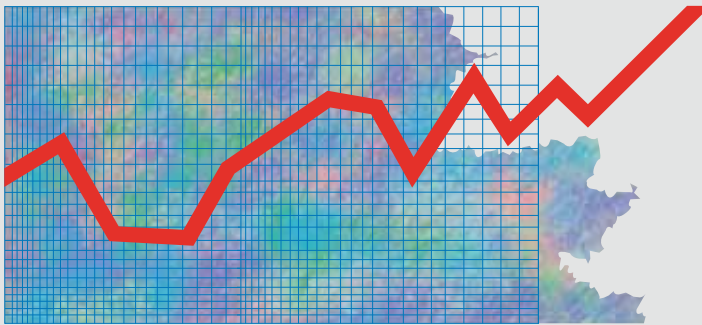


# IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ



## **Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives**

Yann Bourgueil  
Anna Marek  
Julien Mousquès  
En collaboration avec Hector Falcoff et Karine Chevreul

■ Série analyse

2007

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

<b>Président</b>	François Joliclerc
<b>Trésorier</b>	Jean-Marie Langlois
<b>Membres</b>	Hubert Allemand, Laure Com-Ruelle, Yves Humez, Jean-Marie Langlois, Daniel Lenoir, Dominique Liger, Christine Meyer, Julien Mousquès, Bernard Salengro, Georges Simoni, Jean-Marie Thomas, Frédéric Van Roekeghem

## CONSEIL SCIENTIFIQUE

<b>Président</b>	François Heran
<b>Membres</b>	Didier Blanchet, Marc Brodin, Martine Bungener, Mathieu Cousineau, Gérard De Pourville, Guy Desplanques, Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard, Pierre-Jean Lancry, Annette Leclerc, Pierre Lombrail, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, Lucile Olier, Dominique Polton, Philippe Ricordeau, Lise Rochaix, Simone Sandier, Alain Trognon, Philippe Ulmann

## EQUIPE DE RECHERCHE

<b>Directrice</b>	Chantal Cases
<b>Directrice adjointe</b>	Catherine Sermet
<b>Directeurs de recherche</b>	Yann Bourgueil, Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur
<b>Maîtres de recherche</b>	Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Nathalie Grandfils, Véronique Lucas-Gabrielli, Georges Menahem, Julien Mousques, Zeynep Or, Valérie Paris, Marc Perronnin.
<b>Chargés de recherche</b>	Anissa Afrite, Anne Aligon, Caroline Allonier, Magali Coldefy, Marion Devaux, Bidénam Kambia-Chopin, Pascale Lengagne, Anna Marek, Aurélie Pierre, Thomas Renaud, Thierry Rochereau, Nicolas Sirven, Engin Yilmaz
<b>Chercheur associé</b>	Caroline Despres, Michel Grignon, Florence Jusot, Michel Naiditch
<b>Attachées de recherche</b>	Claire Barangé, Martine Broïdo, Nicolas Célant, Stéphanie Guillaume, Nelly Le Guen, Catherine Ordonneau, Frédérique Ruchon
<b>Responsable de la documentation</b>	Marie-Odile Safon
<b>Documentalistes</b>	Suzanne Chriqui, Véronique Suhard
<b>Responsable des publications</b>	Nathalie Meunier
<b>Informaticiens</b>	Marc Champagne, Bruno Dervillez, Jacques Harrouin, Christophe Lainé,
<b>Secrétaire générale</b>	Dominique Goldfarb
<b>Cadre administratif</b>	Isabelle Henri
<b>Assistante de direction</b>	Catherine Banchereau
<b>Secrétaires-maquettistes</b>	Khadidja Ben Larbi, Franck-Séverin Clérembault, Aude Sirvain
<b>Secrétaire de la diffusion</b>	Sandrine Bequignon
<b>Employé de bureau</b>	Damien Le Torrec

# Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives

Yann Bourgueil

Anna Marek

Julien Mousquès

En collaboration avec Hector Falcoff et Karine Chevreul

---

Rapport n° 537 (biblio n° 1675) Novembre 2007

---

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.

En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur de l'IRDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 978-2-87812-341-8

## **Remerciements**

---

Les auteurs de ce rapport ont participé de la manière suivante à ce travail :

- Yann Bourgueil a supervisé la conduite générale du projet, a participé à l'élaboration de la problématique, au recueil des données, aux visites et à la rédaction du rapport ;
- Anna Marek a participé à l'élaboration de la problématique, à l'identification des interlocuteurs, au recueil des données, aux visites et à la rédaction du rapport ;
- Julien Mousquès a participé à l'élaboration de la problématique, au recueil des données, aux visites et à la rédaction du rapport.

Ce rapport a bénéficié de la collaboration de :

- Karine Chevreul, qui a participé à l'élaboration de la problématique et aux visites ;
- Hector Falcoff, qui a participé à l'élaboration de la problématique, aux visites et à la relecture du rapport.

Les auteurs tiennent ici à remercier les nombreuses personnes sans la participation desquelles cette étude n'aurait pu être réalisée :

- Dominique Polton, qui est à l'origine du projet d'étude et a participé à l'élaboration de la problématique et aux visites.
- L'ensemble des interlocuteurs étrangers, plus d'une cinquantaine, dont la liste complète figure en annexe, qui ont bien voulu répondre à leurs questions, les accueillir et leur consacrer temps et attention lors des visites ;
- Suzanne Armbruster, Patricia Caris, John Lavis et Paolo Tedeschi, qui ont apporté une contribution précieuse permettant de mieux comprendre l'organisation des systèmes de santé de leurs pays respectifs et y repérer les bons interlocuteurs ;
- Khadidja ben Larbi pour le secrétariat général du projet et la mise en page de ce rapport.

Ces travaux ont bénéficié d'un financement de la Direction de la sécurité sociale du ministère de la Santé.



**Sommaire**

---





## Sommaire

<b>Préambule .....</b>	<b>11</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>15</b>
<b>Partie 1 Présentation des principaux résultats de la comparaison internationale et mise en perspective dans le contexte français .....</b>	<b>19</b>
<b>1. Le regroupement des médecins généralistes en France : un phénomène minoritaire, en développement .....</b>	<b>21</b>
I. En France, un système de soins ambulatoires non organisé autour du modèle des soins primaires.....	21
II. Années soixante-dix - quatre-vingt : les débats sur la pratique de groupe concernent surtout le secteur non libéral.....	21
III. Le regroupement des médecins libéraux : un processus limité.....	22
IV. Le regroupement des professionnels de santé : un intérêt croissant.....	22
<b>2. Le regroupement des professionnels de santé : une grande variabilité selon les pays.....</b>	<b>24</b>
I. Deux ensembles de pays selon l'importance de l'exercice en groupe.....	24
1. Les pays où la pratique de groupe est majoritaire : Canada (Québec et Ontario), Finlande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède.....	24
2. Les pays où l'exercice individuel de la médecine est majoritaire : Allemagne, Belgique, Italie.....	25
II. Le regroupement des médecins est présent dans des modèles d'organisation de soins primaires contrastés.....	26
1. Typologie des modèles de soins primaires selon leur caractère « communautaire » ou « professionnel ».....	26
2. Les pays où la pratique de groupe est majoritaire sont autant des modèles communautaires que des modèles professionnels.....	28
3. Les pays où la pratique de groupe est minoritaire sont uniquement des modèles professionnels.....	28
<b>3. L'évolution de la demande et de l'offre de soins : un moteur pour le développement de la pratique de groupe .....</b>	<b>29</b>
I. Des années soixante-dix à aujourd'hui : deux étapes importantes dans les processus de regroupement des professionnels de santé.....	29
1. Années soixante-dix - quatre-vingt : premières politiques des soins primaires et politiques d'incitations au regroupement.....	29
2. Depuis les années quatre-vingt-dix : le regroupement des médecins de nouveau à l'agenda des politiques publiques de santé .....	31

II. Le développement de la médecine de groupe est déterminé par un projet d'organisation du système de soins et par une évolution sociologique des professionnels de santé .....	33
1. La politique des soins primaires explique le niveau et la forme du regroupement.....	33
2. La faible densité médicale : un facteur expliquant le développement de la pratique de groupe ? .....	35
3. Les évolutions sociologiques des professionnels de santé favorisent la pratique de groupe .....	35
<b>4. Le regroupement des médecins : des changements dans le système de soins dont les impacts restent à évaluer .....</b>	<b>36</b>
I. De nouvelles modalités de contractualisation associées à des pratiques nouvelles.....	36
II. Des changements progressifs principalement introduits sur le mode de l'expérimentation ou en faisant appel au volontariat.....	37
III. Les gains en matière d'efficacité, d'efficience ou de productivité : des questions à préciser .....	38
1. Des travaux principalement centrés sur les économies d'échelles qui abordent la pratique de groupe dans le cadre du <i>disease management</i> .....	38
2. Quelques conclusions sur le regroupement issues de la littérature et des visites sur sites .....	38
<b>Conclusion.....</b>	<b>40</b>
<b>Partie 2 Approche monographique.....</b>	<b>43</b>
<b>Allemagne .....</b>	<b>45</b>
I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires .....	47
A. Organisation et financement du système de santé.....	47
B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur ambulatoire .....	47
II. État des lieux de la médecine de groupe en Allemagne dans le secteur des soins primaires .....	51
A. Typologie de la pratique de groupe en soins primaires .....	51
B. Données de cadrage.....	52
<b>Belgique .....</b>	<b>57</b>
I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires .....	59
A. Organisation et financement du système de santé.....	59

B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires.....	59
II. État des lieux de la médecine de groupe en Belgique dans le secteur des soins primaires.....	61
A. Données quantitatives et formes de la pratique de groupe en Belgique .....	61
B. Aperçus de la structure et du fonctionnement de pratiques de groupe : les résultats de deux rapports .....	66
<b>Italie .....</b>	<b>69</b>
I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires .....	71
A. Organisation et financement du système de santé.....	71
B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires.....	74
II. État des lieux de la médecine de groupe en Italie dans le secteur des soins primaires.....	75
<b>Pays-Bas .....</b>	<b>81</b>
I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires .....	83
A. Organisation et financement du système de santé.....	83
B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires.....	84
II. État des lieux de la médecine de groupe aux Pays-Bas dans le secteur des soins primaires.....	86
A. Le regroupement des médecins : de l'approche idéologique par les centres de santé dans les années soixante-dix et quatre-vingt à l'approche pragmatique des années 2000.....	86
B. Éclairage monographique : présentation de la fondation de santé à Almere et du cabinet de groupe de la ville d'Huizen.....	88
<b>Suède.....</b>	<b>93</b>
I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires .....	95
A. Organisation et financement du système de santé.....	95
B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires.....	95
II. État des lieux de la médecine de groupe en Suède dans le secteur des soins primaires.....	99
A. Problèmes et dysfonctionnements observés dans les centres de santé .....	99

B. Éclairage monographique : présentation des centres de santé Lisebergsvårdcentral et Gustavsbergsvårdcentral.....	100
<b>Finlande.....</b>	<b>105</b>
I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires.....	107
A. Organisation et financement du système de santé.....	107
B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires.....	107
II. État des lieux de la médecine de groupe en Finlande dans le secteur des soins primaires.....	112
<b>Royaume-Uni .....</b>	<b>115</b>
I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires.....	117
A. Organisation et financement du système de santé.....	117
B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires.....	117
II. État des lieux de la médecine de groupe au Royaume-Uni dans le secteur des soins primaires.....	120
A. L'exercice en groupe des médecins généralistes : une pratique ancrée depuis longtemps au Royaume-Uni.....	120
<b>Canada : les provinces de Québec et de l'Ontario.....</b>	<b>127</b>
I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires.....	129
A. Organisation et financement du système de santé.....	129
B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires.....	132
II. État des lieux de la médecine de groupe au Canada dans le secteur des soins primaires.....	135
A. La médecine de groupe au Québec.....	135
B. La médecine de groupe en Ontario .....	139
<b>Bibliographie.....</b>	<b>147</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>153</b>

**Préambule**

---



## Préambule

---

La question de la transformation de la régulation de la médecine ambulatoire se pose de façon grandissante en France et à l'étranger. Elle concerne tant l'organisation et le financement du système de soins ambulatoires que l'évolution des pratiques professionnelles médicales et paramédicales. Cette question s'inscrit dans un contexte en évolution : d'une part, la demande de santé - de soins ou sociale - est en constante augmentation, d'autre part, l'offre de soins devrait connaître dans les années à venir un choc quantitatif considérable, avec une diminution attendue de la densité médicale d'environ 15 % d'ici à 2025<sup>1</sup>. Cette diminution de la ressource humaine est amplifiée par l'aspiration générale à la diminution du temps de travail ainsi que le vieillissement et la féminisation de la profession médicale. Il est dès lors probable qu'un certain nombre de changements affecteront inévitablement la régulation de la médecine de ville.

À cet égard, l'une des évolutions marquantes des dix ou vingt dernières années dans la plupart des pays développés est la transformation, plus ou moins rapide, de l'organisation et des conditions de délivrance des soins de ville (synonymes dans beaucoup de pays de « soins primaires »), vers une pratique plus collective, plus interprofessionnelle, et de plus en plus organisée en groupes, en équipes, en réseaux structurés.

La définition des soins primaires, traduction de l'anglais « *primary care* », s'appuie sur trois notions clés : le premier recours (lorsqu'une question de santé se pose, le professionnel de première ligne est le premier interlocuteur auprès de qui l'on cherche une réponse), la proximité (proximité géographique et garantie d'accessibilité) et la permanence (être en mesure d'obtenir une réponse dans un délai raisonnablement court, généralement de l'ordre de la journée)<sup>2</sup>.

Le regroupement des professionnels de santé peut prendre plusieurs formes : d'une part la pratique au sein de cabinets de groupe, d'autre part des regroupements visant à assurer la permanence des soins et, enfin, des modes de regroupements en réseaux, dans l'objectif de promouvoir des formes nouvelles et mieux coordonnées de prise en charge des patients en matière de soins ou de prévention, ainsi qu'un accès plus rationnel au système de soins.

Si cette tendance est bien perceptible en France, elle semble toutefois moins développée que dans d'autres pays. La pratique de groupe y concerne au premier chef les disciplines médicales à plateaux techniques importants, comme la radiologie. Le taux de regroupement dans les disciplines cliniques, notamment dans les soins primaires ou de premiers recours (médecine générale, pédiatrie...), demeure assez faible<sup>3</sup>.

En 2004-2005, l'IRDES a mené pour la Direction de la sécurité sociale du ministère de la Santé une étude de comparaison internationale portant sur la médecine de groupe dans le secteur des soins primaires. Cette étude a été mise à jour dans la perspective de la présente publication : dans la mesure du possible, les données utilisées ont été actualisées, et la situation de la France en termes de développement de la pratique de groupe a été davantage documentée.

Parmi les diverses formes de regroupement évoquées plus haut, nous avons privilégié le regroupement physique, sur un même lieu, de plusieurs médecins généralistes exclusivement et / ou avec des médecins d'autres disciplines et / ou avec d'autres professionnels médicaux (infirmières, kinésithérapeutes...) ou non-médicaux (secrétaires, managers...). Compte tenu de la diversité de l'organisation de l'offre de soins dans les pays étudiés, la prise en compte de la totalité des formes de regroupement évoquée ci-dessus semblait peu envisageable dans le temps imparti. Cette vision des soins de première ligne, a priori centrée sur le médecin généraliste et son lieu d'exercice, permet néanmoins d'appréhender des formes de partenariat ou d'association très variées.

Le rapport présente en première partie une synthèse générale proposant une analyse transversale de la question, qui met en regard la situation française et les situations observées à l'étranger. Ces expériences étrangères, présentées sous forme de monographies successives, font l'objet de la seconde partie du rapport.

---

1 Voir Bessière S., Breuil-Genier P. et Darriné. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. Etudes et résultats, DREES, n° 352, novembre 2004.

2 Voir Démographie des acteurs des soins primaires, Actes du Séminaire du 15 octobre 2002 organisé par la CNAMTS.

---

3 Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux », Etudes et résultats, DREES, n° 314, juin 2004.





## **Introduction**

---



## Introduction

La comparaison internationale menée en 2004-2005 portait sur l'évolution des modes d'organisation de la médecine de ville, et plus particulièrement le développement de l'exercice en groupe des médecins. L'objectif général de l'étude était d'éclairer la situation française au moyen d'exemples pris à l'étranger.

Dans cette perspective, après une analyse de la situation du regroupement des médecins généralistes en France, nous avons choisi d'étudier cette question dans huit pays : l'Allemagne, la Belgique, le Canada, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède, la Finlande et l'Italie. Dans chacun de ces pays, des dynamiques de regroupement professionnels de santé sont observables, le plus souvent appuyées par des politiques volontaristes des pouvoirs publics.

Trois critères ont présidé à notre sélection des pays : en premier lieu, l'existence d'une médecine de groupe en soins primaires liée soit à une politique ancienne, soit à une politique plus récente ; en second lieu, la diversité de représentation des différents types de systèmes (national et assurantiel) ; enfin, la diversité des modes de regroupement dans le secteur des soins primaires (modèles de soins communautaires versus modèles professionnels).

Il existe des variations importantes d'un pays à l'autre en termes de structuration de la médecine de ville. Ainsi, dans les pays comme la Suède, la Finlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni - où les médecins spécialistes n'exercent pas en ville - l'offre de soins primaires est plus structurée et différenciée au sein du système d'organisation des soins, tandis que dans les autres pays - Allemagne, Belgique, Canada, France, Italie -, les soins primaires incluent les soins de ville en général - généralistes et spécialisés.

Notre analyse repose sur une double démarche : d'une part, la réalisation d'entretiens auprès de différents acteurs et, d'autre part, l'élaboration de visites sur sites et l'observation de cabinets de groupes et / ou de centres de santé. Les entretiens et les visites ont été menés dans chaque pays au cours de la période septembre 2004 - janvier 2005.

L'étude s'appuie pour une grande part sur un réseau international d'experts rassemblés autour de la problématique de la médecine de groupe. Nous avons privilégié dans chaque pays trois types d'interlocuteurs :

- des *chercheurs*, afin de nous orienter sur la production d'études et sur l'état des réflexions ayant trait à notre sujet ;

- des « *institutionnels* » : représentants des ministères de la Santé, des Affaires sociales et / ou d'autres instances étatiques dans le domaine de la santé, auprès desquels nous avons pu être informés des politiques mises en place et des éventuelles réformes en cours ;
- des *représentants d'organisations professionnelles* (médecins généralistes), dans l'objectif de recueillir leur point de vue professionnel et mesurer leur implication dans cette évolution.

De façon générale, des sources aussi diversifiées que possible ont été recueillies, afin de pouvoir croiser les discours et saisir la diversité des points de vue.

Les visites sur sites (observation des cabinets de groupes et / ou centres de santé) dans les différents pays étudiés ont permis de fournir des éléments de réponse à la question de la nature de l'organisation et de l'intensité du partenariat dans ces structures, à partir d'une grille d'analyse largement inspirée de nos précédents travaux dans le domaine et d'enquêtes ou de réflexions méthodologiques conduites au Québec, aux Pays-Bas ou en Belgique<sup>4</sup>.

Ces visites ont permis d'étudier les formes organisationnelles concrètes de ce mouvement de structuration de la médecine de ville dans d'autres contextes nationaux, à partir des questions suivantes<sup>5</sup> :

- la taille des collectifs (taille des équipes/réseaux – avec le débat sur les contradictions possibles

4 Projet d'une enquête Irdes sur le regroupement des médecins en France ; Enquête européenne Equip sur l'organisation des cabinets de médecine générale ; Monographie sur cinq cabinets de groupe en Poitou-Charentes (Yann Bourgueil) ; Enquête du Groupement Belge des Omnipraticiens sur les associations de médecins généralistes ; Enquête du centre néerlandais WOK sur le management en médecine générale. La grille d'analyse est jointe en annexe.

5 Nous nous sommes appuyés sur la grille d'analyse suivante, utilisée dans une étude québécoise qui distingue six caractéristiques dans l'ordre croissant d'implication pour les professionnels :

- a) partage de dépenses (locaux, etc...), le plus élémentaire.
- b) projet commun (pas seulement association de gestion mais type de clientèle ciblée, type de pratique et cohérence).
- c) partage des dossiers – clientèle, ce qui implique un lien plus étroit, des échanges, un regard au moins indirect sur la pratique de chacun, et peut conduire à des profils de pratiques, un examen entre pairs, une information standardisée...
- d) partage de tâches (garde, sans rendez-vous, visites,...).
- e) partage de revenus (peut découler de la mise en commun des clientèles ou des tâches),
- f) activités au plan qualité (profils de pratique du groupe, comparaisons, étude / présentation de cas...).

entre différents objectifs : autorégulation collective versus responsabilisation financière) ;

- leur composition professionnelle, les effectifs et les qualifications de personnel hors soignants ;
- l'organisation du travail, la répartition des tâches et la collaboration interprofessionnelle ;
- les supports organisationnels (système d'information...) ;
- les modes de rémunération des groupes et des individus au sein des groupes ;
- la nature du projet collectif et l'intensité des échanges au sein du groupe ;
- les relations entre le niveau du réseau et le niveau du groupe, dans les systèmes où ces deux types d'organisation se combinent.

Ces visites sur sites sont présentées dans ce rapport sous la forme d'encadrés distincts décrivant la nature et le fonctionnement des différentes structures dans chaque pays.

Outre la question purement descriptive des diverses formes organisationnelles des pratiques de

groupe en soins primaires, l'étude de ces expériences étrangères doit être l'occasion de s'interroger sur les processus et les enjeux à l'œuvre dans le regroupement. Quelles sont les politiques mises en place pour favoriser et/ou accompagner cette dynamique (politiques incitatives, modes de rémunération, organisation directe) ? Quel est leur impact ? Comment ces politiques sont-elles perçues par les professionnels ?

Par ailleurs, dans quelle mesure cette évolution est-elle porteuse de changements pour le système de soins ? Favorise-t-elle l'évolution des pratiques professionnelles, les démarches qualité/évaluation ? Se traduit-elle par une efficacité supérieure, par une meilleure organisation du travail et du partage des tâches ?

Dans cette perspective, il s'agira d'étudier dans un premier temps la variabilité des formes et de l'intensité du regroupement des professionnels de santé dans le secteur des soins primaires, de déterminer la façon dont se sont mises en place les pratiques collectives – processus, leviers et obstacles – et, enfin, de mesurer en quoi ce phénomène a apporté des changements dans le système de santé et offre éventuellement des perspectives nouvelles aujourd'hui.

## **Partie 1**

### **Présentation des principaux résultats de la comparaison internationale et mise en perspective dans le contexte français**

---



## Présentation des principaux résultats de la comparaison internationale et mise en perspective dans le contexte français

---

Après une description de la situation française, nous présentons les principaux résultats de la comparaison internationale qui portent sur les points suivants : la variabilité des formes et de l'intensité du regroupement des professionnels de santé dans le secteur des soins primaires, les déterminants et les processus à l'œuvre dans chaque pays et, enfin, les changements induits et leurs impacts dans le système de santé. En conclusion, nous proposerons quelques enseignements au regard de la situation française.

### 1. Le regroupement des médecins généralistes en France : un phénomène minoritaire, en développement

#### I. En France, un système de soins ambulatoires non organisé autour du modèle des soins primaires

---

Les soins primaires ne constituent pas en France un axe structurant de la politique de santé, comme dans les pays anglo-saxons ou scandinaves. L'organisation des soins ambulatoires, si elle répond à sa manière aux enjeux des soins primaires (accessibilité, proximité, permanence, délivrance de soins curatifs et préventifs) n'est pas construite ou analysée dans ce cadre global.

Au moment de la création de la protection sociale en 1945, l'assurance maladie est inscrite dans un idéal de justice. Le soin est un droit, il constitue également une forme de redistribution. Les partenaires initiaux sont les représentants des employeurs et les représentants des salariés, qui passent contrat avec les représentants des médecins. Les principes qui gouvernent alors majoritairement l'organisation de la médecine ambulatoire en France sont ceux de la médecine libérale (paiement à l'acte, liberté d'installation et de prescription des professionnels, liberté de choix des patients). La convention médicale entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux constitue le principal outil de régulation de la médecine de ville. C'est d'abord la logique de la prestation aux assurés qui prime et non celle des soins délivrés à la population. Ce faisant, la priorité n'est pas l'organisation rationnelle des soins sur une base populationnelle. Pour l'assurance maladie, il s'agit avant tout de défendre les intérêts des assurés. La Protection Maternelle et Infantile (PMI), la médecine scolaire - qui ont une

forte dimension sociale et préventive -, ainsi que, plus tard, la santé mentale, constituent des formes d'organisation sectorielles territorialisées des soins primaires. Ainsi, le champ des soins primaires en France se caractérise surtout par une absence de coordination formalisée et d'organisation planifiée globale. La coordination des soins repose en grande partie sur le patient, ou son entourage, et sur ses propres ressources (temps, relations, informations...), ainsi que sur les modalités d'entente informelle et sur le degré de confiance que s'accordent les acteurs professionnels exerçant le plus souvent dans un cadre individuel.

#### II. Années soixante-dix-quatre-vingt : les débats sur la pratique de groupe concernent surtout le secteur non libéral

---

Il importe de faire la distinction entre deux formes de pratique collective dont les modes d'intervention ainsi que les structures juridiques diffèrent grandement : les centres de santé et les groupes de médecins libéraux.

La logique du développement des centres de santé, comme celle d'autres structures institutionnelles à l'image de la Protection maternelle et infantile ou de la santé scolaire, ne provient pas directement des milieux professionnels libéraux. Ces structures sont issues des débats qui ont eu lieu à différentes époques autour de l'organisation de la pratique médicale, entre une pratique principalement curative et technique et une médecine qui intègre des dimensions sociale et préventive. Dans les centres de santé, les médecins comme les autres professionnels de santé sont principalement salariés. La gestion et la politique des centres sont prises en charge par des municipalités, des associations, des entreprises et des mutuelles. Ils représentent une très faible part de l'offre de soins et se localisent principalement dans les zones défavorisées ou isolées.

Du côté du secteur libéral, le mouvement du regroupement a seulement donné lieu à l'époque à une dynamique minoritaire issue des professionnels. Ainsi, en France, dans les années soixante-dix, l'idée qu'il était impossible d'exercer une médecine globale et de qualité dans un système fondé uniquement sur le paiement à l'acte, s'est affirmée dans une partie du corps médical, plus particulièrement chez les jeunes médecins généralistes. L'organisation qui a mis en avant avec

force cette idée était le Syndicat de la Médecine Générale (SMG).

En 1979, les membres du syndicat national des médecins de groupe développent l'idée de créer un « libéralisme associatif » étendant l'association entre confrères à une coopération plus vaste entre professionnels de santé au niveau local et régional. C'est la même année que l'Ordre national des médecins aborde pour la première fois la question de la déontologie des cabinets de groupe. Des associations de praticiens libéraux se sont ainsi créées pour réaliser des actions de prévention et d'éducation sanitaire. À partir de 1977, l'application aux médecins de la loi relative aux sociétés civiles professionnelles a rendu possible le partage des locaux, du matériel et du personnel mais aussi des honoraires<sup>6</sup>.

Si certains de ces médecins libéraux associés ont fait le choix de se lancer dans ces actions par conviction, d'autres l'ont fait pour s'opposer aux expériences provenant des structures publiques ou parapubliques et de centres de santé.

Les groupes de médecins libéraux sont aujourd'hui la forme majoritaire du regroupement en France.

### III. Le regroupement des médecins libéraux : un processus limité

En France, le regroupement des médecins libéraux reste difficile à mesurer et à appréhender : l'inscription des médecins libéraux auprès des institutions (caisse d'assurance maladie, direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales Ministère de la santé, Ordre des médecins) se fait à l'échelle individuelle et le groupe ne fait pas l'objet d'un recensement exhaustif spécifique. Par ailleurs, il ne fait pas l'objet d'un financement spécifique fiable de la part de l'assurance maladie. Les sources d'information concernant le regroupement en France sont donc partielles et limitées à quelques enquêtes. La dernière enquête nationale consacrée à cette question a été réalisée conjointement par la DREES et la CNAMTS en 2002-2003<sup>7</sup>.

D'après cette enquête, 44 % des médecins libéraux exercent en groupe en 2003. La dynamique est assez favorable à ce type d'exercice puisqu'ils étaient 27,4 % en 1982 et 11 % en 1969 à être regroupés. Surtout, entre 2000 et 2003, le chiffre

des médecins exerçant individuellement s'est réduit, tandis que le nombre de médecins travaillant en groupe a augmenté de 18 %. La pratique en groupe concerne d'ailleurs plutôt les médecins les plus jeunes : plus d'un tiers des médecins en groupe sont âgés de 45 ans maximum, contre un quart de ceux exerçant individuellement.

Le taux de médecins libéraux regroupé varie toutefois beaucoup selon la spécialité concernée, de 15 % pour les psychiatres, à 80 % pour les radiologues. De façon générale, ce sont les spécialités médicales considérées comme les plus techniques (radiologie, anesthésie, pneumologie) qui impliquent un plus fort taux de regroupement, à l'inverse des spécialités cliniques moins techniques (médecine générale, pédiatrie, psychiatrie, dermatologie...). L'exercice isolé en cabinet reste donc la forme privilégiée de mode d'exercice pour les médecins généralistes : leur taux de regroupement est estimé en 2003 à 39 %.

La motivation principale au regroupement est le partage des charges. Les deux tiers de ces médecins se regroupent dans une société civile de moyens (SCM), qui offre la possibilité de partager les locaux, l'équipement et le personnel. Quelle que soit la forme juridique du regroupement, celui-ci permet de percevoir des honoraires supérieurs à ceux perçus dans une autre forme d'exercice.

La pratique en groupe est essentiellement monospécialisée (regroupement de médecins de même discipline entre eux) : seuls 26 % des médecins en groupe (et 16 % pour les généralistes) exercent avec des associés ayant des disciplines différentes de la leur. Les groupes sont de petite taille : 47 % de la totalité des médecins n'ont qu'un seul associé. En ce qui concerne les médecins généralistes en groupe, 55 % environ exercent avec un associé, 18 % avec 2 associés, 11 % avec 3, 8 % avec 4 et 7 % avec 5. Seulement 2 % des médecins partagent leur activité entre plusieurs groupes. La pratique en groupe permet plus souvent d'employer du personnel, principalement des secrétaires. Ainsi, 58 % des médecins exerçant en groupe emploient au moins deux salariés, contre 11 % des médecins exerçant individuellement.

### IV. Le regroupement des professionnels de santé : un intérêt croissant

Même si le regroupement est aujourd'hui limité en France, il est de plus en plus considéré comme une piste intéressante et porté par diverses institutions, instances représentatives des professionnels, certains syndicats médicaux, et par les pouvoirs publics.

6 d'Humières D., Gottely J., Une pratique particulière de la médecine libérale : l'exercice en groupe, Solidarité Santé, Etudes statistiques, n° 4, juillet-août 1989.

7 Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux, Etudes et résultats, DREES, n° 314, juin 2004.



Un rapport de l'Inspection générale des finances de 2003 mentionne l'intérêt en termes d'efficacité économique et médicale de nouveaux modèles d'organisation des soins de ville associant regroupement des médecins et gestion des moyens et des ressources à un niveau supérieur<sup>8</sup>.

Le rapport 2005 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé fait à cet égard le constat suivant : « De nombreux travaux montrent les réticences accrues des médecins à l'exercice isolé (...) Que ce soit par recherche d'autres modes de vie et par volonté de partager les contraintes, par souci de sécurité parfois, et par souhait de coopérations interdisciplinaires, les jeunes professionnels sont de plus en plus attirés par un exercice en groupe ou au sein de maisons médicales ou pluridisciplinaires<sup>9</sup> ».

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance, dans un avis et une note publiés le 24 mai 2007<sup>10</sup>, estime quant à lui que : « Le regroupement de professionnels libéraux et un exercice plus collectif permettraient (...) de procéder à de nouveaux partages de compétences entre professionnels tout en rendant plus attractive ou plus facile la présence d'une offre de santé dans certaines zones ».

Le Conseil National de l'Ordre des médecins considère que « l'exercice en groupe constitue et constituera (...) une réponse adaptée à une attente globale favorisant et qualifiant la relation médecin-patient<sup>11</sup> ».

Enfin, le récent rapport de la commission des affaires sociales du Sénat<sup>12</sup> sur la démographie médicale plaide notamment pour le développement des maisons de santé pluridisciplinaires.

Ces prises de positions s'appuient sur des initiatives professionnelles et se traduisent par des mesures récentes prises par les pouvoirs publics. Ainsi, depuis quelques années, parallèlement au développement de la politique des réseaux de soins, des projets de maisons médicales pluri-

professionnelles 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<sup>13</sup>.

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. Ainsi, un accord a été signé le 18 janvier 2007 entre l'UNCAM et les syndicats médicaux, prévoyant une aide forfaitaire 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 (éligibles). L'aide sera versée directement par l'assurance maladie, sans dépense supplémentaire pour les patients.

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. Le collaborateur médecin libéral qui n'est pas salarié par le médecin installé constitue un remplaçant stable et à terme un associé potentiel. L'esprit de la loi vise à terme à favoriser le regroupement sur le modèle de la profession des avocats.

Cependant, si la tendance spontanée des médecins au regroupement est bien perceptible en France et se trouve encouragée par des mesures récentes très ciblées, elle semble toutefois moins développée que dans d'autres pays.

---

8 Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères, Inspection générale des finances, mars 2003. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000159/0000.pdf>

9 Commission démographie médicale, rapport présenté par le Professeur Yvon Berland, avril 2005 et Rapport annuel de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2005.

10 HCAAM. Les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux. 24 mai 2007.

11 Ordre National des Médecins, L'exercice médical à l'horizon 2020, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du CNOM du 19 juin 2004.

12 Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la démographie médicale, par Jean-Marc Juilhard, octobre 2007.

---

13 Bourgueil Y., Mousquès J., Marek A., Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. Questions d'économie de la santé n° 122, Irdes, Mai 2007.

## 2. Le regroupement des professionnels de santé : une grande variabilité selon les pays

### I. Deux ensembles de pays selon l'importance de l'exercice en groupe

Parmi les pays étudiés, deux ensembles se distinguent selon que la pratique de groupe y est majoritaire (Canada - Québec et Ontario -, Finlande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède) ou minoritaire (Allemagne, Belgique, Italie) dans les soins primaires.

Parmi les pays au sein desquels le regroupement est la forme majoritaire d'exercice, deux groupes peuvent être distingués.

En Finlande et en Suède, le regroupement s'opère dans un cadre public au sein de centres de santé. En Suède, les médecins exerçant en centre de santé sont principalement salariés avec des mécanismes d'incitation à l'activité. En Finlande, ils sont soit salariés, soit rémunérés à la capitation.

Au Royaume-Uni, au Canada et aux Pays-Bas, le regroupement s'opère dans un cadre professionnel<sup>14</sup>, qui repose largement sur la dynamique des médecins exerçant comme travailleurs indépendants. Les incitations accompagnant cette dynamique sont variables.

En outre, le regroupement est majoritairement pluriprofessionnel et plurispécialisé dans le cas de la Finlande et de la Suède, pluriprofessionnel au Royaume-Uni et majoritairement monospécialisé dans le cas du Canada et des Pays-Bas. Notons que le terme « monospécialisé » est employé dans le sens d'une association entre médecins de même spécialité, « plurispécialisé » dans le sens d'une association entre médecins généralistes et d'autres médecins spécialistes, et « pluriprofessionnel » dans le sens d'une association entre médecins généralistes et d'autres professionnels paramédicaux ou non médicaux (infirmières, etc.)

### 1. Les pays où la pratique de groupe est majoritaire : Canada (Québec et Ontario), Finlande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède

**En Finlande et en Suède**, les médecins exercent dans des centres de santé, principales portes d'entrée du système de soins, gérés et financés par les collectivités locales. Ces centres 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 de services médicaux sociaux et collectifs (promotion de la santé, prévention, soins diagnostiques, curatifs, palliatifs, de réadaptation....).

Les centres de santé 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...) y sont salariés et forment une équipe interdisciplinaire qui dispense la majorité de ces services.

**Au Royaume-Uni**, les médecins généralistes, sous conventionnement avec le *National Health Service* (NHS), ont un statut de professionnel indépendant. Ils exercent majoritairement en groupes qui contractualisent au plan local avec l'autorité de santé (*Primary Care Trust*), et offrent un éventail de services de soins primaires, à la fois diagnostiques, curatifs et préventifs. 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, et couvre 6 000 patients, plus de 45 % des généralistes exercent désormais dans des groupes associant 5 généralistes et plus, contre 17 % en 1975. Certains cabinets peuvent également comprendre des pharmaciens et des infirmières intervenant à domicile.

Si l'exercice en groupe est une pratique ancrée depuis longtemps au Royaume-Uni, le mouvement de regroupement des médecins a été stimulé au début des années quatre-vingt-dix avec la mise en place de la dynamique de délégation de responsabilité financière confiée aux médecins généralistes (voir *infra*).

**Les Pays-Bas** ont mis en place un système de *gate-keeping* en 1941, au sein duquel les médecins généralistes sont tous des prestataires indépendants, rémunérés en partie à la capitation

14 On entend par « professionnel », le plus ou moins grand contrôle par les professionnels (dont les médecins) de l'outil de travail, voire la propriété ainsi que la maîtrise plus ou moins grande des décisions d'organisation et de management (recrutement, contrats etc...).

lorsqu'ils soignent les assurés inscrits sur les listes des caisses d'assurance maladie, et en partie à l'acte lorsque leurs patients ont une assurance privée. Aujourd'hui, la majorité (57 %) des médecins généralistes exerce en cabinet de groupe monospécialisés, le plus souvent de deux médecins ; toutefois, comme en Allemagne, la place des assistantes médicales est importante dans les cabinets des médecins généralistes<sup>15</sup>. Les médecins généralistes exerçant individuellement ou en groupe ne sont pas associés à des infirmières ou à des équipes multidisciplinaires. Seule une petite minorité d'entre eux exerce dans des centres de santé qui desservent environ 10 % de la population et où il existe de telles équipes. Les centres de santé comprennent principalement des médecins généralistes, des infirmières, des travailleurs sociaux, des kinésithérapeutes et parfois des sages-femmes. Certains d'entre eux sont aujourd'hui financés par des assureurs.

**Au Canada**, tous les médecins ont un statut d'entrepreneur indépendant, y compris ceux qui exercent dans les hôpitaux et dans les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC). La majorité d'entre eux (80 %) sont rémunérés à l'acte.

**Au Québec**, les soins primaires sont assurés majoritairement par des cabinets médicaux privés. Les CLSC constituent un deuxième type d'organisation qui reste minoritaire comme lieu de pratique pour les médecins généralistes. Dans les cabinets privés, 6 médecins généralistes sur 7 exercent en groupe, lesquels sont composés de 5 médecins généralistes en moyenne. Une minorité de cabinets (17 %, surtout les cabinets de taille importante) comptent une ou plusieurs infirmières au sein de leur personnel. Les cabinets comprennent, pour près de la moitié d'entre eux, des spécialistes, des psychologues (40 %), des diététiciens (30 %) et des kinésithérapeutes (12 %).

**En Ontario**, les soins primaires sont fournis dans un cadre relativement similaire. Les *Community Health Centres* (CHC), quoique moins nombreux, sont les équivalents des CLSC au Québec. Une enquête récente montre que la pratique de groupe est courante. 72% des médecins spécialistes et généralistes déclarent travailler avec d'autres praticiens au sein de leurs cabinets (32% d'entre eux déclarent ne partager ni local commun, ni personnel, ni dossiers patients, 12% de ces médecins déclarent partager des espaces communs et

du personnel sans partager les dossiers des patients, et 56 % exercent au sein de cabinets avec partage de locaux, de personnel et des dossiers médicaux). En médecine générale, 39 % des médecins exercent au sein de groupes de médecine générale (taille moyenne du groupe : 4, 8 médecins), 22 % déclarent exercer au sein de groupes plurispécialisés et pluriprofessionnels et 39 % déclarent exercer seuls. Une minorité d'entre eux exerce dans les Groupes de médecine de famille (GMF) au Québec ou dans les *Family Health Teams* en Ontario (voir *infra*).

## 2. Les pays où l'exercice individuel de la médecine est majoritaire : Allemagne, Belgique, Italie

**En Allemagne**, les médecins généralistes sont des professionnels libéraux exerçant dans des cabinets individuels et rémunérés à l'acte. Seule une minorité de médecins - de 25 à 30 % - exercent en groupe. Comme en France, les cabinets de groupe sont majoritairement monospécialisés et se caractérisent surtout par une mise en commun de moyens. En outre, dans l'objectif d'une prise en charge plus intégrée du patient, les caisses ont, depuis la réforme de l'assurance maladie en 2003, la possibilité de créer des centres de soins médicaux qui regroupent les médecins et d'autres professions de santé.

**En Belgique**, les médecins généralistes sont des professionnels libéraux exerçant en ville et rémunérés à l'acte. L'exercice en groupe des médecins généralistes concerne environ 30 % d'entre eux. Cet exercice peut prendre deux formes principales qui se distinguent chacune selon le caractère pluriprofessionnel ou monospécialisé de l'association : d'une part, l'association médicale stricte, qui ne regroupe que des médecins généralistes, d'autre part, la maison médicale, qui regroupe des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux. Parmi les 30 % de médecins exerçant en groupe, 25 % exercent dans des associations médicales strictes et 5 % dans des maisons médicales, qui s'apparentent aux centres de santé pluriprofessionnels existant dans les autres pays (Suède, Finlande, mais aussi France et Allemagne de façon très minoritaire).

**En Italie**, les médecins généralistes ont un rôle de *gate-keeper* dans le système de soins. Ils exercent à titre libéral, pour la plupart dans des cabinets individuels, et sont rémunérés à la capitation. Seuls 15 à 20 % des médecins exercent en groupe. Jusqu'en 2000, la seule modalité de regroupement possible entre les médecins était l'« association » sous la forme de coopérative, de fondation ou de

<sup>15</sup> 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.

société de services, dont l'objectif était limité au partage économique et fiscal des charges afférant à leur « siège unique » d'exercice. Il n'était pas permis aux médecins souhaitant se regrouper de se constituer en coopérative, en fondation ou en société ayant pour objectif la délivrance de soins. Trois nouvelles formes de regroupement ou de mise en réseau permettent aujourd'hui le regroupement de « l'activité médicale » entre médecins : l'association et le réseau comme formes de regroupement fonctionnel, le groupe comme forme de regroupement structurel. Ces formes distinctes d'exercice correspondent à trois intensités croissantes de l'engagement entre les médecins. Jusqu'ici, le groupe au sens strict ne s'est pas beaucoup développé et renvoie majoritairement à une simple mise en commun de moyens.

**Tableau n° 1**  
**Nature du regroupement selon la forme majoritaire de pratique médicale**

Nature du regroupement*	Pays où pratique de groupe majoritaire	Pays où exercice individuel majoritaire
Monospécialisé	Pays-Bas (assistante médicale) Ontario	France Allemagne (assistante médicale) Belgique Italie
Plurispécialisé et pluriprofessionnel	Québec Suède	
Pluriprofessionnel	Royaume-Uni Finlande	

\* Ne sont traitées ici que les formes dominantes de regroupement.

*Monospécialisé* : association entre médecins de même spécialité.

*Plurispécialisé* : association entre médecins généralistes et d'autres médecins spécialistes.

*Pluriprofessionnel* : association entre médecins généralistes et d'autres professionnels paramédicaux ou non médicaux (infirmières, etc.).

## II. Le regroupement des médecins est présent dans des modèles d'organisation de soins primaires contrastés

Les soins primaires s'appuient, comme nous l'avons vu en introduction, sur trois notions clés : le premier recours (lorsqu'une question de santé se pose, le professionnel de premier recours est le premier interlocuteur auprès de qui l'on cherche une réponse), la proximité (proximité géographique et garantie d'accessibilité) et la permanence (être

en mesure d'obtenir une réponse dans un délai raisonnablement court, généralement de l'ordre de la journée)<sup>16</sup>. Les soins primaires s'inscrivent avant tout dans une volonté d'assurer une réponse globale et de proximité, c'est-à-dire une gamme de services large et étendue, au plus proche des malades. Cette approche repose sur la délivrance de soins et de services médicaux et sociaux sur une base populationnelle et sur une approche garantissant à chacun des soins dans une logique de globalité (prévention, promotion de la santé, soins curatifs, soins de réadaptation...), en encourageant à utiliser au mieux tous les professionnels de santé.

Les pays étudiés présentent une organisation générale du système de soins différente, qui porte sur les éléments suivants : le type de financement (assurantiel ou impôt), la gestion du système de soins (centralisé/décentralisé) le statut et les modalités de rémunération des professionnels (paiement à l'acte/capitation/salaire). Ce sont des principes d'organisation des soins primaires qui vont orienter les modalités de développement de la médecine de groupe.

### 1. Typologie des modèles de soins primaires selon leur caractère « communautaire » ou « professionnel »

Si l'on s'appuie sur la typologie proposée par Beaulieu *et al.*<sup>17</sup>, on constate que la pratique de groupe des professionnels de santé est observable dans différents modèles d'organisation des soins primaires. Cette typologie distingue deux grands types d'organisation des soins primaires (équivalents ici de « services de santé de première ligne ») : le modèle communautaire et le modèle professionnel<sup>18</sup>. Elle permet de mieux observer que l'exercice en groupe des professionnels de santé est présent quel que soit le modèle d'organisation des soins primaires, mais avec des formes différentes.

16 Voir Démographie des acteurs des soins primaires, Actes du Séminaire du 15 octobre 2002 organisé par la CNAMTS.

17 Beaulieu M.-D., Contandriopoulos A.-P., Denis J. L., Haggerty J., Lamarque P A., Pineault R., 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, novembre 2003.

18 La différence principale entre les deux modèles réside dans la différence des objectifs et des services proposés. Dans le modèle communautaire, le médecin est inclus dans un ensemble (le centre de santé en association avec les autres professionnels) qui dessert une population définie avec un objectif de santé. Dans le modèle professionnel, le médecin est le pivot de l'organisation des soins et fournit des services à une clientèle.

**Tableau n° 2**  
**Principales caractéristiques des quatre modèles de services de santé de première ligne**

Modèles de services de santé de première ligne	Principales caractéristiques
<p><b>Communautaire</b></p> <p>Objectif : améliorer l'état de santé des populations qui habitent sur un territoire donné et favoriser le développement des collectivités</p> <p>Opérateurs : centres de santé régis par des représentants de la population, professionnels principalement salariés ou mécanismes d'incitation (liste, capitation), équipes multi-professionnelles, gamme étendue de services médicaux, sociaux, communautaires. Promotion, prévention, curatif, réadaptation, soins à domicile.</p>	<p><u>Communautaire intégré</u></p> <p>Objectif : favoriser l'intégration des services de première ligne aux autres composantes du système de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recours aux technologies de l'information pour transmettre l'information clinique et les données de gestion à l'intérieur des centres de santé et aux autres fournisseurs de services qui desservent la même population (pratique qui favorise la création de réseaux)</li> <li>- continuité longitudinale des services relève de l'équipe soignante</li> <li>- disponibilité des services 24h / 24, 7 jours par semaine</li> <li>- collaboration avec d'autres entités offrant des services de première ligne</li> </ul> <p><u>Communautaire non intégré</u></p> <p>Objectif : Il se distingue du précédent en ce qu'il n'incorpore aucun mécanisme d'intégration propre, les services étant offerts directement par les centres de santé, sans collaboration avec d'autres composantes du système de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il n'utilise aucune technologie de l'information ou aucun mécanisme permettant d'intégrer ses services à ceux offerts par d'autres composantes du système de soins</li> <li>- les services ne sont pas assurés 24h / 24, 7 jours par semaine</li> <li>- aucun mécanisme formel ne permet d'assurer la continuité longitudinale des services aux personnes.</li> </ul>
<p><b>Professionnel</b></p> <p>Objectif : fournir des services médicaux aux patients qui se présentent ou aux personnes qui s'inscrivent librement auprès des professionnels de première ligne.</p> <p>Opérateurs : principalement les médecins seuls ou en groupes ne relevant pas d'une entité régionale ou locale. Médecins rémunérés à l'acte, à la capitation, au forfait. Groupes associant médecins et infirmières, gamme de services restreinte aux services médicaux, diagnostiques, préventifs ou curatifs.</p>	<p><u>Professionnel de contact</u></p> <p>Objectif : assurer l'accessibilité aux services de première ligne.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les services sont offerts principalement aux personnes qui se présentent au cabinet par des médecins de famille pratiquant seuls ou en groupe</li> <li>- les médecins sont rarement associés à d'autres professionnels de santé, notamment les infirmières</li> <li>- les médecins sont plus susceptibles d'être rémunérés à l'acte</li> <li>- aucun mécanisme formel ne garantit la continuité longitudinale des soins aux personnes, outre la fidélisation du patient envers son médecin</li> <li>- aucun mécanisme formel ne garantit l'intégration des services aux autres composantes du système</li> </ul> <p><u>Professionnel de coordination</u></p> <p>Objectif : fournir des services continus, principalement à des adhérents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le service est financé par les revenus versés aux médecins, qui sont principalement rémunérés sur une base à capitation ou selon une mixité de modes</li> <li>- l'équipe de soins regroupe des médecins et des infirmières</li> <li>- un professionnel, généralement un médecin mais parfois une infirmière, est spécifiquement désigné pour assurer le suivi et la continuité des services offerts</li> <li>- l'infirmière assure la liaison avec les autres composantes du système et l'intégration clinique des services.</li> </ul>

Source : Beaulieu et al. (2003)

## 2. Les pays où la pratique de groupe est majoritaire sont autant des modèles communautaires que des modèles professionnels

Selon la typologie citée précédemment, la Finlande et la Suède s'inscrivent donc dans le **modèle communautaire**, et plus particulièrement celui des « soins communautaires intégrés ». Aujourd'hui, ce sont les seuls systèmes de santé de notre échantillon qui sont organisés de façon dominante autour de ce modèle.

**Les modèles professionnels de coordination** concernent notamment des cabinets de groupe au Royaume-Uni avec les nouvelles politiques de contractualisation à l'activité. Celles-ci ont quelque peu modifié la gamme des services et des soins offerts entre les autorités locales de santé (*Primary Care Trusts*) et les médecins constitués en groupes. Ces groupes ont d'abord pris la forme d'une adhésion volontaire (*Personal Medical Services*, PMS) puis une forme quasi-obligatoire (*New GP contract*).

Les groupes de médecins de famille au Pays-Bas correspondent aussi à ce modèle, mais les groupes y sont de taille plus modeste qu'au Royaume-Uni (2 à 3 médecins en moyenne) et ne sont pas rémunérés à la performance. Ce modèle renvoie également à la situation italienne.

Il concerne, enfin, des formes plus expérimentales comme les groupes de médecins de famille (GMF) au Québec et les groupes ou réseaux de médecine de famille (*Family Health Groups - Family Health Networks*) en Ontario ainsi que les groupes de soins primaires (*gruppo di cure primaria*) dans la région lombarde en Italie, comme d'autres expérimentations similaires dans d'autres régions (en Ligurie notamment).

Bien souvent, il s'agit dans un premier temps d'un type d'organisation qui se présente sous forme d'expérimentation par rapport à ce qui existe majoritairement. Elle nécessite généralement des contrats spécifiques entre la tutelle et les professionnels qui portent sur la gamme, voire la qualité des services proposés par les groupes. Ces contrats proposent de nouvelles incitations pour de nouvelles activités jusqu'alors non valorisées. Ils portent également sur les outils du suivi de la mise en œuvre du contrat et de son respect.

## 3. Les pays où la pratique de groupe est minoritaire sont uniquement des modèles professionnels

Si l'on reprend la typologie de Beaulieu *et al.*, les pays dont la forme dominante d'exercice reste le cabinet individuel (France, Belgique, Allemagne, Italie), ont donc en commun de s'appuyer sur une organisation des soins primaires fondée sur le modèle professionnel, et en particulier le modèle professionnel de contact.

En conséquence, si les pays à pratique de groupe majoritaire connaissent des formes variées d'offres de soins de première ligne (professionnels ou communautaires), cela n'est pas le cas pour les pays où le regroupement des professionnels de santé est minoritaire : ces pays ont tous des systèmes professionnalisés caractérisés par la maîtrise par les professionnels – dont les médecins – de l'outil de travail. Ils sont également caractérisés par une plus ou moins grande maîtrise des décisions d'organisation et de management (recrutement, contrats, etc.).

Il faut néanmoins noter que la réforme du médecin traitant en France, comme l'introduction d'un *gate-keeping* sur la base du volontariat en Allemagne, fait tendre le modèle de professionnel de contact vers le modèle de professionnel de coordination.

**Tableau n° 3**  
**Modèle d'organisation des soins et services de première ligne selon le niveau de développement de la médecine de groupe**

Modèle d'organisation des soins et services de première ligne	Pays où la pratique de groupe est majoritaire	Pays où l'exercice individuel est majoritaire
Communautaire intégré	Suède Finlande	
Communautaire non intégré		
Professionnel de contact	Québec Ontario	France Allemagne Belgique
Professionnel de coordination	Pays-Bas Royaume-Uni	

En conclusion, les formes de regroupement sont très variées au sein des systèmes de santé étudiés. Celles-ci – monospécialisées, plurispécialisées ou pluriprofessionnelles – diffèrent selon le caractère professionnel ou communautaire de l'organisation des soins primaires et le degré de coordination et d'intégration des services offerts.

Les pays dont le modèle dominant est professionnel se caractérisent principalement par des regroupements monospécialisés ou plurispécialisés (associations de médecins généralistes ou de médecins généralistes et spécialistes). C'est le cas du Québec, de l'Ontario, des Pays-Bas et de la France. Le Royaume-Uni, avec la présence d'infirmières dans les cabinets de groupe, constitue une exception.

Inversement, les pays dont le modèle d'organisation des soins primaires dominant est communautaire se caractérisent par des regroupements pluriprofessionnels (avec d'autres professionnels de santé paramédicaux, notamment des infirmières). C'est le cas de la Suède et de la Finlande.

Par ailleurs, l'observation des différentes formes de regroupement associée à la typologie de Beaulieu *et al.* montre bien que lorsque la pratique de groupe est majoritaire dans un pays elle ne s'inscrit pas dans un modèle unique d'organisation des soins de première ligne (soins primaires). En revanche, certaines configurations de l'offre de soins, comme les modèles de type communautaire, la favorisent plus que d'autres.

### **3. L'évolution de la demande et de l'offre de soins : un moteur pour le développement de la pratique de groupe**

#### **I. Des années soixante-dix à aujourd'hui : deux étapes importantes dans les processus de regroupement des professionnels de santé**

---

On peut schématiquement distinguer deux moments clés dans le développement de la pratique de groupe en soins primaires : le premier, dans les années soixante-dix - quatre-vingt, et le second, à partir des années quatre-vingt-dix, en lien avec l'évolution de la demande et de l'offre de soins.

Les pays où l'on observe un taux de regroupement élevé ont connu des processus de développement différents, qui s'appuient sur des évolutions spontanées portées par les professionnels eux-mêmes et/ou des évolutions plus volontaristes portées par les pouvoirs publics.

#### **1. Années soixante-dix - quatre-vingt : premières politiques des soins primaires et politiques d'incitations au regroupement**

Le mouvement que l'on observe dans les années soixante-dix-quatre-vingt concerne tous les pays mais à des échelles variables. Il s'inscrit avant tout 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.

Cette orientation renvoie à la définition des soins primaires portée en son temps par l'OMS (Alma-Ata en 1974 et Ottawa en 1986) et reprise dans plusieurs pays occidentaux. Celle-ci repose sur la délivrance de soins et de services médicaux, sociaux et communautaires sur une base populationnelle, c'est-à-dire sur une approche garantissant à chacun des soins dans une logique de globalité (prévention, promotion de la santé, soins curatifs, soins de réadaptation...). 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'appuient 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 lors de la conférence d'Alma-Ata, a été régulièrement repris depuis près de quarante ans pour motiver l'inscription sur l'agenda des politiques de réformes de soutien au développement des soins de santé primaires, les pays se sont toutefois engagés différemment dans cette voie.

Certains pays ont mis en place dès les années soixante-dix des politiques volontaristes visant à structurer leur système de santé autour des soins primaires (notamment par la généralisation du principe de l'inscription auprès d'un médecin généraliste *gatekeeper*, suivant en cela les Pays-Bas et le Royaume-Uni dans les années quarante) C'est le cas par exemple du Canada, de pays scandinaves comme la Suède et la Finlande, et de l'Italie, lorsque son système de santé d'assurance sociale a basculé vers un système national de santé.

D'autres pays, à l'instar de la France, de l'Allemagne et de la Belgique, se caractérisent surtout par une absence de coordination et d'organisation planifiée du champ ambulatoire et des soins primaires, sauf de façon minoritaire. Certains pays (dont la France), se sont engagés dans les années soixante-dix et quatre-vingt dans le développement des centres de santé. C'est le cas de la Belgique, de l'Ontario, du Québec et des Pays-Bas. Mais le plus souvent, ce processus s'est arrêté ou ralenti avec la crise économique, l'opposition des syndicats médicaux et la réduction des dépenses publiques.

#### a) Suède et Finlande : la volonté des pouvoirs publics de promouvoir les soins primaires dans le cadre d'une politique de décentralisation forte

En Suède et en Finlande, le développement des centres de santé est lié à une volonté des pouvoirs publics de promouvoir la place des soins primaires, dans les années soixante-dix et quatre-vingt.

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 alors en l'espace de cinq ans. En Finlande, en 1972, la loi sur les soins de santé primaire définit un certain nombre d'exigences et de normes qui font des soins primaires la pierre angulaire du système de santé finlandais, 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.

Le modèle des centres de santé, qui est toujours dominant dans ces pays semble aujourd'hui en crise. En effet, les politiques récentes ont cherché à améliorer l'accès aux soins primaires d'une part, et dans le même temps, on constate une augmentation rapide de la pratique privée – généraliste et spécialiste –, notamment dans les grandes villes, ainsi que des problèmes récurrents de recrutement des médecins dans les centres de santé.

#### b) Royaume-Uni : un regroupement graduel

Pour le Royaume-Uni, l'exercice en groupe est une pratique ancrée depuis longtemps 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. À cette période, l'ensemble des médecins appartient à la *British Medical Association* (BMA), dont une fraction minoritaire, qui représente le groupe politiquement le plus à gauche de la BMA, plaide pour l'organisation en groupe des médecins généralistes. Quelques pratiques de groupe se développent alors de façon limitée, selon deux formes principales : d'une part, les cabinets de groupe, dans lesquels plusieurs médecins s'organisent sur les plans financier et organisationnel pour exercer ensemble en étant propriétaires des locaux et du matériel nécessaires à leur pratique ; d'autre part, les centres de santé, construits et entretenus par le NHS, au sein desquels des médecins viennent y ouvrir leur cabinet. Ils restent indépendants financièrement, et gèrent chacun leur liste de patients. Entre les années quarante et le milieu des années soixante, seuls 1 à 3 % des médecins généralistes exercent dans cette catégorie de structures.

C'est à partir de 1967, dans un contexte où le Royaume-Uni fait face à une pénurie importante de médecins généralistes, que plusieurs mesures favorisant, entre autres, le développement de la pratique de groupe, sont mises en œuvre. Le contrat des médecins généralistes est redéfini, suscitant un grand mécontentement dans le corps médical : la liberté géographique d'installation est supprimée et les cabinets sont tenus d'avoir une liste d'une taille minimale de 1 000 patients. La politique de développement des centres de santé est alors remise au goût du jour, puisqu'une dotation spécifique (*group allowance*) est versée à ceux qui y adhèrent. Elle s'élève à 5 % du revenu total de la pratique. Enfin, afin d'augmenter l'activité des cabinets, une mesure incite au recrutement d'infirmières. Le NHS finance 70 % du salaire de ces dernières.



À la fin des années quatre-vingt, le NHS propose aux médecins des centres de santé de devenir propriétaires des locaux dans lesquels ils exercent, ainsi que de l'ensemble des matériels des centres. Une prime pour couvrir l'entretien et les frais de fonctionnement (*cost rent scheme*) leur est attribuée dans ce sens.

Les réformes des années quatre-vingt-dix stimulent le mouvement de regroupement et de réorganisation. Ainsi, la réforme de 1991 qui confie aux médecins généralistes volontaires un rôle de gestionnaires de budget (*fundholders*), impose à ces derniers d'exercer dans le cadre d'un groupe d'au moins 3 médecins (condition qui s'est assouplie par la suite). Le mouvement de regroupement s'est poursuivi depuis 1997, date à laquelle la réforme des groupes de soins primaires a jeté les bases d'une nouvelle organisation du NHS, avec les *Primary Care Groups* et les *Primary Care Trusts*. À l'échelon du cabinet de groupe s'est donc superposé l'échelon du réseau de professionnels, constitué sur une base territoriale. La mise en place du *New GP contract* à partir d'avril 2004 confirme cette tendance au développement de la pratique de groupe. Désormais, le NHS passe contrat directement avec les cabinets et non plus 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. À cet égard, lors de l'élaboration du *New GP Contract*, il a même été question de rendre les cabinets individuels « hors la loi », mais cette idée a finalement été abandonnée, dans la mesure où les médecins exerçant seuls sont le plus souvent réfractaires à travailler en groupe.

### c) Québec et Ontario : mise en place des CLSC et des CHC en parallèle à un regroupement croissant des médecins

Au Québec, dès la mise en place, en 1970, du système public de santé et de services sociaux compatible avec le programme fédéral d'assurance maladie, les décideurs ont pour objectif de créer des établissements autres que l'hôpital, - les Centres locaux de services communautaires (CLSC) - pour jouer le rôle de porte d'entrée principal du système de soins. Les 166 CLSC prévus devaient prendre en charge l'ensemble des besoins sociaux et de santé de leur population locale

par le biais d'équipes multidisciplinaires propres à faciliter 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 période de quinze ans, est difficile. De manière générale, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) leur sont peu favorables, et peu de médecins généralistes font alors le choix d'exercer dans ces structures, surtout par crainte de perdre leur rôle dominant dans l'accès des patients aux soins de santé et dans la coordination de ces soins. Il s'agit d'une réaction similaire à celle qui a eu lieu en France de la part des médecins libéraux à la même époque (cf. *supra*).

C'est dans ce contexte, au début des années soixante-dix, que les médecins accélèrent le développement des cabinets de groupe. Au milieu des années quatre-vingt, 500 cabinets médicaux proposent des services médicaux de première ligne, alors que les CLSC n'offrent pas de tels services. Par conséquent, c'est notamment en réaction à l'implantation des CLSC que les médecins sont conduits à délaisser la pratique solo pour la pratique 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 hospitalières<sup>19</sup>.

En Ontario, le nombre de médecins exerçant dans les centres de santé communautaires (CHC) est moins important que dans les CLSC au Québec, où il concerne 20 % des médecins. En Ontario, les CHC accueillent environ 5 % des médecins.

## **2. Depuis les années quatre-vingt-dix : le regroupement des médecins de nouveau à l'agenda des politiques publiques de santé**

Le regroupement des médecins et, d'une façon plus générale, la réorganisation des soins de première ligne vers des soins intégrés ou plus collectifs, semble aujourd'hui de nouveau à l'ordre du jour, les Canadiens parlant à cet égard de « *primary care renewal* ».

Au-delà de l'assimilation des soins primaires à l'exercice de la médecine salariée en centres de santé publics, les soins primaires sont en effet dé-

<sup>19</sup> Contandriopoulos A-P., Diene C. P., Fournier M-A, Trottier L-H., Les soins de santé primaire au Québec, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, juillet 2003.

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

#### a) Des motivations multiples 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, 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 première ligne n'est pas susceptible de couvrir cette augmentation 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 liée 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*

Le regroupement apparaît dès lors 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 voient dans le regroupement une organisation notamment susceptible de mieux répartir entre ses membres les contraintes liées à la continuité et la permanence des soins et des 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.

*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 de première ligne. 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 et soins secondaires et tertiaires. Les expérimentations de médecine de groupe sont dans ce cadre perçues comme un dispositif propre à supporter l'extension des services dispensés en première ligne, offrant une productivité et une qualité satisfaisantes.

On peut penser qu'il y a là la possibilité d'une rencontre entre une dynamique professionnelle visant à modifier les conditions d'exercice pour améliorer la qualité de vie et des logiques plus institutionnelles ayant pour objectif une plus grande efficience des soins primaires.

#### b) Les modalités d'intervention menées à l'étranger par les pouvoirs publics pour favoriser le regroupement des médecins

Dans les pays étrangers étudiés, l'intervention des pouvoirs publics peut prendre plusieurs formes : soit de simples incitations à la création (comme dans le cas du Québec et de l'Ontario avec la mise en place des Groupes de médecine de famille et des *Family Health Networks*), soit une intervention plus directe et volontariste (comme dans le cas des *Primary Care Trust* au Royaume-Uni).

Au Québec et en Ontario se développent en effet depuis peu de nouveaux contextes d'exercice, dont l'objectif est d'améliorer l'organisation des services de première ligne (accessibilité, prise en charge globale, continuité et complémentarité avec le réseau), tout en valorisant le rôle du médecin de famille. Les Groupes de médecine de famille (GMF) et les *Family Health Teams* (FHT) se mettent en place progressivement depuis 2000 pour une clientèle inscrite volontairement. Les GMF sont constitués d'une dizaine de médecins qui pratiquent ensemble en collaboration avec des infirmières et offrent une gamme de services médicaux de première ligne, 24h / 24 et sept jours sur sept, incluant les aspects préventifs, curatifs et de réadaptation. En octobre 2004, il existait 87

GMF qui représentaient au total 943 médecins et 150 infirmières, et couvraient environ 320 000 patients, soit environ 4 % de la population du Québec. En février 2007, on compte 125 GMF. L'objectif du ministère québécois 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. L'Ontario a également introduit les FHT sous forme d'expérimentation.

Les réorganisations actuelles de la médecine ambulatoire s'inscrivent dans un modèle d'organisation des soins différent de celui développé par l'OMS dans les années soixante-dix - quatre-vingt et répondent à des évolutions sociologiques et démographiques générales. Si les premiers médecins qui se sont groupés inscrivaient leur démarche dans un idéal professionnel de la pratique de ville, il n'est pas certain que ceux qui font actuellement le choix de ce mode d'exercice aient les mêmes motivations, et d'autres motivations complémentaires ou sous-jacentes peuvent être identifiées.

\* \* \*

En conclusion, l'action des gouvernements qui vise à agir sur le regroupement semble menée en fonction de tendances lourdes des systèmes de santé, pour introduire ou réintroduire des formes d'organisation de soins alternatives au « tout curatif ».

Les politiques réactives (comme en Allemagne et en Italie où le droit a été modifié afin de permettre aux différents professionnels de s'associer) ou proactives (comme en Ontario et au Québec où sont menées des politiques provinciales financées dans le cadre du *Primary Care Transition Fund Federal*), constituent ainsi les éléments principaux des politiques incitatives au regroupement professionnel. Elles visent à financer des moyens logistiques et du personnel supplémentaire et à rémunérer la délivrance de nouveaux services selon des processus particuliers (par exemple, prise en charge des diabétiques).

Dans les pays où l'offre de soins primaires est fondée sur le regroupement des médecins dans le cadre de centres de santé publics, on constate un mouvement général d'augmentation de la demande de soins dans un cadre privé, concomitant à des problèmes d'accès aux soins et de recrutement professionnel dans les centres de santé.

## II. Le développement de la médecine de groupe est déterminé par un projet d'organisation du système de soins et par une évolution sociologique des professionnels de santé

Au vu de ces différentes évolutions selon les pays, on peut tirer quelques premières conclusions quant aux principaux déterminants du développement de la médecine de groupe. Trois grandes catégories de déterminants peuvent être identifiées et ont trait, d'une part, à l'organisation du système de santé (financement, statut des médecins, place des soins primaires...), à des éléments démographiques (densité médicale, répartition géographique), et, enfin, aux caractéristiques individuelles des médecins (âge, sexe, attentes professionnelles et en termes de conditions de vie...).

Ces différents niveaux d'explication interviennent de façon plus ou moins importante selon les pays et il paraît difficile d'isoler des déterminants directs du taux variable de regroupement dans chacun des pays étudiés. Peu d'éléments explicatifs semblent se détacher clairement. Il apparaît toutefois que l'importance et la nature de la place accordée à l'organisation des soins primaires dans chaque pays peuvent constituer un facteur explicatif fort du développement de la pratique de groupe.

### 1. La politique des soins primaires explique le niveau et la forme du regroupement

#### a) Le financement du système de santé et le statut des médecins n'apparaissent pas déterminants pour expliquer le niveau de regroupement

Contrairement à ce que l'on pourrait penser de prime abord, il ne semble pas que le degré de développement de la médecine de groupe soit lié aux modalités de financement du système de santé (impôt versus cotisations sociales collectées de façon centralisée versus décentralisée) ni au statut du médecin et la forme de « contractualisation » avec l'État ou les caisses (fonctionnaire versus libéral), ni à son mode de rémunération principal.

Nous pouvons en effet constater que dans les pays à fort taux de regroupement, les combinaisons suivantes sont présentes :

- impôt (décentralisé)/fonctionnariat/salaire (Suède, Finlande),

- impôt (centralisé)/professionnel indépendant capitulation majoritaire (Royaume-Uni),
- impôt (centralisé et décentralisé)/professionnel indépendant/paiement à l'acte majoritaire (Ontario, Québec),
- cotisations sociales / professionnel indépendant/rémunération mixte (Pays-Bas).

Cependant, comme nous le verrons plus loin, certains types de contrats collectifs parallèles à un conventionnement national, comme la mise en place de paiements incitatifs en fonction des services rendus ou de la performance, visent à influencer la forme du regroupement. Cette évolution a aujourd'hui principalement cours sur un mode d'expérimentation dans l'objectif d'une possible généralisation.

#### b) La définition de la place et des missions des acteurs des soins primaires dans le système de santé : un facteur déterminant

À l'instar de la France, la Belgique et l'Allemagne se caractérisent surtout par une absence de coordination et d'organisation planifiée du champ ambulatoire. Il n'existe pas de projet explicite global de soins primaires, à entendre comme projet global rationnel d'organisation des soins fondé sur une approche populationnelle et hiérarchisée.

Or, ce projet existe, 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. Si ce projet a donné lieu à des traductions variables et à des succès différenciés selon les pays, il témoigne tout de même d'une prise en compte essentielle des pouvoirs publics : l'importance de structurer le système d'organisation des soins, de différencier soins primaires et secondaires et d'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.

L'organisation générale des professions de première ligne dans ces pays<sup>20</sup> – on pense notamment aux médecins généralistes et aux infirmières – se traduit dans les institutions par :

- l'existence d'un champ de recherche et univer-

sitaire, 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, comparativement à celle des spécialistes, notamment dans l'orientation et la coordination des soins sur le modèle du généraliste *gatekeeper* ;
- la valorisation financière de ces professionnels, notamment dans leur rémunération relative par rapport aux autres spécialistes.

Or, ces caractéristiques sont moins présentes dans le groupe des pays où le regroupement est la forme minoritaire d'exercice, à l'instar de la France. L'importance accordée à la place des soins primaires, du point de vue de la régulation et de la structuration de la médecine ambulatoire au sein du système de santé, apparaît donc comme un élément explicatif important.

Comme c'est le cas en France, les pays dont l'exercice en groupe ne constitue pas la forme dominante d'exercice sont tous caractérisés par les éléments suivants :

- une faible organisation des soins primaires dans le système de santé ;
- un exercice majoritairement libéral de la médecine ;
- une rémunération des médecins à l'acte (sauf dans le cas de l'Italie) ;
- les médecins sont rarement associés dans leurs cabinets à d'autres professionnels de santé, notamment les infirmières.

Ces pays à faible taux de regroupement semblent toutefois se diriger, de façon variable, vers une pratique plus collective. Si l'Allemagne, la Belgique, la France et l'Italie sont caractérisées par un exercice majoritairement individuel des médecins généralistes, on observe partout des tendances qui laissent envisager un développement ultérieur de cette forme d'exercice médical, liée à une dynamique issue des professionnels et/ou à une intervention des pouvoirs publics.

20 Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes, rapport Irdes 03/2006.

## 2. La faible densité médicale : un facteur expliquant le développement de la pratique de groupe ?

On peut s'interroger sur l'importance de facteurs démographiques, et principalement de la densité médicale, dans le développement de la pratique de groupe dans les différents pays étudiés.

Une étude ancienne menée en France en 1989<sup>21</sup> a abordé cette question. Les auteurs constatent à l'époque, comme le fait aussi l'étude plus récente de la DREES, la disparité de ce mode de pratique sur le territoire, et la prédominance des groupes au sein des spécialités techniques (radiologie notamment). L'analyse des données relatives aux groupes révèle que cet exercice est le plus développé dans les unités urbaines où la densité médicale est la plus faible, et qu'il est le plus fréquent dans les petites villes de moins de 5 000 habitants. En médecine générale, le taux de regroupement décroît régulièrement lorsque la taille de l'unité urbaine augmente. Les auteurs concluent qu'il est possible de faire le lien entre faible densité médicale et fort regroupement, et inversement, forte densité médicale et faible regroupement, mais que ces relations ne sont pas valables pour toutes les régions. La motivation au regroupement en médecine générale serait alors une meilleure gestion de la charge de travail dans les zones à densité médicale faible.

Toutefois, de manière générale, le lien entre densité médicale et importance du regroupement reste difficile à mesurer, dans la mesure où, à notre connaissance, peu d'études récentes, en France comme dans les pays étrangers étudiés, ont analysé ce phénomène.

On se limitera donc davantage à poser des questions, car, en France, nous n'avons pu identifier les données permettant d'étudier la relation entre densité médicale et niveau de regroupement. Peut-on observer une variabilité du taux de regroupement selon les régions ? Si oui, peut-on faire l'hypothèse que la médecine de groupe, en France, est mieux représentée dans les zones plutôt à faible densité médicale ?

S'agissant des pays étrangers étudiés, les données, comme en France, font également défaut. Néanmoins, les pays à fort taux de regroupement sont les pays à faible densité médicale. Il n'est toutefois pas possible d'en conclure que le regroupement est la conséquence d'une limitation stricte du nombre de médecins. Le regroupement des médecins comme la limitation du nombre de

médecins paraissent plutôt constituer deux volets d'une régulation fine de l'offre de soins.

## 3. Les évolutions sociologiques des professionnels de santé favorisent la pratique de groupe

Il semble que les caractéristiques individuelles des médecins, à entendre au sens large (âge, sexe, attentes professionnelles et en termes de conditions de vie...) puissent figurer comme éléments explicatifs du développement de la pratique de groupe.

Ainsi, pour la France, l'étude de la DREES, ainsi qu'une enquête menée auprès d'un panel de médecins généralistes bretons en 2006<sup>22</sup>, montre que la pratique de groupe concerne les médecins les plus jeunes : les médecins généralistes exerçant dans ce cadre sont en moyenne âgés de 47 ans, contre 50 ans pour ceux qui exercent individuellement. De plus, les jeunes médecins se projettent dans l'exercice professionnel futur d'une façon radicalement différente de celle des médecins qui se sont formés dans les années soixante-dix et quatre-vingt. Ainsi, une enquête réalisée auprès d'étudiants en médecine générale de la région Rhône-Alpes<sup>23</sup> a montré un attrait important pour l'exercice mixte (libéral et salarié), le travail en cabinet de groupe, l'importance de la qualité de vie comme critère d'orientation professionnelle et l'ouverture vers de nouvelles façons de travailler, aussi bien en partenariat qu'en mobilisant les outils permettant le partage d'information et l'évaluation des pratiques professionnelles. La pratique de groupe présente un attrait certain pour les jeunes médecins. Une enquête menée en 2004 auprès des résidents et internes en 3e cycle de médecine générale a montré que, parmi les 138 internes qui avaient le projet professionnel d'exercer la médecine générale, 122 (88 %) souhaitaient exercer en groupe, et que parmi les 59 dont le projet professionnel écartait la médecine générale, 31 (53 %) souhaitaient exercer en groupe<sup>24</sup>. Le corps médical se transforme donc de façon importante dans sa structure comme dans les aspirations des jeunes médecins.

22 Beauté J., Bourgueil Y., Mousquès J. (IRDES). Avec la collaboration de Bataillon R., Samzun J.-L. (URML Bretagne) et Rochaix L. (HAS) 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>

23 Careps pour l'URML Rhône-Alpes, Etude des mutations de la médecine générale : enquête auprès des internes en médecine générale de la région Rhones Alpes février 2005.

24 Thèse de doctorat de médecine de Coralie Braun, Faculté Paris Descartes, 2005

21 Dominique d'Humières, Jacqueline Gottely, Une pratique particulière de la médecine libérale : l'exercice en groupe, Solidarité Santé, Etudes statistiques, n° 4, 1989.

En outre, la féminisation se poursuit avec désormais plus de 65 % de femmes<sup>25</sup> en deuxième année d'études médicales. Si la féminisation 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, aussi bien quotidiennement que dans les orientations de carrière, constitue une nouvelle exigence des médecins hommes et femmes qui les conduit à appréhender différemment leur exercice et leur mode d'organisation.

L'étude de la DREES sur le regroupement des médecins montre que si le taux d'activité en groupe est plus faible chez les femmes médecins âgées de plus de 50 ans, l'exercice en groupe apparaît plus fréquent chez les femmes que chez les hommes pour les médecins les plus jeunes. Ces différences sont observées seulement pour les spécialités pratiquant relativement peu d'actes techniques.

On retrouve ces mêmes caractéristiques – féminisation, attentes en termes de conditions de vie des jeunes médecins – 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.

## **4. Le regroupement des médecins : des changements dans le système de soins dont les impacts restent à évaluer**

### **I. De nouvelles modalités de contractualisation associées à des pratiques nouvelles**

Les politiques incitatives favorisant le regroupement sont souvent associées à de nouvelles modalités de contractualisation entre la tutelle et les médecins, qui peuvent être porteuses de profonds changements dans les systèmes. Le plus souvent, il s'agit d'associer au regroupement une ou plusieurs des innovations suivantes.

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 mis 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 de type « professionnel de contact », 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 et des services de première ligne, notamment en matière de prévention et d'approche sociosanitaire.

Une seconde innovation - que nous avons déjà documentée dans un précédent rapport (Bourgueil *et al.* 2006) - consiste à favoriser le développement de la coopération ou de la délégation de tâches, notamment entre médecins généralistes et infirmières. 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 sociosanitaires (Aziende sanitarie locali (ASL), Centres locaux de services communautaires (CLSC), Primary care trust (PCT)), comme cela peut-être le cas au Royaume-Uni ou dans le cadre des expérimentations canadiennes ou italiennes.

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.

25 Hardy-Dubernet AC, Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ?, revue française des affaires sociales, janvier-mars 2005, 59ème année.

Autre innovation importante, 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. Il peut s'agir par exemple de l'extension des plages d'ouverture des cabinets et / ou d'un engagement de réponse à l'urgence comme dans le cas des expériences de groupes de soins primaires en Lombardie ou des réseaux ou groupes de médecins de famille en Ontario et au Québec.

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

## II. Des changements progressifs principalement introduits sur le mode de l'expérimentation ou en faisant appel au volontariat

Afin d'obtenir l'adhésion des médecins, les changements ont été introduits sur la base du volontariat et de l'expérimentation.

Les exemples de l'Ontario et de l'Italie sont à ce titre très éclairants pour le contexte français. En

Ontario, il est apparu nécessaire de passer par le détour des *Family Health Groups* pour tendre vers les *Family Health Networks*. Dans le cas de l'Italie, les médecins sont incités à se regrouper selon trois modalités qui se distinguent selon l'intensité du partenariat (médecine en association, en réseau, et de groupe). Les *Family Health Groups* sont très simples et intéressants pour les médecins car ils permettent de les engager dans un processus de changement volontaire et par étape – notamment par rapport à l'inscription de la clientèle. De même, le dispositif italien est volontaire et progressif, puisqu'il permet aux médecins de partager peu (association) ou beaucoup (groupe).

Il est néanmoins encore trop tôt pour savoir si les moyens mobilisés pour obtenir les modifications des organisations et des pratiques produisent l'ensemble des effets escomptés. En effet, l'évaluation des effets de ces politiques incitatives au regroupement reste encore limitée. Ces dispositifs, pourtant assez attractifs du point de vue financier, n'ont pas toujours fait la preuve de leur capacité à attirer une majorité de médecins généralistes. Le faible succès du modèle des *Family Health Networks* en Ontario, ou le développement encore mesuré du regroupement en Italie, semblent montrer que les obstacles culturels et psychologiques peuvent être considérables. Le soutien économique au regroupement constitue alors une occasion pour une minorité de praticiens de voir leur pratique reconnue, sans que l'ensemble du système soit nécessairement modifié.

L'exemple du Royaume-Uni montre un processus continu qui s'appuie sur d'importantes incitations financières introduites progressivement : les médecins, qui ont été préalablement incités à se regrouper puis à travailler en équipe, ont été ensuite encouragés, sur une base de volontariat, à contracter collectivement avec les *Primary Care Trusts* (contrat dénommé *Personal Medical Service*). Cette contractualisation porte sur le contenu, parfois les modalités, des services fournis, auxquels sont associées des incitations financières. Après évaluation<sup>26</sup>, le dispositif a été généralisé en 2004 dans le cadre du contrat global entre les médecins et leur tutelle nationale et locale. Il a fait depuis l'objet de plusieurs évaluations (cf. *infra*).

C'est donc principalement par le développement d'incitatifs économiques introduits progressivement, sur la base du volontariat et modulables en fonction des impératifs locaux (décentralisation), que les pays soutiennent les dynamiques de regroupement et modifient dans le même temps les modes de rémunération, d'organisation des soins et de conventionnement entre tutelle et médecins.

<sup>26</sup> Conduite notamment par le National Primary Care Research and Development Centre.

### III. Les gains en matière d'efficacité, d'efficience ou de productivité : des questions à préciser

---

#### 1. Des travaux principalement centrés sur les économies d'échelles qui abordent la pratique de groupe dans le cadre du *disease management*

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

Nous avons vu précédemment que le regroupement peut prendre des formes diverses mais qu'il 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. Cela s'apparente donc à une logique d'intégration verticale, sur un même lieu, de médecins et de professionnels ayant des compétences variées. Dans ce type de regroupement, la recherche de gains d'efficacité, d'efficience ou de productivité 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, d'efficience ou de productivité, se concentrent le plus souvent sur l'analyse des économies d'échelle, ce qui limite beaucoup l'intérêt de ces travaux.

Par ailleurs, la variété des terrains d'observation est faible : les recherches se concentrent principalement sur des études de cas aux États-Unis ou au Royaume-Uni.

Aux États-Unis, ces travaux comparent les performances des compagnies d'assurance gérant une offre de soins plus ou moins intégrée au sein desquelles l'exercice en groupe des professionnels de première ligne est la règle.

La description des formes de regroupement des professionnels et la nature de leur coopération sont très hétérogènes dans les études. En effet, le plus souvent, ce sont des organisations plus vastes que les seuls groupes de professionnels et les programmes dans leur ensemble qui sont analysés et évalués.

Au Royaume-Uni, les travaux comparent généralement les performances des cabinets de groupe à celles des cabinets individuels, dans le cadre de la mise en place de programmes de *disease management*, avec l'appui ou non de services extérieurs au sein du *Primary Care Trust* (PCT), dans le cadre de l'introduction du paiement à la performance.

Signalons enfin que les études s'appuient soit sur des analyses transversales (ici/ailleurs) comparant les différences de performance entre cabinets, notamment selon la taille ou le caractère regroupé ou non, soit sur des analyses longitudinales (avant/après).

#### 2. Quelques conclusions sur le regroupement issues de la littérature et des visites sur sites

En termes d'efficacité<sup>27</sup>, 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. Ces conclusions proviennent d'études qui se fondent sur des indicateurs de résultats ou de processus.

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<sup>28</sup>.

---

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

28 Voir notamment : - Bras PL, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de *disease management*, Pratiques et Organisation des Soins volume 37 n° 4 / octobre-décembre 2006.



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'efficacité, aux États-Unis, les résultats sur une courte période des programmes de *disease management* sont contradictoires<sup>29</sup> et sont surtout attendus sur une plus longue période<sup>30</sup>.

Au Royaume-Uni, il est plus délicat de statuer sur les gains d'efficacité dans un contexte où, dans le cadre de la mise en place du paiement à la performance en 2004, il y a eu de substantielles revalorisations entre 2004 et 2006 qui 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'efficacité 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'efficacité soit le plus souvent évaluée sur une courte période.

Les résultats sur l'efficacité sont aussi très dépendants de la différence de rémunération entre les médecins et les autres professionnels, puisque dans les faits il n'y a pas de regroupement sans mise en œuvre de coopération et de nouvelle répartition de tâches entre professionnels dans ces pays.

Enfin, de façon complémentaire, ces études abordent également la question de la taille optimale du groupe. Elles montrent qu'il n'y a pas de taille optimale de groupe prenant en compte toutes les dimensions de l'efficacité. Ainsi, des groupes de taille importante favorisent les économies de gamme par l'association de nombreux

professionnels différents et un certain degré de standardisation des pratiques. À l'inverse, des effectifs compris entre 5 et 10 médecins maximum par groupe permettent de plus grandes économies d'échelles et offrent une meilleure capacité d'adaptation aux contextes et besoins des populations locales<sup>31</sup>.

La productivité quant à elle semble augmentée, mais il convient de signaler qu'il s'agit là de la productivité du groupe et non celle du médecin individuellement, ce dernier voyant sa charge de travail diminuer à l'occasion du passage de l'exercice individuel à l'exercice en groupe.

Par ailleurs, la difficulté de distinguer la substitution de la complémentarité, notamment entre les médecins généralistes et les infirmières, rend difficile une bonne appréciation de ce résultat puisque l'augmentation de la productivité est associée à une modification des services fournis.

Par ailleurs, relativement au contexte français, il convient de signaler que le regroupement vise également à garantir la permanence des soins par les médecins.

Enfin de façon complémentaire, les études documentent l'impact du regroupement sur la mise à jour des connaissances. Les cabinets de groupe accueillent plus d'internes en stages, et disposent de l'équipement informatique le plus développé. Les médecins qui y exercent suivent plus de formation médicale continue, autant d'éléments qui peuvent être considérés comme des facteurs d'une meilleure qualité des soins.

Les seuls enseignements de la littérature aujourd'hui exploitables laissent penser que c'est surtout l'association entre regroupement et travail en équipe pluridisciplinaire qui est en jeu, et qui constitue l'aspect le plus porteur d'améliorations.

En somme, le regroupement des seuls médecins entre eux ne garantit pas à lui seul de meilleurs résultats pour les patients. Il ne garantit pas non plus une meilleure efficacité du système de santé. La question doit davantage se poser dans les termes suivants : à quelles conditions le regroupement peut-il apporter un bénéfice et pour qui ?

---

Knight K., Badamgarav E., Henning JM., Hasselblad V., Gano AD, Jr., Ofman JJ., et al. A systematic review of diabetes disease management programs. *Am J Manag care* 2005;11:242-50.

Villagra VG., Ahmed T. Effectiveness of a disease management program for patients with diabetes. *Health Aff* 2004;23:255-66.

Sutton M., McLean G. Determinants of primary medical care quality measured under the new UK contract: cross sectional study. *BMJ* 2006 Feb 18;332(7538):389-90

Doran T., Fullwood C., Gravelle H., Reeves D., Kontopantelis E., Hiroeh U., et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006 Jul 27;355(4):375-84.

29 Gertler P., Simcoe TS. *diseasemanagement. Socialscience research network, Working paper ; 2006* (<http://ssrn.com/abstract=900577>). Fireman B., Bartlett J., Selby J., Can disease management reduce health cost by improving quality, *Health Aff* 2004;23.

30 Beaulieu ND., Cutler DM., Ho KE., Horrigan D., Isham G. The business case for diabetes disease management at two managed care organizations. New York: The Commonwealth fund, field report ; 2003.

---

31 Voir notamment Hough DE. Is bigger always better? The optimal size of a group practice. *J Med Pract Manage* 2002 May;17(6):312-8. Bojke C., Gravelle H., Wilkin D. Is bigger better for primary care groups and trusts? *BMJ* 2001 Mar 10;322(7286):599-602. Wilkin D., Bojke C., Coleman A., Gravelle H. The relationship between size and performance of primary care organisations in England. *J Health Serv Res Policy*. 2003 Jan;8(1):11-7.

## Conclusion

Cinq conclusions principales peuvent être tirées des expériences étrangères :

- le regroupement des professionnels de santé de première ligne s'organise selon des formes différentes mais il est présent dans tous les systèmes de santé présentés ici ;
- les groupes sont d'autant plus nombreux et pluriprofessionnels que les soins primaires sont formalisés et fondés sur une approche populationnelle et hiérarchisée. C'est en général la situation qui prévaut dans les systèmes nationaux de santé ;
- on constate une hybridation des modèles : les modèles fondés sur les centres de santé publics voient se développer une pratique spécialiste et généraliste dans un cadre privé, et tendent à développer des mécanismes de fidélisation et de clientèle ; à l'inverse, les modèles fondés sur des approches de clientèle et de paiement à l'acte tendent à développer des approches plus populationnelles (capitation, regroupement, etc.) ;
- dans tous les pays, les mêmes facteurs sont mis en avant pour expliquer le développement du regroupement et la mise en œuvre de politiques incitatives : une évolution contraire de l'offre de soins (diminution de la ressource humaine) et de la demande de soins (en augmentation et en évolution) ; une aspiration croissante des professionnels de santé à des formes d'exercice offrant un meilleur équilibre entre vie personnelle et exercice professionnel ; une exigence accrue en termes d'efficacité et d'efficience envers les organisations de soins de première ligne.
- les politiques incitant au regroupement introduisent de nouvelles modalités de contractualisation dans le cadre d'expérimentations vouées à se généraliser.

En France, comme ailleurs, les motivations de ces évolutions organisationnelles vers le regroupement sont présentes.

La diminution attendue de la main d'œuvre médicale et la difficulté croissante d'assurer l'accès aux soins dans certaines zones défavorisées conduisent les pouvoirs publics à s'intéresser au regroupement des professionnels de santé. Le regroupement permettrait en effet de lutter contre l'isolement, caractéristique de l'exercice dans les zones défavorisées, et favoriserait la coopération entre professionnels ;

Les quelques travaux exploratoires conduits en France<sup>32</sup> montrent que les médecins recherchent de plus en plus :

- une plus grande flexibilité en termes de conditions de travail et un meilleur équilibre entre leur exercice professionnel et leur vie personnelle (aménagement du temps de travail, remplacement...) ;
- un exercice favorisant le travail en équipe, ce qui passe par la mise en commun des moyens humains aux compétences variées (secrétariat, personnel infirmier...) et de matériels performants (informatisation, électrocardiogramme, rétinographie...), dont le groupe permet de réduire les coûts individuels de frais d'investissement et de fonctionnement ;

Le constat du nécessaire développement de nouvelles activités et d'une meilleure organisation du système de soins ambulatoire est aujourd'hui partagé par de nombreux acteurs. L'enjeu est d'assurer au patient non seulement la qualité de l'acte de chaque professionnel, mais aussi la cohérence de son parcours comme de son suivi global, dans un système de soins traditionnellement fragmenté et cloisonné. La pratique de groupe peut ainsi contribuer à l'atteinte de ces objectifs en favorisant l'usage de systèmes d'informations intégrés et partagés. Cette pratique de groupe peut également favoriser la coopération des professions de santé pour développer les activités de prévention, d'éducation thérapeutique et de coordination des soins encore insuffisantes.

Si la question du regroupement des professionnels de santé de première ligne, et plus fondamentalement celle de l'organisation et de la régulation des soins ambulatoires, n'a été que peu abordée de front jusque à présent en France, des changements sont toutefois perceptibles.

Ainsi, la tendance à la rationalisation de l'accès aux soins qui s'opère depuis plus de vingt ans tend, par couches superposées et par allers et retours successifs (exemples du médecin référent et du médecin traitant ou de la politique des réseaux), à introduire des processus de coordination et plus timidement des actions préventives dans le système de soins français. En outre, la prise de conscience récente des évolutions démographiques aussi bien du côté de l'offre de soins (diminution des médecins mais aussi évolutions des exigences de conditions de vie et de travail)

32 Julien Beauté, Yann Bourgueil, Julien Mousquès. Baromètre des pratiques en médecine libérale, Résultats de l'enquête 2006, L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons, Document de travail Irdes à paraître courante novembre 2007.

que de la demande (vieillesse, transition épidémiologique, demande des patients) mobilise les acteurs de la santé sur différents modes (repli, innovation, crise) et renforce a priori la perspective d'une évolution de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles.

Les politiques menées pour répondre aux inquiétudes et aux tensions générées par ces perspectives sont principalement spécifiques (urgences, réseaux par pathologies, plans par problèmes de santé – Plan santé mentale, Programme national nutrition santé, Plan de démographie médicale, Plan cancer...).

Ces politiques prennent place au sein d'un système de soins ambulatoires fondé sur les principes de la médecine libérale (liberté d'installation, paiement à l'acte, liberté de prescription, libre choix du médecin par le patient) au sein de laquelle les spécialités techniques sont les plus valorisées. Toutefois, la réforme du médecin traitant modifie les modalités d'accès au médecin et affecte le principe du libre choix du médecin par le patient : si ce principe n'est pas remis en question en tant que tel, cette réforme 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 sur une logique populationnelle avec des contrats spécifiques.

Par ailleurs, plusieurs évolutions laissent entrevoir un changement dans l'organisation des soins ambulatoires. D'une part, la régionalisation qui s'est opérée jusqu'en 2002 a tenté d'introduire une certaine marge de manœuvre de négociation pour définir et mettre en œuvre de nouvelles règles dans l'organisation des soins de proximité (contrats locaux de santé). D'autre part, les SROS 3 (Schémas régionaux d'organisation sanitaire) introduisent une territorialisation avec, dans certaines régions, des démarches d'élaboration de projets médicaux de territoire qui associent 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 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.

## Tableaux récapitulatifs

### Données générales : système, soins primaires et regroupement des médecins généralistes

**Tableau 1**  
Pays au sein desquels la pratique de groupe des médecins généralistes est majoritaire

	Système national/assurantiel de santé	Mode de rémunération des médecins généralistes	Densité de médecins généralistes*	Répartition généralistes/spécialistes	Taux moyen de regroupement des médecins généralistes	Cadre d'exercice dominant du groupe	Pratique professionnelle au sein du groupe	Nombre moyen de médecins par groupe/centre
<b>Finlande</b>	national	salariat/capitation	0,7**	37 % / 63 %	plus de 90 %	centre public de santé	Principalement pluriprofessionnelle	nd
<b>Suède</b>	national	salariat	0,6***	25 % / 75 %	98 %	centre public de santé	plurispécialisée et pluriprofessionnelle	nd
<b>Royaume-Uni</b>	national	capitation/forfait/acte	0,7	53 % / 47 %	92 %	cabinet privé sous contrat avec l'autorité locale	pluriprofessionnelle	4,8
<b>Québec</b>	national	acte	1 (total Canada)	49,5 % / 50,5 %	environ 90 %	cabinet privé	plurispécialisée et pluriprofessionnelle	5,2
<b>Ontario</b>	national	acte	1 (total Canada)	47 % / 53 %	60 % environ	cabinet privé	monospécialisée	4,8
<b>Pays-Bas</b>	national	capitation	0,5	35 % / 65 %	57 %	cabinet privé		2

\* Densité pour 1000 habitants. Source Eco-Santé OCDE 2007. Chiffres pour 2005

\*\* Chiffres pour 2004

\*\*\* Chiffres pour 2004

**Tableau 2**  
Pays au sein desquels l'exercice individuel des médecins généralistes est majoritaire

	Système national/assurantiel de santé	Mode de rémunération des médecins généralistes	Densité de médecins généralistes	Répartition généralistes/spécialistes	Taux moyen de regroupement des médecins généralistes	Cadre d'exercice dominant du groupe	Pratique professionnelle au sein du groupe	Nombre moyen de médecins par groupe/centre
<b>Allemagne</b>	assurantiel	acte	1	50,5 % / 49,5 %	25 à 30 %	cabinet privé	monospécialisée	groupes de 2 médecins en majorité
<b>Belgique</b>	assurantiel	acte	2,1	46 % / 54 %	30 %	cabinet privé	monospécialisée	nd
<b>France</b>	assurantiel	acte	1,7	49 % / 51 %	39 %	cabinet privé	monospécialisée	environ 3
<b>Italie</b>	national	capitation	0,9*	nd	15 à 20 %	cabinet privé	monospécialisée	nd

\* Chiffres pour 2004

**Partie 2**

**Approche monographique**

---



**Allemagne**

---





## Allemagne

---

### I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires

#### A. Organisation et financement du système de santé

---

Le système d'assurance sociale a été instauré en Allemagne en 1883 par le chancelier Bismarck. L'assurance sociale comporte cinq volets : l'assurance maladie, l'assurance invalidité-vieillesse, l'assurance accident, l'assurance dépendance et l'assurance chômage.

L'assurance maladie est organisée à l'échelle de l'État fédéral et des *Länder*, qui se partagent les compétences. L'Allemagne est une fédération de seize *Länder*, chaque *Land* ayant une constitution, un gouvernement et un parlement propres.

Le rôle de l'État fédéral se limite à fixer le cadre réglementaire général du système de soins et à assurer la tutelle des unions fédérales des divers organismes du secteur de la santé. Ce sont les administrations des *Länder* qui prennent en charge les responsabilités exécutives.

Dans chaque *Land*, le ministère de la Santé est compétent pour adapter les directives fédérales. Il détermine les orientations de santé publique et prend en charge l'organisation et la tutelle de l'assurance maladie. Il définit les modalités de la formation et les conditions d'exercice des professionnels de santé. Il est également responsable de l'organisation et du financement des soins hospitaliers, ainsi que de la législation relative aux médicaments.

Le principe fédéral est donc au cœur du système de santé. Outre la planification hospitalière, chaque *Land* est également responsable de la police, de l'éducation, de la culture et de l'aménagement du territoire.

Dans le système bismarckien, l'assurance sociale est financée grâce à des cotisations proportionnelles aux revenus, prélevées à part égale entre les employeurs et les salariés. Il existe sept régimes d'assurance maladie constitués d'un grand nombre de caisses indépendantes (plus de 300), sous la tutelle du ministère des Affaires sociales de chaque *Land*, ou du ministère fédéral de la Santé, pour les organismes fédéraux. Certaines

caisses sont en effet organisées par *Land*, tandis que d'autres sont nationales. Les caisses maladie sont organisées par profession, par groupes d'entreprise ou par district. Depuis 1996, les salariés peuvent s'affilier à la caisse de leur choix, sans obligation liée à l'appartenance socioprofessionnelle ou au lieu d'habitation.

Ce sont les partenaires sociaux qui sont responsables de la gestion des caisses d'assurance maladie. L'État a transféré une partie de ses pouvoirs aux corporations des caisses et des médecins (KV), qui sont administrées de façon autonome. Dans chaque *Land*, ces corporations - réunies dans l'Union fédérale des médecins conventionnés (KBV) - constituent, depuis 1931, les seuls intermédiaires entre les médecins et les caisses.

L'assurance maladie protège 88 % de la population, soit environ 72 millions de personnes. Le système d'assurances privées reste minoritaire : il concerne 10 % des assurés. Il y a peu d'exclus du système de soins. Parmi les pays industrialisés, l'Allemagne est, derrière les États-Unis, le pays dont le niveau des dépenses de santé est le plus élevé, représentant environ 11 % du PIB.

#### B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur ambulatoire

---

Le système de santé allemand est caractérisé par une distinction institutionnelle claire en matière de délivrance des soins. On distingue ainsi les soins fournis par l'hôpital, par le secteur public, et les soins ambulatoires (primaires et secondaires). La place des soins primaires y est encore peu reconnue et peu structurée, au sein d'une médecine ambulatoire prise en charge par des médecins libéraux. Les patients peuvent choisir de consulter le médecin conventionné de leur choix (généraliste ou spécialiste), parmi ceux affiliés à la caisse de leur sécurité sociale, mais ils sont ensuite liés à ce praticien pour la durée d'un trimestre au moins (temps nécessaire au remboursement des soins). Pour toute consultation spécialisée ou hospitalisation, les assurés devront obtenir une prescription de ce médecin. Ils bénéficient en contrepartie du système du tiers payant, et ne versent qu'un ticket modérateur. Ce principe de participation de l'assuré a été mis en place en 1987. Jusqu'en 2003, la prise en charge des actes médicaux était de 100 %. Une réforme a depuis introduit une franchise de 10 %, dans la limite de 10 euros par

médecin consulté et par trimestre. Concernant les médicaments, la prise en charge des assurés s'élevé à 10 % par médicament (avec un minimum de 5 euros et un maximum de 10 euros).

Depuis la réforme du système d'assurance maladie de 2003, les patients peuvent également choisir, de façon volontaire un médecin de famille équivalent du « médecin référent ». Depuis longtemps, les compagnies privées proposent cette solution, qui rencontre beaucoup de succès, avec un bonus accordé sur les primes. Les patients peuvent également adhérer à un programme de prise en charge intégrée d'une pathologie chronique.

Le secteur ambulatoire est caractérisé par une cogestion entre les unions des médecins conventionnés (KV) et les caisses d'assurance maladie. La régulation du secteur ambulatoire relève de la coopération entre les caisses, tandis que les unions des médecins conventionnés prennent en charge l'organisation spécifique de l'offre ambulatoire. L'unique interlocuteur du professionnel de santé individuel est l'Union des médecins conventionnés. Le professionnel n'a aucun lien direct avec les caisses.

### **Les soins ambulatoires : accès et structures de délivrance**

L'offre de soins ambulatoire en Allemagne s'organise quasi exclusivement sur la base de médecins libéraux exerçant pour la majorité dans des cabinets individuels. Néanmoins, d'autres formes de délivrance existent de façon minoritaire. Les soins ambulatoires peuvent être fournis par le biais de consultations externes à l'hôpital. Celles-ci sont surtout le fait de chefs de services hospitaliers qui sont autorisés à réaliser des consultations externes privées durant certaines plages horaires. Elles restent néanmoins assez rares, et limitées à des domaines très spécialisés ou à la prise en charge de malades psychiatriques chroniques. Elles peuvent également se développer dans des zones où l'offre libérale se trouve en déficit. Ces consultations externes à l'hôpital concernent 11 000 médecins et représentent environ 5 % de la totalité de soins ambulatoires. Les soins ambulatoires peuvent également être fournis au sein de centres de santé pluridisciplinaires appelés « polycliniques », qui subsistent dans les *Länder* de l'ancienne RDA. Dans ces centres de santé se regroupent à la fois des médecins salariés de spécialités différentes et des professionnels paramédicaux également salariés. La réforme 2003 généralise ce type de structures d'offre de soins (*voir seconde partie*).

### Rémunération des médecins libéraux

L'objectif de maîtrise des dépenses de santé négocié par les médecins et les caisses a conduit dans les années quatre-vingt à la définition d'enveloppes globales qui ont été régionalisées par spécialités. Ce système d'enveloppes, qui constitue un outil majeur de régulation de la médecine libérale en Allemagne, a pour objectif de garantir une meilleure maîtrise des dépenses. Après la fixation à l'échelon fédéral du taux d'évolution maximum de l'enveloppe des honoraires, c'est au niveau du *Land* que chaque régime d'assurance maladie négocie avec l'Union régionale des médecins conventionnés un montant par assuré et par trimestre. Toutefois, bien qu'elles soient opposables, ces enveloppes ne sont pas toujours prises en compte et des dépassements ont été observés.

La nécessaire répartition de l'enveloppe d'honoraires entre les médecins libéraux a conduit à l'introduction du point flottant. La rémunération des médecins se fait sur la base du volume de points engendrés par les actes réalisés au cours d'un trimestre (chaque acte ayant une équivalence en points). La valeur du point est qualifiée de flottante en ce sens qu'elle provient de la division du montant de l'enveloppe par le nombre de points facturés par les médecins chaque trimestre. Le montant de la valeur monétaire du point dans une région est ainsi directement relié à l'activité globale des médecins dans la région pour la période donnée. Ce mécanisme, du fait de l'incertitude du médecin sur son revenu en fin de trimestre, a induit une inflation d'actes qui a conduit à une forfaitisation de certains d'entre eux, ainsi qu'à une révision de la nomenclature. Des contrôles portant sur chaque médecin ont été renforcés, introduisant de fait une limitation au volume d'activité<sup>30</sup>.

Un mécanisme de régulation du nombre d'actes pris en charge par un médecin a été appliqué plus directement au cabinet. Le *praxisbudget* est un dispositif qui permet d'attribuer aux médecins un budget annuel tenant compte du profil moyen d'activité des médecins de la spécialité, des caractéristiques sanitaires de la région, de sa qualification et des spécificités de sa clientèle. En pratique, il s'agit d'un droit de tirage pour chaque patient rencontré au moins une fois au cours d'un trimestre (si le patient est vu plusieurs fois au cours du trimestre il constitue un seul cas). Le droit de tirage attribué au médecin correspond au coût moyen régional de traitement d'un patient sur une période de trois mois modulé suivant l'âge

30 Lorsqu'un médecin dépasse la moyenne des médecins de sa spécialité dans sa région en termes de volume d'actes, il peut faire l'objet d'un contrôle et le cas échéant d'une sanction. Au delà d'un écart de 20 % à la moyenne, une action est envisagée, la sanction pouvant intervenir à partir d'un écart de 40 %.

des patients. Les droits de tirage acquis sont fongibles<sup>31</sup>. Les factures présentées par le médecin sont payées par le tiers-payeur jusqu'au point où le montant remboursé atteint le total des droits de tirage qui correspondent à la clientèle du médecin. Si ce plafond est dépassé, le médecin n'est pas rémunéré. Certains actes dont la dispensation est encouragée ne sont pas inclus dans le *praxisbudget*. Enfin, le nombre de points par cas varie en fonction du volume d'activité du médecin.

Les consultations réalisées pour les patients relevant d'organismes d'assurance privée cotés avec une nomenclature spécifique permettent l'apport de revenus complémentaires. L'importance de cette source de revenus est étroitement liée à la proportion de la clientèle assurée par les organismes privés et joue un rôle non négligeable dans les revenus des médecins. Plus le taux de couverture de la population par les assurances privées est bas moins les médecins s'installent, ce qui explique en partie les problèmes de couverture médicale dans les anciens *Länder* de l'Est.

### **Les médecins libéraux en Allemagne : pléthore...**

Si l'on suit la *Bundesärztekammer*<sup>32</sup> (Conseil de l'Ordre des Médecins), on dénombre, au 31 décembre 2006, 311 230 médecins en activité en Allemagne. Le taux d'augmentation est relativement équivalent aux années précédentes, à savoir 1,2 % de plus qu'en 2005.

Le nombre de médecins pour 1 000 habitants était de 3,3 pour 1 000 en 2001<sup>33</sup>.

Parmi les médecins actifs, 48 % travaillent en milieu hospitalier, 44 % dans le secteur ambulatoire, 3 % dans les services de santé publique, dans l'administration ou dans des organismes corporatistes et 5 % dans d'autres secteurs (ex : industrie pharmaceutique).

90 % des médecins exerçant dans le secteur ambulatoire sont conventionnés. Les autres praticiens non conventionnés exercent soit à titre salarié (8 200<sup>34</sup>), soit à titre exclusivement privé (6 300<sup>35</sup>). Le nombre de médecins exerçant à titre privé a connu une légère augmentation en 2003. On dénombre 50,5 % de généralistes, et 49,5 %

de spécialistes<sup>36</sup> dans le secteur ambulatoire. Depuis les années quatre-vingt, le taux de médecins généralistes a augmenté de façon continue (35 % en 1980, puis 40 % en 1990) pour se stabiliser ensuite. Le nombre de médecins n'a cessé d'augmenter en Allemagne depuis vingt-cinq ans - les années quatre-vingt-dix ont connu une augmentation de 20 % - et ce, malgré la baisse du nombre de médecins diplômés. Cette augmentation est perceptible en nombre absolu aussi bien qu'en population. Le nombre de médecins par habitant est assez élevé si l'on compare avec d'autres pays européens. L'Allemagne compte environ 330 médecins pour 100 000 habitants, alors que le Royaume-Uni en compte environ 210<sup>37</sup>.

Dans cette perspective, un des enjeux majeurs des politiques de régulation en Allemagne depuis les années quatre-vingt a été la nécessaire réduction du nombre de médecins. Cette pléthore était notamment considérée comme l'une des raisons importantes de l'augmentation des coûts de santé. Dans les années quatre-vingt-dix, l'installation des médecins dans le secteur ambulatoire a donc fait l'objet de restrictions croissantes.

Le conventionnement des médecins n'est pas automatique : il est régi par une planification sanitaire qui est organisée par l'union des médecins conventionnés et les caisses d'assurance maladie. La régulation de l'offre de soins ambulatoires n'est donc pas mise en œuvre en amont - avec par exemple un système de *numerus clausus* - mais lors de l'installation des médecins. Il s'agit de déterminer selon les zones géographiques des besoins par spécialité médicale. À partir du moment où les seuils préalablement établis sont dépassés, le médecin conventionné se voit refuser toute installation.

Initialement, cette limitation avait pour objectif de réduire les inégalités territoriales de répartition de l'offre de soins, mais à partir des années quatre-vingt, l'objectif principal a été surtout d'éviter la pléthore de médecins.

D'autres mesures de régulation ont été prises récemment : réforme des études médicales afin d'atteindre une baisse de 20 % des étudiants en médecine, âge limite d'exercice fixé à 68 ans dans le secteur ambulatoire, etc.

31 Un médecin qui aurait 100 patients ouvrant droit chacun à 800 points de nomenclature disposerait ainsi d'un droit de tirage global de 80 000 points sur le trimestre considéré.

32 Site de la Bundesärztekammer : [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)

33 Source : Eco-Santé OCDE 2004.

34 Site de la Bundesärztekammer, au 31.12.2002.

35 *ibid.*

36 Source : National Association of Statutory Health Insurance (*Kassenärztliche Bundesvereinigung*), en 2002. Les pédiatres sont inclus dans les médecins généralistes et ces chiffres se rapportent aux seuls médecins conventionnés. [Source : *Cahiers de sociologie et démographie médicale*, vol.44, N°1, janv-mars 2004, article de T. Kopetsch.]

37 Source : Eco-Santé OCDE 2004.

### ...ou pénurie ?

Néanmoins, si l'on analyse plus en détail les chiffres actuels et les projections à long terme, il apparaît qu'une pénurie est susceptible de survenir dans le futur.

Cette lecture est aujourd'hui de plus en plus privilégiée par un certain nombre d'acteurs institutionnels en Allemagne, à l'instar du Conseil de l'Ordre qui prévoit qu'il manquera 18 000 médecins d'ici 2008 du fait, notamment, du vieillissement du corps professionnel.

En effet, la part des médecins de plus de 60 ans atteint 15,6 % en 2002. Un nombre important de médecins en activité partira donc à la retraite dans les prochaines années, en même temps qu'un déclin semble se profiler dans le recrutement de la génération future : un recul de 15,1 % du nombre de diplômés a été constaté ces quatre dernières années et le nombre d'étudiants a chuté de façon continue entre 1993 et 2002. En outre, il est apparu qu'un nombre croissant de médecins diplômés choisit de travailler ailleurs que dans le domaine de la médecine curative<sup>38</sup>.

De la même manière, la part des femmes dans le nombre total des médecins ne cesse de croître et atteint aujourd'hui 38,2 % du nombre total (et 36,1 % dans le secteur ambulatoire). La féminisation de la profession favorise une réduction du temps total d'activité des médecins. Cette tendance va s'affirmer dans un proche avenir, dans la mesure où 52 % des internes sont aujourd'hui des femmes, ainsi que 61,2 % des étudiants de première année<sup>39</sup>.

À ces éléments d'ordre démographique viennent s'ajouter des facteurs d'ordre régional : des disparités territoriales importantes ont été observées, avec une pénurie de médecins constatée dans les *Länder* du Nord-Est, dans certaines zones rurales, notamment du Nord-Est, conjuguée à une surcapacité dans les grandes villes.

Par ailleurs, si, comme on l'a vu, le nombre de médecins a augmenté régulièrement depuis deux décennies, l'augmentation du nombre de médecins demeure toutefois très inégale selon les secteurs d'activités.

### La médecine générale : un accent mis sur le rôle clef du médecin de famille

La volonté d'affirmation du rôle des médecins généralistes en Allemagne s'est développée progressivement. En 1993, la formation en médecine omnipraticienne (spécialisation de trois ans) est devenue obligatoire pour tout médecin qui fait le choix d'exercer dans le domaine de la médecine de famille.

En 1999, la durée de formation à la médecine omnipraticienne est passée à cinq ans. Depuis 2001, cette formation est subventionnée : les caisses versent une somme de 1 000 euros par mois à l'hôpital durant la formation hospitalière. Cette somme correspond à la moitié du salaire du stagiaire. Un même procédé existe concernant les périodes de formation ambulatoire : le médecin maître de stage touche une somme de 1 000 euros par les caisses et les associations de médecins conventionnés afin de financer le salaire du stagiaire.

Dans le même sens, un tronc commun a été mis en place en 2002 dans la formation de la médecine générale et de la médecine interne. Ainsi, les trois premières années seront communes et les deux années suivantes seront consacrées soit à la médecine générale, soit aux sous-spécialisations de la médecine interne. À terme, la médecine interne disparaîtra en tant que discipline<sup>40</sup>.

La réforme 2003 place le médecin généraliste au cœur du système et de l'amélioration de la qualité des soins. Toutes les caisses se doivent désormais de proposer le « système du médecin de famille » (*Hausarztssystem*), consistant à inciter le patient à s'abonner à un généraliste. Dans ce cas, les caisses accordent des incitations financières au patient ainsi qu'une exemption du ticket modérateur de 10 euros s'ils sont adressés à un spécialiste par leur généraliste<sup>41</sup>. Ce système repose sur un contrat individuel entre la caisse et le médecin.

38 Thomas Kopetsch, La profession médicale en Allemagne : tendances passées, situation actuelle, et perspectives à venir, Cahiers de sociologie et de démographie médicale, 44<sup>ème</sup> année, n°1, janvier-mars 2004.

39 *ibid.*

40 Hendrik van den Bussche, Le système de santé en Allemagne et en France, Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 44<sup>ème</sup> année, n°2, avril-juin 2004.

41 Au cours du premier trimestre 2004, le nombre de patients adressés par leur généraliste à un spécialiste a été multiplié par cinq. La baisse du nombre de consultations est plus marquée chez les spécialistes que les généralistes – Hassenteufel P. dans Chroniques internationales de l'IRDES – n° 91 – novembre 2004.

## II. État des lieux de la médecine de groupe en Allemagne dans le secteur des soins primaires

### A. Typologie de la pratique de groupe en soins primaires

---

La médecine de groupe en Allemagne peut prendre plusieurs formes. Différents types de structures regroupant plusieurs médecins dans un même lieu coexistent et se différencient par le degré de mise en commun, ou encore le caractère monodisciplinaire ou pluridisciplinaire de la pratique.

Il faut noter ici que les cabinets médicaux en Allemagne, même individuels, intègrent des professionnels paramédicaux comme salariés. La grande majorité des médecins exercent avec un(e) ou plusieurs assistant(e)s médicales. Un médecin conventionné a la possibilité d'avoir un assistant salarié à temps plein ou deux assistants à temps partiel. Ainsi, contrairement à la France, les cabinets médicaux allemands comportent de fait un éventail large de compétences, y compris pour des services techniques spécialisés (laboratoire par exemple).

La *praxisgemeinschaft* (cabinet partagé) est une forme de coopération entre médecins et / ou dentistes pour l'utilisation des locaux communs (cabinet, équipement) des médecins libéraux dont le but premier est de faire diminuer les frais. Ils sont membres d'un cabinet commun mais indépendants par ailleurs. Ils assument également cette responsabilité indépendante vis-à-vis des caisses médicales et de l'Ordre des médecins. Ils dirigent indépendamment leur cabinet respectif. Contrairement aux *gemeinschaftspraxen*, il n'est pas nécessaire d'obtenir un agrément préalable de la part des autorités tutélaires. Le groupe doit simplement se déclarer auprès des caisses respectives. Nous n'avons pu néanmoins documenter ce type de pratique.

La *gemeinschaftspraxis* (cabinet de groupe) est un regroupement économique et organisationnel de deux ou plusieurs médecins généralistes et / ou dentistes dans un cabinet commun. Les cabinets de groupe, dans la relation contractuelle avec les unions de médecins de caisses, sont considérés comme une entité économique unique. Ils doivent bénéficier d'une autorisation du comité d'immatriculation des caisses. La liberté de choix de médecin est limitée dans un cabinet de groupe, en ce sens que le patient s'inscrit auprès du groupe et non auprès d'un médecin particulier.

La *polyklinik* est un service de consultations externes de l'hôpital, pour des examens et traitements médicaux ambulatoires. Dans l'ancienne RDA, une très grande partie de l'offre de soins était assurée par ces polycliniques ambulatoires. Par la suite, dans le sillage de la réunification, ces polycliniques ont obtenu la garantie de pérennité de leur statut. Dans les anciens Länder de la RFA, il s'agit des instituts de médecine ambulatoire au statut universitaire (équivalent CHU). Ils sont autorisés à délivrer et à facturer des prestations ambulatoires.

Dans l'objectif d'une prise en charge plus intégrée du patient, les caisses ont, depuis la réforme de l'assurance maladie en 2003, la possibilité de créer des centres de soins médicaux (*Medizinische Versorgungszentren*) qui regroupent des médecins et d'autres professions de santé. Ce phénomène traduit un retournement de situation important par rapport au début de la décennie quatre-vingt-dix, puisqu'on avait assisté alors à la fermeture de la plupart des centres de santé en RDA dans le cadre de la réunification et dans l'objectif d'une harmonisation du système médical sur le territoire. Les centres de santé étaient en effet le pilier du système de soins en Allemagne de l'Est, mais étaient inexistantes à l'Ouest. Les médecins travaillant dans ces centres peuvent y être salariés ou être rémunérés à l'acte. La Chambre fédérale des médecins allemands a introduit des modifications dans le code régissant la pratique des médecins afin de leur permettre de s'associer avec d'autres professionnels de santé. Les professionnels ont désormais la possibilité de créer des centres de soins médicaux multidisciplinaires. Certains centres de santé peuvent également être détenus par des hôpitaux, ce qui rompt la tradition du cloisonnement ville-hôpital et constitue à ce titre un changement très important dans le système de soins allemand. Cette forme d'exercice a connu un succès rapide puisque le nombre de centres est passé de 7 avec 21 médecins au deuxième trimestre 2004, à 491 avec 1 934 médecins employés au deuxième trimestre 2006<sup>42</sup>.

---

42 Zahlen – Fakten – Informationen. Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2006 - Kassen Ärztliche Bundesvereinigung.

## B. Données de cadrage

Le choix de l'Allemagne dans le cadre d'une étude sur le regroupement des médecins dans les soins primaires relève surtout d'un intérêt lié à la proximité du système de santé allemand par rapport au système français. En effet, les médecins y exercent en majorité individuellement en cabinet. L'Allemagne peut néanmoins constituer un cas intéressant dans l'optique de comprendre les freins au développement des logiques de regroupement des professionnels.

Les cabinets de groupe (*gemeinschaftspraxis*), même s'ils sont minoritaires, représentent néanmoins un peu moins de 30 % de la pratique en ambulatoire. En 2001, ce chiffre atteignait 27,7 %, tandis qu'il était de 26,4 % en 1993, et de 25,4 % en 1995<sup>43</sup>.

On constate que sur douze années, entre 1993 et 2005, le nombre de médecins exerçant en *gemeinschaftspraxis* connaît une faible progression. Les chiffres augmentent peu durant cette période, notamment en ce qui concerne les médecins généralistes (13 124 en 1993 et 14 999 en 2005). Ce sont les spécialistes en général (oto-rhinos, ophtalmos, neurologues, chirurgiens, orthopédistes, radiologues, pédiatres) dont la pratique de groupe connaît la progression la plus significative durant cette période, même si là encore, l'évolution demeure assez faible. Cette différence entre spécialités et médecine générale peut s'expliquer par l'augmentation plus importante du nombre de spécialistes que de généralistes durant cette période.

43 Source : Federal Statistical Office 1991-2001, Federal Chamber of Physicians BÄK 1990-2001, Federal physician register KBV, citée dans : Susanne Weinbrenner, Reinhard Busse, Observatory Project on Human Resources for Health, The German Case Study, September 2004.

**Tableau n° 1**  
**Nombre de médecins exerçant en gemeinschaftspraxis\***

	MG	INTERNISTES	GYNÉCOLOGUES	AUTRES**	TOTAL
<b>2005</b>	14 999	7 843	2 766	17 387	42 995
<b>2002</b>	13 541	6 321	2 290	14 981	37 133
<b>2001</b>	13 254	5 973	2 244	14 566	36 037
<b>1999</b>	12 143	5 083	1 977	13 159	32 362
<b>1996</b>	12 453	4 681	1 850	11 189	30 173
<b>1993</b>	13 124	4 539	1 827	10 241	29 731

\*Source : KBV.

\*\*en 2002 : 14 981 « autres », dont : ORL : 1 136 ; ophtalmologistes : 1 635 ; neurologues : 1 180 ; chirurgiens : 1 334 ; orthopédistes : 1 685 ; radiologues : 1 843 ; pédiatres : 1 893

**Tableau n° 2**  
**Répartition par taille du groupe au 31.12.2003\***

SPECIALITES	NOMBRE DE PRATIQUES				SOMME DES PRATIQUES
	1 médecin	2 médecins	3 médecins	plus de 3 médecins	
Généralistes	29 349	5 461	629	177	35 616
Anesthésistes	1 625	200	77	52	1 954
Ophthalmologistes	3 549	586	98	45	4 278
Chirurgiens	2 298	455	93	42	2 888
Gynécologues	7 523	887	114	54	8 578
ORL	2 798	452	52	18	3 320
Dermatologues	2 424	377	46	11	2 859
Internistes	10 835	2 358	394	157	13 744
Pédiatres	3 939	773	89	13	4 814
Pédopsychiatres	396	34	3	1	434
Biologistes	188	47	23	43	301
Pneumologues	185	32	3	2	222
Stomatologues	610	101	11	4	726
Neurologues	3 851	439	75	27	4 392
Neurochirurgiens	136	25	10	7	178
Orthopédistes	3 366	610	118	43	4 137
Pathologistes	190	91	35	8	324
Radiologues	626	281	158	163	1 228
Médecine nucléaire	162	35	11	24	232
Urologues	1 806	332	33	5	2 176
Autres médecins	262	15	2	0	279
Psychothérapeutes	3 375	27	1	1	3 404
<b>Total</b>	<b>79 494</b>	<b>13 618</b>	<b>2 075</b>	<b>897</b>	<b>96 084</b>

\*Source : KBV.

## Présentation d'une *gemeinschaftspraxis* à Berlin

Le cabinet de groupe est situé dans la périphérie de Berlin. Il dessert une population de classes moyennes et défavorisées. C'est la pharmacie qui possède tout le bâtiment. Les médecins y ont investi 150 000 euros. Ils envisagent de fonder une SARL.

Le cabinet de groupes est constitué de deux médecins généralistes (le Dr Fritz et le Dr David) et de deux gynécologues. Les Drs Fritz et David se connaissent depuis l'école primaire. Ils ont ouvert ce cabinet en 1992. Par la suite, deux gynécologues les ont rejoints (dont l'épouse du Dr Fritz). Depuis deux ans, la patientèle connaît une augmentation certaine. Ils ont emménagé en 2002 dans des locaux plus grands en raison de ce surplus de patients. Ils ne sont pas rémunérés pour ce surplus en raison des budgets globaux. En conséquence, entre 400 et 500 patients sont soignés « gratuitement » par tranches de trois ou quatre mois. Les médecins bénéficient aujourd'hui d'une somme d'argent équivalente à celle de 2002 alors qu'ils ont aujourd'hui plus de patients, plus de personnel et des loyers plus élevés. Ils sont donc sensiblement moins rémunérés qu'auparavant (car le budget est calculé en fonction des patients d'il y a deux ans, et il n'a pas été modifié). La valeur du point baisse (budget fixé en fonction du volume d'activité et non du nombre de patients).

Tous les quatre mois, ils reçoivent entre 200 et 300 nouveaux patients. Ils nous confient l'échec de beaucoup de petits cabinets en raison de problèmes de financement. Certains prévoient même que 10 % des cabinets fermeront d'ici à la fin de l'année, notamment parce qu'il n'y a pas suffisamment de patients sous assurance privée. En effet, les caisses privées peuvent faire une meilleure sélection de leurs patients alors que les caisses d'État doivent accepter tout le monde. Les caisses privées donnent des sommes fixes nettement supérieures. En 1992, la rémunération moyenne était de 60 euros par patient (tous les quatre mois). Aujourd'hui, elle est de 43 euros. En conséquence, beaucoup de cabinets sont menacés. Il faut, selon eux, avoir un minimum de patients sous couverture privée pour garantir la survie du cabinet.

Le recrutement d'un autre médecin est en cours, pour faire face à cette augmentation de la patientèle. Ils cherchent un partenaire un peu plus jeune qu'eux (ils ont 51 ans), de préférence une femme. Ils prévoient éventuellement un nouveau recrutement d'ici à trois ou quatre ans. Ils passent régulièrement des annonces depuis un an et demi et ont accordé beaucoup d'entretiens, mais ils n'ont pas rencontré de femme souhaitant exercer autant de temps, avec autant de responsabilités, d'autant plus que la mise de départ est importante. D'après eux, les femmes ont tendance à préférer le statut de médecin employé plutôt que de médecin partenaire. Ils sont à la recherche de quelqu'un ayant une spécialisation différente (diabétologie, médecine naturelle...). Le nouveau partenaire obtiendra 25 % des recettes la première année, 30 % la deuxième année, et un tiers la troisième année.

Le cabinet de groupe est ouvert du lundi au vendredi de 8h00 à 12h00, et de 16h00 à 19h00 les lundi, mardi et jeudi pour la partie médecine générale ; les horaires d'ouverture pour la partie gynécologie sont différents. Le système de prise de rendez-vous est mixte, avec à la fois des consultations exclusivement sur rendez-vous et des consultations libres, réparties entre les deux médecins généralistes : Dr Fritz fait plus de consultations libres et Dr David prend davantage de rendez-vous fixes. L'intervalle entre deux consultations ordinaires est de une à deux mi-

notes. La permanence des soins (gardes...) est assurée par la KV.

Les patients du cabinet sont au nombre de 2 500 (base : quatre mois, pour les deux médecins généralistes), auxquels il faut ajouter trois cents à quatre cents assurés privés. Ils sont enregistrés sur une liste propre à l'ensemble du cabinet. Le cabinet s'adresse à une population assez défavorisée. La patientèle est assez homogène en termes d'âge.

Les patients consultant un ou plusieurs médecins dans le groupe ont un seul dossier médical, accessible aux médecins généralistes et un autre dossier chez les gynécologues. Il faut une autorisation du patient pour que les généralistes aient accès au dossier du gynécologue et vice-versa. Le dossier médical du patient est informatisé. A noter que 30 à 40 % des médecins sont informatisés en Allemagne et 5 % des cabinets sont plus avancés (scan de lettres...).

Les médecins du cabinet n'ont pas de dossier informatique commun avec les hôpitaux. Certains médecins en ont avec certains hôpitaux, mais ce système ne s'est pas généralisé. Des systèmes de sécurisation interne et externe ont été mis en place, ainsi que des antivirus. La fréquence des sauvegardes est quotidienne.

La patientèle du cabinet est plutôt rattachée à chaque médecin individuellement. Il est envisageable que le patient soit adressé à l'un des confrères du cabinet.

Le cabinet ne comprend pas de forum ou de groupe de participation pour les patients. En revanche, il organise régulièrement un sondage auprès des patients, qui s'apparente à une enquête de satisfaction. Ils sont en train de mettre en place un site Internet en direction de leur patientèle.

Le cabinet a une surface totale de 320 m<sup>2</sup>. Il est prévu pour cinq médecins. Quatre médecins y exercent actuellement, ainsi qu'un étudiant en formation. Une dizaine d'assistantes médicales employées à temps partiel sont également présentes. Elles interviennent sur prescription du médecin. Les actes délégués à l'assistante médicale sont nombreux : retrait des fils après points de suture, réalisation d'électrocardiogrammes, audiométrie simple, pansements, prélèvement du sang, piqûres, tests pour les yeux... Elles ont également suivi une formation spéciale concernant le suivi des patients diabétiques. Elles prennent aussi en charge des tâches de secrétariat. A noter que, contrairement à la France, la grande majorité des médecins généralistes en Allemagne sont accompagnés d'une ou plusieurs assistantes médicales. Celles-ci ont suivi une formation spécifique courte.

Le cabinet de groupe est régi par un contrat intérieur, qui n'est pas soumis à l'approbation d'une instance quelconque. Dans ce contrat, des dispositions sont notamment prévues en ce qui concerne le calcul du partage des frais et des recettes, la dissolution du groupe, le départ et l'arrivée d'un associé, le planning vacances, le remplacement en cas de maladie ou de formation, la permanence des soins et la prise de décision.

La redistribution des recettes se fait de manière identique pour chaque médecin. Le revenu net de chaque médecin est d'environ 70 000 euros net par an.



Des arrangements sont prévus pour gérer les absences pour maladie des médecins du groupe. A l'issue de six semaines, un remplacement est prévu. Il n'existe pas de système de rotation pour gérer les absences pour vacances de médecins.

Tous les services sont mis en commun : le secrétariat téléphonique, l'accueil et le travail administratif. Il en est de même pour la comptabilité et la maintenance informatique. En dehors de l'équipement médical, d'autres moyens sont mis en communs, comme le loyer, les lignes téléphoniques ou l'équipement informatique.

Il n'y a pas de personne désignée spécifiquement pour prendre les décisions concernant la gestion quotidienne. Mais des réunions systématiques sont organisées chaque jour entre les deux médecins généralistes, ainsi qu'une séance plénière une fois par mois.

Le cabinet tient une comptabilité complète qui comporte l'enregistrement des salaires, des dépenses, des créances et des opérations de caisse. Il ne produit pas de budget prévisionnel en ce qui concerne les recettes et les dépenses. Une société spécifique s'occupe des cas des patients sous couverture privée.

Le groupe ne dispose pas de document officiel formalisant le projet médical. Il s'agit d'un projet implicite. Le cabinet a cherché en 2002 à intégrer un réseau ambulatoire plus vaste centré sur l'organisation de la garde et des urgences, après que la *Berliner Kranken Kassen* (BKK) a

essayé de mettre en place celui-ci. Mais les négociations ont échoué. Le cabinet a néanmoins son propre réseau, informel, avec d'autres cabinets dans les environs.

Les médecins généralistes participent régulièrement à des réunions de formation continue, individuellement, selon les centres d'intérêt (problèmes cardio-vasculaires, médecine de voyage, problèmes chirurgicaux / orthopédiques...). Il n'y a pas de réunions systématiques entre les médecins du groupe concernant des questions médicales. Ils ne disposent pas de salle de réunion à cet effet.

#### Portrait du Dr Fritz

Notre interlocuteur principal, le Dr Fritz, a créé ce cabinet de groupe avec son ami d'enfance, le Dr David, après avoir exercé un temps à l'hôpital. Les motivations de son installation en groupe résidaient avant tout dans la possibilité d'échanges professionnels, une plus grande satisfaction dans le travail, une offre de soins diversifiés aux patients, et, de façon secondaire, la possibilité d'avoir moins de frais généraux et des revenus plus élevés. L'exercice en groupe a pleinement répondu à ses attentes en termes de satisfaction professionnelle et de diversification des soins. Il précise toutefois que si les médecins ont moins de frais généraux, d'autres frais se rajoutent par ailleurs. La complémentarité entre les deux médecins généralistes est également soulignée. Même si un certain potentiel au conflit existe, cette forme d'exercice oblige à aller à la rencontre de l'autre.



**Belgique**

---



## Belgique

---

### I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires

#### A. Organisation et financement du système de santé

---

Le système de santé belge est organisé, comme en France et en Allemagne, sur le modèle « bis-marckien », reposant sur un régime d'assurance sociale obligatoire dont la gestion est principalement assurée par les partenaires sociaux.

La Belgique est un État fédéral, composée de trois Communautés (la Communauté française, la Communauté flamande et la Communauté germanophone), trois Régions (la Région flamande, la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne), dix Provinces et 589 Communes.

En matière de santé, les compétences sont réparties entre la structure fédérale et les entités fédérées. La responsabilité de l'autorité fédérale est exercée par le ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement. Le gouvernement central fixe le cadre réglementaire général du système de soins ; il est compétent en termes de régulation et assure un financement partiel du système. Il fixe le taux de cotisation aux caisses maladie et définit l'enveloppe minimale des prestations. Il contrôle également le système hospitalier et définit la politique de santé publique.

L'organisation du système de santé se répartit entre différents niveaux de pouvoirs. Les Communautés sont compétentes en matière de promotion de la santé, de fourniture des soins et de formation. Elles sont responsables de l'application des normes édictées à l'échelon fédéral (agrément, règles de financement et de fonctionnement). Les Communes et les Provinces sont responsables de l'action sanitaire et sociale personnalisée (soins de périnatalité, soins pour handicapés, soins de santé mentale ambulatoire, médecine scolaire).

Le régime d'assurance maladie est géré par l'INAMI (Institut national d'assurance maladie invalidité), branche de la Sécurité sociale. Ce système d'assurance obligatoire s'applique à l'ensemble des salariés, fonctionnaires, retraités et personnes handicapées. Il couvre environ 88 % de la population. Les travailleurs indépendants et leurs ayants droit sont assurés par une structure distincte.

Les régimes d'assurance sont financés à 70 % par des cotisations sociales et à 30 % par l'État.

L'assurance maladie est gérée par une caisse publique et cinq Unions de mutualités qui sont des organismes de Sécurité sociale à but non lucratif. L'assuré peut s'affilier à la caisse de son choix. Deux organismes dominent au niveau national : l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (qui couvre 45 % de la population) et l'Union nationale des mutualités socialistes (27 % de la population).

Le système de santé est financé par l'impôt (38 %), par les cotisations d'assurance maladie (36 %), par les ménages (17 %), par les assurances complémentaires (3 %) et la fiscalité indirecte.

Les cotisations d'assurance maladie étaient jusqu'en 1995 proportionnelles aux revenus, à part égale pour l'employeur et le salarié. En 1995, une cotisation globale couvrant l'ensemble des prélèvements de Sécurité sociale (assurance maladie, assurance vieillesse et assurance chômage) a été introduite. Le marché de l'assurance complémentaire privée est assez limité, dans la mesure où l'assurance maladie obligatoire prend en charge les risques majeurs.

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, les dépenses totales de santé en Belgique sont passées de 7,4 % du PIB à 8,9 % en 2001. La Belgique se situe à ce titre parmi les pays en Europe dont le niveau des dépenses de santé est le plus élevé, après la France et l'Allemagne. Les remboursements de l'INAMI ont augmenté de 4,1 % en moyenne par an (hors inflation) entre 1989 et 2003, soit beaucoup plus que la croissance moyenne réelle du PIB qui n'a été que de 2 % durant la même période.

#### B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires

---

##### *Les soins primaires : accès et structures de délivrance*

Le système de santé belge est caractérisé par un manque de séparation claire en matière de délivrance des soins entre les différents professionnels de santé. La distinction des rôles entre médecins généralistes et spécialistes n'est pas clairement établie. La description du secteur des soins primaires en Belgique implique donc de

prendre en compte à la fois les spécialistes et les médecins généralistes. L'offre de soins ambulatoire est principalement constituée par une médecine libérale rémunérée à l'acte, fournie par des médecins généralistes ou des spécialistes.

Les patients consultent librement le médecin de leur choix. Ils peuvent changer de médecin à n'importe quel moment et ont la possibilité d'en consulter plusieurs à la fois. Dans tous les cas, le temps d'attente des patients est en moyenne assez court. Dans la mesure où il n'y a pas de système de *gate-keeping*, les spécialistes constituent souvent le premier point de contact du patient avec le système de santé. Ce libre choix du médecin est un droit important accordé au patient, mais il conduit aussi à un « *shopping* médical » et à une surconsommation de soins médicaux. Ce phénomène explique la moyenne élevée du nombre de contacts par médecin en Belgique, très supérieure à la moyenne de l'Union européenne. Les assurés sont remboursés des frais engendrés par le recours aux services ambulatoires privés à hauteur de 75 % en moyenne. Les 25 % restent à la charge du patient.

Il existe également une forme minoritaire d'organisation représentée par les maisons médicales qui regroupent plusieurs médecins généralistes au sein d'équipes pluridisciplinaires. Les maisons médicales ont en charge environ 1,5 % de la population. Leur nombre est en augmentation. (*voir deuxième partie*).

### **Les médecins libéraux en Belgique**

Une particularité de la Belgique réside dans la rémunération à l'acte de la plupart des médecins, dans le secteur ambulatoire comme à l'hôpital. La valeur de l'acte est déterminée par le biais d'une convention nationale entre syndicats de médecins et INAMI.

Les médecins généralistes ne sont pas autorisés à travailler dans les hôpitaux, à l'exception des services de maternité, dans lesquels ils peuvent intervenir. Les spécialistes peuvent exercer à la fois en pratique privée et/ou dans les services de consultation externe des hôpitaux.

La plupart des médecins exercent en cabinet privé individuellement, le plus souvent sans personnel, à l'exception d'une secrétaire médicale dans certains cas. Les médecins généralistes effectuent un grand nombre de visites à domicile, qui représentent une part très importante de leur activité.

### Données quantitatives

En 2004<sup>44</sup>, on dénombre au total 41 734 médecins en activité en Belgique. La densité de médecins est de 4 pour 1 000 habitants, ce qui représente un taux très élevé par rapport à la moyenne de l'Union européenne. Des disparités géographiques importantes sont à signaler, avec une densité médicale plus forte au Sud qu'au Nord, et un « pic » dans la région de Bruxelles Capitale : 6,2 médecins pour 1 000 à Bruxelles, 4,2 en région wallonne, et 3,6 en région flamande<sup>45</sup>.

Les médecins actifs se répartissent dans le secteur ambulatoire (49 %), dans le secteur hospitalier (35 %) et dans d'autres activités sanitaires (16 %). Les médecins généralistes représentent 74,6 % des médecins exerçant en ambulatoire, contre 34 % des spécialistes. Ceux-ci représentent 54 % des médecins du secteur hospitalier, contre 2,7 % pour les médecins généralistes<sup>46</sup>. On compte environ 54 % de spécialistes et 46 % de généralistes. Le nombre total de médecins généralistes s'élève à 21 898 en 2004<sup>47</sup>. Les hommes représentent 66 % de l'effectif total de médecins généralistes et les femmes 34 %.

Le problème du surplus de médecins a été soulevé dès les années soixante-dix. Pour y faire face, le gouvernement fédéral a choisi de limiter l'accès au conventionnement en instaurant un *numerus clausus* à l'agrément (autorisation d'exercice) mis en oeuvre en 2004. Ce *numerus clausus* prend donc place à l'entrée de la vie professionnelle. Il est fixé par une commission ministérielle d'évaluation des besoins. L'instauration du *numerus clausus* à l'installation a eu pour conséquence de conduire la plupart des universités à prendre des dispositions afin de limiter l'accès à la formation. Il s'agit dans cette optique d'adapter le nombre de futurs diplômés sur celui des futurs agréments.

Cependant, si tout le monde s'accorde sur le fait qu'il existe un surplus de médecins en Belgique, certaines voix se font entendre soulignant une possible pénurie de médecins généralistes dans l'avenir, liée notamment à une désaffection des étudiants pour la médecine générale.

### **Revalorisation de la médecine générale**

Dans l'objectif de remédier à cette situation, l'une des priorités actuelles du ministre des Affaires so-

44 Source : Eco-Santé 2006.

45 Source : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et environnement.

46 Source : UCL, SESA in Info-Santé (appui SSTC). Cité dans Aspects socio-économiques des soins de santé en Belgique, IBES, 1998.

47 Source : Eco-Santé OCDE 2006.

ciales consiste plus généralement à renforcer la coordination entre les différents prestataires de soins (soins primaires, hôpitaux, services sociaux locaux) et à promouvoir le rôle du médecin généraliste comme acteur central dans le domaine des soins primaires.

Cette action de revalorisation du médecin généraliste s'est notamment traduite par l'introduction du dossier médical global (DMG) en 1999. Le dossier médical global comprend les données socioadministratives du patient, ses antécédents médicaux, les rapports établis par les spécialistes et autres prestataires de soins et les informations relatives au traitement médical. Cet outil permet ainsi de faciliter la communication avec les autres professionnels de santé et d'effectuer la procédure de renvoi de manière plus ciblée. Le médecin peut dès lors éviter les doubles examens ou encore identifier les traitements contradictoires.

Le DMG présente un avantage financier à la fois pour le patient et pour le médecin généraliste. C'est le patient qui demande à son médecin d'être responsable de son dossier médical. À ce titre, il verse (en plus des frais de consultation ou de visites à domicile) un montant unique supplémentaire de 18 euros par patient et par an pour la gestion du dossier. Le libre choix du patient est toujours garanti, dans la mesure où celui-ci peut changer de médecin « gestionnaire » en cours d'année, sans avoir à verser de nouveau ce montant annuel. Le choix du DMG permet au patient de bénéficier d'une réduction du ticket modérateur de 30 %. Le médecin généraliste percevra, quant à lui, en plus du montant annuel de 18 euros par patient, une indemnité forfaitaire qui s'élève en 2004 à 126,76 euros nécessaires à la prise en charge des frais administratifs complémentaires. Par ailleurs, les médecins utilisant un dossier médical informatisé recevront un supplément annuel de 743 euros pour 2004.

Initialement, le DMG ne s'adressait qu'à une population précise, celle des plus de soixante ans. Mais depuis sa mise en place en 1999, il s'est peu à peu étendu à toutes les catégories de la population : à partir du 1er juin 2000, il s'est adressé aux patients chroniques, quel que soit leur âge ; après le 1er mai 2001, les patients de plus de cinquante ans y ont eu accès ; enfin depuis le 1er mai 2002, le principe des limites d'âge a été supprimé, et tout le monde peut aujourd'hui posséder un DMG.

Fin 2005, c'est le cas d'environ 4,6 millions de belges, soit 44 % de la population assurée<sup>48</sup>.

Ces dispositions sur le dossier médical global s'inscrivent plus généralement dans un débat gouvernemental actuel renvoyant à la question de l'« échelonnement » des soins, proche du modèle du médecin *gatekeeper* au Royaume-Uni. Il consisterait en une inscription chez le médecin généraliste avec obligation de s'adresser à lui avant toute visite chez le spécialiste. Actuellement, l'idée serait d'imposer des tickets modérateurs différents selon que le patient s'adresse directement à un spécialiste ou passe préalablement par un médecin généraliste. Mais ces projets rencontrent l'opposition des médecins spécialistes.

## II. État des lieux de la médecine de groupe en Belgique dans le secteur des soins primaires

### A. Données quantitatives et formes de la pratique de groupe en Belgique

---

L'exercice en groupe des médecins généralistes en Belgique peut prendre deux formes principales qui se distinguent chacune selon le caractère pluriprofessionnel ou monospécialisé de l'association : d'une part, la maison médicale, qui regroupe des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux ; d'autre part, ce que l'on peut qualifier d'« association médicale stricte », qui ne regroupe que des médecins généralistes.

On considère que la pratique en groupe concerne aujourd'hui environ 30 % des médecins généralistes.

Parmi ces 30 %, 25 % exercent dans des associations médicales strictes et 5 % dans des maisons médicales.

On dénombre en 2004 66 maisons médicales dans la partie francophone du pays et 12 dans la partie néerlandophone. Elles ont en charge environ 1,5 % de la population. La pratique en maison médicale demeure donc très minoritaire, à la fois en termes de population concernée, et au sein même de la pratique de groupe en général.

---

48 Extrapolation sur la base des chiffres des Mutualités chrétiennes et des Mutualités socialistes, décembre 2005.

**Type de pratique consultée le plus souvent en médecine générale**

**Tableau n° 3**  
**Distribution de la population (en %) suivant le type de pratique de médecin généraliste que la personne consulte habituellement**

		Cabinet seul %	Cabinet à deux %	Pratique de groupe ou centre médical (>2)%	Total N
<b>SEXE</b>	<b>Homme</b>	74,5	16,3	9,2	5 506
	<b>Femme</b>	75	17,1	7,9	6 348
<b>Total</b>		74,7	16,7	8,5	11 854
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	0-14	73,1	16,5	10,3	1 505
	15-24	72,5	19,4	8,1	1 143
	25-34	69	20,4	10,6	1 392
	35-44	74,6	16,8	8,7	1 613
	45-54	77,3	15	7,8	1 539
	55-64	74,3	17,1	8,5	1 356
	65-74	77,9	15,4	6,7	1 462
	75 +	84,3	10,7	5	1 844
<b>Total</b>		74,7	16,7	8,5	11 854
<b>NIVEAU D'INSTRUCTION</b>	Primaire ou sans diplôme	77	14,2	8,8	1935
	Secondaire infér.	75,3	16,2	8,5	2 065
	Secondaire sup.	74,6	16,3	9,1	3 384
	Enseignement. Sup.	73,4	18,2	8,4	4 040
	<b>Total</b>	74,6	16,7	8,7	11 424
<b>NIVEAU D'URBANISATION</b>	Zone urbaine	75,9	12,8	11,3	4 533
	Zone semi-urbaine	69,9	21,2	8,9	3 682
	Zone rurale	79,8	14,8	5,4	3 639
<b>Total</b>		74,7	16,7	8,5	11 854
<b>LIEU DE</b>	Région flamande	67	23,2	9,8	4 323
<b>RÉSIDENCE</b>	Région bruxelloise	76	6,2	17,8	<b>2 826</b>
	Région wallonne	88,4	7,8	3,8	<b>4 705</b>
<b>Belgique</b>		74,7	16,7	8,5	<b>11 854</b>

Source : Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004, Service d'Epidémiologie, 2006; Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, N° de Dépôt : D/2006/2505/3, IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 034. Equipe de recherche (par ordre alphabétique) : Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J.

Le tableau ci-dessus indique que 75 % de la population consulte un médecin généraliste exerçant seul, 17 % un médecin généraliste exerçant en duo et 9 % une pratique de groupe ou un centre médical. On n'observe pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

En termes de classe d'âge, quelques distinctions apparaissent cependant. Les personnes âgées de soixante-quinze ans et plus consultent moins fréquemment un médecin généraliste exerçant en

duo ou en groupe. On peut notamment l'expliquer par le fait que les personnes âgées consultent des médecins plus âgés, lesquels travaillent moins souvent en duo ou en groupe.

On ne constate pas de différence significative en fonction du niveau d'instruction.

En ce qui concerne la répartition géographique, on observe que 30 % des personnes habitant dans



des zones semi-urbaines consultent un médecin généraliste en pratique duo ou de groupe. Cette proportion est plus élevée que dans les grandes villes (24 %) et à la campagne (20 %). Enfin, on constate d'importantes disparités régionales. Dans la région wallonne, le nombre de personnes qui consultent une pratique duo ou de groupe est plus faible (11, 4 %) qu'en région bruxelloise (23, 6 %) ou en région flamande (33 %)

On observe par ailleurs une augmentation significative du nombre de personnes consultant le plus souvent une pratique duo ou de groupe entre 2001 (données uniques disponibles) et 2004.

### **Les maisons médicales**

#### *Histoire*

Les maisons médicales (ou « centres de santé intégrée ») apparaissent en Belgique vers la fin des années soixante, avec l'objectif de proposer une alternative à une médecine centrée de façon prédominante sur l'hôpital au détriment des soins de « première ligne ». L'idée est alors de favoriser le développement de politiques de promotion de la santé et de prévention, et non plus seulement celui de pratiques médicales axées sur le diagnostic et le traitement des maladies.

Dans ce contexte « hospitalo-centré », à une période de diversification et de développement de pathologies chroniques, les promoteurs des maisons médicales considèrent qu'une médecine plus proche de la population est nécessaire afin de garantir une continuité des soins, en y associant les dimensions de prévention et d'information. Cette nouvelle approche implique une nouvelle organisation du travail, plus collective et pluriprofessionnelle. Elle propose de dépasser la vision du praticien isolé et d'appréhender chaque patient dans sa globalité. Cette démarche va également de pair avec une implantation locale forte, à même de saisir les spécificités de la population à laquelle s'adresse le centre de santé.

Les premières maisons médicales s'inscrivent donc au départ dans un cadre militant et font l'objet d'un accueil très réservé, voire hostile, du corps médical dans son ensemble. Elles n'ont pas d'ancrage communal, provincial ou politique et se présentent toujours comme des initiatives spontanées et privées. La reconnaissance « administrative » de la spécificité de la pratique des maisons médicales n'est acquise qu'après un long délai. En effet, le mode de financement des soins médicaux en Belgique, fondé pour une grande part sur la rétribution des actes curatifs, constitue un obstacle au développement des maisons médicales. Ce mode de financement ne prend pas en

compte les activités de prévention et d'éducation à la santé qui sont au cœur de leur approche, ainsi que le travail de coordination nécessaire au travail d'équipe. Ces activités propres aux maisons médicales n'entrent donc pas dans la nomenclature des prestations de soins.

De plus, la conception traditionnelle de la pratique médicale est étrangère au principe du partage d'information ou de décision entre médecins et professionnels paramédicaux.

C'est donc dans un contexte relativement conflictuel qu'ont lieu les premières tentatives de reconnaissance officielle des maisons médicales par les pouvoirs publics. Au début des années quatre-vingt, le décret Urbain en constitue une première traduction réglementaire, mais le changement de majorité conduit à l'abrogation de celui-ci. Il faut attendre le 29 mars 1993 pour que l'exécutif de la Communauté française vote un décret « relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée ». Ce décret marque une reconnaissance officielle de la spécificité des soins de santé promulgués par les maisons médicales. Il est étendu aux régions de Bruxelles-Capitale et wallonne. À noter que le décret est relatif aux « associations de santé intégrée », et propose donc une définition large permettant d'intégrer plusieurs formes possibles d'association. Il définit clairement les fonctions de l'association (voir *infra*) ; il détermine les conditions minimales de fonctionnement et de structure nécessaires à l'agrément des associations ; enfin, il indique qu'un contrôle du respect de ces normes doit être assuré par une commission d'agrément, et qu'une évaluation régulière des associations doit être effectuée.

Outre la reconnaissance officielle des maisons médicales engendrée par ce décret, celui-ci contribue aussi au développement de liens plus solides entre les acteurs de santé communautaire et les pouvoirs publics.

#### *Fonctionnement*

Le décret de 1993 définit les missions des maisons médicales :

- fonctions de santé primaire : délivrance de soins de première ligne à la fois en consultation et à domicile, et suivi préventif ;
- fonctions de santé communautaire : coordination des activités avec l'ensemble du réseau psycho-médico-social. Développement de la participation active de la population à la promotion de la santé ;

- fonction d'observatoire de la santé de première ligne : recueil de données sociosanitaires permettant d'établir une description de la population concernée.

Les équipes des maisons médicales sont composées de plusieurs médecins généralistes, de services d'accueil et de secrétariat, de soins infirmiers, de kinésithérapie, de travailleurs sociaux et éventuellement de psychothérapeutes.

La majorité des maisons médicales appliquent le système de paiement traditionnel à l'acte. Dans ce cas, les professionnels de santé perçoivent eux-mêmes leurs honoraires. La maison médicale peut, quant à elle, disposer de deux types de revenus : soit un pourcentage des honoraires de chaque professionnel, soit un montant fixe, mis en place par l'équipe comme participation aux frais.

D'autres maisons médicales, plus minoritaires, pratiquent le paiement forfaitaire. Celui-ci a été introduit en 1984. Ce système est mis en œuvre à la suite d'un accord entre les maisons médicales, l'INAMI et tous les organismes assureurs. Un contrat est signé entre la maison médicale, le patient et son organisme assureur, lequel paie chaque mois directement à la maison médicale une somme fixe par personne abonnée. Le montant de ce forfait est calculé à partir du coût moyen des remboursements de l'INAMI dans le système de paiement à l'acte. Il est versé de manière systématique, quel que soit le niveau d'utilisation des services de la maison médicale par le patient.

Le forfait concerne trois types de services fournis par la maison médicale : les soins dispensés par le médecin généraliste, les soins infirmiers et les soins fournis par le kinésithérapeute. Ces services sont assurés par la maison médicale 24h/24 à l'intérieur de la zone géographique définie dans le contrat. Les soins (correspondant aux services précédents) effectués à l'extérieur de la maison médicale sont remboursés au patient s'ils ont été réalisés en dehors de ladite zone géographique, dans le cadre d'un service de garde organisée, ou avec accord préalable de la maison médicale. Le ticket modérateur reste alors à la charge du patient.

Plusieurs raisons conduisent les maisons médicales à conserver le mode de financement à l'acte : soit la satisfaction engendrée par leur mode d'organisation actuel ; soit le fait que leur association ne soit pas gênée (elle peut même être favorisée) par le paiement à l'acte en regard du règlement plus contraignant induit par le forfait (par exemple dans des zones à forte mobilité de population) ; enfin, l'effort qu'implique le changement de système peut au final s'avérer plus préjudiciable que les bénéfices attendus.

### ***Des réformes et des transformations structurelles qui favorisent une évolution vers la pratique de groupe***

Le développement de la pratique de groupe des médecins généralistes ne semble pas représenter aujourd'hui une dynamique majeure dans l'organisation des soins primaires en Belgique, même si une deuxième vague de regroupement a été observée à partir de 1995, faisant suite au déploiement des maisons médicales dans les années soixante-dix. Il n'y a pas de politique spécifique des pouvoirs publics en faveur du regroupement. En revanche, un certain nombre de réformes peuvent inciter les médecins à se regrouper dans l'avenir. Certaines transformations plus structurelles, d'ordre démographique, favorisent également cette évolution.

Si les médecins libéraux semblent, dans leur majorité, assez peu attirés par l'exercice en groupe dans le cadre d'un paiement au forfait, il apparaît qu'un nombre grandissant fait le choix de créer ou de rejoindre des associations où ils conserveront le paiement à l'acte, et ainsi la maîtrise de leurs recettes en fonction de leur activité. Cette légère tendance observée récemment – dont il est difficile de rendre compte quantitativement en raison de l'absence de données disponibles<sup>49</sup> – semble néanmoins, de l'avis de nombre d'acteurs du système, vouée à des développements futurs. Plusieurs facteurs, dont beaucoup sont communs à la France, permettent de l'envisager.

En premier lieu, le phénomène de féminisation de la profession est porteur de changements dans l'organisation de l'offre de soins, notamment en termes de regroupement. Dans la mesure où les femmes ont généralement un temps de travail inférieur aux hommes, on estime qu'elles seront dans l'avenir tentées par ce mode de pratique. Cette hypothèse est confirmée par l'étude qualitative citée précédemment, menée auprès de plusieurs échantillons de médecins généralistes<sup>50</sup>. Elle met en lumière un discours sensiblement différent de la part des femmes généralistes, qui sont encore davantage motivées - par rapport à leurs confrères - par la meilleure qualité de vie inhérente à ce mode de pratique, et soulignent la possibilité de mieux concilier activités professionnelle et familiale, de jouir de plus de temps libre, et de bénéficier d'une garantie de salaire.

<sup>49</sup> En dehors des maisons médicales agréées qu'il est aisé de répertorier, le phénomène de regroupement n'est pas repérable statistiquement, de façon officielle.

<sup>50</sup> J-M Feron, F. Cerexhe, D. Pestiaux, M. Roland, D. Giet, C. Montrioux, D. Paulus, Réticences et motivations des généralistes solo à pratiquer en groupe, Santé conjugulée, janvier 2004, n°27.

En second lieu, la nouvelle génération de médecins paraît également s'intéresser à la pratique de groupe, pour des raisons similaires renvoyant à la « qualité de vie » en général. Il a en effet été clairement observé que les jeunes médecins ne souhaitent pas exercer dans les mêmes conditions que leurs aînés, et sacrifier tout leur temps libre à la pratique médicale. Cet état d'esprit caractéristique de la nouvelle génération ne sera sans doute pas sans conséquence en termes de choix de pratique au moment de l'installation. Car il apparaît, comme on l'a vu plus haut, que le regroupement peut représenter une solution permettant de concilier ces différentes aspirations. Encore une fois, cette hypothèse est étayée par l'étude menée auprès des médecins généralistes : celle-ci montre clairement une différence de perception entre générations et les jeunes médecins soulignent tout particulièrement l'importance de la qualité de vie, la réalisation des projets de vie familiaux et le fait qu'ils ne souhaitent plus travailler comme les « anciens ».

Outre ces tendances structurelles, d'ordre démographique, qui se dessinent et permettent d'envisager un développement ultérieur des pratiques de groupes, d'autres éléments liés à l'organisation de la formation et au mouvement récent de revalorisation de la médecine générale contribuent à tirer des conclusions analogues.

Le diplôme de docteur en médecine est obtenu en Belgique après sept années d'études (trois ans de premier cycle, quatre ans de doctorat dans le cadre du second cycle) ; celui-ci doit être complété par une formation de 3<sup>e</sup> cycle (de deux à six ans), à l'issue de laquelle il sera possible de pratiquer la médecine générale ou spécialisée. Un réseau de stages est dans ce cadre organisé par les facultés afin de valider la formation médicale. Ces stages sont rémunérés forfaitairement par l'INAMI (de l'ordre d'environ 2 000 euros par mois pour le médecin en formation et de 1 000 euros par mois pour le maître de stage). Or, d'aucuns affirment qu'en ce qui concerne la médecine générale, les liens tissés entre les jeunes médecins et leurs maîtres de stage durant les deux années pendant lesquelles les premiers sont supervisés par les seconds, peuvent constituer une condition favorable à une future pratique de groupe. Il n'est en effet pas rare que les médecins en formation créent une association avec leurs anciens maîtres de stage.

En second lieu, bien qu'il nous ait été confirmé que l'incitation à la pratique de groupe dans les soins primaires ne constitue pas actuellement un enjeu politique majeur dans le secteur de la santé, des initiatives ont toutefois été prises récemment dans ce sens, notamment dans le cadre du mouvement de revalorisation de la médecine générale.

Depuis quelques années, la question du regroupement des médecins est une préoccupation de l'État, comme l'atteste, en premier lieu, le rapport auquel nous avons fait référence précédemment, réalisé à l'initiative du ministère de la Santé publique en 2000. Outre ce travail d'enquête, le projet financé par le ministère comprenait la mise en place d'une cellule de soutien s'adressant à tous les médecins généralistes travaillant déjà en association ou ayant l'intention de le faire. Cette cellule était chargée de répondre aux diverses questions d'ordre juridique, financier, fiscal ou autre, liées à une pratique de groupe. La mise en œuvre officielle de cette structure d'aide a eu lieu début octobre 1999 (à l'attention des médecins généralistes francophones).

C'est à la même période, le 3 mai 1999, qu'a été promulgué un arrêté royal relatif aux pratiques de groupes de médecins généralistes. Ce texte réglementaire établit de façon précise une définition de la pratique de groupe de médecins généralistes, ainsi que les fonctions qui lui sont assignées.

La pratique de groupe est « un accord de coopération fixé volontairement entre deux ou plusieurs médecins agréés » (art. 1) ; le patient a le libre choix du médecin généraliste appartenant à ce groupe (art. 2) ; l'article 3 souligne les fonctions qu'une pratique de groupe est tenue de remplir : celles qui recouvrent tous les aspects de la médecine générale (consultations, visites, urgences...) ; la continuité des soins ; une concertation interne « régulière et structurée en vue de l'évaluation interne de la qualité médicale ».

À noter qu'en juin 1999, un autre arrêté royal relatif aux associations et accords de collaboration a été promulgué, qui s'applique à la fois aux médecins spécialistes et généralistes. Tout en s'inscrivant dans le même champ que le précédent, il fixe donc un cadre plus général.

Entre 2002 et 2004, différents projets de loi ont trait également à la promotion de la pratique de groupe : il apparaît ainsi qu'en septembre 2002, les différents syndicats de médecins sont invités à se prononcer sur un projet de loi de financement des groupes de soins primaires, tous types confondus, c'est-à-dire monospécialisés ou plurispécialisés, exerçant dans un même lieu ou en réseau. À côté de l'appui aux formes plus élaborées de collaboration à l'instar des maisons médicales, c'est la première fois qu'est introduit un projet de soutien financier de formes plus souples de collaboration.

De même, en février 2003, un projet d'arrêté royal cherche à encourager différentes formes de collaboration entre médecins généralistes, en

définissant notamment des missions pour les généralistes et en distinguant différents niveaux d'organisation. L'idée est que les missions, et non pas les structures, soient financées (afin de ne pas défavoriser les structures plus souples de collaboration). Il semble toutefois que plus récemment, le principe de financement des structures ait de nouveau été privilégié. Ce « target payment » impliquerait un financement plus important selon la nature des services mis à disposition en fonction d'objectifs de santé publique. La question ne semble toutefois pas encore tranchée.

En dernier lieu, un récent projet d'arrêté royal intitulé « reconnaissance des pratiques de médecine générale<sup>51</sup> » appuie ce mouvement en laissant chaque médecin généraliste libre de choisir son mode d'exercice et en favorisant toutes les formes de collaboration entre eux (cabinets de groupe, réseaux...). La note explicative du projet d'arrêté indique qu'« un certain degré de consensus » a été atteint au cours des nombreuses réunions de concertation avec les généralistes, notamment en ce qui concerne « un soutien au regroupement de généralistes au sein de « pratiques » (meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, meilleure continuité des soins, meilleure disponibilité globale des soins) ».

Ces différents éléments semblent donc indiquer que la promotion de la pratique de groupe constitue une préoccupation du gouvernement depuis la fin des années quatre-vingt-dix. Cette prise en charge naissante des pouvoirs publics, conjuguée à une dynamique issue des professionnels eux-mêmes et destinée à s'affirmer dans l'avenir, laisse envisager un développement ultérieur de cette forme d'exercice médical dans le domaine des soins primaires.

## B. Aperçus de la structure et du fonctionnement de pratiques de groupe : les résultats de deux rapports

Dans la mesure où aucune visite sur sites n'a pu être effectuée en Belgique dans le temps imparti, nous nous limiterons à présenter les résultats de deux rapports élaborés assez récemment sur la structure et le fonctionnement des pratiques de groupe en Belgique.

### Rapport du GBO : les associations médicales strictes et les maisons médicales<sup>52</sup>

Sur la demande du ministère de la Santé publique, le Groupement belge des Omnipraticiens (GBO) a élaboré en 2000 un rapport sur les associations de médecins généralistes francophones, incluant à la fois les associations médicales strictes et les maisons médicales. Un rapport similaire a été produit à la même période sur la partie néerlandophone. Nous nous en tiendrons ici à la présentation des principaux résultats pour la partie francophone.

Ce rapport est le fruit d'une enquête menée par questionnaire auprès de 104 associations regroupant 311 médecins agréés, soit en moyenne trois médecins par association.

On dénombre dans cet échantillon quarante-deux maisons médicales et soixante-deux associations médicales strictes (AMS). Il convient de noter que ces données ne sont pas représentatives de la proportion réelle des associations médicales et des maisons médicales, ces dernières étant à la fois les plus aisément identifiables, et celles ayant répondu dans leur majorité à l'enquête. Les résultats obtenus ne sont donc représentatifs que de l'échantillon considéré qui correspond à un taux de réponses de 22,4 %.

#### Principaux résultats de l'enquête

Si les premières associations médicales furent créées en 1967, on observe une augmentation de leur nombre, tous types confondus, depuis 1995. Deux vagues d'évolution ont été constatées : une première, dans les années soixante-dix, correspondant au pic de la création des maisons médicales et, une seconde, en cours, qui correspond à une dynamique plus vaste et plus diversifiée, où tous les types d'associations sont représentés.

En maisons médicales, l'on dénombre quatre médecins en moyenne, et parfois beaucoup plus. Les associations médicales strictes regroupent quant à

51 Note explicative de la nouvelle version du projet d'arrêté royal qui vise à reconnaître des formes de pratique de la médecine générale (15.07.04).

52 Groupement belge des omnipraticiens, Cellule de soutien pour les associations de médecins généralistes francophones, Rapport final, Ministère de la santé publique, 2000.

elles un plus petit nombre de médecins : deux ou trois en moyenne. C'est dans ces structures que l'on retrouve la majorité des couples.

Dans les maisons médicales, les professionnels paramédicaux sont nombreux et diversifiés, puisque dix-huit professions sont représentées : personnel d'accueil et secrétaires (deux par groupe), infirmiers (un par groupe), kinésithérapeutes (1,4 par groupe), psychologues, assistants sociaux...

Les AMS sont monospécialisées. Elles emploient dans 30 % des cas du personnel administratif qui est souvent un conjoint.

En termes de volume horaire et de type d'activités, la répartition des activités est différente selon le type de structure. En maison médicale, l'on compte une moyenne de 45,3 heures de travail par semaine, avec 18,4 heures consacrées aux consultations et 16,7 heures aux visites. Dans les associations médicales strictes, le volume horaire moyen est de 55 heures environ par semaine, dont 26,8 heures en visite et 16,9 heures en consultation. Celles-ci consacrent donc plus de temps aux visites que les maisons médicales. Le nombre de contacts par an est supérieur dans les associations que dans les maisons médicales : il est de 3 650 en moyenne pour les premiers et de 2 900 pour les seconds.

En termes de continuité des soins, le nombre moyen de gardes par médecin est d'environ une garde de week-end tous les deux mois, et d'environ une garde par semaine, tous types d'associations confondus.

C'est l'association qui assure en général la garde en semaine : elle-même dans 40 % des cas ou par roulement entre associations dans 23 % des cas. Les patients sont adressés à la garde communale dans 36 % des cas en moyenne. À noter que les associations médicales strictes y recourent davantage (45 %).

S'agissant des modalités d'organisation interne, il faut souligner que la signature d'un contrat entre associés ne concerne que 50 % des groupes. Ce sont les maisons médicales qui disposent le plus fréquemment d'un contrat avec des clauses plus nombreuses.

Dans plus de 50 % des cas, le mode de partage des recettes n'est pas précisé.

95 % des maisons médicales organisent des réunions de gestion contre 42 % des associations médicales strictes. Pour les premières, un responsable de la gestion est désigné dans 70 % des cas contre 18 % des cas pour les secondes. Ces différences importantes sont directement liées au nombre de médecins du groupe.

En ce qui concerne le mode de partage des recettes, dans la plupart des associations médicales strictes (81 %), les médecins préfèrent conserver leurs revenus personnels. On observe une plus grande diver-

sité du côté des maisons médicales qui privilégient un mode de fonctionnement plus collectif : 37 % gardent les revenus privés, 34 % choisissent le *pool*<sup>53</sup>, et 24 % distribuent une rémunération mensuelle fixe.

Les modes de répartition des frais sont très variables et propres à chaque groupe.

98 % des médecins interrogés ne regrettent pas leur choix d'exercer en groupe.

En ce qui concerne les motivations qui ont poussé ces médecins à s'installer en groupe, ce sont surtout des éléments d'ordre purement professionnel qui prédominent, renvoyant à la qualité de soins et aux possibilités d'échanges. Les aspects matériels ou financiers n'interviennent presque pas dans leur choix. Du point de vue de l'organisation et du fonctionnement du groupe, les réussites actuelles citées dans plus de 80 % des cas sont : le niveau d'activité, l'absence de rivalités entre professionnels, la possibilité d'avoir une vision commune. La rétribution des tâches recueille en revanche le plus faible indice : on fait l'hypothèse qu'un certain nombre de tâches indispensables au fonctionnement du groupe sont bénévoles et constituent une surcharge de travail pour les membres de l'association.

Au total, les motivations et les attentes liées à l'exercice en groupe renvoient davantage à une dimension collective qu'individuelle, de l'ordre du choix de vie professionnelle plutôt que de considérations matérielles.

#### *Réticences à exercer en groupe*

On peut compléter cette analyse en présentant ici les résultats d'une étude qualitative menée récemment sur le principe des *focus groups*<sup>54</sup>, dont l'objectif était d'analyser les motivations et les réticences des médecins généralistes « solo » à pratiquer en groupe. Si les motivations sont du même ordre que celles évoquées plus haut (qualité de vie et échange entre pairs, continuité des soins pour le patient), les réticences soulignées par ces praticiens fournissent un éclairage essentiel pour l'avenir, car elles permettent de comprendre le point de vue des professionnels n'exerçant pas en groupe.

Parmi les obstacles à la pratique en groupe évoqués par les médecins, apparaissent des éléments liés au contexte actuel de pléthore médicale en Belgique qui renforce la relation au patient : partager la patientèle semble plus difficile dans ce contexte. Les médecins craignent de voir le lien personnel tissé avec le patient mis en danger

53 Distinguer *pool* sans correction (1) et *pool* avec correction (2) : (1) toutes les recettes sont rassemblées dans un pot commun et réparties suivant une clé fixe préétablie, telle que l'égalité de tous ou redistribution en fonction de la contribution au *pool*, ou du nombre d'heures fournies... (2) pot commun et répartition modulée selon des paramètres incluant des éléments non liés au travail fourni, tels que l'ancienneté, la charge familiale et autres.

54 J-M Feron, F. Cerexhe, D. Pestiaux, M. Roland, D. Giet, C. Montrioux, D. Paulus, Réticences et motivations des généralistes solo à pratiquer en groupe, Santé conjugulée, janvier 2004, n°27.

par le travail en groupe, à la fois sur un plan « affectif » et sur un plan économique. D'autres réticences renvoient à la question des relations entre les professionnels, et notamment d'organisation du groupe, de *leadership*, de convergence des objectifs et de communication entre personnes. On observe une crainte de ne pas trouver le partenaire approprié, avec lequel l'entente sera bonne et qui aura la même philosophie de travail. La peur du conflit engendré par le regroupement est donc très présente chez les médecins. Le manque de cadre déterminé pour l'exercice en groupe est également souligné.

Par ailleurs, des problèmes d'investissement financier au moment de la création de l'association sont aussi évoqués, ainsi qu'une perte d'indépendance pour le médecin et son entourage familial.

Un rapport commandé par l'INAMI<sup>55</sup> en 2003 porte sur la question des activités et du financement des maisons médicales au forfait. Les centres de santé participants sont au nombre de sept : trois pour la région wallonne, trois pour la région flamande et un pour la région bruxelloise.

#### *Description des activités*

L'étude permet de mettre en lumière des éléments relatifs au profil des patients suivis, au profil des soins dispensés et à la charge de travail afférant à ces soins.

Les patients suivis en maisons médicales au forfait sont souvent socialement démunis : la proportion de personnes ayant de faibles revenus est beaucoup plus élevée que dans la population générale (13,3 % *versus* 3,1 %). Les patients sont également plus jeunes, puisque l'âge moyen est de 31,1 ans, nettement inférieur à celui de la population francophone (39,3 ans). Les patients traités en maison médicale présentent par ailleurs un taux d'invalidité supérieur à la moyenne (7,3 % *versus* 3,8 % dans la population générale). Dans le même sens, ils habitent plus souvent dans des zones économiques défavorisées, le pourcentage d'ouvriers y est plus élevé, de même que la proportion des personnes non protégées (6,1 % contre 1,5 % des assurés en moyenne générale). Enfin, leur niveau de scolarisation est moins élevé, ainsi que leur taux d'occupation professionnelle. Parmi les patients actifs, ils ont en moyenne un statut plus précaire.

En ce qui concerne la nature des soins dispensés, les consultations sont plus élevées que les visites à domicile (80 % en maison médicale au forfait contre 55 % dans la population générale). Plusieurs éléments peuvent tenir lieu d'explication à ce ratio élevé cabinet/domicile : d'une part l'âge des patients qui sont en moyenne plus jeunes ; la concentration des patients dans une zone géographique restreinte autour du centre ; la substitution du travail qu'implique le partenariat avec des infirmières et des travailleurs sociaux ; la conception des maisons médicales qui place l'autonomie des patients au cœur de son approche ; et aussi probablement une démarche

volontariste privilégiant les consultations au cabinet.

Par ailleurs, l'étude montre que le suivi psychosocial des patients est beaucoup plus important en maison médicale et dans tous les domaines curatifs. Il représente une croissance significative de la charge de travail, tant du point de vue de la quantité des services offerts que de la durée moyenne du contact par patient. Au total, il a été estimé qu'environ 30 % de ces contacts comportent une dimension non curative (préventive ou psychosociale). Les suivis psychosociaux en tant que tels représentent 12,6 % des contacts totaux. En ce qui concerne les soins infirmiers, la prévention secondaire ou tertiaire concerne surtout le maintien à domicile et l'autonomisation du patient. Un nombre plus important de contacts par patient a été observé lorsque celui-ci bénéficie d'un taux de remboursement préférentiel.

La charge de travail dans les maisons médicales au forfait se répartit comme suit : 67 % du temps de travail est en relation directe avec les prestations de nomenclature INAMI : consultations, visites et avis. 11 % du temps de travail global est consacré au travail administratif.

La coordination formelle et informelle (réunions, concertations) représente 17 % du temps de travail. La formation continue représente 4 % du temps de travail ; elle concerne surtout les médecins qui lui consacrent chacun environ 10 heures par mois. La promotion de la santé représente 1 % du temps de travail.

Ce sont les suivis psychosociaux qui représentent les consultations les plus longues, puisque la durée du contact par patient est alors allongée de 54 % pour les médecins et de 74 % pour les infirmières.

#### *Analyse financière et économique*

L'analyse financière et économique montre qu'une partie des maisons médicales souffre d'un sous-financement, qui nécessite une augmentation du forfait afin de garantir l'équilibre (si l'on se fonde uniquement sur les données comptables, cinq des huit centres fonctionnent à perte).

Dans la pratique, l'augmentation réelle nécessaire du forfait peut faire l'objet de variations importantes selon les centres. En effet, il peut y avoir des différences de coûts très importantes entre les maisons médicales, pour de nombreuses raisons. En premier lieu, la taille des centres, qui conditionne le rapport frais fixes / frais variables, dans la mesure où les frais fixes sont plus importants pour un petit centre que pour un grand. Une autre explication renvoie aux moyens mis à disposition, mais également aux différences dans le profil des patients.

En conséquence, deux méthodes de financement sont proposées : la première consiste à augmenter le forfait actuel des maisons médicales afin qu'elles puissent couvrir leurs dépenses, notamment en adaptant les montants par patient. Une seconde proposition consiste à permettre le développement de nouveaux financements, en déterminant des techniques de financement plus adaptées, sous une forme fixe, variable ou mixte.

<sup>55</sup> Le financement des centres de santé, description des activités et analyse financière et économique, Etude commandée par l'INAMI, novembre 2003.







## Italie

### I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires

#### A. Organisation et financement du système de santé

Le système de santé italien a connu de profondes transformations structurelles dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix. Trois grandes réformes ont, en effet, donné au système de santé italien ses spécificités<sup>56</sup> :

- une transition récente vers un système national de santé (*servizio sanitario nazionale*, SSN), en 1978, imparfaitement universel, tout en décentralisant les pouvoirs au niveau local (commune) ;
- une refonte de la décentralisation à un niveau intermédiaire, la région, en même temps qu'une tentative d'introduction de mécanismes de marché (marché interne ou quasi-marché) en 1992-1993 ;
- la mise en place, en 1997-2000, d'un fédéralisme fiscal (pouvoirs des régions dans la collecte des ressources fiscales) ainsi qu'une tentative d'introduction de nouveaux outils de régulation susceptibles d'encadrer la mise en concurrence.

#### **La réforme de 1978 : le basculement d'un système d'assurances sociales à un système national de santé**

Le système de santé italien est un système national de santé relativement récent (1978), initia-

lement décentralisé sur trois niveaux : l'État, les régions et le niveau local, ce dernier étant principalement responsable du management et du financement des structures de délivrance de soins et de services de santé.

Jusqu'en 1978, le système de santé italien s'est construit avec pour principal objectif d'élargir l'accès aux soins, en se fondant sur un système d'assurances sociales organisé sur une base professionnelle. Mais le système manquait de lisibilité, tant du côté de l'assurance (plus d'une centaine de caisses au début des années soixante-dix ayant chacune son propre système de régulation, de rémunération des médecins et de couverture des assurés) que de l'offre de soins et de son organisation (exercice multiple de la part des médecins, fragmentation des services, bureaucratisation). Cette situation était à l'origine d'importants effets pervers et d'une grande inégalité dans la couverture du risque maladie, une part importante de la population étant non couverte par une assurance santé (7 %) ou ayant un accès limité (travailleurs indépendants).

Cette situation a motivé le basculement en 1978 d'un système d'assurances sociales à un système national de santé<sup>57</sup> (*servizio sanitario nazionale*, SSM), dans une volonté de mettre en place un système d'assurance maladie universelle permettant l'élargissement et l'uniformisation de l'accès aux soins (quels que soient les revenus et la localisation géographique) et une plus grande équité dans le financement (en passant d'un financement basé sur les cotisations sociales à un financement basé sur l'impôt et les taxes).

Parallèlement, dans l'objectif de favoriser le contrôle démocratique et d'améliorer l'intégration des services, la loi de 1978 instaure un SSN décentralisé à trois niveaux de responsabilité :

- l'État : il est responsable, via son ministre de la Santé, de la planification et de la régulation du système, du financement et de l'allocation des ressources aux régions (avec pour objectif secondaire de réduire les écarts de dotation entre les régions) ;
- les régions (dix-neuf régions et deux provinces à l'époque) : elles sont responsables de la planification et de l'organisation des soins selon les recommandations définies au niveau central, et de l'allocation des ressources aux nombreuses entités locales du NHS, dont les unités locales de santé ;

56 Pour une vision panoramique des réformes dans le système de santé italien voir : Donatini A., Rico A., D'Ambrosio M.G., Lo Scalzo A., Orzella L., Cicchetti A., Profili S. Health care system in transition. Italy. European Observatory of Health Care System. Edité par Rico A. et Cetani T. 2000.

Fattore G. State, regions and politics in the Italian healthcare system. Eurohealth, 2000, vol. 6 (3), pp. 32-33.

Fattore G. A new Italian Government: radical changes for the Italian NHS? Euro Observer, 2001, vol. 3 (2).

Mallet J-O, Chaperon J. L'expérience italienne : d'un système sanitaire national à des formes différenciées de prise en charge. Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 33 (4), octobre-décembre 1993, pp. 361-378.

Mallet J-O, Gayral-Taminsh M. Italie. Les syndicats dans le débat public sur le système de santé. Chronique internationale de l'IRES, n°91, novembre 2004, pp. 123-133.

57 Loi 833 du 23 décembre 1978.

- les unités locales de santé (*Uniti Sanitarie Locali, USL*), au nombre de 659 au début des années quatre-vingt-dix : elles sont responsables de la délivrance des soins et services de santé sur un territoire particulier (de la taille d'un département environ), soit en les finançant et les produisant, soit en contractant avec des prestataires de soins de son réseau. Au cours des réformes menées dans les années quatre-vingt-dix, les USL ont été fusionnées au sein d'*Aziende sanitarie locali (ASL)*, qui sont au nombre de 200 environ.

La mise en œuvre de cette profonde réforme, fortement inspirée du NHS britannique, a finalement abouti à un système national de santé à l'« universalisme imparfait », alors même que son caractère décentralisé est source de nombreux problèmes.

Il faut préciser que les transformations ont été amorcées dans un contexte économique extrêmement difficile (crise économique profonde des années quatre-vingt) et dans un contexte politique très instable.

Ni l'objectif d'équité dans le financement – deux tiers du financement restent fondés sur les cotisations sociales et le recouvrement de l'impôt auprès des hauts revenus et des professionnels libéraux est déficient – ni la volonté d'étendre les services publics et de réduire les inégalités de dotation géographique n'ont été atteints. Surtout, les disparités dans l'accès aux soins ou la répartition de l'offre restent un problème majeur, alors même que sa multiplicité (secteur public, secteur privé conventionné, secteur privé non conventionné) favorise des exercices mixtes de la part des praticiens, au détriment de la qualité et de la productivité dans le secteur public.

Enfin, la répartition des pouvoirs, des compétences et des responsabilités entre les trois niveaux de décentralisation, censée favoriser l'exercice du contrôle démocratique, est en fait à l'origine de conflits d'intérêt et d'une surpolitisation, puisque les représentants politiques locaux sont engagés dans la gestion quotidienne de structures de santé telles que les USL et les établissements de santé. Cette situation favorise une absence de clarté dans la répartition des pouvoirs et dans la responsabilité, notamment sur le plan financier : les niveaux inférieurs se voient allouer des enveloppes systématiquement sous-estimées et contractent des dettes pour assurer les missions dévolues ; le niveau national n'a pas les moyens de faire pression sur les échelons inférieurs et se doit notamment de couvrir les déficits récurrents, en « aveugle ».

### **La « réforme de la réforme » : la réforme Amato de 1992-1993 et le renforcement du niveau régional**

La réforme Amato<sup>58</sup>, qui met en place un système complexe de coresponsabilisation financière des assurés en fonction des pathologies et des revenus (avec différenciation en fonction du niveau des revenus), marque le début d'un vaste processus de régionalisation visant à introduire des mécanismes de marché interne (autonomie organisationnelle et de management, mise en concurrence des prestataires de soins sur la base d'introduction de paiement à l'acte pour les soins fournis à l'hôpital ou par les médecins spécialistes) et à responsabiliser financièrement les régions<sup>59</sup>.

Les compétences auparavant dévolues aux communes sont désormais transférées au niveau des régions et un nouvel ensemble est constitué au sein duquel les régions (désormais au nombre de vingt) sont dorénavant responsables, tout en respectant les principes d'équité dans l'accès aux soins et de péréquation dans la distribution des ressources.

Ces réformes ont permis de ralentir significativement la croissance des dépenses de santé dans un premier temps (les déficits repartent à la hausse après 1995) et d'améliorer la productivité et la qualité des services rendus à la population. Ceci a notamment été rendu possible par le biais d'une refonte de l'organisation et du management dans les ASL et les établissements hospitaliers. L'évolution de la satisfaction des assurés avant et après la réforme est d'ailleurs significative : entre 15 et 20 % de la population considérait le système national de santé comme bon ou très bon en 1993 ; ils étaient plus de 35 % en 1997.

Pour autant, la poursuite des politiques de coresponsabilisation des assurés n'a fait qu'aggraver l'iniquité de l'accès aux soins dans un système dual au sein duquel les dépenses privées représentent 30 % des dépenses totales. Ce contexte a favorisé le développement du marché de l'assurance complémentaire qui couvrait 5 % de la population au début des années quatre-vingt-dix, plus de 15 % en 1999<sup>60</sup>.

58 Loi 502 de septembre 1992 et loi 517 de février 1993.

59 Sur ce thème, en plus des références précitées, voir également Tedeschi P. Le système de santé italien : décentralisation au niveau régional. *Gestions hospitalières* n°440, novembre 2004.

60 Thomson S. et Mossialos E. Private health insurance and access to health care in the European Union, *Euro Observer*, 2004, vol 6 (1).

### **La « réforme ter » : le fédéralisme fiscal et l'encadrement du marché interne**

Il s'agit du troisième temps de la réforme qui vise à compléter la régionalisation du système de santé en mettant en place un véritable fédéralisme fiscal et un « guide » à la régulation (planification stratégique et définition d'un panier de soins et services de santé régional minimal, régulation de la concurrence entre public et privé, évaluation de la qualité de soins, promotion de coopération entre niveaux de soins et entre les prestataires et les autorités de santé) susceptible de corriger les problèmes d'inégalité régionale et de manque de coordination<sup>61</sup>.

Le fédéralisme fiscal permet d'abord de tendre vers un modèle plus universel, puisqu'on bascule d'un financement des dépenses publiques (67 % des dépenses de santé, les 33 % restant étant financés par des dépenses privées), majoritairement fondé sur les cotisations sociales (54 % en 1990 et 44 % en 1999) à un système totalement financé par les impôts et les taxes au niveau national et régional. D'autre part, il permet de s'assurer que les régions soient véritablement autonomes et qu'elles en assument le risque financier.

Avant la mise en place du fédéralisme fiscal, en 1997, les sources de financement du SSN se décomposaient principalement en :

- 39 % d'impôt sur le revenu collecté au niveau national ;
- 52 % de cotisations sociales ;
- les 9 % restant étant décomposés en contribution des régions autonomes et revenus directement collectés par les ASL (les copaiements).

Les autorités de santé au niveau régional recevaient ainsi des fonds directement du ministère de la Santé (capitation pondérée) ou de la région, elle-même alimentée par ses propres ressources.

À partir de 1997, les régions disposent du pouvoir de collecter de nouvelles ressources fiscales propres<sup>62</sup>. Dès lors les sources de financement du SSN se décomposaient principalement en :

- 53 % de taxes, nouvellement collectées au niveau régional (du moins pour partie) :

- une taxe régionale sur la valeur ajoutée des entreprises et les salaires des fonctionnaires collectée par l'État (10-35 %) et les régions (65-90 %), l'IRAP ;
  - 0,5 % de taxe régionale sur l'impôt sur le revenu, prélevé par les régions, puis compris dans une fourchette pouvant aller de 0,9 % à 1,4 % à partir de 2000, l'IRPEF ;
  - une proportion de la TVA collectée par l'État, 25,7 %.
- 38 % d'impôt sur le revenu collecté au niveau national
  - les 9 % restants étant décomposés en contribution des régions.

### **Quel portrait dresser du système national de santé italien aujourd'hui ?**

L'accumulation des réformes ne rend pas aisée la compréhension de ce qu'est le SSN aujourd'hui et quels sont les enjeux à venir le concernant.

On peut néanmoins s'avancer à formuler la synthèse suivante : il s'agit d'un système national de santé à l'universalisme imparfait source d'importantes inégalités dans l'accès aux soins puisque :

- une part importante de la dépense de santé, qui représente en 2005 8,9 % du PIB, n'est pas couverte par les financements publics (qui représentent 65-70 % de la dépense totale) et n'est par ailleurs que faiblement couverte de façon complémentaire par les assurances privées. Dès lors une question polémique revient de façon récurrente dans le débat sur le SSN : n'est-il pas opportun de promouvoir le recours à l'assurance privée ?
- une part importante des services est fournie par des prestataires publics ayant une composante de leur activité privée, ce qui pose la question de la pertinence de cette dualité (et de son éventuelle réglementation) et de l'opportunité d'une production plus grande dans le SSN assurée par des prestataires privés.
- la décentralisation de l'organisation et de la régulation des soins et services de santé, comme le fédéralisme fiscal, est favorable à la prise d'initiatives locales et à l'exercice de l'autonomie. Mais dans la pratique, elle génère également un risque important de fragmentation dans le SSN, et de remise en cause de son principe de solidarité entre les régions.

61 Loi 59/1997, décret législatif 446/1997, décret législatif 229/1999, décret législatif 56/2000, loi 03/2001.

62 Sur ce thème, en plus des références précitées, voir également Taroni F. *Devolving responsibility for funding health care in Italy*, Euro Observer, 2000, vol. 2 (1).

## B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires

### Présentation générale

Avant la réforme de 1978, les médecins généralistes, comme les pédiatres, étaient des professionnels libéraux payés à l'acte. Les soins étaient couverts par les caisses d'assurance maladie. Mais depuis la réforme de 1978 le médecin généraliste est<sup>63</sup> un « libre professionnel en convention avec le SSN<sup>64</sup> » et rémunéré sur la base d'une capitation, selon des barèmes établis en fonction de l'âge du patient et de l'expérience du praticien. Le recours aux services ambulatoires nécessite donc une inscription sur la liste d'un généraliste ou d'un pédiatre pour les moins de quatorze ans, conventionné par l'ASL de résidence. Le médecin est choisi librement pour un an. L'accès au spécialiste se fait sur prescription du généraliste, mais le choix du spécialiste est libre. Les médecins spécialistes exercent tous à l'hôpital en tant que salariés mais peuvent avoir une partie de leur activité en libéral en dehors de l'établissement.

La rémunération du médecin généraliste et du pédiatre est donc variable en fonction du nombre de patients enregistrés. Le nombre de patients inscrits est plafonné à respectivement 1 500 et 800, et à 500 pour un temps partiel. Les médecins peuvent aussi exercer de façon libérale dans la limite de cinq heures par semaine. Les horaires de service théorique sont de 8h à 20h pendant la semaine. Les médecins doivent garantir un minimum de vingt heures de disponibilité dans leur cabinet par semaine et être accessibles par téléphone le matin entre 8h et 10h, le samedi inclus, pour consultation et rendez-vous de visite à domicile. Les médecins n'ont pas l'obligation de couvrir la continuité des soins et l'urgence de nuit ou du week-end.

En 2005, selon le ministère de la Santé, on recensait :

- 47 148 médecins généralistes, ayant en moyenne 1 097 patients inscrits sur leur liste ;
- 7 155 pédiatres, ayant en moyenne 1 075 patients inscrits sur leur liste ;

63 Ils sont peu nombreux à avoir choisi un exercice à titre privé non conventionné.

64 La convention nationale est négociée tous les trois à quatre ans entre les syndicats et le ministère de la Santé (depuis 2003 une Agence spécifique du ministère de la Santé a été créée, nommée SISAC). Les deux derniers accords conventionnels datent de 2000 et de 2005.

- 11 851 médecins urgentistes, soit environ 0,2 médecin pour 1000 habitants ;
- 13 245 spécialistes ayant un exercice complémentaire à leur exercice hospitalier dans des cabinets de soins primaires.

Depuis l'accord conventionnel de 2000, le système de paiement est mixte : une partie à la capitation<sup>65</sup>, une partie variable par service/prestation (ex. vaccinations, visites à domicile, chirurgie ambulatoire, certificats) et une partie forfaitaire (montant fixe par médecin-patient de la liste) pour couvrir les investissements additionnels (ex. secrétaire, informatique, médecin collaborateur, infirmier, etc.) ou pour responsabiliser sur l'utilisation de ressources ou sur les dépenses générées par leurs patients (ex. médicaments, examens, hospitalisations, etc.). L'utilisation de ce dernier type de rémunération relève de la discrétion du niveau régional ou local, ce qui implique qu'un même professionnel peut avoir au total trois niveaux de contrat : national, régional et local. La partie de rémunération à la prestation et au forfait augmente assez rapidement dans toutes les régions.

Un certain nombre d'incitations au regroupement, qui ne concernent environ que 20 à 30 % des cabinets aujourd'hui, sont liées à l'embauche de personnels (secrétaire, infirmière...). Le salaire d'une infirmière était ainsi pris en charge dans le contrat national à hauteur de 35 % pour un médecin exerçant à plein-temps avec 1 500 patients sur sa liste (4 500 euros brut / an).

### La politique de soins primaires

D'une façon générale, l'Italie ne souffre pas, contrairement à d'autres systèmes nationaux de santé, de problèmes quantitatifs concernant les ressources humaines, du moins en médecine générale.

La réforme de 1978 s'est inscrite dans une logique de rupture profonde avec l'organisation passée du recours en soins primaires en promouvant un système au sein duquel les médecins généralistes et les pédiatres sont la porte d'entrée principale dans le système de soins. Ils sont par ailleurs particulièrement investis dans la logique d'intégration des services véhiculée par la création des USL, puis des ASL. Depuis lors, si les soins primaires n'ont pas connu de restructurations ou de bouleversements profonds et que la répartition géographique

65 Le quota actuel pour un médecin généraliste varie entre 15.50 euros et 21.20 euros selon l'expérience ; par exemple un médecin généraliste avec dix ans d'expérience aura un salaire de base d'environ 42 400 euros. Le quota pour un PLS varie entre 35.10 euros et 49.10 euros selon les années d'expérience ; par exemple un PLS avec huit cents enfants et dix ans de diplôme à un salaire de base d'environ 37 200 euros.

et assez homogène sur le territoire, l'environnement s'est modifié.

La tentative d'introduction du marché interne et de séparation des fonctions d'achat et de production, ainsi que la décentralisation organisationnelle et fiscale du SSN ont conduit à :

- une modification de l'organisation et du rôle des régions (compétences croissantes en termes de santé) et des ASL qui se sont parallèlement fortement concentrées,
- une restructuration hospitalière profonde, les établissements constitués en trust hospitalier ayant gagné en autonomie et s'étant organisés en conséquence (fusion entre établissements, fermeture de lits...), alors même que leur rémunération basculait vers un financement à l'acte.

Néanmoins cette politique, qui s'est avérée très favorable à l'autonomie de l'hôpital, se heurte aujourd'hui au problème de la maîtrise par les régions d'une dépense hospitalière en forte croissance. Cela conduit ces dernières à un renouveau de la réflexion sur l'opportunité d'une promotion d'un virage ambulatoire par un rééquilibrage du financement entre soins primaires et soins secondaires et tertiaires. Or, pour cela, les régions ont au préalable besoin de s'assurer qu'une partie des services aujourd'hui dispensés à l'hôpital peuvent l'être en ville, avec une productivité suffisante, et que la maîtrise financière sur les soins primaires est susceptible d'être plus effective.

La voie dans laquelle semblent s'engager certaines régions consiste à s'appuyer sur l'évolution de l'organisation des soins primaires à travers le renforcement de la médecine de groupe et la promotion de l'intégration entre les médecins de soins primaires et les services sociaux et de santé publique. La médecine de groupe est notamment perçue comme la seule organisation à même de supporter une extension de services dispensés. C'est aussi la formule offrant de nouvelles perspectives de contractualisation (orientées vers les prestations, la gamme de services, la qualité des soins) avec le médecin, en contournant la logique de la négociation conventionnelle nationale Etat-syndicats. Cela explique certainement pourquoi ces derniers sont aujourd'hui peu favorables à cette évolution.

## II. État des lieux de la médecine de groupe en Italie dans le secteur des soins primaires

Jusqu'en 2000, la seule modalité de regroupement possible entre les médecins était l'« association sous la forme de coopérative, de fondation ou de société de services, dont l'objectif était limité au partage économique et fiscal des charges afférant à leur lieu unique d'exercice. Il n'était pas permis aux médecins souhaitant se regrouper de se constituer en coopérative, en fondation ou en société ayant pour but la délivrance de soins.

Depuis l'article 40 de la nouvelle convention médicale de 2000<sup>66</sup>, trois nouvelles formes d'organisation permettent le regroupement de « l'activité médicale » entre médecins : les médecins en association, les médecins en réseau, les médecins en groupe. L'objectif ayant prévalu à la mise en place de cette politique est d'inciter les médecins à se regrouper afin qu'ils puissent mettre en place des stratégies d'organisation, garantissant une amélioration de la qualité et de la productivité (continuité des soins, substitution entre médecin).

Les trois formes de regroupement ou de mise en réseau ont des principes communs et spécifiques, elles correspondent à trois intensités croissantes de l'engagement entre les médecins (*cf. tableau page suivante*).

Les principes communs à ces trois formes sont les suivants :

- le choix du médecin doit être volontaire ;
- le regroupement ou la mise en réseau doit faire l'objet d'un dépôt d'acte de constitution auprès de l'ASL et de l'Ordre des médecins ;
- les médecins ont l'obligation d'informer les patients du regroupement ou de la mise en réseau et d'afficher les horaires d'ouverture et les caractéristiques de l'association.

On peut dresser la typologie suivante des formes de mise en réseau ou de regroupement :

- Les formes de mise en réseau (association et réseau), qui ont pour caractéristiques de concerner des médecins (trois à dix) exerçant chacun dans leur propre cabinet et qui ne prévoient pas la mise en commun de ressources (sauf une exception pour l'informatisation du réseau) mais le partage :
  - des horaires d'ouverture : il faut toujours un cabinet ouvert au moins six heures par jour et un cabinet ouvert jusqu'à 19h ;

66 DPR 270/00.

- certaines procédures de qualité ou de maîtrise des coûts : les médecins sont tenus de se rencontrer pour effectuer des revues de pairs ; ils doivent partager des procédures de prise en charge fondées sur des référentiels médicaux pour les pathologies majeures ; ils peuvent par ailleurs avoir des objectifs communs en termes de responsabilisation (prescription de médicaments, critères pour les admissions à l'hôpital, etc.) ;
- la participation aux projets de l'ASL ;
- enfin, uniquement pour les médecins en réseau : ceux-ci ont l'obligation d'installer un réseau informatique commun pour la gestion de l'accès aux dossiers patients (fonctionnalité très peu utilisée, uniquement en cas d'urgence) et le système de prise de rendez-vous des consultations d'examen réalisés à l'extérieur des cabinets de médecine générale.

En 2004, on estimait que 45 % des généralistes étaient intégrés à une association ou un réseau.

Ces médecins bénéficient d'incitations financières comprises entre 2,58 et 3,62 euros par patient et par an (soit pour une liste de 1500 patients un maximum de 5 500 euros).

– La forme du regroupement :

Le groupe de médecins est la forme qui implique le plus fort niveau d'engagement : il s'agit du regroupement sur un même lieu d'exercice de 3 à 8 médecins, avec un nombre de salles de consultation au moins équivalent à la moitié de ses membres. L'ensemble des principes propres à la mise en réseau s'applique également, mais les médecins en groupe bénéficient par ailleurs d'incitations financières pour l'embauche et le « partage » de secrétaires et d'infirmières et pour l'achat d'équipement (médical ou non). Tout changement dans la composition de l'équipe médicale requiert l'accord du médecin responsable. Ce mode de regroupement concernait en 2004 14 % des généralistes. Les médecins bénéficient pour ce mode de regroupement d'incitations financières comprises entre 4,65 et 8,10 euros par an et par patient (soit pour une liste de 1500 patients un maximum de 13 000 euros).

**Tableau n° 1**  
**Typologie des formes de regroupement et leurs principales caractéristiques**

Formes	Objectifs	Type d'adhésion	Contractants	Nature du contrat	Incitations financières à la rémunération	Incitations financières à l'embauche de personnels	Nombre de généralistes tolérés	Nombre de cabinets concernés	Nombre de médecins concernés	Nombre de patients concernés
Coopérative ou fondation ou société de services	Soutien à l'activité des généralistes	Volontariat	Entre généralistes (pas de soins)	Dépôts des statuts devant le notaire	Aucune	Aucune	Aucune obligation	98	-	-
Association	Offre de soins, activité médicale	Volontariat	Entre généralistes et ASL	Contrat avec une ASL	2,58€/an/patient inscrit	Aucune	Entre 3 et 10	3 256	16 126 (36%)	19 543 101 (35%)
Réseau					3,62€/an/patient inscrit	Aucune	Entre 3 et 10	744	4 308 (9%*)	5 370 340 (9,8%)
Groupe					4,65€/an/patient inscrit	2€/secrétaire/an/patient inscrit et 2,5€/infirmière/an/patient inscrit	Entre 3 et 8	1 541	6 077 (13%)	7 805 175 (14%)
Equipe territoriale	Intégration fonctionnelle entre généralistes et autres professionnels au sein d'un district	Obligation	Entre généralistes (mais aussi spécialistes, pédiatres, infirmiers, médecins urgentistes et ASL)	Contrat expérimental avec une ASL	1,45€/an/patient inscrit		Sur la base de 10 à 15 généralistes	554	-	-
Unités Territoriales d'Assistance Primaire (UTAP) ou autres expérimentations	Intégration entre généralistes et d'autres professionnels au sein d'un district	Volontariat	Entre généralistes (mais aussi spécialistes, pédiatres, infirmiers, médecins urgentistes et ASL)	Contrat expérimental avec une ASL	Variables selon les accords régionaux	Variables selon les accords régionaux	Sur la base de 6 à 8 généralistes pour 10 000 habitants	31	-	-

Les articles 15, 26, 31, 45, 54 de la dernière convention nationale de 2005 introduisent deux autres types de regroupement sous la forme d'un lien fonctionnel ou structurel de médecins de disciplines différentes (généralistes, pédiatres et médecins de garde, spécialistes en ambulatoire, infirmiers et autres professionnels salariés de l'ASL), dénommés Equipes territoriales ou Unités Territoriales d'Assistance Primaire (UTAP).

Ces dernières, les plus abouties puisque structurales, reposent sur une logique de participation volontaire et fonctionnent à titre expérimental. Les UTAP couvrent une population comprise entre 10 000 et 30 000 patients. Elles se doivent d'avoir, sur la base d'une population de 10 000 habitants, entre 6 et 8 généralistes, entre 1 et 2 pédiatres, entre 1 et 2 médecins urgentistes, un nombre de

spécialistes variables, entre 2 et 4 infirmiers, entre 2 et 3 secrétaires et une unité administrative. Il est prévu que ces unités bénéficient également de la possibilité de réaliser des examens biologiques ou d'imagerie (examens sanguins, échographie, électrocardiogramme).

La mise en place de ce nouveau dispositif d'intégration des professionnels de soins primaires reste aujourd'hui assez floue et la mise en œuvre dans les régions qui en font l'expérimentation est très disparate. Les modalités de rémunération des professionnels, pour l'instant tous sur des bases différentes - généralistes (capitation, acte, forfait), médecins de garde et spécialistes (acte), pédiatres (capitation), infirmiers et autres personnels de l'ASL (salaire) – devrait être précisées à l'avenir.

### Visite du cabinet de groupe de médecine générale San Giorgio

Le cabinet médical San Giorgio se situe dans la commune de Voghera, dans la province de Pavie, au sud-est de la Lombardie, à mi-distance entre Milan et Gênes. La population y est relativement âgée et l'activité économique principale de la province est l'agriculture, même si des habitants de la commune travaillent à Milan et dans ses alentours. Le cabinet médical San Giorgio se situe dans le centre de Voghera, non loin de l'hôpital public de Voghera.

Le cabinet comprend deux entités : l'entité groupe de médecine générale et l'entité coopérative qui loue les locaux, l'équipement et les services de secrétariat aux utilisateurs de la clinique, dont les membres du groupe.

Le groupe de médecine générale San Giorgio comprend cinq généralistes, dont quatre associés de la société coopérative, société sans but lucratif qui loue les locaux et les services de secrétariat aux cinq médecins généralistes du groupe, mais aussi à une quarantaine de spécialistes (dont neuf exerçant à l'hôpital public). Les spécialistes peuvent en effet faire au sein du cabinet des consultations en tant que libres professionnels (paiement direct des patients sans remboursement). Les spécialistes payent en contrepartie de l'utilisation des locaux un loyer représentant environ 20 à 30 % de leurs honoraires. Les consultations d'un spécialiste dans le cabinet vont de 60 euros à 100 euros en fonction de la qualification du médecin.

La coopérative comme le groupe de médecine générale existent depuis quatre ans. Tous les généralistes exerçaient en tant que praticiens individuels auparavant. Le groupe de médecine générale comprend trois généralistes responsables de la comptabilité (en rapport avec un avocat), de l'informatique (en rapport avec un prestataire de service), des relations

avec l'ASL et des actions de formation continue obligatoires.

Le groupe fait partie du territoire d'une ASL, avec laquelle il est en relation, notamment pour les programmes spécifiques tels que celui conduit sur le diabète, l'HTA et la vaccination.

Tous les médecins font également l'objet d'un contrôle sur la prescription de médicaments (seuls sont remboursés les médicaments inscrits sur une liste positive de 40 à 50 médicaments, si la prescription correspond à l'indication).

Le financement des généralistes du cabinet repose notamment sur les incitations au regroupement de médecins ; il est de 4,5 euros par patient par an.

Le groupe bénéficie également d'incitations pour l'emploi d'une secrétaire (2 euros par patient / an), qui exerce à mi-temps, et d'une infirmière (2,5 euros par patient / an, soit environ 25 %-30 % du salaire d'une infirmière), qui exerce en tant que libre professionnelle pour un volume horaire d'environ vingt heures. Elle peut faire des prélèvements, des vaccinations, et toutes les actions autour du programme diabète (quatre heures par semaine) et HTA (deux heures / semaine), financé par l'ASL. L'infirmière arrive à la fois en substitution et en complément. L'objectif du groupe est d'avoir une secrétaire à plein-temps et une infirmière en plus pour toute la matinée.

L'équipement informatique est également financé à hauteur de 75 euros par mois et par médecin. Le cabinet bénéficie également d'équipements pour lesquels le cabinet obtient des financements : ECG, échographie, doppler, petite chirurgie, stérilisateur, examen standard (cholestérol, glycémie...) et prélèvements.

Le niveau d'activité des généralistes du groupe est très variable :

- 2 généralistes hommes ont 1 200 patients,
- 1 généraliste femme a 500 patients, sans autre activité,
- 1 généraliste homme a 300 patients,
- 1 généraliste homme a 250 patients. Il s'agit du plus jeune des généralistes du groupe. Il cumule à son activité médicale au cabinet une fonction de directeur administratif de la clinique de spécialistes (responsabilité médicale et légale) en contrepartie d'un salaire de la part de la société coopérative. Il est par ailleurs également médecin de laboratoire (dans des structures privées et publiques).

Notons que le groupe reçoit occasionnellement des médecins en formation (journée portes ouvertes ou formation de trente jours dans le cadre des examens).

Le cabinet est ouvert de 8h30 à 12h et de 15h à 19h tous les jours de la semaine. Cependant, chaque médecin a ses propres horaires. D'une façon générale, un généraliste est présent au maximum cinq heures dans la journée et vingt heures dans la semaine (équivalent quatre jours). Pour quatre des cinq généralistes, les consultations libres se déroulent le matin (un généraliste de 9h30 à 11h30 quatre jours par semaine ; un généraliste de 8h30 à 10h30 cinq jours par semaine ; un généraliste de 10h30 à 12h quatre jours par semaine), et celles avec rendez-vous l'après-midi (trois médecins à quatre jours par semaine et un à trois jours par semaine). Le plus jeune des généralistes n'exerce pas sur rendez-vous et reçoit tous les jours de la semaine, soit de 9h à 10h (deux jours par semaine), soit de 15h à 16h (trois jours par semaine).

Les visites à domicile, qui ne sont gratuites qu'en cas de non-possibilité pour le patient de se déplacer, sont réalisées dans la journée si elles sont demandées avant 10 heures du matin, ou sinon le lendemain midi.

Une consultation sur rendez-vous dure en moyenne quinze minutes et une consultation sans rendez-vous six à sept minutes en moyenne.

Le fichier de chaque patient est informatisé et partagé entre les généralistes du groupe (après autorisation du patient). Le fichier est notamment utilisé pour les campagnes de l'ASL et les programmes d'éducation des patients (dispensés à la discrétion du cabinet

aux patients qui s'inscrivent) : hépatite C, cancer du sein, mal de dos, migraine, céphalée...

Les généralistes sont en relation avec les spécialistes (exerçant dans le cabinet ou non) par le biais des recommandations. Il n'y a ni concurrence avec les spécialistes exerçant en consultation libre dans le cabinet ni franche collaboration formelle, à l'exception des programmes des ASL concernant la prise en charge des diabétiques et des hypertendus. Le partage des dossiers médicaux avec les spécialistes consultant au cabinet se fait ainsi sur la demande des médecins.

Les motivations au regroupement avancées par notre interlocuteur, le Dr Giorgio Carlo Monti, portent, pour le généraliste, sur la qualité de vie, la qualité du travail médical et son organisation (utilisation de personnel, secrétariat...). Le Dr Giorgio Carlo Monti reconnaît que cela implique des coûts d'organisation et de coordination, mais il s'agit d'un choix intéressant du simple point de vue économique.

Les spécialistes bénéficient à San Giorgio d'une mise à disposition de locaux de consultation pour leur activité privée et d'un affichage pour la clientèle. Le patient de son côté apprécie de pouvoir disposer d'un recours au spécialiste en ambulatoire, ce qui lui permet de contourner les listes d'attente à l'hôpital et lui garantit une relation individualisée, même au prix du paiement de l'intégralité du montant de la consultation. Par ailleurs, ce type de service est de plus en plus apprécié et attractif compte tenu de l'augmentation des copaiements à l'hôpital (maximum 35 euros pour une consultation de spécialiste) qui réduisent d'autant l'écart de reste à charge entre l'ambulatoire et l'hôpital.

Le Dr Giorgio Carlo Monti mentionne l'existence d'un certain nombre d'obstacles au regroupement : les contraintes du travail en commun (coopération), le risque financier faisant suite aux investissements lourds que les incitations ne permettent pas de couvrir en totalité. Le Dr Giorgio Carlo Monti estime qu'il faut compter cinq à six ans pour amortir le coût du démarrage d'un groupe.



### Visite du cabinet de groupe Alassio Salute

Le projet «*Alassio Salute*» est porté par deux médecins généralistes exerçant à titre individuel entre Alassio et Laigueglia, les docteurs Francesco Bogliolo et Augusto Gandolfo. Ils ont proposé à sept autres généralistes exerçant à titre individuel de se regrouper en tant qu'associés en société à responsabilité limitée. Ces neuf généralistes représentent quasiment 95 % des généralistes de la zone. Ce projet a été soutenu par le directeur de l'ASL Savonese (Ubaldo Fracases) et par le représentant d'Alassio du syndicat de médecins (Marco Melgrati).

Le cabinet de groupe *Alassio Salute* est installé au rez-de-chaussée d'une ancienne congrégation religieuse, sur une surface d'environ 450 m<sup>2</sup>, dans le centre ville d'Alassio. Les villes d'Alassio et Laigueglia se situent sur la côte ligurienne, dans la province de Savone. Elles bénéficient d'une intense activité touristique tout au long de l'année.

Le groupe est constitué en société à responsabilité limitée (SRL). Un pacte de sociétaire est également déposé devant notaire qui régleme la concurrence, les relations de travail, la solidarité entre les membres, le partage des charges, l'arrivée de nouveaux membres.... Il s'agit d'une forme de regroupement très novatrice en Italie : *Alassio Salute* SRL a signé un contrat particulier avec l'ASL et des communes, pour une durée de quinze ans (à partir de février 2004) et en dehors de la convention nationale. La temporalité du contrat en garantit la pérennité. Le contrat précise les incitations financières reçues par le groupe (de la part de l'ASL et des communes), en contrepartie des services offerts en supplément à la convention nationale (notamment les gardes du week-end), soit 7 000 euros par mois et pour quinze ans. Ceci couvre 70 % des frais d'investissement relatifs à la constitution du cabinet de groupe.

*Alassio Salute* offre ainsi à ses patients :

1. Un guichet unique : les consultations de généralistes ainsi que les prises de rendez-vous auprès des autres services publics de santé. Les consultations sont avec et sans rendez-vous (70 %). Il est possible pour le patient de bénéficier d'une prolongation d'ordonnance, mise à disposition au guichet, après avis du médecin et entretien téléphonique. La durée moyenne d'une consultation est de quinze minutes.
2. Une activité conventionnée de médecine générale et de pédiatrie.
3. Une activité spécialisée en libre profession.

4. Un centre de réservation pour les consultations de spécialiste et d'examen diagnostique avec retour d'information directe auprès du généraliste.
5. Un centre de prélèvement d'ASL ouvert de 7h à 9h.
6. Un bureau d'hygiène sanitaire, notamment pour le renouvellement des permis de travail, ouvert de 12h à 14h30 les jours ouvrables
7. Une salle de consultation pour les pathologies gérées par des médecins du centre en collaboration avec les spécialistes, dans une logique de parcours de soins (diabète, risque cardio-vasculaire, ostéo-arthrite, prévention oncologique, maladies dermatologiques, etc.) et avec le soutien si besoin de la télémédecine.
8. Un dispositif de diagnostic cardiologique et échographique de premier niveau (télémédecine), assuré par les spécialistes en libre profession.
9. Une salle de consultation équipée pour les thérapies parentérales et pansement.
10. Une couverture de la continuité des soins, sept jours sur sept, de 7h à 19h en semaine et de 9h à 19h le week-end, toute l'année, avec au moins un médecin présent. Le patient conserve une relation privilégiée avec son médecin mais peut être vu par un autre généraliste en cas d'absence de celui-ci. Le nombre de patients inscrits sur les listes des généralistes représente pour l'ensemble du groupe 11 000 patients. Tous les dossiers patients sont informatisés et partagés entre les professionnels du groupe. Les urgences graves continuent d'être dispensées directement par le 118. Les services de continuité offerts le week-end sont payés directement par le patient à hauteur de 25 euros la consultation. Un accord d'extension de services jusqu'à 22 heures pour la période de juillet à août (pour gérer l'afflux des touristes) à la demande des commerçants, en contrepartie d'une contribution de la société des commerçants de la ville. Les touristes payent directement 15 euros la consultation, ils sont remboursés *a posteriori* dans leur région.

Les deux médecins à l'origine de la création du groupe sont également les deux représentants légaux de la SRL et sont responsables de l'administration et du management. Au moins une réunion de gestion a lieu chaque semaine. Sept autres médecins gé-

néralistes sont associés. Tous les généralistes (huit hommes et une femme) exercent à temps partiel et la plupart ont une orientation particulière (médecine interne, pneumologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie...). Le groupe compte par ailleurs douze spécialistes, tous sociétaires, et quinze spécialistes non sociétaires, la plupart exerçant à temps partiel et en tant que libre professionnel, pour une représentation des spécialités très large (ophtalmologie, pédiatre, psychiatrie, oto-rhino-laryngologie, cardiologie, dermatologie, endocrinologie, neurologie, rhumatologie, urologie...) et un équipement médical fourni (électrocardiogramme, audiomètre, tonomètre...).

Les autres personnels, salariés, composant le groupe sont trois secrétaires/réceptionnistes, deux infirmières, deux psychologues et deux kinésithérapeutes. Les groupes sous-traitent par ailleurs l'activité comptable et la maintenance informatique. Les infirmières sont notamment responsables des examens de suivi des patients atteints de pathologie cardio-

vasculaires, des électrocardiogrammes, des tests biologiques standards, et donnent éventuellement des conseils par téléphone.

Les médecins du cabinet de groupe ont également des réunions chaque semaine pour échanger sur leur pratique médicale, tous les quinze jours pour traiter de la gestion de certains cas, tous les mois pour la gestion de certaines catégories de patients (partage de protocoles pour traiter certaines maladies comme l'hypertension, diabète, cardiopathie, BCPO, arthropathie) et tous les trimestres pour la formation continue, les revues de pairs... Le cabinet anticipe également de nouvelles modalités dans la gestion de l'enveloppe de médicament.

*Alassio Salute* est l'archétype de la promotion d'une médecine de groupe d'entrepreneur tout en favorisant l'intégration des services de soins primaires et de l'ASL.

**Pays-Bas**

---



## Pays-Bas

### I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires

#### A. Organisation et financement du système de santé

Le système de santé néerlandais est organisé sur la base d'un système d'assurance maladie.

L'organisation et la mise en œuvre de la politique de santé relèvent de la responsabilité du ministère de la Santé publique, de la Prévoyance et des Sports (VWS, *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*). Le ministère est également responsable de l'assurance maladie obligatoire ; il établit le taux des cotisations versées aux caisses en se fondant sur les recommandations du Conseil des caisses d'assurance maladie. La négociation des honoraires entre les caisses et les associations de médecins, de même que les tarifs hospitaliers, sont également soumis à son approbation. Le VWS est en charge de la planification de l'offre de soins et donne son autorisation à la création d'unités hospitalières. Toutes les décisions budgétaires doivent être approuvées par le Parlement.

Avant la réforme radicale du système introduite en janvier 2006, l'assurance maladie aux Pays-Bas a été pendant longtemps caractérisée par la juxtaposition d'une assurance sociale et d'une assurance privée.

Ce système reposait sur trois piliers : d'une part, l'assurance générale pour les soins de santé les plus coûteux et de longue durée (loi AWBZ, *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*), obligatoire pour toute la population, à de rares exceptions près ; en second lieu, les soins médicaux ordinaires et de courte durée couverts par des régimes diversifiés : 65 % de la population, dont les revenus n'excèdent pas un certain plafond<sup>67</sup> étaient couverts par la ZFW (*Ziekenfondsverzekering*), administrée par quelque quarante caisses, 5 % bénéficiaient de régimes légaux d'assurance pour fonctionnaires, et le reste de la population, environ 30 %, dont les revenus étaient supérieurs au plafond escompté, n'était pas éligible au régime obligatoire et devait souscrire une assurance maladie privée ; en dernier lieu, l'assurance volontaire couvrant tous les soins de santé pour lesquels

l'État considère que la prise en charge doit relever de l'initiative individuelle. Cet ensemble de soins est pris en charge aussi bien par les caisses publiques d'assurance que par les assureurs privés. 90 % des assurés bénéficient d'une couverture complémentaire.

En 2006, une réforme importante de l'assurance maladie est entrée en application, avec pour objectif principal d'améliorer l'efficacité du système en encourageant la concurrence sur le marché de l'assurance maladie et des prestataires de soins.

Dès 1986, le rapport Dekker recommandait l'instauration de la concurrence entre les caisses maladie, la suppression de la distinction entre assureurs publics et privés, le libre choix de l'assureur par les patients et l'élaboration de réseaux de soins gérés par les assureurs. Le rapport Dekker, modifié par le plan Simons, prévoyait plusieurs phases de transition avant la mise en œuvre complète de la réforme. Mais si, en 1992, les assureurs ont été autorisés par la loi à négocier avec les prestataires de soins des tarifs inférieurs aux tarifs officiels, la suppression des différences entre caisses publiques et privées n'a jamais été introduite.

La nouvelle réforme appliquée depuis 2006 transforme le système en un système national d'assurance maladie obligatoire aux mains d'assureurs privés. Le système obligatoire (ZFW), le système d'assurance privée et le régime des agents de l'État disparaissent pour être remplacés par un système unique pour tous. En revanche, le premier pilier sur les frais exceptionnels de maladie (AWBZ) et le troisième pilier sur l'assurance complémentaire ne subissent aucun changement.

La réforme abolit la distinction entre caisses publiques et privées pour les soins courants et met en place un système complexe de « péréquation du risque » entre les caisses. La nouvelle assurance prévoit la prise en charge d'un panier de soins dits de base, fixé au préalable par l'État et qui est à peu près comparable aux prestations fournies aujourd'hui par l'assurance obligatoire de la loi sur les caisses maladie (ZFW). La part de l'assuré dans le financement des soins courants devient forfaitaire. Par ailleurs, le mode de financement des hôpitaux va connaître des changements progressifs, pour passer d'un budget global à un système de rémunération à la pathologie<sup>68</sup>.

67 30 700 euros en 2002.

68 S. Cohu, D. Lequet-Slama, P. Volovitch, Réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence, Etudes et Résultats, Drees, novembre 2005.

Une seconde caractéristique du système de santé néerlandais renvoie au rôle important joué par le secteur privé à but non lucratif dans la prestation des soins. Les soins hospitaliers sont en effet fournis dans leur majorité (à plus de 90 %) par des établissements privés dotés de leurs propres organes de gestion et d'administration.

Enfin, soulignons une dernière caractéristique des Pays-Bas qui réside dans la spécificité d'une approche consultative à l'égard de la politique, sur le « modèle des polders » marqué par la recherche du consensus, une culture de collaboration et de compromis, qui joue un rôle déterminant dans l'organisation du système de santé. Cette structuration permet en outre l'intervention d'un grand nombre d'organes consultatifs.

Le financement du système est dominé par l'assurance sociale qui prend en charge 74,4 % des dépenses de santé en 2002<sup>69</sup>, tandis que l'assurance privée représente 14,3 %. La participation du gouvernement est modérée (5,6 %) et provient des impôts généraux. Le paiement direct des patients représente 5,6 % des dépenses de santé.

Aux Pays-Bas, les dépenses totales de santé représentent en 2004 9,2 %<sup>70</sup> du PIB. L'évolution des dépenses sur les dernières décennies indique une relative maîtrise du coût de la santé, si l'on compare avec les autres pays européens. La part des dépenses consacrées aux médicaments est l'une des plus faibles de l'Union européenne. Celle-ci est le fruit d'une politique très stricte d'encadrement des coûts de la santé : enveloppes délimitées pour les soins de ville, mise en place d'un budget global hospitalier, prix de référence pour les médicaments. Cette politique connaît néanmoins aujourd'hui certaines difficultés liées aux effets pervers générés par ces réformes, dont, notamment, l'apparition de listes d'attente dans les hôpitaux et chez les médecins généralistes.

## B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires

### ***Les soins primaires : accès et structure de délivrance***

L'offre de soins aux Pays-Bas est majoritairement privée et s'organise autour de médecins libéraux (généralistes et spécialistes) et d'hôpitaux ou de

cliniques qui sont pour l'essentiel des organismes privés non lucratifs. Les soins primaires et secondaires font l'objet d'une distinction claire en matière de délivrance des soins. Les soins primaires sont très développés et fournis par des médecins généralistes qui jouent un rôle de pivot dans le système de santé néerlandais. Les médecins spécialistes exercent pour la plupart dans les structures hospitalières ou dans d'autres établissements de soins. Si leur rémunération a longtemps été essentiellement à l'acte, elle a néanmoins connu des évolutions récentes avec l'introduction de rémunérations nouvelles comme le salariat ; par ailleurs, la rémunération des spécialistes fait désormais partie de l'enveloppe globale allouée à la structure hospitalière en début d'année.

Les Pays-Bas ont un système de *gate-keeping* depuis 1941. Les patients ont l'obligation de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste dont le référencement est nécessaire pour accéder aux spécialistes et aux soins hospitaliers. Ils conservent le libre choix du médecin chez lequel ils souhaitent s'inscrire, et peuvent revenir sur ce choix une fois par an. L'importance du *gate-keeping* est illustrée par le taux très bas de référencement des patients à des spécialistes (6 %) : la grande majorité des problèmes médicaux est donc prise en charge par les médecins de famille.

Les copaiements en médecine ambulatoire ont été supprimés en 1990.

Les soins primaires représentent les deux tiers de tous les contacts médecin/patient dans le secteur ambulatoire. On compte environ 5,7 contacts par an par patient, ce qui est inférieur à la moyenne européenne. Un élément caractéristique du système néerlandais réside dans le taux particulièrement bas de prescription : celle-ci ne concerne que deux tiers des contacts. La prescription de médicaments n'intervient que dans 50 % environ des diagnostics, alors que ce chiffre oscille entre 75 % et 95 % dans les autres pays européens.

En termes de structures des dépenses de santé, la médecine générale se place dans une position secondaire par rapport à l'hôpital puisqu'elle ne représente qu'un tiers des dépenses contre deux tiers pour le secteur hospitalier.

### ***Les médecins généralistes, pivots du système de santé néerlandais***

Les médecins généralistes sont tous des prestataires indépendants. Leurs honoraires, basés sur un forfait par assuré suivant un système de listes, sont réglés directement par la caisse d'assurance maladie privée. Le niveau de la capitation résulte d'une négociation annuelle entre les profession-

69 Source : ministère de la Santé et des Sports.

70 Source : Eco-Santé OCDE 2006.

nels et les assurances publiques ; à l'issue de cette négociation, c'est le ministre qui en fixe le niveau. Les médecins généralistes ont longtemps exercé pour la plupart majoritairement dans des cabinets individuels, mais la pratique en groupe a beaucoup augmenté ces derniers temps. Si, en 1970, 91 % des médecins généralistes travaillaient en solo, une importante proportion (57 %) exerce aujourd'hui en cabinet de groupe ou dans des centres de santé.

Les médecins généralistes travaillant individuellement ou en groupe ne sont pas associés à des infirmières ou à des équipes multidisciplinaires. Il existe toutefois de telles équipes dans les centres de santé qui desservent environ 10 % de la population. Les centres de santé comprennent principalement des médecins généralistes, des infirmières, des travailleurs sociaux, des kinésithérapeutes et parfois des sages-femmes.

La pratique du médecin généraliste aux Pays-Bas comprend un éventail de soins assez large qui recouvre près de 90 % des soins pratiqués dans le système de santé. Ce panier de soins comprend notamment des actes chirurgicaux légers (par exemple en dermatologie) ou obstétriques. Environ 30 % des accouchements aux Pays-Bas ont en effet lieu à domicile.

L'étendue du champ de la pratique s'accompagne d'un équipement médical important par rapport à la moyenne des médecins généralistes en Europe. Un nombre grandissant de médecins dispose en effet du matériel nécessaire à certaines imageries médicales ou aux examens sanguins.

Une des caractéristiques fondamentales de la médecine générale aux Pays-Bas réside dans le principe de la continuité des soins. Les médecins généralistes passent des accords locaux entre eux, ainsi qu'avec des cabinets d'infirmières libérales, afin d'organiser localement les gardes du soir et du week-end ainsi que le traitement des urgences. Cette obligation de continuité est garantie par la loi.

### ***Les médecins généralistes ne sont pas autorisés à exercer à l'hôpital***

Jusqu'en 1992, les médecins généralistes étaient soumis à un régime d'autorisation de la municipalité concernant leur installation. Cette obligation a été levée depuis, et ils jouissent aujourd'hui d'une liberté totale d'installation.

### Données quantitatives

Le nombre de médecins aux Pays-Bas est inférieur de 10 % à la moyenne de l'Union européenne. La répartition est de l'ordre de 35 % de médecins généralistes et 65 % de médecins spécialistes.

Le nombre de médecins généralistes en exercice s'élève à 7 515 en 2004<sup>71</sup>, dont environ 25 % de femmes. Cela représente environ 1 médecin généraliste pour 2 200 habitants

Le médecin généraliste voit en moyenne 32 patients par jour, et 91 % des consultations ont lieu sur rendez-vous. Le nombre de visites à domicile tend à diminuer, celles-ci représentant en moyenne cinq consultations par jour.

Un *numerus clausus* régleme nte l'accès à la profession médicale pour les médecins spécialistes et les médecins généralistes. Il s'agit d'un *numerus clausus* simple pour les spécialistes (entrée de l'Université) et double pour les généralistes (entrée de l'Université/accès à la spécialité de médecin généraliste).

Le contexte actuel est marqué par une pénurie de l'offre de médecins généralistes.

Un ensemble d'éléments rend cette pénurie d'autant plus manifeste. D'une part, comme partout ailleurs en Europe, la profession médicale se féminise et un nombre croissant de médecins aspire à exercer à temps partiel. D'autre part, le vieillissement de la population engendre des besoins croissants. Enfin, l'apparition de listes d'attente consécutives à l'introduction aux Pays-Bas d'une politique d'enveloppes globales a provoqué un effet d'éviction des patients, de l'hôpital vers la ville.

71 Source : Eco-Santé OCDE 2006.

## II. État des lieux de la médecine de groupe aux Pays-Bas dans le secteur des soins primaires

### A. Le regroupement des médecins : de l'approche idéologique par les centres de santé dans les années soixante-dix et quatre-vingt à l'approche pragmatique des années 2000

#### *L'expérimentation des centres de santé à l'échelon d'une ville nouvelle : un projet ambitieux qui n'a pas été généralisé*

À l'instar de plusieurs pays occidentaux (Royaume-Uni, Finlande, Suède...), les Pays-Bas se sont engagés dans des expériences de soins primaires dans les années soixante-dix – quatre-vingt.

Aux Pays-Bas, le concept de centre de santé primaire a été mis en œuvre à l'échelon d'une ville nouvelle construite sur un polder asséché dans les années soixante-dix à Almere (voir. *présentation de l'expérience d'Almere en partie B*)<sup>72</sup>. Conçu initialement comme un projet pilote dans la perspective d'une généralisation éventuelle, le projet d'Almere n'a finalement pas été reproduit ni diffusé dans le pays. Il n'en constitue pas moins une réalisation exemplaire, toujours opérationnelle, où sont expérimentées de nouvelles formes d'organisation des soins.

La proportion de médecins généralistes exerçant en centres de santé au Pays-Bas en 2003 est de l'ordre de 10 % et n'a pas évolué.

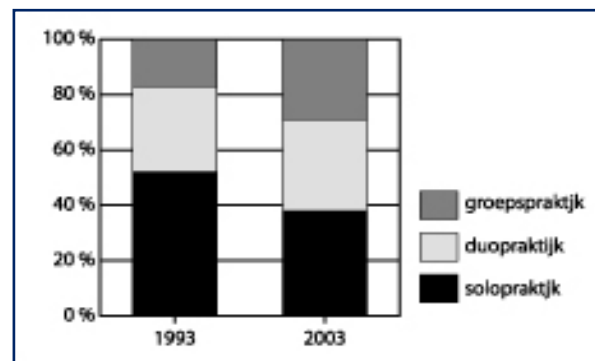
L'absence de diffusion de l'expérimentation d'Almere est expliquée par l'effritement de la volonté politique de développer les centres de santé intégrés. L'« idéologie » des soins de santé primaires qui justifiait les centres de santé n'a pas été soutenue par les gouvernements successifs, d'autant plus que la maîtrise des dépenses est devenue une préoccupation croissante dans le contexte de crise économique induite par les chocs pétroliers des années soixante-dix. Les centres de santé étaient donc surtout remis en cause en raison de leur coût, même s'ils permettaient d'offrir une large gamme de services à la population. Les centres de santé reposant principalement sur une volonté politique, on les retrouve aujourd'hui dans les mu-

nicipalités traditionnellement de gauche, dans les environnements urbains défavorisés ou comme à Almere dans les villes nouvelles<sup>73</sup>.

#### *L'augmentation régulière et progressive des médecins installés en indépendants et exerçant en groupe, en dehors de toute politique incitative*

En parallèle au développement des centres de santé, les médecins hollandais se sont progressivement regroupés. Ainsi, les médecins généralistes installés en indépendants au Pays-Bas exercent aujourd'hui majoritairement en groupe et cette tendance est en augmentation. Le nombre de médecins exerçant seul (*solopraktijk*) est passé de 52 % des médecins généralistes en 1993 à 39 % en 2003.

**Graphique n° 1**  
**Pourcentage des formes de pratiques en médecine générale aux Pays-Bas entre 1998 et 2003**



Source : Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2003. NIVEL.

Il est important aux Pays-Bas de bien distinguer les pratiques de regroupement à deux médecins des regroupements de trois médecins au moins. Le regroupement de deux médecins (*duopraktijk*) signifie en priorité que les médecins sont regroupés dans un même bâtiment. Ils n'ont généralement pas de personnel spécifique et les services offerts ne sont pas différents de ceux offerts par un médecin installé seul. Cette forme d'association traditionnelle dont le but est principalement le partage des charges n'a pas beaucoup augmenté comme le montre le tableau ci-dessus. Si l'on regarde la distribution des médecins généralistes, on constate qu'en dix années (de 1993 à 2003), la proportion de médecins généralistes installés en *duopraktijk* (33 %) n'a pas changé.

72 « ...The typical Dutch way of constructing a health care system is as follow. Take a large quantity of water, build a dyke around it, pump the water out of it, build a couple of new towns and villages and provide this newly reclaimed land with a (new) health care system...." (Zee, 1990 in Sixma H)

73 Le développement des centres de santé aux Pays-Bas apparaît à ce titre très similaire à ce qui s'est passé en France à la même époque avec les expériences de centres de santé portées par le gouvernement socialiste de 1981 et le développement des centres de santé municipaux dans les villes ou les conseils généraux traditionnellement à gauche (Seine-St-Denis, St Nazaire, la ceinture « rouge » autour de Paris...).



C'est la part des médecins installés en groupe d'au moins trois médecins (*groepspraktijk*) qui a progressé, passant de 17 % à 29 % entre 1993 et 2003.

Ces regroupements peuvent se faire avec d'autres professionnels (kinésithérapeutes, pharmaciens, sages-femmes qui jouent un rôle très important dans le suivi des grossesses et les accouchements aux Pays-Bas) et relèvent d'une dynamique plus « entrepreneuriale<sup>74</sup> » que sur le modèle des centres de santé. Les médecins ne sont pas salariés et peuvent être associés aux autres professionnels ou les salarier. Le cabinet de groupe de la ville de Huizen qui est décrit plus loin illustre avec beaucoup d'avance sur son époque un regroupement de médecins indépendants porté par une dynamique médicale et soutenu par les compagnies d'assurance.

### **Le regroupement des médecins pour la formation et la permanence des soins**

Les Pays-Bas sont caractérisés depuis longtemps par un regroupement des médecins sur une base territoriale au sein des groupes locaux de travail, formes de clubs des médecins généralistes sur un territoire donné. Ces regroupements d'une dizaine de praticiens à l'échelon du quartier visent principalement à permettre la connaissance réciproque des médecins et l'organisation de formation continue à l'occasion de discussions sur des objectifs communs.

Ces groupes ont par exemple fait l'objet de programmes de discussions et d'échanges entre médecins et pharmaciens d'un même quartier sur les pratiques de prescription<sup>75</sup>. Ces groupes qui ont été en partie suscités par l'association professionnelle des médecins généralistes (LHV) constituent un puissant levier d'action aussi bien pour la diffusion des recommandations médicales que pour l'autorégulation de la profession. Les pratiques « déviantes » peuvent y être discutées entre pairs.

Enfin, ces groupes constituent le cadre d'organisation de la permanence des soins hors des heures de consultation et les week-ends. Ce rôle est néanmoins de plus en plus souvent assuré par de nouvelles formes d'organisations en émergence spécifiquement consacrées à la permanence des soins. Ces organisations autonomes, à but non lucratif, gérées par les médecins couvrent une

large population (de l'ordre de 80 000 habitants) et offrent un service de réception et d'orientation des appels, une activité de consultation 24h / 24h à proximité des urgences hospitalières, et des visites à domicile d'un médecin accompagné d'un chauffeur. Ces formes de regroupement permettent de diminuer la fréquence des gardes pour les médecins et de sécuriser leur exercice en garde au domicile.

La régulation de l'installation des médecins généralistes<sup>76</sup>, dont la fonction de *gate-keepers* est reconnue depuis 1941, comme la constitution d'un espace institutionnel universitaire et scientifique spécifique, a favorisé l'organisation de la médecine générale en spécialité. L'organisation nationale des médecins généralistes s'appuie sur les groupes locaux auxquels les médecins généralistes adhèrent pratiquement tous.

### **La réorganisation des soins primaires et le regroupement des médecins généralistes : une réintroduction du débat moins « idéologique » vers une politique incitative visant à soutenir des dynamiques « d'entrepreneur » ?**

Une nouvelle réflexion se fait jour aux Pays-Bas, visant à réintroduire l'idée de soins primaires plus intégrés ou tout au moins la nécessité de changer en profondeur l'offre de soins primaires. Cela est principalement conditionné par un changement de contexte de la pratique autour de trois éléments en interaction : l'augmentation de la demande, sa spécialisation conduisant à étendre la gamme des services à proposer (vieillesse de la population et croissance des pathologies chroniques...), la féminisation de la profession, et la modification des attentes des professionnels par rapport à leur cadre d'exercice et leurs conditions de travail (contenu et mode d'exercice).

Trois points importants favorisent le consensus sur le nécessaire accroissement de l'activité en groupe dans ce mouvement de « renouveau des soins primaires » :

1. Le contexte général qui est d'accroître le pouvoir et la responsabilité (le risque) de l'assurance. L'assurance contracte ensuite avec les professionnels mais sans avoir forcément la capacité de mettre les professionnels en concurrence. Dans ce contexte, le regroupement est perçu comme un moyen d'atteindre un objectif de plus grande efficacité.

74 On évoque ici la notion d'entreprise non pas dans une finalité capitalistique, mais plutôt dans le sens d'entrepreneuriat social.

75 Geert A L Kocken Medication discussion groups in the Netherlands : five years of experience Medical Education Volume, 33 Issue 5, p. 390 - may 1999.

76 Les médecins généralistes étaient soumis jusqu'en 1992 à un régime d'autorisation d'installation par la municipalité où ils voulaient s'installer. Les médecins sont désormais libres de s'installer où ils le souhaitent mais en pratique leur installation est soumise à la cooptation par leurs pairs déjà présents sur la zone.

2. La pénurie anticipée des médecins généralistes du fait de la croissance de la demande et de la diminution de la disponibilité de l'offre (diminution des temps de travail : féminisation...).
3. La conviction que l'accroissement de la performance clinique passe par le regroupement de différentes compétences car lui seul peut permettre une prise en charge adéquate (qui nécessite une extension de services) notamment des pathologies chroniques de plus en plus fréquentes.

En pratique, comme nous l'avons décrit précédemment, différentes formes de regroupements coexistent aux Pays-Bas, de la pratique à un ou deux médecins et trois médecins et plus (10-15 % des médecins généralistes) jusqu'à l'existence d'un réseau de quatre groupes en milieu rural partageant la même base de données et une infirmière.

Mais si le développement des groupes est réel, il a été très progressif alors même que les conditions favorisant le regroupement étaient présentes. Ce faible développement peut s'expliquer par l'absence d'incitations financières réelles, la difficulté d'envisager le travail en commun pour les médecins généralistes<sup>77</sup> et le faible intérêt des patients qui ne sont pas favorables à des groupes de grande taille et préfèrent une relation personnalisée.

Le projet actuellement en débat, qui comporte un volet sur le développement du rôle des infirmières en soins primaires, est de contractualiser à terme avec les « pratiques » ou groupes et non plus avec les médecins individuellement, sur la base d'objectifs déclinés en termes de services fournis. Ce modèle de contractualisation s'apparente à celui qui est développé au Royaume-Uni dans le cadre du « *New Gp Contract* » à la différence qu'il ne s'agit pas dans ce cas d'un contrat national mais d'un contrat négocié régionalement entre représentants des médecins et des assureurs. Cette approche plus pragmatique que l'emploi de médecins salariés dans des centres de santé vise à respecter l'autonomie et la dynamique professionnelle.

Ainsi, aujourd'hui, dans un contexte politique différent, non plus orienté comme dans les années soixante-dix - quatre-vingt vers la structuration de l'offre de soins, mais davantage vers la demande et la prise en compte des attentes des organismes assureurs, on assiste à nouveau à une volonté de modifier l'organisation des soins primaires. L'organisation de la médecine de soins primaires en

<sup>77</sup> Cette difficulté dépasse de loin l'exercice de la médecine générale et concerne l'exercice de la médecine dont il est traditionnellement admis qu'elle repose sur un modèle très individualiste aussi bien dans la formation que dans la pratique. Cette question, que l'on prend ici comme une donnée, mérite par ailleurs un examen très approfondi.

groupes offrant une gamme de services élargis peut alors rencontrer l'objectif des assurances qui cherchent à proposer des soins adaptés aux besoins, peu chers et qui satisfassent les assurés.

## B. Éclairage monographique : présentation de la fondation de santé à Almere et du cabinet de groupe de la ville d'Huizen

### La *Zorggroep Fondation* - Le groupe de soins primaires d'Almere

La fondation *Zorggroep* a été créée lors de la création de la ville nouvelle d'Almere il y a vingt-cinq ans, construite sur un polder, au nord est d'Amsterdam. La ville d'Almere est passée depuis de 0 à 170 000 habitants.

Le dispositif de soins primaires développé à Almere est décrit comme un projet, avec une nouvelle vision dans une ville nouvelle, planifié dès l'origine, à savoir un vaste réseau de soins primaires communautaires et intégrés. Les principes mis en avant sont la continuité des soins (inscription des patients, gatekeeping), orientés vers la famille avec une accessibilité directe, sous financement d'assurance publique et privée. Le dispositif comprend les services suivants :

- 21 centres de soins primaires, unité de base du recours ;
- 3 résidences de soins médicalisés ;
- un centre de soins à domicile.

La répartition des groupes est territorialisée sur les cinq zones de la ville d'Almere (port, ouest, est, nord, banlieue), chaque zone regroupant environ 30 000 à 40 000 habitants. Il existe un groupe de soins primaires pour chaque zone qui comprend un point soins à domicile, parfois un centre de soins en résidence, et plusieurs groupes de soins primaires.

*Almere Care Group* rassemble 2 300 employés, dessert une population de 175 000 clients, a réalisé un million de consultations et visites en 2003 et dispose d'un budget annuel de 90 millions d'euros.

La structure juridique de support est une « fondation » qui est une structure privée sans but lucratif. À la différence d'une association loi 1901, les membres du conseil d'administration sont nommés et non élus. Une mise de fond initiale n'est pas nécessaire en Hollande pour créer une fondation.

L'origine de ce projet, au sein duquel étaient associés médecins et élus, est confondue avec la nais-

sance de la ville nouvelle d'Almere. Le projet de soins primaires a été intégré dans le projet de la ville nouvelle. Il prend sa source dans une dynamique politique de gauche et réformatrice et a accompagné la dynamique à l'époque de l'expérimentation sociale. C'est donc un projet initialement porté par une idéologie, voire une utopie (celle des soins primaires).

Il existe un niveau de pilotage, de planification, de support et de management qui comprend une centaine de salariés dont la moitié (principalement des femmes) travaille à temps partiel. Le personnel central a été récemment réduit de quarante personnes en raison de difficultés financières mais aussi peut-être face à une bureaucratisation croissante. Le niveau central comprend trois branches : politique et recherche, organisation commune des services, administration.

Le niveau de management assure les fonctions suivantes :

- la gestion des ressources humaines et des structures ;
- la planification des ressources provenant des assureurs publics et privés (+ autres subsides) ;
- le soutien et la promotion de l'innovation (méthodologie, financement...) ;
- la gestion du système d'information commun et notamment la gestion commune de l'information sur la permanence des soins dispensés par les médecins qui vont pratiquer dans un centre commun pour toutes les zones (deux médecins de garde et un médecin pour les visites à domicile). Les dossiers de tous les patients sont informatisés dans chaque centre de soins. L'informatisation est centralisée (sur un serveur commun qui se trouve au siège), ce qui permet l'accès aux dossiers pour les médecins de garde d'une part, mais permet aussi l'accès au dossier pour le patient par le biais d'Internet (il s'agit d'une expérimentation en cours).

*Zoorgroep* assure la gestion financière de l'ensemble des ressources issues des activités des différents acteurs de soins. Il collecte les montants alloués par les assureurs, soit sous forme de budget quand les patients relèvent d'un financement à la capitation, soit au prorata de la consommation des soins pour les patients dont les dépenses sont payées aux médecins à l'acte. *Zoorgroep* collecte aussi l'ensemble des allocations relatives aux services rendus.

Le dispositif *Zoorgroep*, à la différence de ce qui se passe traditionnellement dans le système de soins hollandais ou les professionnels ont une relation directe avec les assureurs, joue le rôle d'intermédiaire entre les assureurs et les professionnels. La thèse principale du projet est que *Zoorgroep* permet d'in-

nover, de développer des actions d'éducation à la santé et d'offrir des soins mieux intégrés et coordonnés en raison des fonctions de support offertes, et de la capacité à soutenir les professionnels de soins. La concentration de certaines fonctions (management et ressources humaines, gestion des systèmes d'information, gestion financière...) permet de réaliser des économies d'échelles et d'offrir ainsi un meilleur service aux populations. Les professionnels y trouveraient aussi un avantage en termes de confort, par le choix de la forme d'exercice et la possibilité d'évoluer dans leur carrière. Il est en effet envisageable pour un médecin généraliste d'évoluer au sein de l'organisation soit géographiquement, soit en développant des projets innovants, soit en prenant des responsabilités de management.

Le niveau de délivrance des soins repose principalement sur le centre de soins primaires. Les groupes de soins primaires sont pluriprofessionnels. Ils comprennent : des médecins généralistes, des médecins assistants, le personnel de secrétariat / réception, des kinésithérapeutes, des infirmières praticiennes, des sages-femmes, des pharmaciens, des dentistes...

L'ensemble des professionnels de santé qui travaillent dans le groupe de soins de santé est rémunéré sur la base d'un salaire. Les médecins ont un contrat d'exclusivité avec le groupe et ne peuvent pas aller travailler ailleurs ou en pratique privée. Est inclus dans leur contrat l'obligation de participer aux permanences de soins en dehors des heures d'ouverture des centres de santé. Cette obligation est proportionnelle au type de contrat partiel ou temps plein.

Il ne semble pas exister de problème de recrutement des médecins, le mode d'exercice proposé étant attractif.

[www.zoorggroep-almere.nl](http://www.zoorggroep-almere.nl)

#### ***La visite du centre de santé « Gezhodheidscentrum Perspectief »***

Il s'agit du centre de santé primaire le plus récent. Il a été créé en 2002, dans un bâtiment à l'architecture novatrice et lumineuse, dans un nouveau quartier de la nouvelle ville. Une pharmacie est attenante au centre. Légalement, la pharmacie ne peut avoir de communication directe avec le centre mais en pratique, elle est incluse dans le même bâtiment.

Le centre de santé est ouvert toute la semaine de 8h à 17h, les heures de prises de rendez-vous sont de 8h à 11h. La permanence des soins et l'urgence sont dispensées par une autre structure gérée par la *Zoorgroep* fondation et les médecins du centre y participent comme les autres médecins des autres centres (environ une fois par mois).

À l'entrée se trouvent deux secrétaires-réceptionnistes. La salle d'attente est commune, longue (assimilable à une sorte de rue). De nombreux documents

sont disposés sur des présentoirs. L'un d'entre eux présente, sous la forme de tableaux, quarante dépliants qui sont des guides de conduite à tenir pour quarante situations cliniques. Ces documents expliquent au patient la nature du processus en cause, ce qu'il est possible de faire ou ce qui est inutile, la conduite à tenir (se traiter soi-même, surveiller, dans quelle situation faire appel au médecin). Ils sont édités par le collège scientifique des médecins généralistes (NHG). Leur présence est obligatoire dans tous les cabinets de médecine générale (une version pour les médecins est également distribuée à chaque médecin).

Le centre comprend une salle pour réaliser les électrocardiogrammes, une salle pour réaliser de la petite chirurgie, plusieurs bureaux de consultations pour les médecins et les autres professionnels.

L'équipe est composée de 5 médecins généralistes (pour 3.2 ETP), de 6 assistants médicaux<sup>78</sup>, d'une infirmière praticienne<sup>79</sup> (pour 0.5 ETP), de sages-femmes, d'un travailleur social, d'un dentiste et d'un pharmacien.

Le centre est géré par un « *practice manager* » non-médecin. Il s'occupe principalement des aspects financiers, la gestion des ressources humaines, du lien avec l'échelon de pilotage. Chaque profession a un « *team manager* » reconnu. Nous avons rencontré le manager médical, un médecin généraliste qui a été formé pendant deux ans à la fonction de management, à raison d'un jour par mois. Il se décrit comme responsable notamment de la pratique au quotidien et de la continuité des soins. Il est aussi initiateur de multiples projets comme la mise en place et le test d'un système de sollicitation des patients auprès du centre par Internet, le suivi du programme de soins avec l'infirmière et la mise en place d'une

démarche d'éducation du patient à l'autogestion de certains problèmes de santé. Pour ce dernier projet, quand le patient consulte pour un symptôme ou un motif compris dans une liste de 18 situations types (piqûre d'insecte, toux chez un enfant, diarrhée chez un adulte, syndrome grippal...), le médecin lui confie alors un petit carnet qui propose pour chacun de ces motifs une explication et une conduite à tenir en fonction des signes constatés. L'objectif est ainsi d'éduquer le patient à se prendre en charge lui-même face à ces situations types. Le document et la démarche sont élaborés par le centre avec le soutien du niveau central.

Les patients qui habitent sur la zone desservie par le centre sont inscrits auprès de celui-ci. Comme partout en Hollande, l'inscription auprès d'un médecin généraliste est obligatoire, ce qui est aussi le cas à Almere. Le patient s'inscrit auprès du médecin du centre qui a encore de la place sur sa liste. Le centre d'Almere a 7 500 patients inscrits, soit environ 2 000 patients par médecin pour un ETP (un médecin travaillant à temps plein ne peut avoir plus de 2 000 patients inscrits sur sa liste). Les patients ont également l'obligation de s'inscrire auprès d'une pharmacie.

Les patients peuvent s'inscrire auprès d'un autre médecin installé, par exemple, en pratique isolée sans aucun lien avec le groupe de soins de santé d'Almere. De fait, il semble que peu de médecins s'installent sur la ville d'Almere. Le dispositif de groupe de soins de santé est donc une structure en situation de monopole, les patients ayant le choix du médecin du centre chez lequel ils s'inscrivent en fonction des places disponibles.

En pratique, d'après les professionnels que nous avons rencontrés, le délai d'attente peut être de deux jours, notamment si un patient souhaite voir son médecin particulier. S'il ne veut pas attendre, et selon la situation, le patient peut être orienté vers l'infirmière praticienne ou, si son cas requiert un avis médical, vers un médecin disponible le jour même.

En termes de financement, le centre reçoit des ressources directement de *Zoorgroep*. Les médecins reçoivent des salaires. *Zoorgroep* produit de l'information sur les performances des différents centres et est engagé dans une démarche de « *benchmarking* ». Les tableaux de bord sont en phase d'élaboration.

<http://www.zoorgroep-almere.nl/gezondheidscentra/perspectief>

78 L'assistant médical aux Pays-Bas reçoit une formation spécifique, niveau moyen. Les assistants peuvent remplir de multiples fonctions. C'est le médecin qui leur délègue la réalisation de certaines tâches en fonction des situations. Dans le centre que nous avons visité, les assistants médicaux ont une fonction de réceptionniste et réalisent un premier tri des appels et peuvent selon les cas donner un conseil téléphonique, proposer un rendez-vous auprès d'une infirmière praticienne (*nurse practitioner*), ou prendre un rendez-vous auprès d'un médecin. La règle est d'un assistant temps plein pour 2 300 patients. La plupart travaillent de fait à temps partiel.

79 La présence d'une infirmière praticienne est nouvelle dans le centre et fait partie d'une expérimentation nationale mise en place également à Eindhoven au sein de douze pratiques de groupe. Ce projet expérimental sera évalué par l'université de Maastricht. L'infirmière praticienne assure les consultations de première intention sauf en cas de problème particulier ; elle n'est pas autorisée à prescrire.

**La visite du centre de santé « Gezhodheidscentrum De Molenwiek »**

Ce centre est plus ancien, comme en témoignent son architecture et l'usure de son bâtiment. Il est situé dans un quartier défavorisé où résident un grand nombre de personnes âgées. Une pharmacie est, là aussi, intégrée au centre. C'est la pharmacienne qui est la *practice manager* du centre.

Ce centre présente des caractéristiques similaires à celles du centre *Perspectief* dans la mesure où il dispose de salles de consultations pour les médecins et l'infirmière praticienne, d'une salle pour réaliser de petites interventions et d'une autre pour réaliser les frottis cervico-vaginaux. Certains examens biologiques simples peuvent être réalisés (tests urinaires...) ou techniques comme les audiogrammes. Enfin, les assistants peuvent aussi réaliser des prélèvements sanguins.

L'équipe est composée de 5 médecins généralistes pour 3.6 Equivalents Temps Plein, 3.8 ETP d'assistants, trois kinésithérapeutes pour 2.6 ETP et un travailleur social pour 0.5 ETP. Environ 7000 patients sont inscrits dans ce centre. Ce centre semble avoir des difficultés de recrutement, pour tous types de professions.

La responsable nous expose une situation sensiblement différente que celle du centre *Perspectief*. Il semble être soumis à une forte intensité de travail due à une demande croissante (problèmes sociaux et demande plus importante liée à l'âge de la clientèle).

**La visite du cabinet Groepspraktijk dans la ville de Huizen**

Le *Groepspraktijk Huizen* est l'un des premiers cabinets de groupe constitué aux Pays-Bas. Créé en 1973, il résulte d'un regroupement de médecins dans la ville de Huizen. Ce regroupement a été conduit à l'initiative d'un médecin leader (à la retraite depuis 1990). Le projet a été finalisé en deux à trois années et a reçu à l'époque le soutien des organismes d'assurance maladie. La question patrimoniale a été réglée entre les médecins principalement par le fait que l'investissement initial a été réalisé par l'assurance maladie (un seul médecin n'est pas venu sur le nouveau site et a gardé son cabinet en ville même s'il fait partie du groupe). Les femmes des médecins, qui étaient traditionnellement leurs assistantes, n'ont pas été admises à travailler dans la nouvelle structure qui a de fait recruté des assistantes.

Le groupe a démarré avec 7 médecins à temps plein et en comporte aujourd'hui 9 - 4 femmes et 5 hommes (les 4 médecins femmes travaillent à temps partiel ce qui fait un total de 7 ETP). Les départs de médecins sont uniquement liés à des départs à la retraite. Pour nos interlocuteurs, le fait que les médecins ne quittent pas le groupe est le signe que ce dernier répond à leurs attentes. Le groupe n'a pas de difficultés à recruter des médecins et reste donc très attractif.

Le groupe avait au départ 18 000 patients inscrits (16 000 aujourd'hui du fait d'une baisse de la population de la ville).

Il emploie 10 assistantes qui travaillent toutes à temps partiel (6.1 ETP), 2 infirmières praticiennes<sup>80</sup> (pour 1.2 ETP), un assistant d'administration pour 0.4 ETP et un cadre financier pour 0.6 ETP.

Le groupe dispose d'un manager à temps plein.

Le groupe est logé dans un bâtiment ad hoc, conçu comme une rue avec de part et d'autre le cabinet de chaque médecin, sa salle d'attente et plusieurs salles permettant la réalisation de prélèvements et d'examen techniques.

Une pharmacie est installée dans le même bâtiment.

80 C'est assez tardivement que les infirmières praticiennes ont été recrutées. C'est une infirmière employée initialement comme assistante qui a été intéressée à suivre une formation à Nijmegen pour devenir praticienne. Le groupe a accepté de financer la formation qui a finalement été suivie par deux personnes. Ces infirmières praticiennes ne sont plus considérées comme des assistantes et exercent en pratique comme infirmières. Elles donnent des conseils pour des patients ayant des pathologies particulières mais ne font pas de diagnostic. Il semble que l'intervention des infirmières praticiennes se traduise par une amélioration de la qualité notamment en ce qui concerne le suivi des patients et la gestion des données. Par contre, il ne semble pas que l'intervention des infirmières ait permis de décaler du temps pour le médecin.

Le cabinet est ouvert au public de 8h à 17h30 tous les jours de la semaine et le samedi de 9h à 12h. Les médecins ont une plage de consultation libre entre 8h et 8h15. Les urgences en dehors des heures d'ouverture sont assurées par la structure d'urgence qui couvre la zone et qui est indépendante du cabinet.

20 % de l'activité du cabinet a lieu au domicile. Les visites sont réalisées soit par les médecins, soit par les infirmières praticiennes.

Les réceptionnistes (assistants) reçoivent les appels, analysent la demande et orientent les patients vers leur médecin attitré (toutes les consultations sont sur rendez-vous). Si celui-ci n'est pas disponible rapidement, il est proposé au patient de voir un autre médecin ou de voir son médecin ultérieurement. L'infirmière praticienne ou l'assistante est en deuxième position après le médecin. Les assistantes peuvent être amenées à réaliser de nombreuses tâches comme la prise de rendez-vous, des prélèvements et dans certains cas des renouvellements de prescription. La règle est que le médecin voie les patients de sa liste sauf si ces derniers souhaitent obtenir une consultation en urgence. Le temps moyen de consultation est de quinze minutes. Les infirmières praticiennes peuvent rendre visite aux patients à domicile, suivre les patients chroniques (asthme, hypertension artérielle, tabac...) et s'occuper des programmes de vaccination.

Le budget du groupe est constitué d'une part par les montants versés à la capitation par les compagnies d'assurance maladie pour les patients qui relèvent de ces organismes (50 % du budget) et d'autre part par les actes remboursés par les compagnies d'assurances des patients qui doivent s'assurer par eux-mêmes (50 % du budget).

Des financements supplémentaires ont été introduits dès le début du projet afin de financer le bâtiment,

les personnels administratifs et de gestion. Il s'agit de financer les coûts supplémentaires induits par le regroupement. Ces fonds alimentent le budget du groupe depuis dix-neuf ans. Ils traduisent l'intérêt des assureurs auprès de ce projet.

Le groupe reçoit un budget spécifique pour rémunérer les infirmières praticiennes.

L'ensemble des ressources sont mises en commun et les revenus pour les médecins sont répartis au prorata du temps de travail selon deux situations, le temps plein et le mi-temps.

Les activités sont réparties entre les médecins. L'un a en charge les aspects financiers, un autre les ressources humaines, un troisième est en charge du système d'information. Le responsable médical change tous les trois ans. Une salle de réunion a été spécialement aménagée pour les médecins qui s'y réunissent régulièrement.

Certains médecins ont une orientation particulière, asthme, cardiologie, chirurgie mineure, ophtalmologie.

Le cabinet accueille des médecins en formation et mène plusieurs programmes. Il peut s'agir de la déclinaison locale d'une campagne nationale de dépistage, le suivi de patients chroniques ou la réalisation d'une campagne de vaccination (le cabinet a lancé une campagne de vaccination contre la grippe pour les personnes âgées de la clientèle en 2003 avec un résultat de taux de vaccination de 70 %).

Notre interlocutrice considère que les centres de santé sont plus coûteux pour une productivité moindre. Nous n'avons pas pu recueillir d'éléments comparatifs.

<http://www.groepspraktijkhuizen.nl>

**Suède**

---





## Suède

---

### I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires

#### A. Organisation et financement du système de santé

---

La Suède a un système national de santé caractérisé par une couverture et un accès aux soins universels. L'offre de soins est essentiellement publique, et financée en grande partie par l'impôt. Le financement résulte d'impôts prélevés à la fois au niveau national et au niveau régional ou local. Le financement public des dépenses de santé s'élève à 82 % au-dessus de la moyenne européenne, qui est de 74 %.

La gestion du système de santé est marquée par une forte décentralisation, à l'instar de deux autres pays nordiques, le Danemark et la Finlande. En Suède, la décentralisation a lieu à l'échelle des régions. Celles-ci financent environ deux tiers des dépenses de santé, l'État prenant en charge environ 10 % de ces dépenses.

Trois niveaux politiques et administratifs jouent un rôle important dans l'organisation du système de santé. Le gouvernement central établit les principes de base du système par le biais de lois et de décrets. La loi de 1982 (*Hälso- och sjukvårdslag*) pose les fondements d'un accès aux soins universels et de bonne qualité et donne cette responsabilité aux vingt régions et à une grande municipalité (*Gotland*). Le ministre de la Santé et des Affaires sociales (*Socialdepartamentet*) est compétent dans les domaines de l'offre de soins et de l'assurance sociale et émet des propositions de législation au Parlement. Le Conseil national de la Santé et des Affaires sociales (*Socialstyrelsen*), autorité qui siège auprès du gouvernement central, a des fonctions de conseil, d'expertise et d'évaluation. Cette instance suit de près l'organisation des services de santé, afin de juger si les objectifs mis en œuvre par le gouvernement central sont atteints. Elle est également compétente pour donner des directives nationales de « bonnes pratiques ».

Conformément à la législation de 1982, c'est aux régions que reviennent le financement et l'organisation du système de santé. Les priorités définies par le gouvernement central sont appliquées de façon assez libre par les régions qui font preuve d'une très grande autonomie dans la gestion du système de santé. Les vingt régions sont responsables de l'offre de soins dans des territoires dont les populations varient de 60 000 à 1,8 million de

personnes et lèvent directement les impôts. Elles décident de la répartition des ressources vers les différents services de santé et sont responsables de la délivrance des soins primaires et secondaires. Les régions gèrent également les hôpitaux, les centres de santé et les autres institutions, même lorsque celles-ci sont organisées par des prestataires privés, lesquels, dans la plupart des cas, ont établi des contrats avec les régions. Ils sont gouvernés par des conseils élus tous les quatre ans.

Le troisième niveau administratif et politique est constitué par les 290 municipalités, qui sont surtout responsables des services de soins à domicile pour les personnes âgées et handicapées. C'est la réforme Ädel de 1992 qui a transféré aux municipalités les compétences de certains services à dominante sociale.

Si les dépenses de santé ont souvent augmenté ces dix dernières années dans la plupart des pays européens, la part du PIB consacrée à la santé est restée assez stable en Suède, de l'ordre de 9,1 % en 2004.

#### B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires

---

##### *Développement des soins primaires*

Malgré une véritable expansion dans les années quatre-vingt, le secteur des soins primaires en Suède ne constitue pas le pivot du système de santé qui demeure très hospitalo-centré. La volonté de promouvoir le rôle des soins primaires est affirmée par les pouvoirs publics depuis de nombreuses années. Au début des années quatre-vingt, il est établi que les soins primaires devront être fournis exclusivement au sein de centres de santé, dont le nombre double alors en l'espace de cinq ans. En 1995, les autorités inscrivent pour la première fois dans la législation l'importance du rôle des soins primaires comme base du système de santé. L'objectif est de transformer un système centré sur l'hôpital vers un système faisant une place plus fondamentale aux soins de première ligne.

La réforme du médecin personnel, au milieu des années quatre-vingt-dix, s'inscrit dans cette évolution, avec le lancement de l'objectif national d'un médecin de famille pour 2 000 habitants. Les régions sont désignées pour être les acteurs cen-

traux de ce processus. Celles-ci doivent également coopérer avec d'autres prestataires, publics ou privés. Par ailleurs, des accords mutuels sont signés entre le gouvernement et la Fédération des régions (*Landstingsförbundet*), dans le but de renforcer la position du patient et de garantir l'accès aux soins.

Outre ces aspects relatifs à l'organisation des soins, l'accord prévoit également de mettre l'accent sur les questions de qualité et d'évaluation des soins. Des directives nationales sont promulguées dans ce sens par le Conseil national de la Santé, qui doit faire l'objet d'une adaptation locale. Le Conseil a également mis en place, en coopération avec les régions, un système national d'information concernant le développement des soins primaires. Ce système est notamment utile pour effectuer des comparaisons de l'organisation des soins selon les zones géographiques.

Dans le même sens, le Parlement suédois a approuvé pour la période 2001-2004 un plan national pour le développement des services de santé, dont l'objectif principal est de favoriser une approche coordonnée de l'accès aux soins des patients, ainsi qu'une répartition rationnelle entre les différents niveaux de soins pour chaque patient individuel et chaque groupe de patients. L'une des priorités de ce plan national est le développement des soins primaires, qui est affirmé une nouvelle fois comme base du système.

En 2002, les régions ont dépensé 125 milliards SEK (= 14 milliards d'euros) pour la santé. Cette somme a été répartie en moyenne comme suit : 60 % sont allés aux soins hospitaliers, 19 % aux soins primaires et 11 % aux soins psychiatriques. Si ces dépenses sont restées stables entre 2001 et 2002, une légère augmentation de la part consacrée aux soins primaires a néanmoins été observée dans douze des vingt régions.

Des prévisions s'appuyant sur neuf régions envisagent pour la période 2002-2005 un transfert d'une part des dépenses totales vers les soins primaires et les soins psychiatriques, de l'ordre de 1 à 2 % supplémentaires. On prévoit 24 % pour les soins primaires et 13 % pour les services psychiatriques.

Mais si cette évolution indique une croissance des dépenses consacrées aux soins primaires, elle reste néanmoins en deçà de ce qui avait été envisagé initialement. Ceci est en partie dû aux faits que les soins spécialisés à l'hôpital ont souvent excédé le cadre budgétaire prévu. Et s'il s'avère que la tendance observée se confirme en termes de développement des soins primaires, ce transfert restera néanmoins marginal<sup>81</sup>.

Ces observations constituent une moyenne générale. En effet, l'organisation des soins se décline différemment selon les régions, lesquelles n'allouent pas les ressources dont elles disposent de façon identique. On constate à cet égard d'importantes variations entre les différentes autorités régionales. En 2002, le coût de la santé par habitant variait de 12 872 SEK (1 450 euros) dans la région de Halland, à 15 494 SEK (1 750 euros) dans la région de Västernorrland. Les coûts liés aux soins primaires font montre de variations encore plus grandes : l'écart est de 1 871 SEK (210 euros) dans la région de Kronoberg, à 3 810 SEK (430 euros) dans la région de Västernorrland.<sup>82</sup> Une partie de ces variations s'explique toutefois par les différences de responsabilité (entre régions et municipalités) en termes de délivrance de soins à domicile.

### **Les soins primaires : accès et structures de délivrance**

L'offre de soins primaires en Suède est essentiellement publique. Elle coexiste toutefois avec un secteur privé, minoritaire, mais en constante augmentation.

L'offre de soins primaires est surtout le fait des centres de santé qui constituent la base du système et qui offrent à la fois des soins curatifs et préventifs (*pour une approche détaillée, voir deuxième partie*). Les médecins spécialistes exercent à l'hôpital. Les patients peuvent également s'adresser à des services de consultations externes à l'hôpital. Ces visites représentent près de la moitié des consultations totales de première ligne en Suède : en 2003, 48 % de toutes les consultations ont lieu à l'hôpital et non au centre de santé.

Un changement significatif introduit récemment par les régions est la liberté pour le patient de choisir son médecin. Les patients peuvent donc se rendre directement dans l'une ou l'autre de ces structures de délivrance de soins primaires. Il n'y a pas de système de *gatekeeping*, et pas d'enregistrement des patients : les patients peuvent s'adresser directement à l'hôpital, sans passer par les services des soins primaires. Ils sont néanmoins tenus de rester dans les limites de la région : une consultation effectuée en dehors de la région nécessite une autorisation. L'une des façons pour la région d'influencer la décision du patient est d'imposer différents honoraires qui varient selon les prestataires : dans les centres de santé, ils représentent entre 6,70 et 13,40 euros et à l'hôpital entre 16,50 et 27,50 euros. Dans la plupart des régions, les jeunes âgés de moins de vingt ans ne paient pas.

81 Nationell handlingsplan för hälsa och sjukvården, Årsrapport 2004, Socialstyrelsen, juin 2004.

82 Health Care Status Report 2003, The National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen).

La prise en charge du patient est plafonnée à 900 SK (environ 900 euros) en 2000. Au-delà de cette somme, il n'y a pas de copaiement jusqu'à la fin de l'année.

Il y a actuellement environ 900 centres de santé en Suède, qui fournissent des services à des populations allant de 10 000 à 50 000 habitants. Ces centres de santé sont administrés par les régions. Ils sont constitués de médecins généralistes, d'infirmières, d'assistants de laboratoire, de secrétaires et parfois, d'autres professions de santé comme des sages-femmes, des kinésithérapeutes, des pédiatres, des gynécologues et des psychiatres.

La prévention et la santé des populations spécifiques ont été intégrées aux soins primaires. Dans les centres de santé, le médecin généraliste offre traitement, conseil et prévention (vaccination des enfants, surveillance pédiatrique, services préventifs aux femmes...). Les sages-femmes et les infirmières de santé publique fournissent également des services de planning familial.

Le patient peut également s'adresser à une clinique d'infirmières, à un centre médical pour enfants ou à un centre de soins de maternité, lesquels fournissent également des soins primaires.

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, dans le cadre de la politique d'amélioration de l'accès aux soins, une réglementation prévoit que le patient doit être en mesure d'établir un contact avec un centre de santé le jour même (par téléphone ou visite) et d'obtenir une consultation avec le médecin généraliste dans les huit jours suivants. S'il s'avère qu'un renvoi vers un spécialiste est nécessaire, celui-ci doit se faire dans les trois mois si le diagnostic est connu ou, dans le cas contraire, dans le mois qui suit. En 2002, il a été établi que 75 % des patients ont pu avoir un rendez-vous avec un médecin généraliste dans un centre de santé dans la semaine suivant leur appel.

### **Augmentation de la pratique privée**

Les médecins et centres médicaux privés sont relativement fréquents dans les grandes villes. La plupart de ces praticiens privés sont sous contrat avec la région et sont remboursés par des fonds publics. Très peu de médecins en pratique privée reçoivent une rémunération directe du patient.

Chaque médecin souhaitant avoir une pratique privée doit le signaler auprès du Conseil national de la Santé. Il doit signer un accord de coopération avec la région. Un certain nombre de conditions sont requises : le médecin ne peut être em-

ployé par la région, il doit travailler à plein-temps dans sa pratique privée et être âgé de moins de 65 ans.

En 2002, 7,5 millions de visites ont eu lieu chez un praticien privé. Cela représente 27 % de toutes les visites en soins primaires, et 31 % des visites en soins spécialisés. On observe des disparités régionales importantes concernant la proportion de visites faites à des prestataires privés. Dans la région de Stockholm, la moitié des visites chez le médecin concernait des praticiens privés, en soins primaires comme en soins secondaires. Après Stockholm, la région de Skåne, dans le Sud de la Suède, connaît le même phénomène (34 %), puis Uppsala et Västmanland (29 %). C'est dans le Nord de la Suède (Västernorrland, Dalarna) et sur l'île de Gotland que l'on enregistre la plus faible proportion de recours à des médecins privés<sup>83</sup>.

### **Médecins généralistes**

La Suède a un taux de médecins de 10 % inférieur à la moyenne européenne, de l'ordre d'un médecin pour 350 habitants. On dénombre 29 763 médecins actifs<sup>84</sup> en Suède pour l'année 2003. Le pourcentage de médecins femmes est de près de 40 %, ce qui est supérieur à la moyenne de l'Union européenne. Les femmes représentent actuellement 50 % de tous les étudiants en médecine.

Parmi les médecins en exercice, on dénombre 5 086 médecins généralistes en activité<sup>85</sup>. Le nombre de médecins généralistes par rapport au nombre total des médecins est d'environ 25 %. Ce taux est particulièrement bas si l'on compare avec la moyenne européenne.

Le nombre de médecins généralistes a augmenté ces dernières années et devrait continuer à augmenter d'ici à 2008 au moins, mais sans doute pas au rythme attendu par les pouvoirs publics dans le cadre du plan prévisionnel national. En effet, afin d'atteindre l'objectif national qui prévoit 6 000 médecins généralistes pour 2008, il faudrait qu'il y ait dès maintenant 350 spécialistes formés en plus chaque année, alors qu'ils ne seront, selon les prévisions, pas plus de 250 par an<sup>86</sup>.

La densité des médecins généralistes connaît des variations importantes selon les régions. En 2003, celle-ci allait d'un médecin généraliste pour 1 600 habitants à un médecin généraliste pour 2 400 ha-

83 *Ibid.*

84 Eco-Santé OCDE 2006.

85 Eco-Santé OCDE 2006.

86 Nationell handlingsplan för hälso och sjukvården, Årsrapport 2004, Socialstyrelsen, juin 2004.

bitants. Des problèmes de pénurie de médecins généralistes sont notamment observables dans certaines zones urbaines, ainsi que dans certaines zones rurales isolées. À noter en particulier que dans les régions moins peuplées du Nord de la Suède, il est souvent fait appel à des médecins généralistes vacataires (*bemanningsystem*) afin de pallier ces difficultés de recrutement.

Cette pénurie de médecins généralistes risque de perdurer en raison de l'insuffisance du nombre de médecins en formation et de la proportion actuelle de médecins généralistes plus âgés. La moyenne d'âge des médecins est en effet supérieure à quarante-cinq ans, et beaucoup de ceux qui partiront à la retraite ne seront pas remplacés.

Depuis 1995, tous les médecins de soins primaires doivent être des spécialistes de médecine générale. 86 % des médecins généralistes travaillent dans des centres de santé publics, 12 % dans des centres de santé privés et 7 % exercent à titre privé.

Les médecins généralistes exerçant dans le secteur public sont employés par les régions. Ils reçoivent un salaire mensuel (en fonction de leurs qualifications et du nombre d'heures travaillées). Le médecin négocie sa rémunération avec l'employeur.

Le médecin généraliste n'a pas le monopole des soins primaires car le patient, comme on l'a vu, peut également s'adresser à des praticiens privés ou aller directement à l'hôpital.

Le médecin généraliste est souvent le premier contact, particulièrement pour les personnes ayant des problèmes physiques. Les personnes ayant des troubles psychiatriques s'adressent en général directement à des services psychiatriques. Dans la plupart des cas, il est le premier contact pour les enfants, bien que cette fonction soit également partagée avec les pédiatres ou l'infirmière de santé publique. Les soins spécifiquement féminins sont en général pris en charge par des obstétriciens, gynécologues ou par l'infirmière de santé publique dans le centre de santé.

### Autres acteurs importants des soins primaires

Outre les médecins, d'autres professionnels de la santé jouent donc un rôle important de prestataires de soins primaires : les infirmières, les sages-femmes et les kinésithérapeutes forment le personnel du centre de santé.

Les infirmières de santé publique jouent un rôle particulier : beaucoup de premiers contacts au sein du centre de santé leur reviennent. Ce sont elles qui font les premières évaluations de l'état de santé du patient et qui l'adressent, si nécessaire, soit au médecin généraliste du centre, soit à l'hôpital. Les infirmières ont souvent leur propre cabinet de consultation. Elles sont aussi très impliquées dans les visites à domicile, en particulier aux personnes âgées. Toutefois, elles ne sont pas indépendantes : elles agissent sous la responsabilité des médecins. Elles ont aussi des droits limités de prescription de médicaments ; les sages-femmes peuvent prescrire des contraceptifs. Une pénurie relative d'infirmières, en particulier à compétences étendues, a été constatée.

\* \* \*

Le développement des soins primaires est un processus lent, qui rencontre de nombreux obstacles, lié au contexte hospitalo-centré qui caractérise la Suède. La majorité des médecins (environ 75 %) est en effet formée pour travailler à l'hôpital et les politiciens ont tendance à vouloir défendre localement « leurs » hôpitaux. La population est également habituée à s'adresser aux hôpitaux et aux services d'urgence. Cependant, l'offre de soins primaires s'est développée de manière significative, comme en témoigne l'évolution du nombre de contacts par an à des médecins dans le secteur des soins primaires : de 7,74 millions en 1987 à 10,95 millions en 1994 et 12,2 millions en 2001. En 2003, les consultations dans le secteur des soins primaires représentent 48 % des consultations totales. De plus en plus de patients sont transférés des hôpitaux vers des structures de soins à domicile, et des services de consultations externes des hôpitaux vers les centres de santé. Cette croissance du recours aux services des soins primaires concerne toutefois pour une grande part les personnes âgées de plus de soixante ans. De nouvelles méthodes pour améliorer la coopération entre le domaine des soins primaires et l'hôpital ont été introduites dans certaines régions.

Le problème des délais d'attente demeure par ailleurs un problème majeur du système de santé suédois.

## II. État des lieux de la médecine de groupe en Suède dans le secteur des soins primaires

L'état des lieux de la médecine de groupe en Suède dans les soins primaires implique une analyse approfondie du fonctionnement des centres de santé (*vårdcentralen*). Les visites effectuées sur place auprès de deux centres de santé dans la région de Stockholm permettent de proposer une description du fonctionnement de ces structures, selon l'angle adopté<sup>87</sup>, avec leurs points communs et leurs différences. Le choix a été fait de se concentrer surtout sur les caractéristiques générales du centre de santé, permettant de faire un « portrait » global de celui-ci, en termes d'administration, de gestion et d'organisation interne. L'objectif était de pouvoir apprécier son fonctionnement général, sans prétendre à une quelconque « représentativité ». Par ailleurs, le but de nos visites n'était pas de faire apparaître particulièrement les dysfonctionnements inhérents au centre de santé, même si certains d'entre eux ont nécessairement été relevés au cours de l'entretien.

C'est pourquoi, afin de proposer un état des lieux plus exhaustif des centres de santé en Suède, il convient d'évoquer, en premier lieu, certains problèmes rencontrés fréquemment au sein de ces centres et les améliorations à y apporter. Nous proposons donc ici de rendre compte de deux rapports élaborés par le Conseil national de la Santé et des Affaires sociales (*Socialstyrelsen*) en 2003 et 2004. Ces deux études ont été effectuées dans des régions différentes, au nord et au centre de la Suède, et concernent en tout 30 centres de santé. La présentation de ces deux rapports permettra d'avoir une vision plus globale et de proposer ainsi un tableau plus général de la situation des centres de santé suédois, des problèmes qu'ils rencontrent souvent, et des objectifs qui leur sont assignés.

### A. Problèmes et dysfonctionnements observés dans les centres de santé

#### **1er rapport : Accès, « prioritarisation » et qualité dans le domaine des soins primaires<sup>88</sup>**

À travers l'observation de 20 centres de santé dans la région d'Uppsala-Örebro, il s'agit de rendre compte du fonctionnement du secteur des soins primaires dans trois grands domaines : l'ac-

cess aux soins des patients, la « prioritarisation » entre les différents types de patients et l'évaluation de la qualité. Cette analyse s'appuie sur trois groupes de patients : les patients « aigus », les patients « chroniques » et les patients handicapés résidant individuellement dans des lieux adaptés.

#### Résultats

##### *Accès*

L'accès aux centres de santé s'est beaucoup amélioré ces derniers temps, et on peut le considérer actuellement comme plutôt satisfaisant. Les centres de santé essaient néanmoins de l'améliorer encore, en utilisant de nouvelles techniques : prise de rendez-vous par Internet, nouveaux systèmes de rappels téléphoniques automatiques... La plupart des centres de santé ont des difficultés à estimer le nombre de patients qui ne parviennent pas à accéder au centre par téléphone. Beaucoup d'appels téléphoniques renvoient à une demande de services, de type renouvellement d'ordonnance, et à une demande générale d'informations. Un grand nombre de centres de santé ont amélioré l'accès à des groupes spécifiques de patients, en ouvrant des consultations d'orientation spécifique, conduites en général par des infirmières.

##### *Prioritarisation*

Les centres de santé observés font face au problème de la prioritarisation des patients de plusieurs manières. Pour la plupart toutefois, il s'agit de donner la priorité aux patients aigus sur les patients chroniques. Les centres ont des difficultés à trouver un équilibre entre les directives formulées par les pouvoirs publics et le niveau de ressources allouées. La communication à ce sujet entre l'administration et les centres de santé est souvent présentée comme insuffisante.

##### *Qualité*

Dans la plupart des centres de santé, il a été constaté des manques importants en termes d'évaluation de la qualité des soins. Un seul centre de santé sur les vingt étudiés présentait un bilan satisfaisant dans ce domaine. L'évaluation de la qualité dans les centres de santé concerne pour l'heure et pour la grande majorité d'entre eux surtout les domaines du service et de l'information, et moins celui de la qualité médicale à proprement parler.

<sup>87</sup> Voir en annexe le questionnaire.

<sup>88</sup> Primärvårdens tillgänglighet, prioriteringar och kvalitet, Socialstyrelsen, 2004.

## **2e rapport<sup>89</sup> : Aperçu d'activité dans le domaine des soins primaires dans les régions du Nord**

À travers l'observation de 10 centres de santé parmi les 128 des régions du Nord de la Suède (Jämtland, Västernorrland, Västerbotten et Norrbotten), l'objectif est de mesurer comment sont suivies les directives formulées par le Conseil national de la Santé, concernant notamment la qualité et l'évaluation des soins.

### Résultats et recommandations :

L'étude souligne un problème important de recrutement de médecins généralistes : dans huit des dix centres de santé, on observe une pénurie de médecins généralistes exerçant à titre permanent. Beaucoup de centres de santé font appel à des vacataires. Un rapport de juin 2002 avait déjà montré que 64 des 128 centres de santé utilisaient ce procédé qui comporte un certain nombre d'avantages, mais aussi des inconvénients. En second lieu, une insuffisance de l'évaluation systématique de la qualité (conformément aux directives du Conseil national de la Santé) est constatée dans tous les centres de santé. Il faudrait que tout le personnel participe à ce travail d'évaluation et que l'activité du centre de santé soit plus étroitement liée à l'établissement d'objectifs locaux préalables. Il est également mentionné que le point de vue du patient est insuffisamment pris en compte dans les centres de santé. Le patient doit être davantage informé de ses droits et il doit exister des documents écrits sur la façon dont doit être organisé au niveau local le système de recours en cas de plainte du patient.

Des problèmes de coopération entre professionnels sont également signalés, et notamment l'insuffisance de la participation du médecin dans la planification individuelle des soins pour chaque professionnel. Cette situation résulte surtout d'un manque de temps et d'un problème d'information qui circule mal. Par ailleurs, la nécessité d'établir des directives précises dans chaque centre de santé concernant la protocolisation des renvois des médecins généralistes vers les spécialistes à l'hôpital est affirmée. L'étude souligne aussi la nécessité de mettre davantage l'accent sur la formation continue pour toutes les catégories du personnel du centre de santé.

Le manque de contrôle de l'équipement médical technique est souligné, dû au fait que le personnel manque parfois de compétences et que les problèmes ne sont pas toujours signalés. Il conviendrait de désigner une personne responsable dans cha-

que centre. De façon générale, il apparaît important d'améliorer le système de gestion collective des erreurs produites au sein du centre de santé (erreurs médicales, mais pas seulement).

Enfin, le rapport mentionne la nécessaire élaboration de directives précises dans chaque centre de santé concernant l'utilisation et la prescription des médicaments. Dans un centre de santé sur deux, il a été observé qu'il n'existait aucune indication précise à ce sujet.

## **B. Éclairage monographique : présentation des centres de santé Lisebergsvårdcentral et Gustavsbergsvårdcentral**

### *Centre de santé de Liseberg*

Le centre de santé de Liseberg (*Lisebergsvårdcentral*) est situé dans la région de Stockholm, dans la banlieue, à une dizaine de kilomètres de la capitale.

Le financement du centre de santé revient à la région, qui est le propriétaire des locaux.

Le centre de santé est géré par son directeur, Per Guterstam, qui est un médecin généraliste. Il est assisté d'un comptable chargé de produire un compte rendu mensuel et un rapport d'activité annuel en direction de la région. Depuis 1994, M. Guterstam a une responsabilité plus étendue dans l'ordonnement de la dépense ; auparavant, il avait un supérieur hiérarchique qui émanait de la région. M. Guterstam concilie les deux fonctions de médecin généraliste et de directeur du centre.

Le centre de santé est responsable devant la région, mais le directeur dispose d'une large autonomie de gestion. L'équilibre du budget relève de sa responsabilité. À titre d'exemple, cette année, afin de rééquilibrer le budget, une infirmière a dû être licenciée. C'est le directeur qui décide du salaire de tous les professionnels de santé exerçant dans le centre. Un budget spécifique est consacré à l'informatique.

Le centre de santé a été créé en 1970. Au début, il regroupait 3 médecins généralistes, 6 infirmières et 6 infirmières-assistantes. En 1992, la réforme Ådel a conduit au transfert d'une partie des infirmières en dehors du centre de santé. Depuis 1994, il y a 5 médecins généralistes (trois hommes et deux femmes).

Aujourd'hui, outre les médecins généralistes, le centre compte 7 infirmières de santé publique dont une spécialisée dans le conseil téléphonique, une infirmière assistante et deux infirmières pédiatriques, 1,5 assistant de laboratoire, trois secrétaires et un pharmacien.

89 Verksamhetsstillsyn i primärvården i norra sjukvårdsregionen, Socialstyrelsen, 2003.

Des consultants viennent également régulièrement : un pédiatre (une fois par mois), un kinésithérapeute, un orthopédiste (une fois tous les deux mois), un rhumatologue (une fois tous les trois mois), un psychiatre, un anesthésiste, un psychologue, une personne de la caisse d'assurance pour les soins de longue durée. Ces consultants sont payés par le centre de santé, par le biais de fonds spéciaux accordés par la région. Ce système de consultant spécialisé est jugé plus satisfaisant que le renvoi vers le spécialiste, car il facilite les échanges entre les médecins, et contribue à l'amélioration de la pratique du médecin généraliste. Les médecins sont salariés, payés par la région. Ils sont payés selon un système mixte de capitation pour 85 %, c'est-à-dire en fonction du nombre de patients inscrits (ajustement aux besoins et sur la base de critères d'âges et de caractéristiques socio-économiques), et de paiement à l'acte pour 15 %, c'est-à-dire en fonction du nombre de rencontres. À partir de 2005, la part du paiement à la capitation passera à 55 %, et celle du paiement à l'acte à 45 %.

Du point de vue médical, la responsabilité relève de chaque médecin individuellement.

Les patients sont au nombre de 8 500 et sont enregistrés sur une liste propre à chaque médecin, à l'exception de 1000 d'entre eux qui ont fait le choix de ne pas avoir de médecin attitré. On compte environ 11 500 contacts par an. Le temps de consultation est de trente minutes en moyenne par médecin. Il n'y a pas de consultation infirmière. Même si certaines infirmières peuvent théoriquement prescrire des médicaments, cette compétence est dans la pratique assez peu développée. Dans le centre de santé, la proximité des médecins conduit à une très faible prescription des infirmières.

Les patients sont surtout des étudiants, des nouveaux immigrants et des personnes âgées. La population desservie par le centre de santé appartient majoritairement à la classe moyenne ou défavorisée.

Lorsqu'un patient appelle au centre de santé, il est accueilli par une infirmière qui lui prodigue des conseils. Souvent, les patients s'en tiennent à ces conseils et ne viennent pas au centre de santé. Les médecins ont également une activité d'information téléphonique régulière, notamment avec les personnes âgées.

Les patients consultant un ou plusieurs médecins dans le centre de santé ont un seul dossier médical, accessible par tous les médecins du groupe ainsi que par les infirmières. Le dossier médical du patient est informatisé depuis 1994. Des systèmes de sécurisation interne et externe ont été mis en place, ainsi que des antivirus. La fréquence des sauvegardes est quotidienne.

Des mécanismes favorisant la participation des patients desservis par le centre ont été établis, par le biais d'organisations de personnes âgées de plus de 65 ans qui disposent d'un représentant au sein du centre de santé. Des consultations occasionnelles,

qui ont porté notamment sur l'accueil téléphonique, ont eu lieu. Mais cette procédure est irrégulière et l'on ne peut parler de l'existence d'un véritable comité de participation des patients.

Le centre de santé comprend environ deux salles par médecin. On y trouve cinq salles de consultations et cinq salles de réunions, une salle de laboratoire et deux salles d'attente. Il existe également un espace pour la pharmacie et pour la réception. L'équipement médical est très diversifié (réalisation d'examen biologiques, d'électrocardiogrammes, possibilité de faire de la petite chirurgie...)

Les 5 médecins généralistes exercent à temps plein pour trois d'entre eux et à temps partiel pour les deux autres. Il y a également un remplaçant un jour par semaine. Au total, 5 médecins travaillent donc à plein-temps.

Parmi les médecins en exercice, la plupart ont des activités externes au centre de santé : recherche, enseignement, activité en établissement scolaire ou dans le domaine de la démence sénile. L'un d'entre eux a également une activité de garde et d'urgence.

Un système de rotation / remplacement est prévu de façon interne, en cas d'absence d'un médecin pour la période de vacances. En cas d'absence pour maladie, des arrangements existent entre les médecins du centre, la patientèle étant dans ce cas prise en charge provisoirement par les autres médecins.

Un contrat, dont les dispositions restent assez générales, est passé entre la région et le centre de santé. Il n'y a pas de contrat interne entre les médecins. La région n'interfère pas dans les recrutements : c'est le directeur qui en décide, en accord avec les autres professionnels du centre de santé.

Les médecins généralistes de la zone géographique et l'hôpital ont construit un programme local d'aide au diagnostic, d'aide au renvoi vers un spécialiste, et de protocolisation pour différentes maladies. Le centre de santé est en communication constante avec l'hôpital, ainsi qu'avec un laboratoire. Des réunions sont organisées régulièrement entre les médecins généralistes et les hôpitaux de la zone, notamment sur les questions de protocolisation des renvois. En dehors de ces réunions, les relations ont surtout lieu par téléphone ou par fax.

Le centre de santé est ouvert cinq jours par semaine, du lundi au vendredi, de 8h à 17h. Après 17h, il y a toujours la possibilité de se rendre dans un autre centre de santé dans les environs, ouvert jusqu'à 21h et le week-end de 10h à 17h.

Les consultations ont lieu sur rendez-vous uniquement. Tous les jours, une plage d'une heure est dévolue aux rendez-vous téléphoniques du médecin (conseil à la prise de médicament, etc.).

Les médecins généralistes du centre de santé participent régulièrement à des actions de formation continue, à hauteur d'une demi-journée par mois environ. Ces réunions, souvent organisées en dehors de la ville, sont l'occasion de rencontrer d'autres médecins.

Toutes les deux semaines se tient une réunion interne au centre de santé, regroupant les 24 personnes y travaillant. Elle concerne surtout des questions organisationnelles. Par ailleurs, des réunions systématiques sont organisées entre les médecins concernant des questions médicales. Le centre de santé ne participe pas à des projets de recherche.

En 2001, la privatisation du centre de santé avait été envisagée, mais la moitié des professionnels étaient plutôt contre cette idée. La démarche a donc été abandonnée.

#### Portrait de Per Guterstam :

Per Guterstam a rejoint le centre de santé en 1984 ; il en est le directeur depuis 1988. Avant de travailler à Lisebergs, M. Guterstam a exercé à l'hôpital public pendant dix ans et a passé deux ans en Afrique. Le choix de travailler au sein d'un centre de santé correspond pour lui à la seule manière de faire de la bonne médecine de soins primaires, en étant continuellement « à jour ». Il souligne également l'importance d'une bonne atmosphère de travail, d'une bonne entente et la nécessité de partager des valeurs communes. Il est globalement très satisfait de cette forme d'exercice professionnel, qui a répondu parfaitement à ses attentes. Selon lui, la taille du centre de santé compte beaucoup : il faut qu'il ne soit ni trop petit ni trop grand, afin de pouvoir garantir une certaine liberté d'entreprendre et un mode de management satisfaisant ; la bonne moyenne étant de 5 à 6 médecins généralistes maximum. Les difficultés liées à l'exercice en groupe résident également dans la gestion de la répartition de la charge de travail.

### Le centre de santé de Gustavsberg

Le centre de santé de Gustavsberg (*Gustavsbergsvårdcentral*) est situé dans la région de Stockholm, dans une banlieue résidentielle à vingt kilomètres de la capitale, caractérisée essentiellement par une population aisée et de classes moyennes. Cette zone était anciennement une zone ouvrière spécialisée dans la fabrication de porcelaine, ayant connu une immigration importante de Finlandais.

Le financement du centre de santé revient à la région. Le montant du budget alloué au centre de santé s'élève à 80 millions SEK, soit environ 8 millions d'euros pour l'année 2004.

Le centre de santé est géré par sa directrice, Kersti Ejeby, qui est un médecin généraliste. Celle-ci est nommée, pour quatre ans environ, par le directeur des soins primaires (*sjukvårdsdirektör*) de la région de Stockholm, Mikael Ohrling. Celui-ci est le responsable financier et le responsable « qualité » des 300 centres de santé de la région. Kersti Ejeby occupe ce poste de directrice à plein-temps : elle n'a pas d'activité médicale en parallèle. Elle est entourée de deux vice-présidents et assistée d'un comptable et de personnes chargées des ressources humaines. 8 responsables sont désignés, représentant chacun une profession présente dans le centre de santé.

Le centre de santé est responsable devant le directeur des soins primaires et a l'obligation de suivre ses recommandations, d'ordre administratif ou organisationnel. Toute décision importante nécessite son accord. Parallèlement, la directrice du centre de santé est en négociation permanente avec le responsable de l'achat des soins primaires (*beställa kontor*), celui-ci fournissant notamment 80 % du salaire des médecins. Tous les trois ans a lieu une négociation générale sur le budget avec ce bureau d'achat. La couleur politique de l'autorité locale est importante en termes de définition de la politique d'achat et, notamment, dans la mise en concurrence public / privé.

C'est une personne privée qui est propriétaire des locaux. Le centre de santé est donc propriétaire du matériel médical et paye un loyer à ce propriétaire.

Le centre de santé a été créé en 1987. 120 personnes y travaillent au total. 16 médecins généralistes y exercent à plein-temps et 5 médecins généralistes à temps partiel. Les hommes et les femmes sont représentés à part égale. Il y a également 10 médecins en formation. En équivalent plein temps, on compte 23 médecins. Les médecins sont payés selon un système mixte de capitation pour 60 % et de paiement à l'acte pour 40 %. Auparavant, la répartition était de 90 % pour la capitation et 10 % de paiement à l'acte.

Outre les médecins généralistes, le centre compte 20 infirmières de santé publique à plein-temps dont



3 spécialisées dans l'accueil, le conseil, et l'orientation téléphonique, 15 infirmières assistantes, entre 3 et 4 assistants de laboratoire, 10 kinésithérapeutes, 7,2 sages-femmes, un psychologue-éducateur et 8 secrétaires. Les médecins spécialistes se trouvent dans des hôpitaux de proximité, auxquels sont adressés les patients en cas de besoin.

Il n'y a pas de « turnover » important dans le centre de santé, mais une augmentation régulière du nombre de médecins et d'infirmières. Tous les deux ans, il faut compter avec un médecin et 0,5 infirmière supplémentaires. Cela correspond à une augmentation de la population résidente d'environ mille personnes par an. Le salaire moyen par profession est de 50 000 SEK (5 630 euros) par mois pour un médecin généraliste (=33 000 SEK net, soit 3 716 euros), de 25 000 SEK pour une infirmière (2 815 euros), de 19 000 SEK (2 139 euros) pour une assistante infirmière, et entre 20 000 et 22 000 SEK (2 250 à 2 475 euros) pour un kinésithérapeute. La directrice peut décider de la variation du salaire des différents professionnels de santé (en fonction de l'ancienneté, du temps de travail...). C'est elle qui est chargée du recrutement. Le mode de sélection est standard : description de poste, appel à candidature, sélection des dossiers.

Le centre de santé est ouvert cinq jours par semaine, du lundi au vendredi, de 8h à 17h. Après 17h, il y a toujours la possibilité de se rendre dans un autre centre de santé dans les environs, ouvert plus tard dans la soirée et le week-end.

Les consultations ont lieu sur rendez-vous uniquement. L'obtention d'un rendez-vous relève de la décision de l'infirmière réceptionniste. Si le patient souhaite avoir un rendez-vous immédiat, il n'est pas en mesure de choisir son médecin. Tous les jours, une plage d'une heure est dévolue aux rendez-vous téléphoniques du médecin (conseil à la prise de médicament...).

Les patients sont au nombre de 33 000 et sont enregistrés sur une liste propre à chaque médecin, constituée de 2000 patients environ. On compte environ 48 000 contacts par an, soit 1,5 contact par patient. Le temps de consultation est de vingt minutes en moyenne par médecin. 19 000 consultations infirmières et 14 000 consultations de kinésithérapie sont effectuées par an. À cela il faut ajouter 48 000

visites pour des soins infirmiers à domicile, assurées par les infirmières et les infirmières assistantes.

Les patients consultant un ou plusieurs médecins dans le centre de santé ont un seul dossier médical, accessible par tous les médecins du groupe. Le dossier médical du patient est informatisé. Des systèmes de sécurisation interne et externe ont été mis en place, ainsi que des antivirus.

En 2005, le centre de santé a prévu de déménager dans des locaux plus grands, à quelques centaines de mètres de l'emplacement actuel. Le nouvel établissement comptera 4 300 mètres carrés, contre 2 500 aujourd'hui. Actuellement, le centre de santé comprend environ vingt-trois salles de consultation pour les médecins (il y en aura trente dans le futur bâtiment). On y trouve six salles de consultations pour quatre sages femmes, des salles de consultation infirmière, une salle de gynécologie, une salle de chirurgie mineure, une salle d'ophtalmologie, une salle oto-rhino, une salle d'urgence. Il y a également des salles de réunions, une salle d'attente, deux salles de réception (dont une pour l'orientation téléphonique). L'équipement matériel médical est très diversifié (réalisation d'exams biologiques, d'électrocardiogrammes, radiologie, échographie, possibilité de faire des actes de chirurgie mineure...).

Parmi les médecins en exercice, trois d'entre eux ont une activité externe au centre de santé, principalement de recherche et d'enseignement.

Un système de rotation / remplacement est prévu de façon interne, en cas d'absence d'un médecin pour la période de vacances. Parfois, pendant la période d'été, des médecins sont recrutés provisoirement afin de couvrir l'arrivée des touristes.

Les médecins généralistes du centre de santé participent régulièrement à des actions de formation continue, dont la fréquence relève du choix personnel du médecin. Des réunions systématiques sont organisées chaque semaine entre les médecins du centre concernant des questions médicales, par groupe. Chaque mois, tous les groupes se réunissent avec la directrice. Chaque jour, de 8h à 8h15, une réunion est organisée afin de désigner un médecin responsable pour la journée.

Le centre de santé participe régulièrement à des projets de recherche.



**Finlande**

---



## Finlande

---

### I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires

#### A. Organisation et financement du système de santé

---

Comme la Suède, la Finlande a un système de santé qui repose sur une couverture et un accès aux soins universels dont le financement est essentiellement public, assuré par l'impôt.

La structure du système de santé finlandais est également très décentralisée, mais à une plus petite échelle qu'en Suède, puisqu'elle se fonde sur les municipalités (ou communes). La Finlande est divisée en 448 municipalités qui sont responsables d'une majeure partie du financement et de l'organisation des soins de santé. Les municipalités peuvent organiser ces services de façon indépendante ou en se regroupant avec une ou plusieurs autres municipalités.

Environ deux tiers de la dépense totale de santé concernent les services de santé fournis par les municipalités. Le financement des services provient pour une grande part des ressources fiscales, sous forme de prélèvement sur les taxes communales. Les municipalités sont responsables de la délivrance des soins primaires ainsi que de l'offre de soins hospitalière. Le conseil municipal est élu tous les quatre ans.

Le financement des soins de santé constitue une responsabilité partagée par l'État et les municipalités. L'État joue un rôle central dans la détermination des priorités et des grands objectifs de santé publique. Le poids de l'État dans le financement du système est plus important qu'en Suède, puisqu'il prend en charge 17 % des dépenses de santé, tandis que 43 % sont prises en charge par les municipalités. Le reste provient de sources privées (25 %) - surtout des ménages, pour 20 % - et de l'assurance sociale (14 %) <sup>90</sup>. L'État finance les municipalités sur une base de capitation, à partir du critère essentiel de l'âge, et d'autres tels que la densité de la population, la morbidité, le taux de chômage...

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé est compétent pour l'élaboration et la mise en œuvre de la législation. Il est également responsable de la préparation du programme d'orientation et

d'action des affaires sociales et de la santé pour une période de quatre ans.

L'assurance maladie nationale est cofinancée par les cotisations des employeurs et des assurés sociaux. L'État en finance également une partie. Elle prend en charge le remboursement des médicaments prescrits, les soins médicaux privés, la santé dans le milieu professionnel et scolaire, la réadaptation, ainsi que certains coûts de transport.

En 2004, les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB s'élevaient à 7,5 % <sup>91</sup>.

Ce taux est inférieur à la moyenne européenne. Ces dépenses ont diminué de plus de 10 % par rapport au début des années quatre-vingt-dix. La part du financement public du système de santé a diminué, tandis que la part des ménages a augmenté. La croissance des dépenses de santé est maîtrisée en Finlande, à l'instar de la Suède.

#### B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires

---

Le système de santé finlandais est caractérisé par une séparation claire entre les différents niveaux de soins. Les soins primaires, fournis au sein des centres de santé, forment la base du système, et se distinguent des soins secondaires et tertiaires délivrés principalement à l'hôpital.

En 1972, la loi sur les soins de santé primaire définit un certain nombre d'exigences et de normes qui font des soins primaires la pierre angulaire du système de santé finlandais. Cette loi offre une nouvelle perspective, plus élargie, de ce qui relève du secteur des soins primaires en affirmant que, outre la dimension curative, la prévention et la santé publique en font intégralement partie.

La loi crée le cadre général de l'organisation et du financement des soins primaires, en laissant aux municipalités la responsabilité de leur mise en œuvre à l'échelle locale. Ce sont les centres de santé qui deviennent les pivots du système, ce qui constitue une grande nouveauté pour l'époque. En effet, avant cette loi fondatrice, les soins étaient essentiellement dispensés par des médecins libéraux. Depuis, la plupart sont devenus des fonctionnaires de l'État.

---

90 Health care in Finland, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland, 2004.

---

91 Eco-Santé OCDE 2006.

Les patients doivent avoir une référence de leur médecin du centre pour avoir accès à l'hôpital, que ce soit dans le cadre des services de consultation externe ou interne. On est donc en présence d'un système de *gate-keeping*. N'importe quel patient suivi par un médecin agréé est partiellement remboursé par le NHI. Dans tous les cas, un ticket modérateur est versé par les patients. La participation aux frais des patients représente environ 9 % du total des frais de santé.

### **Accès et délivrance des soins primaires**

#### *Centres de santé*

Peu après la mise en œuvre de la loi de 1972, la priorité est donnée au financement des soins primaires dans les zones rurales ou isolées, si bien que le développement des centres de santé a été plus rapide dans ces territoires que dans les grandes villes. Aujourd'hui, les soins primaires sont disponibles partout dans le pays.

Les services offerts par les centres de santé comprennent les consultations médicales et les soins dentaires, ainsi que des soins préventifs et de santé publique. Ces centres gèrent également des soins en maternité et de santé infantile, et organisent les services de santé scolaires et professionnels. Ils sont administrés par une municipalité ou par plusieurs municipalités voisines de façon conjointe. On compte environ 278<sup>92</sup> centres de santé. 188 communes ont leur propre centre et 248 communes se sont regroupées autour de centres de santé communs.

La taille des centres de santé varie beaucoup. À l'origine, chaque centre devait s'adresser à 10 000 personnes au moins, mais en pratique beaucoup s'adressent à une population plus petite. Certains centres peuvent employer des centaines de médecins et offrir des services très spécialisés. En général, chaque centre de santé est rattaché à un hôpital, une unité de physiothérapie, une unité de radiologie et un petit laboratoire. Dans certains cas, des cabinets psychiatriques ont été transférés dans les centres. La plupart des centres de santé comprennent des services internes qui fonctionnent de façon similaire à un département d'hôpital. On y dénombre en moyenne entre trente et soixante lits. Le nombre de ces services varie selon les centres. Les grands centres en ont plusieurs. En général, ils s'adressent à des patients âgés qui souffrent souvent de maladies chroniques. Dans certaines régions isolées toutefois, ces départements internes offrent des soins de courte durée à la population entière.

Le management du centre de santé varie selon les cas. Il peut s'agir soit d'un médecin chef, soit d'une équipe de plusieurs professionnels de santé. Mais ces équipes ne sont pas responsables financièrement, donc elles ne peuvent être considérées comme des *fundholding groups* de médecins généralistes ou des groupes de soins primaires, à l'image du Royaume-Uni.

Ce sont principalement des médecins généralistes qui exercent dans le centre de santé. La moitié d'entre eux sont spécialisés en médecine générale, mais il n'y a pas d'obligation de spécialisation afin de pouvoir exercer. Le nombre de patients par médecin varie dans chaque centre, il est en moyenne de 1 500 à 2000. Dans la plupart des centres de santé, les médecins, le personnel infirmier et d'autres professionnels de santé forment une équipe interdisciplinaire qui dispense la majorité des services. Le nombre et la structure du personnel dans chaque centre dépend de facteurs locaux et de la taille de la population à laquelle ils s'adressent. Outre les médecins généralistes et les infirmières, on trouve parfois des spécialistes, des sages-femmes, des travailleurs sociaux, des dentistes, des kinésithérapeutes, des psychologues, et du personnel administratif. Tous sont salariés par la municipalité. Il ne peut y avoir de pharmacie dans les centres de santé.

Il faut souligner ici le rôle important joué par les infirmières, les sages-femmes et les infirmières de santé publique en Finlande. La Finlande détient le taux le plus important d'infirmières parmi les pays nordiques. On peut l'expliquer par le fait qu'il y avait auparavant très peu de médecins en Finlande et qu'il a fallu en conséquence faire appel à un nombre important d'infirmières afin de pallier ce problème. Les infirmières prennent donc en charge des tâches que leurs collègues d'autres pays ne font pas, en particulier dans le domaine des soins en maternité et de santé infantile. Elles occupent une place très importante dans les centres de santé. Elles assistent les médecins généralistes, et ont également leurs propres heures de consultation : injections, retrait des points de suture, mesure de la pression du sang... Les soins en maternité et pour enfants sont largement pris en charge par des infirmières de santé publique qui ont des qualifications spécifiques dans les soins préventifs. Elles prennent aussi en charge le planning familial, la médecine scolaire et la médecine du travail en coopération avec le médecin, les soins à domicile et toutes sortes d'activité de promotion de la santé.

Pour autant, les infirmières ne sont pas des *gate-keepers* pour le médecin du centre.

92 Chiffres pour 2003. Health care in Finland, Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health, 2004.

### **Accès aux soins primaires : problèmes de délais d'attente**

Si le patient veut prendre rendez-vous avec le médecin du centre de santé, il est adressé soit au médecin qu'il a choisi, soit à n'importe quel médecin disponible. En général, chaque médecin prend en charge une zone géographique précise. Environ 5 % des visites donnent lieu à un renvoi vers l'hôpital. Environ 56 % des visites effectuées dans les hôpitaux centraux et 65 % dans les hôpitaux de district proviennent des centres de santé. Pour le reste, il s'agit de médecins d'autres hôpitaux ou de médecins du secteur privé.

Dans un centre de santé, deux possibilités s'offrent au patient traité par un médecin généraliste : soit il participe à hauteur de 11 euros pour les trois premières visites dans l'année ; soit il dépense un montant annuel de 22 euros. La plupart des autres services sont gratuits. 15 euros supplémentaires peuvent être réclamés pour une visite sur demande dans un centre de santé de nuit ou le week-end.

En ce qui concerne les médecins privés, le patient paie les honoraires de base, dont 60 % sont remboursés par la caisse d'assurance maladie s'ils ne dépassent pas un tarif fixé. Si le traitement a été prescrit par un autre médecin, le patient doit participer aux frais à concurrence de 13,46 euros plus 25 % du montant dépassant un tarif fixé.

Un problème récurrent dans le secteur des soins primaires en Finlande renvoie aux délais d'attente du patient qui sont dus pour une grande part à une pénurie de médecins. Cette pénurie est liée à la baisse du *numerus clausus* décidée au début des années quatre-vingt-dix, en pleine crise économique. Le *numerus clausus* a été augmenté en 2000, mais les effets n'en sont pas encore perceptibles en raison de la durée des études de médecine. Ce manque de médecins est également dû à d'autres éléments qui se conjuguent : d'une part, un nombre non négligeable de médecins est parti récemment à la retraite ou est sur le point de le faire ; par ailleurs, certains médecins font le choix de ne pas exercer dans les structures traditionnelles et s'investissent notamment dans la recherche et l'industrie ; la profession se féminise ; enfin, un nombre croissant de médecins choisissent d'exercer exclusivement en pratique privée. Il faut noter que l'on observe de fortes disparités entre régions en termes de densité médicale. Ainsi, celle-ci est plus faible dans le Nord de la Finlande, qui a du mal à attirer les jeunes médecins.

Déjà, dans les années quatre-vingt, malgré une augmentation des ressources allouées aux soins primaires, des problèmes d'accès aux médecins

des centres de santé ainsi que des problèmes de suivi sont observés, notamment dans les zones urbaines. Le temps d'attente pour une consultation est alors de deux à six semaines pour les cas non urgents. Cette situation conduit les pouvoirs publics à lancer un certain nombre de projets dans plusieurs municipalités, comme le système du médecin personnel en 1985. Dans ce système, les médecins doivent s'engager à recevoir les patients figurant sur leur liste dans un délai de trois jours. Il implique également un changement des méthodes de rémunération du médecin, lequel reste toutefois salarié du public.

Les résultats sont encourageants puisqu'une réduction du temps d'attente est constatée. 90 % des patients sont satisfaits de ce système.

Cette expérience a favorisé l'établissement d'autres systèmes : aujourd'hui, le système personnel est devenu le système de « responsabilité de la population pour les soins primaires » (*väestövastuu*), qui encourage la collaboration entre les différents personnels du système de santé : les médecins et les infirmières forment une équipe responsable des soins d'une zone géographique couvrant 1 500 à 5 000 personnes.

Actuellement, deux systèmes de rémunération des médecins généralistes coexistent. D'une part, le contrat traditionnel, plus ancien, qui stipule un temps de travail précis (trente-sept heures par semaine), avec des salaires fixes, et sans liste définie de patients (*time-based contract*). D'autre part, le contrat du médecin personnel, plus récent, basé sur la capitation (*capitation-based contract*), pour lequel le médecin généraliste est rémunéré selon le nombre de patients inscrits sur sa liste (entre 1 500 et 2 500), quel que soit le nombre d'heures effectuées. Ce contrat introduit plus de flexibilité pour les médecins.

Le premier contrat concerne environ 30 % des médecins généralistes et, le second, 70 %.

Dans le même sens, un projet d'amélioration du système de santé finlandais (*Save the Finnish Health Care System*) qui entre en vigueur le 1er mars 2005, prévoit notamment que l'accès au système de santé sera garanti selon les modalités suivantes : un contact téléphonique le jour même avec une infirmière ou un médecin si besoin, une consultation d'un médecin généraliste ou d'une infirmière dans les trois jours ouvrables ; et, le cas échéant, l'accès au spécialiste pour une consultation dans un délai de trois semaines ; si une intervention chirurgicale est nécessaire, elle doit avoir lieu dans les six mois.

Un récent rapport<sup>93</sup> fait état d'une première évaluation de cette réforme, jugée globalement très positive : le temps d'accès aux soins considérés comme « non urgents » a significativement décru. Si, en 2002, environ 66 000 personnes figuraient sur des listes d'attente pour recevoir des soins spécialisés, elles ne sont plus que 12 000 en 2006. En outre, la situation s'est améliorée dans les centres de santé : aujourd'hui en Finlande, 4 personnes sur 5 vivent dans une zone où il est possible d'obtenir un contact immédiat avec un centre de santé, alors qu'en janvier 2005, avant la réforme, environ 4 centres de santé sur 5 faisaient état de problèmes constants ou occasionnels d'accès aux soins. Début 2006, environ 80 % des centres de santé déclarent être en mesure de respecter les garanties de temps d'accès introduite par la réforme.

#### *Augmentation de la pratique privée*

Une offre médicale privée, en nette augmentation ces derniers temps, s'ajoute aux soins primaires fournis par les municipalités. En effet, le nombre de médecins exerçant dans le secteur privé a augmenté de 17 % en dix ans, en même temps que le nombre de médecins travaillant dans des centres de santé a baissé de 10 %.

Les services privés sont majoritairement concentrés dans les grandes agglomérations. En 2002, le nombre de consultations chez un médecin privé (généralistes et spécialistes) représentait environ 30,9 % du total des consultations médicales. Actuellement, environ 8 % des médecins exercent exclusivement en pratique privée, mais un grand nombre de médecins employés dans le secteur public (environ un tiers des généralistes et spécialistes) font également des consultations privées, en dehors de leur temps de travail habituel.

La majeure partie des médecins exerçant dans le secteur privé sont des spécialistes qui travaillent en général également à temps plein, dans un hôpital public ou dans un centre de santé. Les patients qui se rendent directement dans des cliniques privées n'ont pas besoin d'ordonnance de leur médecin traitant pour s'adresser à des spécialistes en pratique privée. Les médecins peuvent ensuite les envoyer dans des hôpitaux publics ou privés. Les cliniques privées représentent moins de 5 % du total des hospitalisations.

## **Situation des médecins généralistes en Finlande**

### *Données quantitatives*

En 2006, on dénombre 21 771 médecins<sup>94</sup> en Finlande, dont 17 163 actifs. Plus de la moitié sont des femmes (51 %). La densité de médecins – 3,1 pour 1 000 – est assez importante par rapport à la moyenne internationale. La Finlande compte 63 % de spécialistes.

Le secteur d'exercice des médecins actifs se répartit comme suit<sup>95</sup> : 47 % dans les hôpitaux, 23 % dans les centres de santé, 6 % dans l'enseignement et la recherche, 2 % dans d'autres centres de santé publics, 6 % dans la médecine du travail, 11 % en pratique privée et 5 % dans d'autres secteurs (et notamment à l'étranger). La plupart des médecins généralistes sont employés dans les centres de santé.

93 National reports on strategies for social protection and social inclusion – Finland, Ministry of Social affairs and Health, Helsinki, Finland, 21006.

94 Source : Physicians 2007, Finnish Medical Association.

95 Source : Physicians 2004, Finnish Medical Association.



**Tableau n° 1**  
**Nombre de visites à des médecins dans le secteur des soins primaires en 1996-2002 :**

Année	Centres de santé	Généralistes privés	Soins de santé professionnels privés	Total des visites
1996	10 650 523	1 022 692	1 213 285	12 886 500
1997	10 722 260	948 464	1 156 820	12 827 544
1998	10 612 844	992 954	1 352 741	12 958 539
1999	10 489 141	1 046 418	1 377 754	12 913 313
2000	10 350 241	905 234	1 641 138	12 896 613
2001	10 002 715	1 106 820	1 609 992	12 719 527
2002	9 624 248	1 243 820	1 624 675	12 492 743

Chiffres au 31.12.2003. Source : *Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care, STAKES, 2003.*

Ce tableau montre bien que la fréquentation des centres de santé a baissé depuis 1996, tandis que le recours à des services privés a augmenté dans le même temps. Cette baisse s'est confirmée en 2005, avec environ 9,3 millions de visites à des médecins dans des centres de santé.

#### Difficultés de recrutement dans les centres de santé

Une importante difficulté de recrutement est observée dans les centres de santé primaire. En 2001-2002, on comptait environ 400 places vacantes dans ces centres. Cette désaffection des médecins est liée au fait que la municipalité n'est plus considérée comme un employeur attractif, les conditions de travail et le salaire étant jugés insatisfaisants par une majorité d'entre eux. Les motifs d'insatisfaction sont multiples et renvoient pour beaucoup à des problèmes de conditions de travail. Beaucoup de médecins jugent la charge de travail excessive. Ils déplorent également une absence de capacité à gérer le programme quotidien, ainsi que des tensions entre les équipes au sein du centre de santé, notamment avec les infirmières chargées d'organiser le planning journalier.

En 2001, une longue grève de médecins, d'une durée de cinq mois a eu lieu en Finlande. L'une des conséquences de la grève a été la mise en œuvre du projet *Save Finnish Health Care*.

La ville de Helsinki vient de voter en faveur de la possibilité de recruter ponctuellement des médecins auprès de compagnies privées. Au sein de ces compagnies, le travail des médecins fait l'objet d'une plus grande flexibilité dans la mesure où ceux-ci ont le choix du nombre de consultations par jour. Le salaire proposé est également plus élevé.

En dépit d'une amélioration, dans un objectif d'efficacité, de la coordination entre soins primaires et soins spécialisés depuis la fin des années quatre-vingt-dix, les soins primaires continuent à se développer de manière insuffisante par rapport aux seconds. Dans les années quatre-vingt-dix, les dépenses effectuées par les municipalités en faveur des soins primaires ont baissé de 10 % au profit des soins médicaux spécialisés. L'un des défis majeurs pour le système de santé finlandais aujourd'hui est donc de prendre davantage en compte les besoins inhérents au secteur des soins primaires. Les enjeux essentiels pour les années à venir sont notamment de mieux intégrer la santé mentale dans les services délivrés par les centres de santé, de favoriser un mode de vie indépendant pour les personnes âgées le plus longtemps possible, et de faciliter la coopération entre les soins de santé et les services sociaux.

\* \* \*

## II. État des lieux de la médecine de groupe en Finlande dans le secteur des soins primaires

### A. Visite du centre de santé de Paloheinä

Le centre de santé de Paloheinä est situé dans une banlieue résidentielle de Helsinki, composée pour l'essentiel d'une population de classes moyennes supérieures. Il est l'un des vingt-quatre centres de santé de la municipalité de Helsinki.

La municipalité a consacré, en 2003, 793,7 millions d'euros au secteur de la santé, soit 25 % des dépenses totales engagées par la municipalité cette année. Les dépenses de santé en 2002 étaient financées à hauteur de 90 % par la municipalité, 1 % par l'État, un peu moins de 5 % par les ménages et un peu moins de 4 % par d'autres sources.

Le centre de santé a été créé en 1986. Chaque année, on compte 200 à 300 patients en plus. Le centre aurait besoin de plusieurs professionnels de santé supplémentaires, mais le financement manque. Le directeur du centre est libre de choisir les professionnels de santé qu'il souhaite recruter, mais les lignes de postes sont définies préalablement par la municipalité.

Le centre de santé comprend un manager, qui est un médecin généraliste, 5 médecins de famille (quatre femmes et un homme), ainsi qu'un certain nombre de médecins en formation, notamment pour les remplacements de vacances. On compte environ 6 étudiants par an, pour une durée de cinq jours.

Outre les médecins généralistes, le centre de santé emploie également une infirmière directrice, 8 infirmières de santé publique, 4 infirmières assistantes, et un assistant de laboratoire. Tous exercent à plein-temps. Il faut également ajouter 15 étudiantes infirmières de santé publique chaque année, travaillant au centre pour une période de cinq semaines. Le salaire des médecins repose pour deux tiers sur la capitation (en fonction de la taille de la liste) et pour un tiers en fonction du nombre de rencontres par an. Le salaire d'un jeune médecin généraliste est de 40 000 euros net par an en moyenne, de 45 000 à 60 000 pour un « senior » et de 25 000 euros pour une infirmière. Une infirmière assistante touche environ 1 800 euros par mois.

Le centre de santé est ouvert du lundi au vendredi, de 8h à 16h, et le mercredi de 8h à 18h. Les consultations ont lieu sur rendez-vous uniquement, et relèvent de la responsabilité de l'infirmière assistante. La moyenne des consultations est de vingt minutes pour un médecin généraliste et de trente minutes pour une infirmière. Lorsque les locaux sont fermés, en soirée ou le week-end, les appels font l'objet d'un renvoi vers un secrétariat.

Le centre de santé dispense, en plus des consultations de médecine générale, des services de maternité, de santé infantile, des services de médecine scolaire et universitaire, de la petite chirurgie, des services proposés par les infirmières de santé publique (prévention et suivi de maladies chroniques pour l'essentiel) et des soins infirmiers à domicile.

Les patients sont enregistrés sur une liste commune à tous les médecins. La taille moyenne de la liste est de 2 300 pour un médecin généraliste et de 2000 pour une infirmière.

La population desservie est plutôt jeune, active, et d'un niveau d'éducation assez élevé. Cette population plutôt aisée dans l'ensemble comprend une forte propension d'utilisateurs de soins privés.

Des enquêtes ont été faites afin d'évaluer le degré de satisfaction des patients. Il nous a été confié que le jugement sur les centres de santé est en général assez négatif dans la population.

Les patients consultant un ou plusieurs médecins dans le centre de santé ont un seul dossier médical, accessible par tous les médecins du groupe. Le dossier médical du patient est informatisé. Des systèmes de sécurisation interne et externe ont été mis en place, ainsi que des antivirus. La fréquence des sauvegardes est quotidienne.

Il existe une base de données commune avec l'hôpital.

La clientèle du centre de santé est plutôt rattachée à chaque médecin individuellement, à l'exception des cas d'urgence, pour lesquels le patient est dirigé vers un des médecins du centre, qui n'est pas forcément son médecin attiré.

45 % de la population à Paloheinä voient un médecin une fois par an, et ce chiffre s'élève à 70 % si l'on inclut les infirmières. Les infirmières constituent souvent le premier point de contact pour les patients. En août 2004, on a compté, depuis le début de l'année, 18 359 consultations au total, dont 9 472 consultations avec un médecin, 5 586 avec une infirmière et 3 301 consultations dans le cadre de services de promotion de la santé, prises en charge par des infirmières dans 2 536 cas et par des médecins dans 758 cas.

Le centre de santé a une surface totale de 700 mètres carrés, ainsi qu'un espace supplémentaire de 200

mètres carrés pour les dentistes et de 125 mètres carrés pour l'organisation des soins à domicile qui regroupe vingt personnes. La gamme d'équipement médical est très étendue (réalisation d'examen biologiques, d'électrocardiogrammes, radiologie, échographie, possibilité de faire de la petite chirurgie...).

Les services juridiques et comptables, la maintenance informatique et l'entretien des locaux sont confiés à une entreprise extérieure de sous-traitance.

Des arrangements existent pour gérer les absences pour maladie des médecins du groupe, ainsi qu'un système de rotation / remplacement pour gérer les absences pour vacances. Celles-ci sont prises en charge soit par des médecins en formation, soit par les autres médecins qui organisent en interne un système de partage.

Le centre de santé participe à des actions de formation continue. Des recommandations ont été élaborées au niveau national, qui précisent la nécessité d'une formation continue pour tous les médecins généralistes d'une durée minimale de dix jours par an, et de six à sept jours pour les infirmières.

Des réunions systématiques sont organisées entre les médecins du groupe concernant des questions médicales.

## **B. Visite du centre de santé de Espoo**

Le centre de santé est situé dans la municipalité d'Espoo, à une dizaine de kilomètres de Helsinki, dans une banlieue résidentielle composée d'une population aisée et de classes moyennes.

La municipalité d'Espoo compte 224 000 habitants. C'est la deuxième plus grande ville de Finlande, après Helsinki. Elle dispose d'un budget total de 200 millions d'euros, dont 140 millions sont consacrés à l'hôpital. À Espoo, on dénombre au total 13 centres de santé.

Le financement du centre de santé revient à la municipalité. Un responsable pour les soins primaires et les services sociaux a été désigné au sein de la municipalité. Le budget du centre s'élève à 6,5 millions d'euros environ. Le budget est négocié avec la direction chargée de la santé au sein de la municipalité. C'est un budget prospectif alloué de façon globale sous la forme d'une enveloppe fermée.

L'activité du centre de santé fait l'objet d'un rapport d'activités et comptable quatre fois par an. Il n'y a pas de possibilité d'embauche d'un professionnel sans l'accord de la municipalité. Les locaux appartiennent à la municipalité d'Espoo qui les loue. L'achat des différents services de fournitures se fait à l'extérieur de la municipalité. Le directeur du centre de santé négocie directement avec ces services externes.

Le centre de santé a été créé en 1972, mais de nouveaux locaux ont été installés en 1993. 80 personnes y travaillent. Les activités du centre de santé comprennent le suivi de la grossesse, la médecine scolaire, les soins à domicile, les consultations de médecine générale...

23 médecins exercent à titre permanent dans le centre de santé, ce qui représente un nombre de 16 médecins équivalents temps plein. Les médecins sont répartis à part égale entre hommes et femmes. En général, le centre emploie des médecins en formation, surtout en période de vacances. Ils en ont accueillis trois l'été dernier. En ce qui concerne le recrutement de nouveaux médecins, le directeur du centre de santé a la possibilité de choisir le médecin, mais une autorisation de la municipalité est nécessaire pour l'embauche. Actuellement, le centre de santé aurait besoin d'un à deux médecins supplémentaires par an, mais le recrutement est difficile et ce besoin n'est pas pourvu, principalement en raison de problèmes d'attractivité.

Le centre de santé comprend, outre les médecins, d'autres professionnels de santé : 10 infirmières (dont 3 à la réception, conseil et orientation téléphonique), 2 infirmières de santé publique, 14 infirmières assistantes, 9 assistants de laboratoire, 6 kinésithérapeutes, 4 assistants de radiologie, une infirmière psychiatrique et 23 dentistes.

Les 2 infirmières de santé publique font essentiellement du travail de prévention et de suivi de maladies chroniques. Elles ne font ni prescription, ni diagnostic.

Les patients sont au nombre de 48 000 et sont enregistrés sur une liste commune à tous les médecins. La durée de la consultation est en moyenne de quinze minutes environ pour les urgences et de trente minutes pour les cas de maladies chroniques. La clientèle du centre de santé est plutôt rattachée à chaque médecin individuellement, à l'exception des cas d'urgence, pour lesquels le patient est dirigé vers un des médecins du centre, qui n'est pas forcément son médecin attitré.

Les patients consultant un ou plusieurs médecins dans le centre de santé ont un seul dossier médical, accessible par tous les médecins du groupe. Le dossier médical du patient est informatisé. Des systèmes de sécurisation interne et externe ont été mis en place, ainsi que des antivirus. La fréquence des sauvegardes est quotidienne.

Le centre de santé est ouvert cinq jours par semaine : de 8h à 18h le lundi et le mardi, et de 8h à 16h du mercredi au vendredi. En dehors de ces heures, le patient doit se tourner vers l'hôpital ou vers des médecins de garde.

Les consultations ont lieu sur rendez-vous uniquement. L'obtention d'un rendez-vous pour un médecin ou une infirmière relève de la décision de l'infirmière assistante. Celle-ci est chargée de dispenser des conseils par téléphone. Tous les jours, une plage horaire est dévolue au rendez-vous téléphonique du médecin. Si le patient a besoin d'un rendez-vous dans l'immédiat, il peut venir directement au centre de santé, mais cela n'est pas le comportement habituel. Lorsque les locaux sont fermés, en soirée ou le week-end, les appels font l'objet

d'un renvoi vers un secrétariat. Ce système est sous-traité à l'extérieur et les médecins n'y participent pas.

En cas d'absence pour maladie d'un médecin, il existe des arrangements spécifiques au sein du centre de santé. Un système de remplacement/rotation a été mis en place pour gérer les absences pour vacances.

Le centre de santé se divise en quatre équipes comprenant chacune une salle de consultation pour chacun des quatre médecins, ainsi qu'une salle de consultation pour l'infirmière, et une salle de réception et d'accueil téléphonique que prennent en charge deux infirmières assistantes. Il y a également des salles de consultation spécifiques : une unité de radiologie (trois ou quatre cabines), une unité d'urgence, une unité de chirurgie mineure, une unité d'examen de laboratoire, une unité de kinésithérapie et une unité indépendante pour les dentistes. Le matériel médical est très diversifié (réalisation d'examens biologiques, d'électrocardiogrammes, possibilité de faire de la petite chirurgie...).

Il existe un budget spécifique consacré à l'informatique et à l'entretien des locaux, sous forme de sous-traitance.

Des actions de formation continue sont organisées régulièrement pour les médecins du centre chaque mercredi, d'une durée de deux à quatre heures. Tous les médecins de la municipalité d'Espoo se réunissent également une après-midi par mois, en coopération avec l'hôpital. Des réunions systématiques sont organisées entre les médecins du groupe concernant les questions médicales. Une salle de réunion est mise à disposition.

Le centre de santé a déjà participé à des projets de recherche. Il est en train d'élaborer un document formalisant le projet de recherche médical.

**Royaume-Uni**

---



## Royaume-Uni

---

### I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires

#### A. Organisation et financement du système de santé

---

Le Royaume-Uni a un système national de santé. Créé en 1948, le NHS (*National Health Service*) fait figure de modèle fondateur en Europe pour avoir le premier érigé un accès universel aux soins. Le NHS est un service public de santé financé en majeure partie par l'impôt. Il tire 83 % de ses ressources de l'impôt, 13 % de la part NHS des cotisations versées par les salariés, les employeurs et les travailleurs indépendants et 3 % du paiement direct par les patients. L'ensemble du système de protection sociale au Royaume-Uni est géré exclusivement par l'État, sans l'intervention des partenaires sociaux. La direction du NHS est sous la responsabilité du ministère de la Santé, lui-même sous la direction du Secrétaire d'État à la Santé. Celui-ci est responsable devant le Parlement de l'offre de soins au sein du NHS.

Tous les soins dispensés par le NHS sont gratuits pour toutes les personnes résidant au Royaume-Uni. Une participation est demandée pour tous les soins dentaires et les médicaments, même si de nombreuses exceptions sont prévues. Un secteur privé, limité, a cependant connu un certain essor au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix. Actuellement, environ 11,5 % de la population a souscrit un contrat privé de complémentaire maladie, surtout pour financer les services hospitaliers spécialisés et éviter de longues périodes d'attente – problème lancinant au Royaume-Uni – pour les interventions non urgentes.

Les dépenses de santé au Royaume-Uni ont progressé plus lentement que dans la plupart des autres pays européens en raison d'un strict contrôle budgétaire au niveau central. En 2000, elles représentent 7,3 % du PIB, chiffre assez bas comparé à la moyenne de l'Union européenne.

Au début des années quatre-vingt-dix, une réforme importante transforme la structure du système de santé britannique, considéré comme trop bureaucratique. D'un modèle centralisé où le NHS distribuait des fonds aux différentes autorités sanitaires, on passe à un système fondé sur le choix et la concurrence. Celui-ci prévoit la négociation de contrats de prestations de services entre producteurs et acheteurs de soins, ces derniers étant

les autorités sanitaires de districts (*district health authorities*) ou, dans certains cas, des autorités sanitaires régionales (*regional health authorities*). Cette réforme comprend deux éléments principaux : d'une part, la possibilité donnée aux médecins généralistes de gérer eux-mêmes leur propre budget (*general practitioners fundholders*) reposant à la fois sur les prescriptions et les soins (soins hospitaliers inclus) ; et d'autre part, donner une autonomie de gestion aux hôpitaux (*NHS trusts*), qui faisaient jusque là partie intégrante de l'administration du NHS. L'un des principes essentiels de cette introduction de mécanismes de marché et de mise en concurrence des prestataires est de responsabiliser financièrement les offreurs de soins et de diffuser une culture managériale dans les hôpitaux et les cabinets médicaux.

En dépit des économies substantielles et du meilleur emploi des fonds publics permis par cette politique, des inégalités de traitement entre les patients (selon le cabinet ou l'hôpital dont ils dépendaient) ont été observées, et le problème des délais d'attente n'a pas été résolu. En 2000, une nouvelle réforme est introduite par le gouvernement travailliste qui décide d'augmenter très fortement les dépenses de santé de 10 % par an entre 2001 et 2008.

Dans le cadre de cette nouvelle réforme, vingt-huit autorités stratégiques de la santé remplacent les autorités locales du NHS et les bureaux régionaux du ministère de la santé. Parallèlement, depuis 2002, la majeure partie des fonds du NHS est versée directement aux *Primary Care Trusts* (PCT) ou *Primary Care Organizations* (PCO) qui constituent les centres locaux de soins et bénéficient d'une grande autonomie de gestion, à l'instar des hôpitaux. Par ailleurs, a été voté, en décembre 2003, le nouveau statut des hôpitaux (*Foundation Hospitals*) qui renforce l'autonomie de ces derniers.

#### B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires

---

Le système de santé britannique repose sur une séparation institutionnelle claire des différents niveaux de soins. Trois niveaux de planification peuvent être distingués : les soins primaires, secondaires et tertiaires.

Les soins primaires concernent les soins courants et de prévention, et sont assurés majoritairement

par des médecins généralistes et un personnel associé d'infirmières. Les soins secondaires sont fournis par les médecins spécialistes à l'hôpital et, pour la plupart, dans les hôpitaux de district qui desservent une région de 50 000 à 500 000 habitants. Les soins tertiaires sont dispensés par des spécialistes exerçant dans des hôpitaux plus spécialisés et qui desservent une région de 500 000 à 5 000 000 d'habitants.

Les médecins généralistes sont la porte d'entrée (*gate-keepers*) du système de soins. Tous les citoyens sont tenus d'être enregistrés auprès du médecin généraliste de leur choix. Ce rôle de *gate-keeping* du médecin généraliste est un élément très important du NHS.

Plus de 99 % de la population est enregistrée par un médecin généraliste qui est accessible dans les vingt-quatre heures et offre un éventail de services de soins primaires, à la fois préventif, diagnostique et curatif.

Environ 90 % des contacts des patients avec le NHS consistent en un contact avec le médecin généraliste. Les patients peuvent choisir le médecin de leur choix, mais il y a néanmoins des contraintes géographiques. L'accès aux soins est gratuit.

### **Offre de soins primaires**

Le Royaume-Uni a un système très développé de soins primaires. Depuis plus de quinze ans, un nombre croissant d'initiatives politiques ont été prises dans ce secteur. En 1987 un document intitulé *Promoting better health* est publié qui propose un nombre de mesures tendant à rendre la pratique générale plus « réactive » par rapport aux forces du marché. Dans le même sens, un document du NHS daté de 1994 : *Developing NHS Purchasing and GP Fundholding* (Sous-titre du document : *Towards a primary care-led NHS*) a pour conséquence le développement de nouveaux services au sein de structures de soins primaires, tandis que d'autres services sont transférés de structures de soins secondaires à des structures de soins primaires. En 1997, le NHS *Primary Care Act* va dans le même sens.

Ces dernières années, l'accent a été mis sur la possibilité offerte à chaque patient de consulter un médecin généraliste ou un autre professionnel de santé dans des délais plus rapides, et de multiplier les points d'accès aux soins primaires. Dans cette perspective, 43 NHS *walk-in centres* ont été créés depuis 2000, afin de proposer aux patients des consultations toute la journée (et tardivement dans la soirée), sans rendez-vous. Les *walk-in centres* sont ouverts sept jours sur sept avec des horaires larges (7h-22h) dans des endroits fréquentés (su-

permarché, métro). Ils proposent un bilan réalisé par une infirmière qui prend en charge le traitement des problèmes de santé mineurs, fait de la promotion de la santé. Ces *walk-in centres* sont également centres d'information (conseils et information sur les autres services locaux, sur les services de garde en médecine générale et en soins dentaires ou les pharmacies de garde). En 2003, plus d'un million de personnes se sont adressées à ces centres. Pour 2004, il est prévu que soient créés vingt-deux centres supplémentaires. En parallèle, on observe une demande croissante vers le *NHS Direct*, ligne téléphonique de conseil et d'information sanitaire ouverte vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Aujourd'hui, 97 % des patients peuvent consulter un médecin généraliste dans un délai de deux jours ouvrables (ils étaient 75 % en mars 2002) et 98 % des patients peuvent voir un professionnel des soins primaires dans un délai d'un jour ouvrable.

### **Situation des médecins généralistes**

#### *Organisation du travail des médecins généralistes*

La réforme du quasi-marché de 1991 confie aux médecins généralistes volontaires un rôle de « gestionnaires de budget » (*fundholders*), c'est-à-dire la responsabilité d'un budget de médicaments et de soins hospitaliers pour les patients inscrits sur leur liste. À partir de 1998, le système prévoit l'émergence progressive des *Primary Care Groups* (PCG), auxquels les médecins généralistes sont désormais obligés d'appartenir. Les PCG sont des réseaux regroupant les généralistes et les équipes de soins primaires intervenant sur une zone géographique donnée. Ils sont gérés par un Conseil d'administration où sont représentés des généralistes, des infirmiers, les services sociaux, l'autorité sanitaire locale et la population locale. Ils gèrent des budgets pour l'achat des soins ambulatoires et hospitaliers, et couvrent donc tous les services des soins primaires. Les PCG ont la responsabilité de la santé des populations concernées. Ils ont pour mission de développer les soins primaires et de négocier les soins secondaires.

Au 1er avril 1999, 481 Groupes de soins primaires ont ainsi été constitués sur la base d'un découpage géographique de l'ensemble du territoire, un PCG regroupant en moyenne cinquante médecins généralistes et desservant une population de 100 000 habitants. Certains groupes ont depuis fusionné entre eux et un PCG moyen dessert aujourd'hui 150 000 habitants (soixante-quinze généralistes, vingt-cinq cabinets en moyenne).



Ces groupes ont franchi des étapes successives dans l'autonomie en acquérant le statut de *Primary Care Trust* (PCT). Ils disposent d'une structure de gestion qui a été étoffée au fur et à mesure des années et comportent des managers et financiers, mais aussi des conseillers pharmaceutiques, responsables qualités... En 2000-2001, les effectifs de cette « superstructure » étaient en moyenne de sept personnes pour un PCG, de quinze personnes pour un *Primary Care Trust* (contre quatre en 1999-2000). Des tâches de gestion sont également assurées par des généralistes qui continuent à pratiquer dans leur cabinet, mais consacrent une fraction de leur temps au PCG en prenant la responsabilité d'un aspect particulier (gestion de la qualité, prescription pharmaceutique par exemple).

Les PCG/Ts ont une responsabilité budgétaire de plus en plus étendue. Ils se dotent progressivement d'une expertise sur la manière de gérer les budgets, d'une stratégie de gestion de la qualité, d'une politique en matière de prescription pharmaceutique. De plus en plus, ils internalisent les procédures d'évaluation / contrôle et d'intervention sur les pratiques, dont une part était assurée antérieurement par les autorités sanitaires, et la tendance est au développement de cette auto-régulation.

#### *Contrats des médecins généralistes : de l'individu au cabinet*

Les médecins généralistes ont un statut d'indépendant sous contrat avec le NHS. Jusqu'à récemment, ce contrat national (*General Medical Services Statement of Fees and Allowances*) présentait une combinaison complexe de méthodes de rémunération reposant principalement sur la capitation (40 %), le salaire (30 %), et le paiement à l'acte (15 %). La part de paiement à l'acte correspond à des paiements incitatifs afin de couvrir des objectifs de santé publique (vaccinations, ...). Ce contrat fondé sur la capitation a été critiqué car, selon eux, il décourageait les médecins généralistes à soigner les patients à haut risque, et ne laissait aucune marge à l'innovation en termes de développement de programme de soins. En effet, quelle que soit l'activité des médecins ou des cabinets, la rémunération restait inchangée. En 1998, une alternative à ce contrat national est proposée, avec le *Personal Medical Services contract* (PMS), qui est négocié directement avec les autorités locales du NHS. L'objectif est de proposer plus de flexibilité, en particulier en direction des autorités locales. Avec le PMS les cabinets passent un contrat pour un panier de soins qu'ils proposent de fournir. Leur budget de financement est calculé en fonction de ce panier. Ils ne peuvent pas avoir un niveau d'activité inférieur à celui qu'ils produisent déjà. Des indicateurs sont mis en place pour le suivi du contrat. Dans ce sché-

ma de financement, les médecins ont la possibilité d'être salariés. Dans ce cas, ils sont soit employés par le groupe pour lequel ils travaillent, soit salariés d'un *Primary Care Trust*<sup>96</sup>. Actuellement, environ 30 % des médecins généralistes ont opté pour le PMS.

Depuis avril 2004, un nouveau contrat, le *New GP contract*, a été introduit, dans l'objectif de créer un cadre plus cohérent d'exercice pour les médecins généralistes. Il rationalise un grand nombre d'éléments du contrat traditionnel et introduit une exigence essentielle de qualité des soins. Désormais, 30 % du budget versé au groupe par le NHS dépendra de la qualité des soins promulgués. Le concept de qualité recouvre plusieurs axes : nature des soins prodigués, efficacité, satisfaction des patients... Afin d'appréhender la qualité des soins dispensés, une liste de cent indicateurs (cliniques, organisationnels, de satisfaction...) doit être renseignée pour chaque cabinet et son évolution sera suivie dans le temps. Il est prévu qu'à moyen terme le PMS et le *New GP Contract* deviennent semblables.

Le statut indépendant contractuel donne aux médecins généralistes une très grande autonomie. Les termes du contrat médecins généralistes / NHS sont négociés à l'échelle nationale par les représentants des médecins et les gouvernements.

La pratique privée est très limitée. Elle concerne environ deux cents médecins généralistes au Royaume-Uni, concentrés à Londres pour la plupart. Les médecins généralistes sous contrat avec le NHS ne sont pas autorisés à recevoir des patients dans le cadre d'une pratique privée.

#### *Données quantitatives*

En 2002, 32 292 MG<sup>97</sup> exercent dans 8 994 cabinets (chiffre 1999). Il y a en moyenne trois médecins généralistes par cabinet. Moins de 10 % des cabinets sont individuels, alors qu'ils étaient 50 % dans les années cinquante. (*voir partie II*). La moyenne est de 10 000 consultations par an. La taille moyenne de la liste d'un médecin généraliste est de 1 800 patients.

96 Pour faire face à la carence de médecins, les Primary Care Trusts (PCT) semblent développer une politique d'emplois afin d'attirer les médecins dans leur aire géographique. Les médecins qui ne souhaitent pas s'installer à long terme dans une région ou ceux qui ne veulent pas investir dans un cabinet sont intéressés par ces propositions.

97 Source : Department of Health.

Le nombre de médecins en activité au Royaume-Uni s'élève à 126 126<sup>98</sup> en 2002, soit une densité médicale de 2,1 médecins pour 1000 habitants. De façon générale, on estime qu'il y a une pénurie de médecins au Royaume-Uni, comme l'attestent notamment les files d'attente en secteur hospitalier, la réduction du nombre de candidats en médecine générale par rapport au nombre de places offertes, les postes de consultant non pourvus et l'augmentation du nombre de médecins étrangers. La régulation du nombre d'étudiants en médecine se fait à l'entrée des études universitaires. Elle est contrôlée principalement par le niveau central du gouvernement. La régulation de la répartition géographique des médecins généralistes existe depuis la création du NHS.

### **Autres acteurs des soins primaires**

D'autres professionnels de santé travaillent dans le secteur des soins primaires. Le personnel assistant représente environ 107 000 personnes en 2002<sup>99</sup>. On distingue principalement : les infirmières praticiennes (*practice nurses*), les infirmières de santé publique (*district nurses*), les sages-femmes et les visiteurs de santé.

Les infirmières praticiennes sont en général employées par les médecins généralistes pour travailler dans leurs cabinets. L'éventail de leurs tâches est assez large : suivi des pathologies chroniques, promotion de la santé, vaccination et évaluations de santé pour les personnes âgées. Le nombre d'infirmières praticiennes employées par les médecins généralistes a augmenté depuis quinze ans. En 2003, elles sont 21 667<sup>100</sup>. On trouve également des infirmières communautaires, employées par les hôpitaux, bien qu'elles travaillent souvent avec des médecins généralistes.

Les infirmières de santé publique fournissent des soins qualifiés pour des patients à domicile. Elles sont environ 10 000. Les sages-femmes sont au nombre de 5 000 environ.

Les visiteurs de santé sont spécialisés dans les visites à domicile de familles avec un bébé et de très jeunes enfants. Ils sont environ 12 600.

Le Royaume-Uni est un des pays dans lequel des expériences de délégation de tâches à des personnels non médicaux (infirmiers notamment) a été le plus documenté<sup>101</sup>.

98 Source : Eco-Santé OCDE 2004.

99 Source : Department of Health.

100 Source : Department of Health.

101 Voir notamment : F. Midy, Efficacité et efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, Revue de la lit-

## **II. État des lieux de la médecine de groupe au Royaume-Uni dans le secteur des soins primaires**

### **A. L'exercice en groupe des médecins généralistes : une pratique ancrée depuis longtemps au Royaume-Uni**

#### **Historique**

L'exercice en groupe est une pratique ancrée depuis longtemps au Royaume-Uni. Après la seconde guerre mondiale, lors de la transformation du système d'assurances sociales britannique en un système national de santé, le ministère de la Santé exprime déjà son intérêt pour le développement de cabinets de groupes et de centres de santé. Deux motivations principales en sont à l'origine : d'une part, le parti travailliste a, avant la guerre, une préférence qualifiée de « naturelle » pour la pratique de groupe en médecine générale ; d'autre part, en raison d'une grande inégalité dans la répartition et la qualité des soins dispensés par les médecins généralistes, il est considéré que l'exercice en groupe permettrait de faire des économies d'échelle et d'aboutir à une « standardisation » de la qualité des soins.

À cette période, l'ensemble des médecins appartient à la *British Medical Association*, laquelle est divisée en plusieurs fractions. Une minorité (10 à 15 %) fait partie de la *Socialist Medical Association*<sup>102</sup>, qui représente le groupe le plus à gauche de la BMA dont l'orientation politique correspond à celle du *Labour party* au pouvoir. Cette fraction plaide pour l'organisation en groupe des médecins généralistes, tandis que les leaders de la BMA s'opposent à cette idée. Quelques pratiques de groupe se développent alors de façon limitée, selon deux formes principales :

- les cabinets de groupe, dans lesquels plusieurs médecins exercent ensemble avec des arrangements financiers et organisationnels. Ils sont propriétaires des locaux et du matériel nécessaire à leur pratique.
- les centres de santé, construits et entretenus par le NHS, au sein desquels des médecins viennent y ouvrir leur cabinet. Plusieurs cabinets cohabitent ainsi dans le même bâtiment.

térature 1970-2002, CREDES, 2002.

102 Depuis, la SMA, après avoir fusionné avec d'autres associations, a disparu ou presque.

Certains sont des cabinets de groupe, et d'autres des pratiques individuelles. Ils restent indépendants financièrement, matériellement, et gèrent chacun leur liste de patients. Entre 1940 et le milieu des années soixante, seuls 1 à 3 % des médecins généralistes exercent dans cette catégorie de structures.

C'est à partir de 1967, dans un contexte où le Royaume-Uni fait face à une pénurie importante de médecins généralistes, que plusieurs mesures sont mises en œuvre qui favorisent, entre autres, le développement de la pratique de groupe. Le contrat des médecins généralistes est redéfini, suscitant un grand mécontentement dans le corps médical : la liberté géographique d'installation<sup>103</sup> est abolie et les cabinets sont tenus d'avoir une liste d'une taille minimale de 1 000 patients. Un grand nombre de médecins est recruté dans l'ancien empire d'Asie du sud. La politique de développement des centres de santé est alors remise au goût du jour, puisqu'une dotation spécifique (*group allowance*) est versée à ceux qui y adhèrent. Elle s'élève à 5 % du revenu total de la pratique. Enfin, afin d'augmenter l'activité des cabinets, une mesure incite au recrutement d'infirmières. Le NHS finance 70 % du salaire de ces dernières.

À la fin des années quatre-vingt, le NHS propose aux médecins des centres de santé de devenir propriétaires des locaux dans lesquels ils exercent, ainsi que de l'ensemble des matériels des centres. Une prime pour couvrir l'entretien et les frais de fonctionnement (*cost rent scheme*) leur est attribuée dans ce sens.

Les réformes des années quatre-vingt-dix (*voir précédemment*) stimulent le mouvement de regroupement et de réorganisation. Ainsi, la réforme de 1991 qui confie aux médecins généralistes volontaires un rôle de *fundholders*, implique la condition d'exercer en groupe d'au moins trois médecins (condition qui s'est assouplie par la suite). Le mouvement de regroupement s'est poursuivi depuis 1997, date à laquelle la réforme des groupes de soins primaires a jeté les bases d'une nouvelle organisation du NHS, avec les *Primary Care Groups* et les *Primary Care Trusts*. À l'échelon du cabinet de groupe s'est donc superposé l'échelon du réseau de professionnels, constitué sur une base territoriale et qui dispose d'une réelle autonomie professionnelle. Ces réseaux sont loin, il faut le souligner, des réseaux informels regroupant quelques professionnels réalisant à titre bénévole des tâches d'animation et de coordination. Ce sont des réseaux très organisés, disposant d'une structure de gestion étoffée. Ils sont aussi de taille très importante, pour assurer l'étalement

du risque financier sur une population suffisante (150 000 personnes en moyenne aujourd'hui).

En 2004, la mise en place du *New GP contract* à partir d'avril 2004 confirme cette tendance au développement de la pratique de groupe. Désormais, le NHS contracte directement avec les cabinets et non plus avec les médecins à titre individuel. Il n'y a plus de liste individuelle pour chaque médecin mais une liste de patients par cabinet. La logistique et l'organisation nécessaires sont importantes car elles auront un impact sur le revenu du cabinet.

Par l'intermédiaire de ce dispositif, le gouvernement s'attend à ce que les derniers cabinets individuels disparaissent. À cet égard, lors de l'élaboration du *New GP Contract*, il a même été question de rendre les cabinets individuels « hors la loi », mais cette idée a finalement été abandonnée, dans la mesure où les médecins exerçant seuls sont le plus souvent des individus spécifiques dont les caractéristiques limitent leur aptitude à travailler en groupe.

Dans le cas particulier des milieux très ruraux où l'on observe une pénurie de médecins, le gouvernement compte sur leur regroupement en réseau, à défaut d'un rapprochement physique.

103 Le *jarman payment*, mécanisme d'incitation pour l'installation dans les zones à plus faible densité médicale existe aujourd'hui.

**Tableau n° 1**  
**Répartition des généralistes par taille de cabinet (1975-2001)**

	Seul	2 médecins	3 médecins	4 médecins	5 médecins	6 et plus	Total
1975	16 %	19 %	23 %	17 %	9 %	8 %	100 %
1980	13 %	17 %	22 %	18 %	11 %	11 %	100 %
1985	11 %	15 %	19 %	17 %	14 %	16 %	100 %
1990	11 %	14 %	17 %	17 %	15 %	20 %	100 %
1995	10 %	12 %	14 %	17 %	15 %	25 %	100 %
2001	8 %	11 %	12 %	16 %	15 %	30 %	100 %

Source : *General and Personal Medical Services Statistics, England and Wales – Department of Health*

Comme l'indique le tableau ci-dessus, dès le milieu des années soixante-dix, plus de huit généralistes sur dix exercent en groupe.

Sur les vingt-cinq dernières années, l'exercice en cabinet individuel a diminué (de 16 % à 8 %), mais l'évolution la plus marquante est l'augmentation de la taille des groupes : les groupes associant cinq généralistes et plus, qui concernaient 17 % des médecins en 1975, en rassemblent 45 % en 2001.

Corrélativement, les équipes employées par ces cabinets de groupe se sont étoffées. Les 28 000 généralistes, exerçant dans moins de 10 000 cabinets, emploient 106 000 personnes, représentant 63 000 équivalents plein temps, dont 11 000 infirmières. En moyenne, un cabinet regroupe 4,8 généralistes associés, une infirmière équivalent plein temps et cinq employés administratifs, et couvre 6 000 patients. Mais certains cabinets peuvent être beaucoup plus importants et comprendre aussi des pharmaciens, des visiteurs de santé, etc.

**B. Visites sur sites : présentation du Saffron Group Practice et du Robert Darbshire practice**

**The Saffron Group Practice**

Le *Saffron Group Practice* est situé dans le centre du Royaume-Uni, dans la ville de Leicester. C'est un groupe de soins primaires qui a passé en 2002 un contrat avec les autorités de santé sur la base d'un contrat PMS (voir précédemment).

Le cabinet de groupe est sur le territoire d'un *Primary Care Trust* avec lequel il a passé un contrat. Le budget alloué au cabinet s'élève à 1, 275 millions de livres (environ 1,827 millions d'euros). Il s'agit d'un budget global auquel s'ajoute un forfait en fonction des services dispensés.

L'administration du groupe est de la responsabilité des partenaires, c'est-à-dire des six médecins généralistes. Le contrat régit les responsabilités et les devoirs de chacun des associés. Des dispositions sont notamment prévues en ce qui concerne le calcul du partage des recettes, la dissolution du groupe, le départ d'un associé et le planning vacances. Le cabinet est responsable devant le *Primary Care Trust*, lequel a aussi des devoirs envers le groupe. La relation est parfois difficile car les deux n'ont pas toujours les mêmes objectifs. Cela peut avoir des conséquences du point de vue des incitations que le *Primary Care Trust* veut mettre en place, qui sont parfois en décalage avec les priorités définies par le groupe. De surcroît, le *Primary Care Trust* ne remplit pas tous ses devoirs envers le groupe. Le partenariat n'est pas facile à établir.

Le groupe existe depuis une trentaine d'années. Il comprend sept médecins généralistes (cinq hommes et deux femmes) exerçant à titre permanent dans le cabinet de groupe, dont quatre à plein-temps, un à trois quarts de temps et deux à temps partiel<sup>104</sup>. D'autres professionnels de santé exercent également

104 A noter qu'un temps plein représente 4 jours par semaine

dans le cabinet : treize personnes (dont neuf à plein-temps) sont chargées de l'accueil et du secrétariat. On trouve également quatre infirmiers, un psychologue, six infirmières de santé publique (*district nurse*), trois sages-femmes, et quatre visiteurs de santé. Le cabinet est composé de quatre bureaux, douze salles de consultations pour les médecins et les infirmières, une salle de traitement pour la chirurgie mineure ainsi que des bureaux administratifs, une salle d'attente et de réception. L'équipement médical est très diversifié (réalisation d'examen biologiques, d'électrocardiogrammes, possibilité de faire de la petite chirurgie...).

Parmi les médecins en exercice, trois médecins ont des activités à l'extérieur : à l'Université pour deux d'entre eux, et dans le cadre d'audits de groupe pour l'un d'entre eux. L'un des médecins généralistes est salarié à plein-temps. On compte également trois médecins généralistes en formation.

Le mode de sélection des professionnels est très protocolisé dans la mesure où il dépend d'une charte d'égalité de traitement des candidatures. Le cabinet doit obtenir au préalable l'autorisation de recruter et établir une description du poste, un appel à candidature, une sélection des dossiers et un entretien pour vérification des capacités, notamment celles relatives à l'exercice en équipe.

Les patients sont au nombre de 10 000 et sont enregistrés sur une liste propre à l'ensemble du cabinet. Le cabinet de groupe est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 (pause de 12h30 à 13h30) et le samedi de 8h45 à 11h. Tous les jours, la plage horaire de 11h30 à 12h30 est dévolue aux rendez-vous rapides. Les consultations ont lieu sur rendez-vous uniquement. La permanence des soins (gardes...) est confiée à une organisation privée. Mais à partir de décembre 2004, c'est le *Primary Care Trust* qui en prendra la responsabilité, en salariant directement des médecins pour l'urgence. Le groupe a collectivement choisi de ne pas y participer, en raison de la rémunération jugée insuffisante.

Les patients consultant un ou plusieurs médecins dans le groupe ont un seul dossier médical, accessible à tous les médecins du groupe. Le dossier médical du patient est informatisé. Des systèmes de sécurisation interne et externe ont été mis en place, ainsi que des antivirus. La fréquence des sauvegardes est quotidienne. Le *Primary Care Trust* prend en charge les services de maintenance informatique. Il est responsable du système d'information du groupe, en association avec un secrétaire spécialisé dans l'analyse des données (suivi des patients, rappel des vaccinations...).

Dans la période d'avril à juin 2004, il y a eu 5 900 consultations de médecins généralistes, 1 860 consultations infirmières, et 500 visites à domicile. En moyenne, on dénombre trois à quatre consultations de généraliste par patient par an, et entre un et deux avec une infirmière. Le cabinet s'adresse à une population assez défavorisée. Les patients sont surtout des jeunes (étudiants et nouveaux immigrants) et des personnes âgées ; on trouve moins de représentants d'âge « moyen ».

Par définition le rayon d'action du centre est déterminé et il est prévu dans le contrat PMS que le cabinet dispense certaines prestations destinées à des populations particulières.

Quelques mécanismes favorisant la participation active des citoyens desservis par le centre ont été établis sous forme de livret d'accueil de collecte et de gestion des plaintes, ou d'enquête occasionnelle auprès des patients.

Concernant la gestion quotidienne du cabinet, une personne est spécifiquement désignée. Le cabinet tient une comptabilité complète (enregistrement des salaires, des dépenses, opérations de caisses, créances). Les recettes des médecins du groupe sont mises en commun, et redistribuées en fonction du temps de travail. Des systèmes d'incitations spécifiques sont mis en place ainsi qu'un système de partage des surplus. Le groupe bénéficie d'autres sources de revenus que celui des individus qui le composent sous forme de dossier de police d'assurance ou de formation de médecin. Un choix collectif a été fait de ne pas avoir d'activité privée, de ne pas recevoir les visiteurs de santé des laboratoires ou de participer à des essais cliniques.

Le revenu net de chaque médecin est de 70 000 livres (environ 100 000 euros) en moyenne pour un nouveau médecin généraliste. Il est de 90 000 à 100 000 livres (environ 130 000 à 145 000 euros) pour un généraliste associé, et de 15 000 à 30 000 livres (environ 22 000 à 45 000 euros) en moyenne pour une infirmière.

Aucun arrangement n'est prévu pour gérer les absences pour maladie des médecins du groupe. Dans ce cas, le rendez-vous est annulé. Il existe en revanche un système de rotation pour gérer les absences pour vacances de médecins.

Les médecins généralistes participent régulièrement à des réunions de formation continue. Tous les médecins sont dans l'obligation de participer à un système d'évaluation / bilan (*NHS appraisal system*) par un pair comprenant des informations sur la formation, le déroulement de la carrière...

Le cabinet de groupe participe régulièrement à des projets de recherche, par l'enregistrement de données concernant la pratique et les cas cliniques.

Des réunions systématiques sont organisées entre les médecins concernant des questions médicales, selon des thématiques spécifiques. Une revue de tous les cas de diabète est également faite ainsi qu'une revue de tous les décès survenus dans la patientèle (tous les trois mois). Une réunion par mois est consacrée à des problématiques concernant l'ensemble du cabinet.

En tant que cabinet sous contrat PMS, les médecins ont des missions de santé publique, en collaboration avec le *Primary Care Trust*.

### **Robert Darbshire practice**

Le *Robert Dabershire Practice* est un centre de santé (*health care center*)<sup>105</sup>. L'établissement est situé dans le centre urbain de Manchester, caractérisé par une population défavorisée.

Le centre a passé en 1998 un contrat avec les autorités de santé sur la base d'un contrat PMS.

Il appartient à l'Université de Manchester (à la suite d'une donation), qui en a la responsabilité juridique. En conséquence, l'allocation des ressources au centre transite par l'Université et sept de ces médecins (sur dix-sept) ont une activité de recherche au sein de l'Université.

Le centre de santé fait partie d'un *Primary Care Trust*. Le budget alloué au centre est un budget global auquel s'ajoute un forfait en fonction des services dispensés. Il est responsable devant le *Primary Care Trust*.

Formellement, au sens juridique, l'administration du centre est de la responsabilité de l'Université. Mais en pratique l'administration du groupe repose sur une organisation hiérarchique avec un directeur responsable (Martin Marshall, médecin généraliste), un comité exécutif comprenant trois managers (équipe médicale, équipe infirmière, équipe non soignante), ainsi qu'un administrateur financier qui exerce au sein de l'Université et dont une partie du temps est affectée au centre de santé.

Le groupe existe depuis une quarantaine d'années. Il est caractérisé par un « *turnover* » important, dans la mesure où la moitié des médecins reste moins de cinq ans. Le mode de sélection est classique avec description du poste, appel à candidature, sélection des dossiers et entretien pour vérification des capacités, notamment celles relatives à l'exercice dans un environnement particulier et en équipe.

Le cabinet comprend dix salles de consultation (environ 12 m<sup>2</sup>) pour les médecins généralistes et six pour les consultations infirmières, sept salles de réunion, ainsi que des bureaux administratifs, une salle d'attente et de réception. L'équipement médical est très diversifié (réalisation d'examens biologiques, d'électrocardiogrammes, possibilité de faire de la petite chirurgie...).

Dix-sept médecins y exercent dans le centre à titre permanent, dont trois à temps plein. Le temps plein est de cinquante heures, et le temps partiel de trente-sept heures. Parmi les quatorze médecins exerçant à temps partiel, sept sont des chercheurs à l'Université, et trois n'assurent qu'un jour de pratique par semaine en raison de leur fonction de professeur d'Université. D'autres professionnels de santé exercent également dans le cabinet : dix personnes chargées de l'accueil et du secrétariat et cinq infirmiers.

Le revenu net de chaque médecin est de 65 000 livres (98 000 euros) en moyenne pour un généraliste associé (la moyenne nationale est de 75 000 livres) et de 15 000 à 20 000 livres (22 000 à 30 000 euros) en moyenne pour une infirmière.

Les patients sont au nombre de 15 000 et sont enregistrés sur une double liste commune aux médecins et au centre dans son ensemble. Le nombre moyen de contact par patient est de deux à trois par an pour une consultation de médecin généraliste. La clientèle du cabinet est plutôt rattachée à l'ensemble des médecins du cabinet même si des tentatives existent pour inciter les patients à voir toujours le même médecin.

Le cabinet de groupe est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 (pause de 12h30 à 13h30). Les consultations ont lieu sur rendez-vous uniquement. La durée moyenne de consultation est de dix minutes pour un médecin généraliste, et de quinze à vingt minutes pour une infirmière. Les médecins n'assurent pas de visites à domicile. Des arrangements existent pour gérer les absences pour maladie. Il existe un système de rotation pour gérer les absences pour vacances de médecins du groupe.

Les patients consultant un ou plusieurs médecins dans le groupe ont un seul dossier médical, accessible à tous les médecins du groupe. Le dossier médical du patient est informatisé. Des systèmes de sécurisation interne et externe ont été mis en place, ainsi que des antivirus. La fréquence des sauvegardes est quotidienne. Un assistant informatique est spécifiquement désigné pour gérer le système d'information du centre de santé.

Jusqu'en décembre 2004, les groupes sont responsables de la permanence des soins. Après cette date les *Primary Care Trusts* reprendront cette mission. Le centre a choisi volontairement de ne pas y participer collectivement car la rémunération est jugée insuffisante. Le cabinet a passé un contrat avec une compagnie privée qui assure les soins hors des horaires d'ouverture. Cependant, les médecins du groupe peuvent y participer individuellement.

Quelques mécanismes favorisant la participation active des citoyens desservis par le centre ont été établis sous forme de livret d'accueil de collecte et de gestion des plaintes, ou d'enquête occasionnelle auprès des patients. Après une tentative infructueuse, la mise en place d'un comité de participation des patients n'a pas eu lieu.

Par définition, le rayon d'action du centre est déterminé et il est prévu dans le contrat PMS que le cabinet dispense certaines prestations destinées à des populations particulières.

Le centre de santé ne dispose pas d'un document formalisant le projet médical, mais il existe des groupes de travaux thématiques (ex : prise en charge du diabète...) et de recueil de données pour le suivi des indicateurs de santé.

<sup>105</sup> C'est-à-dire l'une des deux formes d'exercice collectif avec les groupes de pratique (*group practice*)

Les médecins généralistes du centre participent régulièrement à des réunions de formation continue. Tous les médecins sont dans l'obligation de participer à un système d'évaluation / bilan (*NHS appraisal system*) par un pair comprenant des informations sur la formation, le déroulement de la carrière, etc.

Le cabinet de groupe participe régulièrement à des projets de recherche. Des réunions systématiques sont organisées entre les médecins du groupe concernant des questions médicales.

En tant que cabinet sous contrat PMS, les médecins ont des missions de santé publique, en collaboration avec le *Primary Care Trust*.

\* \* \*

Le Royaume-Uni se trouve engagé de puis le début des années soixante-dix dans un processus croissant de regroupement des médecins qui a conduit à une situation actuelle caractérisée par un taux très faible de pratiques individuelles en médecine générale - de l'ordre de 6 à 7 % - avec une moyenne de

trois à quatre médecins exerçant dans un groupe. À partir des années quatre-vingt-dix et l'introduction des PCG / T, l'échelon du réseau des professionnels est venu se superposer à celui des cabinets de groupe. À cet égard, face à une tendance croissante à l'agrandissement de ces réseaux de cabinets de groupe, la question de la taille optimale du PCG / T fait depuis quelques temps l'objet de nombreuses réflexions<sup>106</sup>. Dans les années quatre-vingt-dix, des politiques incitatives de fusionnement de groupes, dans l'objectif de créer des groupes plus grands, ont montré leurs limites. Un grand nombre de fusions ont abouti à un échec, après des désaccords entre les médecins et les groupes. Certains déplorent une « merger mania » (manie du fusionnement) fondée sur le postulat d'un regroupement maximal.

---

106 Is bigger better for primary care groups and trusts, Chris Bojke, Hugues Gravelle, David Wilkin, NPCRDC, février 2001.





**Canada : les provinces de Québec et de l'Ontario**

---



## Canada : les provinces de Québec et de l'Ontario

### I. Présentation du système de santé et de l'organisation des soins primaires

#### A. Organisation et financement du système de santé

##### 1. Le système de santé canadien : principes généraux de l'articulation des niveaux fédéral, provincial et régional

Le système de santé canadien se caractérise par un important partage des pouvoirs entre le gouvernement fédéral, les dix provinces et les trois territoires, voire les régions dans certaines provinces comme le Québec.

Il s'agit d'un système national de santé relativement récent, financé par des impôts collectés au niveau fédéral et provincial. L'accès universel aux soins hospitaliers est gratuit depuis 1961 par le biais de l'assurance dite « assurance hospitalisation et services diagnostiques ». Cette gratuité a été étendue aux soins et services médicaux dispensés en cabinet en 1972 par le biais de l'assurance dite « assurance sur les soins médicaux ». Le patient n'a ni avance de frais, ni copaiement à déboursier pour son recours à l'ensemble des services ou de soins couverts par ces deux assurances, sauf exception (chambre privée à l'hôpital, consultation pour obtenir un certificat pour une banque ou une assurance...).

Les provinces et territoires fournissent aussi à certains groupes de populations des services supplémentaires non couverts par l'assurance santé, comme l'assurance médicament. La portée et le degré de la couverture pour ces services supplémentaires relèvent de chaque juridiction.

L'accès aux soins est libre, mais de nouvelles politiques de régulation provinciales incitent de plus en plus les médecins et les patients à ce que ces derniers s'inscrivent sur une liste auprès d'un médecin généraliste. S'il n'y a pas de *gatekeeping* formel, l'accès aux soins spécialisés nécessite le plus souvent une recommandation de la part du généraliste. La pratique médicale à l'hôpital ou en ville est de nature libérale.

Selon la loi canadienne sur la santé<sup>107</sup> de 1984, qui fusionne les dispositions relatives aux deux dispo-

sitifs d'assurance précités, les valeurs fondamentales du système de santé canadien sont définies à l'échelon fédéral. Le gouvernement fédéral est ainsi responsable de la définition des soins et services médicaux minimaux qui doivent être accessibles à tous les canadiens. Il est le garant du cadre commun à tous les systèmes de santé des provinces. Ils doivent tous répondre aux caractéristiques suivantes :

- la gestion publique : le régime d'assurance santé d'une province ou d'un territoire doit être géré sans but lucratif par une autorité publique ;
- l'intégralité : tous les services de santé fournis par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés ;
- l'universalité : toutes les personnes assurées d'une province ou d'un territoire doivent avoir droit aux services de santé assurés selon des modalités uniformes ;
- la transférabilité : le paiement des coûts des services assurés doit se poursuivre lorsqu'une personne assurée déménage ou voyage au Canada ou à l'étranger ;
- l'accessibilité : l'accès raisonnable des personnes assurées à des services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires doit être libre de tout obstacle financier ou autre.

La loi canadienne sur la santé stipule également que les soins et services de santé entrant dans le cadre de l'assurance santé ne peuvent faire l'objet de surfacturation ou de frais modérateurs.

Enfin, le gouvernement fédéral, via son ministère de la Santé dénommé Santé Canada, a une fonction de redistribution des ressources entre les provinces, et de coordination des politiques provinciales.

Le financement accordé par le niveau fédéral aux provinces s'effectue par le biais du Transfert Canadien en matière de Santé et de Programmes Sociaux (TCSPS). Le TCSPS est un financement global qui combine des transferts de fonds et des transferts fiscaux versés aux gouvernements provinciaux et territoriaux au titre de la santé, de l'enseignement post-secondaire, et des programmes de services sociaux et d'aide sociale. En 2002-2003, les paiements au titre du TCSPS sont de 35,3 milliards de dollars canadiens (environ 25 milliards d'euros).

<sup>107</sup> Les textes de références sont téléchargeables sur le site de Santé Canada à l'adresse suivante <http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/homef.htm>

À la suite des accords de septembre 2000 et de février 2003 entre les premiers ministres définissant un plan décennal de « renouveau des soins de santé », un nouveau cadre de financement sur cinq ans est retenu à partir du budget 2003-2004 qui divise le fonds en 62 % pour la santé et 38 % pour les programmes sociaux, et augmente la contribution du gouvernement fédéral de 16 milliards de dollars canadiens (11 milliards d'euros) pour cinq ans, par le biais d'un fond pour la réforme de santé.

La fonction de coordination des politiques s'opère principalement par l'organisation de rencontres et la mutualisation d'expériences entre les différentes provinces. En effet depuis 1999, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, à l'exception du Québec, ont pris l'engagement de travailler ensemble afin de prévenir et de régler les différends relatifs aux initiatives intergouvernementales, et de travailler ensemble à l'interprétation des principes de la loi canadienne sur la santé<sup>108</sup>. La coordination se traduit également par le financement de programmes spécifiques. Certains fonds sont ainsi dédiés à des axes considérés comme prioritaires à l'issue d'accords entre les différents premiers ministres des provinces du Canada.

Les provinces décident du financement global accordé à la santé ainsi que des prestations qui sont offertes à leurs administrés dans le cadre de la loi canadienne sur la santé. Ces prestations peuvent en effet être un peu plus larges que le cadre défini au niveau fédéral, mais il appartient alors aux provinces de les autofinancer. Les provinces définissent également les règles générales de l'organisation du système et du budget alloué dans la province à la santé et aux services sociaux. Les provinces disposent ainsi d'une véritable autonomie pour étendre le panier de soins couverts, organiser les services, définir les statuts et les modes de rémunération des professionnels ou encore les types d'établissements habilités à dispenser des soins.

Dans le cas où la décentralisation est déclinée jusqu'au niveau régional, comme au Québec depuis 1991, le gouvernement de la province alloue les budgets à chacune des régions (les régies régionales au Québec) qui sont dès lors responsables de l'organisation des soins et de l'allocation des ressources sur leur territoire.

## **2. Le système de santé québécois : le processus de décentralisation**

Le système de santé québécois, au même titre que ceux des autres provinces et territoires du Canada, est un système de santé public : l'État y définit le panier de services des soins hospitaliers et en cabinet privés, en finance la production et le fonctionnement, et fixe les conditions d'accessibilité sur une base équitable. Il se distingue néanmoins des autres sur deux points principaux :

- les services de santé et les services sociaux sont intégrés au sein d'une même administration, selon une architecture à trois niveaux : le gouvernement central, la région, et depuis peu le niveau local ;
- depuis 1997, un programme universel d'assurance médicaments obligatoires est mis en place.

La loi sur les services de santé et les services sociaux définit la structure de l'organisation des services de santé. Au niveau central, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec établit les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux. Dans ce cadre, il définit le montant du budget total, la répartition entre le budget global hospitalier (hors honoraires) et les honoraires des médecins ainsi que les modalités de son allocation par région. Il évalue pour l'ensemble du réseau socio-sanitaire les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

Le MSSS régule également le système par le biais du contrôle de l'accès aux études de médecine et à l'exercice professionnel (en ambulatoire et à l'hôpital) et du contrôle de l'offre de certains soins et de services coûteux : médicaments, hautes technologies (tomographie axiales, chirurgie de pointe...). Cependant, comme le panier de soins est faiblement limitatif et l'accès aux soins totalement libre, gratuit et sans débours, c'est surtout par le biais d'un rationnement implicite que s'exerce la régulation de l'accès aux soins (planification des équipements, listes d'attente).

La planification régionale, la gestion des ressources et l'allocation budgétaire des enveloppes globales aux établissements sont, depuis les différentes vagues de décentralisation, de la responsabilité des autorités régionales : les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), ont laissé la place à des agences de développement de réseaux locaux de la santé et des services sociaux (ADRLSSS) depuis juin 2004, en application de la loi n° 25 adoptée en décembre 2003 et faisant suite aux recommandations du rapport de la

<sup>108</sup> L'application de la loi canadienne sur la santé fait l'objet d'un rapport annuel.

commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair).

Depuis juin 2004, le niveau local tient donc une place majeure dans l'organisation du système. Quatre-vingt-quinze réseaux locaux de services (RLS) sont créés. Ils sont constitués de centres de santé et de services sociaux (CSSS) – issus de la fusion légale et administrative de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), de centres locaux de services communautaires (CLSC) et, pour soixante-dix-huit des RLS, d'un centre hospitalier (CH) – et de partenaires dont font partie les médecins de famille et les établissements qui offrent des services spécialisés. Ce réseau partage collectivement une responsabilité envers la population d'un territoire local qu'il concrétise à l'intérieur d'un projet clinique et organisationnel.

Les différents intervenants offrant des services de santé et des services sociaux à cette population sont en mesure de répondre à l'ensemble de ses besoins et de faciliter son cheminement dans le système, plus particulièrement celui des personnes vulnérables afin d'améliorer l'accessibilité, la coordination et la continuité des services, *via* notamment les partenariats et la hiérarchisation entre les soins de première, deuxième et troisième lignes.

Au titre de l'exercice 2004-2005, les dépenses consacrées à la mission santé et services sociaux s'élève à 20,1 milliards de dollars. Le Fonds consolidé du Québec fournit 93,1 % du financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux en 1999-2000, les autres sources correspondant à l'autofinancement du secteur socio-sanitaire (participation aux frais d'hébergement, suppléments pour chambre privée, et autres revenus tels que ceux versés par les assurances automobiles). La part du financement du Fonds consolidé du Québec provient des transferts fédéraux (financiers et fiscaux), des contributions des employeurs et des particuliers au Fonds des services de santé, des contributions au Fonds du régime d'assurance médicaments, des impôts sur la consommation ou sur le revenu des entreprises et des particuliers<sup>109</sup>.

Depuis 1997, une loi a institué un régime général d'assurance médicaments garantissant une protection de base à toute la population du Québec selon le principe suivant : toute personne de 18 ans (hormis les étudiants) se doit de souscrire à une police d'assurance médicaments privée – individuelle, de groupe (souscrite auprès de son employeur) ou familiale (assurance du conjoint).

Le montant annuel maximum payable au titre de la franchise et de la co-assurance par l'assuré pour l'ensemble de ses médicaments prescrits est de 839 dollars canadiens (soit environ 602 euros), décomposé en un montant de franchise (\$9.60) et un montant de coassurance (28 %) plafonné à une contribution maximale mensuelle de \$69.92.

Les personnes qui n'ont pas la possibilité de souscrire une assurance doivent adhérer au régime public d'assurance médicaments du Québec de la RAMQ. Dans ce cas, la prime annuelle maximum pour le régime public d'assurance médicaments du Québec est payable au moment de produire sa déclaration de revenus. Elle est fondée sur le revenu familial net et est limitée à un maximum de 460 \$ canadiens (soit environ 330 euros).

Certains médicaments sont prescrits gratuitement et certaines populations particulières sont exonérées d'assurance obligatoire et reçoivent leurs médicaments gratuitement (prestataires de l'aide sociale ayant des contraintes sévères à l'emploi, étudiants de moins de vingt-cinq ans, personnes atteintes d'une déficience fonctionnelle).

Au Québec, les médecins sont rémunérés à l'acte, avec une petite partie forfaitisée pour leur activité non clinique. Ils sont rémunérés par la RAMQ et ces dépenses ne sont pas comprises dans les budgets hospitaliers. Les négociations collectives des médecins ne relèvent pas du Code du travail mais de la loi sur l'assurance hospitalisation et de la loi sur l'assurance maladie. Il s'agit d'ententes entre le MSSS et les organismes représentatifs des médecins.

### **3. Le système de santé ontarien**

Le système de santé de l'Ontario, à la différence de la plupart des systèmes de santé provinciaux, n'est pas régionalisé.

L'assurance santé de l'Ontario couvre tous les traitements et services diagnostiques essentiels fournis par des médecins, y compris à domicile et dans les hôpitaux.

Les médecins peuvent facturer les services non assurés aux patients (envoi du dossier à un autre médecin, consultations par téléphone, certificats d'aptitude au travail, examens physiques pour les écoles ou colonies de vacances, interventions à des fins esthétiques, etc.).

Les médecins sont rémunérés à l'acte ; dans le secteur ambulatoire, ils exercent pour la majorité d'entre eux (61 %) en pratique de groupe.

<sup>109</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.

Comme au Québec, l'Ontario dispose de son propre système de couverture des dépenses de médicaments. Il s'agit en fait de trois dispositifs : le programme de médicaments de l'Ontario, le programme de médicaments Trillium, le programme de médicaments spéciaux.

## B. Organisation, régulation et offre de soins dans le secteur des soins primaires

---

### 1. La politique canadienne : le renouveau des soins primaires<sup>110</sup>

Le Canada a activement alimenté la réflexion sur les soins primaires de l'OMS et participé à la vision développée dans la déclaration d'Alma-Ata (1974) et d'Ottawa (1986) de soins primaires aux missions élargies, au-delà du seul soin, vers des soins primaires communautaires et intégrés (prévention, point d'accès unique, équipes pluridisciplinaires et intégrées...).

Cette participation intellectuelle peut cependant être perçue par le citoyen canadien comme purement rhétorique puisque ce dernier n'a pu bénéficier pendant longtemps – avant l'introduction des assurances hospitalisation et maladie - que de soins primaires rudimentaires (surtout dans les zones rurales éloignées). L'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les médecins, lors de l'introduction de l'assurance hospitalisation et maladie, a par ailleurs été un élément très structurant du système de santé et de soins primaires en particulier, et repose sur le principe d'un financement public des dépenses de santé, avec le maintien d'une pratique médicale de logique libérale et indépendante, les médecins étant toujours rémunérés à l'acte. La loi canadienne sur la santé ne fera que confirmer et renforcer cet accord en attribuant aux médecins et aux hôpitaux un rôle primordial dans la délivrance des soins.

Dans ce cadre, la mise en place de modèles intégrés en soins primaires est délicate. On distingue trois grandes périodes dans les réformes des soins primaires au Canada :

- le développement d'un modèle alternatif d'organisation et de financement des soins dans

les années soixante-dix, modifiant la délivrance des services et leurs types (soins infirmiers...), via l'introduction des centres de santé communautaires (CLSC) au Québec, des *Community Health Centres* (CHC) et des *Health Services Organisations* (HSO) en Ontario ;

- l'intensification de la réflexion sur une modification du champ de la pratique et du rôle de chacun dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, notamment du rôle respectif des médecins généralistes et des infirmières ;
- la mise en place de projet pilote entre le milieu et la fin des années quatre-vingt-dix et notamment des *Family Health Groups* (FHG) en Ontario et des Groupes de médecins de famille au Québec (GMF).

Parallèlement, dans la plupart des provinces, une logique de régionalisation s'est mise en place, permettant une dévolution des responsabilités dans le financement et l'organisation des services de soins (à l'exception notable de l'Ontario).

Le gouvernement fédéral a mis en œuvre des démarches de consultations (*CIHI, Health Care in Canada 2003*) à la suite d'importantes restrictions budgétaires des années quatre-vingt-dix - qui ont notamment pris la forme d'un important mouvement de rationnement des soins hospitaliers et de promotion d'un « virage ambulatoire » - et aux difficultés d'accès aux soins qui ont suivi, faute de contrepartie en termes d'investissement dans les soins de santé primaires, à domicile et d'hébergement des personnes âgées (rupture dans la continuité et la permanence des soins, intégration/coordination, dégradation de l'accès aux soins spécialisés et diagnostiques, engorgement des urgences...).

Une concertation nationale a notamment été animée par le commissaire Roy Romanow, afin de déterminer les priorités du système de santé. La commission Romanow qui s'est appuyée sur des rencontres auprès de canadiens et qui a sollicité de nombreux études et experts, a élaboré plusieurs recommandations dont la plupart concernent le domaine des soins primaires, des soins à domicile et des professions de santé<sup>111</sup>.

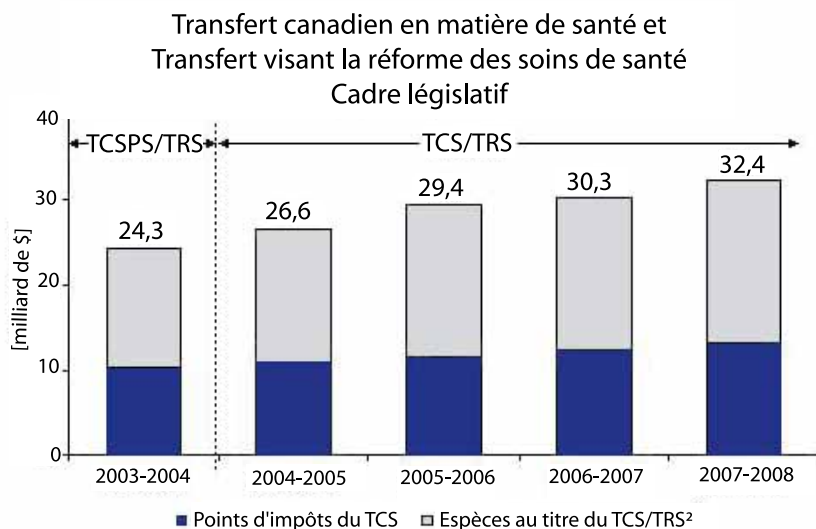
---

<sup>110</sup> La politique de soins primaires au Canada a fait l'objet d'une description minutieuse de la part d'Antonia Maioni dans un article intitulé « From Cinderella to Belle of the Ball, The politics of primary care reform in Canada » dans l'ouvrage « Implementing primary care reform : barriers and facilitators » coordonné par Wilson R., Short S.E.D et Dorland J. en 2004.

---

<sup>111</sup> La Commission a publié son rapport final Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada, en novembre 2002 et a terminé son mandat le 31 décembre 2002

## Graphique n° 1 Transfert canadien en matière de santé et transfert visant la réforme des soins de santé



Source : Santé Canada

Cette démarche, complétée par celle du sénateur Michael Kirby<sup>112</sup>, ainsi que l'ensemble des commissions provinciales, sont à l'origine d'une réactualisation de la thématique des soins primaires au Canada, qui s'intègre dans le cadre d'une réforme plus globale du système de santé. Celle-ci a mené récemment aux accords de septembre 2000, février 2003 et septembre 2004 entre les premiers ministres des provinces, définissant un plan décennal de « renouvellement des soins de santé ».

Les soins primaires sont ainsi mis en avant pour « garantir l'accès au fournisseur pertinent, au moment opportun ».

Ainsi, les premiers ministres conviennent que l'objectif ultime de la réforme des soins primaires est que tous les Canadiens, quel que soit leur lieu de résidence, aient accès au fournisseur pertinent de soins de santé, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours par semaine. Les premiers ministres s'entendent sur l'objectif d'assurer qu'au moins 50 % de leurs citoyens y auront accès dès que possible, et que cet objectif sera pleinement réalisé d'ici huit ans.

Dans le cadre de l'accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, le gouvernement a mis sur pied le Transfert visant la Réforme des soins de Santé (TRS), doté de 16 milliards de dollars (11,5 milliards d'euros) sur cinq ans, pour aider les provinces et les territoires à accélérer les réformes dans les domaines des soins primaires, des soins à domicile et des traitements médicamenteux.

L'accord 2004 reste dans la même logique et les objectifs visent avant tout à améliorer l'accès aux soins et à réduire les délais d'attente et les zones de non-soins :

- stratégie de priorisation (cancer, imagerie diagnostique, remplacements d'articulation, restauration de la vue) ;
- planification des ressources humaines (aide à la formation, intégration des médecins à diplômes étrangers...) ;
- couverture de certains soins (gestion des cas, traitement pharmaceutique, soins infirmiers et personnels, soins palliatifs) ; cela concerne les soins à domicile - pour les soins actifs à domicile ou communautaire de courte durée, à la suite d'hospitalisation en MCO ou psychiatrie, - ou les soins de fin de vie ;
- amélioration de l'accès aux soins primaires en développant l'accès vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept à des équipes multidisciplinaires et la mise en place d'un système de « télé-dossiers » ;
- amélioration de l'accès aux médicaments par le biais de la mise en place d'une assurance relative à la couverture des dépenses pour produits pharmaceutiques.

C'est donc dans ce cadre général que se déploient les politiques de santé du Québec et de l'Ontario qui constituent deux provinces majeures en termes de population.

112 Le rapport Kirby, intitulé « La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral », est téléchargeable à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/rhs/kirby.html>

\* \* \*

Ces récentes commissions provinciales et fédérales se sont donc de nouveau concentrées sur une réforme des soins primaires en insistant notamment sur le nécessaire développement de l'intégration et de la continuité des soins dans les soins primaires. Néanmoins, les dispositifs promus actuellement insistent plutôt sur le fait qu'il s'agit d'une voie permettant de résoudre le problème de l'accès aux soins et de la pénurie des professionnels de santé, plus qu'une voie permettant la mise en place de soins intégrés.

Cette nouvelle réflexion est à la source du soutien financier de nombreux projets pilotes, notamment au Québec et en Ontario.

## **2. La politique de soins primaires au Québec : un système bicéphale où la logique de soins communautaires et intégrés s'accorde mal avec l'aspiration à l'autonomie des médecins**

Le Québec se distingue des autres provinces canadiennes par un développement plus précoce, plus profond et plus rapide des soins primaires selon une logique communautaire et intégrée.

En effet depuis 1971, suite à la commission Castonguey-Nepveu et sa mise en œuvre dans la loi sur les services de santé de 1971, l'organisation des soins primaires se fonde sur l'intégration des services de santé et sociaux au sein des CLSC, et sur la régionalisation des services. Mais dans la pratique, la mise en œuvre de cette vision « social-démocrate » n'a pas été complète puisque les médecins sont majoritairement attachés à une pratique indépendante et rémunérée à l'acte. Ils ont donc globalement boycotté, surtout en zone urbaine, l'exercice salarié au sein de CLSC.

Le « virage ambulatoire » prôné par la commission Rochon de 1988 et mis en œuvre dans les années quatre-vingt-dix dans un contexte de raréfaction des ressources financières, n'a pas modifié cet état de fait. C'est ainsi que les coupes sombres à l'hôpital (fermeture...) ont conduit les autorités à se concentrer sur les soins primaires comme un moyen privilégié de contrôle économique.

En 1999, le rapport de la commission Clair identifie les manques suivants relativement aux soins primaires :

- accessibilité ;
- suivi et coordination des soins médicaux tout au long de la vie des patients ;
- soins de prévention ;

- circulation de l'information : résultats d'examen de radiologie, de laboratoire, médication.... ;
- intégration entre les cliniques médicales et le réseau des CLSC ;
- intégration entre la première ligne et la deuxième ligne médicales.

Si le rapport Clair s'inscrit dans la continuité des politiques précédentes en réaffirmant que les soins primaires sont l'assise du système de santé, il innove néanmoins en prenant acte de la répartition des tâches de fait entre le médical (médecins libéraux) et le social (CLSC), et donc de l'échec de la logique d'intégration. Tout en réaffirmant les rôles de chacun, il ouvre la porte à une nouvelle logique de coordination qui voit aujourd'hui le jour et repose sur :

- les réseaux locaux de services (RLS) qui ont la charge de l'articulation et de la coordination entre les différents prestataires, c'est-à-dire notamment entre les nouveaux CSSS et les médecins de famille ;
- des médecins de famille payés à la capitation sur une base d'inscription de la clientèle, les Groupe de Médecins de Famille (GMF, voir *infra*).

S'il s'agit avant tout de remédier à la pénurie des professionnels de santé, plus que de promouvoir véritablement une logique de soins communautaires et intégrés, du moins à court terme, il reste que la vision globale de la réforme se distingue de celle adoptée dans les autres provinces et repose sur d'importants changements culturels de la part des médecins.

## **3. La politique de soins primaires en Ontario**

Les soins de santé primaires constituent un thème récurrent du système de santé en Ontario, comme au Canada depuis de nombreuses années. De nombreuses initiatives visant à organiser les soins de première ligne se sont développées dès les années soixante-dix en Ontario, le plus souvent sous la forme de programmes et de projets pilotes. Mais ces initiatives d'intégration du travail social et médical sont en général restées marginales. Cette situation a été décrite et analysée par plusieurs auteurs canadiens pour lesquels les principes historiques fondateurs du système de santé<sup>113</sup> consti-

113 Pour Hutchinson et al, ces principes sont au nombre de trois : fi-



tuent des obstacles majeurs à la généralisation de nouvelles formes d'organisation.

Si les soins primaires sont revenus récemment sur le devant de la scène avec la réforme du système de santé canadien, ils ont toujours été présents sous la forme sinon de discours, tout au moins de réalisations concrètes. Nous avons centré notre analyse sur le mouvement le plus récent, qu'il illustre l'expérimentation des réseaux de santé familiale (FHN). La difficulté à développer les soins primaires au-delà des innovations isolées et la littérature abondante qui s'est développée sur ce sujet permet d'éclairer à propos de l'Ontario la difficulté qu'il peut y avoir à transformer un système de santé particulièrement orienté vers les soins, où le paiement à l'acte constitue la modalité principale de rémunération des médecins.

## II. État des lieux de la médecine de groupe au Canada dans le secteur des soins primaires

### A. La médecine de groupe au Québec

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le taux de répartition entre médecins spécialistes (7 968) et généralistes (7 702) est quasiment égal. Avec 7 702 omnipraticiens en 2005<sup>114</sup>, la densité moyenne est d'environ 101 médecins pour 100 000 habitants.

Les médecins omnipraticiens exercent dans différents contextes, tant en première ligne qu'en seconde ligne.

Selon une étude de la FMOQ<sup>115</sup> on recense les pourcentages suivants par mode d'exercice (non exclusif) :

- 73 % exercent en cabinet médical ;
- 56 % exercent en Centres Hospitaliers de

---

nancement public et pratique privée négociés dans le Medical Care Act en 1966 qui permet aux médecins de conserver le principe du paiement à l'acte, la répartition des pouvoirs entre le niveau fédéral et les provinces au sein du système de santé qui induit des comportements d'évitement et d'irresponsabilité, et enfin l'attribution d'un rôle essentiel aux médecins et aux hôpitaux pour la délivrance de soins de santé par le Canada Health Act de 1984. La « comprehensiveness » qui est un des critères principaux pour recevoir la contribution fédérale signifie que les soins doivent être délivrés par les hôpitaux ou les médecins.

114 Source : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec, 2005.

115 Le médecin du Québec, volume 38, numéro 2, février 2003.

Soins Généraux et Spécialisés ;

- 26 % exercent en CLSC. Ils n'étaient que 18 % en 1992 ; il s'agit d'un mode d'exercice de plus en plus privilégié, surtout en début de carrière (salarial, possibilité de temps partiel...) ;
- 17 % exercent en Centres Hospitaliers de Soins de Longue Durée.

### 1. Les cliniques médicales d'omnipraticien de groupe

Selon une enquête téléphonique du MSSS auprès de 4 983 omnipraticiens (soit une exhaustivité de 95 %), 4 276 pratiquent en cliniques de groupe<sup>116</sup>. La proportion d'omnipraticiens travaillant en cabinet solo est néanmoins plus élevée dans la ville de Montréal (20 %).

Cette étude met également ces éléments en évidence :

- une clinique de groupe compte en moyenne 5,2 omnipraticiens. Près de la moitié de ces cliniques compte au moins cinq omnipraticiens. La région de Montréal-Centre se distingue par la plus forte proportion de pratiques solos et par un pourcentage élevé de cliniques où il n'y a que deux omnipraticiens.
- près de la moitié des cliniques de groupe comptent aussi des médecins spécialistes, 17 % une ou plusieurs infirmières, 40 % des psychologues, 30 % des diététiciens, 12 % des kinésithérapeutes.
- près de deux tiers des cliniques de groupes offrent des services sans rendez-vous. Près de deux tiers également ouvrent le soir, un peu plus d'un tiers ouvrent le samedi, alors que seulement 21,5 % offrent des services le dimanche.
- 19 % des cliniques de groupes ont un service de prélèvements, 11,6 % ont une clinique de radiologie (soit 80 % de celles existant au Québec) et 69 % sont situées dans le même établissement qu'une pharmacie.

---

116 Ministère de la Santé et des Services sociaux : Répartition géographique et caractéristiques des cliniques médicales d'omnipraticien au Québec en 2000, mai 2001

## 2. Les centres de santé communautaires (CLSC) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS)

On recense en 2003 148 établissements CLSC<sup>117</sup>. Le territoire couvert par chacun est composé d'un, et parfois de plusieurs territoires de CLSC. Le Québec se divise en 166 territoires de CLSC, couramment appelés districts, dont les frontières respectent celles de leur territoire sociosanitaires d'appartenance. Il s'agit du plus bas niveau de découpage territorial dans le domaine socio-sanitaire.

Selon l'étude de la FMOQ précédemment citée, les médecins omnipraticiens y ont une activité principalement de soins aigus et chroniques qui se différencie très peu de celle des médecins exerçant en cabinet.

## 3. Les groupes de médecins de famille (GMF)

L'implantation progressive des groupes de médecine de famille (GMF) fait suite à l'une des principales recommandations du rapport de la commission Clair (*voir précédemment*).

L'objectif est de favoriser l'accès à un médecin de famille et d'améliorer la qualité des soins médicaux généraux et l'organisation des services de première ligne (accessibilité, prise en charge globale, continuité et complémentarité avec le réseau), tout en valorisant le rôle du médecin de famille. On dénombre plusieurs objectifs :

- étendre les heures d'accessibilité à un médecin de famille ;
- rendre les médecins de famille plus disponibles grâce au travail en groupe et au partage des activités avec les infirmières au sein d'un GMF ;
- améliorer le suivi médical des patients et la continuité des services en renforçant le lien avec les autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, notamment des CSSS.

Le GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières, dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille auprès de personnes inscrites. Le médecin de famille appartenant à un groupe est aussi en relation avec d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux dans les CSSS, les centres hospitaliers,

les pharmacies communautaires, etc. Le GMF est une entité légale autonome.

La constitution d'un GMF est effective une fois qu'il est accrédité sous certaines conditions :

- une contractualisation entre les médecins du groupe (un contrat type est présenté dans le guide « Devenir un GMF ») ;
- une entente de services avec le CLSC (et bientôt le CSSS) pour compléter l'offre de services (mise à disposition d'infirmières de CLSC, dispositifs d'urgences « info-santé », programmes sociaux...) ;
- une convention entre le GMF et la région régionale (et bientôt l'agence régionale).

Pour ce faire, le GMF bénéficie d'une enveloppe financière annuelle de 300 000 dollars canadiens (environ 220 000 euros) d'aides techniques et financières (pour la mise à disposition d'infirmières de CLSC, l'embauche de techniciens en administration et pour couvrir les frais de loyer supplémentaire, les déplacements, les formations...) et de 275 000 dollars canadiens (environ 200 000 euros) correspondant à une extension de rémunération (forfait annuel pour l'inscription des patients majoré pour les personnes inscrites vulnérables, banque d'heures, forfait de garde médicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, forfait pour le médecin responsable).

L'inscription auprès d'un médecin membre d'un GMF est volontaire, gratuite et sans limite territoriale. Elle reflète un engagement mutuel entre la personne inscrite et le médecin de famille. L'inscrit doit signer un formulaire par lequel il consent à la transmission de renseignements personnels. Pour le patient, les avantages sont les suivants :

- l'attention d'une équipe composée du médecin de famille de la personne inscrite, de ses collègues et des infirmières du groupe lesquels, ensemble, collaborent à la prise en charge et au suivi de l'état de santé de cette personne ;
- la possibilité d'obtenir des services médicaux généraux dans les bureaux du GMF, sur rendez-vous ou sans rendez-vous si nécessaire, ou à domicile si la personne ne peut se déplacer en raison d'une perte majeure d'autonomie et que sa situation l'exige ;
- l'accès à des explications personnalisées, à un enseignement et à un suivi par une infirmière du groupe pour certains problèmes de santé ;

117 Source : Santé et services sociaux du Québec.

- le fait qu'une personne sache, vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, avec qui communiquer pour obtenir une réponse adaptée à ses besoins ;
- le fait qu'en l'absence du médecin de famille de la personne inscrite, le travail en groupe permette à un autre médecin membre du groupe de suivre le dossier médical de cette personne.

L'implantation des GMF est progressive. En octobre 2004, il y avait 87 GMF et en février 2006, 125 GMF étaient répartis assez largement sur le territoire (à l'exception du centre de Montréal).

L'objectif du ministère est d'avoir environ 75 à 80 % de la population assurée qui soit inscrite chez un médecin de famille GMF. Cela correspondrait à 300 GMF de taille moyenne (dix médecins) qui inscriraient environ 15 000 personnes chacun (soit 1 500 patients par médecin). Il s'agit d'une cible générale puisqu'il est probable que le nombre de patients inscrits requis soit fonction du nombre de médecins dans le GMF, mais aussi de la sévérité et de la gravité du profil des patients inscrits.

Bien qu'il soit encore tôt pour porter un jugement sur le dispositif GMF, une première évaluation de cinq GMF « de la première vague » a donné lieu en avril 2006 à un rapport de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé<sup>118</sup>. En procédant à une analyse sur une période de deux ans, l'étude s'est particulièrement intéressée à deux dimensions : la façon dont le fonctionnement du GMF redéfinit la pratique de groupe, et la collaboration entre les professionnels.

Voici les principales conclusions de ce rapport, qui s'est appuyé sur 106 entretiens individuels réalisés auprès de professionnels et de gestionnaires, d'enquêtes par questionnaires auprès de 2 755 patients et 88 professionnels, de groupes de discussion auprès de 22 patients et d'analyse documentaire (lettres, mémos, protocoles de soins, etc.).

Certaines difficultés sont survenues au cours de l'étape d'implantation des GMF, liées au fait que la création des groupes s'est déroulée dans un contexte à forte teneur politique et selon un calendrier accéléré :

- les étapes dans l'implantation des premiers

GMF ont manqué de synchronisme et la répartition initiale des rôles ne s'est pas toujours faite de façon claire ;

- les professionnels concernés ont parfois ressenti un soutien insuffisant dans l'organisation des changements qu'ils avaient à mettre en œuvre et ont déploré la lourdeur du processus gouvernemental ;
- la mise en place des systèmes d'information a tardé ;
- les relations contractuelles, notamment celles concernant le recrutement des infirmières ont soulevé des difficultés.

Malgré ces quelques difficultés, des changements positifs ont été observés dans les cinq GMF, concernant notamment les pratiques des professionnels, le développement de leur collaboration et l'amélioration de divers aspects des services aux patients :

- s'agissant de la mise en place du GMF, certains éléments ont été considérés comme des atouts importants : le financement et le rôle du personnel administratif ; le soutien des chargés de projets régionaux ; l'appui de la FMOQ ; la présence d'un leadership fort au sein des GMF ;
- au cours des deux années d'observation, la collaboration entre les médecins et les infirmières a majoritairement connu un progrès notable malgré les obstacles qu'ont pu représenter l'hétérogénéité des pratiques médicales, notamment en ce qui a trait à la pratique multidisciplinaire. L'élaboration de protocoles de suivi conjoints pour certaines maladies chroniques a constitué un outil important pour favoriser cette collaboration ;
- ces changements de pratique et cette collaboration entre professionnels ont été perçus positivement par les patients inscrits ;
- des améliorations dans l'offre de services ont été constatées, notamment sur les points suivants : accessibilité pendant les heures ouvrables et hors des heures ouvrables ; globalité des soins ; coordination médecin-infirmière ; connaissance du patient.

118 M-D. Beaulieu et al., L'implantation des Groupes de médecine de famille : un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle, Etude de cas dans cinq GMF de la première vague au Québec, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, avril 2006.

### Visite du GMF de St-Vallier (Québec)

Le cabinet de groupe d'omnipraticiens de St-Vallier est accrédité GMF depuis novembre 2002. Il s'agit du premier cabinet privé à être devenu GMF au Québec.

Le GMF St-Vallier est situé dans la partie urbaine centrale de la ville de Québec, à quelques kilomètres du centre historique de la ville, un quartier assez populaire composé d'une population relativement défavorisée (niveau de scolarité et de revenu faible, proportion élevée de familles monoparentales...).

Le GMF fait physiquement partie d'une clinique médicale regroupant également un cabinet dentaire, un petit comptoir de pharmacie, un cabinet de kinésithérapie et de radiologie. Le groupe d'omnipraticiens était propriétaire des locaux avant de passer en GMF, mais à l'occasion de ce passage, il a revendu ceux-ci à une société administratrice de biens et propriétaire de pharmacies. La gestion de l'édifice demandait trop de temps que les médecins ne pouvaient consacrer à la pratique médicale. Chaque entité est aujourd'hui locataire de ses murs.

Le groupe existe depuis 1965 et a connu une croissance régulière de ses effectifs médicaux, jusqu'à dix médecins généralistes. Ils sont aujourd'hui au nombre de huit. Le nombre de dix médecins est jugé idéal par le groupe mais il ne trouve pas de candidats, ce qui s'explique notamment par le fait qu'il y a une pénurie des effectifs de médecins et que la zone d'exercice, jugée comme défavorisée, n'attire pas les médecins.

Deux évolutions récentes témoignent de la croissance du groupe : il est accrédité GMF depuis 2002, et à ce titre accueille dorénavant deux infirmières de CLSC et un adjoint administratif. Un nouveau bâtiment de 550m<sup>2</sup> (à quelques centaines de mètres des locaux actuels) est en construction afin de remplacer le bâtiment actuel jugé trop étroit (il compte aujourd'hui quatorze espaces de bureaux) et un peu vétuste.

Le GMF comprend actuellement huit médecins généralistes, cinq hommes et deux femmes, pour six en équivalent temps plein au sein du cabinet (hors activité d'urgence ou à l'hôpital).

Par ailleurs, au-delà des autres professionnels exerçant dans les murs mais ne faisant pas partie du cabinet, qui peuvent se voir référer des patients du groupe, le GMF accueille des consultants spécialistes extérieurs pour la consultation des patients du groupe : un ORL une demi-journée par semaine, un gynécologue une demi-journée par mois, un gastro-entérologue plus occasionnellement.

Le GMF comprend depuis le passage du groupe en GMF : une secrétaire, deux infirmières de CLSC

(deux ETP pour un total de soixante-dix heures) et un adjoint administratif.

L'accréditation du groupe en GMF signifie que le groupe a signé un contrat entre tous les partenaires médecins du GMF, une entente avec un CLSC ainsi qu'un contrat avec l'agence régionale.

Le contrat entre les médecins porte principalement sur l'objectif de l'association, lequel étant, de façon privilégiée, un partage de moyens.

L'entente avec le CLSC régit notamment la mise à disposition des infirmières. Cela est jugé très positivement par les médecins et il s'agit de la modification principale à la suite du passage en GMF. Même si les médecins souhaiteraient plutôt avoir une enveloppe financière pour embaucher eux-mêmes les infirmières et ainsi être leur employeur et non seulement leur responsable fonctionnel, (c'est l'infirmière en chef du CLSC qui est titulaire de l'autorité hiérarchique), ils admettent que cela a permis d'améliorer beaucoup les services rendus aux patients et les conditions de travail des médecins. Les infirmières de CLSC ayant par ailleurs une bonne connaissance des programmes sociaux dispensés au sein des CLSC, ce sont elles qui organisent le lien ou le renvoi des patients vers les services sociaux compétents.

Le contrat avec l'autorité régionale régit les services rendus en contrepartie de l'enveloppe financière accordée (directement ou indirectement) comprenant la rémunération des deux infirmières rémunérées par le CLSC (revenus indépendants), les frais de salaires pour l'adjoint administratif et la secrétaire, le budget de fonctionnement pour la location d'espaces pour l'adjointe administrative et la secrétaire et les deux infirmières, l'informatisation (un ordinateur par bureau), le forfait pour les personnes inscrites sur la liste, le forfait de suivi de la clientèle, le forfait pour les réunions, le forfait pour le médecin responsable.

Le GMF souhaiterait pouvoir recruter plus d'infirmières compte tenu de la précarité et de la vulnérabilité de sa clientèle. Il souhaiterait également que les règles d'attribution passent d'une logique fondée sur le nombre de patients inscrits à une logique en proportion de la population vulnérable.

L'inscription des patients sur une liste par médecin ne semble pas poser de difficultés majeures. Rappelons que si le patient n'est pas inscrit, il ne peut bénéficier de l'extension des services, notamment ceux fournis par les infirmières, qui consultent uniquement sur rendez-vous (notamment consultation dans la clinique de diabétologie...). Les infirmières ne sont pas utilisées pour orienter la clientèle. Seuls

les patients inscrits sont enregistrés sur une liste, le GMF en compte 7 000.

Les médecins sont payés à l'acte et chacun a sa propre facturation, quelle que soit son activité (publique facturée à la RAMQ ou privée facturée directement au patient). Les médecins partagent les frais à parts égales. Les autres médecins intervenant comme consultants (ORL...) louent les locaux, le temps de secrétariat, l'utilisation du matériel médical... en fonction de leur temps de présence au sein du GMF (en demi-journée), auprès du GMF qui fait alors de la sous-location.

Le GMF est ouvert dans la semaine de 8h à 21h, sauf le lundi (jusqu'à 17h) et le week-end de 9h à 13h. Les patients consultent à 80 % en rendez-vous et 20 % sans rendez-vous. L'urgence est organisée par le système info-santé (centrale téléphonique vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept et médecins de garde à leur domicile), les personnes en perte d'autonomie ayant un suivi spécifique. Le GMF a réalisé il y a deux ans environ 5 000 rencontres par médecin et par an.

Signalons enfin que le plateau technique est relativement étendu (écho-doppler, mapa, spirométrie, matériel de prélèvement biologique,...) et que le GMF dispense depuis des programmes spécifiques de suivi des diabétiques (assuré en grande partie par les infirmières).

## B. La médecine de groupe en Ontario

### 1. Les cliniques médicales d'omnipraticque de groupe

L'étude réalisée auprès des médecins de familles de l'Ontario par l'Association des médecins de famille du Canada montre plusieurs types de pratiques familiales en Ontario.

De façon très majoritaire, les médecins de famille ou omnipraticiens d'Ontario exercent en pratique de groupe, que celui-ci soit :

- monospécialisé dans 39,4 % des cas (taille moyenne du groupe : 4,8 médecins) ;
- plurispécialisé dans le sens d'une association entre médecins de famille et d'autres médecins spécialistes dans 5 % des cas (11,6 médecins de famille en moyenne) ;
- pluriprofessionnel dans le sens d'une association entre médecins de famille et d'autres professionnels de santé dans 5,5 % des cas (12,5 médecins de famille en moyenne).

Signalons également que les hommes sont plus susceptibles de travailler en pratique solo que les femmes (44,2 % versus 27,7 %).

Tableau n° 1

### Proportions de médecins de famille dans les divers types de pratiques médicales en Ontario

Types de pratiques	%*	Nombre moyen de médecins de famille en pratiques de groupe (Écart-type)
Médecins de famille en pratiques de groupe	39,4(n=1 558)	4,8(ÉT=3,5)
Pratique solo	39,3(n=1 553)	
Clinique spécialisée	7,5(n=297)	
Groupe de pratiques multidisciplinaires (comprenant des professionnels non-médecins en pratique autonome)	5,5(n=219)	12,5(ÉT=10,8)
Groupes de pratiques composés de médecins de famille / spécialistes (comprenant d'autres médecins spécialistes / dentistes)	5,0(n=197)	11,6(ÉT=11,3)
Médecin dépanneur ( <i>locum tenens</i> )	3,8(n=150)	
Autres	12,9(n=510)	

Sur la base de N=3 949

\* Le pourcentage combiné peut dépasser 100 % parce que certains répondants ont choisi plus d'une catégorie.

## 2. Les centres de santé communautaires (Community Health Centre, CHC)

Mis en place dans les années soixante-dix et mis en œuvre au début des années quatre-vingt, de façon contemporaine au développement des CLSC au Québec, les centres de santé communautaires sont aujourd'hui au nombre de 55 pour tout l'Ontario. Ils rassemblent un nombre limité de médecins et constituent une forme marginale d'organisation des soins.

Une description du CHC du nord de Hamilton permet d'en appréhender les principales caractéristiques.

Le centre de santé d'Hamilton, dirigé par le Dr Dale, rassemble plusieurs activités, comme la délivrance de soins, les soins de kinésithérapie, de dentisterie, des activités à caractère social, et un programme spécifique destiné aux immigrants. Plusieurs programmes de recherche en prévention et éducation à la santé sont organisés à destination de populations particulières comme les patients asthmatiques et les patients diabétiques.

Le CHC est territorialisé sauf pour les personnes immigrées. Il couvre une population d'environ 7 000 personnes. Il reçoit ses ressources du ministère de la Santé sous la forme d'un budget global. Il n'a pas de liens avec la municipalité. Il dispose d'un conseil d'administration composé de représentants des communautés, de patients, de gestionnaires d'hôpitaux et d'universitaires. L'ensemble des professionnels qui y travaillent sont salariés. Cinq médecins y exercent, dont deux à temps plein. Le niveau des salaires des médecins a été revalorisé et s'élève actuellement à 160 000 dollars canadiens annuels (115 000 euros). Plusieurs infirmières praticiennes travaillent au centre. Elles peuvent voir le patient directement. Les personnes qui consultent peuvent avoir un rendez-vous avec la personne de leur choix mais s'ils ne veulent ou ne peuvent pas attendre, ils ne pourront voir que l'infirmière.

Les patients se sont plaints au centre d'un manque de continuité des soins dans la mesure où ils n'ont pas la garantie de voir la même personne régulièrement.

Ce centre n'a pas de difficultés à recruter de nouveaux médecins, ce qui n'est pas le cas des autres. Cette situation privilégiée peut être expliquée par le lien avec l'université Mc Master qui semble attractif pour les jeunes professionnels.

L'organisation du travail reste largement informelle. Une réunion rassemble les salariés une fois par semaine. L'orientation de la clientèle par la standardiste, présente depuis une vingtaine d'années, pose aujourd'hui problème.

## 3. Les réseaux de santé familiale (Family Health Network)

L'Ontario est engagé depuis le début des années 2000 dans un programme ambitieux visant à introduire une nouvelle forme d'organisation des soins, les réseaux de santé familiale ou *Family Health Network (FHN)*. Ce projet récent s'inscrit dans l'histoire de la médecine de famille en Ontario. Le programme des *Family Health Networks* peut être considéré comme l'aboutissement d'une réflexion introduite en 1994 et portée par plusieurs professeurs d'université dans la discipline de la médecine de famille. Il s'agissait de développer les formes de pratiques les plus adéquates au modèle de la médecine de famille tel qu'il se développait à l'époque. Quatorze projets pilotes initiés en 1998, et regroupés sous le terme générique de *primary care networks* ont servi à définir le programme du *Family Health Network*.

Le programme actuel résulte d'un accord passé entre le ministre de la Santé de l'Ontario et l'Association des Médecins de l'Ontario, à l'occasion des négociations quinquennales sur les valeurs des actes. Cette négociation qui s'apparente à la négociation conventionnelle à la française, à l'issue de laquelle sont définies des valeurs d'actes pour les cinq ans à venir, a été l'occasion d'introduire le FHN ainsi qu'une nouvelle modalité de rémunération des médecins.

Le ministère de la Santé a créé en 2001 une agence indépendante, dont le conseil d'administration est largement composé de médecins (50 %), dotée d'un budget pour trois années de 53 millions de dollars canadiens (environ 39 millions d'euros) provenant principalement du Fonds fédéral pour la transition vers les soins primaires (PCHTF). Cette agence qui sera intégrée à l'administration sanitaire conformément au souhait du ministre actuel de la santé est présidée par un professeur de médecine de famille, Ruth Wilson, qui a été praticienne en zone éloignée pendant vingt ans et actuellement membre du groupe à l'origine des *Primary Care Networks* et des *Family Health Networks*. Cette agence a été chargée de mettre en œuvre et de diffuser le modèle de réseau de santé familiale. Devant les difficultés rencontrées par les promoteurs à développer le modèle initial proposé aux médecins, dit de *Family Health Network*, un deuxième modèle d'organisation en groupe moins contraignant pour les médecins a été proposé : le *Family Health Group (FHG)*. Nous présentons successivement les deux modèles et le stade de développement qu'ils ont atteint après trois années de promotion et de développement.

Le *Family Health Network* consiste en un regroupement volontaire de médecins de famille qui

peuvent collaborer avec d'autres professionnels de santé, comme des infirmières praticiennes, pour fournir de façon coordonnée des soins accessibles aux patients inscrits. Un *Family Health Network* est composé au minimum de cinq médecins, travaillant à temps partiel ou à temps complet. Les médecins n'exercent pas nécessairement au même endroit. Les médecins font adhérer leurs patients au réseau, ce qui est formalisé par la signature d'un document type.

Dans le cadre des *Family Health Networks*, les médecins s'engagent à ouvrir leur cabinet au-delà des heures classiques (à raison de trois heures par semaine), et à assurer une permanence pour les appels vingt-quatre heures sur vingt-quatre transmis par la centrale d'appel pour les patients enregistrés qui le nécessitent. Ils sont rémunérés pour la formation continue et les activités de prévention.

Le patient accepte que certaines informations le concernant soient colligées et soient transmises entre médecins et avec le ministère de la Santé (nom, adresse, numéro de téléphone, dates d'immunisation, dates de tests de dépistages préventifs...). Le patient s'engage aussi à :

- faire appel en priorité au médecin de famille ou au *Family Health Network* auquel il appartient en cas de besoin de services médicaux de première ligne sauf si urgence ou si déplacement ;
- communiquer au médecin et au ministère de la Santé tout changement d'adresse ;
- ne pas changer de médecin plus de deux fois dans l'année (délai de six semaines à respecter après signature) ;
- appliquer ces règles aux enfants à charge.

Le patient qui a souhaité s'inscrire peut ainsi bénéficier d'un accès à des soins primaires ou à des conseils vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept dans la mesure où le FHN propose des heures prolongées de consultation. Il a aussi accès à une infirmière en dehors des heures d'ouverture du cabinet par l'entremise du service téléphonique d'aide médicale avec, le cas échéant, un avis médical par un médecin du *Family Health Network* et une orientation si nécessaire vers un service d'urgence.

Le *Family Health Network* introduit des changements importants en termes de modalités de rémunération des médecins mais aussi en termes

de revenus. Deux modèles de rémunération sont proposés aux praticiens : le modèle mixte (*blended*) qui comprend une partie de rémunération à la capitation et une partie à l'acte ; le modèle du paiement à l'acte réformé, qui comprend une meilleure valorisation des actes usuels (de base) pour les patients inscrits et l'ensemble des primes et bonus pour des activités spécifiques.

Des simulations sont proposées aux médecins afin qu'ils puissent estimer l'évolution de leurs revenus s'ils entrent dans un FHN. Le revenu d'un médecin adhérent peut varier selon le nombre de patients recrutés dans le *Family Health Network* et selon son activité.

La quasi-totalité des rémunérations est versée au *Family Health Network* à l'exception des primes annuelles pour certaines activités spécifiques (réalisation d'accouchements, soins palliatifs, visites à domicile, certains actes réalisés en cabinet), et pour la formation médicale continue.

Les autres formes de rémunération sont la capitation par patient inscrit pour les actes de base (57 selon la nomenclature), le paiement à l'acte pour certaines activités spécifiques (urgences, soins prénataux...) et une rémunération au bonus en fonction de l'atteinte d'objectifs notamment pour des soins préventifs.

Les soins réalisés pour les patients non inscrits sont toujours payés à l'acte dans la limite d'un plafond. La nomenclature des médecins en Ontario est très détaillée, ce qui permet la réalisation de simulations fines.

L'augmentation moyenne des revenus du médecin est de 25 % selon Ruth Wilson. L'ensemble des personnes rencontrées ont insisté sur l'intérêt financier majeur qu'apporte le dispositif *Family Health Network*.

Le tableau de la page suivante montre à titre d'exemple comment l'activité d'un médecin au sein d'un *Family Health Network* est valorisée, et à qui est versée la rémunération selon l'activité.

**Tableau n° 2**  
**Système de rémunération mixte (*blended*) pour un médecin adhérent au dispositif FHN**

Type de paiement	Description	Patients inscrits	Patient non inscrit	Destinataire
Paieement forfaitaire par patient	Montant forfaitaire calculé pour chaque médecin à partir des actes usuels réalisés et en fonction de l'âge et du sexe des patients	96.85 dollars (en moyenne) mais donné à titre indicatif	0	FHN
Activité hospitalière	Paieement à l'acte pour les actes non usuels	100 %	100 %	FHN
Activité d'urgence	Paieement à l'acte pour les actes non usuels	100 %	100 %	FHN
Activité d'obstétrique	Paieement à l'acte pour les actes non usuels	100 %	100 %	FHN
Activité spécifique (endoscopie gastrique, coloscopie courte...)	Paieement à l'acte pour les actes non usuels	100 %	100 %	FHN
Majoration à l'acte pour patients inscrits	10 % de la valeur de chaque paieement à l'acte pour les actes usuels dispensés aux patients non inscrits	10 %	0.00	FHN
Plafonnement pour les services de base aux patients non inscrits	Paieement à l'acte pour les actes usuels aux patients non inscrits dans la limite d'un plafond		Maximum de 40 000 par médecin x par le nombre de médecins	FHN
Bonus pour la délivrance de soins préventifs et pour la gestion de cas	Paieement annuel pour la réalisation de soins préventifs aux patients inscrits : vaccination contre la grippe pour les plus de 65 ans, vaccination pour les moins de 2 ans, mammographies et frottis du col dans la limite d'un plafond	Montant maximum de 8 800 dollars		FHN
Bonus pour l'amélioration des services offerts		Jusqu'à une moyenne de 20 dollars par patient inscrit		FHN
Management du groupe et rémunération de l'activité de direction	Paieement mensuel de 1 dollar par patient enregistré par le FHN dans la limite de 25 000 dollars	25 000 dollars		FHN
Rémunération de la disponibilité téléphonique pour les services d'appel téléphonique	Paieement mensuel par médecin de 2000 dollars pour s'assurer qu'un médecin sera accessible au téléphone pour la plateforme téléphonique en dehors des heures de service	24 000 dollars		FHN
Primes spéciales : selon le nombre d'accouchements réalisés, nombre de visites à domicile...	Ces primes sont calculées en fonction de l'activité du médecin dans les différents secteurs	Entre 4 000 et 10 200 dollars		Médecin
Formation médicale continue		2 400 dollars		Médecin

Source : *Work Book, Your family network - Ontario Family Health Network 2002.*



Les kits de présentation de l'office des *Family health networks* à destination des médecins détaillent l'ensemble de la procédure conduisant à la création d'un *Family Health Network*. L'*Ontario Family Health Network* (OFHN) propose dans un premier temps une simulation des revenus du médecin s'il entre dans le système FHN à titre indicatif. Les étapes de la constitution du groupe sont ensuite déclinées. Les médecins candidats sont invités à consulter l'organisation des médecins de l'Ontario sur les formes juridiques possibles et les modalités de gestion, puis à choisir un nom pour leur groupe et une forme juridique (*unincorporated association ou partnership*), et enfin à mettre en place une structure de « gouvernance » conformément aux conditions d'agrément (il s'agit par exemple de nommer un responsable et des personnes habilitées à signer les actes officiels au sein du groupe, à déterminer les heures supplémentaires d'ouverture et à ouvrir un compte en banque au nom du *Family Health Network*). L'étape suivante porte sur la signature des actes officiels proprement dits. Le *Family Health Network* étant fondé sur le « recrutement » (*enrollment*) des patients, une aide à la stratégie de recrutement est proposée aux médecins (brochures, conseil) ainsi qu'une aide financière afin de financer le temps passé à expliquer le dispositif aux patients et à constituer les dossiers administratifs (1 000 dollars au début du recrutement et 2 000 dollars au moment du basculement de la rémunération du médecin du paiement à l'acte vers le mécanisme de paiement propre au *Family Health Network*).

Le bilan des FHN est assez mitigé. Le lancement du projet a été très difficile malgré une promotion active du projet par Ruth Wilson, présidente de l'OFHN sur l'ensemble de la province. Les médecins ont été très sceptiques devant la présentation du modèle du *Family Health Network*, voyant dans ce dispositif un moyen de contrôler leur activité sans possibilité pour eux de retour en arrière au paiement à l'acte. La nécessité pour les médecins de former des groupes, de répartir les responsabilités de gestion et les ressources semble avoir constitué un frein important au développement des *Family Health Network*. Le recrutement des patients par les médecins a aussi constitué un frein à l'adhésion des médecins. 55 *Family Health Network* ont finalement été constitués à l'automne 2004. L'ensemble des médecins qui exercent dans un *Family Health Network* sont très satisfaits.

Les difficultés rencontrées pour constituer des *Family Health Networks* avec les médecins ont conduit l'agence de développement des *Family Health Networks* (OFHN) à proposer une forme mineure du modèle, le *Family Health Group*.

Le *Family Health Group*, et par conséquent les médecins qui y adhèrent, s'engage essentiellement à offrir une réponse de soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre. En pratique, cela implique que l'un des médecins soit accessible en consultation sur une plage horaire quotidienne d'au moins trois heures durant le week-end ou qu'un des médecins soit accessible au moins trois heures après dix-sept heures (de dix-sept heures à vingt heures) du lundi au jeudi (soit quatre jours par semaine).

En dehors des heures d'ouverture de la pratique, le FHN s'engage à ce qu'un médecin soit joignable par téléphone par une infirmière du centre d'appel urgent afin de réguler un appel si besoin. Une plate-forme téléphonique située à Toronto, où une cinquantaine d'infirmières assurent une permanence téléphonique, recueille les appels des patients. Les infirmières, le cas échéant, font appel au médecin du FHN où le patient est répertorié quand un avis médical s'avère nécessaire. Le médecin n'est pas tenu de se déplacer mais doit proposer une conduite à tenir. Il reçoit le lendemain un fax lui relatant l'appel de son patient et la réponse donnée.

Les procédures sont donc les mêmes que pour les médecins du *Family Health Network*, à la différence importante que les patients ne sont pas inscrits. La liste des patients du FHG est constituée à partir de la liste des patients qui ont reçu des soins par les médecins du groupe durant les dix dernières années (mis à part certains critères d'exclusion). Les patients ne savent pas qu'ils sont répertoriés.

Les responsables politiques sous la pression des organisations de médecins ont refusé qu'une campagne de communication sur les FHG soit développée auprès des patients. Le dispositif FHG propose néanmoins une option d'inscription des patients qui donne droit à des rémunérations spécifiques. De fait, le système est conçu pour inciter les médecins du *Family Health Group* à entrer progressivement dans une forme plus intégrée et notamment dans le processus d'inscription du patient auprès du *Family Health Group*. Le Dr Wilson évoque la stratégie du pied dans la porte comme sous-tendant cette démarche.

Les paiements proposés se décomposent en paiements administratifs, paiements spécifiques pour les patients listés et les patients enregistrés, et enfin des paiements additionnels pour les patients enregistrés.

### Tableau n° 3 Le système des paiements dans le *Family Health Group*

#### **Paiements pour les tâches administratives**

##### **L'inscription des patients**

- 1 000 dollars adressés au *Family Health Group* pour chaque médecin identifié ayant inscrit un tiers de la liste de patients assignés
  - 1 500 dollars par médecin qui a inscrit plus de 1 000 patients
- La participation à la centrale d'appels urgents
- 1 000 dollars par mois pour le *Family Health Group* qui a moins de 10 médecins et 2 000 dollars par mois pour un *Family Health Group* comprenant plus de 10 médecins

#### **Les paiements pour les patients sur les listes d'appel et pour les patients inscrits**

##### Prime pour soins exhaustifs « *comprehensive care* »

- 10 % de majoration pour soins compréhensifs et pour 13 actes pour les patients identifiés sur les listes des médecins du *Family Health Group*

##### Prime pour soins après fermeture

- 10 % de prime par acte réalisé en dehors des heures traditionnelles d'ouverture pour les patients identifiés sur la liste des médecins du *Family Health Group*.

##### Prime pour soins palliatifs

- 2 000 dollars de prime pour un médecin qui a demandé le remboursement de 4 actes en soins palliatifs sur une année fiscale

#### **Paiements additionnels uniquement pour les patients inscrits**

##### Nouvelle prime pour délivrance de soins aux personnes âgées

- Une prime de 10 % annuelle par patient à partir d'un certain acte pour les patients âgés de 65 à 74 ans

##### Prime pour les patients atteints de pathologie mentale grave

- 1 000 dollars par an pour des services de soins primaires délivrés aux patients (5 à 9) présentant des troubles bipolaires ou une schizophrénie
- 2 000 dollars par an pour des services de soins primaires délivrés à plus de 10 patients présentant des troubles bipolaires ou une schizophrénie

##### Tarifs pour l'inscription de nouveaux patients

- 100 dollars par patient nouvellement inscrit n'ayant jamais été inscrit, dans la limite de 50
- 10 % de plus pour les nouveaux patients entre 65 et 74 ans
- 20 % de plus pour les nouveaux patients âgés de plus de 74 ans

Le système de rémunération dans le *Family Health Group* incite les médecins à inscrire les patients et valorise le suivi de patients âgés nécessitant des soins palliatifs ou porteurs de pathologies psychiatriques lourdes.

Le modèle des *Family Health Groups* a eu plus de succès que le modèle des *Family Health Networks*, puisque, en novembre 2006, 329 *Family Health Groups* ont été constitués, la plupart comportant 20 à 25 médecins, et 96 *Family Health Networks*. Les 329 FHG rassemblent 4497 médecins et les 96 FHN, 1002 médecins. Pour Ruth Wilson, le fait qu'un tiers des médecins de famille exerçant en Ontario ait adhéré constitue un succès.

Les *Family Health Networks* et les *Family Health Groups* ont constitué un axe important de la politique canadienne de renouveau des soins primaires en Ontario. L'un des objectifs recherchés était l'amélioration de l'accessibilité aux médecins généralistes et aux soins urgents. Le principal reproche qui a été fait à ce projet d'après le Dr Wilson est la trop grande attention portée sur les questions de rémunération.

Le dispositif OFHN a été transféré au ministère de la Santé et des Soins de longue durée en 2004.

Le ministère de la Santé de l'Ontario lance actuellement un programme visant au développement des équipes de santé de famille (*Family Health Team*). Assez proche du modèle de *Family Health Network*, le FHT associe d'autres professionnels aux médecins (infirmières, infirmières praticiennes et autres professionnels de soins primaires). Fondés sur les dynamiques locales, les FHT sont proposés par leurs promoteurs aux instances gouvernementales (*Ministry's FHT implementation team*) qui apportent une assistance à l'élaboration de projets<sup>119</sup>.

Trois formes juridiques sont proposées aux pro-

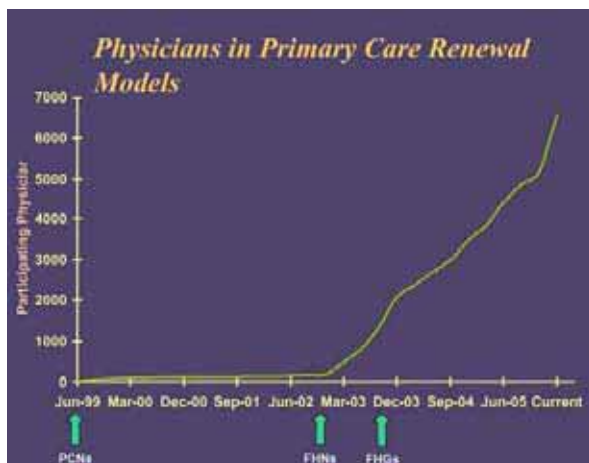
moteurs : les groupes communautaires (organisations à but non lucratif qui doivent comprendre dans leur conseil d'administration des représentants de la communauté, des groupes d'offreurs de soins qui peuvent être des « corporations », des associations professionnelles ou des partenariats, des formes mixtes combinant les offreurs de soins et les groupes de professionnels). Le ministère qui se donne comme objectif de mettre en place 150 FHT à la fin 2005 et en annonce 45 avant le mois d'avril 2005, met en avant la flexibilité du dispositif et de la méthode. Les projets actuels sont pour une grande part d'anciens projets de soins primaires (réseaux ou groupe).

En novembre 2006, on dénombre en Ontario 125 *Family Health Teams*, qui sont à divers stades de développement, et fournissent des soins à une population de 1,4 millions de personnes environ. Actuellement, 66 équipes ont commencé à se mettre en place et ont recruté plus de 268 professionnels de santé, dont 71 infirmières praticiennes (*nurse practitioners*), 102 infirmières (*registered nurses*) 26 diététiciens, 38 professionnels spécialisés en santé mentale, 20 travailleurs sociaux et 8 pharmaciens<sup>120</sup>.

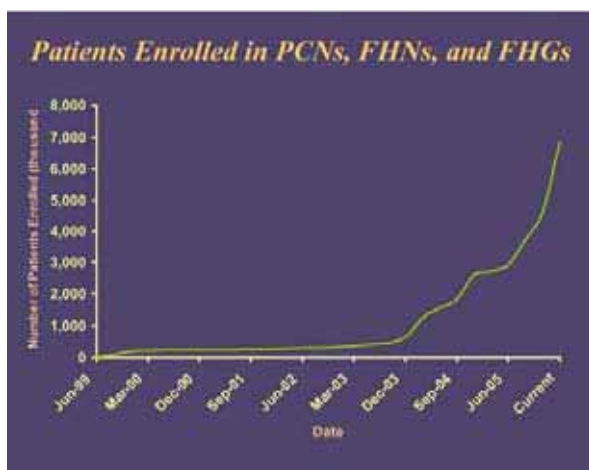
119 [http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/infokit/fht\\_infokit\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/infokit/fht_infokit_mn.html)

120 Documents fournis par le Dr Ruth Wilson.

**Graphique n° 1**  
**Évolution du nombre de médecins dans les nouvelles organisations de soins primaires**



**Graphique n° 2 : Evolution du nombre de patients s'adressant aux nouvelles organisations de soins primaires**



**Visite du Family Health Network de West Niagara Family Center :**

Le *Family Health Network* s'est constitué après le passage vers un *Family Health Group*. Ce sont au départ trois médecins installés ensemble depuis vingt ans qui sont à l'origine d'un premier groupe. Ce groupe avait déjà investi dans la construction d'un ensemble architectural capable d'accueillir sept médecins, et emploie déjà une infirmière. Chacun des médecins du groupe initial a développé une activité particulière au sein du groupe, l'un étant plutôt chargé des aspects financiers, l'autre des aspects informatiques, et enfin le troisième de la gestion du personnel. Ces trois médecins ont décidé de recruter quatre médecins qui exercent dans le cabinet mais qui leur reversent une part de leurs gains.

Le projet de créer un *Family Health Network* s'est imposé progressivement. Le médecin responsable nous a fait part de la manière dont il a progressivement convaincu ses collègues de se lancer dans un projet où tous seraient désormais partenaires.

L'adhésion au modèle de *Family Health Group* était assez rassurante et apparaissait intéressante financièrement. Un passage direct vers la forme *Family Health Network* était trop difficile à assumer pour le groupe.

L'un des objectifs initiaux était de recruter à terme des futurs médecins. Le dispositif de *Family Health Group* puis de *Family Health Network* a permis de les intéresser à un projet où ils pourraient davantage être rémunérés pour travailler mieux, et non pas seulement être davantage rémunérés pour travailler plus.

La règle de répartition des ressources entre les médecins est la même pour tous. Les éléments relatifs à la capitation sont partagés entre les médecins.

L'inscription des patients ne semble pas avoir posé de problème particulier. Tous n'ont pas accepté, même si la majorité d'entre eux s'est engagée dans le processus.

En termes de résultats, il semble que les pratiques n'aient pas fondamentalement changé : « *On fait la même chose en étant mieux payé* ». Il s'ensuit une meilleure reconnaissance d'une pratique néanmoins assez difficile en contexte éloigné.

L'articulation avec le service d'urgences ne pose pas de problèmes particuliers. Il est plus confortable pour les médecins de bénéficier du filtre de la centrale d'appel et ils sont beaucoup moins dérangés la nuit. Il semble que l'afflux aux urgences n'ait pas vraiment diminué, les patients induisant une orientation systématique vers les urgences par les symptômes qu'ils présentent.

## **Bibliographie**

---



## Bibliographie

---

### Etudes comparées

Bas-Theron F., Chevrier-Fatome C., Duhamel G. (Mai 2002). *L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire, étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, États-Unis, Pays-Bas*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.

Boerma W. (2003) ; *Profiles of General Practice in Europe, an international study of variation in the tasks of general practitioners*, NIVEL.

Bourgueil Y., Durr U., de Pouvourville G., Rocamora-Houzaud S. (Mars 2002) ; *La régulation des professions de santé - études monographiques : Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis*, DREES.

Busse R., Mossialos E., Saltman R. B. (2002) ; *Regulating entrepreneurial behaviour in European Health care systems, European Observatory on Health Care Systems Series*.

Busse R., Jakubowski E. (1998) ; *Les systèmes de santé dans l'UE : une étude comparative*, Document de travail, Parlement européen, Direction Générale IV-Etudes.

Chambaretaud S., Lequet-Slama D. (Janvier 2003) ; *Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins*, DREES, *Etudes et résultats*, n°214.

Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (2002) ; *Démographie des acteurs des soins primaires*, Actes du séminaire du 15 octobre 2002.

Cozzarolo B., Jalon E., Sarlat G., Durieux B. (sous la supervision de), (Mars 2003) ; *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères*, Inspection générale des Finances, 198 pages.

Eurostat. (2002) ; *Statistiques en santé : chiffres clés sur la santé 2002*, Communautés européennes.

Henke K.-D., Schreyögg J. (Août 2004) ; *Vers des systèmes de soins de santé viables, Stratégies actuelles des régimes d'Assurance maladie en Allemagne, en France, au Japon et aux Pays-Bas*, Université technique de Berlin,

Landrain E. (rapport présenté par), (Juin 2004) ; *Les réformes de l'Assurance maladie en Europe*, Assemblée nationale, Rapport d'information n° 1672.

Mable A., Marriott J. (Août 2000) ; *Possibilités et potentiel, Examen de la documentation internationale sur les réformes et les modèles en matière de soins de santé primaires*, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada.

### Allemagne

Bas-Theron F., Flamant P. (Mai 2002) ; *Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne, Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.

Busse R., Weinbrenner S. (Septembre 2004) ; *The German Case Study*, Observatory Project on Human Resources for Health.

Busse R., Riesberg A. (2004) ; *Health care systems in transition, Germany*, European Observatory on Health Care systems.

Descamps U., Weill G. (Février 2004) ; *Direction régionale du service médical Alsace-Moselle, Monographie du système de santé en Allemagne*.

Hassenteufel P. (2003) ; *Agenda 2010, tournant pour l'Assurance maladie en RFA*, Regards sur l'économie allemande – Bulletin économique du CIRAC, n°63.

Hassenteufel P. (Mai 2003) ; *Vers une double réforme du système de santé ?*, *Chronique internationale de l'IRES*, n°82.

Kopetsch T. (Janvier-mars 2004) ; *La profession médicale en Allemagne : tendances passées, situation actuelle, et perspectives à venir*, *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 44ème année, n°1.

Van den Bussche H. (Avril-juin 2004) ; *Le système de santé en Allemagne et en France*, *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 44ème année, n°2.

### Sites internet

Site de la Bundesärztekammer : [www.bundesaeztekammer.de](http://www.bundesaeztekammer.de)

Site de la KBV : [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

Office fédéral des statistiques : [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

## **Belgique**

Buziarsist J., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J., Van der Heyden J., Van Oyen H. (2002) ; *Enquête de Santé par Interview Belgique 2001, Livre 5 Consommation des soins*, Institut Scientifique de la Santé Publique.

Cerexhe F., Feron J-M., Giet D., Montrieux C., Paulus D., Pestiaux D., Roland M. (Janvier 2004) ; Réticences et motivations des généralistes « solo » à pratiquer en groupe, *Santé conjuguee*, n°27.

European Observatory on health care systems ; (2007) ; *Health care systems in transition*, Belgium.

Groupement Belge des Omnipraticiens. (Juin 2000) ; *Cellule de soutien pour les associations de médecins généralistes francophones*, Ministère de la Santé Publique.

Kesteloot K., Gillet P. (Novembre 2003) ; *Le financement des centres de santé, description des activités et analyse financière et économique*, INAMI.

Santé conjuguee, (Janvier 1998) ; *Le financement des soins de santé primaires au forfait*, Cahier, n°3.

Wathelet T. (Janvier 2004) ; Les maisons médicales : une alternative pour une meilleure accessibilité, *Santé conjuguee*, n°27.

### **Sites internet**

Portail du gouvernement fédéral : [www.belgium.be](http://www.belgium.be)

Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones : [www.maisonmedicale.org](http://www.maisonmedicale.org)

## **Canada**

Abelson J., Hutchison B., Lavis J. (Mai-juin 2001) ; Primary care in Canada : so much innovation, so little change, *Health Affairs*, volume 20, n°3.

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.

Brunelle Y. (Mai 2003) ; *La réponse spécifique d'un système particulier : les groupes de médecine de famille*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Champagne F., Contandriopoulos A.-P., Dassa C., Fournier M.-A., Latour R. Leduc N., Lemay A., Peron M. (Septembre 2001) ; *Profils de pratique de*

*médecins généralistes du Québec*, GRIS (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé), 56 pages.

Clair M. (2000) ; *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les solutions émergentes - rapport et recommandations*, Ministère de la santé et des Services sociaux, Québec, 410 p.

Contandriopoulos A.-P., Diene, C.-P., Fournier M.-A., Trottier L.-H. (Juillet 2003) ; *Les soins de santé primaires au Québec*, GRIS, 143 pages.

Hugues Tuohy C. (2004) ; Health care reform strategies in cross-national context, Implications for primary care in Ontario, in Dorland J., Shortt S. E. D., Wilson R., *Implementing primary care reform, barriers and facilitators*, School of Policy studies, pp. 73-96.

Hutchison B. (2004) ; Primary health care renewal in Canada, Are we nearly there ?, in Dorland J., Shortt S. E. D., Wilson R., *Implementing primary care reform, barriers and facilitators*, School of Policy studies, pp. 111-128.

Institut canadien d'information sur la santé. (2003) ; *Health care in Canada*.

Kirby M. J. L., LeBreton M. (Mai 2003) ; *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : le temps d'agir*, Rapport du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Maioni A. (2004) ; From Cinderella to Belle of the Ball, The politics of primary care reform in Canada, in Dorland J., Shortt S. E. D., Wilson R., *Implementing primary care reform, barriers and facilitators*, School of Policy studies, pp. 97-109.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (Août 2002) ; *Groupe de médecine de famille*, document de synthèse, 18 pages.

MSSS. (Août 2002) ; *Modèle d'entente entre le groupe de médecine de famille et le CLSC*, 8 pages.

MSSS. (Octobre 2001) ; *Organisation de l'omnipraticien au Québec entre 1994 et 1999*, 11, 71 pages.

MSSS. (2 Juin 2001) ; *Répartition géographique et caractéristiques des cliniques médicales d'omnipraticien au Québec en 2000*, 132 pages.

MSSS. (Octobre 2003) ; *Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*, Devenir un GMF, Guide d'accompagnement.

Romanow C. R., Roy J. (Novembre 2002) ; *Guidé par nos valeurs*, L'avenir des soins de santé au



Canada, Rapport final, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Santé, société et solidarité. (2002) ; Revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, *L'avenir des systèmes de santé en question : France et Québec*, n°1.

Savard I., Rodrigue J. (Février 2003) ; L'évolution de la carrière des médecins omnipraticiens, *Le Médecin du Québec*, volume 38, n°2.

#### **Sites internet :**

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé : [www.gris.umontreal.ca](http://www.gris.umontreal.ca)

#### **Italie**

Donatini A., Rico A., D'Ambrosio M.G., Lo Scalzo A., Orzella L., Cicchetti A., Profili S. (2001) ; *Health care system in transition*. Italy. European Observatory of Health Care System. Editée par Rico A. et Cetani T. <http://www.euro.who.int/document/e73096.pdf>.

Fattore G. (2000) ; State, *Regions and politics in the Italian healthcare system*, Eurohealth, vol. 6 (3), pp. 32-33.

Fattore G. (2001) ; A new Italian Government : radical changes for the Italian NHS ? *Euro Observer*, vol. 3 (2).

Jommi C. et Fattore G. (2003) ; Regionalization and drugcost-sharing in the Italian NHS, *Euro Observer*, vol. 5 (3).

Mallet J.-O., Chaperon J. (Octobre-décembre 1993) ; L'expérience italienne : d'un système sanitaire national à des formes différenciées de prise en charge, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 33 (4), pp. 361-378.

Mallet J.-O., Gayral-Taminsh M. (Novembre 2004) ; Italie. Les syndicats dans le débat public sur le système de santé. *Chronique internationale de l'IRES*, n°91, pp. 123-133.

Tedeschi P. (Novembre 2004) ; Le système de santé italien : décentralisation au niveau régional. *Gestions hospitalières*, n°440.

Taroni F. (2000) ; Devolving responsibility for funding health care in Italy, *Euro Observer*, vol. 2 (1).

Thomson S., Mossialos E. (2004) ; Private health insurance and access to health care in the European Union, *Euro Observer*, vol 6 (1).

#### **Finlande**

Association Médicale Finlandaise ; *Les soins de santé et la profession médicale en Finlande*.

Association Médicale Finlandaise. (2004) ; *Physicians*.

Järvelin J. (2002) ; *Health care systems in transition*, Finland, European Observatory on health care systems.

Ministère des affaires sociales et de la santé. (2002) ; *Memorandum of the National Project on Safeguarding the Future of Health Care Services*.

Ministère des affaires sociales et de la santé. (1999) ; *La santé publique en Finlande*, brochure.

Picard M. (2004) ; *Aménagement du territoire et établissements de santé, Annexe 2 : Rapport de mission en Finlande*, Avis et rapports du Conseil économique et social.

STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health). (2003) ; *Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care*.

#### **Sites internet :**

Ministère des affaires sociales et de la santé : [www.vn.fi](http://www.vn.fi)

#### **Pays-Bas**

Boerma W., Fleming D. M. (1998) ; *The role of general practice in primary health care*, World Health Organization.

Braspenning J., Grol R., Hermens R., Laurant M., Sibbald B. (Avril 2004) ; Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners : randomised controlled trial, *BMJ*.

Busse R., Dosljak., Hermans H., Exter den A. (2004) ; *Health care systems in transition, Netherlands*, European Observatory on health care systems.

Chevrier-Fatome C. (Mai 2002) ; *Le système de santé et d'Assurance maladie aux Pays-Bas*, Rapport n°2002 070, Inspection générale des affaires sociales.

Hingstman L., Kenens R. J. (Novembre 2003) ; *Cijfers uit de registratie van huisartsen*, NIVEL.

Hombergh (Van Den) P. (1998) ; Assessing and improving management in general practice, WOK, Nijmegen.

Sixma H. (1997) ; New land, new town, new health care system, Primary Care based health care planning in a modern, industrialized society : a case-study evaluating the health care demonstration project in the new Dutch Town of Almere. NIVEL.

### Royaume-Uni

Armstrong D., Branson R. (2004) ; General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices : qualitative study, *BMJ*, 329 : 381.

Bertelsmann Stiftung. (Novembre 2004) ; *International Reform Monitor, Social Policy, Labour Market policy and Industrial Relations, today's survey*, The United Kingdom.

Bojke C., Bower P., Campbell S., Sibbald B. (2003) ; Team structure, team climate and the quality of care in primary care : an observational study, *Qual Saf Health Care* ; 12 : 273-279.

Bojke C., Gravelle H., Wilkin D. (Février 2001) ; *Is bigger better for primary care groups and trusts ?*, NPCRDC.

Burns C., Campbell S. M., Gelb Safran D., Hann M., Hacker J., Mead N., Oliver D., Thapar A., Roland M. O. (Octobre 2001) ; Identifying predictors of high quality care in English general practice : observational study, *BMJ*, volume 323.

Department of Health. (2004) ; A responsive and high-quality local NHS, The primary care progress report.

European Observatory on health care systems. (1999) ; *Health care systems in transition*, United Kingdom.

Marshall M., Roland M. (Juillet 2002) ; The new contract : renaissance or requiem for general practice ?, *British Journal of General Practice*.

Roland M., Sheaff R., Sibbald B. (2004) ; Primary care reform in the United Kingdom, in Dorland J., Shortt S. E. D., Wilson R., *Implementing primary care reform, barriers and facilitators*, School of Policy studies, pp.39-48.

### Suède

Åkerlind I., Faresjö T., Foldevi M., Wilhelmsson. (1998) ; The personal doctor reform in Sweden : perceived changes in working conditions, *Family Practice*, 15 : 192-197.

Eckerlund I., Håkansson S., *How to compare health systems : some reflections from a Swedish perspective*, National Board of Health and Welfare.

Federation of Swedish county councils. (Juillet 2002) ; *Swedish Health care in the 1990s, trends 1992-2000*.

Hjortsberg C., Ghatnekar O. (2001) ; European Observatory on health care systems, *Health care systems in transition*, Sweden.

Ministry of Health Ministry of Health and Social Affairs. (2001) ; *Challenges to the health care of the future*.

National Board of Health and Welfare. (2003) ; (Socialstyrelsen) ; *Health Care Status report*.

National board of health and welfare. (2002) ; *yearbook of health and medical care*.

Socialstyrelsen. (Juin 2004) ; *Nationell handlingsplan för hälso och sjukvården, Årsrapport 2004*.

Socialstyrelsen. (2004) ; *Primärvårdens tillgänglighet, prioriteringar och kvalitet*.

Socialstyrelsen. (2003) ; *Verksamhetstillsyn i primärvården i norra sjukvårdsregionen*.

Swedish association of local authorities and the federation of Swedish county councils. (Avril 2004) ; *Swedish health care in transition, Resources and results with international comparisons*.

Swedish association of local authorities and the federation of Swedish county councils. (Mai 2003) ; *Care coordination between health care and social services Experiences from Sweden, 2000-2002*.

### **Sites internet :**

The official gateway to Sweden : [www.sweden.se](http://www.sweden.se)

The Swedish association of local authorities / federation of Swedish county councils [www.lf.se](http://www.lf.se)

National Board of Health and Welfare : [www.sos.se](http://www.sos.se)





## Annexes 1 : Liste des personnes rencontrées

---

### Allemagne

- **Susanne Armbruster**  
Service de la contractualisation  
KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung  
(Union fédérale des médecins conventionnés)
- **Hannes Munz**  
Service statistiques  
KBV
- **Dr Otmar Kloiber**  
Secrétaire général  
Bundesarztekammer (Conseil de l'ordre)
- **Franz Wagner**  
Délégué officiel de l'Association d'infirmières  
« Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe »  
à Berlin. Membre du « Standing Committee of  
nurses of the EU ».

### Visites sur sites

- Gemeinschaftspraxis (Dr Jürgen David et  
Dr Roland Fritz)  
Adresse : Alt-Buckow 9-11 (Berlin)

### Belgique

- **Jean-Pierre Closon**  
Directeur général adjoint  
Centre fédéral d'expertise des soins de santé
- **Laurence Kohn**  
Sociologue  
Centre fédéral d'expertise des soins de santé
- **Jean-Michel Melis**  
Ancien secrétaire général du Groupement Bel-  
ge des Omnipraticiens (GBO).
- **Marc de Meyere**  
Professeur  
Département de médecine générale et de soins  
primaires, de la Faculté de médecine de Gand

### Canada

#### Québec

- **Michèle Auclair**  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
du Québec
- **Yvon Brunelle**  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
du Québec
- **Patricia Caris**  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
du Québec
- **Jean-Guy Emond**  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
du Québec
- **Lysette Trahan**  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
du Québec
- **Dr Claude Saucier**  
Chef du département régional de médecine  
générale au Québec  
Agence de développement de réseaux locaux  
de services de la santé et de services sociaux  
de Laval  
Secrétaire général FMOQ  
Médecin omnipraticien en exercice

#### Visites sur sites

- **GMF St-Vallier**  
Adresse : 750 rue Saint-Vallier Ouest (Qué-  
bec)  
Contact : Dr A. Fréchette
- **Centre local de service communautaires  
Orléans**  
Adresse : 11 000 rue des montagnards, Sainte-  
Anne-de-Beaupré (Québec)  
Contacts : Louise Talbot, Linda Gorman

#### Ontario

- **Owen Adams**  
Secrétaire général  
Association Médicale Canadienne (Canadian  
Medical Association)

- **Marcel Saulnier**  
Directeur, Recherche et Développement Stratégique  
Association Médicale Canadienne
- **Nancy Milroy Swainson**  
Directrice  
Division des soins de santé primaire et continus  
Santé Canada
- **Marnee Manson**  
Manager  
Unité des politiques de soins primaires  
Santé Canada
- **Suzanne Larente**  
Analyste principale  
Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé  
Santé Canada
- **Ivy Bourgeault**  
Professeur assistant  
Département de sociologie  
Université de McMaster (Hamilton)
- **Brian Hutchison**  
Professeur  
Département de médecine familiale et d'épidémiologie clinique, et de biostatistiques  
Université de McMaster
- **John Lavis**  
Professeur associé  
Département de médecine familiale et d'épidémiologie clinique, et de biostatistiques  
Université de McMaster
- **Greg Stoddart**  
Professeur  
Département de médecine familiale et d'épidémiologie clinique, et de biostatistiques  
Université de McMaster
- **Louise Nasmith**  
Professeur  
Département de médecine familiale  
Université de Toronto
- **Yves Talbot**  
Professeur  
Département de médecine familiale  
Université de Toronto
- **Ruth Wilson**  
Responsable de l'organisation des Réseaux Santé Familiale en Ontario (*Family Health Network*)  
Branche Soins Primaires  
Ministère de la santé et des soins de longue durée

#### Visites sur sites

- North Hamilton Community Health Centre  
Adresse : 544 John Street North (Hamilton)  
Contact : Dr Dale Guenter
- West Niagara Family Centre (Family Health Network)  
Adresse : Park Public School, 217 Main St. East (Grimsby)

#### Finlande

- **Martina Torppa**  
Professeur de médecine générale à l'Université de Helsinki  
Manager du centre de santé d'Espoo
- **Jouko Isolauri**  
Médecin, Conseiller ministériel  
Ministère de la Santé et des Affaires sociales
- **Marta Palmunen**  
Chargée de projet  
Ministère de la Santé et des Affaires sociales
- **Nina Tiainen**  
Chargée de mission pour les questions internationales  
Association médicale finlandaise
- **Katriina Laaksonen**  
Présidente de l'Association nationale d'infirmières Suomen Sairaanhoitajaliittory.  
Membre du Standing Committee of nurses of the EU.

#### Visites sur sites

- **Centre de santé de Paloheinä**  
Adresse : Paloheinäntie 22, 00670 Helsinki.  
Contact : Dr Raija Puustinen
- **Centre de santé d'Espoo**  
Merikansantie 4, 02320 Espoo  
Contacts : Dr Martina Torppa et Dr Peter Sweins

## Italie

- **Marta Barbieri**  
Chercheur en administration publique  
Université Bocconi
- **Nella Boni**  
DGS région Lombardie et commission nationale ministérielle, nella\_boni@regione.lombardia.it
- **Silvia Gorini**  
DGS - service de programmation et gestion des ressources humaines du service sanitaire - région de Lombardie, silvia\_gorini@regione.lombardia.it
- **Cristina Filannino**  
Chercheur en administration publique  
Université Bocconi
- **Dr Pellegrino**  
Médecin généraliste  
Groupe de soins primaires et syndicaliste Pavie
- **Paolo Tedeschi**  
Chercheur  
CERGAS, Université Bocconi
- **Dr Valsecchi**  
Responsable du projet groupe de soins primaires  
Autorité sanitaire de la région de Lombardie
- **Emanuele Vendramini**  
Chercheur  
CERGAS, Université Bocconi

### Visites sur sites

- **Studio Medico San Giorgio**  
Via Barengi, 28  
27 058 Voghera (PV)  
tel : +39 0383 640944  
e-mail : san\_Giorgio\_voghera@libero.it  
Interlocuteur : Dott. Giorgio Carlo MONTI
- **Alassio SALUTE s.r.l**  
Vico della Chiusetta, 14  
Alassio (SV)  
e-mail : alassiosalute@virgilio.it  
Interlocuteur : Francesco Bogliolo  
(spécialiste en médecine interne, francesco.bogliolo@libero.it)

## Pays--Bas

- **Wienke Boerma**  
Chercheur  
Institut de recherches NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research)
- **Richard Grol**  
Chercheur  
Centre de recherches WOK (Centre for Quality of Care Research)
- **Michel Wensing**  
Chercheur  
Centre de recherches WOK (Centre for Quality of Care Research)

### Visites sur sites

- **Zorggroep Fondation (Groupe de soins primaires d'Almere)**  
Contact : Dr Edzo Ebbens: eebbens@zorggroep-almere.nl
- **Gezondheidscentrum Perspectief**  
Contact : Dick van der Kwaak
- **Gezondheidscentrum De Molenwiek**  
Contact : sjong@ zorggroep-almere.nl
- **Groepspraktijk Huizen**  
Contact : Marietje den Tex-Dukkers van Emden

## Royaume-Uni

- **Bonnie Sibbald**  
Professeur de santé publique (Health Services Research)  
Centre National de Développement et de Recherche sur les Soins Primaires (NPCRDC)  
Universités de Manchester et de York
- **Martin Marshall**  
Professeur de médecine générale  
Centre National de Développement et de Recherche sur les Soins Primaires (NPCRDC)  
Universités de Manchester et de York
- **Rod Sheaff**  
Senior Research Fellow  
Centre National de Développement et de Recherche sur les Soins Primaires (NPCRDC)  
Universités de Manchester et de York

- **Maureen Baker**  
Secrétaire honoraire  
Collège Royal des Médecins Généralistes (RCGP)
- **Nigel Edwards**  
Analyste politique  
NHS Confederation
- **Tim Wilson**  
Responsable du pôle stratégique soins primaires  
Ministère de la Santé (Department of Health)

#### Visites sur sites

- **Robert Darbshire Practice**  
Adresse : University of Manchester, Rusholme Health Center, Walmer Street  
Contacts : Martin Marshall (directeur), Scott Brunt (Practice manager, manager des équipes non soignantes), Amanda Myerscough (GPs, clinical lead, responsable de l'équipe médicale)
- **Saffron Group practice**  
Adresse : 509 Saffron Lane (Leicester)  
Contacts : Dr Andrew Wilson (GPs, partner) et Pat Brookhouse (Practice manager, manager des équipes non soignantes)

#### Suède

- **Stefan Håkansson**  
Professeur associé  
Département des services de santé  
Conseil National de la Santé et des Affaires Sociales (Socialstyrelsen)
- **Dr Christina Fabian**  
Présidente  
Union Européenne des médecins généralistes (UEMO)
- **Anette Richardson**  
Déléguée officielle de l'Association suédoise des professionnels de santé (Vårdförbundet).  
Membre du Standing Committee of nurses of the EU.

#### Visites sur sites

- **Lisebergs Vårdcentral**  
Annebodavägen 4-6  
125 71 Älvsjö  
Contact : Dr Per Guterstam
- **Gustavsbergs Vårdcentral**  
Skärgårdsvägen 7  
134 30 Gustavsberg  
Contact : Dr Kersti Ejeby



## Annexe 2 : Grille d'analyse (cabinets de groupe et centres de santé)

### QUESTIONNAIRE INTERLOCUTEUR PRINCIPAL DU GROUPE

#### Partie 1 :

#### Organisation et fonctionnement du cabinet

selon les pathologies

autres, précisez :

#### Grandes caractéristiques du groupe

##### Administration et financement du centre de santé

#### \* Quels sont les différents financeurs du centre de santé ?

Financement public, collectivités territoriales

#### Si oui, quels sont les échelons territoriaux responsables du financement (plusieurs réponses possibles) ?

régional (region)

départemental (county council)

municipal (local authority=municipality)

Financement privé, précisez :

#### \* Quel est le montant du budget alloué par la région/le département/la municipalité au centre de santé ?

**Remarque** : préciser l'unité monétaire

#### \* Sous quelle forme ( y compris rémunération médecins) ?

sur la base d'un budget prospectif

**si oui, précisez :**

budget global ou enveloppe fermée

par capitation sans ajustement aux besoins de la population

par capitation ajustée aux besoins de la population, préciser les critères

autres, précisez :

sur la base d'un budget rétrospectif

selon l'activité

##### Management et responsabilité du centre de santé

#### \* Par qui le centre de santé est-il administré/gouverné ?

conseil communautaire, si oui précisez :

Elu       Nommé

Conseil de médecins, si oui précisez :

Elu       Nommé

autres, précisez :

#### \* Comment s'organise cette instance ?

Quel est le mode d'administration/management et de « rendre compte » (*accountability*) de cette instance (question ouverte) ? Devant quelles structures le centre de santé est-il responsable (que la structure soit le financeur ou non) ? Qui est responsable en cas de problème ? Quels sont les types de sanctions ? (collectives...)

#### \* Des mécanismes favorisant la participation active des citoyens (desservis par le centre) ont-ils été établis ?

oui

Si oui, précisez (champ concerné et forme de participation) :

non

#### Réseau

1) Le cabinet est-il inséré dans un réseau ou une administration plus vaste ?

- 2) **Si oui**, par quelle structure êtes-vous administré, précisez : .....(municipalité...)
- 3) **Si oui**, pouvez-vous préciser l'identité du ou des propriétaires du groupe, du ou des responsables du budget et des services qui sont dispensés, et les principales modalités de management : .....

**Remarque : il s'agit ici de savoir qui est propriétaire et/ou qui est responsable (du budget, de services dispensés...) et comment est organisé le management.**

**Création**

- 4) Pouvez-vous retracer l'historique du groupe de façon précise ou en en spécifiant les grandes étapes (modalité et date de création, arrivées et/ou départs et/ou turnover...).
- 5) Quelles sont les modalités qui régissent l'arrivée d'un nouveau membre ? Y-a-t-il un mode de sélection particulier ou des critères qui président à la sélection ? Le nouvel arrivant doit-il apporter une contribution financière ? Autres ?

**Connaissance de la clientèle et de l'environnement**

- 6) Comment pouvez-vous caractériser la localisation du groupe ?
- Centre urbain d'une grande ville
  - Centre urbain d'une petite ville
  - Banlieue résidentielle
  - Banlieue ouvrière
  - Rural
  - Rural isolé
- 7) Utilisez-vous une liste de patients ?
- oui       non
- 8) **Si oui**, cette liste est-elle propre à chaque médecin ou au groupe ?
- médecin
  - groupe

- les deux
- 9) **Si oui**, quelle est la taille de la liste :..... (nombres)

- 10) **Si oui**, pouvez-vous estimer le nombre de contacts par an :..... (nombres)
- 11) Pouvez-vous préciser la composition de votre clientèle en termes socio-économiques ?
- Population aisée
  - Classe moyenne
  - Population défavorisée ou précaire

- 12) Pouvez-vous préciser la composition de votre clientèle selon l'âge et le sexe ?
- Population plutôt jeune
  - Population plutôt féminisée
  - Population plutôt âgée

**\* Le centre de santé offre-t-il des services de soins primaires à :**

- certains groupes de populations
- certains secteurs géographiques

**Taille/Composition du groupe**

- 13) Quelle est la surface du cabinet de groupe en m<sup>2</sup> :..... (m<sup>2</sup>)
- 14) Combien de médecins exercent à titre permanent dans le cabinet de groupe ?
- 15) Pouvez-vous indiquer les effectifs pour chaque catégorie ci-dessous ?

Nombre
Propriétaires ou associés
Salariés
Remplaçants
Formation (internes, résidents...)

16) Pouvez-vous compléter les informations ci-dessous pour chacun des médecins permanents du groupe ?

	Année d'arrivée	Age	Sexe	Lien de parenté	Qualification/ orientation	Statut	Travail à temps	Autre activité
Membre 1		.....	Homme Femme	Aucun Couple Familial	.....	Libéral Salaarié	oui non	oui non
Membre 2		.....	Homme Femme	Aucun Couple Familial	.....	Libéral Salaarié	oui non	oui non
Membre 3		.....	Homme Femme	Aucun Couple Familial	.....	Libéral Salaarié	oui non	oui non
Membre 4		.....	Homme Femme	Aucun Couple Familial	.....	Libéral Salaarié	oui non	oui non
Membre 5		.....	Homme Femme	Aucun Couple Familial	.....	Libéral Salaarié	oui non	oui non
Membre 6		.....	Homme Femme	Aucun Couple Familial	.....	Libéral Salaarié	oui non	oui non
Membre 7		.....	Homme Femme	Aucun Couple Familial	.....	Libéral Salaarié	oui non	oui non
Membre 8		.....	Homme Femme	Aucun Couple Familial	.....	Libéral Salaarié	oui non	oui non

**Liste indicative de spécialités :**

- Cardiologie
- Dermatologie et Vénérologie
- Endocrinologie et Maladies du Métabolisme
- Gastro-Entérologie
- Gynécologie et/ou Obstétrique
- Médecin généraliste
- Médecin généraliste autres, précisez
- Neurologie
- Neuropsychiatrie
- Ophtalmologie
- ORL
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Psychiatrie option enfants-adolescents
- Rhumatologie
- Autres, précisez
- Médecine tropicale
- Phoniatrie
- Pratique médico-judiciaire
- Réanimation médicale
- Technologie Transfusionnelle
- Toxicomanie et Alcoolologie
- Autres, précisez

**Liste indicative de compétences/orientations pour les médecins généralistes ou de famille :**

- Acupuncture
- Homéopathie
- Angiologie
- Aide médicale urgente
- Allergologie
- Diabétologie nutrition
- Evaluation du traitement de la douleur
- Gérontologie
- Hydrologie et climatologie médicale
- Médecine Aérospatiale
- Médecine de catastrophe
- Médecine et biologie du sport

17) Pouvez-vous compléter les informations ci-dessous pour chacun des médecins en formation du groupe ?

	Sexe	Qualification	Statut	Travail à temps partiel
Formation 1				
Formation 2				
Formation 3				
Formation 4				
Formation 5				
Formation 6				
Formation 7				
Formation 8				

18) Pouvez-vous compléter les informations ci-dessous pour chacun des médecins remplaçants du groupe ?

	Sexe	Qualification	Statut	Occasionnel (versus permanent)
Remplaçant 1				<input type="checkbox"/>
Remplaçant 2				<input type="checkbox"/>
Remplaçant 3				<input type="checkbox"/>
Remplaçant 4				<input type="checkbox"/>
Remplaçant 5				<input type="checkbox"/>
Remplaçant 6				<input type="checkbox"/>
Remplaçant 7				<input type="checkbox"/>
Remplaçant 8				<input type="checkbox"/>

19) Dans votre cabinet de groupe, exercez-vous avec d'autres professionnels de santé (non-médecins) ?

oui       non

20) Pouvez-vous compléter les informations ci-dessous pour l'ensemble des professionnels de santé travaillant dans le groupe ?

Liste professionnelle indicative	Nb	Nb heures salariées	Nb heures Libérales	Nb heures précaires	Prise en charge ou consultation spécifique
Accueil/Secrétariat					
Infirmier					
Psychologue					
Assistant social					
Dentiste					
Diététicien					
Masseur-Kinésithérapeute-rééducateur					
Orthophoniste					
Orthoptiste					
Audio-prothésiste					
Pédicure-podologue					
Psychomotricien					
Sage-femme					
Autres, précisez : .....					

**Remarque :** recueillir le niveau de rémunération des différents personnels moyens (Equivalent temps plein/ horaires : hypothèse salaire horaire moyen net)

**Forme juridique/Contrat/Règlement intérieur**

*Les questions 21 à 26 ne concernent pas les centres de santé*

21) Votre cabinet de groupe a-t-il une forme juridique ?

- oui
- non
- ne sait pas

22) **Si oui**, celle-ci est-elle spécifique à la médecine ou est-elle commune aux autres secteurs ?

- spécifique
- commune

23) **Si oui**, quelle est la forme juridique du groupe ?

- Société De Fait
- Société Civile Professionnelle
- Société d'Exercice Libérale
- Société Civile de Moyens
- Société Coopérative
- Groupement d'Intérêt Economique
- autres, précisez :.....

**Remarque** : essayer de situer le niveau de ce contrat : leur faire décrire

24) Votre cabinet de groupe est-il régi par un contrat ?

- oui
- non
- ne sait pas

25) **Si oui**, le contrat est-il soumis à l'approbation d'une instance (Ordre...) :

- oui
- non

26) Quelles sont les dispositions pour lesquels il existe un accord écrit (contrat ou règlement intérieur) ?

- Dissolution du groupe

- Départ d'un associé
- Arrivée d'un nouvel associé
- Calcul du partage des frais
- Calcul du partage des recettes (y compris les clauses de solidarité)
- Planning vacances
- Remplacement en cas de maladie
- Remplacement en cas de formation
- Permanence des soins
- Prise de décision
- Règlement des conflits
- autres, précisez :.....

*Remarque* : si possible récupérer les contrats et les règlements.

**Organisation commune des moyens (niveau 1)**

**Partage des moyens**

27) Quels sont les services mis en commun, qu'il s'agisse de sous-traitance ou de salariat ? (plusieurs réponses possibles)

			Sous-traitance/salariat	Nombre d'heures par mois
Secrétariat téléphonique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Sous-traitance <input type="checkbox"/> Salariat	
Accueil, secrétariat, administration	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Sous-traitance <input type="checkbox"/> Salariat	
Entretien, ménage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Sous-traitance <input type="checkbox"/> Salariat	
Comptable, juriste	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Sous-traitance <input type="checkbox"/> Salariat	
Maintenance informatique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Sous-traitance <input type="checkbox"/> Salariat	
Autres, lesquels : .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Sous-traitance <input type="checkbox"/> Salariat	

28) En dehors de l'équipement médical (ou plateau technique), quels sont les moyens mis en commun ? (plusieurs réponses possibles)

Loyer et charges locatives  oui  non

Lignes téléphoniques  oui  non

Equipement informatique  oui  non

Véhicule  oui  non

Autres, lesquels : .....

Epistaxis  oui  non

Fluide intraveineux  oui  non

Attelle doigts  oui  non

Autres, précisez : .....

**Spécifique médecins généralistes**

Outils pour pose de cathéters  oui  non

Forceps nasal  oui  non

29) Quels sont les matériels médicaux mis en commun ? (plusieurs réponses possibles)

Dispositifs anesthésie locale yeux  oui  non

**Liste indicative : équipement**

Diapason  oui  non

Electrocardiogramme  oui  non

Dispositifs examen microscopique de la peau (mycose)  oui  non

Audiomètre  oui  non

Appareil mesure débit respiratoire  oui  non

Proctoscope  oui  non

Bande / strapping  oui  non

Stérilet  oui  non

Bandes pour ulcères jambes  oui  non

Tonomètre  oui  non

Index Quetelet  oui  non

Dispositifs mise en culture d'urine  oui  non

Appareil à fond d'œil  oui  non

Examen des plaquettes  oui  non

Autres, précisez : .....

Sulfate de calcium hydraté, plâtre  oui  non

**Liste indicative : Contenu de la valise d'urgence**

- Spray inhalateur pour asthmatique  oui  non
- Matériel pour intubation  oui  non
- Valium  oui  non
- Bandelettes analyse glycémie sanguine  oui  non
- Thermomètre  oui  non
- Cathéter urinaire  oui  non
- Bandelettes examen d'urine  oui  non
- « Stéristrip » (système de colle)  oui  non
- Formulaire renvoi vers spécialiste à l'hôpital (si système gatekeeping)  oui  non
- Autres, précisez : .....

**Liste indicative : Hygiène**

**Salle d'examen**

- Lavage des mains  oui  non
- Stérilisation outillages  oui  non
- Langes bébé  oui  non
- Autres, précisez : .....

**Liste indicative : salle de traitement**

- Stérilisation des blouses  oui  non
- Désinfection tables d'opération  oui  non
- Utilisation gants pour nettoyage instruments  oui  non
- Utilisation d'indicateurs pour suivre étapes de la stérilisation et de l'hygiène  oui  non
- Autres, précisez : .....

**Partage des charges**

**Les questions 30 à 37 ne concernent pas les centres de santé**

30) Comment s'organise la répartition des charges ?

	Contribution proportionnelle au revenu	Contribution fixe et identique	Autres : précisez	Pas de frais de cette nature
Frais de personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
Frais téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
Loyers et charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
Petit matériel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
Equipement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
Equipement informatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
Véhicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
Autres, lesquels : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>

31) Une personne est-elle désignée ou élue pour prendre les décisions au quotidien concernant la gestion ?

oui  non

32) Des réunions systématiques sont-elles organisées entre les médecins du groupe concernant des questions de gestion (moyens, charges...)?

oui  non

33) **Si oui**, avec quelle périodicité ?

- Tous les jours
- Toutes les semaines
- Tous les 15 jours
- Tous les mois
- Tous les trimestres
- Autres, précisez : .....

34) Le cabinet tient-il une comptabilité complète ?

oui  non

35) **Si oui**, comporte-t-elle l'enregistrement des :

- Salaires
- Dépenses
- Opération de caisses
- Créances
- Autres, précisez : .....

36) **Si oui** :

- Les responsabilités financières sont-elles clairement précisées ?
- Le cabinet produit-il un budget qui comporte les recettes et dépenses prévisionnelles ?

**Organisation d'un projet commun (niveau 2)**

37) Le groupe dispose-t-il d'un document qui formalise le projet médical ?

oui  non

\* **Le centre de santé établit-il un processus d'évaluation et de surveillance de son rendement relativement à l'atteinte de ses objectifs ?**

oui  non

**Si oui**, des indicateurs relatifs au rendement ont-ils été élaborés ?  
Par quelle procédure ?

**Organisation commune de l'information (niveau 3)**

**Dossier médical partagé**

38) Les patients consultant un ou plusieurs médecins dans le groupe ont-ils un seul et unique dossier médical?

oui  non

39) Le dossier médical d'un patient est-il accessible par tous les médecins du groupe ?

oui  non

**Informatisation**

40) Le dossier médical d'un patient est-il informatisé?

oui  non

41) Si oui, quels sont les systèmes de sécurisation ?

Protection de l'accès interne : nom d'utilisateur et mot de passe	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Protection de l'accès externe : logiciel anti-intrusion (firewall)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Antivirus	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Fréquence des sauvegardes	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Irrégulièrement (moins d'une fois par mois)	
Autres	Précisez : .....	



42) Si oui, en dehors de la gestion du dossier médical du patient, quelles sont les fonctionnalités qui sont utilisées et leurs fréquences ?

**Remarque :** le tableau ci-dessous est indicatif, préciser éventuellement d'autres fonctionnalités importantes

Aide au diagnostic et à la prescription	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Irrégulièrement (moins d'une fois par mois)
Messagerie électronique	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Irrégulièrement (moins d'une fois par mois)
Optimisation médico-économique des actes et prescriptions	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Irrégulièrement (moins d'une fois par mois)
Accès aux bases de données	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Irrégulièrement (moins d'une fois par mois)
Analyse comparative de l'activité	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Irrégulièrement (moins d'une fois par mois)
Echange de données pour un patient	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Irrégulièrement (moins d'une fois par mois)
Forum et liste de discussion	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Irrégulièrement (moins d'une fois par mois)
Autres	Précisez : .....

43) Une personne est-elle spécifiquement désignée pour gérer le système d'information du groupe?

oui       non

### **Organisation commune de l'activité (niveau 4)**

#### **Partage de la clientèle**

44) Vous diriez que la clientèle du cabinet est....?

plutôt rattachée à chaque médecin individuellement

plutôt rattachée à l'ensemble des médecins du cabinet

**Plus directement : le patient a-t-il le libre choix de son médecin ?**

**En dehors des cas d'urgence (si le médecin a répondu «plutôt rattachée individuellement» ?)**

45) Est-il envisageable que vous adressiez l'un de vos patients à l'un de vos confrères du cabinet ?

oui       non

**Rendez-vous/Permanence des soins/Gestion des absences**

46) Combien de jours en moyenne par semaine le cabinet de groupe est-il ouvert ?

..... (en jours)

47) En dehors des gardes, quels sont les horaires d'ouverture du cabinet de groupe ?

Lundi : .....

Mardi : .....

Mercredi : .....

Jeudi : .....

Vendredi : .....

Samedi : .....

Dimanche : .....

48) Quel est le système de prise de rendez-vous ?

sur rendez-vous

consultation libre

système mixte

49) Si des plages horaires sont spécifiquement dévolues aux consultations sans rendez-vous, combien sont-elles en demi-journées :.....

50) Si des plages horaires sont spécifiquement dévolues aux consultations sur rendez-vous, quel est l'intervalle entre deux consultations ordinaires ?.....(en minutes)

51) Comment assurez-vous, participez-vous, à la permanence des soins (garde/astreinte) ?

	Assurée exclusivement par les médecins du groupe	exclusivement par	Assurée en collaboration avec un ou d'autres groupes	Participation à un système de garde locale (quartier...)	En cas de fermeture des locaux
Week-end	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> répondeur <input type="checkbox"/> renvoi d'appel secrétariat <input type="checkbox"/> renvoi d'appel GSM médecin de garde
Soirée et nuit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> répondeur <input type="checkbox"/> renvoi d'appel secrétariat <input type="checkbox"/> renvoi d'appel GSM médecin de garde

52) Si participation à une activité de permanence des soins, comment est répartie la participation à la permanence des soins ?

- répartition des gardes entre tous les médecins du cabinet
- répartition des gardes entre certains médecins du cabinet
- autres, précisez :.....

53) En dehors des cas d'urgence, comment le cabinet s'organise-t-il pour les visites au domicile des patients ?

- le cabinet n'assure pas les visites au domicile
- répartition des visites entre tous les médecins du cabinet
- répartition des visites entre certains médecins du cabinet
- autres, précisez :.....

54) Existe-t-il des arrangements pour gérer les absences pour maladie de médecins du groupe ?

- oui
- non

55) Existe-t-il un système de rotation/remplacement pour gérer les absences pour vacances de médecins du groupe ?

- oui
- non

#### Articulation/cooordination....

56) Participez-vous à un réseau (ville-hôpital, ambulatoire, de proximité...) ?

- oui
- non

57) Si oui, pouvez-vous préciser de quel type de réseau il s'agit ?

58) Avez-vous une coopération, relation, suivie avec :

- les services/structures d'hébergement des personnes âgées
- les services/structures pour enfants?
- les services/structures pour populations spécifiques (alcooliques, toxicomanes...)
- Autres, précisez : .....

#### FMC ou développement professionnel continu/recherche...

59) Participez-vous à des actions de FMC ?

- oui
- non

**Si oui**, pouvez-vous nous préciser le nombre de médecins participants ?

..... (nombre)

60) Les actions de FMC sont-elles gérées en commun par les médecins du cabinet de groupe ?

- oui
- non

61 ) Si oui, de quelle manière :

- elles sont réparties entre tous les médecins du cabinet
- elles sont réparties entre certains médecins du cabinet
- autres, précisez :.....

62) Participez-vous ou avez-vous déjà participé à des projets de recherche ?

- oui       non

63) Si oui, pouvez-vous préciser les thématiques ?

- Enregistrement de données concernant la pratique
- Enregistrement de données concernant les cas cliniques
- Enregistrement de données concernant les cas épidémiologiques
- Etudes cliniques
- Audit (accréditation/évaluation)
- Autres, précisez : .....

**Collaboration avec collègues / Réunion...**

64) Des réunions systématiques sont-elles organisées entre les médecins du groupe concernant des questions médicales ?

- oui       non

65) Si oui, liste d'éléments d'organisation générale

Disposez-vous d'une salle de réunion ?

- oui       non

Des dispositions en cas d'absence maladie sont-elles prévues  oui       non

Quel est le temps prévu pour les réunions communes ?  Précisez : (minutes)

Y a-t-il une gestion collective de l'agenda et des calendriers  oui       non

Y a-t-il un système de rotation pour les vacances ?  oui       non

Autres, précisez : .....

66) Si oui, pouvez-vous préciser les thématiques et leurs périodicités ?

Pratique médicale	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes le semaines <input type="checkbox"/> Tous les 15 jours <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les trimestres <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
Gestion de cas	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes le semaines <input type="checkbox"/> Tous les 15 jours <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les trimestres <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
Stratégie de prise en charges communes	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes le semaines <input type="checkbox"/> Tous les 15 jours <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les trimestres <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
Populations particulières	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes le semaines <input type="checkbox"/> Tous les 15 jours <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les trimestres <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
Soins à domicile	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes le semaines <input type="checkbox"/> Tous les 15 jours <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les trimestres <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
Formation continue	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes le semaines <input type="checkbox"/> Tous les 15 jours <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les trimestres <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
Organisation des services d'urgence	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes le semaines <input type="checkbox"/> Tous les 15 jours <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les trimestres <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
Revue de la littérature	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes le semaines <input type="checkbox"/> Tous les 15 jours <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les trimestres <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
Peer review	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes le semaines <input type="checkbox"/> Tous les 15 jours <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les trimestres <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
Articulations/coordination : autres professionnels, institutions...	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes le semaines <input type="checkbox"/> Tous les 15 jours <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les trimestres <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
Rencontres avec des associations locales	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes le semaines <input type="checkbox"/> Tous les 15 jours <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les trimestres <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
Autres, précisez :	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Toutes le semaines <input type="checkbox"/> Tous les 15 jours <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les trimestres <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....

67) Collaboration avec les partenaires extérieurs des soins primaires

Consultations séparées  oui  non (infirmières, kinés, travailleurs sociaux...)

Consultations avec équipes de soins à domicile  oui  non

Consultations avec équipes de pharmaciens  oui  non

Autres, précisez : .....

68) Collaboration avec les partenaires des soins secondaires et tertiaires

Endoscopie gastrique/digestive  oui  non

Examens de thrombose veineuse  oui  non

Electrocardiogrammes  oui  non

Rencontres avec des oncologues et anapathes  oui  non

Contacts avec des spécialistes extérieurs,  oui  non

MG extérieurs, ou des services de santé publique

Autres, précisez : .....

### Partage des tâches

69) Y a-t-il des personnels dédiés à certaines tâches ? (ces tâches doivent être déléguées par le médecin à quelqu'un)

### Liste indicative : Actes techniques, médicaux

Points de suture  oui  non qui, précisez : .....

Liquide pour brûler verrue  oui  non qui, précisez : .....

Pose de diabolo  oui  non qui, précisez : .....

Ponctions veineuses  oui  non qui, précisez : .....

### Examen et suivi des patients

Cardiovasculaires (tension + examen sanguin)

oui  non qui, précisez : .....

Réalisation d'électrocardiogrammes  oui  non qui, précisez : .....

Audiométrie  oui  non qui, précisez : .....

Application bandage jambes ulcérées  oui  non qui, précisez : .....

Autres, précisez : .....

### Liste indicative : tests de laboratoire

ECBU  oui  non qui, précisez : .....

Tests glycémie  oui  non qui, précisez : .....

Examen selles  oui  non qui, précisez : .....

Numération  oui  non qui, précisez : .....

Autres, précisez : .....

### Liste indicative : information des patients sur les maladies

Conseils par téléphone  oui  non qui, précisez : .....

Education/formation pour diabétiques, asthmatiques et pathologies cardio-vascul.  oui  non qui, précisez : .....

Autres, précisez : .....

### Liste indicative : tâches d'organisation

Formulaires pour renvois vers spécialistes  oui  non qui, précisez : .....

Saisie correspondance avec patients  oui  non qui, précisez : .....

Prescriptions pour demandes par téléphone  oui  non qui, précisez : .....

Relance spécifique pour patients à risque  oui  non qui, précisez : .....

Autres, précisez : .....

**Liste indicative : tâches de secrétariat**

Gestion des faxes, adresses des patients  
 oui     non qui, précisez : .....

Lettres de renvois  
 oui     non qui, précisez : .....

Constitution du sac pour le médecin  
 oui     non qui, précisez : .....

Assistant médecins pour appel week-end  
 oui     non qui, précisez : .....

Autres, précisez : .....

**Organisation commune de la rémunération (niveau 5)**

**Les questions 68 à 76 ne concernent pas les centres de santé**

70) Les recettes des médecins du groupe sont-elles mises en commun ?  
 oui     non

71) Si oui, comment s'organise le partage des recettes entre les médecins ?  
 Redistribution identique pour chaque médecin  
 Redistribution avec clé de répartition avec mécanismes correcteurs (ex :supplément pour les petits revenus, solidarité en cas d'aléa...)  
 Redistribution avec clé de répartition sans mécanismes correcteurs  
 autres, précisez : .....

72) Des systèmes d'incitations spécifiques sont-ils mis en place ?  
 oui     non

73) Si oui, précisez : .....

74) Un système de partage des surplus est-il mis en place ?  
 oui     non

75) Si oui, précisez : .....

76) Le groupe bénéficie-t-il d'autres sources de revenus que celui des individus qui le composent ?  
 oui     non

77) Si oui, précisez : .....

78) Pouvez-vous préciser le revenu net de chaque médecin ?

**\* Dans les centres de santé, la rémunération des médecins repose-t-elle sur :**

- Capitation
- Salarial
- Acte
- Rémunération mixte, précisez :

**\* Quels sont les critères qui définissent chacune des formes de rémunération ?(question ouverte)**

**Démarche qualité (niveau 6)**

**Satisfaction de la clientèle**

79) Le groupe a-t-il un forum ou un groupe de participation pour les patients ?  
 oui     non

80) Le groupe a-t-il une boîte aux lettres pour recueillir les suggestions ou réclamations des patients ?  
 oui     non

81) Le groupe a-t-il une procédure pour traiter les réclamations des patients ?  
 oui     non

82) Le groupe a-t-il déjà conduit une enquête de satisfaction auprès de ses patients ?  
 oui     non

83) En cas d'absence de tous les membres de l'équipe médicale, un non-médecin formé au geste de premier secours est-il présent ?

oui  non

### Prise en charge de problème de santé spécifique

#### Prévention primaire

84) Y-a-t-il un protocole pour organiser les risques de manière systématique dans la clientèle ?

oui  non

85) **Si oui**, précisez : .....

86) Y-a-t-il une collaboration avec des services extérieurs ?

oui  non

87) Si oui, précisez :

#### Dépistage

88) Avez-vous des missions de santé publique définies ?

oui  non

89) Si oui, précisez :

90) Y-a-t-il une collaboration avec des services extérieurs ?

oui  non

91) Si oui, précisez :

#### Maladies chroniques

92) Y a-t-il une systématisation du suivi pour les maladies chroniques (diabète, asthme, insuffisance cardiaque...)

oui  non

93) **Si oui**, précisez : .....

94) Y-a-t-il une collaboration avec des services extérieurs ?

oui  non

95) **Si oui**, précisez : .....

#### Psychiatrie

96) Y-a-t-il une collaboration avec des services extérieurs psychiatriques ?

oui  non

97) **Si oui**, précisez : .....

#### Soins palliatifs

98) Y-a-t-il une médecine spécialisée interne ?

oui  non

99) **Si oui**, précisez : .....

100) Y-a-t-il une collaboration avec des services extérieurs ?

oui  non

101) **Si oui**, précisez : .....

## Annexe 3 : Questionnaire interlocuteur principal groupe

### Partie 2 : identification de l'individu et bilan

102) Comment avez-vous intégré ce cabinet de groupe ?

- A sa création
- Après sa création

**Si à la création, de quelle façon ?**

- à partir de rien
- en rejoignant un médecin exerçant en cabinet individuel
- un (ou des) médecin(s) m'ont rejoint dans mon cabinet individuel
- d'une autre façon, laquelle :.....

**Si après sa création, de quelle façon ?**

- en remplaçant un médecin qui avait quitté le cabinet de groupe
- en renforcement de l'équipe existante
- d'une autre façon, laquelle :.....

103) En quelle année avez-vous intégré le cabinet de groupe ?

..... (année)

104) S'agissait-il de votre première installation ?

- oui
- non

**Si non, quel était votre mode d'exercice auparavant ?**

- cabinet individuel
- cabinet de groupe
- clinique privée
- laboratoire d'analyses médicales
- hôpital public ou établissement de soins privés psph
- autre médecine salariée (médecine du travail, scolaire, PMI...) :

- autre (expertise, conseil...), lequel : .....

105) Quelles sont les raisons initiales pour lesquelles vous avez choisi l'exercice en cabinet de groupe ? Classez vos réponses dans l'ordre décroissant de leur importance :

1 = pas d'influence du tout

2 = peu d'influence

3 = influence modérée

4 = influence importante

5 = influence capitale

- pour avoir plus de temps disponible pour d'autres activités professionnelles
- pour avoir plus de temps disponible pour d'autres activités non professionnelles
- pour avoir moins de frais généraux
- pour avoir des revenus plus élevés
- pour avoir plus d'échanges professionnels
- pour offrir plus de soins diversifiés aux patients
- pour avoir plus de temps disponible pour la formation continue
- pour avoir plus de satisfaction dans le travail
- pour avoir plus de possibilités pour investir dans de l'équipement ou du personnel
- pour favoriser l'acquisition de compétences professionnelles spécifiques
- Autres, précisez : .....

106) Pour chacune de ces raisons initiales, l'exercice en groupe a-t-il répondu à vos attentes ?

1 = pas du tout répondu

2 = très faiblement répondu

3 = modérément répondu

4 = répondu

5 = clairement répondu

**Remarque :** reprendre chacune des raisons initiales et demander au médecin de porter un jugement en termes de satisfaction.

- plus de temps disponible pour d'autres activités professionnelles
- plus de temps disponible pour d'autres activités non professionnelles
- moins de frais généraux
- des revenus plus élevés
- plus d'échanges professionnels
- plus de soins diversifiés aux patients
- plus de temps disponible pour la formation continue
- plus de satisfaction dans le travail
- plus de possibilités pour investir dans de l'équipement ou du personnel
- plus d'acquisition de compétences professionnelles spécifiques
- Autres, précisez : .....

107) Quel est le niveau d'importance que vous attribuez à ces différentes modalités d'organisation pour la réussite d'un groupe ?

- 1 = pas important du tout
- 2 = très peu important
- 3 = peu important
- 4 = important
- 5 = très important

- une vision commune de l'exercice de la médecine générale
- un accord négocié sur la répartition des dépenses et des recettes
- une activité suffisante
- des recettes suffisantes

- une convention contractuelle claire
- des réunions régulières entre membres du cabinet
- autres, précisez : .....

**Remarque :** question qui peut être plus ouverte et qui serait : « Quelles sont les conditions de réussite en termes d'organisation et de fonctionnement de l'exercice en groupe ? »

108) Quel est le degré de réalisation dans votre groupe de ces conditions de réussite?

- 1 = pas du tout
- 2 = très peu
- 3 = modérément
- 4 = réalisé
- 5 = tout à fait réalisé

- une vision commune de l'exercice de la médecine générale
- un accord négocié sur la répartition des dépenses et des recettes
- une activité suffisante
- des recettes suffisantes

- une convention contractuelle claire
- des réunions régulières entre membres du cabinet
- autres, précisez : .....

109) Quelles sont les limites à l'exercice en groupe ?

**Remarque :** question ouverte pour le pilote (limiter à 5)

110) Certains analystes prétendent que l'exercice en groupe peut générer des conflits entre les médecins du groupe. Cela est-il votre cas ?

- oui
- non

**Si oui,** s'agit-il de conflits portant sur des aspects :



- personnels
- financiers
- concurrentiels
- d'organisation de l'activité
- de reconnaissance professionnelle
- autres, précisez : .....

**D'organisation de l'activité**

- aucune
- sinon, précisez.....

**De structure juridique**

- aucune
- sinon, précisez.....

**Remarque** : question ouverte pour le pilote

113) Si cela était à refaire choisiriez-vous de nouveau l'exercice en groupe...?

- oui  non

111) Quelles mesures prises par les pouvoirs publics pour favoriser l'exercice en groupe vous semblent utiles ?

**Remarque** : question ouverte pour le pilote

112) Quelles sont les perspectives d'évolution de votre cabinet de groupe dans les cinq ans à venir en termes...?

**De composition du cabinet**

- aucune
- sinon, précisez.....

Achever d'imprimer le 30 novembre 2006  
TOP CHROMO  
6, place du Village - Parc des Barbanniers  
92632 Gennevilliers Cedex  
Dépôt légal : Novembre 2006

## **LE SERVICE DOCUMENTATION DE L'IRDES**

### **Achats de publications**

#### **Sur place ou par courrier :**

IRDES  
Service Diffusion  
10, rue Vauvenargues  
75018 Paris

Horaires d'ouverture :

*Lundi au vendredi : 9 h 30 - 12 h / 14 h - 16 h*

### **Consultation du fonds documentaire**

**Sur rendez-vous** tél. : 01.53.93.43.51

Horaires d'ouverture :

*Lundi, mardi, jeudi: 9 h - 12 h 15*

### **Informations sur les travaux de l'IRDES**

Toute personne peut demander à être intégrée dans le fichier des correspondants de l'IRDES afin d'être régulièrement informée des dernières publications.

tél. : 01.53.93.43.17/06 - fax. : 01.53.93.43.50

## **INTERNET : E-MAIL & WEB**

Vous pouvez communiquer avec l'IRDES aux adresses suivantes :

#### **avec le service Diffusion**

*E-mail : diffusion@irdes.fr*

#### **avec le service Documentation**

*E-mail : documentation@irdes.fr*

#### **avec le service informatique des logiciels Eco-Santé**

*E-mail : ecosante@irdes.fr*

### **www.irdes.fr**

*notre serveur Web*

L'IRDES met à votre disposition un serveur sur Internet

**Ce service vous permet d'obtenir en direct des informations sur l'IRDES :**

Présentation du centre et de l'équipe

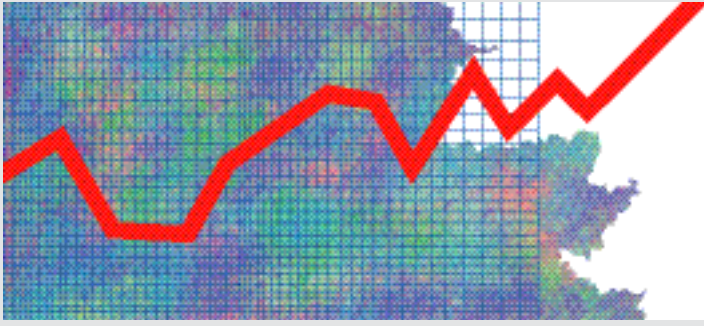
Informations sur les enquêtes de l'IRDES

Informations sur les logiciels Eco-Santé

Consultation des bibliographies chronologiques et thématiques

Description du fonds documentaire

Commandes de rapports



### **Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives**

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, qualifiées à l'étranger de « soins primaires ». 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.

Dans les pays où la médecine de groupe est majoritaire (Finlande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Québec et Ontario), les processus de regroupement et les modes d'exercice des médecins sont variés. En Suède et en Finlande, le regroupement 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. Les pays où la médecine de groupe est minoritaire (Allemagne, Belgique et Italie) se dirigent pour la plupart, comme c'est le cas pour la France, vers un exercice plus collectif de la médecine générale.

Les politiques incitant au regroupement des médecins généralistes s'accompagnent le plus souvent de pratiques nouvelles : mécanismes d'inscription volontaire des patients auprès d'un médecin en groupe, coopération entre professions de santé, modification de la rémunération des médecins, etc. L'importance de la place accordée aux soins primaires dans chaque pays, de même que l'évolution de la demande et de l'offre de soins à partir des années quatre-vingt-dix, semblent constituer des déterminants importants du regroupement.

**Mots-clefs :** Soins primaires, médecin généraliste, mode d'exercice, médecine de groupe, centre santé, offre soins, demande santé, rémunération, efficacité, évolution, expérience, étude comparée, étude prospective, Europe, Canada, France, Pays-Bas, Royaume-Uni, Finlande, Suède.

\*\*\*

### **Medical group practice in primary care in six european countries, in Ontario and Quebec: current status and future prospects**

In France, if doctors' group practice tend to increase, it is still less developed than in other countries, especially in primary care. With the objective of enlightening France's situation, general practitioners' group practice has been analysed in six European countries and two Canadian provinces.

In the countries where group practice is the majority (Finland, Netherlands, Sweden, United Kingdom, Quebec and Ontario), the processes of grouping and the contexts of practice take place in local public structures with multidisciplinary teams, whereas in Canada, in the Netherlands and in the United Kingdom, they take place in private practices managed by independent health professionals in a contractual framework. Most of the countries where group practice is the minority (Belgium, Germany, Italy) tend to develop, as it is the case for France, a more collective practice of general medicine.

The policies which encourage group practice are generally accompanied by new practices : mechanisms of voluntary inscription with a doctor working in group, cooperation between health professions, modification of the remuneration of doctors, etc. The importance of the role devolved to primary care in each country as well as, from the nineties, the evolution of health supply and demand, seem to be strong determining factors of group practice.

**Key words:** Primary care, general practitioner, professional practice, group practice, health care centers, supply and demand, remuneration, efficacy, evolution, experience, comparative study, prospective analysis, Europe, Canada, France, Netherlands, United-Kingdom, Finland, Sweden.