

Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?

Yann Bourqueil, Anna Marek, Julien Mousquès

En France, la médecine de groupe en soins ambulatoires, souvent appelés soins primaires à l'étranger, est peu développée comparativement à d'autres pays. En Finlande et en Suède, le regroupement des médecins s'opère dans des structures publiques locales avec des équipes multidisciplinaires, tandis qu'au Canada, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, il s'organise dans des structures privées gérées par des professionnels de santé indépendants dans un cadre contractuel.

Parmi les facteurs explicatifs forts du regroupement, on relève d'une part une réelle volonté politique de placer les soins primaires au cœur du système et, d'autre part, l'évolution de la demande et de l'offre de soins : augmentation de la demande de soins dans un contexte de baisse de la densité médicale, nécessité d'une meilleure coordination des soins, recherche de conditions et de temps de travail moins contraignants... Le regroupement s'accompagne souvent de règles et de pratiques nouvelles : mécanismes d'inscription volontaire des patients auprès d'un médecin en groupe, développement de la coopération entre professions de santé, modification de la rémunération des médecins et nouveaux contrats entre groupes et autorités de santé. Certains signes sont tangibles en France, précurseurs certainement d'une accélération du processus de regroupement des médecins.

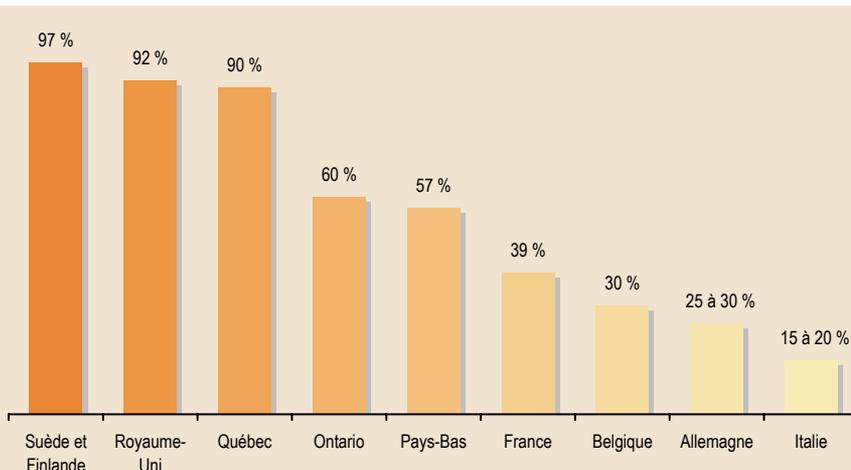
La question de la transformation de l'organisation de la médecine ambulatoire - synonyme dans beaucoup de pays de « soins primaires » (voir encadré p. 4) - se pose de façon grandissante en France et à l'étranger. Elle interroge tant l'organisation en tant que telle, que le financement du système de soins et l'évolution des pratiques professionnelles médicales et paramédicales. Cette question s'inscrit dans un contexte en pleine évolution : d'une part, la demande de santé augmente et évolue constamment, et, d'autre part, l'offre de soins devrait connaître dans les années à venir une diminution de la densité médicale.

Dans ce contexte, l'une des évolutions marquantes dans la plupart des pays modernes est le développement d'une pratique plus collective et interprofessionnelle des médecins, qui peut prendre deux formes principales : l'exercice au sein de cabinets de groupe ou de centres de santé, et des modes de regroupement en réseaux. C'est la première forme que nous avons étudiée.

En France, si la médecine de groupe tend à augmenter, elle reste moins développée que dans d'autres pays, notamment dans les disciplines cliniques de premiers recours comme la médecine générale.

Dans l'objectif d'éclairer la situation française, la situation du regroupement des médecins généralistes a été analysée dans six pays européens et deux provinces canadiennes : l'Allemagne, la Belgique, la Finlande, l'Italie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède, l'Ontario et le Québec.

Proportion de médecins généralistes travaillant en groupe (estimation)



En France : un regroupement modéré des médecins généralistes libéraux, en augmentation

La France parmi les pays où le regroupement des médecins est minoritaire

Deux ensembles de pays se distinguent selon que l'exercice en groupe dans les soins primaires y est majoritaire ou minoritaire (pour une approche détaillée par pays, voir tableaux p. 3).

La pratique de groupe est dominante en Finlande, en Suède, au Royaume-Uni, et majoritaire au Canada (Québec et Ontario) et aux Pays-Bas. Elle est minoritaire en France, en Belgique, en Allemagne et en Italie.

En France, il convient de faire la distinction entre deux structures d'exercice en groupe : les centres de santé et les groupes de médecins libéraux. Les premiers représentant une très faible part de l'offre de soins (plutôt dans les zones défavorisées ou isolées), c'est principalement dans le cadre de l'exercice libéral que le regroupement des médecins généralistes doit être observé en France.

D'après une enquête de la DREES¹, le taux de regroupement des médecins généralistes est estimé en 2003 à 39 % ; il était estimé à 30 % des médecins libéraux au début des années quatre-vingt. L'exercice isolé en cabinet reste donc la forme privilégiée.

La pratique en groupe est essentiellement monospécialisée (regroupement de médecins de même discipline entre eux). Seuls 16 % des médecins généralistes en groupe exercent avec des associés ayant des disciplines différentes de la leur. Les groupes sont de petite taille : environ 55 % des médecins y exercent avec un seul associé.

Un intérêt croissant pour ce mode d'organisation

Même si le regroupement est aujourd'hui limité en France, il est de plus en plus considéré comme une piste intéressante² et se traduit par des initiatives professionnelles et des mesures récentes prises par les pouvoirs publics. Ainsi, dans le cadre du

Plan de démographie médicale de 2006, l'Assurance maladie a mis en place une mesure incitative visant principalement à favoriser l'exercice médical dans les zones déficitaires : un accord a été signé le 18 janvier 2007 prévoyant une aide forfaitaire annuelle équivalente à 20 % du montant des consultations et visites réalisées par les médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe ou en maison de santé dans les zones sous-médicalisées. De même, la création du contrat de médecin collaborateur libéral dans le cadre de la loi du 2 août 2005, bien que non directement orientée vers le regroupement des médecins, est souvent présentée comme un moyen de faciliter à terme l'association. Enfin, depuis quelques années, parallèlement au développement de la politique des réseaux de soins, des projets de maisons médicales pluriprofessionnelles voient le jour, avec le soutien financier octroyé par les fonds d'innovation (Fonds d'aide à l'amélioration de la qualité des soins de ville et Dotations régionales des réseaux) et par les régions.

Cet attrait pour la pratique de groupe est également perceptible en Allemagne, en Belgique et en Italie. Il reste toutefois moins marqué que dans d'autres pays où la médecine de groupe constitue le cadre d'exercice dominant et que nous choisissons ici de présenter plus en détail.

Dans les pays où la médecine de groupe domine : des formes et des processus variés de regroupement des médecins

Des modes de fonctionnement très divers d'un pays à l'autre

Dans les pays où la médecine de groupe est dominante, deux catégories peuvent être distinguées selon le cadre - public ou privé - dans lequel exercent les médecins. En Suède et en Finlande, le regroupement s'opère au sein de centres de santé où les médecins sont soit salariés, soit rémunérés à la capitation, tandis qu'au Canada aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, le regroupement s'organise dans des cabinets privés gérés par des professionnels qui exercent

Cette comparaison internationale a été financée par la Direction de la sécurité sociale du ministère de la Santé et s'inscrit dans le cadre des travaux de l'IRDES sur l'organisation des systèmes de santé. Elle s'est appuyée sur un réseau international d'experts - chercheurs, représentants d'institutions publiques et d'associations professionnelles - et sur des visites sur sites effectuées dans chacun des pays. Cette étude permet d'appréhender le niveau et les formes prises par le regroupement des médecins généralistes, d'identifier les processus à l'origine de son développement et les changements dont il est porteur dans les systèmes de santé. Elle a été menée en 2004 et 2005 et mise à jour en 2007 dans la perspective de la présente publication.

comme travailleurs indépendants avec des modalités de rémunération mixtes (acte, capitation, forfait).

En Finlande et en Suède, les médecins exercent en soins primaires dans des centres de santé gérés et financés par les collectivités locales, qui constituent la base du système et offrent à la fois des soins curatifs et préventifs. Ils proposent à la population qu'ils desservent une large gamme de soins et des services médicaux sociaux et collectifs (promotion de la santé, prévention, soins diagnostiques, curatifs, palliatifs, de réadaptation...). Ils sont de taille variable selon les zones géographiques, avec des centres de grande taille en zone urbaine et de petite taille en zone rurale. Les médecins généralistes, le personnel infirmier et d'autres professionnels de santé (assistants de laboratoire, sages-femmes, kinésithérapeutes et parfois des spécialistes - pédiatres, gynécologues, psychiatres, etc.) forment une équipe interdisciplinaire qui dispense la majorité de ces services.

Au Royaume-Uni, les médecins généralistes contractualisent au plan local avec l'autorité de santé (*Primary Care Trust*),

1 Audric S. (2004), L'exercice en groupe des médecins libéraux, *Études et résultats*, DREES, n° 314.

2 Voir notamment : Juillard J.-M. (10/2007), Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la démographie médicale ; ONDPS (2005), Rapport annuel de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

et offrent un éventail de services de soins primaires. Les médecins, sous conventionnement avec le *National Health Service* (NHS), ont un statut de professionnel indépendant. Aujourd'hui, seuls 8 % des médecins généralistes exercent en cabinet individuel. L'évolution la plus marquante est l'augmentation de la taille des groupes : si en moyenne un groupe comprend, en plus du personnel administratif, 4,8 médecins généralistes et une infirmière, plus de 45 % des généralistes exercent désormais dans des groupes associant 5 généralistes et plus, contre 17 % en 1975.

Aux Pays-Bas, 57 % des médecins généralistes exercent en cabinet de groupe, le plus souvent de deux médecins. Un système de *gate-keeping* a été mis en place en 1941, au sein duquel les médecins sont tous des prestataires indépendants. Les généralistes exerçant individuellement ou en groupe ne sont pas associés à des infirmières ou à des équipes multidisciplinaires. Toutefois, comme en Allemagne, la place des assistantes médicales est importante

dans les cabinets³. Seule une petite minorité de médecins exerce dans des centres de santé, qui desservent environ 10 % de la population et où il existe des équipes multidisciplinaires. Signalons que dans les années soixante-dix – quatre-vingt, un projet pilote de vaste réseau de soins primaires communautaires et intégrés a été mis en œuvre à l'échelle d'une ville nouvelle, Almere, dans la perspective d'une généralisation éventuelle. Si sa diffusion n'a pas été poursuivie, il n'en constitue pas moins une réalisation exemplaire (toujours opérationnelle) de nouvelles formes d'organisation de soins.

Au Québec, les soins primaires sont assurés majoritairement par des cabinets médicaux privés où les médecins sont rémunérés à l'acte. Dans ces cabinets, 6 médecins généralistes sur 7 exercent en groupes composés de 5 médecins généralistes en moyenne. Une minorité de cabinets (17 % environ) compte une ou plusieurs infirmières au sein de leur personnel. Les cabinets comprennent, pour près de la moitié d'en-

tre eux, des spécialistes, des psychologues (40 %), des diététiciens (30 %) et des kinésithérapeutes (12 %). En Ontario, à la différence du Québec, les médecins généralistes s'associent majoritairement entre eux, et moins souvent avec des spécialistes ou d'autres professions de santé.

Les pays où la médecine de groupe est majoritaire ne sont donc pas caractérisés par une forme unique de regroupement : celui-ci est monospécialisé (association entre médecins de même spécialité) dans le cas des Pays-Bas et de l'Ontario, pluriprofessionnel (association entre médecins généralistes et autres professionnels paramédicaux) dans le cas du Royaume-Uni, et à la fois pluriprofessionnel et plurispécialisé (association entre médecins généralistes et autres médecins spécialistes) dans le cas du Québec, de la Suède et de la Finlande.

En revanche, dans les pays où les médecins exercent majoritairement en solo, la forme dominante du regroupement est toujours monospécialisée, comme c'est le cas en France, en Allemagne, en Belgique et en Italie (*voir tableau ci-contre*).

Par ailleurs, les pays où la plupart des médecins exercent en groupe ne s'inscrivent pas forcément dans le même modèle d'organisation des soins primaires. On y distingue le modèle communautaire et le modèle professionnel⁴. Dans le modèle communautaire, le médecin est inclus dans une structure pluriprofessionnelle (le centre de santé) qui fournit des soins et services de santé (promotion, prévention, curatif) et sociaux à une population définie. Dans le modèle professionnel, le médecin est le pivot de l'organisation des soins, et fournit des services à une clientèle. Dans certains cas, l'inscription de la clientèle auprès du

3 Celles-ci y effectuent des travaux de secrétariat médical (prise de rendez-vous, préparation des consultations, tenue des dossiers, délivrance des feuilles de prescription...) et des tâches cliniques de technicité limitée (ablation de points de suture, réalisation d'électrocardiogrammes, audiométrie simple, pansements, prélèvement du sang, injections, mesure de la pression artérielle...). Pour autant, ces cabinets ne sont pas considérés comme des cabinets pluriprofessionnels.

4 Beaulieu M.-D., Contandriopoulos A.-P., Denis J. L., Haggerty J., Lamarche P. A., Pineault R. (novembre 2003), *Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Pays où la pratique de groupe des médecins généralistes est majoritaire

| | Taux moyen de regroupement des médecins généralistes | Cadre d'exercice dominant du groupe | Professionnels concernés | Nombre moyen de médecins par groupe | Mode de rémunération des médecins |
|-------------|--|---|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Finlande | Plus de 90 % | Centre public de santé | Principalement pluriprofessionnel | nd | Salariat/capitation |
| Suède | 98 % | Centre public de santé | Plurispécialisé et pluriprofessionnel | nd | Salariat |
| Royaume-Uni | 92 % | Cabinet privé sous contrat avec l'autorité locale | Pluriprofessionnel | 4, 8 | Capitation/forfait/acte |
| Québec | Environ 90 % | Cabinet privé | Plurispécialisé et pluriprofessionnel | 5, 2 | Acte |
| Ontario | 60 % environ | Cabinet privé | Monospécialisé | 4, 8 | Acte |
| Pays-Bas | 57 % | Cabinet privé | Monospécialisé | 2 | Capitation |

Pays où la pratique de groupe des médecins généralistes est minoritaire

| | Taux moyen de regroupement des médecins généralistes | Cadre d'exercice dominant du groupe | Professionnels concernés | Nombre moyen de médecins par groupe | Mode de rémunération des médecins |
|-----------|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| France | 39 % | Cabinet privé | Monospécialisé | environ 3 | Acte |
| Belgique | 30 % | Cabinet privé | Monospécialisé | nd | Acte |
| Allemagne | 25 à 30 % | Cabinet privé | Monospécialisé | Groupe de 2 médecins en majorité | Acte |
| Italie | 15 à 20 % | Cabinet privé | Monospécialisé | nd | Capitation |

Pour une approche plus complète de ces pays, se reporter au rapport Irdes correspondant (voir p. 8).

Les soins primaires

Le choix fait dans cette étude est de centrer l'analyse sur la médecine de groupe dans le domaine des soins primaires. Cette dénomination de «soins primaires», qui est utilisée dans certains contextes nationaux, mais peu en France, renvoie aux notions de premier recours, d'accessibilité et de permanence des soins. Les médecins généralistes en sont partout des acteurs essentiels mais, selon les organisations en vigueur, d'autres professionnels peuvent y être éga-

lement impliqués, notamment les infirmiers. Le champ des services offerts par les soins primaires n'a pas de définition universelle. Outre les soins ambulatoires de proximité, on y inclut fréquemment des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'information et de conseil. Certains pays ont cherché à y intégrer également des services sociaux.

Le choix effectué ici est de considérer comme faisant également partie des soins primaires,

au-delà des soins ambulatoires en cabinet ou centre de soins, les soins à domicile fournis par les infirmières aux personnes dépendantes. En revanche, les soins en structures de soins de suite, résidentiels et de réadaptation – qui concernent un nombre important de professionnels notamment infirmiers – ne sont pas inclus dans le champ. Néanmoins, il faut souligner que la distinction entre les deux catégories n'est pas toujours aisée dans les informations recueillies.

médecin ou du groupe lui confère des missions de coordination, ainsi que de prévention et de promotion de la santé (modèle professionnel de coordination).

La Finlande et la Suède sont les seuls systèmes de santé de notre échantillon qui s'inscrivent dans le modèle communautaire. Les Pays-Bas, le Royaume-Uni, le Québec et l'Ontario s'inscrivent quant à eux dans un modèle professionnel d'organisation des soins primaires.

En Finlande et en Suède, la volonté des pouvoirs publics de promouvoir les soins primaires

Le développement des centres de santé en Finlande et en Suède est lié à une volonté des pouvoirs publics, dans les années soixante-dix et quatre-vingt, de promouvoir la place des soins primaires. Dans les deux cas, la gestion du système de santé est marquée par une forte décentralisation, à l'échelle de la région pour la Suède et de la municipalité pour la Finlande.

En Suède, c'est au début des années quatre-vingt qu'il est établi que les soins primaires devront être fournis exclusivement au sein de centres de santé, dont le nombre double en l'espace de cinq ans. Les médecins y sont principalement salariés avec des mécanismes d'incitation à l'activité. En Finlande, en 1972, la loi sur les soins de santé primaires définit un certain nombre d'exigences et de normes qui font des soins primaires la pierre angulaire du système de santé, en laissant aux municipalités la responsabilité de leur mise en œuvre à

l'échelon local. Ce sont les centres de santé qui deviennent les pivots du système, ce qui constitue une grande nouveauté pour l'époque. Avant cette loi fondatrice, les soins étaient essentiellement dispensés par des médecins libéraux ; depuis, la plupart sont devenus des fonctionnaires de l'État.

Au Royaume-Uni, un regroupement graduel

L'exercice en groupe est une pratique ancrée depuis longtemps au Royaume-Uni, qui a été amenée à se développer graduellement. Après la Seconde guerre mondiale, lors de la transformation du système d'assurances sociales en un système national de santé, le ministère de la Santé exprime déjà son intérêt pour le développement de cabinets de groupes ou de centres de santé. Mais c'est surtout à la fin des années soixante, dans un contexte où le Royaume-Uni fait face à une pénurie importante de médecins généralistes, que plusieurs mesures favorisant notamment le développement de la pratique de groupe, sont mises en œuvre : abolition de la liberté géographique d'installation et obligation pour les cabinets d'avoir une liste d'une taille minimale de 1 000 patients ; incitation, afin d'augmenter l'activité des cabinets, au recrutement d'infirmiers dont le NHS finance 70 % du salaire ; enfin, versement d'une dotation spécifique (*group allowance*) s'élevant à 5 % du revenu total de la pratique à ceux qui adhèrent à un centre de santé.

Cependant, ce sont surtout les réformes des années quatre-vingt-dix qui stimu-

lent le mouvement de regroupement et de réorganisation au Royaume-Uni, à partir de la création de structures de gestion de budgets pour l'achat des soins ambulatoires et hospitaliers. Ce sont aujourd'hui les PCT (*Primary Care Trusts*) qui gèrent tous les services des soins primaires (cabinets de médecins généralistes en groupes ou individuels, services à domicile, services sociaux, etc.). Les PCT sont dirigés par un conseil d'administration où sont représentés les généralistes, les infirmiers, les services sociaux, l'autorité sanitaire locale et la population locale. Ils disposent d'une structure de gestion (managers et financiers, mais aussi conseillers pharmaceutiques, responsables qualités, etc.).

La mise en place du *New GP contract* à partir d'avril 2004 confirme la tendance au développement de la pratique de groupe. Désormais, le NHS passe contrat directement avec les cabinets et avec les médecins à titre individuel. Il n'y a plus de liste individuelle pour chaque médecin mais une liste de patients par cabinet. Ce mode de financement incite à optimiser l'organisation du travail et les aspects logistiques des cabinets pour améliorer les revenus. Par l'intermédiaire de ce dispositif, le gouvernement s'attend à ce que les derniers cabinets individuels disparaissent.

Au Québec, une réaction à la mise en place de centres de santé par le gouvernement

Au Québec, c'est notamment en réaction à l'implantation des Centres locaux de services communautaires (CLSC) dans les années soixante-dix que les médecins généralistes sont conduits à délaisser la pratique solo pour la pratique de groupe. En effet, lors de la mise en place du système public de santé en 1970, les autorités créent des structures publiques, les CLSC, dans l'objectif d'en faire la porte d'entrée principale du système de soins. Les CLSC doivent prendre en charge l'ensemble des besoins sociaux et de santé de leur population locale, par le biais d'équipes multidisciplinaires favorisant la continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle, notamment entre médecins, infirmières et travailleurs sociaux. Mais la mise en

place du réseau des CLSC, qui se déroule sur une quinzaine d'années, est difficile. La plupart des associations représentatives des médecins leur sont peu favorables, et peu de médecins généralistes font le choix d'exercer dans ces structures, par crainte surtout de perdre leur rôle dominant dans l'accès des patients aux soins de santé et dans la coordination de ces soins.

C'est dans ce contexte que les médecins accélèrent le développement des cabinets de groupe. Aujourd'hui, la porte d'entrée des soins primaires au Québec est principalement constituée par les cabinets de groupe privés et les urgences hospitalières⁵.

En Ontario, les CHC (*Community Health Centres*), équivalents des CLSC, se sont peu développés. Le nombre de médecins exerçant dans les CHC est moins important (environ 5 %) que dans les CLSC au Québec, où il s'élève à 20 % des médecins.

Par ailleurs, au Québec et en Ontario se développent depuis peu de nouveaux contextes d'exercice, dont l'objectif principal est d'améliorer l'accès aux services de première ligne tout en valorisant le rôle du médecin de famille. Les Groupes de médecine de famille (GMF) au Québec et les *Family Health Teams* (FHT) en Ontario se mettent en place progressivement depuis 2000 pour une clientèle inscrite volontairement. Les GMF sont constitués d'une dizaine de médecins qui exercent en collaboration avec des infirmières et offrent une gamme de services médicaux de première ligne. L'objectif du ministère de la Santé est qu'à terme environ 75 à 80 % de la population assurée soit inscrite chez un médecin de famille membre d'un GMF. Pour le moment, une minorité de médecins exerce dans les Groupes de médecine de famille (GMF) au Québec ou dans les *Family Health Teams* en Ontario.

L'exercice en médecine de groupe : des règles et des pratiques nouvelles

Les politiques favorisant le regroupement sont souvent associées à des innovations qui peuvent être porteuses de profonds changements dans le système.

L'inscription des patients auprès d'un médecin exerçant en groupe

Une première innovation consiste à instaurer des mécanismes d'inscription volontaire des patients auprès d'un médecin généraliste exerçant en groupe. Cette logique de liste – comme l'ont mise en œuvre les provinces canadiennes de l'Ontario et du Québec dans leurs expériences de réseaux ou groupes de médecins de famille – conduit à un basculement progressif des systèmes de soins primaires. Ainsi, les modèles de délivrance des soins, fondés sur une logique de prise en charge d'une clientèle, tendent à évoluer vers une logique de prise en charge d'une population. Il s'agit là d'un changement qui peut s'avérer très structurant pour le développement des soins primaires, notamment en matière de prévention et d'approche socio-sanitaire.

Le développement de la coopération entre professionnels de santé

Une seconde innovation consiste à favoriser le développement de la coopération ou de la délégation de tâches, notamment entre médecins généralistes et infirmières⁶. Cette coopération est encouragée par le biais du financement d'une partie ou de l'intégralité du salaire de l'infirmière, ou bien en détachant dans les cabinets de groupe du personnel infirmier préalablement employé dans des structures socio-sanitaires, comme cela peut-être le cas au Royaume-Uni (PCT) ou dans le cadre des expérimentations canadiennes (GMF et CLSC).

Dans les pays où les médecins spécialisés exercent traditionnellement à l'hôpital, le regroupement s'accompagne du développement des consultations de spécialistes dans les cabinets et d'une relative spécialisation des médecins généralistes.

Dans les pays pour lesquels la contrainte sur le nombre de médecins généralistes est forte, tels le Canada ou le Royaume-Uni, il s'agit probablement de l'un des facteurs explicatifs les plus importants de l'accélération de la logique de regroupement. Il permet en effet aux médecins généralistes en exercice d'améliorer leur capacité à répondre à la demande.

La modification de la rémunération des médecins et nouveaux contrats

Les incitations économiques à la pratique de groupe s'accompagnent de modifications de la rémunération traditionnelle qui peuvent s'adresser soit en totalité au médecin qui travaille en groupe, soit en partie au groupe et en partie au médecin qui y exerce. Il peut s'agir ainsi du remplacement partiel du paiement à l'acte par la rémunération à la capitation lors de la mise en place de systèmes de listes (par exemple : réseaux ou groupes de médecins de famille en Ontario et au Québec), du développement de modes de rémunération forfaitaires (équipement, coordination...) et de l'introduction du paiement à la performance.

Ces nouveaux modes de rémunération visent notamment à développer des activités nouvelles auprès des patients (par exemple, amélioration du suivi des patients diabétiques, hypertendus, asthmatiques...) ou à améliorer l'accessibilité des services du cabinet (extension des plages d'ouverture des cabinets et/ou engagement de réponse à l'urgence) et à financer les moyens logistiques et humains des groupes (informatisation, salaires infirmiers).

La nature du contrat (conventionnement) entre la tutelle et les médecins est en général modifiée en profondeur lors de la mise en œuvre de politiques favorisant le regroupement. Ainsi, il s'agit le plus souvent, parallèlement au classique « conventionnement national » entre la tutelle et chaque médecin, de développer des contrats collectifs entre l'autorité locale de santé et les groupes de médecins. Ces contrats statuent pour une part sur l'étendue ou la gamme des soins et des services proposés à des patients inscrits, voire orientent la façon dont ces soins sont fournis. Le groupe fait alors l'objet d'une rémunération particulière, comme au Royaume-Uni ou dans le modèle des *Family Health Networks* en Ontario. Au Royaume-Uni, la rémunéra-

5 Contandriopoulos A-P., Diene C. P., Fournier M-A, Trottier L-H., Les soins de santé primaires au Québec, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, juillet 2003.

6 Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. (2006), *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes*, Rapport IRDES.

tion partielle du cabinet de groupe est liée à des critères de performance (taux de dépistage, vaccination de la population inscrite, résultats de santé...).

Le développement de la médecine de groupe : les facteurs explicatifs

L'importance de la place accordée aux soins primaires par les pouvoirs publics dans le système de santé

D'un point de vue plus systémique, la comparaison internationale montre que le niveau et la forme du regroupement des médecins généralistes est pour une grande part liée à la définition des missions et des acteurs des soins primaires dans le système de santé.

La place accordée aux soins primaires, du point de vue de la régulation et de la structuration de la médecine ambulatoire au sein du système de santé, semble être un élément explicatif important du niveau de développement de la pratique de groupe. Une politique de soins primaires existe en effet, de façon plus ou moins structurée, dans les pays à fort taux de regroupement : en Suède, en Finlande, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, au Québec et en Ontario. Dans ces pays, les pouvoirs publics ont davantage cherché à structurer le système d'organisation des soins, à différencier soins primaires et secondaires et à accorder une place importante aux soins primaires dans le système de santé. Le regroupement des médecins généralistes est également plus développé dans les pays où ces derniers jouent un rôle pivot dans l'organisation des soins.

On observe dans ces pays une plus forte reconnaissance des professions de santé intervenant dans les soins primaires – notamment les médecins généralistes et les infirmières. Elle se traduit institutionnellement par l'existence d'un champ de recherche et universitaire associé à des organismes de représentation professionnelle forts, la reconnaissance de la place et de l'importance de ces professions dans la prise en charge des soins primaires (com-

parativement, pour les généralistes, à celle des spécialistes, notamment dans l'orientation et la coordination des soins sur le modèle du généraliste *gatekeeper*) et enfin, la valorisation financière de ces professionnels, notamment dans leur rémunération relative par rapport aux autres spécialistes⁷.

Or, toutes ces caractéristiques sont moins présentes dans les pays où le regroupement est la forme minoritaire d'exercice. La Belgique et l'Allemagne, comme la France, se caractérisent surtout par une absence de coordination formalisée et d'organisation planifiée du champ ambulatoire. Il n'existe pas de projet explicite global de soins primaires, à entendre comme projet global d'organisation des soins fondé sur une approche populationnelle et hiérarchisée. Dans ces pays, l'exercice de la médecine est majoritairement libéral, les médecins sont rémunérés à l'acte (sauf dans le cas de l'Italie) et sont rarement associés dans leurs cabinets à d'autres professionnels de santé, notamment les infirmières.

Dans le développement de la pratique de groupe en soins primaires, deux moments clés peuvent être schématiquement distingués : le premier, dans les années soixante-dix - quatre-vingt, et le second, à partir des années quatre-vingt-dix.

La mise en œuvre de politiques de soins primaires et d'incitation au regroupement dès les années soixante-dix et quatre-vingt

Le premier mouvement s'inscrit dans une volonté d'assurer une réponse globale de proximité, c'est-à-dire une gamme de services large et étendue, notamment les soins urgents, au plus proche des malades (prévention, promotion de la santé, soins curatifs, soins de réadaptation...). Cette orientation renvoie à la définition des soins primaires portée alors par l'OMS (conférences d'Alma-Ata en 1974 et d'Ottawa en 1986) et reprise dans plusieurs pays occidentaux. Les politiques de planification des soins primaires et les réformes qui s'en inspirent conduisent en général à la modification des modes d'exercice en médecine générale, qui s'appuie notamment sur le regroupement des médecins généralistes

et la coopération entre professionnels de santé.

Si le concept de soins de santé primaires tel que défini à Alma-Ata a été régulièrement repris depuis près de quarante ans pour motiver l'inscription sur l'agenda des politiques de réformes et de développement des soins primaires, les pays se sont toutefois engagés différemment dans cette voie. Les pays scandinaves comme la Suède et la Finlande ont promu simultanément la décentralisation des politiques sanitaires et sociales et l'organisation en centres de santé. Le Québec, avec la promotion des CLSC, le Royaume-Uni, avec des incitations au regroupement, et les Pays-Bas, avec les expériences de centres de santé dans les villes nouvelles, ont tenté de mettre en œuvre certains principes des soins primaires. La nationalisation et la décentralisation du système en Italie ont également constitué à l'époque une première étape non achevée vers une politique de soins primaires⁸. Enfin, si la Belgique, l'Allemagne, l'Ontario et la France se sont engagés dans les années soixante-dix et quatre-vingt dans le développement des centres de santé, ce processus s'est le plus souvent arrêté ou ralenti avec la crise économique, l'opposition des syndicats médicaux et la réduction des dépenses publiques.

L'influence de l'évolution de la demande et de l'offre de soins à partir des années quatre-vingt-dix

Le regroupement des médecins et, d'une façon plus générale, la réorganisation des soins primaires vers des soins intégrés ou plus collectifs, semble depuis les années quatre-vingt-dix à nouveau à l'ordre du jour, les Canadiens parlant à cet égard de renouveau des soins primaires (*primary care renewal*). Au-delà de leur assimilation

7 Comité d'interface Inserm/Médecine générale, Colloque « L'avenir de la recherche de la médecine générale en France », 24 mai 2006 ; Bourgueil et al. (2006), *op cit*.

8 En Italie, la transition, en 1978, d'un système assurantiel vers un système national de santé s'inscrit dans une logique de rupture profonde avec l'organisation passée du recours en soins primaires, à travers la mise en place d'un système de *gate-keeping* et une organisation régionalisée de l'offre de soins primaires.

Les gains en matière d'efficacité et d'efficience du regroupement des médecins : des questions à préciser¹

Des travaux principalement centrés sur les économies d'échelles et qui présentent une faible variété de terrains d'observation

Il est difficile de déterminer si les politiques de soutien au regroupement ont effectivement permis d'améliorer la qualité de la réponse à la demande (l'efficacité), l'efficience, ou si elles ont simplement constitué une redistribution des cartes entre professionnels (regroupés *versus* isolés).

Le regroupement se caractérise le plus souvent par une logique de travail en équipe, en complémentarité plutôt qu'en substitution, *via* l'association de médecins de différentes disciplines et d'autres professionnels. Dans ce type de regroupement, la recherche de gains d'efficacité et d'efficience passe tout autant par la réalisation d'économies d'échelles que de gamme.

Le regroupement génère classiquement des économies d'échelles puisque l'augmentation de la taille du cabinet permet la répartition des coûts fixes (par exemple, charges relatives à l'immobilier, au

personnel...) sur une production quantitativement plus importante. Parallèlement à l'augmentation de la taille, les économies de gamme, liées à l'étendue des compétences présentes dans le cabinet, augmentent. Cela permet de diversifier les soins et les services qui sont offerts et donc de répartir les coûts fixes sur une production quantitativement et qualitativement plus importante.

Pour autant, les recherches peu nombreuses analysant l'éventuel supplément du regroupement en termes d'efficacité et d'efficience, se concentrent le plus souvent sur l'analyse des économies d'échelles, ce qui limite beaucoup l'intérêt de ces travaux. Par ailleurs, la variété des terrains d'observation est faible : les recherches se limitent principalement à des études de cas aux États-Unis ou au Royaume-Uni.

Quelques conclusions sur le regroupement issues de la littérature²

En termes d'efficacité, il apparaît que la qualité des soins est au moins identique, et au mieux

améliorée, lorsque les médecins exercent en groupe avec d'autres professionnels, notamment les infirmières. Les améliorations les plus manifestes portent notamment sur le suivi des pathologies chroniques (par exemple : diabète, asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne). Ce suivi repose principalement sur les infirmières et sur un système d'information de qualité, conditions essentielles pour l'amélioration de la performance et le suivi optimal des patients.

Au Royaume-Uni, les améliorations constatées pour le suivi des malades atteints de ces pathologies, dans le cadre de l'expérimentation du paiement à la performance dès 1998 et de sa généralisation en 2004, sont plus importantes dans les cabinets de groupe que dans les autres.

En termes d'efficience, aux États-Unis, les résultats sur une courte période des programmes de *disease management* sont contradictoires et sont surtout attendus sur une plus longue période.

Au Royaume-Uni, il est plus délicat de statuer sur les gains d'efficience dans un contexte où, avec la mise en place du paiement à la performance en 2004, il y a eu de substantielles revalorisations entre 2004 et 2006. Celles-ci peuvent être assimilées à un financement *a posteriori* d'une amélioration de la performance antérieure (1998-2004), mais bien réelle.

En conséquence, les gains d'efficience sont surtout attendus sur le long terme car très fortement associés à la réduction du risque de survenue de complications, qui entraîneraient des hospitalisations coûteuses. On peut donc s'étonner du fait que l'efficience soit le plus souvent évaluée sur une courte période.

¹ L'efficacité exprime une amélioration du résultat d'une intervention ou d'un produit. La productivité exprime le volume de service fourni en regard des ressources utilisées. L'efficience exprime le résultat d'une intervention ou d'un produit par rapport aux ressources utilisées.

² Pour la bibliographie intégrale, se reporter au rapport Irdes (voir p. 8).

au seul exercice de la médecine salariée en centres de santé publics, les soins primaires sont désormais perçus comme un cadre général permettant de définir la nature des services en proximité et en première ligne à offrir à la population dans son ensemble, sans nécessairement être associés à un modèle unique de délivrance des soins. Les modalités d'articulation des logiques de santé publique avec les dynamiques professionnelles et des formes libérales d'exercice professionnel varient selon les pays et les contextes, mais l'on observe partout une tendance au regroupement des médecins.

Mieux répondre à une demande croissante avec des ressources humaines limitées

La première des motivations au regroupement des médecins est de mieux répondre à une demande dont on anticipe l'augmentation et la modification, soit pour des raisons sanitaires (demande de

soins croissante liée au vieillissement de la population et à la transition épidémiologique), soit pour des raisons sociales (demande sociale croissante, notamment en termes d'accessibilité aux soins, surtout « novateurs »). Or, il s'avère que la productivité actuelle ou à venir des prestataires de premier recours n'est pas susceptible de couvrir cette évolution de la demande. En effet, les effectifs de ressources humaines en santé ont fait l'objet dans de nombreux pays de politiques de limitation du nombre de médecins par l'instauration de *numerus clausus* à l'entrée dans les formations, à l'installation, ou en favorisant la cessation anticipée d'activité. Mais si la pénurie régulièrement invoquée renvoie parfois à un problème d'effectifs, elle s'explique aussi beaucoup par un problème de disponibilité de la ressource médicale lié aux attentes des jeunes professionnels, à la recherche de conditions et de temps de travail moins contraignants que leurs aînés.

Améliorer les conditions de travail

La médecine de groupe apparaît en effet comme un moyen d'améliorer simultanément la productivité et les conditions de travail. Le regroupement de professionnels - médecins et non-médecins - sur un même lieu peut permettre la prise en charge d'une demande en augmentation. Du point de vue des conditions de travail, les médecins récemment installés y voient notamment la possibilité de mieux répartir entre les membres les contraintes liées à la continuité et à la permanence des soins, et de nouveaux défis en termes de coordination des soins. Les médecins déjà installés y voient une occasion de trouver des remplaçants à terme et par là même d'envisager une cessation d'activité plus progressive.

Les évolutions sociologiques des professionnels de santé, à entendre au sens large (âge, sexe, attentes professionnelles et en termes de conditions de vie...) semblent

pouvoir figurer comme des éléments moteurs du regroupement des médecins. En France, l'étude de la DREES, ainsi qu'une enquête menée auprès d'un panel de médecins généralistes bretons en 2006⁹, montre que la pratique de groupe concerne les médecins les plus jeunes.

En outre, la féminisation se poursuit avec désormais plus de 65 % de femmes¹⁰ en deuxième année d'études médicales. Si elle ne se traduit pas nécessairement par une diminution du temps de travail, elle coïncide avec une évolution du rapport au travail des jeunes médecins des deux sexes. Concilier vie de famille et vie professionnelle constitue une nouvelle exigence des médecins, qui les conduit à appréhender différemment leur exercice et leur mode d'organisation.

On retrouve ces mêmes caractéristiques dans tous les pays développés, et notamment ceux au sein desquels la pratique de groupe est minoritaire (Allemagne, Belgique...) et qui s'orientent d'autant plus vers ce mode d'exercice.

Des exigences croissantes en termes d'efficience

Il est par ailleurs manifeste que les pays ont une exigence accrue en termes d'efficience et visent aussi cet objectif en cherchant à organiser les soins primaires. Si la plupart des pays ont connu des politiques de restructuration hospitalière fortes, ils conduisent aujourd'hui une réflexion sur l'opportunité d'une promotion d'un virage ambulatoire plus conséquent par un rééquilibrage du financement entre soins primaires, soins secondaires et tertiaires. Les expérimentations de médecine de groupe, notamment pluriprofessionnelles et plurispécialisées, sont dans ce cadre perçues comme un dispositif efficace propre à supporter l'extension des services dispensés en soins primaires (voir encadré p. 7).

9 Beauté J., Bourgueil Y., Mousquès J., avec la collaboration de Bataillon R., Samzun J.-L. et Rochaix L. (2006) ; *Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006. L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons*, <http://www.irdes.fr/Espace-Recherche/DocumentsTravail.html>.

10 Hardy-Dubernet AC (2005), Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ?, *Revue française des affaires sociales*, 59^e année.

Les principes qui gouvernent la régulation et l'organisation de la médecine ambulatoire en France sont principalement ceux de la médecine libérale : paiement à l'acte et droits aux dépassements ; liberté d'installation et de prescription des professionnels ; liberté de choix des patients mais incitations financières à des parcours vertueux dans le cadre du double dispositif du médecin traitant et du parcours de soins.

Les soins primaires ne constituent pas en France un axe structurant de la politique de santé, comme dans les pays anglo-saxons ou scandinaves. Ainsi, même si la prise de conscience récente des certaines évolutions démographiques renforce la perspective d'une évolution de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles, les politiques menées pour y répondre sont principalement spécifiques (urgences, réseaux par pathologie, plans par problème de santé – Plan santé mentale, Programme national nutrition santé, Plan de démographie médicale, Plan cancer...) et visent à respecter le cœur d'un système de soins ambulatoires fondé sur les principes de la médecine libérale.

Des changements sont toutefois perceptibles. Une remise en cause conséquente de ce principe concerne le libre choix du médecin par le patient : la réforme du médecin traitant met en place de facto une logique d'inscription quasi systématique. Il s'agit là d'une évolution notable qui peut permettre de mettre en place des politiques qui ne se fondent plus sur une logique de clientèle mais populationnelle. D'autre part, la régionalisation qui s'est opérée jusqu'en 2002 a tenté d'introduire une certaine marge de manœuvre

de négociation pour mettre en œuvre de nouvelles règles dans l'organisation des soins de proximité (contrats locaux de santé). De plus, les SROS 3 (Schémas régionaux d'organisation sanitaire) introduisent une territorialisation avec, dans certaines régions, des démarches d'élaboration des projets médicaux de territoire associant les professionnels des secteurs ambulatoire et médico-social. Par ailleurs, l'instauration récente des Missions Régionales de Santé (MRS) qui participent à l'organisation de la permanence des soins et à la mise en place de mécanismes d'incitations dans les zones prioritaires avec l'accord du Préfet de région, traduit cette volonté d'organisation des soins ambulatoires. Au-delà de la superposition de mesures et d'actions sectorielles et locales, se pose donc la question d'une approche plus intégrée pour organiser les soins primaires en France. Les politiques, menées notamment en Ontario et au Québec, montrent que le regroupement peut faire l'objet d'une politique publique incitative dans le cadre d'un système libéral. Ces incitations visent à développer le travail d'équipe et à introduire des modalités de rémunération mixtes permettant de valoriser des activités correspondant à des besoins croissants des populations.



POUR EN SAVOIR PLUS

Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., avec la collaboration de Chevreur K., Falcoff H., (2007), *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives*, Rapport IRDES n° 1675.