

Hélène Jaccard Ruedin^a, Laurence Seematter-Bagnoud^b, Julien Junod^b, Maik Roth^a, Brigitte Santos-Eggimann^b

Projections de l'offre et du recours aux soins ambulatoires en médecine générale d'ici 2030

^aObservatoire suisse de la santé, Neuchâtel, ^bInstitut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Résumé

Comme le recours aux soins, notamment en médecine de base, augmente avec l'âge, il est à craindre que le vieillissement démographique exerce une pression de plus en plus importante sur le système de santé au cours des prochaines décennies. En parallèle, le nombre des médecins actifs en médecine de base tend à diminuer, de sorte qu'une pénurie de l'offre de ces soins pourrait survenir dans un avenir assez proche. L'objectif de ce travail est d'examiner l'influence de la démographie sur l'équilibre entre recours et offre de consultations ambulatoires en médecine de base, d'ici 2030, à partir des données de l'Assurance Obligatoire de Soins. L'impact de changements de l'état de santé ou de l'organisation de la prise en charge sont examinés ensuite au travers de scénarios alternatifs.

Les résultats indiquent que si les taux de recours à la médecine de base, selon l'âge et le sexe, restent inchangés, le recours projeté pourrait s'élever à 24 millions de consultations en 2030, soit une hausse de 13% par rapport à 2005. Dans la même période, l'offre pourrait diminuer de 33% pour atteindre 14 millions de consultations, avec comme conséquence un écart de 10 millions de consultations (soit 40%) qui ne seraient pas assurées. Selon les différents scénarios alternatifs, entre 20 et 50% du recours en médecine de base ne serait pas couvert. Ces estimations doivent être interprétées avec prudence. Cependant, elles indiquent l'ampleur du déséquilibre qui pourrait apparaître et rendre périlleuse la mise en place de modèles de prise en charge comme le gatekeeping. Pour éviter pareille évolution, il sera nécessaire de définir des stratégies qui influencent autant le recours que l'offre de soins médicaux de base.

Introduction

Le recours aux soins médicaux ambulatoires augmente avec l'âge et ceci surtout en médecine de base. Le vieillissement de la population prévu au cours des prochaines décennies pourrait ainsi exercer une importante pression sur la médecine ambulatoire. En parallèle, il semble probable que l'évolution de la démographie

médicale, en particulier en médecine de base, aboutisse à une diminution de l'offre de consultations, qui pourrait toucher plus spécifiquement certaines régions périphériques.

Ce travail examine l'impact de la démographie sur l'équilibre entre le recours et l'offre de soins médicaux ambulatoires à l'horizon 2030 pour la Suisse, à partir de l'évolution observée entre 2001 et 2006. Dans cet article, seule la médecine de base est examinée. Un rapport national décrivant toutes les catégories médicales est paru le 1^{er} juillet 2008¹.

Il convient de préciser d'emblée que certaines données requises pour analyser et projeter le recours et l'offre sont lacunaires, raison pour laquelle différentes hypothèses ont dû être émises. Par conséquent, ces projections restent indicatives. Elles permettent d'orienter les réflexions quant à l'avenir des soins médicaux ambulatoires en Suisse mais ne peuvent être utilisées comme outil de planification.

Méthode

Seuls les médecins actifs en cabinet sont retenus pour cette analyse. Comme dans les travaux précédents de l'Obsan, la médecine de base regroupe les médecins généralistes, internistes sans sous-spécialité, praticiens et cabinets de groupe [1, 2].

Projections du recours

La projection du recours repose sur le taux de recours (nombre de consultations par année par habitant) observé entre 2001 et 2006, par âge, par genre et par canton. Comme les taux de recours sont restés stables durant cette période, c'est en règle générale le taux moyen observé entre 2001 et 2006 qui est projeté.

Le nombre de consultations provient du pool de données santé-suisse, qui enregistre les consultations à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les consultations réalisées pour cause d'accident ou d'invalidité, celles facturées aux assurances complémentaires et celles payées par les ménages dans le cadre de la franchise ne sont pas prises en compte.

Le scénario de référence examine l'influence spécifique de l'évolu-

¹ L. Seematter et al: Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – projections à l'horizon 2030. Document de travail 33, Observatoire suisse de la santé. Neuchâtel.

tion démographique de la population en postulant des taux de recours inchangés au cours des 25 années à venir.

Des scénarios alternatifs sont ensuite réalisés pour mettre en évidence l'influence de différents facteurs:

- B1: Amélioration de l'état de santé de la population âgée de plus de 65 ans avec baisse progressive du recours, aboutissant en 2030 au taux de recours de la classe d'âge quinquennale inférieure.
- B2: Détérioration de l'état de santé de la population âgée de plus de 65 ans avec hausse progressive du recours, aboutissant en 2030 au taux de recours de la classe d'âge quinquennale supérieure.
- C1: Mise en place d'un système de gatekeeping dès 2010.
- C2: Substitution dès 2010 de 10% des consultations en médecine de base par le recours à d'autres professionnels de santé.

Scénarios mixtes:

- D1: Scénario le plus favorable: amélioration de l'état de santé de la population âgée, absence de gatekeeping² et introduction de la substitution en médecine de base.
- D2: Scénario le plus défavorable: détérioration de l'état de santé de la population âgée, introduction du gatekeeping, absence de substitution en médecine de base.

Projections de l'offre

Les projections de l'offre sont fondées sur des données extraites de la statistique des hautes écoles de l'OFS (médecins diplômés), de la statistique des médecins de la FMH (médecins avec titre fédéral de spécialiste, nouveaux titres octroyés), du registre des codes créanciers de santé suisse (médecins avec RCC actif) et du pool santé suisse (production de consultations).

La description de l'offre est décomposée en deux variables:

- la taille de l'effectif des médecins: cette variable dépend du nombre actuel de médecins en pratique privée, de l'arrivée de nouveaux praticiens, en fonction du nombre de médecins diplômés puis spécialisés, de la participation des médecins à la fourniture des soins en cabinet ainsi que du départ des médecins avec RCC actif, en retraite ou vers d'autres services.
- le volume de consultations réalisées (qui dépend du taux d'activité): cette information est estimée à partir des données santé suisse de 2004. On suppose que la production annuelle de consultations enregistrée en 2004 est représentative de la pratique habituelle, et qu'elle restera inchangée au cours des 25 années suivantes.

On postule que l'attitude des étudiants et des diplômés en médecine par rapport au choix de leur formation postgraduée, la durée moyenne de cette formation et la proportion des médecins qui s'établissent en pratique ambulatoire resteront stables. De même, on suppose que les contraintes législatives actuelles telles que la clause du besoin et le numerus clausus restent en place.

L'impact de la féminisation de la profession est considéré dans les estimations en tenant compte de la proportion croissante de femmes parmi les médecins diplômés ainsi que dans les différentes spécialités, en leur attribuant une durée de formation postgraduée

plus longue puis une production annuelle de consultations spécifique, telles qu'observées dans les données à disposition.

Dans le scénario de référence, l'offre n'est influencée que par des facteurs démographiques. Un scénario alternatif examine l'effet additionnel d'une baisse du taux d'activité des praticiens, car il a été constaté que les médecins récemment installés ont un taux d'activité légèrement inférieur à leurs prédécesseurs³.

Résultats

Projections du recours

Dans le cadre de l'AOS, le taux de recours à l'ensemble des soins médicaux ambulatoires a peu évolué entre 2001 et 2006. Il varie entre deux à trois consultations par personne et par année avant 40 ans et 12 à 13 consultations par personne et par année à partir de 75 ans. Il est en général plus élevé chez les femmes, en particulier dans les classes d'âges comprises entre 19 et 75 ans. Presque 60% des consultations sont réalisées en médecine de base, ce qui représentait 21 millions de consultations pour la Suisse en 2005. D'ici 2030, en postulant un taux de recours par genre et classe d'âge inchangé, l'évolution démographique devrait entraîner une hausse d'environ 13%, soit 3 millions de consultations supplémentaires en médecine de base, aboutissant à un volume de consultations de presque 24 millions (tab. 1).

Les scénarios «amélioration de la santé» (B1) et «détérioration de l'état de santé» (B2) sont associés à des variations entre 20 et 27 millions du volume de consultations de médecine de base en 2030. A noter que l'hypothèse d'une amélioration progressive de la santé des personnes âgées aboutit à un recours légèrement inférieur à celui observé en 2005 (-5%).

L'introduction du gatekeeping (C) implique des transferts de soins spécialisés vers la médecine de base. En comparaison avec le scénario de référence, le gatekeeping résulte ainsi en un surcroît d'environ 1,1 million de consultations en 2030 pour la médecine de base, accompagné d'une baisse en médecine spécialisée d'environ 0,2 million de consultations.

Selon le scénario de substitution, le recours à la médecine de base diminue de 10%, soit environ 2 millions de consultations, aboutissant à 21,2 millions de consultations en 2030.

Les scénarios mixtes fournissent des fourchettes autour de l'estimation établie selon le scénario de référence. A l'horizon 2030, leurs résultats diffèrent d'environ 10 millions de consultations en médecine de base. La plus grande partie de cet écart est attribuable aux modifications supposées de l'état de santé des personnes âgées.

² Comme le gatekeeping peut augmenter le taux de recours à la médecine de base, le scénario favorable propose des projections sans ce mode de prise en charge.

³ A. Busato, Protocole de recherche de l'Observatoire de santé, en préparation.

Projections de l'offre de soins médicaux ambulatoires

En 2004, la statistique FMH comptabilise presque 20000 médecins avec titre fédéral de spécialiste, dont les trois quarts exercent en pratique ambulatoire privée. La distribution par âge et genre des médecins avec titre fédéral de spécialiste montre une prépondérance masculine, sauf chez les plus jeunes (30–34 ans) où sont recensés autant de femmes que d'hommes.

La production moyenne de consultations par médecin de base s'élève à environ 1800 et 3400 consultations par année, chez les femmes et les hommes, respectivement. Elle augmente avec l'âge du médecin, ne diminuant que chez ceux âgés de plus de 65 ans. Les hommes produisent généralement plus de consultations que les femmes à tout âge, même si la différence est moindre chez les plus jeunes médecins.

En postulant que la répartition des médecins dans les différentes spécialités reste stable, de même que la durée moyenne de formation, on peut s'attendre à ce que le nombre de médecins avec titre fédéral de spécialiste en médecine de base diminue de 8400 à 6600 (–21%) entre 2005 et 2030. La répartition par âge et genre indique que la proportion de femmes augmentera encore.

En conséquence du vieillissement de l'effectif des médecins (lié au déficit dans l'arrivée de nouveaux praticiens), le nombre de *médecins avec RCC actif* en médecine de base pourrait pour sa part passer de 6500 à 5700 entre 2005 et 2030 soit une diminution de 12%. Si la production par médecin reste stable, l'offre totale de consultations en médecine de base devrait diminuer de 33%, soit passer de 21 millions de consultations en 2005 à 14 millions de consultations en 2030.

Le scénario alternatif «baisse de production» accentue encore la diminution du nombre de consultations dès 2015 qui atteindrait 13,2 millions en 2030, soit une chute de 37%.

(Des)équilibre entre le recours et l'offre projetés pour 2030

L'évolution de l'offre de consultations de 2005 à 2030 est comparée à celle du recours estimée selon le scénario de référence et selon les scénarios alternatifs (tab. 1). Pour l'ensemble des soins ambulatoires, le scénario de référence conduit à une augmentation du recours total aboutissant en 2030 à 40 millions de consultations. Par contre, l'offre annuelle totale décroît progressivement de 36 millions à 29 millions de consultations en supposant le maintien de la production des médecins à son niveau actuel. Par conséquent, en 2030, le recours estimé dépasse l'offre de presque 12 millions de consultations, ce qui correspond à un découvert de 29% du volume du recours attendu.

Le déséquilibre le plus marqué concerne la médecine de base, pour laquelle plus de 9 millions de consultations (presque 40% du recours) ne seraient pas assurées. Les scénarios alternatifs influencent surtout le déséquilibre susceptible de survenir en médecine de base:

- Entre les deux scénarios «amélioration de l'état de santé» (B1) et «détérioration de la santé» (B2), on constate une fourchette de +/- 7 millions de consultations de médecine de base potentiellement non assurées. Pour l'ensemble des soins médicaux ambulatoires, l'écart s'élève à 9 millions de consultations.
- Les scénarios évaluant l'effet d'une prise en charge différente, qu'il s'agisse du gatekeeping ou de la substitution des médecins par d'autres professionnels de santé, ont moins d'influence sur l'écart potentiel. L'introduction d'une substitution (C2) permet de tempérer l'augmentation du recours à la médecine de base liée à l'évolution démographique, si bien que le recours potentiellement non couvert diminue de 2,4 millions de consultations. Quant au gatekeeping (C1), il accentue de 1,1 million le volume des consultations de médecine de base potentiellement non assurées par l'offre.

Tableau 1

Recours projeté non couvert par l'offre estimée pour 2030, en millions de consultations, selon les différents scénarios du recours.

	Année 2005	Scénario- de référence	B1	B2	C1	C2	D1	D2
Médecine de base								
a) Recours	mio. 20,86	23,60	19,81	26,80	24,73	21,24	17,83	28,09
b) Offre	mio. 20,86	14,31	14,31	14,31	14,31	14,31	14,31	14,31
c) Différence (a–b)	mio. –	9,29	5,50	12,49	10,42	6,93	3,52	13,78
	en % –	(39%)	(28%)	(47%)	(42%)	(33%)	(20%)	(49%)
Recours total								
a) Recours	mio. 36,12	40,35	35,04	43,96	41,26	37,99	33,06	45,00
b) Offre	mio. 36,12	28,78	28,78	28,78	28,78	28,78	28,78	28,78
c) Différence (a–b)	mio. –	11,57	6,26	15,18	12,48	9,21	4,28	16,22
	en % –	(29%)	(18%)	(35%)	(30%)	(24%)	(13%)	(36%)
B1: Amélioration de l'état de santé		C1: Gatekeeping		D1: Scénario favorable				
B2: Détérioration de l'état de santé		C2: Substitution uniforme		D2: Scénario défavorable				

- Les scénarios mixtes, le plus favorable (D1) et le plus défavorable (D2), fournissent des indications quant au potentiel global de variation du recours projeté entre 2005 et 2030. Il en résulte une différence de plus de 12 millions de consultations, dont presque 10 millions concerneraient la médecine de base. On aboutit ainsi à une fourchette variant entre 3,5 millions et 13,8 millions de consultations de médecine de base potentiellement non assurées en 2030 (fig. 1).

Le déficit de l'offre, par rapport au recours prévu, pourrait être encore aggravé par une diminution de la production des médecins.

Limites de l'analyse

Ces analyses portent sur le nombre de consultations facturées à l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les aspects économiques n'ont pas été abordés dans cette étude. Les limites sont liées en premier lieu aux données disponibles. Tout d'abord, elles ne concernent pas les consultations pour cause d'accident ou d'invalidité, ni les soins facturés aux assurances complémentaires. L'enregistrement des consultations est sujet à un possible biais résultant de la franchise et ne documente pas la morbidité des patients ou l'adéquation du niveau de soins fournis, indications nécessaires pour des projections complètes. De plus, cette banque de données ne renseigne ni sur le contenu ni sur la durée des consultations réalisées.

Les projections reposent sur les données de la période 2001–2006, période durant laquelle plusieurs changements structurels ont été introduits (élévation des franchises, clause du besoin pour l'installation des médecins en pratique privée) qui peuvent avoir eu un impact non quantifiable sur l'offre et le recours. En outre, les parcours professionnels des médecins, du diplôme à la retraite, sont mal documentés et bon nombre d'hypothèses de travail ont dû être faites. Notons que les choix établis par rapport aux différents scénarios alternatifs s'appuient pour la plupart sur des options considérées comme conservatrices⁴ (voir rapport national pour bibliographie). Finalement, lorsque l'on compare l'offre et le recours, on postule une situation actuelle équilibrée, alors qu'une pléthore ou une pénurie de médecins praticiens pourraient exister aujourd'hui dans certaines régions. A noter encore que les transferts des soins en hôpital vers des soins en cabinet, ou vice versa, pourraient gagner en importance à l'avenir mais qu'ils n'ont pu être considérés dans ce travail. Malgré ses limites, cette analyse fournit des indications concernant l'ampleur de l'écart entre l'offre et le recours aux soins médicaux ambulatoires qui pourrait se manifester d'ici 2030.

Discussion

Ce travail met en évidence l'influence de la démographie et de différents facteurs, tels que l'état de santé ou des modes de prise en charge alternatifs, sur l'évolution de l'offre et du recours aux consultations ambulatoires en médecine de base au cours des prochaines

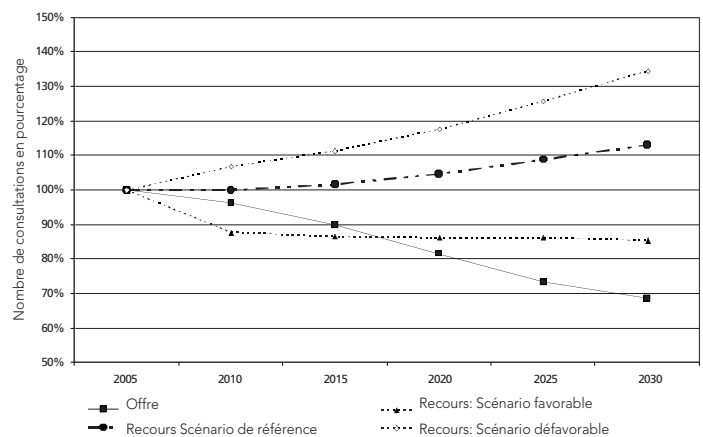


Figure 1

Comparaison de l'offre et du recours projetés d'ici 2030, médecine de base (pourcentage de variation par rapport à 2005). Sources: pool de données et RCC santéuisse, Statistique des médecins, FMH.

décennies. Des travaux analogues ont été réalisés aux Etats-Unis et aboutissent à un déficit projeté d'environ 85000 médecins, d'ici 2020. L'écart entre l'offre et le recours s'explique en premier lieu par la croissance de la population âgée, qui excèdera la croissance du nombre de médecins installés [3]. Un travail plus récent tire des conclusions analogues avec un déficit d'ici 2025 d'environ 40000 médecins *généralistes* pour les Etats-Unis. Les auteurs proposent différentes pistes: augmenter le nombre de médecins généralistes en agissant sur le nombre de places de formation pré- et postgraduée et en encourageant cette filière par différents incitatifs financiers, renforcer la prise en charge en réseaux et la télémédecine en offrant alors des conditions cadres favorable à leur mise en pratique [4].

L'influence du vieillissement démographique sur la consommation de soins ambulatoires est particulièrement marquée en médecine de base. Par ailleurs, en l'absence de mesures incitatives, cette discipline sera la plus touchée par une réduction des effectifs de médecins. Si le recours reste inchangé, plus de 9 millions de consultations annuelles ne pourraient être réalisées en 2030. Il est probable qu'une partie du déficit de l'offre induira une baisse du recours. On peut craindre cependant que l'ajustement du recours à l'offre se produise par un recul des consultations de prévention, ce qui pourrait à long terme entraîner une détérioration de l'état de santé de la population âgée et accentuer alors le déséquilibre.

Selon les scénarios, l'écart entre recours et offre est plus ou moins important. Ceci illustre le potentiel d'influence des stratégies testées. Pour limiter au maximum le déficit de l'offre, il sera probablement nécessaire d'agir simultanément sur plusieurs paramètres influençant l'offre et le recours. Les mesures possibles pour augmenter l'offre concernent le nombre de médecins formés, leur orientation dans les différentes spécialités et, en particulier, le rapport op-

⁴ Une liste des études prise en compte figure dans le rapport national.

timal entre médecins de base et médecins spécialisés qui permette l'introduction d'un système de gatekeeping.

Bien qu'elle soit souvent préconisée pour des raisons économiques, l'option du gatekeeping accroît pour sa part la demande en consultations de médecine de base [5]. Par conséquent, l'introduction généralisée d'un tel système nécessiterait un effectif suffisant en médecine de base.

Quant à la substitution du médecin de base par des infirmiers pour certaines consultations, elle implique de considérer au préalable l'ensemble des professions de santé. En effet, l'évolution démographique exercera une forte pression sur l'ensemble du système de soins, y compris les soins hospitaliers, les soins de longue durée ou les soins psychiatriques. Ce sont toutes les professions de la santé qui devront répondre à un besoin accru.

L'influence des scénarios reposant sur une modification de l'état de santé des personnes âgées est notable. Le recours peut diminuer, si l'état de santé de la population s'améliore, en particulier par des mesures de prévention et de promotion de la santé, ou si l'intensité des soins est réduite. Or, cette deuxième éventualité peut refléter autant une amélioration de l'efficacité des soins qu'une diminution de l'accès à des soins appropriés, donc un rationnement des soins. C'est pourquoi l'évolution du recours nécessitera une surveillance étroite. Ces projections confirment l'importance de disposer de données adéquates pour reconnaître les tendances qui se dessineront dans les soins ambulatoires au cours des prochaines années.

Références

- 1 Jaccard Ruedin H, et al. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2007.
- 2 Bétrisey C, Jaccard Ruedin H. Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2007.
- 3 Council on medical graduation. Physician workforce policy Guidelines for the United States, 2000–2020. US Department of Health and Human Services; 2005.
- 4 Colwill JM, et al. Will generalist physician supply meet demands of an increasing and aging population? *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(3):232–41.
- 5 Martin DP, et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *Am J Public Health*. 1989;79(12)1628–32.

Correspondance:

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