Evolution du taux d'activité des médecins «généralistes»

Die deutschsprachige Version dieses Artikels wird im Heft 49-50 von «PrimaryCare» erscheinen.

Hélène Jaccard Ruedin, Carine Bétrisey
Observatoire suisse de la santé

Ce travail décrit l'évolution du taux d'activité des praticiens en «médecine de base» (médecins «généralistes») entre 1998 et 2004. Leur taux d'activité est estimé à travers les consultations facturées à l'assurance obligatoire de soins et le nombre de patients traités par ces praticiens. Cette approche permet de comparer l'évolution de l'offre en soins et du taux d'activité de ces praticiens dans différents types de régions, pour l'ensemble de la Suisse. Les résultats indiquent une augmentation du nombre de praticiens installés, couplée à une baisse de leur taux d'activité. Durant toute la période étudiée, les taux d'activité sont nettement plus bas dans les régions urbaines. Pour des niveaux d'offre comparable, celle-ci est fournie dans les régions urbaines par des médecins nombreux, ayant une activité réduite, tandis que dans les régions périphériques, le même niveau de soins est garanti par des médecins moins nombreux, dont le taux d'activité dépasse la moyenne suisse. De plus, dans les régions périphériques, l'offre des autres spécialités étant faible, les praticiens de médecine de base assument probablement une partie des soins «spécialisés», y compris la pédiatrie et la gynécologie. Par conséquent, il existe un risque de surestimer l'offre de la médecine de base des régions périphériques, si l'on se limite à cette catégorie, sans tenir compte de l'offre fournie par les autres spécialités. Ces résultats soulignent l'importance d'inclure la dimension du taux d'activité dans l'évaluation de l'offre en soins médicaux ambulatoires et d'en suivre l'évolution, au travers d'un monitoring.

Contexte

En Suisse, presque 90% de la médecine ambulatoire est assurée par des médecins travaillant en cabinets privés et rémunérés à l'acte. Théoriquement, lorsque le nombre de médecins installés et donc la concurrence augmentent, le paiement à l'acte peut inciter certains praticiens à compenser la diminution du nombre de patients par une augmentation des actes médicaux réalisés [1]. Ce comportement, appelé «demande induite par l'offre», est difficile à prouver et à quantifier car l'augmentation du nombre de praticiens peut aussi représenter une meilleure accessibilité aux soins et la limite entre ces deux effets reste difficile à identifier.
Des mesures législatives visant à limiter le libre accès à la pratique médicale privée ont été introduites en Suisse en 2002, dans le but de stabiliser le nombre de médecins installés et, le cas échéant, de limiter une possible demande induite. Les données utilisées pour l'application de cette mesure n'ont pas tenu compte de la tendance à la réduction du temps de travail qui s'observe au sein du corps médical. Cette tendance, plus marquée parmi les jeunes générations de médecins, concerne autant les femmes que les hommes. Elle rend nécessaire de tenir compte aussi du taux d'activité des praticiens, lors des réflexions sur le nombre de praticiens autorisés ou non à s'installer [2]. Une telle approche est difficile car il n'existe pas de données permettant de chiffrer le temps de travail des médecins installés en cabinet. Ce travail propose d'estimer leur taux d'activité par l'intermédiaire de leur activité facturée à l'assurance obligatoire de soins (AOS) et d'examiner les points suivants:

– Comment a évolué le taux d'activité des médecins praticiens entre 1998 et 2004?
– Y a-t-il des disparités régionales et quelle en est l'ampleur?

Ces questions sont abordées pour la Suisse avant d'examiner de manière plus spécifique l'offre dans les régions périphériques.

Méthode et sources de données

Cette étude descriptive longitudinale est réalisée pour la Suisse pour les années 1998–2004.

Unité géographique

L'unité de base est une unité proposée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), la région de mobilité spatiale (région MS). Elle est définie à partir des données du recensement fédéral de 2000 en tenant compte de facteurs socioéconomiques et géographiques. A partir de cette unité de base, six types de régions sont définies, trois types de régions urbaines et trois types de régions périphériques:

– régions urbaines: centres avec hôpital universitaire, régions métropolitaines, agglomérations tertiaires;
– régions périphériques: régions industrielles, touristiques et rurales.

Médecins praticiens

L'information concernant les médecins praticiens provient de deux sources de données:

- Le *registre des codes créanciers* (RCC, santésuisse), la base de données administrative utilisée par les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie pour le décompte des prestations. Les praticiens sont identifiés selon leur dernier titre fédéral de spécialisation et selon le lieu de leur cabinet.

Le présent travail se concentre sur la catégorie «médecine de base» qui regroupe les médecins détenteurs d'un titre fédéral en médecine générale ou interne, les médecins praticiens et les cabinets de groupe.
Les autres spécialités sont étudiées en dé-

tail dans un rapport de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) qui paraît en novembre 2007 et elles ne sont mentionnées dans cet article que dans le cadre de l'évaluation de l'offre en soins dans les régions périphériques. Elles sont regroupées en trois catégories: gynécologie[1], pédiatrie et médecine «spécialisée» (sous-spécialités en médecine interne, médecine tropicale, dermatologie-vénéréologie, chirurgie, chirurgie pédiatrique, orthopédie, ophtalmologie, ORL, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, urologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie esthétique).

L'interprétation des résultats devra tenir compte du fait que le nombre de codes créanciers ne reflète pas directement le nombre de praticiens installés.

■ Le *pool de données santésuisse* permet d'identifier approximativement, pour chaque praticien, le nombre de consultations qu'il a facturées à l'assurance obligatoire de soins (AOS) et le nombre de patients qu'il a traités dans l'année. Seuls les médecins ayant facturé au moins une consultation par année à l'AOS sont retenus dans cette analyse.

Cette banque de données se base sur les factures envoyées aux assurances maladie et ne contient aucune indication concernant les consultations facturées à l'assurance accident ou aux assurances privées, ni sur les factures payées par les ménages et non transmises à l'assurance maladie. A noter qu'aucune information n'est disponible sur l'état de santé des patients, sur le contenu ou sur la durée des consultations. L'information concernant les montants facturés n'a pas été mise à disposition.

Estimation de l'activité (activité plein temps, APT)

Cette approche se base sur une méthode analogue régulièrement utilisée au Canada [3, 4]. Elle a été mise sur pied par un groupe d'experts provenant d'horizons divers (FMH, OFSP, cantons, santésuisse, Obsan) et a été décrite précédemment [5]. Elle se décompose en trois étapes:

■ La *première étape* consiste à fixer le seuil d'activité correspondant à une activité de 100%, 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, pour l'année 2004, un APT de 100% représente finalement: (6042 + 5561)/2 = 5801 consultations et (1291+1251)/2 = 1271 patients.

■ 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 $APT_{consultations}$ et son $APT_{patients}$, soit dans notre exemple 53,5%.

■ L'offre d'une région est calculée dans une *troisième étape*, en additionnant les pourcentages d'APT attribués aux praticiens de cette région. Si la même méthode est appliquée d'année en année pour l'ensemble des praticiens d'une spécialité, les comparaisons régionales et temporelles restent valides.

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'«équivalent plein temps», terme généralement associé à une unité de temps.

Indicateurs utilisés

Les analyses qui suivent reposent sur quatre indicateurs:

1. Code créancier/10 000 habitants: densité médicale
2. APT/10 000 habitants: densité de l'offre
3. Nombre d'APT/nombre de codes créanciers: taux d'activité
4. Nombre de consultations/nombre de codes créanciers: taux d'activité exprimé en volume de services

Le quatrième indicateur est en fait l'une des composantes de l'activité plein temps. Il permet d'exprimer de manière plus concrète à quoi correspond l'offre fournie par cabinet.

Résultats

En 1998, 56% des praticiens de cette catégorie, inscrits au registre des codes créanciers (RCC), se trouvent dans les centres avec hôpital universitaire et les régions métropolitaines (tab. 1). Leur nombre diminue lorsque l'on s'éloigne des centres urbains, la proportion la plus basse se rencontrant dans les régions touristiques (5%). Entre 1998 et 2004, le nombre de codes créanciers augmente de 11% pour la Suisse. Cette hausse concerne les six types de régions de mobilité spatiale, mais elle est plus importante dans les régions urbaines (9 à 14%) que périphériques (7 à 8%).

A l'exception des régions touristiques, plus on se rapproche des centres urbains, plus le taux d'activité diminue, avec le taux le plus bas dans les centres avec hô-

1 Pour faciliter la lecture, le terme de gynécologie remplace celui de gynécologie-obstétrique.

Tableau 1

Evolution du nombre de codes créanciers, du nombre d'activités plein temps (APT) et du taux d'activité en médecine de base, par types de régions, 1998–2004.

Types de régions	Nombre de CC		Nombre d'APT		Nombre d'APT par CC	
	1998	2004 (% de diff.)	1998	2004 (% de diff.)	1998	2004 (% de 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%)

Sources: RCC, pool de données santésuisse. Analyses: Obsan.

pital universitaire (tab. 1). Entre 1998 et 2004, le taux d'activité diminue de 4% à l'échelon suisse. Il baisse le plus fortement dans les régions métropolitaines (–7%) tandis que les praticiens des régions touristiques augmentent leur taux d'activité durant cette période (+3%). En conséquence de la réduction du taux d'activité, la densité d'APT augmente moins que la densité médicale (+2% au niveau suisse). Cette hausse s'observe dans tous les types régions sauf les régions métropolitaines où le taux d'activité a fortement diminué durant cette période (tab. 2).

La densité d'APT varie relativement peu entre les régions, oscillant entre 5,8 et 6,9 APT/10000 habitants en 2004. Mais la réalité des praticiens qui la garantissent varie selon les régions. Dans les régions urbaines, cette offre est fournie par de nombreux médecins dont le taux d'activité peut être réduit. Dans les régions périphériques, une offre comparable est fournie par des médecins peu nombreux, dont le taux d'activité dépasse la moyenne nationale. Concrètement, en 1998 déjà, un praticien dans une région rurale réalise en moyenne jusqu'à environ 1900 consultations de plus par année qu'un confrère installé dans un centre avec hôpital universitaire (fig. 1). Entre 1998 et 2004, le nombre de consultations facturées diminue de manière plus ou moins comparable dans tous les types de régions sauf les régions touristiques, si bien que les différences régionales restent presque inchangées (+1700 consultations/praticien dans les régions rurales par rapport aux centres avec hôpital universitaire).

Evolution de l'offre des régions rurales

De par le taux d'activité plus élevé en périphérie, on ne constate pas de disparités régionales en ce qui concerne la densité de l'offre de la médecine de base. Cependant, en se limitant à cette seule catégorie, l'offre des régions périphériques risque d'être surestimée. En effet, les limites entre l'offre de médecine de base et celle des autres spécialités sont floues et les médecins généralistes peuvent fournir des soins «spécialisés» tandis que les médecins «spécialistes» peuvent aussi prodiguer des soins «de base» [6]. Par conséquent, l'offre en médecine de base doit être considérée en tenant compte des différences régionales observées pour les autres spécialités, en particulier la pédiatrie et la gynécologie, dont les activités sont souvent reprises par les médecins généralistes.

Les disparités régionales apparaissent lorsque l'on inclut ces deux spécialités dans l'évaluation, puisque les pédiatres et les gynécologues sont d'abord présents dans les régions urbaines (tab. 3). L'écart s'accentue en ajoutant encore les médecins spécialistes, laissant supposer que les médecins de premier recours doivent couvrir un spectre d'activité plus étendu dans les régions périphériques. A noter que l'écart concerne aussi les régions métropolitaines, mais les conséquences pour les praticiens et les habitants de ces régions centrées ne sont pas les mêmes que pour ceux des régions périphériques.

Tableau 2

Evolution de la densité de l'offre de la Médecine de base par types de régions, 1998–2004.

Types de régions	Nombre d'APT/10000 hab.	
	1998	2004 (% de diff.)
Centre avec hôpital universitaire	5,9	6,3 (+6%)
Région métropolitaine	5,9	5,8 (–2%)
Agglomération tertiaire	6,4	6,7 (+5%)
Région industrielle	6,5	6,6 (+2%)
Région touristique	6,2	6,9 (+11%)
Région rurale	6,4	6,6 (+3%)
Total	6,2	6,3 (+2%)

Sources: ESPOP, OFS. Pool de données santésuisse. Analyses: Obsan.

Discussion

Ce travail décrit l'évolution du taux d'activité des praticiens, pour la catégorie de médecine de base (correspondant à la médecine «générale»), en fonction du type de région où se trouve le cabinet. Ce taux d'activité est estimé à partir du volume d'activité facturé à l'assurance obligatoire

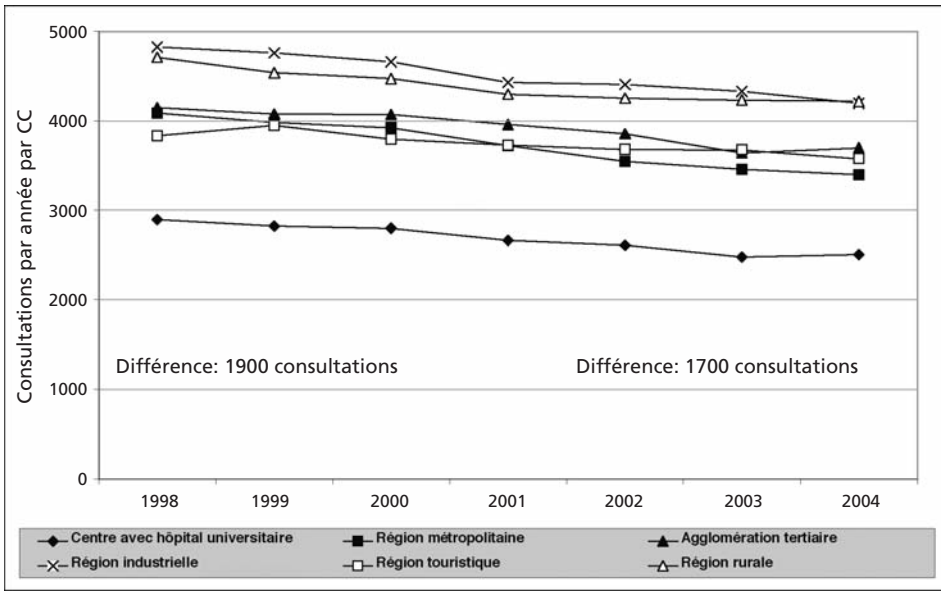

Figure 1

Evolution du nombre de consultations par code créancier entre 1998 et 2004, dans les différents types de régions, pour la médecine de base. Sources: RCC, pool de données santésuisse. Analyses: Obsan.

de soins (AOS). L'interprétation des résultats doit tenir compte de plusieurs limites.

Tout d'abord, le nombre de codes créanciers (CC) ne reflète pas directement le nombre de praticiens. Plusieurs praticiens peuvent facturer sous le même code, certains prestataires peuvent facturer des prestations sous plusieurs codes différents, et, finalement, les praticiens qui remettent leur cabinet peuvent garder leur CC actif. Ensuite, les praticiens y sont identifiés par leur dernier titre FMH, mais il est possible qu'une partie d'entre eux exerce d'autres activités que celles correspondant au dernier titre obtenu. Une telle information n'est cependant pas disponible à travers les données de santésuisse. Dans ce travail, le volume d'activité est représenté par le nombre de consultations facturées. Il aurait été préférable de pouvoir intégrer la durée des consultations dans les analyses, voire des informations sur les prestations fournies au cours d'une consultation mais ces données ne figurent pas dans le pool de données santésuisse. Une autre approche aurait résidé dans la prise en compte des coûts des consultations, mais cette information n'a pas été mise à disposition de l'Obsan. Enfin, les données figurant dans ce travail représentent une sous-estimation de l'activité réelle, puisqu'elles ne comprennent ni l'activité réalisée dans le cadre d'autres assurances (accident, invalidité, complémentaire), ni l'activité pour laquelle les ménages n'ont pas transmis la facture à leur assureur. La notion d'activité plein temps utilisée dans ce travail reste une notion théorique et arbitraire. Néanmoins, comme tous les praticiens sont abordés selon la même méthode, les comparaisons restent valables et cette démarche permet une estimation plus précise de l'évolution de l'offre en soins médicaux ambulatoires que le comptage du nombre de personnes installées en cabinet.

Cette analyse met en évidence une baisse du taux d'activité dans tous les types de régions, sauf les régions touristiques, évolution qui s'observe aussi dans d'autres pays développés. Au Canada par exemple, les médecins de famille ont travaillé 8,5% d'heures hebdomadaires en moins et réalisé 4,3% de consultations de moins par année, entre 1993 et 2003 [2]. Dans cette étude, la baisse du temps de travail concernait les deux sexes mais le volume d'activité des praticiennes était plus bas que ce-

Tableau 3

Densité de l'offre par catégories de spécialités et types de régions, 2004.

Activité plein temps/10 000 habitants						
Catégories de spécialités	**Médecine de base**	**Gynécologie**	**Pédiatrie**	**Médecine de «premier recours»**	**Médecine «spécialisée»**	**Médecine «spécialisée» + médecine de «premier recours»**
Centres avec hôpital universitaire	6,3	3,3	5,5	15,1	6,7	21,8
Régions métropolitaines	5,8	1,9	3,6	11,3	2,5	14,8
Agglomérations tertiaires	6,7	2,6	4,2	13,5	5,5	19,0
Régions industrielles	6,6	1,9	3,0	11,5	3,0	14,5
Régions touristiques	6,9	1,8	2,0	10,7	3,1	13,8
Régions rurales	6,6	1,3	2,2	10,1	1,9	12,0
Moyenne nationale	6,3	2,3	3,7	12,3	4,3	16,6

Sources: pool de données santésuisse. Analyses: Obsan.
Médecine de «premier recours»: Médecine de base + gynécologie + pédiatrie.
Médecine «spécialisée»: sans les psychiatres.

lui de leurs confrères. En Suisse également, un taux d'activité plus bas semble lié à une proportion plus élevée de praticiennes [5]. Une analyse stratifiée par sexe pour toute la période aurait été intéressante. Malheureusement, concernant le RCC, seules les données démographiques de 2004 étaient disponibles pour l'Obsan. Plusieurs éléments expliquent la réduction du taux d'activité, mais l'étude ne permet pas d'identifier l'importance relative de chacun. Elle peut refléter une réduction voulue du temps de travail, liée ou non à la féminisation. A noter qu'en 2004, les femmes ne représentaient encore que 20% de l'effectif de médecine de base et l'effet de la féminisation est probablement encore faible [5]. Il peut aussi s'agir de changements dans le mode de pratique, avec une réduction du nombre de consultations couplé à un allongement de leur durée, ou encore d'une réduction de l'activité dans l'AOS secondaire à une augmentation de l'activité réalisée pour le compte de l'assurance complémentaire ou d'activités réalisées dans d'autres secteurs (institutions, EMS, etc.). Finalement, cette tendance peut aussi refléter des changements dans les habitudes des patients, soit qu'ils consultent moins, soit qu'ils se dirigent plus vers les services hospitaliers ou les spécialistes. Un effet «concurrence», lié à l'augmentation de la densité médicale, est également possible. Ce dernier élément indiquerait alors que les possibilités d'induire la demande ne sont pas illimitées, ce qui a déjà été décrit en Allemagne [7]. Néanmoins, à un échelon national ou régional, la réduction du taux d'activité ne contrebalance que partiellement l'augmentation de la densité médicale, et sur la période d'analyse, l'offre, exprimée en terme de densité d'APT, augmente légèrement.

Bien que la tendance à diminuer le volume d'activité concerne tous les types de régions, le taux d'activité des régions périphériques reste nettement supérieur à celui des régions urbaines. Pour garantir une offre comparable sur tout le territoire, les médecins installés en périphérie ont des taux d'activité supérieurs à la moyenne. Il est toutefois possible que les consultations se déroulant dans des régions urbaines durent plus longtemps que dans des régions périphériques, comme cela a été décrit pour d'autres pays européens [8]. En pédiatrie et en gynécologie, lorsque le nombre de praticiens diminue, l'activité des autres praticiens augmente [9]. Une même situation pourrait avoir des conséquences néfastes en médecine de base, dans les régions où les praticiens ont déjà des taux d'activité élevés. On peut supposer que leurs capacités pour augmenter encore leur taux de travail, en cas de fermeture d'autres cabinets, sont restreintes. Pour ces médecins, une augmentation du nombre de patients à traiter risque d'entraîner une diminution de la durée des consultations et de réduire la qualité des soins [10].

En termes de densité d'APT, l'offre en médecine de base est la seule qui soit plus ou moins comparable entre les types de régions. Cependant, se limiter à cette catégorie médicale surestime l'offre des régions rurales et, dans une moindre mesure, celle des régions touristiques et industrielles, car cette offre y représente un spectre d'activité plus étendu que dans les régions urbaines. Plus la perspective s'étend à d'autres spécialités, plus l'offre des régions périphériques diminue par rapport à la moyenne nationale et par rapport à l'offre des régions urbaines.

En conclusion, les praticiens de médecine de base ont tendance à réduire leur volume d'activité et à se concentrer dans les régions urbaines. Sur la période considérée, les disparités régionales persistent, notamment en ce qui concerne leur taux d'activité, nettement supérieur à la moyenne nationale dans les régions périphériques. De plus, les praticiens des régions périphériques assument probablement aussi une part d'activité relevant normalement de catégories médicales non présentes. Si les tendances observées se poursuivent et qu'une relève suffisante n'est pas assurée, les praticiens installés en périphérie pourraient être amenés à équilibrer leur charge de travail en réduisant la durée des consultations, ce qui pourrait influencer la qualité des soins. Cette analyse confirme l'importance d'inclure la dimension du taux d'activité dans l'évaluation de l'offre en soins médicaux ambulatoires et d'en suivre dorénavant l'évolution. L'Observatoire suisse de la santé poursuit différents travaux visant à approfondir divers aspects de la médecine ambulatoire. Il s'agit notamment de mettre sur pied un monitoring des taux d'activité des praticiens et d'approfondir les questions soulevées, concernant la durée des consultations ou leur contenu.

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 Watson D, 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.
3 Pong R, Pitblado J. Beyond counting heads: some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians. CMAJ. 2002;7(1):12–20.
4 Pong R, Pitblado J. Dont't take 'geography' for granted! Some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians. CMAJ. 2001;6(2):103–12.
5 Jaccard Ruedin H, Roth M, Bétrisey C, Marzo N, Busato A. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé, 2007.
6 Nocera S, Wanzenried G. On the dynamics of physician density: Theory and empirical Evidence for Switzerland. Bern: Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern. 2002:http://ideas.repec.org/p/ube/dpvwib/dp0208.html.
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 Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation in general practice: a standard operating procedure? Patient Educ Couns. 2004;54(2):227–33.
9 Bétrisey C, Jaccard Ruedin H. Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004. Document de travail Obsan N° 29, novembre 2007. www.obsan.ch.
10 Campbell J, Ramsay J, Green J. Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. Br J Gen Pract. 2001;51(469):644–50.

Correspondance:
Hélène Jaccard Ruedin
Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel
helene.jaccardruedin@bfs.admin.ch