

Neben der Kenntnis der Bedürfnisse der Bevölkerung ist auch das Verständnis für Funktion und Struktur des Versorgungssystems Voraussetzung einer effizienten medizinischen Versorgung. Die folgenden vier Beiträge berichten über Anstrengungen, den ambulanten Sektor in den Kantonen Waadt und Freiburg besser zu erfassen.

A côté de la connaissance des besoins de la population, une autre condition de prestations de soins efficaces est la compréhension de la structure et du fonctionnement du système de santé. Les quatre contributions qui suivent font rapport sur les efforts entrepris pour mieux saisir la réalité du secteur sanitaire ambulatoire dans les cantons de Vaud et Fribourg.

Une vue globale du secteur ambulatoire: Etude structurelle et fonctionnelle dans les cantons de Vaud et Fribourg¹

J. Martin², G. Demierre³, Ph. Lehmann⁴ et F. Paccaud⁵

1. Le contexte

Les questions d'efficacité et de coût des prestations de santé sont au premier plan des préoccupations sanitaires, sociales et politiques en Suisse comme ailleurs [1, 5, 21, 27, 29, 31]. Les difficultés de l'analyse et de la prise de mesures régulatrices proviennent notamment de caractéristiques du système de santé qui font qu'il ne peut être considéré comme un système de marché habituel. Ces caractéristiques sont entre autres:

- secteur très «labour-intensive» (70 %, voire plus, des coûts correspondant aux traitements de personnel),
- influence marquée de l'offre sur la demande,
- capacité très limitée du consommateur, dans les circonstances actuelles, de juger de l'opportunité et de la qualité de ce qu'il «achète»,
- absence de consensus sur l'importance relative des prestations médicales (sur une «hiérarchie de l'indispensabilité des actes», sur des «courbes d'utilité» correspondant à différents emplois du temps des médecins ou d'autres agents),
- difficulté à appréhender la quantité de soins fournie par des professionnels de santé et la qualité de ces soins.

Le secteur des soins ambulatoires au cabinet et à domicile, par le médecin praticien comme aussi par les infirmières de santé publique [19], les physiothérapeutes et les autres professions et institutions du domaine médico-social est un de ceux dont l'étude a été négligée dans le passé. Cela pour des raisons dont plusieurs sont importantes et doivent être attentivement considérées (colloque singulier soigné-soignant, secret professionnel, réticence vis-à-vis de la paperasserie...). Dans les circonstances que nous vivons, il apparaît manifeste néanmoins qu'une étude plus approfondie, quantitative et qualitative, des soins ambulatoires sera utile à tous les partenaires concernés en fournissant des bases pour la réflexion et les décisions à prendre dans les années à venir.

Il est très probable en effet que les systèmes de santé dans nos pays vont passer par une période de mutation considérable, en particulier à cause de la démographie médicale: doublement prévu du nombre des médecins installés en Suisse entre 1975 et 1990 [17; voir aussi 25]. A cet égard, il est important d'étudier le comportement des divers groupes professionnels du domaine de la santé (appelés ci-dessous prestataires), puisque ce comportement est un des facteurs déterminants de la croissance et du coût des prestations sanitaires [22, 39, voir aussi Annexe I – Pour une perspective générale des travaux faits jusqu'ici, voir 4, 15, 22].

Parmi ces prestataires, ce sont les médecins qui sont au centre de nombreuses études, à cause de leur rôle déterminant dans les mécanismes de décision [2, 3, 12, 13, 30, 40, 41]. Les études consacrées aux autres prestataires ambulatoires (infirmières, physiothérapeutes, laboratoires, pharmacies, etc.) sont plus rares, bien que leur rôle soit croissant dans l'économie du système ambulatoire [28].

Par ailleurs, la *collaboration entre les prestataires* a été peu étudiée, si l'on excepte l'étude des renvois («referals») entre médecins [2, 22, 41]. A notre connais-

¹ Version élargie d'une présentation faite lors des Journées d'information du Programme national de recherche No 8 «Efficience en santé publique», Bâle, 6–7 novembre 1980.

² Médecin cantonal adjoint, 11, rue Cité-Devant, 1005 Lausanne

³ Médecin cantonal, 17, route des Cliniques, 1700 Fribourg

⁴ Sociologue, Institut de recherche sur l'environnement construit (IREC), Ecole polytechnique fédérale, 14, Av. de l'Eglise Anglaise, 1006 Lausanne

⁵ Médecin, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Directeur: Prof. A. Delachaux), CHUV, 1011 Lausanne, et Chef du Service des statistiques sanitaires, Office fédéral de la statistique, 3000 Berne.

Le premier auteur est requérant responsable, les deux suivants sont corequérants et le quatrième auteur est «manager» du projet «Quantification et qualification des prestations de soins ambulatoires» du PNR 8 du Fonds national suisse de la recherche scientifique (Crédit No. 4.356.0.79.08).

sance, il n'existe pas pour l'instant d'enquête considérant le système ambulatoire comme un système interactif de prestataires, même si le problème méthodologique a été abordé [voir notamment 15]. Or, ces préoccupations prendront certainement de l'importance alors que l'on parle de plus en plus du besoin de renforcer les prestations de soins de santé primaires [6, 20, 26].

2. But du projet «Soins ambulatoires»

La recherche de notre groupe pluridisciplinaire et pluricantonal est une contribution à l'étude globale du fonctionnement et de l'économie du secteur ambulatoire, avec une attention particulière pour les interrelations entre prestataires. Elle a pour objectifs:

- a) de donner une *description du système des prestations de soins ambulatoires*, en identifiant:
 - les types de soins et activités et leur volume
 - les types de prestataires, leur organisation, leur capacité de prestations
 - les interrelations professionnelles entre prestataires, la constitution de réseaux de soignants et de filières de soins, par renvois (referrals) et liens structurels.

Cette étude cherche à répondre aux interrogations concernant la *constitution d'un système d'offre de soins* plus qu'à celles concernant les caractères de la consommation médicale des patients.

- b) de construire un *instrument méthodologique* d'analyse du fonctionnement de ce système et des paramètres de son évolution. Il s'agit d'élaborer des instruments appropriés de prise de données et de contribuer, par l'analyse systémique (voir articles de Paccaud et Pult dans le même cahier), à construire un modèle du fonctionnement et de l'évolution de l'offre de soins ambulatoires.

Parmi les «fournisseurs» de soins, les médecins praticiens occupent une position remarquable, principalement à cause de leur rôle de décideurs. Cependant, les autres secteurs d'intervention (soins infirmiers, paramédicaux, services sociaux, etc.) ne sauraient être négligés puisqu'une part importante leur revient dans les soins, avec pour certains une relative autonomie en pratique ambulatoire. Pour être utilisée à des fins d'analyse, une mesure de l'activité doit donc intégrer l'ensemble des prestations fournies par le système ambulatoire et décrire les modes de relation existant entre les prestataires [voir 2, 12, 13, 14, 24, 30, 32, 36, 41].

Cette appréciation globale n'est pas aisée, puisque les mesures doivent s'appliquer à un secteur très hétérogène: différences de statuts (privés et publics, institutionnels ou pas), différences de compétences (spécialisations médicales, infirmières et autres, domaines géographiques et sociaux, etc.), différences dans l'autonomie de l'activité. Ce à quoi il faut ajouter la constante redéfinition (limitation ou extension) de ce qu'on appelle «le soin» en pratique ambulatoire.

Le soin, tel qu'il est «consommé» par le patient, n'est pas la simple somme des interventions séquentielles

des prestataires. Le service rendu est plutôt un *effet de système* et c'est par une approche systémique qu'on pourra au mieux rendre compte du fonctionnement réel du secteur ambulatoire [7, 11].

La méthodologie correspondante doit par nécessité être originale. Les études effectuées ailleurs dépendent beaucoup des contraintes et des conditions locales d'exercice de la médecine/des soins. Les modèles employés sont difficilement importables. D'autre part, les systèmes de mesure élaborés l'ont été dans des conditions de carence (absolue ou relative) en prestataires; *mais l'étude de systèmes saturés ou en voie de l'être (comme le système suisse) ne fait que débiter* [29]. Le plan de la recherche comprend les éléments suivants:

- *Investigations méthodologiques préliminaires*
- *Recherches sur la structure du secteur ambulatoire*: recensement (inventaire) des institutions et des personnels de soins ambulatoires et étude de l'environnement institutionnel dans les cantons de Vaud et Fribourg.
- *Recherches sur le fonctionnement du secteur ambulatoire*: enquêtes d'activité auprès d'échantillons de prestataires.

3. Investigations méthodologiques – Analyse et critique des méthodes et des enquêtes publiées ou en cours

Une étude de la littérature a été entreprise en vue d'élaborer notre modèle d'analyse. Elle a porté notamment sur:

- l'application des systèmes dans le domaine de la santé, qui fait l'objet d'un nombre croissant d'études [7, 33] et à laquelle une Conférence internationale a été consacrée en juillet 1980 à Montréal
- la revue des enquêtes similaires effectuées [2, 30, 41]
- la revue des mesures des prestations de soins ambulatoires et l'étude critique de ces mesures: nombre de patients par prestataire, équivalent plein temps, Unité de Valeur Relative, Prestation Médicale Identifiable, etc. [9, 15, 23, 34].

4. Recherches sur la structure du secteur ambulatoire⁶

4.1 Champ spatio-temporel – les cantons de Vaud et de Fribourg

Les limites inhérentes au projet ne permettent pas d'envisager une étude des soins ambulatoires au niveau national. Mais les circonstances suisses font que les unités cantonales représentent un cadre pertinent, puisqu'elles jouent souvent un rôle déterminant en ce qui concerne:

- les prestataires (sociétés cantonales de médecine, réseaux d'hôpitaux d'intérêt public, services de santé publique, législations cantonales, etc.) [19, 27]
- les «consommateurs» (législation, caisses-maladie)
- les observateurs (statistiques socio-économiques, y

⁶ Voir aussi article de Brulhardt et coll. dans le même cahier.

compris concernant les professions, registres publics, données des caisses-maladies...) [16, 18]

Les deux cantons choisis, Vaud et Fribourg, présentent les caractéristiques avantageuses suivantes:

- cadre socio-économique différent, écarts dans les revenus;
- cadre socio-politique différent, organisations publiques et para-publiques diversement développées;
- possibilité dans les deux cantons d'une étude différenciée des situations de grande ville, zones suburbaines, bourgs et campagne;
- régions du Plateau et de vallées/montagne;
- écarts marqués dans les indicateurs de santé usuels (statistiques de mortalité et morbidité – 18);
- infrastructure médicale et paramédicale (répartition dans le canton, organisation) de caractéristiques diverses; d'où *degrés de «saturation» différents* sur le plan de la médicalisation de la population;
- existence de zones frontalières (et même d'interdigitation, avec enclaves), où se font sentir des forces d'attraction («pull» et «push») de nature variable (dimensions géographique, socio-culturelle, économique), par dessus les limites cantonales, ce qui devrait permettre des comparaisons intéressantes;
- cela étant, les populations des deux cantons vivent dans des conditions topographiques et climatiques similaires et, historiquement, ont cheminé côte à côte. Ce bagage commun ajoute à l'intérêt des comparaisons;
- finalement, plusieurs aspects pratiques ne sont pas négligeables: familiarité des chercheurs avec le contexte, bons contacts avec les instances concernées à divers niveaux, maintien des frais de déplacement à un minimum.

Ces deux cantons devraient permettre de construire un modèle de l'offre de soins ambulatoires tenant suffisamment compte des différences intercantionales et intracantonales pour être ensuite applicable à d'autres collectivités ou à des données nationales.

4.2 Données structurelles (inventaire)

Il est important de connaître le dimensionnement et la densité du système ambulatoire. Dans ce but, des données sont rassemblées sur les prestataires y intervenant:

- Médecins, généralistes et spécialistes
- Polycliniques, dispensaires, centres médico-sociaux
- Personnels paramédicaux techniques (physiothérapeutes...)
- Personnel fournissant des soins infirmiers, à domicile ou ailleurs (sauf institutionnalisation), personnel d'aide au ménage
- Ligues de la santé (tuberculose, rhumatisme, maladies cardio-vasculaires, cancer) et autres associations similaires, «Pro» (Pro Senectute, Pro Infirmis), associations en faveur des handicapés
- Laboratoires
- Pharmaciens

Les sources de données qui seront mises à profit comportent:

- Services cantonaux de la santé publique (en ce qui concerne notamment les professions soumises à autorisation en fonction des Lois de santé publique).
- Autres services des administrations cantonales (prévoyance sociale par exemple).
- Registre des institutions médico-sociales (pour Vaud, un tel registre a été publié par l'Office de statistiques de l'Etat en juillet 1976).
- Rapports d'activités d'institutions et organisations diverses (professionnelles, caisses-maladie, communes...).
- Recensement fédéral de la population, 1970 et 1980 (liste des professions, classes d'âge, statut, nationalité, sexe).
- Recensement fédéral des entreprises 1975 (rubriques 631, 632, 633, 810, 850).

Les sources statistiques existantes sont donc utilisées en priorité. Il sera nécessaire de compléter ce travail par des contacts directs avec les prestataires, leurs organisations, les instances de «tutelle», etc.; cela par exemple pour l'obtention d'informations sur l'équipement technique, sur la composition du personnel employé, les liens structurels entre prestataires. Dans la mesure du nécessaire sont étudiés aussi des éléments juridiques et institutionnels tels que lois, règlements, conventions (régulant les formes d'activité et de collaboration, ou ayant donné naissance à certains types d'organismes), éléments qui ont une incidence directe sur l'offre de soins ambulatoires et le fonctionnement de ce secteur.

5. Recherches sur le fonctionnement du secteur ambulatoire⁷

Les activités sont, conformément à l'approche systématique, classées selon le *niveau de relation* qu'elles impliquent entre les prestataires. D'une façon générale, ces activités sont ramenées à une unité de temps. Nous considérons:

a) Activités élémentaires

Elles concernent toutes les prestations fournies par un prestataire (= élément), sans égard pour les relations qu'elles impliquent avec d'autres prestataires:

- volume et nature (y compris niveau technologique) des prestations fournies;
- volume de l'activité auto-entretenu: reconvoctions, à savoir la part de l'activité qui est reconduite par le prestataire lui-même. Elle donne une appréciation chiffrée de l'*autonomie* du prestataire par rapport au système et de sa capacité à faire varier son activité.

b) Activités de système

Elles concernent toutes les prestations qui font intervenir des relations entre une pluralité de prestataires ou avec l'environnement du système:

- *relations internes au système de soins ambulatoires:*

⁷ Voir aussi articles de Paccaud et Pult dans le même cahier.

prestations effectuées à la demande d'un autre prestataire et prestations demandées à un autre prestataire. Ces deux quantités apprécient, pour un prestataire, sa *dépendance* à l'égard des autres éléments du système. Pour l'ensemble du système, on obtient une *double matrice* (prestataires mandants et prestataires mandataires) qui permet d'apprécier les relations d'interdépendance existantes;

- *relations avec l'environnement du système*: les deux groupes identifiés dans l'environnement du système de soins ambulatoires sont les patients ne recevant pas de prestations ambulatoires et les patients hospitalisés, qui ne sont inclus dans notre recherche que pour apprécier les inputs et les outputs réels du système de soins ambulatoires. Les mesures correspondantes sont:
 - nombre de premières et nombre de dernières unités de prestations (par ex. nombre de premières, respectivement de dernières consultations par patient et par médecin),
 - nombre d'unités de prestations à des patients reçus de, respectivement envoyés à l'hôpital.

La collecte des données fonctionnelles se fait pour l'essentiel par un système de *fiches de relevé*, remplies par les prestataires eux-mêmes. Ces fiches sont différenciées selon les types de professionnels tout en assurant une homogénéité. Leur contenu dépend de la définition de l'unité de prestation qui, pour le médecin par exemple, est la consultation: il est précisé s'il s'agit d'une première consultation ou pas, quelle en est la raison, quelles prestations elle comporte ou induit, si le patient est adressé à l'hôpital, etc. [voir 41].

Les *interviews* de prestataires constituent une technique d'accompagnement des relevés [voir par exemple 32]. Ils peuvent servir de prise de contact, introduisant les relevés de données sur fiches, et permettent aussi de:

- qualifier le mode d'exercice par des attitudes, des références scientifiques ou culturelles;
- donner des valeurs pondérées aux renvois (referrals), par une indication des préférences et d'éléments sur la constitution des réseaux de collaboration interprofessionnelle;
- rassembler des indications sur l'état du système de soins ambulatoires tel qu'il est vu par les prestataires (notamment les questions de spécialisation et de saturation du système).

On pourrait mettre à profit aussi l'*observation directe* de l'activité des prestataires, pendant une ou plusieurs journées de travail, ce qui donnera des indications sur les rapports entre patients et prestataires, l'organisation pratique et les formes de division du travail.

6. Mise en œuvre de la recherche

Le projet «Quantification et qualification des prestations de soins ambulatoires» a été financé par le Fonds national à partir d'avril 1980. Depuis lors, les membres de l'équipe de recherche (dont aucun n'est à temps

plein) ont entrepris les travaux prévus de la manière suivante:

- une sociologue et une bibliothécaire/documentaliste ont rassemblé les données existantes sur les professions de la santé dans les cantons de Vaud et Fribourg, pour la réalisation de l'inventaire (voir article de M.-C. Brulhardt et coll. dans le même cahier).
- un sociologue/politologue et, depuis peu, une personne ayant une formation en travail social complètent cet inventaire par la collecte d'informations auprès d'institutions fournissant des prestations ambulatoires (poli-cliniques, dispensaires, centres médico-sociaux, services de soins à domicile, ligues et associations, etc.). Cette tâche est accomplie en particulier par des contacts directs avec les responsables (interviews) et le dépouillement de documentation (documentation non publiée notamment).
- un médecin et un enseignant universitaire d'économie ont approfondi l'étude méthodologique (entreprise pour la préparation de la requête déjà) et mettent au point en collaboration avec les autres membres de l'équipe les modalités de l'étude fonctionnelle auprès d'échantillons de prestataires (voir articles de Paccaud et Pult dans le même cahier).
- deux des requérants, qui appartiennent aux Services de la santé publique des cantons considérés, se sont particulièrement employés à promouvoir les contacts nécessaires avec les organisations prioritairement intéressés: sociétés cantonales de médecine, organismes de soins à domicile, association de physiothérapeutes, etc.

De plus, a été créé un Comité scientifique du projet, composé d'une quinzaine de personnes: enseignants de médecine sociale et préventive, responsables de santé publique, représentants des sociétés médicales et des services de soins à domicile, chercheurs dans le domaine des services de santé. Ce comité comprend cinq membres du Conseil scientifique de la Société suisse de médecine sociale et préventive.

7. Enquêtes par questionnaires

7.1 Au près des médecins

Les Sociétés cantonales de médecine avaient été informées dès la présentation d'une esquisse de projet des buts de la recherche, qui ont été discutés avec elles. En effet, dans notre contexte, un programme d'étude des soins ambulatoires du point de vue des prestataires ne peut valablement être mis sur pied qu'en collaboration avec les associations professionnelles. Un questionnaire a été élaboré (des spécimens peuvent être obtenus auprès des auteurs) concernant les caractéristiques personnelles et professionnelles du praticien, son type d'activité, les moyens dont il dispose (personnel, laboratoire, radiologie, physiothérapie et autre équipement) et sur les responsabilités médicales qu'il assume en dehors de son cabinet: en hôpital, en établissement médico-social ou médico-

éducatif, activité de médecin scolaire, de médecin du travail, de médecin-conseil, enseignement ou participation à l'action de ligues et associations.

Une partie de ce questionnaire concerne les attitudes et les pratiques des médecins à l'endroit des soins infirmiers à domicile. Les informations rassemblées sur ce thème seront traitées dans le cadre d'une étude entreprise sous la direction du Prof. P. Gilliard et du Dr C. Willa sous les auspices du Centre lausannois des soins à domicile (CLSAD, 30, Av. Vinet, 1004 Lausanne – publications en cours).

L'envoi du questionnaire à l'ensemble des médecins des deux cantons (par l'intermédiaire de la Société de médecine pour le canton de Vaud) a été fait à mi-septembre 1980. Compte tenu de la nouveauté relative de ce type d'enquête dans notre pays, l'accueil qui y a été fait par les praticiens est considéré comme tout à fait bon. La figure 1 présente les chiffres concernant le retour des questionnaires (un rappel ayant été envoyé à tous les médecins après 3–4 semaines).

7.2 Auprès des infirmières de santé publique

Une enquête par questionnaire auprès d'elles a été effectuée dans plusieurs cantons de Suisse romande en 1979 pour l'étude du Centre lausannois des soins à domicile mentionnée ci-dessus. Notre recherche pourra profiter de certains de ses résultats. L'opportunité de faire une deuxième enquête générale est en discussion. Dans tous les cas, les infirmières de santé publique seront incluses dans la partie fonctionnelle de notre programme.

7.3 Auprès des physiothérapeutes

Une collaboration étroite s'est instituée avec les sections concernées de la Fédération suisse des physiothérapeutes. Un questionnaire étoffé (selon des rubriques similaires, mutatis mutandis, à celles utilisées pour les médecins) est élaboré et va être adressé à tous les membres de cette profession des cantons de Vaud et Fribourg (ceci qu'ils travaillent dans le secteur ambulatoire ou institutionnel, qu'ils soient dépendants ou indépendants). Le résultat de cet effort représentera une monographie de la situation de cette profession dans les régions considérées (l'association professionnelle pense utiliser ce questionnaire dans d'autres cantons encore).

Les questions posées dans ces enquêtes s'adressent entre autres aux relations et aux renvois entre prestataires de diverses professions. Les indications générales (pas précisément quantifiées) ainsi obtenues seront une source de comparaison avec les résultats objectifs de l'étude fonctionnelle. La mise sur pied d'enquêtes par questionnaire auprès d'autres groupes professionnels (pharmaciens, laboratoires d'analyses privées notamment) est à l'étude.

8. Conclusion

Notre projet a pour but d'apprécier de façon globale les activités de soins ambulatoires dans deux cantons

et, pour cela, de rassembler les données sur l'«anatomie» et la «physiologie» de ce secteur. En ce qui concerne l'«anatomie» (étude structurelle), les divers volets d'investigation sont à un stade relativement avancé. En ce qui concerne la «physiologie» (étude fonctionnelle), les modalités de la recherche sont mises au point: fiches de relevé des caractéristiques d'un échantillon des consultations; fiches de relevé des renvois effectués par un prestataire donné pendant une certaine période; détermination des échantillons de prestataires participants. Ce travail, dont on pouvait craindre qu'il suscite certaines réticences, se fait actuellement sans encombre, notamment grâce à l'intérêt montré par les associations professionnelles et les organisations de prestations de soins et le soutien qu'elles veulent bien nous accorder.

L'objectif du projet actuel est de réaliser un inventaire et, s'agissant des aspects fonctionnels, une étude de faisabilité surtout. Il serait certainement souhaitable ultérieurement de mettre sur pied un programme plus étendu portant sur des échantillons représentatifs et qui pourrait être répété à certains intervalles. Cela revêtirait une importance particulière à une époque de croissance rapide du nombre des médecins et de mutation du système de santé. La connaissance de la façon dont les pratiques des prestataires ambulatoires se modifient au cours du temps (pour quelques évolutions possibles, voir Annexe I) est nécessaire pour une gestion aussi rationnelle que possible du secteur sanitaire.

Canton	Nombre de questionnaires envoyés**		Retour des questionnaires				Reçus après rappel		Total au 4.11.80	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
VAUD	1001	100	Reçus pendant les 2 premières semaines		Reçus pendant les 3e et 4e semaines		35	3,5	502	50,1
			398	39,8	69	6,2				
FRIBOURG	176	100	Reçus pendant les 3 premières semaines après envoi		Rappel envoyé après : 4 sem.(VD) 3 sem.(FR) (16.10.1980)		12	6,8	100	56,8
			69	(47,6 %)	0	0				
			31	(17,6 %)						
Francophones	145	(100)	69	(47,6 %)	12	8,3	81	55,9		
Germanophones	31	(100)	19	(61,3 %)	0	0	19	61,3		
Total FR	176	100	88	50,0 %	12	6,8	100	56,8		

Fig. 1. Enquête par questionnaire auprès du corps médical sur ses caractéristiques et sa pratique*

* Ce questionnaire était envoyé à l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer à titre indépendant, à savoir exploitant un cabinet privé ou travaillant en hôpital ou d'une autre façon (y compris fonctions administratives) après avoir terminé leur formation. Il n'a pas été adressé aux médecins assistants.

** Il faut relever que dans les nombres totaux sont inclus des médecins ayant une pratique limitée ou ayant cessé de pratiquer (les autorisations de pratiquer sont en effet données pour une durée indéterminée et n'ont pas à être renouvelées périodiquement). La proportion de ces médecins n'est pas connue précisément mais est de l'ordre de 5 à 10%.

Résumé

Le projet «Quantification et qualification des prestations de soins ambulatoires», financé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique et qui couvre les cantons de Vaud et Fribourg, a deux buts principaux:

- une *étude structurelle* des éléments du secteur des soins ambulatoires. Il s'agit surtout d'inventaires des professions les plus importantes à cet égard (médecins, infirmières de santé publique, physiothérapeutes, pharmaciens, laboratoires) afin de disposer de données permettant de mieux caractériser le «secteur de l'offre». Ces inventaires incluent la recherche et l'analyse des données statistiques déjà existantes ainsi que des enquêtes, par questionnaires adressés (dès septembre 1980) aux différentes professions et par interviews.
- une *étude fonctionnelle*, inspirée du National Ambulatory Medical Care Survey américain et des recherches similaires faites ailleurs, qui précise les modes de pratique des différents prestataires, en s'attachant particulièrement à la collaboration interprofessionnelle (en étudiant les renvois – referrals – effectués des uns aux autres). Les premiers mois du projet ont été mis à profit pour une étude méthodologique à cet égard, centrée sur l'analyse de systèmes, et l'élaboration d'instruments (fiches de relevé).

Summary

**An overall view of the ambulatory health care sector
Structural and functional studies in the Cantons of Vaud and
Fribourg, Switzerland**

The project «Quantification and qualification of ambulatory health care», financed by the Swiss National Science Foundation and covering the Cantons of Vaud and Fribourg, has two main goals:

- a *structural study* of the elements of the ambulatory care sector. This is done through inventories of the professions concerned (physicians, public health nurses, physiotherapists, pharmacists, medical laboratories), allowing to better characterize the «offer». This inventory work includes the collect and analysis of existing statistical data as well as surveys, by questionnaires sent (from September 1980) to the different professions and by interviews.
- a *functional study*, inspired from the US National Ambulatory Medical Care Survey and from similar studies elsewhere, in order to investigate the modes of practice of various providers, with particular regard to interprofessional collaboration (through studying referrals from the ones to the others). The first months of the project have been used for a methodological research in this regard, centered on the use of systems analysis, and for the elaboration of adequate instruments.

Zusammenfassung

**Eine Übersicht über die ambulante medizinische Versorgung:
Untersuchung zu Struktur und Funktion in den Kantonen Waadt
und Freiburg**

Dieses im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8 finanzierte Projekt verfolgt zwei Ziele:

- Eine Untersuchung der Strukturen der ambulanten Versorgung. Dazu wird ein Inventar für die wichtigsten Gesundheitsberufe erstellt (praktizierende Ärzte, Gesundheitsschwestern, Physiotherapeuten, Apotheker, Laboratorien) um das «Angebot» besser charakterisieren zu können. Dazu werden sowohl existierende Unterlagen, als auch Informationen benützt, welche in durch die Post zugestellten Fragebogen und durch Interviews gewonnen werden.
- Eine Untersuchung der Abläufe in der Versorgung. Dieser Teil ist vom National Ambulatory Medical Care Survey der USA inspiriert. Er erfasst die Arbeitsabläufe der verschiedenen Leistungsträger und deren Zusammenhang, inklusiv anhand des Überweisungsmusters. Die ersten Monate der Projektdauer wurden zur Erarbeitung der Methoden und Instrumente für die Datenerfassung benutzt.

Annexe I

A propos de l'étude systémique d'un secteur ambulatoire en voie de saturation – Réponses possibles

L'évolution du nombre de prestataires ambulatoires, en particulier du nombre de cabinets médicaux, est l'un des facteurs qui va

influencer profondément notre système sanitaire. Même si, à court terme, aucune modification majeure et brutale n'intervient dans la définition des soins et dans leur mode de distribution, l'accroissement numérique du nombre de «fournisseurs» va clairement imposer des ajustements de leur activité.

La présence d'un large secteur privé dans le domaine ambulatoire et l'absence de directives sanitaires précises et/ou contraignantes émanant des autorités fait penser que ces ajustements seront opérés par les prestataires eux-mêmes, dans le but d'optimiser les conséquences de l'extension de l'offre [réf. 17, 25].

Les connaissances actuelles du secteur des soins ambulatoires ne permettent pas de déterminer quels sont les scénarios les plus probables de cette optimisation. En admettant que la relative autonomie des prestataires ambulatoires (en particulier médicaux) soit conservée, on peut imaginer cependant des conséquences possibles d'une telle augmentation:

- *modification du volume de l'activité par prestataire*
par ex. diminution du nombre de patients examinés.
Les effets secondaires pourront être une augmentation du temps que les prestataires consacreront à chaque patient, mais aussi une multiplication des actes, afin de maintenir un revenu «attendu» [cf. p. ex. 14, 24].
- *modification de la nature de l'activité par prestataire*
par ex. augmentation du recours aux technologies.
- *modification de la mission du prestataire*
par ex. en étendant son champ d'activité à d'autres spécialités médicales, ou en travaillant en groupe [cf. par ex. 3].
L'intervention de la médecine serait requise soit pour de nouvelles spécialités (le cas de la pédopsychiatrie, d'histoire récente, est illustratif), soit pour certaines formes d'activités sanitaires (notamment dans le domaine de la prévention). De même, d'autres professionnels de la santé sont à même d'ouvrir des «créneaux» supplémentaires à leur champ d'intervention, dans la prévention, les soins à domicile ou à l'hôpital.
- *modification des relations entre prestataires ambulatoires*
par ex. en diminuant les renvois de patients entre prestataires [10].
Cette modification peut engendrer un effet concurrentiel entre eux (entre généralistes et spécialistes, entre médecins et autres professions), pouvant tendre à faire disparaître certaines activités très spécialisées ou certaines formes d'activité.
- *modification des relations avec les prestataires non ambulatoires*
par ex. en diminuant les renvois à l'hôpital [17].
Les médecins praticiens pourraient notamment développer, avec la collaboration de services infirmiers ambulatoires et de services d'aide au foyer, des formes d'«hospitalisation à domicile» jusqu'ici rares.

Chacune de ces modifications et les combinaisons possibles entre elles sont les axes autour desquels va s'opérer l'adaptation du secteur des soins ambulatoires à sa propre croissance.

Bibliographie

- [1] *Abelin, T.* (éd.). L'approche systématique dans le secteur de la santé. *Sozial- und Präventivmedizin*, 23, fasc. 2, 75-145, 1978.
- [2] *Abelin, T.* Une Studie über Befunde in der ärztlichen Praxis in der Schweiz. *Sozial- und Präventivmedizin*, 24, 240-242, 1979.
- [3] *Aiken, L. H.* et al. The contribution of specialists to the delivery of primary care: a new perspective. *N. Eng. J. Med.*, 300, 1363-1370, 1979.
- [4] *Ambulatory Medical Care Data.* Report of the Conference on ambulatory medical care records (Chicago, III., April 1972). *Med. Care*, 11 (2), Supplement, 1973.
- [5] *Anderson, M.* All health care systems struggle against rising costs. *Hospitals*, 50 (19), 97-102, 1976.
- [6] *Arbeitsgruppe Sörenberg.* Konzept über primäre Gesundheitsbetreuung (PGB) in der Schweiz. Bern, 14. Juli 1980, 6 S. (durch Bundesamt für Gesundheitswesen).
- [7] *Bailey, M. and Thompson, J.* (ed.). Systems aspects of health planning – Proceedings of the IASA Conference. Baden, Austria, 1974.
- [8] *Barel, Y.* Systèmes et sous-systèmes de recherche. Institut de recherche économique et de planification, Université des sciences sociales de Grenoble, février 1970 (polycopié, 187 p.).

- [9] California Medical Association. Committee on Relative Value Studies (1974 Revision). San Francisco: Sutter, 1974.
- [10] *Christianson, J. B.* and *McClure, W.* Competition in the delivery of medical care. *N. Eng. J. Med.*, 301: 812–818, 1979.
- [11] CNRS. Analyse de systèmes en sciences sociales. *Revue française de sociologie*, No. spécial, 1971.
- [12] *Eisenberg, J. M.* and *Rosoff, A. J.* Physician responsibility for the cost of unnecessary medical services. *N. Eng. J. Med.*, 299, 76–80, 1978.
- [13] *Foulon, G.* Production et ressources professionnelles par médecin, 1962–1972, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 11 (4), 177–184, 1971.
- [14] *Freeborn, M.* et al. Determinants of medical care utilisation: physicians' use of laboratory services. *American Journal of Public Health*, 62, 846–853, 1972.
- [15] *Freeborn, M.* et al. Evaluation of the performance of ambulatory care systems: research requirements and opportunities. *Medical Care*, 11, 68–75, 1973.
- [16] *Gilliand, P.* Vieillesse démographique et planification hospitalière. Service de la santé publique, Lausanne, 1969, 342 p.
- [17] *Gilliand, P.* (dir. publ.) Démographie médicale en Suisse – Santé publique et prospective. Rapport technique, Office de statistique de l'Etat de Vaud, Lausanne, 1976, 301 p.
- [18] *Gilliand, P.* et *Diserens, M.* Santé publique: Analyse factorielle des disparités entre cantons suisses. *Cahiers de l'Institut Sandoz*, No. 1, Genève, 1978.
- [19] *Jeanneret, M.-L.* (réd.). Les soins infirmiers à domicile. *Cahiers médico-sociaux*, 23, No. 1, 1979.
- [20] *Kaprio, L. A.* Primary Health Care in Europe. *EURO Reports and Studies*, No. 14, WHO/EURO, Copenhagen, 1979.
- [21] *Knowles, J. H.* (ed.). Doing Better and Feeling Worse – Health in the United States. New York: W. W. Norton and Co., 1977.
- [22] *Kohn, R.* and *White, K. L.* (ed.). Health Care: An International Study (with the support of WHO). London: Oxford University Press, 1976.
- [23] *Kovner, J. W.* A production function for outpatient medical facilities. Univ. of California at Los Angeles, Ph. D. Dissertation, 1968.
- [24] *Lichtner, B.* and *Pflanz, M.* Appendectomy in the Federal Republic of Germany: Epidemiology and medical care patterns. *Medical Care*, 9, 311–330, 1971.
- [25] *Louria, F.* Coping with the approaching doctor glut. *N. Eng. J. Med.*, 1047–1049, 1979.
- [26] *Martin, J.* Les soins de santé primaires. *Schweizerische Ärztezeitung*, 59, 2258–2261, 1978.
- [27] *Martin, J., Kleiber, C., Chauvie, A.* et *Tinturier, G.* Contraintes économiques et hospitalières – Evolution récente et orientations adoptées dans le canton de Vaud. *Hexagone (Roche)*, 8, No. 2, Supplément, 1980.
- [28] *Mechanic, D.* The growth of medical technology and bureaucracy: implications for medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55, 61–78, 1977.
- [29] *Mechanic, D.* Approaches to controlling the costs of medical care: short-range and long-range alternatives. *N. Eng. J. Med.*, 298, 249–254, 1978.
- [30] *Mendehall, R. C., Girard, R. A.* and *Abraham, S.* A national study of medical and surgical specialties: 1) Background, purpose and methodologies; 2) Description of the survey instrument. *J. Amer. Med. Ass.*, 240, 848–852, 1978; and 240, 1160–1168, 1978.
- [31] *Newhouse, J. P.* The Economics of Medical Care: A Policy Perspective. Boston: Addison-Wesley Publ. Co., 1978.
- [32] *November, A.* Les médecins praticiens en Suisse. *Revue internationale des sciences sociales*, 29 (3), 560–569, 1977.
- [33] OMS. Application de l'analyse de système à la gestion sanitaire. Série de Rapports techniques, No. 596, Genève, 1976.
- [34] *Popov, G. A.* Principles of health planning in the USSR. *Public Health Papers*, No. 43. Geneva: WHO, 1971.
- [35] *Rafferty, J.* Health manpower and productivity – The literature and required future research. Lexington: Heath (Lexington Books), 1974.
- [36] *Sandier, G.* Niveau et structure de la production des médecins généralistes en pratique libérale. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 9 (3), 168–170, 1969.
- [37] *Scheffler, R. M.*, et al. A manpower policy for primary health care. *N. Eng. J. Med.*, 298, 1058–1062, 1978.
- [38] *Stephen, W. J.* An Analysis of Primary Medical Care: An International Study. New York: Cambridge University Press, 1979.
- [39] *Stuart, P.* et al. Control over the utilisation of medical services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 341–394, 1973.
- [40] *Sobaski, W. J.* Effects of the 1969 California Relative Value Studies on costs of physician services under SMI. US Dept. of HEW, Office of Research and Statistics, Washington, 1975.
- [41] *Tenney, J. B., White, K. L.* and *Williamson, J. W.* National Ambulatory Medical Care Survey: Background and Methodology. *Vital and Health Statistics, Series 2*, No. 61, US Dept of HEW. Publ. No. (HRA) 74–1335, April 1974.

Etude structurelle du système ambulatoire par des inventaires de professions: méthodes et premiers résultats

Marie-Claude Brulhard¹, Anne Decollogny² et Philippe Lehmann³

Le principal objectif de la phase dite «Inventaire du système d'offre de soins ambulatoires» de cette

¹ Sociologue, Institut de Recherche sur l'Environnement Construit (IREC), EPFL, Av. Eglise-Anglaise 14, 1006 Lausanne

² Documentaliste, Service de la santé publique, Rue Cité-Devant 11, 1005 Lausanne

³ Politologue-sociologue, IREC-EPFL, Av. Eglise-Anglaise 14, 1006 Lausanne

Ce travail entre dans le cadre du projet «Quantification et qualification des prestations de soins ambulatoires» du PNR 8 du Fonds national suisse de la recherche scientifique (Requête No. 4.356.0.79.08 – requérant responsable: Dr J. Martin).

recherche est de tenter de saisir la *globalité* de ce secteur d'activité sanitaire.

Autant l'idée d'un système des soins ambulatoires est-elle facile à appréhender, autant il semble difficile de faire la somme de toutes les forces mises en œuvre pour réparer la santé dégradée hors du milieu hospitalier. Il paraît même que pareille entreprise n'a encore jamais été menée à bout en Suisse et dans les pays comparables.

On étudie en effet tantôt le système sanitaire comme un tout, tantôt telle ou telle de ses composantes, et la