



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

# Prévisions et planification dans le domaine des soins ambulatoires

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

*Stefan Spycher*

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

## Tables des matières Résumé

---

Stefan Spycher, Prévisions et planification dans le domaine des soins ambulatoires; Document de travail 5 de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan); Neuchâtel 10/2004 (ISBN Nr. 3-907872-10-X)

Commande: [obsan.expedition@gewa.ch](mailto:obsan.expedition@gewa.ch) ou Obsan-Expédition, c/o GEWA,  
Tannholzstr. 14, CH-3052 Zollikofen, CHF Fr. 15.- plus frais d'envoi

---

## Tables des matières

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

---

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

## Résumé

### Point de départ

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

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

### Problématique

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

- Quels sont les objectifs d'une planification des besoins dans le secteur ambulatoire?
- Quelles expériences ont été réalisées en la matière par d'autres pays? Quels types de sources de données utilise-t-on à l'étranger dans des modèles en cours ou planifiés?

- Quels sont les ouvrages topiques actuellement disponibles à l'échelle nationale et internationale, et quelle est leur pertinence notamment concernant la définition des besoins actuels et futurs de prestations dans le secteur ambulatoire?
- Toute planification de l'offre et de la demande basée sur des données statistiques comporte automatiquement des imprécisions. Que cela implique-t-il du point de vue politique pour la réalisation d'un tel projet en Suisse?

## Méthode

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

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

## Résultats de l'analyse bibliographique

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

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

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

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

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

- Si l'on considère qu'une planification est nécessaire, pour quelque motif que ce soit, la **bibliographie théorique** montre que la tâche s'annonce très ardue. Car il s'agit en fin de compte de définir une relation entre le nombre de personnes exerçant une profession médicale et l'état de santé de la population. Il faut pour cela se baser sur de nombreuses hypothèses qui peuvent être sujettes à controverse.
- La bibliographie relative aux différentes **méthodes prévisionnelles** indique qu'il n'existe aucun standard absolu en la matière. En revanche, on trouve quantité de méthodes qui comportent toutes des avantages ou des inconvénients plus ou moins sérieux. Cette situation a conduit certains pays (p. ex. les Pays-Bas et l'Australie) à utiliser simultanément toutes les méthodes pour les intégrer finalement dans différents scénarios et contextes politiques. Ainsi, le processus de planification et de prévision – avec les conséquences que cela suppose – prend une forme plus politique que technique. En suivant une lecture un peu différente, on peut aussi affirmer que la bibliographie propose un vaste arsenal d'instruments de prévision.
- Différents pays ont réalisé des **expériences concrètes dans le domaine de la planification**. Mais les processus adoptés sont souvent d'une grande simplicité et basés sur un rapport donné entre le nombre de médecins et le nombre d'habitants (ratio population/médecin). La valeur de référence se rapporte fréquemment à une période précise dans le passé. Ceci pose problème

dans la mesure où la technique médicale ne cesse de progresser et que la donne s'en trouve ainsi changée. Une telle approche suppose aussi que l'offre en matière de soins pour l'année de référence ait été «optimale» et «efficace». Un point sur lequel on ne peut avoir aucune certitude. On peut partir du postulat que le choix des systèmes de planification n'a pas été guidé par des préférences méthodologiques, mais qu'il résulte plutôt d'un processus politique. Le principe simple des ratios population/médecin semble à cet égard bien accepté.

- Dans plusieurs pays, la **notion de pénurie** est définie de manière explicite. Mais les critères utilisés ne sont jamais empiriques (ni théoriques). Il s'agit plutôt de critères plausibles qui sont énoncés comme normatifs. La notion de pénurie n'est pas déterminée partout en fonction d'un nombre donné de fournisseurs de prestations. En Australie, par exemple, on essaie d'obtenir une vue d'ensemble de la situation au moyen de rapports réguliers établis par une commission spécialement créée à cet effet. Cette dernière utilise comme référence toute une série de données quantitatives et qualitatives.

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

## Résultats des discussions d'experts

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

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

précisément pas envisageable et que des standards devraient être définis dans le cadre de processus clairement réglementés. Il leur paraît aussi nécessaire de définir en détail les cas d'entorse à la réglementation et les sanctions applicables. Pour la majorité des experts, cette réflexion parle en défaveur d'un système de monitoring tel qu'il a été proposé dans une étude réalisée en Allemagne: un système de ce type devrait définir précisément des indicateurs et spécifier les mesures à prendre lorsque les valeurs limites de ces indicateurs ne sont pas atteintes. Dans ce contexte, le terme qui revient le plus souvent est celui de «justiciabilité».

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

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

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



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

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

## Conséquences et recommandations pour la Suisse

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

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

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

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

- **Diversité des méthodes:** Il faudrait essayer de prévoir l'offre et la demande en matière de soins ambulatoires en se basant sur les sources de données actuelles (lacunaires) et en

recourant à différentes méthodes. La bibliographie montre qu'une planification un tant soit peu sérieuse doit reposer sur une prévision un tant soit peu sérieuse de l'offre et de la demande.

- **Définition claire de prescriptions** minimales: Sur la base de ces estimations de fluctuation de l'offre et de la demande, il devrait être possible de déterminer de manière systématique la densité minimale requise des fournisseurs de prestations ambulatoires afin de garantir une prise en charge minimale. A cet égard, il convient aussi de prendre notamment en compte l'offre extra-cantonale et l'offre intra-muros. Il faudrait éviter autant que possible de définir de manière arbitraire le niveau minimal de soins.

- **Adaptation à la demande au niveau régional:** Le projet en consultation de la Confédération précise que, pour chaque fournisseur de prestations, des fourchettes de valeurs minimales doivent être fixées par tranche de 10 000 habitants. En Allemagne, d'intéressantes propositions sont actuellement examinées pour adapter la densité des fournisseurs de prestations aux caractéristiques régionales de la population eu égard à la pyramide des âges et à la morbidité. Ces pistes devraient être explorées.

- **Contrôle du monitoring:** Parallèlement à la planification minimale, on pourrait envisager, comme cela a été proposé en Allemagne, de mettre sur pied un système de monitoring de la situation sanitaire. A cet égard, il faudrait prendre en compte non seulement l'offre de prestations du secteur ambulatoire, mais aussi celle du secteur intra-muros. Un tel monitoring serait réalisé à l'aide de nombreux indicateurs brossant un tableau de la situation sanitaire. Il servirait de base de décision pour les autorités et de source d'information pour le grand public. Dans l'idéal, on disposerait également de données collectées systématiquement auprès de la population sur l'évaluation subjective de la situation sanitaire.

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