définies par l'OFSP.

Afin de permettre une étude longitudinale allant de 1998 à 2004, il a fallu tenir compte de l'évolution des communes suisses (nombre et numéros) durant ce laps de temps. C'est pourquoi la liste des communes a été unifiée, sur la base de l'état des lieux au 1<sup>er</sup> janvier 2005. Les différentes données ont été adaptées en fonction des regroupements, des disparitions et des séparations de communes apparues entre 1998 et 2004 pour permettre une comparaison des régions sur une même base.

Selon leurs spécificités géographiques et socio-économiques, l'OFS propose différentes classifications des 106 régions MS. Pour la présente étude, 6 types de régions ont été retenus. Une carte présentant la répartition de ces régions pour la Suisse figure en annexe (Annexe 1).

#### 2.1.2 Registre des codes créanciers (RCC) de santésuisse

Cette base de données administrative est utilisée par les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladies pour le décompte des prestations. Les médecins admis à l'assurance obligatoire de soins y sont identifiés selon un numéro de code créancier (CC) personnel, leur titre post-grade fédéral le plus récent et l'adresse de leur lieu d'activité. Le CC, commun au registre FMH des médecins et au pool de données santésuisse<sup>®</sup>, permet de relier ces deux banques de données.

Les médecins qui remettent leur cabinet peuvent garder leur numéro de CC et le nombre de CC ne reflète pas directement le nombre de médecins installés en cabinet. Le CC ne fournit pas d'indications sur le nombre de praticiens facturant des prestations sous un même code (cabinet de groupe, médecins employés dans un cabinet). Certains prestataires peuvent en outre facturer des prestations sous plusieurs codes différents, s'ils ont plusieurs activités distinctes, par exemple en cabinet et dans des cliniques. Les médecins n'ayant facturé aucune consultation durant l'année ont été exclus de nos analyses. Les variables suivantes ont été extraites du RCC:

- Numéro de Code Créancier (CC)
- Spécialisation (dernier titre post-grade fédéral obtenu)<sup>3</sup>
- Numéro postal du cabinet (recodé ensuite en numéro de commune OFS)

#### 2.1.3 Pool de données santésuisse<sup>®</sup>

Le pool de données santésuisse<sup>®</sup> regroupe des indications sur les prestations fournies par l'assurance obligatoire de soins (AOS). Les données sont disponibles depuis 1997 avec un degré de couverture qui s'est progressivement amélioré, passant de 93% des assurés en 1998 à 98% en 2004 (voir Annexe 2 pour une description détaillée). Cette banque de données se base sur les factures envoyées aux assurances-maladie et ne contient aucune indication concernant l'assurance-accident

---

<sup>3</sup> En 2005 les données concernant la spécialisation des médecins ont été adaptées à la classification de la FMH et cela de manière rétrospective jusqu'en 1997.



ou les assurances complémentaires, ni sur les factures payées par les ménages et non transmises à l'assurance-maladie. Parmi les informations récoltées, se référant spécifiquement aux praticiens, les variables suivantes ont été retenues pour décrire l'activité des médecins en cabinet :

- Numéro CC pour les années 1998 à 2004.
- Nombre de patients traités de 1998 à 2004 (pour le compte de l'AOS).
- Nombre de consultations au cabinet ou au domicile réalisées de 1998 à 2004 (pour le compte de l'AOS).

A noter qu'aucune information sur l'état de santé des patients, sur le contenu ou sur la durée des consultations n'est disponible. Les montants facturés n'ont pas été mis à disposition de l'Obsan.

## 2.2 Unités d'étude

### 2.2.1 Unités géographiques

Selon leurs caractéristiques socio-économiques, les 106 régions MS sont regroupées en six types de régions :

1. Centre avec Hôpital Universitaire (6 régions, 1'645'327 habitants<sup>4</sup>)
2. Région métropolitaine (28 régions, 2'207'227 habitants)
3. Agglomération tertiaire (11 régions, 1'145'486 habitants)
4. Région industrielle (19 régions, 1'258'982 habitants)
5. Région touristique (16 régions, 349'076 habitants)
6. Région rurale (26 régions, 783'528 habitants)

Les trois premiers types de régions peuvent être considérés comme des régions urbaines et les trois dernières catégories plutôt comme des régions périphériques. Les indicateurs sont calculés pour chaque type de régions.

### 2.2.2 Médecins praticiens

Il ne s'agit ici que des médecins praticiens autorisés à exercer dans le cadre de l'assurance obligatoire de soins (AOS) et **ayant facturé au moins une consultation lors de l'année prise en compte**<sup>5</sup>. Par exemple, les 3'233 médecins possédant un CC mais n'ayant rien facturé à l'AOS en 2004 ont été exclus de l'analyse.

Afin de garantir une certaine vision d'ensemble dans la présentation des résultats, les spécialités médicales ont été regroupées comme suit<sup>5</sup> :

1. **Médecine de base** : médecins praticiens, généralistes, internistes sans sous-spécialité, cabinets de groupes, médecins sans titre reconnu.
2. **Gynécologie**<sup>6</sup>
3. **Pédiatrie**
4. **Médecine spécialisée sans activité chirurgicale** : sous-spécialités en médecine interne : allergologie, angiologie, cardiologie, rhumatologie, endocrinologie-diabétologie, pneumologie, hématologie, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie, médecine physique et réhabilitation, oncologie, infectiologie.  
Autres spécialisations : médecine tropicale, dermatologie-vénérologie.

<sup>4</sup> OFS: Population résidante permanente mi-2004

<sup>5</sup> Les médecins spécialisés dans les domaines suivants, n'exerçant en principe pas d'activité en cabinet, ont été exclus des analyses : anesthésiologie, médecine du travail, médecins sans RCC, médecins sans cabinets, médecine intensive, pharmacologie et toxicologie clinique, génétique médicale, médecine nucléaire, pathologie, médecine pharmaceutique, médecine sociale et préventive, radiologie, radio-oncologie, médecine légale.

<sup>6</sup> Pour faciliter la lecture, le terme de gynécologie remplace celui de gynécologie-obstétrique.

5. **Médecine spécialisée avec activité chirurgicale** : chirurgie, chirurgie pédiatrique, orthopédie, ophtalmologie, ORL, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, urologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie esthétique.
6. **Psychiatrie** : psychiatres, psychiatres pour enfants.

### 2.2.3 Estimation de l'Activité Plein Temps (APT)

La méthode proposée a été développée par un groupe de travail réunissant des personnes d'horizons (FMH, santésuisse, OFSP, cantons, Obsan) et a été publiée en 2006 [6]. Elle est exposée de manière détaillée dans l'Annexe 3. En bref, il s'agit de pondérer chaque CC par le volume d'activité qu'il réalise durant une année. Le genre d'activité variant fortement d'une spécialité à l'autre, cette démarche est appliquée séparément pour chacune d'entre elles. Elle se décompose en trois étapes:

La **première étape** consiste à fixer le seuil d'activité correspondant à une activité de 100%, soit un APT, tout en tenant compte des tendances générales de la pratique médicale. Pour cela, on examine d'abord la distribution de l'activité annuelle (nombre de consultations et patients) de tous les praticiens d'une spécialité. Le seuil d'Activité de 100% est fixé de manière arbitraire au percentile 75 pour chaque année. Or, ce seuil diminue au fil du temps : en médecine générale, ce seuil correspond à 6042 consultations (1291 patients) en 1998 à 5561 consultations (1251 patients) en 2004. Cette diminution laisse supposer que des changements dans le mode de pratique (consultations plus longues mais moins nombreuses) sont survenus. Si ces derniers ne sont pas pris en compte pour le suivi longitudinal, deux biais sont possibles.

- En appliquant le seuil d'APT 100% de 1998 aux années suivantes, les taux d'activité seront de plus en plus sous-estimés (puisque les consultations deviennent plus longues).
- Par contre, en ne corrigeant pas le seuil calculé pour les années après 1998, on risque à la longue de surestimer l'offre que représente un APT de 100%.

Le groupe de travail a donc choisi de corriger cette tendance en pondérant le seuil déterminé chaque année avec celui de 1998 qui représente l'année de base. En médecine générale, par exemple, pour l'année 2004, un APT de 100% représente finalement 5801 consultations  $((6042+5561)/2)$  et 1271 patients  $((1291+1251)/2)$ . Le nombre de consultations et de patients correspondant à ces seuils pour l'année 2004 est présenté dans l'Annexe 3.

Dans une **deuxième étape**, chaque praticien est pondéré en comparant sa propre activité à la valeur correspondant à une activité de 100%. Un généraliste qui aura facturé 3000 consultations et soigné 700 patients se verra attribuer un APT de 52% pour les consultations et de 55% pour ses patients. En général, les seuils pour ces deux indicateurs varient très peu, mais il est pertinent de tenir compte des deux, puisque le nombre de consultations est lié à la morbidité des patients. C'est pourquoi, on utilise comme APT définitif d'un praticien, la moyenne entre son  $APT_{\text{consultations}}$  et son  $APT_{\text{patients}}$ , soit, dans notre exemple, 53.5%.

L'offre d'une région est calculée dans une **troisième étape**, en additionnant les % d'APT attribués aux praticiens de cette région. Il est clair que ce seuil, fixé de manière arbitraire, correspond à une valeur théorique. Néanmoins, en appliquant la même méthode à tous les praticiens d'une catégorie et cela sur plusieurs années, la démarche permet de faire des comparaisons régionales ou dans le temps.

Comme cette approche ne tient pas compte de la durée des consultations, information qui n'est pas disponible, il est préférable de parler d'Activité Plein Temps plutôt que d'Equivalent Plein Temps, terme généralement associé à une unité de temps.

**Tableau 1 Liste des variables et indicateurs utilisés**

Variables		Année	Source utilisée
<b>1. Unité géographique</b>			
	1. Centre avec hôpital universitaire (HU) 2. Région métropolitaine 3. Agglomération tertiaire 4. Région industrielle 5. Région touristique 6. Région rurale	2000	RFP, OFS
<b>2. Praticiens avec CC</b>			
1. Médecine de base	Médecine générale, médecine interne sans sous-spécialisation, praticiens, cabinets de groupe	1998-2004	RCC, santé-suisse®
2. Gynécologie	Gynécologues-obstétriciens.		
3. Pédiatrie	Pédiatres.		
4. Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	Allergologie et immunologie, angiologie, cardiologie, rhumatologie, endocrinologie et diabétologie, pneumologie, hématologie, gastroentérologie, néphrologie, neurologie, médecine physique et réadaptation, oncologie, infectiologie, médecine tropicale, dermatologie et vénéréologie.		
5. Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	Chirurgie, chirurgie pédiatrique, orthopédie, ophtalmologie, ORL, neurochirurgie, chirurgie cardio-vasculaire, urologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique et reconstructive.		
6. Psychiatrie	Psychiatrie adulte et pédopsychiatrie.		
<b>3. Indicateurs spécifiques à l'offre en soins</b>			
<b>Nb de CC</b>	Nombre de médecins inscrits au registre des codes créanciers	1998-2004	RCC, santé-suisse®
<b>APT/CC</b>	Taux moyen d'activité pour un numéro de code créancier	1998-2004	RCC et Pool de données, santé-suisse®
<b>Consultations/CC</b>	Nombre moyen de consultations facturées pour un numéro de code créancier		
<b>Patients/CC</b>	Nombre moyen de patients suivis pour un numéro de code créancier		
<b>Consultations/patient</b>	Intensité des consultations : rapport entre le nombre de consultations effectuées et le nombre de patients examinés par un médecin		
<b>APT/10'000 habitants</b>	Densité de l'offre		

RCC : Registre des codes créancier : regroupe les numéros de codes créanciers sous lesquels les praticiens facturent leur prestations à l'assurance obligatoire de soins.

## 2.3 Indicateurs utilisés

Les indicateurs sont calculés pour chaque catégorie de spécialisation définie au point 2.2.2, pour chaque année de 1998 à 2004 et comparés pour chacun des six types de régions MS (Tableau 1).

1. **Nombre de CC** : Nombre de médecins inscrits au registre des codes créanciers ; ces derniers doivent avoir réalisé au moins une consultation pour le compte de l'AOS dans l'année pour être retenus. Le nombre de CC ne correspond pas exactement au nombre de praticiens.
2. **Taux d'activité** des praticiens. Exprimé de trois manières :
  - APT par CC** : Renseigne sur le taux d'activité moyen par médecin au sein de l'AOS, pour une spécialisation donnée et pour une année donnée ; plus ce rapport est bas et plus le taux d'activité est faible.  
Le seuil d'un APT de 100% est fixé pour chaque année et sa valeur peut varier au cours du temps, ainsi que le volume de prestations qu'il représente. Il est donc également utile d'exprimer le taux d'activité à travers les services qu'il représente :
    - Nombre de consultations par CC** : Renseigne sur le niveau de services fournis par praticien au sein de l'AOS, pour une spécialité donnée et pour une année donnée ; plus ce rapport est bas et plus le taux d'activité est faible.
    - Nombre de patients par CC** : Renseigne également sur le niveau de services fournis au sein de l'AOS, mais au travers du volume de patients examinés par le médecin, dans une spécialisation donnée et pour une année donnée ; plus ce rapport est bas et plus le taux d'activité est faible.
3. **Densité d'APT** : Nombre d'APT pour 10'000 habitants. Renseigne sur la densité de l'offre en tenant compte de l'activité réalisée. Plus ce rapport est bas et plus la densité d'activité est faible. Concernant la gynécologie, la population de référence est l'ensemble des femmes de plus de 15 ans ; pour les pédiatres, ce sont les habitants de moins de 16 ans.
4. **Intensité des consultations** : Nombre moyen de consultations réalisées par patient, pour une spécialité donnée et pour une année donnée. Ne peut être calculé qu'au niveau suisse. Plus ce rapport est bas, plus l'intensité des consultations est faible.

Pour rappel, aucune information sur la durée, le contenu des consultations ou sur l'état de santé des patients traités ne figure dans le pool de données santésuisse. Les résultats qui suivent font référence à un volume d'activité réalisée pour le compte de l'AOS. En outre, comme ces résultats ne concernent que l'AOS et représentent une sous-estimation puisque l'activité réalisée dans le cadre des autres assurances (accident, invalidité, militaire et complémentaires) ne peut être déterminée.



### 3 Médecine de base

#### 3.1 Les prestataires

Selon le Tableau 1, cette catégorie comprend les médecins généralistes, internistes sans sous-spécialisation, praticiens et les cabinets de groupe. En médecine de base, le nombre de praticiens inscrits au registre de codes créanciers (RCC) a augmenté de 6276 à 6962 (+11%) entre 1998 et 2004 mais ce nombre surestime celui des praticiens actifs (Tableau 2). Il comprend par exemple des médecins ayant remis leur cabinet et ne facturant que quelques consultations dans l'année ou des praticiens enregistrés sous plusieurs codes créanciers. L'évolution du nombre des CC ne semble pas avoir été affectée par l'introduction de la clause du besoin en 2002.

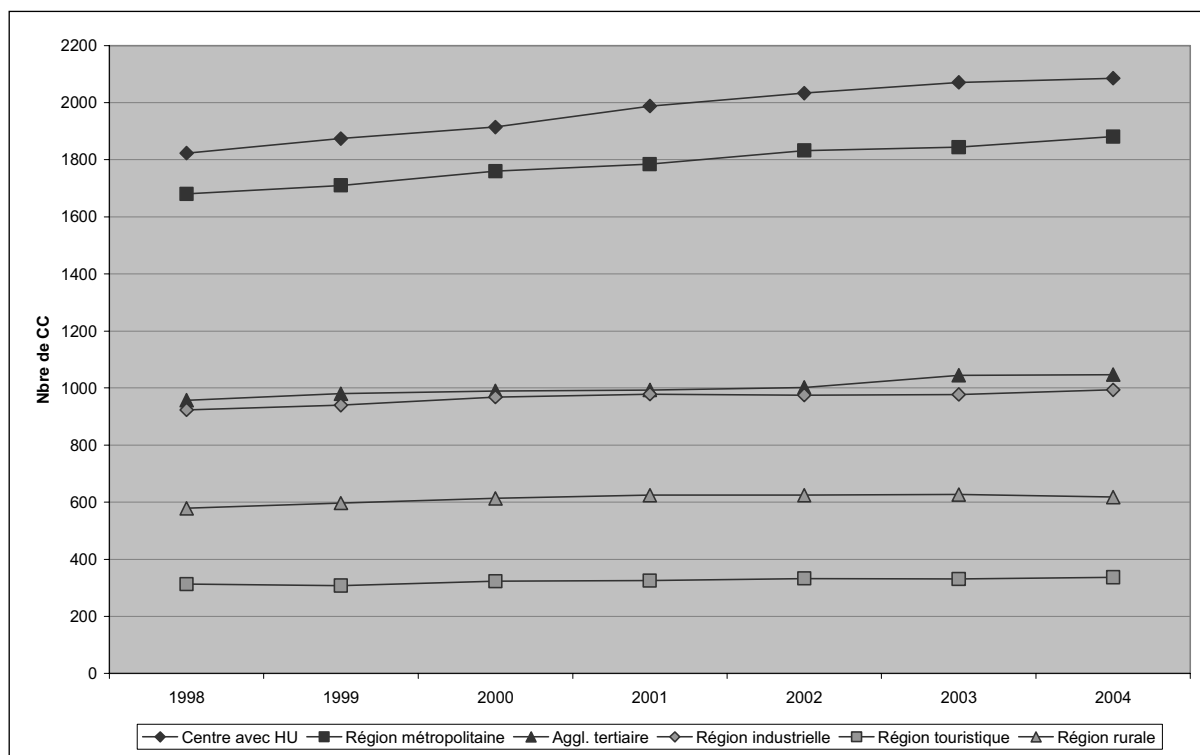
**Tableau 2 Evolution du nombre de codes créanciers entre 1998 et 2004. Médecine de base.**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de Codes Créanciers	6276	6409	6569	6694	6800	6895	6962

Source : RCC santésuisse. Analyses : Obsan.

Dans cette catégorie, 56% des CC sont localisés dans les centres avec Hôpital universitaire et les régions métropolitaines (Figure 1). Leur nombre diminue lorsque l'on s'éloigne des centres urbains. Le nombre de CC le plus bas est enregistré dans les régions touristiques. En comparant l'évolution du nombre de CC dans les différents types de régions entre 1998 et 2004, la hausse des CC a été plus importante dans les régions urbaines (+9 à +14%) que périphériques (+7 à +8%).

**Figure 1 Evolution du nombre de codes créanciers entre 1998 et 2004, dans les types de régions. Médecine de base.**



Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Légende : HU : Hôpital universitaire

### 3.2 Taux d'activité

Le taux d'activité par CC est déterminé par la part d'APT facturée à l'AOS (Tableau 3). En médecine de base, à l'exception des régions touristiques, plus on se rapproche des centres urbains, plus le taux d'activité par CC diminue. L'activité la plus basse s'observe dans les centres avec Hôpital universitaire. Entre 1998 et 2004, le taux d'activité moyen par CC a diminué de 4%. Cette évolution est la plus marquée dans les régions métropolitaines, elle est minime dans les régions rurales et les agglomérations tertiaires. Dans les régions touristiques par contre, le taux d'activité a légèrement augmenté (+3%).

En d'autres termes, les praticiens tendent globalement à diminuer leur taux d'activité, ce qui pourrait être dû à différents facteurs, sans qu'il soit possible d'identifier l'importance de chacun. Il peut s'agir d'une baisse voulue du taux d'activité, reflétant un changement dans la façon de travailler de l'ensemble des praticiens, ou d'une partie seulement d'entre eux, notamment des praticiennes. Il peut s'agir de changements dans le mode de pratique, les consultations devenant moins nombreuses mais plus longues, ou encore d'un déplacement d'une activité au sein de l'AOS vers d'autres activités. Finalement il peut s'agir de changements dans les habitudes des patients, qui se dirigeraient plus vers les services ambulatoires des hôpitaux ou vers des spécialistes. La hausse des franchises ne devrait pour sa part pas avoir d'influence décisive car les assurés à franchise élevée sont aussi ceux qui consultent le moins.

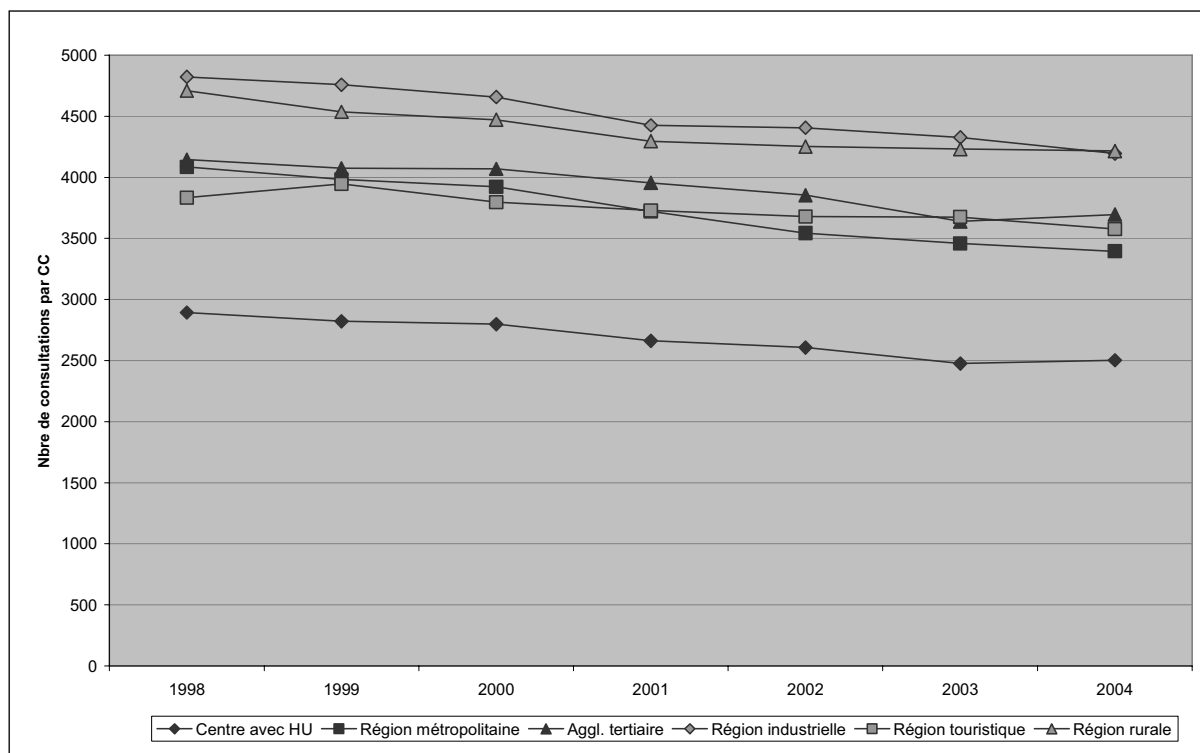
**Tableau 3 Evolution du nombre de codes créanciers, du nombre d'activités plein temps et du taux d'activité par code créancier, entre 1998 et 2004, par type de région. Médecine de base.**

Type de région	Nombre de CC			Nombre d'APT			Nombre d'APT par CC		
	1998	2004	% diff.	1998	2004	% diff.	1998	2004	% diff.
Centre avec Hôpital universitaire	1823	2085	+14%	944	1038	+10%	0.52	0.50	-4%
Région métropolitaine	1680	1881	+12%	1228	1270	+3%	0.73	0.68	-7%
Agglomération tertiaire	957	1047	+9%	710	770	+8%	0.74	0.74	0%
Région industrielle	924	994	+8%	798	829	+4%	0.86	0.83	-5%
Région touristique	313	337	+8%	215	240	+12%	0.69	0.71	+3%
Région rurale	579	618	+7%	488	518	+6%	0.84	0.84	0%
Total	6276	6962	+11%	4383	4664	+6%	0.70	0.67	-4%

Source : RCC, Datenpool santéuisse. Analyses : Obsan.

La conception d'Activité Plein Temps englobe le volume de consultations fournies et le nombre de patients traités. On peut donc aussi exprimer le taux d'activité par ces deux indicateurs qui sont plus concrets. La Figure 2, illustre le nombre de consultations facturées. Durant la période d'analyse, ce nombre diminue partout, à l'exception des régions touristiques où le taux d'activité a augmenté. Néanmoins, les différences entre régions persistent. Un praticien dans une région rurale réalise en moyenne environ 1'800 consultations de plus par année qu'un praticien dans un centre avec Hôpital universitaire (Annexe 4, Tableau U).

**Figure 2 Evolution du nombre moyen de consultations par code créancier entre 1998 et 2004 par type de région. Médecine de base.**



Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Légende : HU : Hôpital universitaire

L'autre manière de décrire le taux d'activité des médecins, à partir du nombre de patients qu'ils ont examinés, montre la même configuration que pour le nombre de consultations facturées (voir Annexe 4, Tableau U). Le nombre moyen de patients examinés par médecin est supérieur dans les régions rurales (environ 370 patients/médecin de plus dans les régions rurales par rapport aux centres avec Hôpital universitaire).

Enfin, au niveau suisse, on enregistre une diminution de 4% du nombre de consultations par patient en médecine de base entre 1998 et 2004 (passant de 4.8 à 4.6 consultations/patient). En d'autres termes, le nombre de consultations réalisées par ces praticiens diminue plus que le nombre de patients examinés.

### 3.3 Densité de l'activité

Compte tenu de la baisse du taux d'activité par CC, la croissance des APT est plus lente que celle du nombre de CC (+6%) et au niveau suisse, la densité d'APT augmente finalement de 2% (Tableau 4). Tous les types de régions enregistrent une légère hausse de cette densité, sauf les régions métropolitaines où la densité d'APT diminue même de 2%, ce qui s'explique par la baisse de cet indicateur dans plus de la moitié des régions de ce type (17 sur 28). Les régions où la densité de l'activité augmente le plus sont les régions touristiques où l'on observe une hausse de la densité dans 12 des 16 régions.

Lorsque l'on compare la densité d'APT des différents types de régions, les différences sont relativement faibles puisque les valeurs oscillent entre 5.8 et 6.9 APT/10'000 habitants. Cependant, ces densités correspondent à des réalités distinctes pour les praticiens qui se cachent derrière ces CC : dans les régions urbaines, ce sont des praticiens nombreux, dont le taux d'activité est inférieur à la moyenne, qui assurent cette offre. Tandis que dans les régions périphériques, un même niveau d'offre est fourni par des médecins en nombre réduit, dont le taux d'activité dépasse la moyenne nationale. L'étude ne permet pas de déterminer quels seuils de densité d'offre et de taux d'activité



seraient souhaitables, ni dans quelle mesure les taux d'activité observés en périphérie seraient extensibles, si cela s'avérait nécessaire.

**Tableau 4 Evolution de la densité d'activité plein temps, entre 1998 et 2004, par type de région. Médecine de base.**

Type de région	APT/10'000 habitants.			Nombre de régions concernées	
	1998	2004	% diff.	Densité d'APT ↑	Densité d'APT ↓
Centre avec Hôpital universitaire	5.9	6.3	+6%	3	3
Région métropolitaine	5.9	5.8	-2%	11	17
Agglomération tertiaire	6.4	6.7	+5%	7	4
Région industrielle	6.5	6.6	+2%	9	10
Région touristique	6.2	6.9	+11%	12	4
Région rurale	6.4	6.6	+3%	17	9
Total	6.2	6.3	+2%	59	47

Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

### 3.4 En résumé

Entre 1998 et 2004, en médecine de base, le nombre de CC a augmenté dans tous les types de régions, mais de manière plus marquée dans les centres avec Hôpital universitaire et les régions métropolitaines. Le taux d'activité par CC tend par contre à diminuer, sauf dans les régions touristiques. Cette baisse du taux d'activité est un peu plus importante dans les régions métropolitaines et les centres avec Hôpital universitaire, où l'on observe pour toute la période les taux d'activité les plus faibles.

La densité de l'offre, exprimée en densité d'APT augmente de 2% et cette hausse concerne tous les types de régions, sauf les régions métropolitaines où elle diminue légèrement. En terme de densité d'APT, les différences régionales sont faibles, mais cette observation correspond à des réalités différentes : Dans les régions urbaines, cette offre est fournie par des praticiens nombreux, au taux d'activité réduit. En périphérie par contre, les praticiens qui sont moins nombreux ont des taux d'activité supérieurs à la moyenne nationale. Par conséquent, leur capacité à augmenter leur activité, si cela s'avère nécessaire (fermeture de cabinets par exemple), est restreinte.

## 4 Gynécologie

### 4.1 Les prestataires

Entre 1998 et 2004, le nombre de gynécologues enregistrés auprès du registre des codes créanciers a augmenté de 18% (Tableau 5). Comme évoqué pour la médecine de base, l'évolution du nombre de CC ne reflète pas directement celle des praticiens et surestime leur nombre puisque certains gynécologues qui remettent leur cabinet restent inscrits au RCC pour garder une infime activité. D'autres gynécologues peuvent être détenteurs de plusieurs CC. L'introduction de la clause du besoin en 2002 ne semble pas avoir influencé le nombre de CC actifs.

**Tableau 5 Evolution du nombre de codes créanciers entre 1998 et 2004. Gynécologie**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de Codes Créanciers	882	906	937	964	991	1025	1037

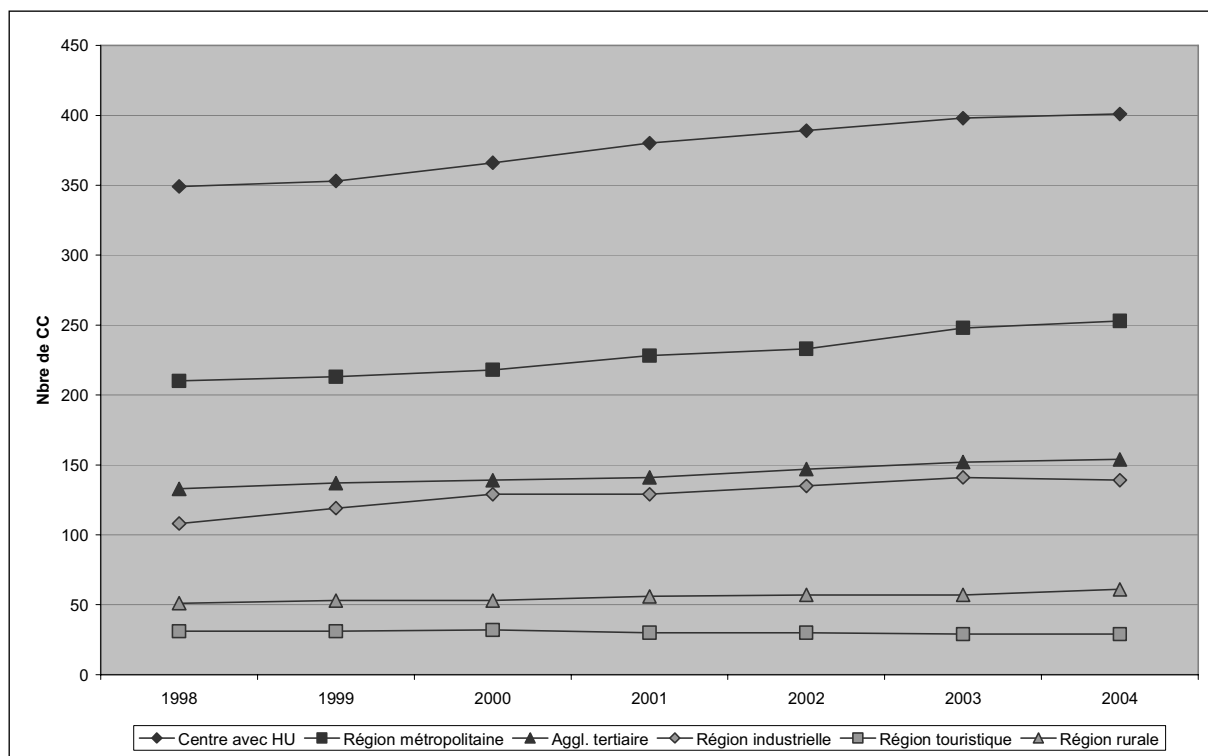
Source : RCC santésuisse. Analyses : Obsan.

Presque deux tiers de ces CC se trouvent dans les centres avec Hôpital universitaire et les régions métropolitaines (Figure 3). Leur nombre diminue lorsque l'on s'éloigne des régions urbaines, avec le nombre le plus bas dans les régions touristiques. Contrairement à la médecine de base, la hausse observée sur cette période est moins importante dans les centres avec Hôpital universitaire et les agglomérations tertiaires (+15 à +16%), que dans les régions métropolitaines, rurales et industrielles (+20 à +29%)<sup>7</sup>. Seules les régions touristiques affichent une baisse du nombre de CC (-6%) (Tableau 6).

---

<sup>7</sup> Ceci est dû notamment aux faibles effectifs de prestataires en gynécologie dans les régions périphériques (moins de 100 médecins en moyenne dans les régions touristiques ou rurales).

**Figure 3 Evolution des codes créanciers entre 1998 et 2004, par type de région. Gynécologie.**



Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Légende : HU : Hôpital universitaire

## 4.2 Taux d'activité

Les taux d'activité les plus élevés en gynécologie, mesurés sur la base du nombre d'APT facturés par CC, apparaissent dans les agglomérations tertiaires, suivies des régions industrielles (Tableau 6). Comme en médecine de base, les valeurs les plus basses se rencontrent pour les CC des centres avec Hôpital universitaire. Il n'y a pas de progression du taux d'activité lorsque l'on passe des régions urbaines aux régions périphériques : les régions où les taux d'activité sont les plus bas sont d'une part les centres avec Hôpital universitaire, suivis des régions rurales.

Entre 1998 et 2004, le taux d'activité par CC a diminué dans toutes les régions (-6% au niveau suisse) sauf dans les régions touristiques. Dans ce dernier type de régions, la situation est particulière : le taux d'activité a augmenté de 30%, résultant probablement en partie de la diminution du nombre de CC. Ainsi, en 2004, ce sont les gynécologues des régions touristiques qui présentent le taux d'activité le plus élevé.

Comme pour la médecine de base, la baisse du taux d'activité peut être attribuée à différents facteurs, sans qu'il soit possible de mesurer leur importance relative. Elle peut être due à une réduction volontaire du temps de travail des praticiens en général ou être liée à une augmentation du nombre de gynécologue femmes (environ 30% en 2004) couplé à une réduction de leur temps de travail. De façon plus spécifique à la gynécologie, elle peut être associée à un transfert de l'activité vers le secteur hospitalier ou privé, ou encore être liée à l'augmentation des franchises parmi les jeunes : pour les femmes en bonne santé dont le contrôle gynécologique représente la seule consultation médicale annuelle, celui-ci est en général à sa charge. Seules les consultations dont la femme a malgré tout transmis la facture à son assurance-maladie figurent alors dans le pool de données santésuisse.

**Tableau 6 Evolution du nombre de codes créanciers, du nombre d'activités plein temps et du taux d'activité par code créancier, entre 1998 et 2004, par type de région. Gynécologie.**

Type de région	Nombre de CC			Nombre d'APT			Nombre d'APT par CC		
	1998	2004	% diff.	1998	2004	% diff.	1998	2004	% diff.
Centre avec Hôpital universitaire	349	401	+15%	226	239	+6%	0.65	0.59	-9%
Région métropolitaine	210	253	+20%	147	172	+17%	0.70	0.68	-3%
Agglomération tertiaire	133	154	+16%	118	126	+7%	0.88	0.82	-7%
Région industrielle	108	139	+29%	85	99	+17%	0.79	0.71	-10%
Région touristique	31	29	-6%	22	26	+22%	0.70	0.91	+30%
Région rurale	51	61	+20%	35	41	+15%	0.69	0.66	-4%
Total	882	1037	+18%	632	702	+11%	0.72	0.68	-6%

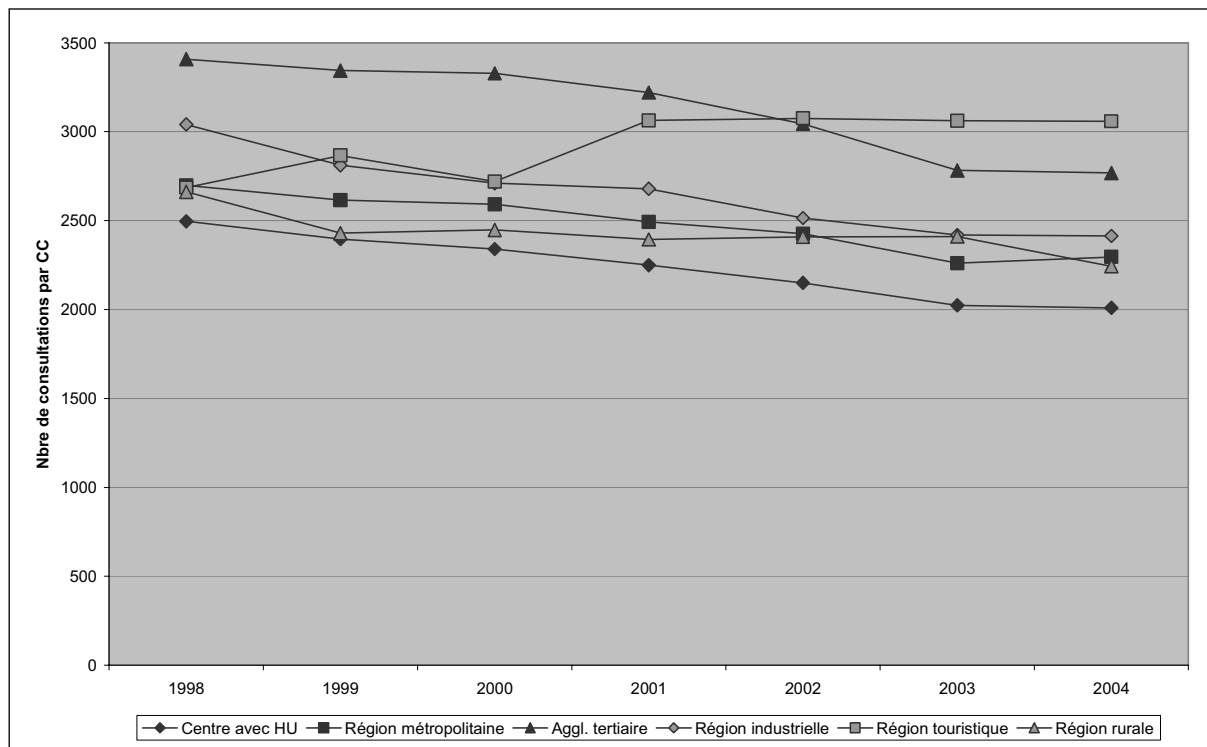
Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

La conception d'Activité Plein Temps englobe le volume de consultations fournies et le nombre de patients traités. On peut donc aussi exprimer le taux d'activité par ces deux indicateurs, plus concrets. En 1998, le nombre de consultations facturées par CC était le plus élevé dans les agglomérations tertiaires. A l'inverse, le nombre de consultations par CC dans les centres avec Hôpital universitaire, était inférieur d'environ 900 consultations par année.

Entre 1998 et 2004, le nombre de consultations par CC diminue dans tous les types de région (-15% à -21%), sauf dans les régions touristiques (+14%) où, en 2004, se rencontrent le nombre moyen de consultations le plus important (Voir Annexe 4, Tableau V). L'analyse du nombre de patientes examinées par prestataire suit la même évolution que celles des consultations (voir Annexe 4, Tableau V). Pour exemple, les praticiens dans les agglomérations tertiaires examinent environ 400 patientes de plus que les gynécologues des centres avec Hôpital universitaire.

Au niveau suisse, l'intensité des consultations diminue de 9% entre 1998 et 2004 (passant de 2.3 à 2.1 consultations/patiente). En d'autres termes, le nombre de consultations par gynécologue diminue davantage que le nombre de patientes.

**Figure 4 Evolution du nombre moyen de consultations par code créancier entre 1998 et 2004, par type de région. Gynécologie.**



Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Légende : HU : Hôpital universitaire

### 4.3 Densité de l'activité

En rapportant l'offre des gynécologues à la population féminine âgée de plus de 15 ans, la densité d'APT augmente de 10% et concerne tous les types de régions. Cette hausse est toutefois plus faible que celle observée pour le nombre de praticiens (Tableau 7). L'augmentation la plus forte concerne les régions touristiques où la population est moins importante. Au total, l'augmentation concerne 58 régions, dont 28 régions périphériques. Dix régions de type périphérique et une région métropolitaine n'ont pas de gynécologue installé. Les disparités régionales restent inchangées et la densité d'APT des centres avec Hôpital universitaire dépasse celles des régions rurales de plus de 2 APT/10'000 femmes.

**Tableau 7 Evolution de la densité d'activité plein temps, entre 1998 et 2004, par type de région. Gynécologie.**

Type de région	APT/10'000 femmes			Nombre de régions concernées	
	1998	2004	% diff.	Densité d'APT ↑	Densité d'APT ↓
Centre avec Hôpital universitaire	3.2	3.3	+3%	3	3
Région métropolitaine	1.7	1.9	+12%	17	10
Agglomération tertiaire	2.5	2.6	+4%	6	5
Région industrielle	1.7	1.9	+12%	15	4
Région touristique	1.5	1.8	+20%	6	5
Région rurale	1.2	1.3	+8%	11	10
Total	2.1	2.3	+10%	58	37

Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

#### 4.4 En résumé

Les CC des gynécologues sont surtout concentrés dans les centres avec Hôpital universitaire et dans les régions métropolitaines, même si, entre 1998 et 2004, leur nombre a augmenté de façon plus marquée dans les régions industrielles, métropolitaines et rurales.

Les taux d'activité les plus élevés se rencontrent parmi les cabinets des agglomérations tertiaires et des régions industrielles ou touristiques, par opposition à ceux des centres avec Hôpital universitaire. Ce taux d'activité diminue entre 1998 et 2004 dans tous les types de régions, sauf les régions touristiques.

L'offre exprimée en densité d'APT augmente globalement dans toutes les régions. Bien que cette évolution soit plus marquée dans les régions périphériques, les disparités régionales persistent, avec une densité d'APT nettement plus basse dans les régions rurales que dans les autres types de régions.



## 5 Pédiatrie

### 5.1 Les prestataires

Comme pour les catégories précédentes, le nombre de CC de pédiatres inscrits auprès du RCC a augmenté de 20% entre 1998 et 2004, sans que cela corresponde forcément à une augmentation similaire du nombre de pédiatres installés (Tableau 8) (voir point 3.1). L'introduction de la clause du besoin en 2002 ne semble pas avoir eu un impact particulier sur cette évolution.

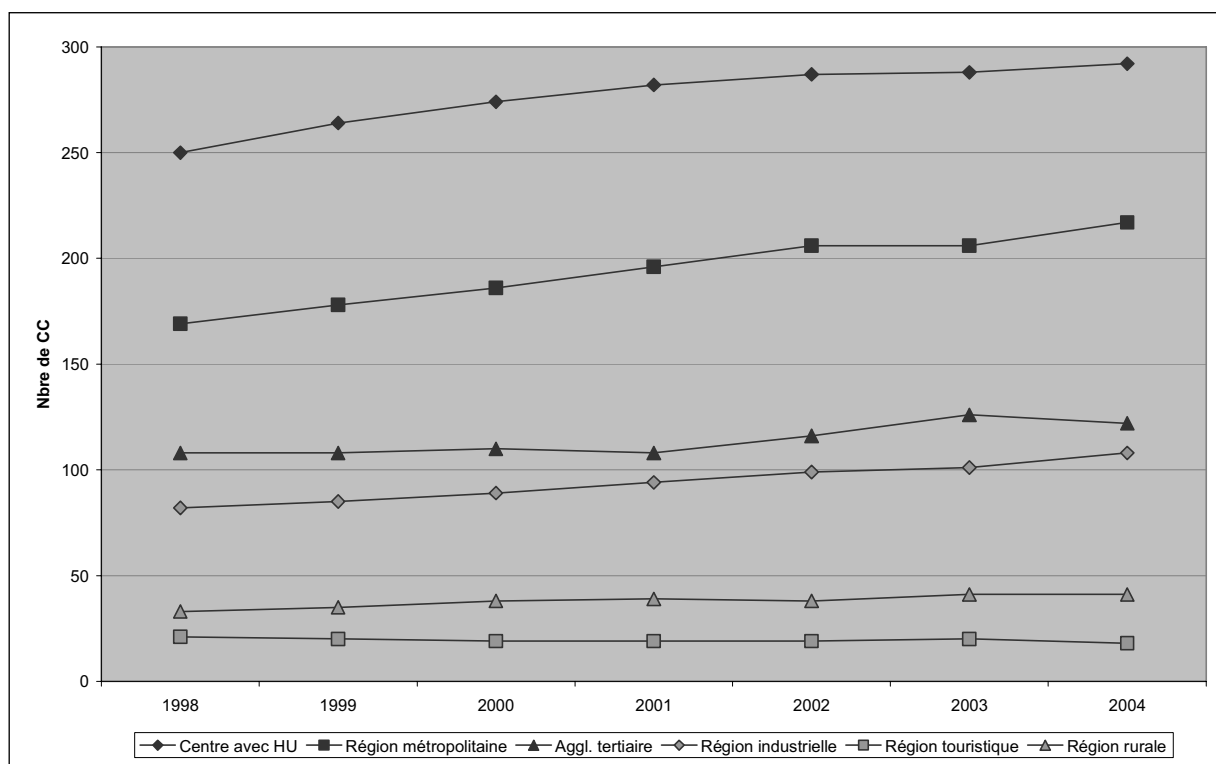
**Tableau 8 Evolution du nombre de codes créanciers entre 1998 et 2004. Pédiatrie**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de Codes Créanciers	663	690	716	738	765	782	798

Source : RCC santésuisse. Analyses : Obsan.

Presque deux tiers de ces CC sont localisés des centres avec Hôpital universitaire et des régions métropolitaines. Leur nombre diminue lorsque l'on se dirige vers les régions périphériques (Figure 5). Les régions touristiques affichent le nombre de CC le plus bas. L'augmentation du nombre de CC entre 1998 et 2004 concerne tous les types de régions à l'exception des régions touristiques (- 3 CC, soit - 14%). Cette hausse est toutefois plus importante dans les régions industrielles (+32%), métropolitaines (+28%) et rurales (+24%).

**Figure 5 Evolution du nombre de codes créanciers entre 1998 et 2004, par type de région. Pédiatrie.**



Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Légende : HU : Hôpital universitaire



## 5.2 Taux d'activité

La proportion d'APT réalisée par CC est la plus basse dans les centres avec Hôpital universitaire et la plus élevée dans les régions rurales (Tableau 9). Dans les autres types de régions, les taux d'activité sont plus ou moins comparables. L'évolution du taux d'activité entre 1998 et 2004 se traduit par une diminution globale, plus marquée dans les régions métropolitaines, industrielles et dans les centres avec Hôpital universitaire (-13%). Les régions touristiques font exception avec une augmentation du taux d'activité par CC durant cette période (+16%). On retrouve les mêmes explications à cette baisse du taux d'activité que pour les autres catégories : réduction voulue du temps de travail, féminisation (40% de femmes pédiatres en 2004). En pédiatrie, il est possible que la hausse des franchises, impliquant potentiellement un plus grand nombre de factures à la charge des ménages et ne figurant pas dans le pool de données santésuisse, soit plus fort que pour des catégories médicales prenant en charge d'abord des personnes plus âgées.

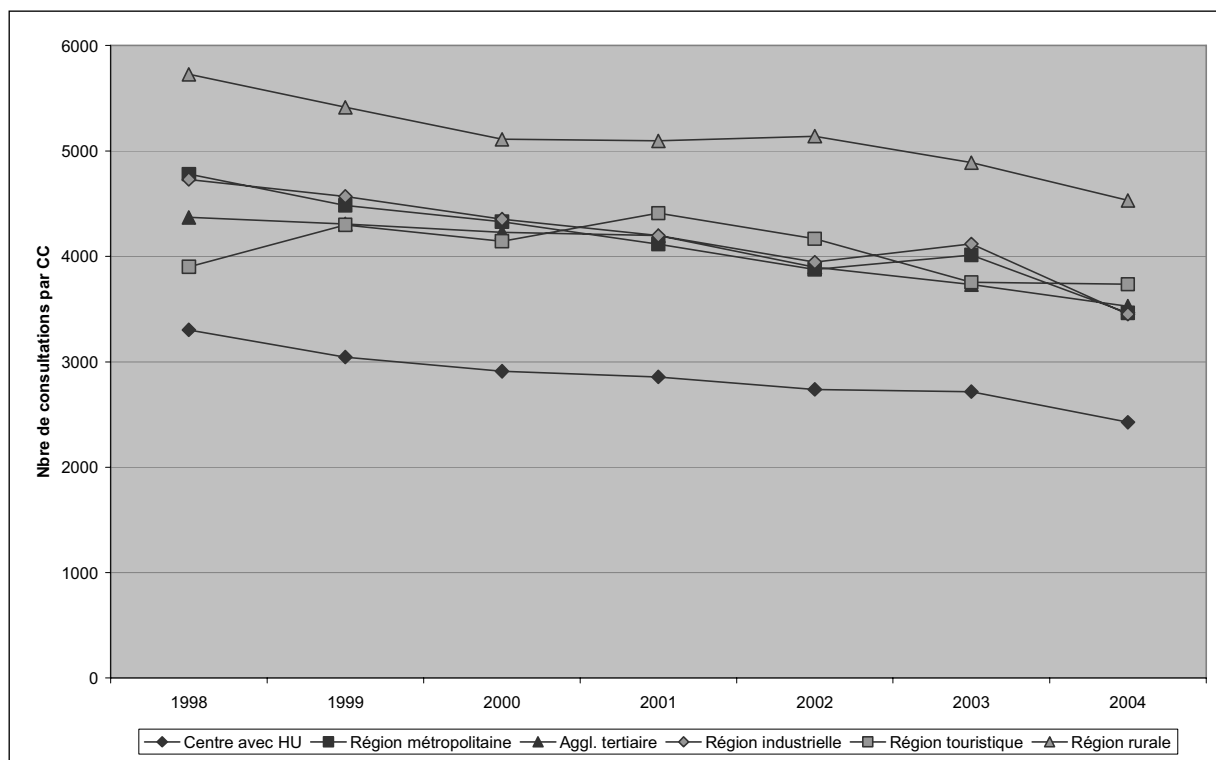
**Tableau 9 Evolution du nombre de codes créanciers, du nombre d'activités plein temps et de la proportion d'activité plein temps représentée par numéro de code créancier, entre 1998 et 2004, par type de région. Pédiatrie.**

Type de région	Nombre de CC			Nombre d'APT			Nombre d'APT par CC		
	1998	2004	% diff.	1998	2004	% diff.	1998	2004	% diff.
Centre avec Hôpital universitaire	250	292	+17%	136	141	+3%	0.55	0.48	-13%
Région métropolitaine	169	217	+28%	133	149	+12%	0.79	0.69	-13%
Agglomération tertiaire	108	122	+13%	78	85	+9%	0.72	0.70	-3%
Région industrielle	82	108	+32%	64	74	+15%	0.78	0.68	-13%
Région touristique	21	18	-14%	14	13	-2%	0.64	0.74	+16%
Région rurale	33	41	+24%	31	37	+18%	0.95	0.90	-5%
Total	663	798	+20%	457	499	+9%	0.69	0.63	-9%

Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Comme les APT ont été construits à partir du nombre de consultations facturées et du nombre de patients traités, le taux d'activité peut aussi être exprimé plus concrètement par ces indicateurs. La Figure 6 présente le nombre de consultations effectuées par CC (Annexe 4, Tableau W). Les pédiatres des régions rurales facturent en moyenne 2'400 consultations de plus par année que ceux des centres avec Hôpital universitaire. Les pédiatres des autres types de régions se situent entre ces deux extrêmes. A l'exception des régions touristiques, l'évolution entre 1998 et 2004 révèle une baisse de l'activité plus marquée dans les régions métropolitaines, industrielles et les centres avec Hôpital universitaire.

**Figure 6 Evolution du nombre moyen de consultations par code créancier entre 1998 et 2004, par type de région. Pédiatrie.**



Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Légende : HU : Hôpital universitaire

L'analyse du nombre d'enfants examinés par CC indique la même tendance que celle du nombre de consultations par prestataire (voir Annexe 4, Tableau W). Les pédiatres des régions rurales ont examiné environ 700 enfants de plus en moyenne que les médecins des centres avec Hôpital universitaire de la même spécialité. Finalement, l'intensité des consultations diminue de 11%, passant de 3.6 à 3.2 consultations/patient et par année.

### 5.3 Densité de l'activité

En rapportant les APT à la population-cible des pédiatres, à savoir les habitants âgés de moins de 16 ans, la densité d'APT augmente de 6% au niveau suisse (Tableau 10). Cette hausse ne concerne pas toutes les régions et l'on observe une légère diminution dans les centres avec Hôpital universitaire (-2%) et les régions touristiques (-5%). Concrètement, 58 régions dont 31 régions périphériques enregistrent une hausse de la densité d'APT et 31 régions dont 14 régions périphériques enregistrent une baisse. Une région métropolitaine et 16 régions périphériques n'ont pas de pédiatres.

Les différences régionales restent marquées et la densité d'APT des centres avec Hôpital universitaire reste plus de deux fois plus élevée que celle des régions rurales ou touristiques.

**Tableau 10 Evolution de la densité d'activité plein temps, entre 1998 et 2004, par type de région. Pédiatrie.**

Type de région	APT/10'000 enfants			Nombre de régions concernées	
	1998	2004	% diff.	Densité d'APT ↑	Densité d'APT ↓
Centre avec Hôpital universitaire	5.6	5.5	-2%	3	3
Région métropolitaine	3.4	3.6	+6%	18	9
Agglomération tertiaire	4.0	4.2	+5%	6	5
Région industrielle	2.7	3.0	+11%	15	4
Région touristique	2.1	2.0	-5%	3	5
Région rurale	1.9	2.2	+16%	13	5
Total	3.5	3.7	+6%	58	31

Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

## 5.4 En résumé

En pédiatrie, les médecins restent concentrés dans les zones urbaines, même si, entre 1998 et 2004, leur nombre a augmenté de manière plus importante dans les régions industrielles, métropolitaines et rurales. Ces praticiens ont un taux d'activité nettement plus bas dans les centres avec Hôpital universitaire que dans les régions rurales. Entre 1998 et 2004, leur taux d'activité a diminué dans tous les types de régions, sauf les régions touristiques.

Finalement, la densité de l'offre augmente dans toutes les régions, sauf les régions touristiques et les centres avec Hôpital universitaire où elle diminue faiblement. Bien que les différences régionales entre les régions urbaines et périphériques s'amenuisent, l'écart de l'offre reste important.

## 6 Médecine spécialisée sans activité chirurgicale

### 6.1 Les prestataires

Cette catégorie comprend les sous-spécialités de médecine interne, la dermatologie et la médecine tropicale (Tableau 1). Le nombre de détenteurs de CC a augmenté de 24% entre 1998 et 2004 mais cette évolution ne reflète pas directement celle du nombre de praticiens, puisque ceux-ci peuvent détenir plus d'un CC ou surtout garder leur CC lorsqu'ils remettent leur cabinet (Tableau 11). Comme pour les autres catégories, l'introduction de la clause du besoin ne semble pas avoir eu d'impact direct.

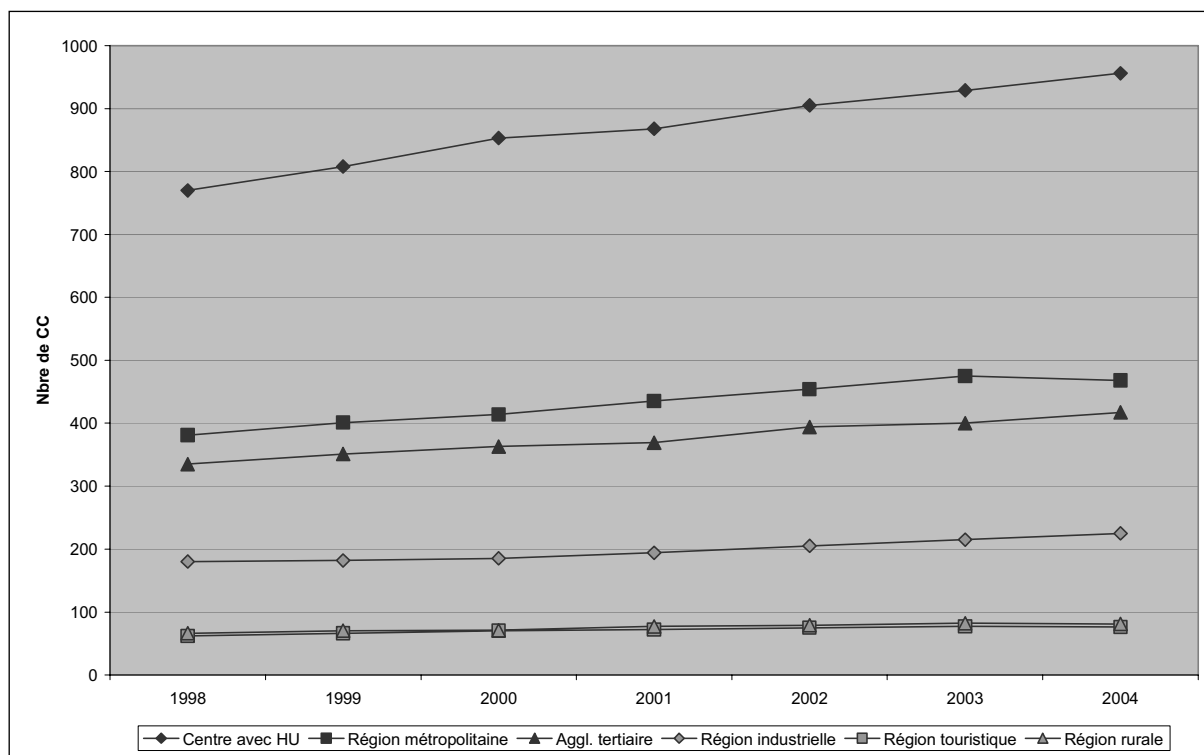
**Tableau 11 Evolution du nombre de codes créanciers entre 1998 et 2004. Médecine spécialisée sans activité chirurgicale.**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de Codes Créanciers	1794	1878	1956	2015	2112	2178	2223

Source : RCC santésuisse. Analyses : Obsan.

En médecine spécialisée sans activité chirurgicale, les centres avec Hôpital universitaire regroupent un nombre de CC deux fois plus élevé que celui des autres régions urbaines. Au total, 64% de ces CC sont localisés dans les centres avec Hôpital universitaire et les régions métropolitaines (Figure 7). Pour la période étudiée, l'augmentation du nombre de CC a augmenté dans les mêmes proportions pour tous les types de régions (+23 à +25%).

**Figure 7 Evolution du nombre de codes créanciers entre 1998 et 2004, par type de région. Médecine spécialisée sans activité chirurgicale.**



Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Légende : HU : Hôpital universitaire

## 6.2 Taux d'activité

La proportion d'APT réalisée par CC est la plus faible dans les centres avec Hôpital universitaire (Tableau 12). Dans les autres types de régions, les taux d'activité, plus élevés, sont comparables. L'évolution de cet indicateur entre 1998 et 2004 se distingue par une baisse importante dans les centres avec Hôpital universitaire (-12%) tandis que la diminution est plus modérée dans les agglomérations tertiaires et les régions industrielles (-8 à -9%). Dans les autres types de régions, l'évolution est minime (-3% à +3%).

Cette réduction du taux d'activité peut s'expliquer par une réduction volontaire du temps de travail ou par un mode différent de consultations (consultations plus longues mais moins nombreuses). Il peut aussi s'agir d'une tendance à diminuer l'activité au sein de l'AOS au profit d'activités dans d'autres assurances ou d'autres secteurs des soins (institutions, services hospitaliers). Dans cette catégorie de médecins, la féminisation est moins prononcée que pour les catégories décrites précédemment (18% de femmes dans cette catégorie) et devrait par conséquent avoir moins d'impact qu'en gynécologie ou en pédiatrie. Finalement, un effet lié à l'augmentation des franchises, avec une possible augmentation du nombre de consultations payées par les ménages et ne figurant pas dans le pool de données santésuisse, est également possible, tout comme une baisse du recours à ce genre de consultations par la population.

**Tableau 12 Evolution du nombre de codes créanciers, du nombre d'activités plein temps et de la proportion d'activité plein temps par code créancier, entre 1998 et 2004, par type de région. Médecine spécialisée sans activité chirurgicale**

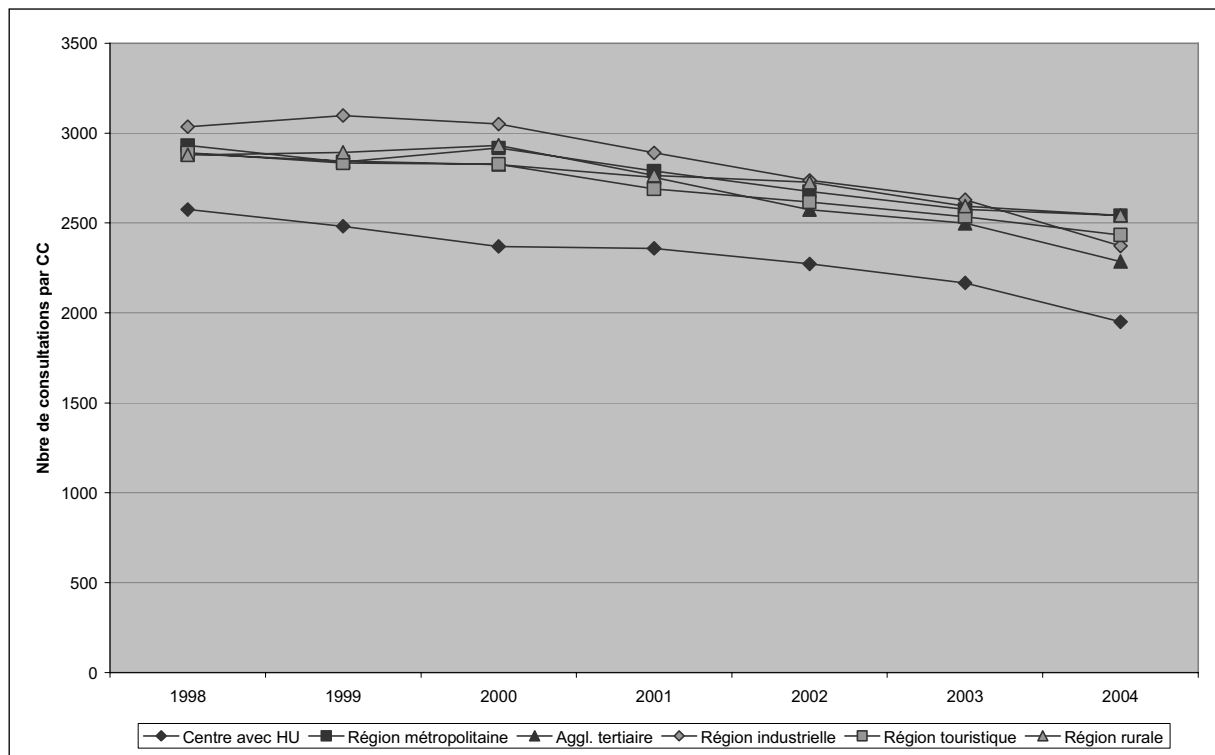
Type de région	Nombre de CC			Nombre d'APT			Nombre d'APT par CC		
	1998	2004	% diff.	1998	2004	% diff.	1998	2004	% diff.
Centre avec Hôpital universitaire	770	956	+24%	505	550	+9%	0.66	0.58	-12%
Région métropolitaine	381	468	+23%	284	351	+24%	0.75	0.75	0%
Agglomération tertiaire	335	417	+24%	246	281	+14%	0.73	0.67	-8%
Région industrielle	180	225	+25%	139	157	+13%	0.77	0.70	-9%
Région touristique	62	76	+23%	46	55	+20%	0.74	0.72	-3%
Région rurale	66	81	+23%	48	61	+24%	0.73	0.75	+3%
Total	1794	2223	+24%	1268	1454	+15%	0.71	0.65	-8%

Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Comme l'Activité Plein Temps est déterminée à partir du nombre de consultations facturées par CC et du nombre de patients traités, le taux d'activité peut aussi être exprimé par ces deux indicateurs. Par rapport aux praticiens installés dans les autres types de régions, les praticiens des centres avec Hôpital universitaire facturent entre 300 et 500 consultations par année en moins (Figure 8). Entre 1998 et 2004, le nombre de consultations facturées par CC diminue partout, de manière moins prononcée dans les régions rurales, métropolitaines et touristiques (-12 à -16% contre -21 à -24% dans les autres types de régions) (voir Annexe 4, Tableau X). Le nombre de patients examinés par CC met en évidence des résultats plus ou moins semblables (Annexe 4, Tableau X). Pour exemple, les spécialistes des centres avec Hôpital universitaire ont examiné en moyenne environ 150 patients de moins que les praticiens des régions industrielles.

L'intensité des consultations a pour sa part diminué de 14% (passant de 3.7 à 3.2 consultations/patient par année) pour la même période.

**Figure 8 Evolution du nombre moyen de consultations par code créancier entre 1998 et 2004, par type de région. Médecine spécialisée sans activité chirurgicale.**



Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Légende : HU : Hôpital universitaire

### 6.3 Densité de l'activité

Dans cette catégorie, les mouvements des patients entre les régions sont plus importants que pour les catégories précédentes. Cependant, ceux-ci ne peuvent être pris en compte dans le calcul de la densité de l'offre, élément qui biaise l'interprétation de cet indicateur. Entre 1998 et 2004, la densité d'APT augmente de 11%, ce qui représente une augmentation plus forte qu'en médecine de base (Tableau 13). Elle est relativement plus faible dans les centres avec Hôpital universitaire que dans les régions touristiques et rurales où l'on observe les hausses les plus importantes. Au niveau des 106 régions MS, la densité augmente dans 72 régions, dont 38 régions périphériques et elle diminue dans 25 régions dont 14 régions périphériques. Neuf régions périphériques n'ont pas de praticiens de cette catégorie. L'écart de l'offre entre les régions reste important. Dans les centres avec Hôpital universitaire, la densité d'APT est plus de trois fois plus importante que celle des régions rurales.

**Tableau 13 Evolution de la densité d'activité plein temps, entre 1998 et 2004, par type de région. Médecine spécialisée sans activité chirurgicale.**

Type de région	APT/10'000 habitants			Nombre de régions concernées	
	1998	2004	% diff.	Densité d'APT ↑	Densité d'APT ↓
Centre avec Hôpital universitaire	3.2	3.3	+3%	3	3
Région métropolitaine	1.4	1.6	+14%	22	6
Agglomération tertiaire	2.2	2.5	+14%	9	2
Région industrielle	1.1	1.3	+18%	15	4
Région touristique	1.3	1.6	+23%	11	4
Région rurale	0.6	0.8	+33%	12	6
Total	1.8	2.0	+11%	72	25

Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

## 6.4 En résumé

Les médecins spécialistes sans activité chirurgicale se concentrent dans les centres avec Hôpital universitaire et les autres régions urbaines. Entre 1998 et 2004, le nombre de praticiens de cette catégorie inscrits au RCC a fortement augmenté, dans tous les types de régions.

Leur taux d'activité est le plus bas dans les centres avec Hôpital universitaire. Dans les autres types de région le taux d'activité est plus élevé et varie peu entre les types de régions. Entre 1998 et 2004, le taux d'activité des spécialistes diminue surtout chez les praticiens des centres avec Hôpital universitaire, des agglomérations tertiaires et des régions industrielles. Dans les autres types de régions les taux d'activité varient peu.

La densité d'APT augmente dans tous les types de régions, de manière prononcée. Bien que, en termes relatifs, cette tendance soit plus marquée dans les régions périphériques que dans les régions urbaines, les écarts de l'offre des régions urbaines et des régions périphériques restent inchangés.

## 7 Médecine spécialisée avec activité chirurgicale

### 7.1 Les prestataires

Cette catégorie comprends tous les spécialistes ayant potentiellement aussi une activité chirurgicale, comme les ophtalmologues, ORL, chirurgiens, neurochirurgiens, urologues, orthopédistes, cardiochirurgiens, etc. (Tableau 1). Comme pour les autres catégories, le nombre de praticiens inscrits au RCC dans cette catégorie a augmenté entre 1998 et 2004 (+18%), sans qu'il soit possible d'en déduire directement le nombre de praticiens qui se cachent derrière (Tableau 14). Dans cette catégorie, il est possible que les praticiens ayant plusieurs CC, reflétant des activités dans différents services soit relativement nombreux.

**Tableau 14 Evolution du nombre de codes créanciers entre 1998 et 2004. Médecine spécialisée avec activité chirurgicale.**

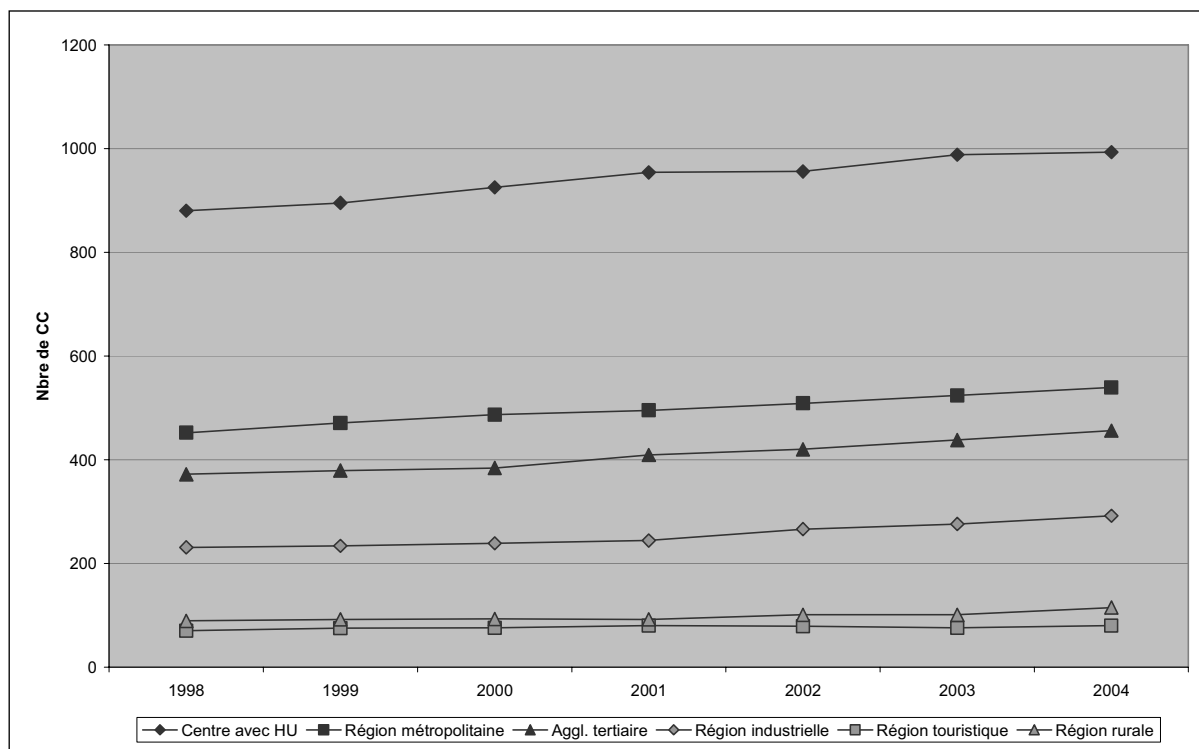
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de Codes Créanciers	2094	2146	2204	2274	2331	2403	2475

Source : RCC santésuisse. Analyses : Obsan.

Pour cette catégorie, 64% des CC sont localisés dans les centres avec Hôpital universitaire et les régions métropolitaines (Figure 9). Plus on s'approche des régions périphériques, plus il diminue. Entre 1998 et 2004, l'évolution du nombre de CC se manifeste par une hausse dans tous les types de régions (Tableau 15). Les augmentations les plus importantes touchent les régions rurales (+29%), industrielles (+26%) et les agglomérations tertiaires (+23%), alors que la moins élevée concerne les centres avec Hôpital universitaire (+13%). Dans ces dernières régions, on peut se demander si le plateau observé en 2002 ne reflète pas l'introduction de la clause du besoin la même année.



**Figure 9 Evolution du nombre de codes créanciers entre 1998 et 2004, dans les différents types de régions. Médecine spécialisée avec activité chirurgicale.**



Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Légende : HU : Hôpital universitaire

## 7.2 Taux d'activité

Exprimés en terme d'APT par CC, les taux d'activité les plus bas se rencontrent parmi les CC des centres avec Hôpital universitaire, tandis que ceux des régions rurales sont les plus élevés (Tableau 15). L'évolution de cet indicateur entre 1998 et 2004 se traduit par une baisse importante dans tous les types de régions, mais surtout dans les régions rurales (-13% contre -5 à -9% pour les autres types de régions). Mais malgré cette forte baisse, le taux d'activité des spécialistes situés dans les régions rurales reste élevé.

Cette évolution peut être attribuée à plusieurs facteurs, dont l'importance relative ne peut être distinguée ici : réduction du temps de travail, modification du mode de consultations (consultations plus longues mais moins nombreuses), augmentation de l'activité dans d'autres assurances ou d'autres services, augmentation du nombre de consultations prises en compte par les ménages et ne figurant pas dans le pool de données santésuisse ou encore réduction du recours à ce genre de soins par la population. Un effet dû à la féminisation ne devrait pas être très important car en 2004 le nombre de praticiennes détentrices de CC dans cette catégorie ne s'élevait qu'à 13%.

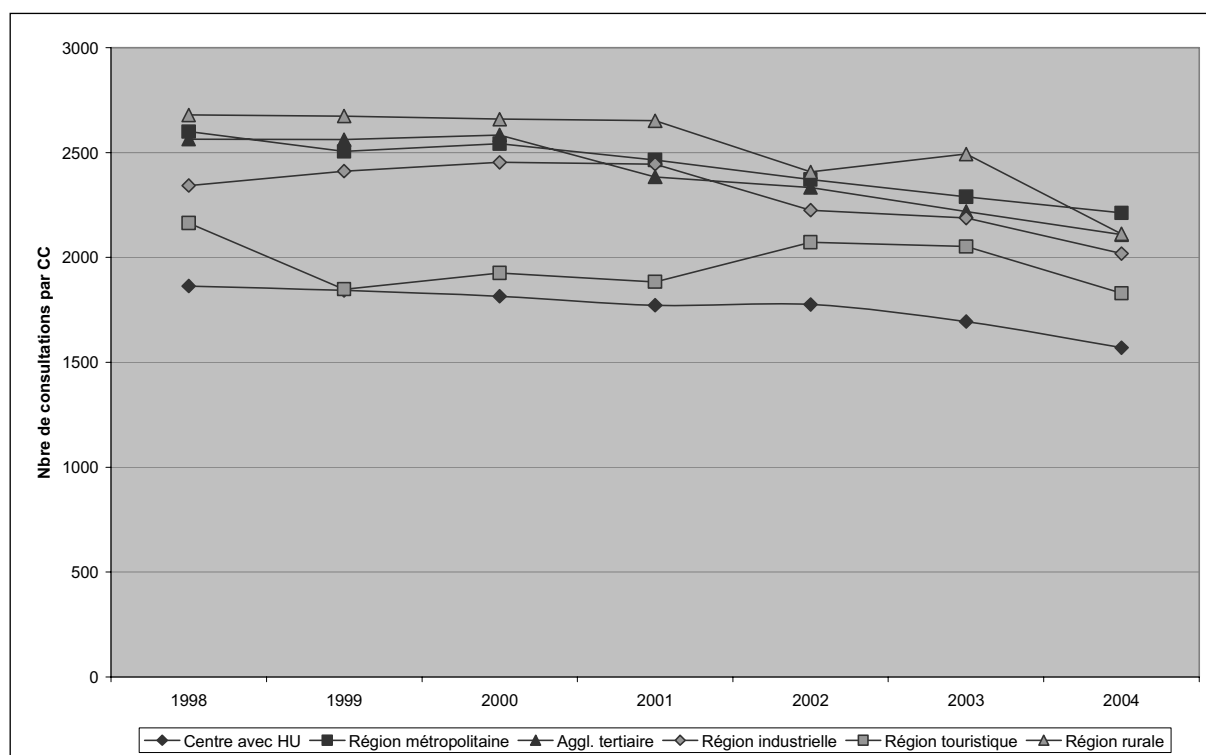
**Tableau 15 Evolution du nombre de codes créanciers, du nombre d'activités plein temps et de la proportion d'activité plein temps par code créancier, entre 1998 et 2004, par type de région. Médecine spécialisée avec activité chirurgicale.**

Type de région	Nombre de CC			Nombre d'APT			Nombre d'APT par CC		
	1998	2004	% diff.	1998	2004	% diff.	1998	2004	% diff.
Centre avec Hôpital universitaire	880	993	+13%	525	552	+5%	0.60	0.56	-7%
Région métropolitaine	452	539	+19%	377	422	+12%	0.83	0.78	-6%
Agglomération tertiaire	372	456	+23%	306	341	+11%	0.82	0.75	-9%
Région industrielle	231	292	+26%	173	209	+20%	0.75	0.71	-5%
Région touristique	70	80	+14%	49	52	+7%	0.69	0.65	-6%
Région rurale	89	115	+29%	76	86	+13%	0.86	0.75	-13%
Total	2094	2475	+18%	1506	1662	+10%	0.72	0.67	-7%

Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Comme pour les catégories précédentes, le taux d'activité peut aussi être exprimé plus concrètement à travers les deux indicateurs sur lesquels il repose, c'est-à-dire le nombre de consultations facturées ou le nombre de patients traités par CC. Le nombre de consultations effectuées par CC est le plus bas dans les centres avec Hôpital universitaires : les praticiens de ces régions facturent en moyenne 800 consultations de moins que ceux exerçant dans les régions rurales (Figure 10). Pour les autres types de régions, les différences sont moins importantes. Entre 1998 et 2004, on constate une diminution globale, légèrement plus marquée dans les régions rurales (-21% contre -14 à -18% dans les autres types de régions) (Voir Annexe 4, Tableau Y).

**Figure 10 Evolution du nombre moyen de consultations par code créancier entre 1998 et 2004, par type de région. Médecine spécialisée avec activité chirurgicale,**



Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Légende : HU : Hôpital universitaire

De même, le nombre de patients examinés par praticien diminue dans tous les types de régions (voir Annexe 4, Tableau Y). Dans les centres avec Hôpital universitaire, les spécialistes ont examiné en moyenne 300 patients de moins que les praticiens des régions métropolitaines ou rurales. L'intensité

des consultations diminue de 12%, passant de 2.5 en 1998 à 2.2 consultations/patient en 2004.

### 7.3 Densité de l'activité

Comme pour la médecine spécialisée sans activité chirurgicale, l'interprétation de l'intensité de l'offre doit tenir compte du fait que les patients provenant d'autres régions ne sont pas pris en compte pour calculer cet indicateur. A l'échelon suisse, la densité d'APT augmente de 10% entre 1998 et 2004 (Tableau 16). Cette hausse s'observe dans tous les types de régions mais, en termes relatifs, elle est moins marquée dans les régions urbaines que dans les régions périphériques. Malgré cette évolution, les disparités régionales diminuent peu et l'offre en médecine avec activité chirurgicale se concentre surtout dans les centres avec Hôpital universitaires et les agglomérations tertiaires, qui sont aussi les régions où se concentrent les établissements offrant les infrastructures chirurgicales nécessaires. Au niveau des régions, la densité d'APT augmente dans 58 régions, dont 28 régions périphériques et elle diminue dans 41 régions dont 26 régions périphériques. Sept régions périphériques n'ont pas de praticiens de cette catégorie.

**Tableau 16 Evolution de la densité d'activité plein temps, entre 1998 et 2004, par type de région. Médecine spécialisée avec activité chirurgicale.**

Type de région	APT/10'000 habitants			Nombre de régions concernées	
	1998	2004	% diff.	Densité d'APT ↑	Densité d'APT ↓
Centre avec Hôpital universitaire	3.3	3.4	+3%	4	2
Région métropolitaine	1.8	1.9	+6%	20	8
Agglomération tertiaire	2.8	3.0	+7%	6	5
Région industrielle	1.4	1.7	+21%	15	4
Région touristique	1.4	1.5	+7%	2	11
Région rurale	1.0	1.1	+10%	11	11
Total	2.1	2.3	+10%	58	41

Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

### 7.4 En résumé

En médecine spécialisée avec activité chirurgicale, les détenteurs de CC sont surtout concentrés dans les centres avec Hôpital universitaire et leur nombre diminue lorsque l'on se dirige vers les zones périphériques. Entre 1998 et 2004, le nombre de CC augmente partout, avec une hausse relativement plus marquée dans les régions rurales, industrielles et les agglomérations tertiaires.

Les taux d'activité les plus bas se rencontrent dans les centres avec Hôpital universitaire puis les régions touristiques. L'évolution de cet indicateur entre 1998 et 2004 se traduit par une baisse globale, plus marquée dans les régions touristiques.

La densité d'APT augmente de manière relativement plus importante dans les régions périphérique, tandis qu'elle n'évolue que peu dans les centres avec Hôpital universitaire. Malgré cette tendance, l'écart de l'offre des régions urbaines et périphériques persiste.

## 8 Psychiatrie

### 8.1 Les prestataires

Cette catégorie comprend les psychiatres pour adultes et pour enfants (Tableau 1). Sur cette période, le nombre de psychiatres détenteurs d'un CC a augmenté de 27% (Tableau 17). L'introduction de la clause du besoin ne semble pas avoir eu d'effet marqué mais l'évolution du nombre de CC ne reflète pas directement celle du nombre de praticiens puisque les médecins qui remettent leur cabinet peuvent garder leur CC.

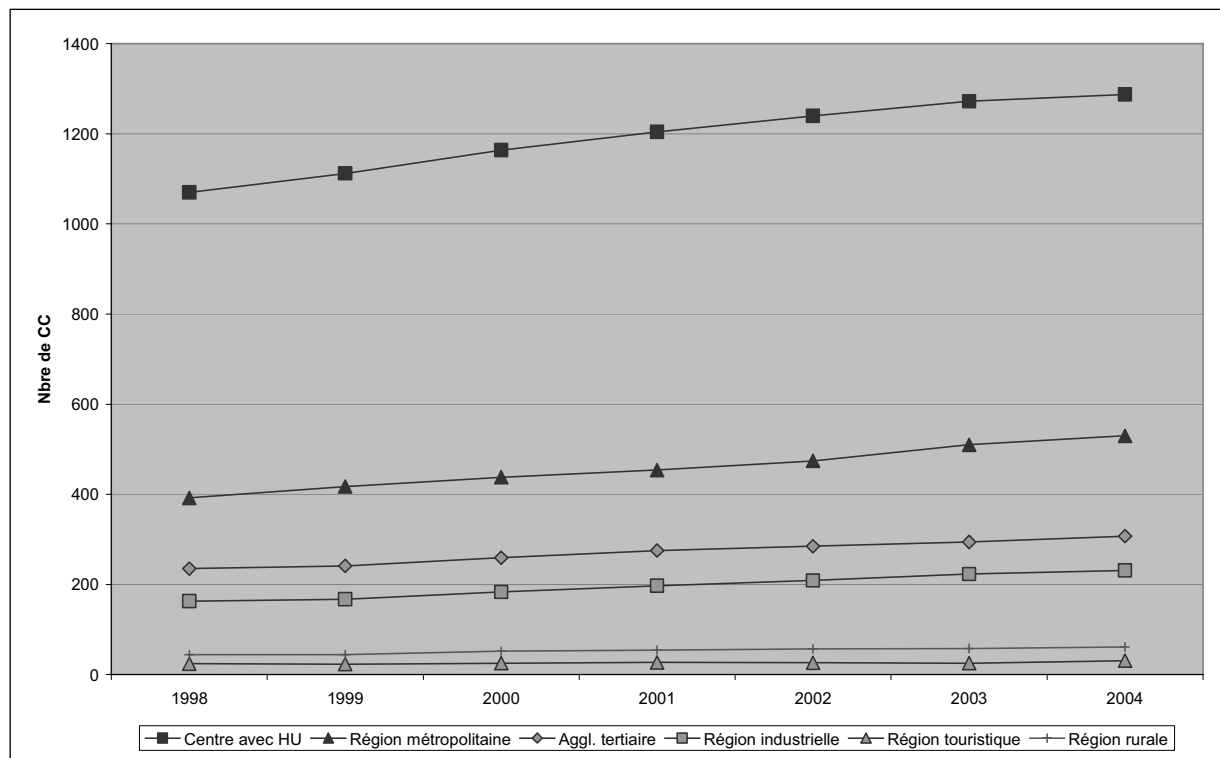
**Tableau 17 Evolution du nombre de codes créanciers entre 1998 et 2004. Psychiatrie.**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de Codes Créanciers	1928	2004	2121	2211	2291	2382	2447

Source : RCC santésuisse. Analyses : Obsan.

Les psychiatres enregistrés au RCC, installés dans les centres avec Hôpital universitaire et les régions métropolitaines représentent 74% de l'effectif total (Figure 11). Plus on s'éloigne des centres urbains, plus le nombre de CC diminue. Entre 1998 et 2004, l'augmentation du nombre de psychiatres a concerné les types de régions de manière variable, allant de 20% dans les centres avec Hôpital universitaire à 42% dans les régions industrielles (Tableau 18).

**Figure 11 Evolution du nombre de codes créanciers entre 1998 et 2004, par type de région. Psychiatrie.**



Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Légende : HU : Hôpital universitaire

## 8.2 Taux d'activité

Ce sont les détenteurs de CC des agglomérations tertiaires qui présentent les taux d'activité les plus élevés (Tableau 18). A l'opposé, les praticiens des centres avec Hôpital universitaire affichent les taux les plus bas. Entre 1998 et 2004, le taux d'APT par CC varie plus que pour les catégories décrites précédemment et la tendance à la baisse est moins marquée. Dans les régions métropolitaines, industrielles et rurales, le taux d'activité augmente même durant la période étudiée, effet qui se reflète à l'échelon national (+3%). Les différences qui s'observent entre la psychiatrie et les autres catégories de médecins pourraient s'expliquer par le fait que les consultations sont généralement plus longues. De plus, il est possible que l'augmentation de l'activité observée dans certaines régions réponde à un besoin non couvert auparavant.

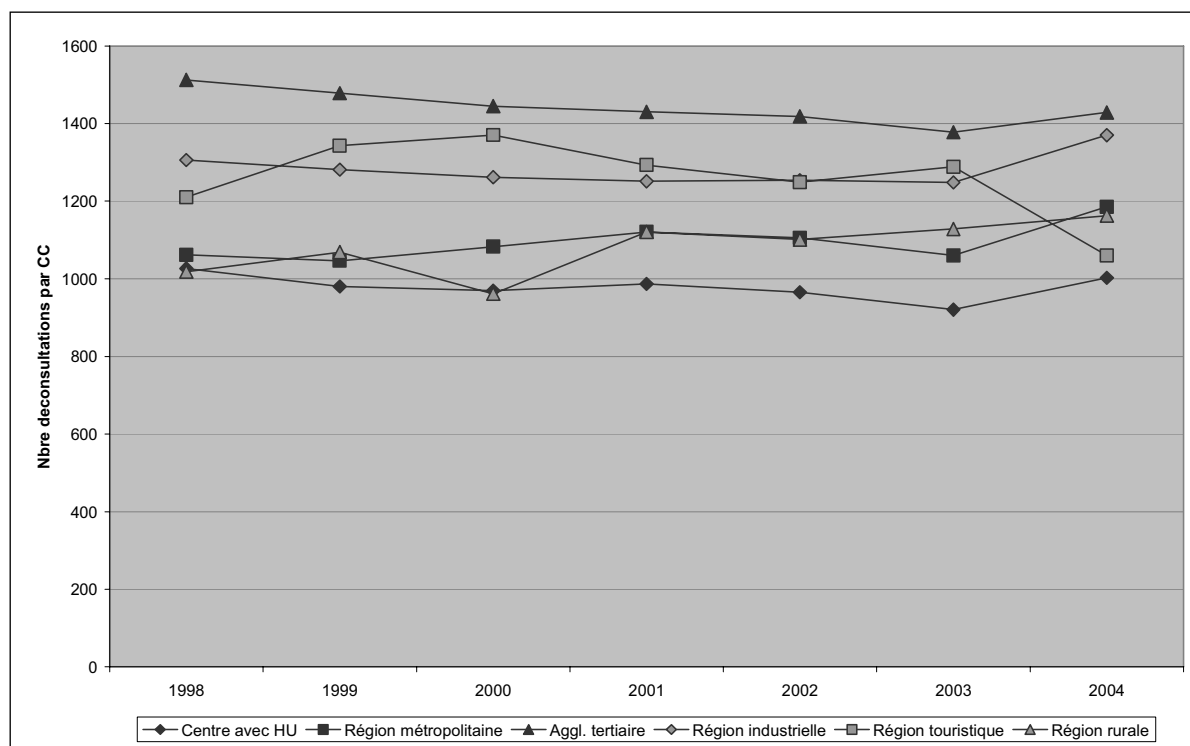
**Tableau 18 Evolution du nombre de codes créanciers, du nombre d'activités plein temps et de la proportion d'activité plein temps par code créancier, entre 1998 et 2004, par type de région. Psychiatrie.**

Type de région	Nombre de CC			Nombre d'APT			Nombre d'APT par CC		
	1998	2004	% diff.	1998	2004	% diff.	1998	2004	% diff.
Centre avec Hôpital universitaire	1070	1287	+20%	747	890	+19%	0.70	0.69	-1%
Région métropolitaine	392	530	+35%	283	433	+53%	0.72	0.82	+14%
Agglomération tertiaire	235	307	+31%	242	302	+25%	1.03	0.99	-4%
Région industrielle	163	231	+42%	145	218	+51%	0.89	0.94	+6%
Région touristique	24	31	+29%	20	23	+15%	0.82	0.73	-11%
Région rurale	44	61	+39%	30	49	+61%	0.69	0.80	+16%
Total	1928	2447	+27%	1466	1915	31%	0.76	0.78	+3%

Source : RCC, Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Comme pour les catégories précédentes, le taux d'activité peut aussi être exprimé plus concrètement à travers les deux indicateurs sur lesquels il repose, c'est-à-dire le nombre de consultations facturées ou le nombre de patients traités par CC. En exprimant le taux d'activité par le nombre de consultations facturées par CC, les valeurs les plus élevées concernent également les praticiens des agglomérations tertiaires, qui réalisent environ 500 consultations de plus par année que leur confrères des régions rurales, métropolitaines et des centres avec Hôpital universitaire (Figure 12). Entre 1998 et 2004, l'évolution du taux d'activité dans les différents types de régions fluctue de manière moins nette que pour les autres catégories de médecins (Annexe 4, Tableau Z)

**Figure 12 Evolution du nombre moyen de consultations pour un numéro de code créancier entre 1998 et 2004, par type de régions. Psychiatrie.**



Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Légende : HU : Hôpital universitaire

Les résultats concernant le nombre de patients traités par CC sont analogues à ceux du nombre de consultations facturées par CC (voir Annexe 4, Tableau Z). Dans les agglomérations tertiaires par exemple, les psychiatres ont traité en moyenne 40 patients de plus que dans les centres avec Hôpital universitaire. L'intensité des consultations a diminué de 4%, passant de 11.1 à 10.7 consultations/patient.

### 8.3 Densité de l'activité

Entre 1998 et 2004, c'est en psychiatrie que la densité d'APT augmente le plus en termes relatifs, dans des proportions comparables à celle du nombre de prestataires. Cette évolution concerne tous les types de régions (Tableau 19). Par conséquent, les écarts entre régions restent similaires, avec une forte densité d'APT dans les centres avec Hôpital universitaire et une densité presque dix fois plus faible en régions rurales.

Au niveau des régions, la densité d'APT augmente dans 74 régions, dont 33 régions périphériques et elle diminue dans dix régions dont six régions périphériques. Vingt-deux régions n'ont pas de psychiatre installé.

**Tableau 19 Evolution de la densité d'activité plein temps pour 10'000 habitants, entre 1998 et 2004 par type de région. Psychiatrie**

Type de région	APT/10'000 habitants			Nombre de régions concernées	
	1998	2004	% diff.	Densité d'APT ↑	Densité d'APT ↓
Centre avec Hôpital universitaire	4.7	5.4	+15%	5	1
Région métropolitaine	1.4	2.0	+43%	27	1
Agglomération tertiaire	2.2	2.7	+23%	9	2
Région industrielle	1.2	1.7	+42%	14	3
Région touristique	0.6	0.7	+17%	6	1
Région rurale	0.4	0.6	+50%	13	2
Total	2.1	2.6	+24%	74	10

Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

## 8.4 En résumé

En psychiatrie, les praticiens enregistrés auprès du RCC sont surtout concentrés dans les centres avec Hôpital universitaire, puis dans les autres régions urbaines. Entre 1998 et 2004, le nombre de psychiatres installé a augmenté dans toutes les régions mais plus particulièrement dans les régions industrielles et métropolitaines.

Les taux d'activité les plus élevés s'observent parmi les praticiens des agglomérations tertiaires, tandis que ceux des régions métropolitaines et des centres avec Hôpital universitaire ont les taux les plus bas. Ces taux ont évolué différemment selon les régions : seuls les praticiens des centres avec Hôpital universitaire, des agglomérations tertiaires et des régions industrielles ont diminué leur taux d'activité. Finalement, la densité d'APT a augmenté de manière relativement plus marquée que pour les autres catégories médicales, dans tous les types de régions mais, de nouveau, l'écart de l'offre des régions urbaines et périphérique reste inchangé.

## 9 Evolution de l'offre dans les régions périphériques

Bien que l'évolution du nombre de CC ne reflète pas de manière linéaire celle du nombre de praticiens, les chapitres précédents laissent supposer une augmentation du nombre de praticiens et une tendance à la baisse du taux d'activité. A l'exception de la psychiatrie où le taux d'activité augmente, cette évolution est observée pour toutes les autres catégories de spécialités. Sur la période d'analyse l'offre augmente dans tous les types de régions mais les écarts de l'offre entre les régions périphériques et urbaines restent maintenus.

L'évaluation de l'offre en soins médicaux ambulatoires dépend du type de régions considérées (urbaines ou périphériques) et du type de soins fournis (consultations en médecine « de premier recours » ou en soins « spécialisés »). Dans ce rapport, la Médecine de base représente la médecine « générale », tandis que Médecine de base, pédiatrie et gynécologie représentent ensemble, la « médecine de premier recours ». Les régions périphériques comprennent 19 régions industrielles, 16 régions touristiques et 26 régions rurales. Les régions urbaines sont représentées pour leur part par 6 régions « centre avec Hôpital universitaire », 28 régions métropolitaines et 11 régions « agglomération tertiaire » (Annexe 1).

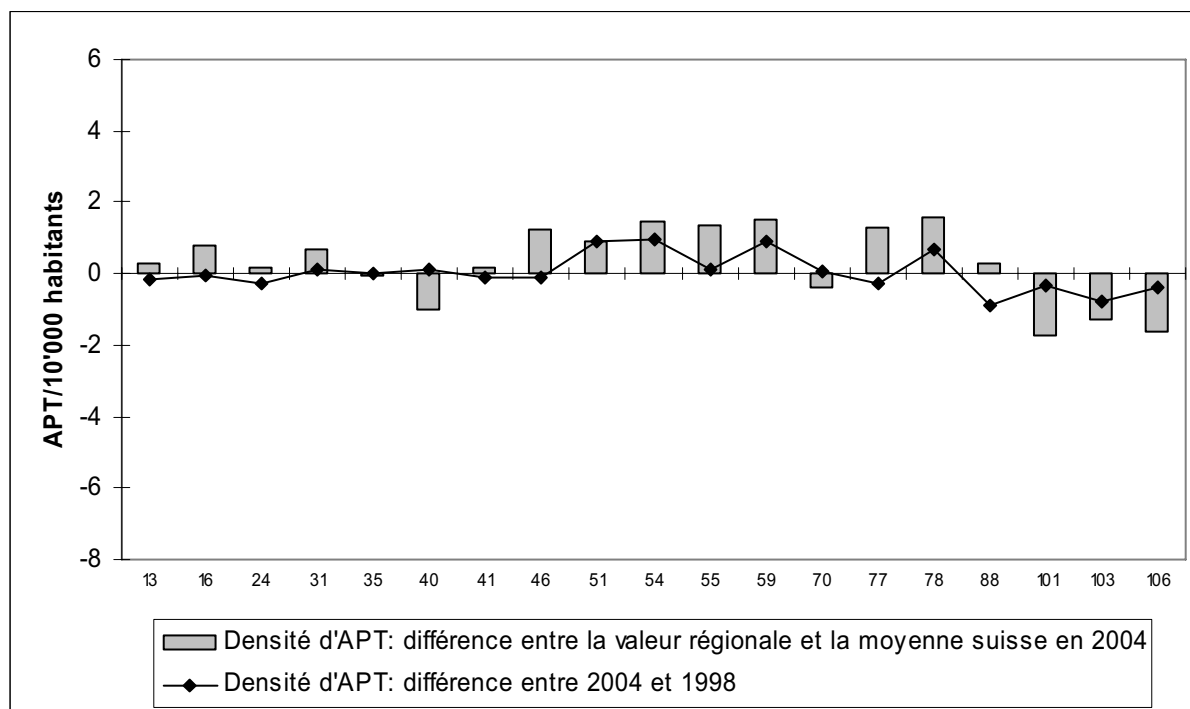
Les Figures 13-15 illustrent les différences que l'on peut constater selon les soins considérés, pour les trois types de régions périphériques. La densité d'APT en 2004 est comparée à la moyenne nationale, tandis que la différence de densité entre 2004 et 1998 permet d'identifier les régions où l'activité a diminué ou augmenté. Les noms des régions MS auxquelles correspondent les numéros figurent dans l'Annexe 1.



## 9.1 Offre dans les régions industrielles

Dans ces régions, l'offre en médecine de base a peu augmenté depuis 1998. Dans la majorité des régions elle est comparable à la moyenne nationale (6.3 APT/10'000 habitants). Cinq régions ont une offre au-dessous de la moyenne en 2004 (40 : La Gruyère, 70 : Aarau, 101 : Monthey, 103 : La Chaux-de-Fonds, 106 : Jura). Dans trois régions (101, 103, 106), cette situation pourrait être la conséquence de la baisse de l'offre observée depuis 1998 (Figure 13a).

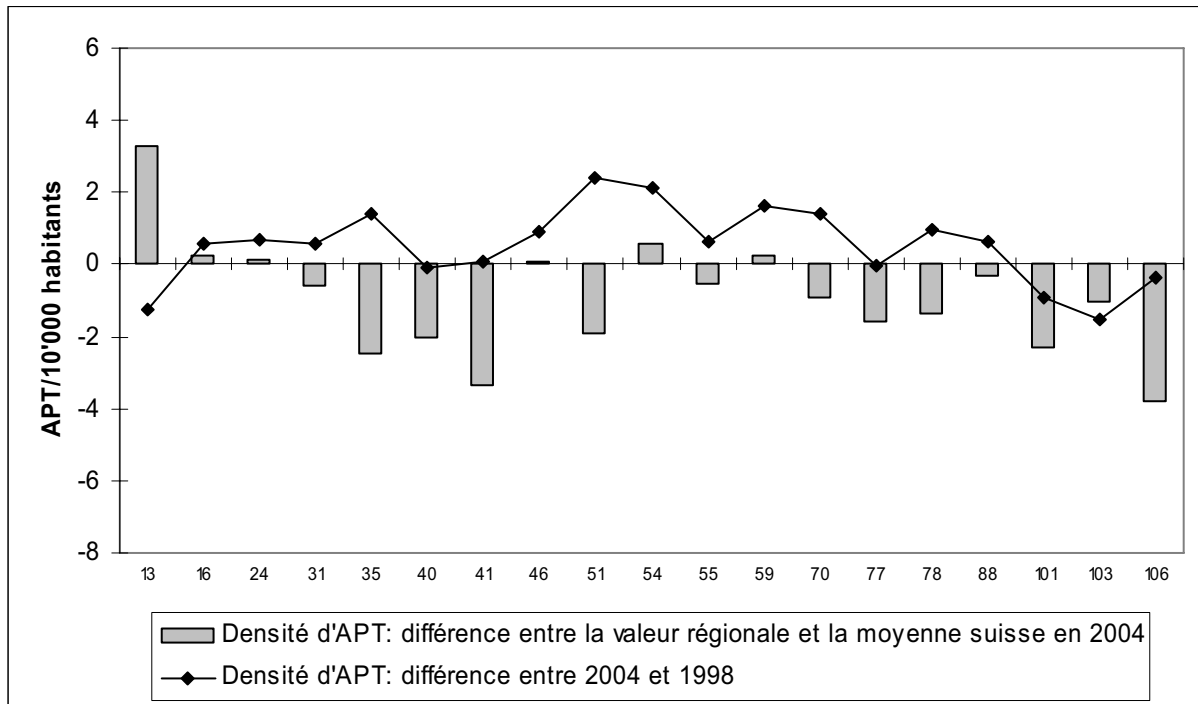
**Figure 13a. Densité de l'offre en 2004 et évolution entre 1998 et 2004 dans les régions industrielles. Médecine de base.**



Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

En incluant aussi la pédiatrie et la gynécologie, l'offre en Médecine de base Plus a augmenté depuis 1998 dans 12 régions mais, malgré cette hausse, la densité ne dépasse la moyenne que dans une région (13 : Bienne). Elle est comparable à la moyenne dans neuf régions (16 : Burgdorf, 24 : Grenchen, 31 : Innerschwyz, 46 : Solothurn, 54 : Rheintal, 55 : Werdenberg, 59 : Wil, 70 : Aarau, 88 : Aigle). Finalement, l'offre est en-dessous de la moyenne nationale dans neuf autres régions (35 : Nidwalden, 40 : La Gruyère, 41 : Sense, 51 : Appenzell A.Rh, 77 : Untersee, 78 : Oberthurgau, 101 : Monthey, 103 : La Chaux-de-Fonds, 106 : Jura) (Figure 13b).

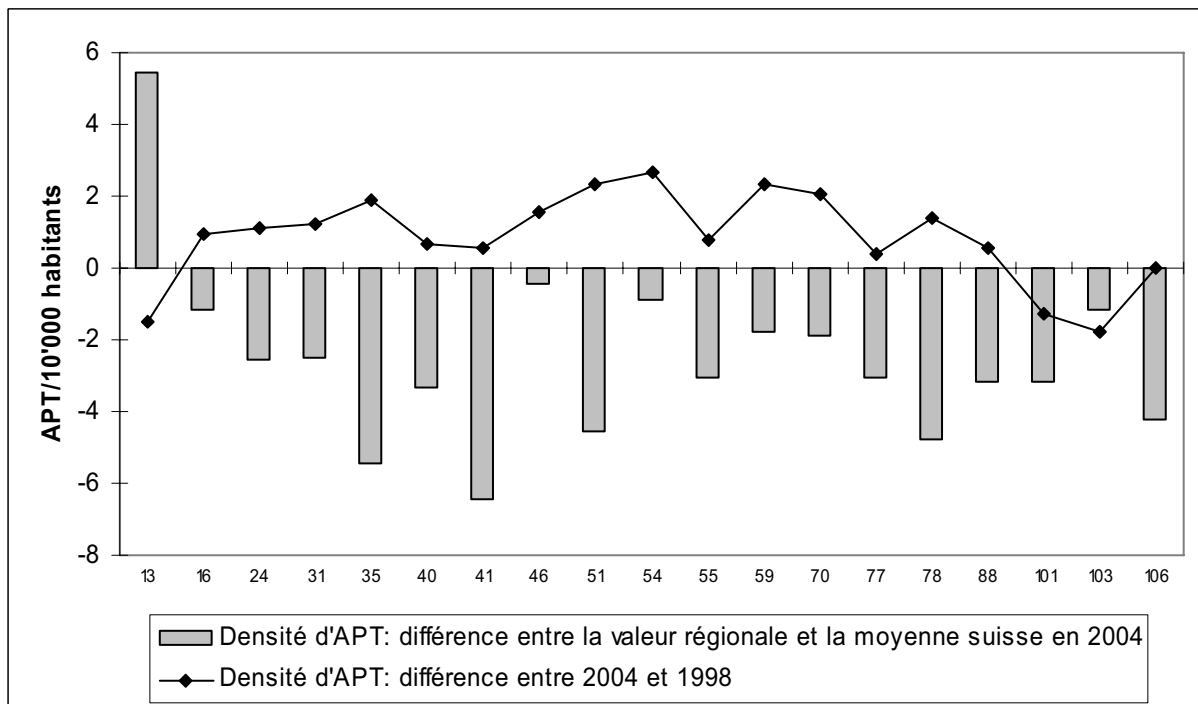
**Figure 13b. Densité de l'offre en 2004 et évolution entre 1998 et 2004 dans les régions industrielles. Médecine de base Plus.**



Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Finalement, si l'on ajoute encore la médecine spécialisée, seule la région 13 (Bienne) a une offre supérieure à la moyenne nationale de 16.5 APT/10'000 habitants en 2004, et cela même si l'offre a augmenté dans toutes les régions sauf quatre depuis 1998 (régions 13, 101, 103, 106) (Figure 13c).

**Figure 13c. Densité de l'offre en 2004 et évolution entre 1998 et 2004 dans les régions industrielle. Médecine de base Plus et médecine spécialisée (sans la psychiatrie).**



Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

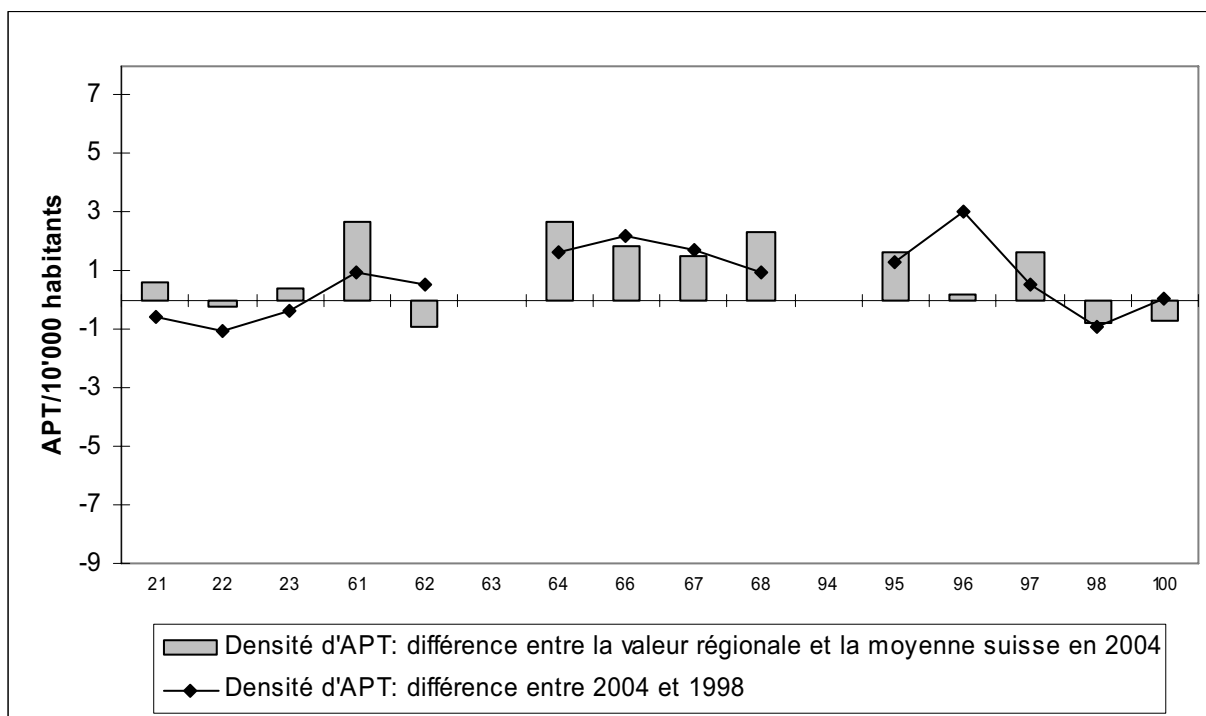
Donc, dans les régions industrielles, trois régions (101, 103 et dans une moindre mesure aussi 106) se distinguent par le fait que l'offre y a diminué entre 1998 et 2004, avec les trois perspectives adoptées, et que la densité de l'offre y est inférieure à la moyenne nationale en 2004.

## 9.2 Offre dans les régions touristiques

L'offre des régions touristiques est illustrée dans les Figures 14a-c. Deux régions contiennent moins de six prestataires et ne peuvent être montrées (63 : Schanffigg, 94 : Goms).

En ne considérant que la médecine de base, la densité de l'offre dépasse la moyenne nationale (6.3 APT/10'000 habitants) dans sept régions (61 : Prättigau, 64 : Mittelbünden, 66 : Surselva, 67 : Engiadina bassa, 68 : Oberengadin, 95 : Brig, 97 : Leuk) et elle est comparable à la moyenne dans quatre régions (21 : Saanen-Obersimmental, 22 : Kandertal, 23 : Oberland-Ost, 96 : Visp). Finalement, trois régions ont une densité inférieure à la moyenne nationale (62 : Davos, 98 : Sierre, 100 : Martigny). L'offre a diminué depuis 1998 dans quatre régions (21 : Saanen-Obersimmental, 22 : Kandertal, 23 : Oberland-Ost, 98 : Sierre) (Fig. 14a).

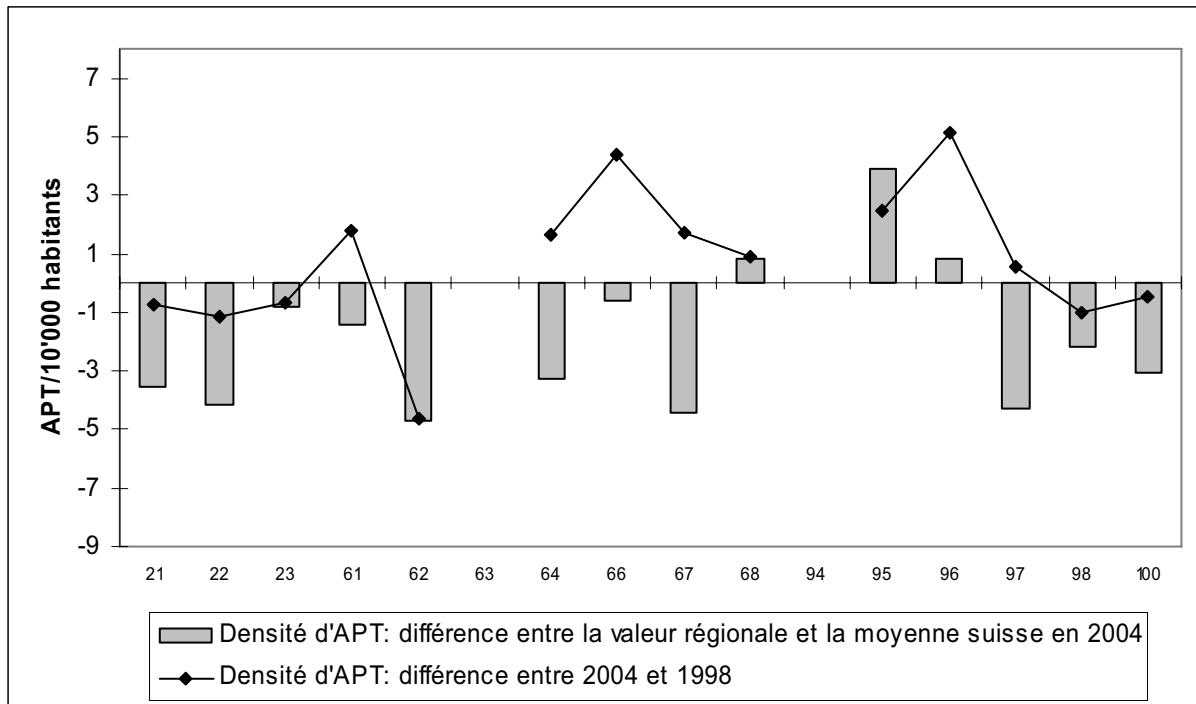
**Figure 14a. Densité de l'offre et évolution entre 1998 et 2004 dans les régions touristiques. Médecine de base.**



Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

En incluant la pédiatrie et la gynécologie, seule l'offre de la région de Brig dépasse la moyenne nationale (12.3 APT/10'000 habitants). Dans les autres régions, la densité est soit comparable à la moyenne nationale (23, 66, 68, 96) soit au-dessous de celle-ci. L'offre semble avoir augmenté depuis 1998 dans huit régions (61, 64, 66, 67, 68, 95, 96, 97) tandis qu'elle a diminué dans six autres régions (21, 22, 23, 62, 98, 100) (Fig.14b).

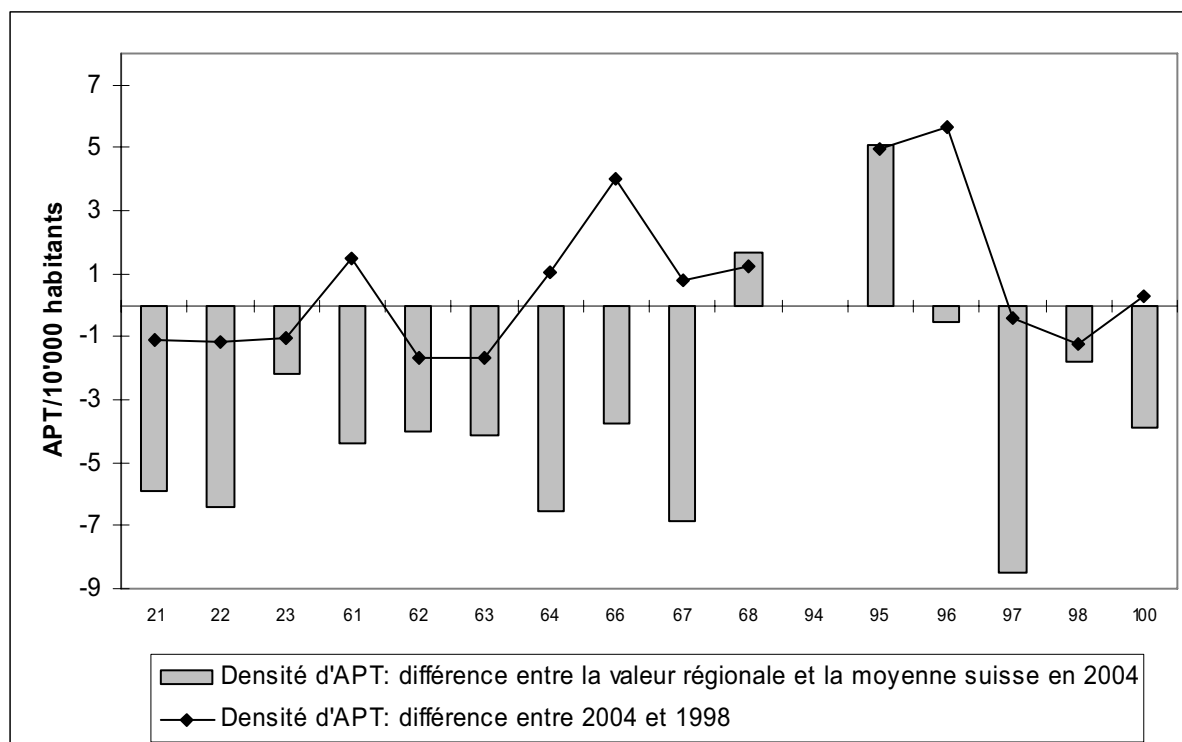
**Figure 14b. Densité de l'offre et évolution entre 1998 et 2004 dans les régions touristiques. Médecine de base Plus.**



Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

En ajoutant encore la médecine spécialisée dans le calcul de la densité de l'offre, celle-ci dépasse la moyenne nationale (16.5 APT/10'000 habitants) dans deux régions (95 : Brig, 68 : Oberengadin). Dans cinq autres régions, l'offre a augmenté depuis 1998 mais, à l'exception de Brig, la densité reste inférieure à la moyenne nationale (Fig.14c).

**Figure 14c. Densité de l'offre et évolution entre 1998 et 2004 dans les régions touristiques. Médecine de base Plus et médecine spécialisée (sans la psychiatrie).**



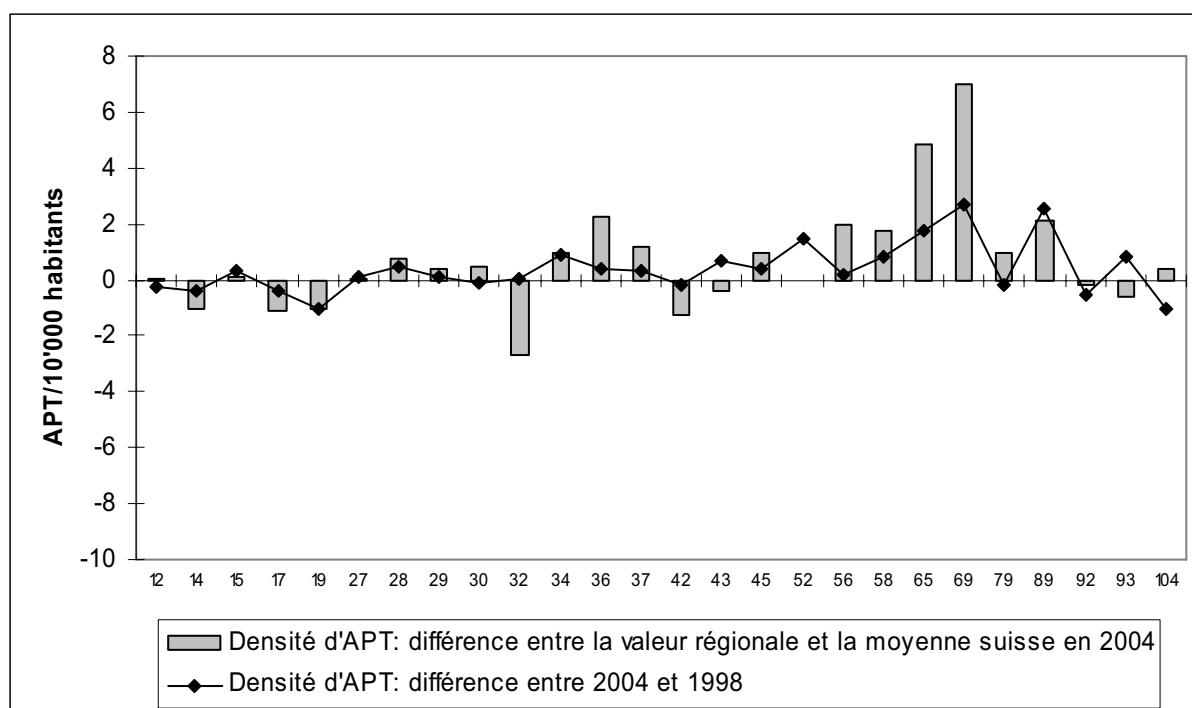
Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Ainsi, entre 1998 et 2004, l'offre a diminué dans six régions touristiques, et cette évolution concerne les trois catégories de médecines ci-dessus pour quatre d'entre elles (21, 22, 23 et 98) tandis que deux autres régions sont plutôt concernées par une baisse de l'offre en médecine de premier recours et médecine spécialisée. Pour ces six régions, la densité de l'offre est alors inférieure à la moyenne suisse en 2004.

### 9.3 Offre dans les régions rurales

Dans les régions rurales, la densité de l'offre en médecine de base est comparable à la moyenne nationale (6.3 APT/10'000 habitants) dans 19 des 26 régions. Elle dépasse cette moyenne dans six régions (36 : Glarner Unterland, 56 : Sarganserland, 58 : Toggenburg, 65 : Viamala, 69 : Mesolcina, 89 : Pays-d'Enhaut) et elle est nettement au dessous dans une région (32 : Einsiedeln). Depuis 1998, l'offre a légèrement diminué dans six régions (12 : Erlach/Seeland, 14 : Jura bernois, 17 : Oberes Emmental, 19 : Schwarzwasser, 92 : La Vallée, 104 : Val-de-Travers) tandis qu'elle est restée stable dans les autres régions (Fig. 15a).

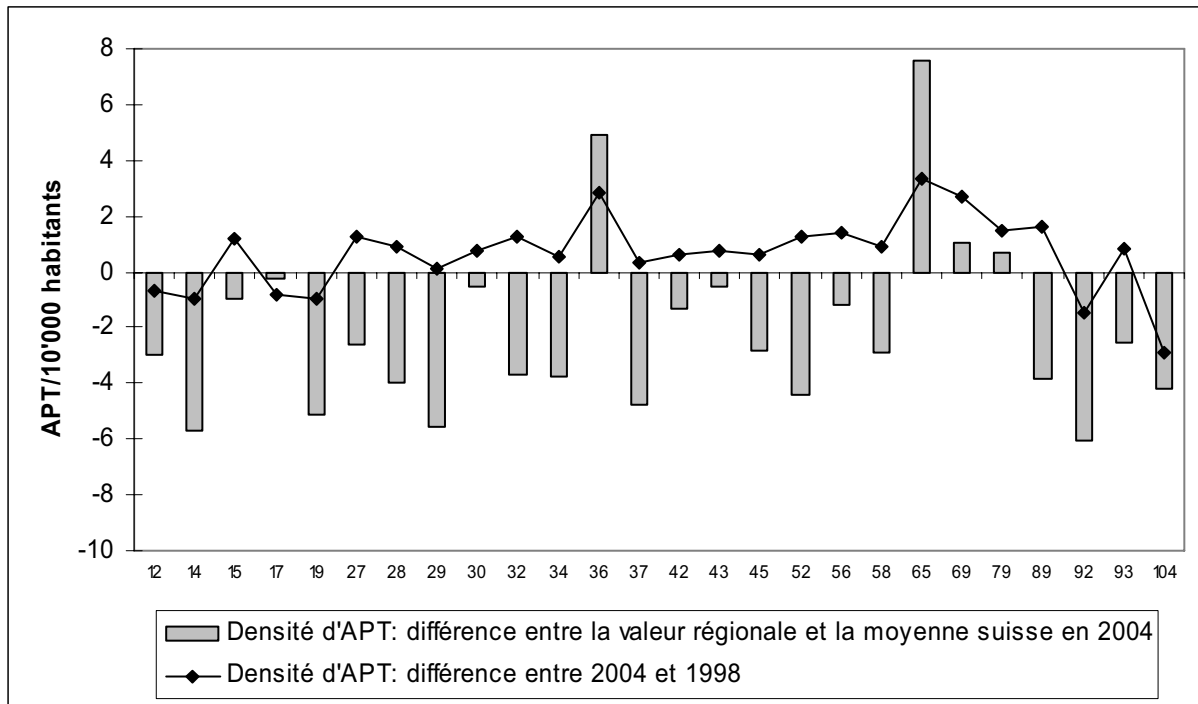
**Figure 15a. Densité de l'offre et évolution entre 1998 et 2004 dans les régions rurales. Médecine de base.**



Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

En tenant compte de l'offre en pédiatrie et en gynécologie, l'offre est restée stable ou a augmenté partout, sauf dans six régions (12, 14, 17, 19, 89, 104). Malgré cela, la densité de l'offre en 2004 est inférieure à la moyenne nationale (12.3 APT/10'000 habitants) dans la plupart des régions sauf dans le Glarner Unterland (36) et la région de Viamala (65) (Fig. 15b).

**Figure 15b. Densité de l'offre et évolution entre 1998 et 2004 dans les régions rurales. Médecine de base Plus.**

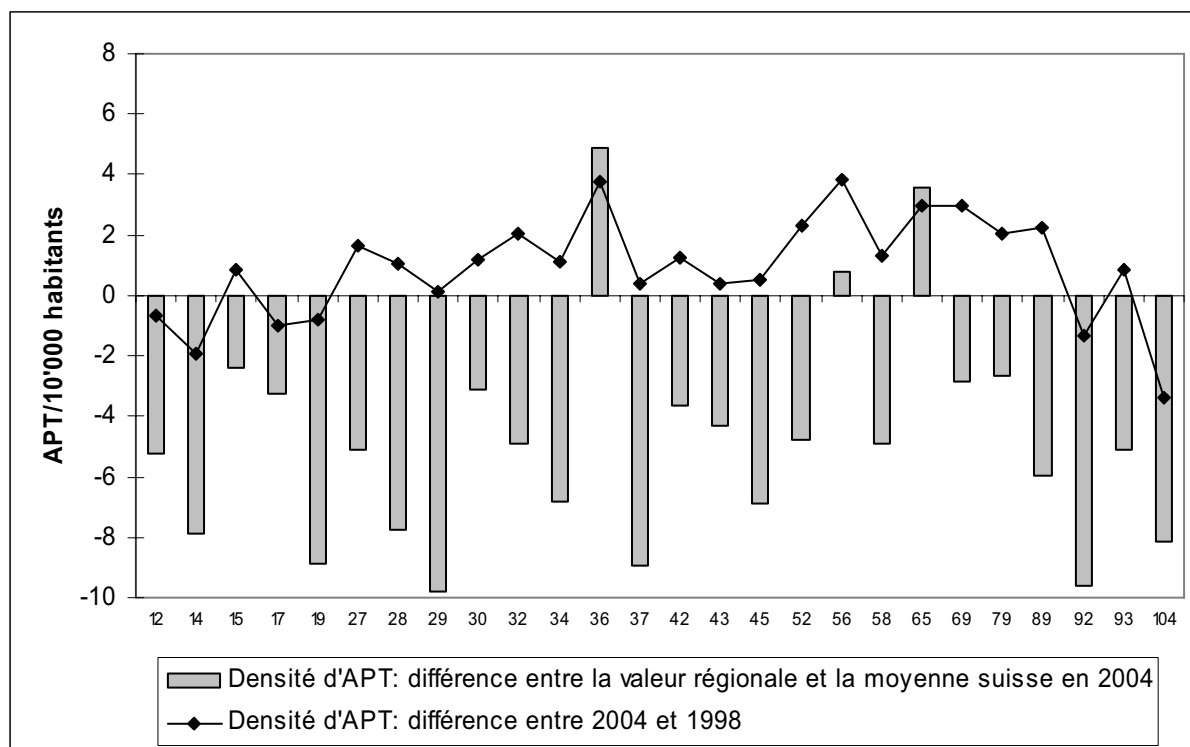


Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

Finalement, en ajoutant encore l'offre en médecine spécialisée, l'offre a diminué dans six régions des 26 régions. Dans la plupart des autres régions, bien que l'offre aie augmenté depuis 1998, la densité en 2004 est inférieure à la moyenne nationale (16.5 APT/10'000 habitants) dans toutes les régions sauf dans le Glarner Unterland (36) et la région de Viamala (65) (Fig.15c).

Ainsi, dans les régions rurales, l'offre a diminué dans 6 des 26 régions (12, 14, 17, 19, 92 et 104) et cette baisse a concerné autant la médecine de base que la médecine de premier recours et la médecine spécialisée. Dans les autres régions l'offre a augmenté, mais surtout en médecine de premier recours et en médecine spécialisée. En 2004, seules deux régions (36 et 65) ont une offre nettement supérieure à la moyenne, mais uniquement pour les catégories de médecine de premier recours et médecine spécialisée.

**Figure 15c. Densité de l'offre et évolution entre 1998 et 2004 dans les régions rurales. Médecine de base Plus et médecine spécialisée (sans la psychiatrie).**



Source : Datenpool santésuisse. Analyses : Obsan.

En résumé, entre 1998 et 2004, l'offre en médecine de base a peu changé. C'est la catégorie où la densité d'APT augmente le plus faiblement. Le niveau de cette offre est comparable à celle des régions urbaines mais, en périphérie, ce niveau comparable est assumé par des praticiens moins nombreux, travaillant plus que la moyenne nationale (du moins en ce qui concerne leur activité à la charge de l'AOS) ou dont les consultations sont plus courtes.

L'offre en soins spécialisés (y compris pédiatriques et gynécologiques) a plus augmenté sans pour autant effacer les écarts observés entre la densité des régions périphériques et urbaines. Ainsi, en périphérie, comme l'offre des autres catégories, y compris la pédiatrie et la gynécologie, est moins présente, il est probable que les praticiens de médecine de base y assument une part d'activité relevant normalement de catégories médicales non présentes (pédiatrie, gynécologie, mais aussi ophtalmologie, ORL, etc.).

A l'inverse, il est probable qu'en région urbaine, une partie des consultations de médecine de base soient prises en charge par les autres spécialistes présents. Les données disponibles ne permettent pas de connaître le contenu des consultations et ne permettent pas de vérifier cette hypothèse. Néanmoins, si, en périphérie, un praticien de médecine de base doit couvrir plus d'activités que dans les centres, l'offre en médecine de base de ces régions risque d'être surestimée, si l'on ne se préoccupe pas de la nature des activités réalisées. Pour interpréter correctement l'offre en médecine de base, il est nécessaire de tenir compte aussi de celle des autres spécialités, notamment de la pédiatrie et la gynécologie.





## 10 Discussion

Ce travail met en rapport l'évolution du nombre de praticiens inscrit au RCC entre 1998 et 2004 avec celle de leur taux d'activité, estimé sur la base du volume d'activité qu'ils facturent à l'assurance obligatoire de soins (AOS).

Plusieurs limites sont à prendre en compte dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, il se base sur le nombre de codes créanciers, élément qui ne reflète pas directement le nombre de praticiens. Un médecin peut détenir plusieurs CC et garde généralement son CC pour son usage privé à sa retraite. En outre, les médecins sont identifiés à partir de leur dernier titre FMH, alors que certains d'entre eux peuvent exercer une autre spécialité que celle représentée par ce titre. Ce type d'information ne figure pas dans les données de santéuisse. Enfin, il est possible que dans certaines régions la baisse de l'activité des praticiens reflète aussi une augmentation de l'activité ambulatoire des hôpitaux.

Pour estimer le taux d'activité, la durée des consultations n'a pas pu être prise en compte. Or, la durée d'une consultation dépend entre autre de la population traitée (personnes étrangères ou non), de sa morbidité (personnes polymorbides ou non) et de la spécialité du praticien. Une part de ces différences a été en partie corrigée, en estimant un seuil d'Activité Plein Temps spécifique à chaque spécialité. Un autre angle d'analyse aurait été de se baser sur les coûts des consultations, mais cette information n'a pas été mise à la disposition de l'Obsan.

Ces résultats sous-estiment l'activité réelle des médecins, car ils ne tiennent compte ni de l'activité effectuée dans le cadre d'autres types d'assurances (accident, invalidité, complémentaire, ou, dans les régions touristiques soins fournis à des patients étrangers), ni de l'activité pour laquelle les factures n'ont pas été transmises à l'assurance par les patients (franchise). On peut supposer que l'élévation des franchises maximales ne devrait pas avoir d'impact sur cette étude longitudinale car les personnes qui consultent le plus sont rarement celles qui choisissent de telles franchises.

Malgré ces limites, le fait que tous les médecins soient soumis à la même méthode de calcul permet des comparaisons valides. L'estimation de l'offre en médecine ambulatoire, obtenue grâce à cette méthode, reste plus précise que le recensement du nombre de praticiens installés en cabinet.

Pour cette période, on observe une augmentation générale du nombre de CC. Cette hausse est observée dans toutes les catégories de médecins et tous les types de régions, à l'exception des gynécologues et pédiatres installés dans les régions touristiques. Les hausses d'effectifs les plus importantes en terme relatif concernent la psychiatrie et la médecine spécialisée sans activité chirurgicale. Un effet de l'introduction de la clause du besoin en 2002, censée avoir entraîné une « ruée » sur les ouvertures de cabinet avant fin juin et une stabilisation des effectifs après cette date, n'est pas visible dans nos données. Ceci pourrait en partie s'expliquer par le fait que les médecins qui auraient fait une demande de code créancier sans facturer de consultation par la suite ne figurent pas dans nos analyses.

Cette analyse met en évidence trois situations. La diminution du nombre de prestataires va de paire avec une augmentation du taux d'activité des autres praticiens, situation observée pour les pédiatres et les gynécologues des régions touristiques. La situation de la psychiatrie est différente : le nombre de praticiens augmente dans toutes les régions sans que leur taux d'activité ne diminue de manière systématique. Comme l'offre en psychiatrie est relativement basse en dehors des grands centres urbains, il est probable que la hausse en praticiens réponde à un besoin et que la hausse de la densité d'activité plein temps (APT) reflète alors une meilleure accessibilité à des consultations de psychiatrie.

La situation la plus répandue, concerne toutes les catégories sauf la psychiatrie : la hausse des effectifs va généralement de paire avec une diminution de la part d'Activité Plein Temps réalisée. Les données ne permettent pas de tirer de conclusions quant aux causes qui se cachent derrière cette évolution. Différentes explications sont possibles, sans qu'il soit possible d'estimer leur importance

respective. Il peut s'agir d'une réduction volontaire du temps de travail, phénomène qui semble plus répandu parmi les jeunes praticiens. Théoriquement, une augmentation du nombre de praticiennes pourrait aussi influencer le taux d'activité mais le degré de féminisation dans les cabinets est encore relativement bas. Il pourrait aussi s'agir de changements dans le mode de pratique (consultations plus longues car plus complexes mais moins nombreuses) ou refléter une tendance des praticiens à travailler dans d'autres domaines que l'AOS (autres assurances ou autres secteurs de soins tels qu'EMS, foyers etc.). Finalement, la hausse de la densité des praticiens peut aussi entraîner une certaine concurrence et une réduction du volume d'activité. Ce dernier élément indiquerait que les possibilités d'induire la demande ne sont pas illimitées, du moins en ce qui concerne le taux de recours, phénomène qui a déjà été décrit en Allemagne [7].

La réduction du taux d'activité est observée dans toutes les régions. On constate le même type d'évolution dans d'autres pays développés comme le Canada, où les médecins de famille ont travaillé 8.5% d'heures hebdomadaires en moins et ont effectué 4.3% de consultations de moins par année, entre 1993 et 2003 [4]. Dans cette étude, la diminution du temps de travail touchait autant les hommes que les femmes mais le volume d'activité des praticiennes était inférieur à celui des praticiens. En Suisse également, il existe un lien entre un taux d'activité plus bas et une proportion plus élevée de praticienne [5].

La diminution du nombre de consultations effectuées par médecin va de paire avec une baisse de l'intensité de ces consultations, qui est difficilement interprétable sans information sur la morbidité des patients et la durée de ces consultations. Des résultats semblables ont été observés au Canada (baisse de 2.9 à 2.7 consultations par année) entre 1993 et 2003 [4]. Cette évolution peut être la conséquence d'un changement dans le mode de consultations (plus longues mais moins fréquentes), d'une amélioration de l'efficacité des soins ou d'une diminution de leur qualité. Elle peut aussi refléter une plus grande propension des patients à changer de médecin. Il serait souhaitable de suivre l'évolution de cet indicateur, en intégrant si possible des informations supplémentaires concernant la morbidité des patients.

Dans cette analyse, les praticiens exerçant dans les régions urbaines et plus particulièrement dans les centres avec Hôpital universitaire, ont généralement des taux d'activité plus faibles que ceux installés en périphérie. Il est toutefois possible que les consultations réalisées en région urbaine soient plus longues que celles réalisées en régions périphériques, différence déjà remarquée dans d'autres pays européens [8, 9]. L'augmentation du nombre de praticiens est pour sa part plus importante dans les régions urbaines indiquant une préférence pour les jeunes praticiens pour ces régions plus centrées. Par conséquent, entre 1998 et 2004, les écarts entre ces régions et les régions périphériques ont persisté et l'offre en soins médicaux spécialisés y compris en gynécologie, pédiatrie et psychiatrie reste centrée dans les régions urbaines.

Ces disparités régionales ont des implications pour l'offre future des régions périphériques, notamment l'offre en médecine de base. Actuellement, l'offre en médecine de base est comparable entre les régions urbaines et les régions périphériques, mais la médecine de base des régions périphériques est assurée par des praticiens ayant un taux d'activité élevé et dont les consultations sont peut-être plus courtes. De plus, elle n'est pas relayée par l'offre en autres soins médicaux : gynécologie, pédiatrie, médecine spécialisée et psychiatrie. C'est pourquoi la marge de manœuvre de ces praticiens est restreinte, s'ils doivent par exemple étendre leur volume d'activité en cas de fermeture d'autres cabinets. Une fois un certain seuil d'activité atteint, leur seule possibilité sera alors de diminuer la durée de leurs consultations, et par là, de réduire la qualité des soins apportés [10].

## 11 Conclusions et perspectives

Bien que l'effectif des codes créanciers ne reflète pas directement celui des médecins, on peut supposer que le nombre de praticiens augmente. Cependant, mis à part les psychiatres, ils ont tendance à réduire leur taux d'activité. Ils s'installent de préférence dans les régions urbaines et les disparités régionales persistent. Sur la période de l'étude, la densité de l'offre a diminué dans 15 régions périphériques.

Les différences régionales concernent le type de soins disponibles, puisque les médecins spécialisés, les pédiatries, gynécologues et psychiatries se concentrent plutôt dans les régions urbaines. Pour les praticiens en médecine de base, les différences concernent leur spectre d'activité, potentiellement plus étendu dans les régions périphériques, et leur taux d'activité car les médecins installés en périphérie ont des taux d'activité plus élevés. Cette dernière constatation implique une marge de manœuvre plus réduite pour faire face à une élévation des besoins (ou une fermeture de cabinet).

Ces travaux confirment l'importance de tenir compte du taux d'activité dans les réflexions visant à définir les besoins futurs en médecins. Pour cette raison, l'Observatoire de santé poursuit différents travaux afin de mieux décrire le secteur des soins médicaux ambulatoires, en examinant le type d'activité réalisée ou la durée des consultations, en fonction du type de régions, ou en mettant sur pied des modèles de prévision et en développant des indicateurs assurer un suivi de cette offre.



## 12 Références

1. Crivelli L, Domenighetti G. [The physician/population ratio in Switzerland: the impact of its regional variation on mortality, health expenditures and user's satisfaction]. *Cah Sociol Demogr Med* 2003;43(3):397-425.
2. Labelle R, Stoddart G, Rice T. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *J Health Econ* 1994;13(3):347-68.
3. Grytten J, Sorensen R. Primary physician services-List size and primary physicians' service production. *J Health Econ* 2007.
4. Watson DE, Slade S, Buske L, Tepper J. Intergenerational differences in workloads among primary care physicians: a ten-year, population-based study. *Health Aff (Millwood)* 2006;25(6):1620-8.
5. Jaccard Ruedin Hélène, Roth Maik, Bétrisey Carine, Marzo Nicola, Busato André. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé, 2007.
6. Bertschi M. Assurance obligatoire de soins: couverture des soins par les cabinets médicaux. *Sécurité sociale CHSS* 2005;2005(6):370-373.
7. Andersen H, Schwarze J. Angebotsinduzierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb. Eine empirische Analyse der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen. Berlin: Berliner Zentrum Public Health, 1997.
8. Boerma WG, Groenewegen PP, Van der Zee J. General practice in urban and rural Europe: the range of curative services. *Soc Sci Med* 1998;47(4):445-53.
9. Britt H, Miles DA, Bridges-Webb C, Neary S, Charles J, Traynor V. A comparison of country and metropolitan general practice. *Med J Aust* 1993;159 Suppl:S9-64.
10. Sirovich BE, Gottlieb DJ, Welch HG, Fisher ES. Regional variations in health care intensity and physician perceptions of quality of care. *Ann Intern Med* 2006;144(9):641-9.





























