

Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande

Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès (Prosper*/Irdes)

Le concept de « soins primaires » (*primary care*) est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Cette dénomination est également mobilisée pour désigner l'organisation des systèmes de soins extra-hospitaliers.

Dans les pays développés, trois modèles types d'organisation sont recensés : le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) ; le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni) et le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada).

L'évolution et les réformes menées depuis les années 1990 tendent à rapprocher les systèmes de soins primaires. Cette hybridation des modèles caractérise notamment la France dont le système de santé, appartenant initialement au modèle professionnel non hiérarchisé, emprunte désormais des caractéristiques d'organisation similaires aux deux autres modèles.

La dénomination de soins primaires (*primary care*), utilisée dans la littérature internationale mais peu en France, est un concept large porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Ce principe est au cœur de la définition des soins primaires retenue lors de la conférence d'Alma-Ata organisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1978, et réaffirmé en 2008 dans son rapport annuel (World Health Organisation, 2008). Cette définition suppose la capacité des soins primaires à assurer

un éventail large d'activités allant de la délivrance des soins jusqu'aux actions de santé publique ciblées sur des populations et même, au-delà, à l'ensemble des politiques contribuant à améliorer la santé. Les systèmes de santé des pays développés, dont le système de santé français, répondent, chacun à leur manière, à ces objectifs.

L'expression « soins primaires » est souvent mobilisée de façon plus limitative et opérationnelle, dans une perspective d'organisation du système de soins dans son ensemble. Dans ce cas, la notion

de « *primary care* » a tendance à se restreindre aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires. Les soins primaires renvoient alors le plus souvent aux notions de premier recours, d'accessibilité, de continuité et de permanence des soins en lien avec les autres secteurs. Les médecins généralistes en sont en général des acteurs essentiels bien que d'autres professionnels, notamment les infirmiers, peuvent également y être impliqués.

* Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de Premiers REcours.

En France, la réforme du médecin traitant et du parcours de soins introduite en 2004, la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale, la territorialisation croissante des politiques de santé, ainsi que la définition des soins de premiers recours par le projet de loi Hôpital, patients, santé et territoires peuvent être interprétés comme autant de témoins d'un processus de réorganisation du secteur ambulatoire selon les principes des soins primaires.

Il s'agit ici de recenser et d'analyser les différents systèmes d'organisation des soins primaires existant dans les pays développés afin d'éclairer la réorganisation en cours du système de santé en France et ses orientations possibles. Les neuf pays suivants, correspondant à des modèles différents d'organisation des soins primaires, ont été sélectionnés : Allemagne, Australie, Canada, Espagne (Catalogne), Finlande, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède.

Selon l'importance de certaines caractéristiques (conceptuelles, législatives, systémiques et organisationnelles), les pays étudiés ont été regroupés en trois modèles distincts d'organisation des soins primaires. Ces idéaux types ne sont évidemment pas exclusifs l'un de l'autre.

**Le modèle normatif hiérarchisé :
un système organisé
autour des soins primaires
et régulé par l'État
(Espagne/Catalogne, Finlande,
Suède)**

Dans le modèle normatif hiérarchisé, des textes législatifs organisent le système de soins selon les principes et les concepts des soins primaires, préalablement définis. Dans les pays concernés, la loi propose de façon relativement détaillée une définition des soins primaires et la traduit de façon plus précise à travers des services types de soins primaires et des niveaux de dotation précis.

Ainsi, en Catalogne, une réforme a explicitement posé, en 1985, le cadre des soins primaires, qui repose sur deux éléments principaux d'organisation : des aires

basiques de santé délimitant une aire géo-démographique donnée et des équipes de soins primaires pluridisciplinaires prenant en charge la population couverte. Chaque aire basique de santé a la responsabilité de 5 000 à 25 000 habitants, exceptionnellement 40 000 habitants pour les grandes villes. Dans chaque aire, il y a au moins un centre de santé de soins de santé primaires. Ces centres fonctionnent 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année. De même, en Finlande, la loi sur les soins de santé primaire de 1972 définit des exigences et des normes qui font des soins primaires la pierre angulaire du système de santé. En Suède, 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. En Finlande comme en Suède ce sont les centres de santé, au sein desquels travaillent des équipes pluridisciplinaires - médecins généralistes, infirmières et autres professionnels paramédicaux - qui deviennent les pivots du système.

La loi propose également de fixer des ratios d'offre en soins primaires en fonction de la population. Ces ratios s'expriment sous la forme du nombre de professionnels (médicaux et paramédicaux) par unité de population. Par exemple, en Catalogne, le nombre de professionnels de santé est fixé sur la base de ratios par habitant : un médecin de famille pour 1 750 à 2 500 habitants de plus de 14 ans, un pédiatre pour 1 250 à 1 500 habitants de moins de 14 ans, une infirmière par médecin, un dentiste pour 11 000 habitants et une assistante sociale pour 25 000 habitants avec ajustement selon les besoins locaux. Dans les systèmes où les patients s'inscrivent chez un médecin, ces ratios peuvent aussi prendre la forme de taille de liste minimum et maximum, comme en Finlande où le nombre de patients par médecin varie dans chaque centre de 1 500 à 2 000.

Les pays ayant adopté le modèle normatif hiérarchisé présentent certaines caractéristiques communes. D'une part, ils sont décentralisés : les autorités locales (région en Catalogne, comté en Suède et commune en Finlande) gèrent l'offre de soins. Elles ont également la responsabilité et la capacité de financer les dépenses de

REPÈRES

Cette étude, financée par la Direction de la Sécurité sociale du ministère de la Santé, s'inscrit dans le cadre des travaux de l'Irdes et notamment depuis janvier 2009, de l'équipe émergente Prosperé* (Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours). Cette analyse s'est appuyée sur des travaux antérieurs menés en partenariat avec les unions régionales des médecins libéraux (URML) et unions régionales des caisses d'Assurance maladie (Urcam) de Bretagne et de Nord-Pas de Calais. Ces travaux ont été complétés par une large revue de la littérature étrangère portant sur l'organisation des soins primaires dans chacun des pays étudiés. L'étude, menée en 2007-2008, avait pour objectif de dégager une typologie des modèles d'organisation afin d'en tirer des enseignements et des pistes possibles pour une politique des soins primaires en France. Elle prépare la tenue d'un séminaire international, organisé en partenariat avec la Drees, qui se tiendra le 21 octobre 2009 à Paris. Son objectif est d'approfondir, avec des intervenants étrangers, les questions posées par la structuration des soins ambulatoires dans le cadre des futures agences régionales de santé (ARS).

* Voir site : www.irdes.fr/EspaceRecherche/Projets/Prosperé/index.htm

santé par des prélèvements et des taxes. L'État garantit la solidarité nationale par des mécanismes de péréquation financière. Ainsi, il contribue à 10 % des dépenses de santé en Suède et à 17 % en Finlande.

D'autre part, ce sont tous des systèmes nationaux de santé, le financement des soins de santé reposant majoritairement sur les impôts. L'allocation des ressources aux organisations de soins primaires se fait directement par les autorités locales selon les ressources dont elles disposent, et les péréquations nationales se font principalement au prorata de la population desservie. Les allocations peuvent être pondérées en fonction de certaines caractéristiques de la population comme l'âge, le sexe ou la morbidité.

Dans ces pays, les centres de santé à statut public constituent généralement l'organisation de base des soins primaires. Ils

comprennent des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux ; les coopérations interprofessionnelles y sont fortement développées, notamment les rôles infirmiers. Les médecins spécialistes exercent principalement à l'hôpital. Les caractéristiques des centres sont plus ou moins standardisées. Par exemple, en Catalogne, un centre de soins primaires s'organise selon une composition type alors qu'il existe en Finlande une plus grande variabilité selon les collectivités locales, notamment en termes de professionnels. Dans certains cas, les centres de santé peuvent également associer des services de médecine interne, principalement destinés aux populations âgées, et se rapprochent alors des hôpitaux locaux tels que nous les connaissons en France. Ces centres sont gérés par les communes ou, en Catalogne, par l'autorité régionale de la santé.

Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande)

Le modèle professionnel hiérarchisé ne propose pas de définition ni de modèle complet des soins primaires, bien que les quatre pays qui le composent ont en commun d'être organisés autour d'un mécanisme de solidarité universel devant le risque maladie. Dans ces pays, le médecin généraliste a une fonction essentielle de filtre et de pivot du système de soins. Dès leur création - en 1941 aux Pays-Bas, en 1948 au Royaume-Uni ou plus tard comme en Australie et en Nouvelle-Zélande - ces systèmes de santé, financés au demeurant selon des modalités très différentes, ont attribué une mission et un rôle central à la médecine générale. Les médecins spécialistes exercent majoritairement à l'hôpital (hormis en Australie) et sont salariés.

Les soins primaires y sont donc largement assimilés à la médecine générale et s'organisent en partie autour de la dynamique professionnelle. Les tâches de chaque professionnel ou les missions des structures de soins ne s'appuient pas sur une

Trois types d'approche des soins primaires

Trois types d'approche des soins primaires se distinguent dans la foisonnante littérature, principalement anglo-saxonne et nordique, sur le sujet. Leur trait commun est de constituer une réponse professionnelle lorsque les patients ont un premier contact avec le système de santé.

Les soins primaires définis comme un niveau de soins. Dans ce cadre, les soins primaires sont toujours présentés comme la base de la pyramide, se différenciant ainsi des soins secondaires et tertiaires.

Le niveau primaire est non segmenté, ni par âge, ni par sexe, ni par type de problèmes de santé, ni par capacité financière des patients. Il doit pouvoir répondre à 90% des problèmes de santé. Inversement, les niveaux secondaire et tertiaire sont spécialisés et donc segmentés. Le niveau secondaire regroupe la médecine spécialisée au sens large (en ville ou à l'hôpital), et le niveau tertiaire est celui de la médecine de haute technologie (hôpitaux universitaires).

Les soins primaires, de premier niveau, constituent donc la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins généralistes, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. La fonction de *gate keeping* (gardien de la porte), attribuée au médecin généraliste, voire au centre de santé, traduit cette organisation hiérarchique en niveaux de soins.

Les soins primaires définis comme un ensemble de fonctions et d'activités. Cet ensemble peut être abordé soit à partir des caractéristiques générales des services de soins primaires (accessibilité et premier contact, continuité des soins, globalité et coordination), soit à partir du contenu et de l'éventail des soins fournis. Du point de vue des services, les soins primaires se définissent comme des soins de nature ambulatoire et directement accessible aux patients,

avec une dimension généraliste et communautaire. Ils sont centrés sur l'individu dans son contexte familial et social.

Les soins primaires peuvent également se fonder sur l'éventail des soins dispensés, avec trois aspects essentiels : la prise en charge des problèmes communs (le « tout-venant ») au moyen d'une combinaison de soins préventifs, curatifs et de réhabilitation ; une dimension « intégrée », la maladie étant appréhendée dans un contexte socio-économique plus large ; l'organisation et la rationalisation des ressources dites « spécialisées ».

Les soins primaires définis comme des professionnels qui offrent les services.

Dans cette perspective, le secteur est parfois difficile à analyser parce qu'il regroupe plusieurs types d'activités dans les différents pays, et comprend différents types de professionnels avec diverses formations, dont les contenus ne sont pas comparables d'un pays à l'autre : médecins généralistes, mais aussi infirmiers, kinésithérapeutes, pédiatres, gynécologues.

Traditionnellement, les soins primaires sont assimilés à la médecine générale, les médecins généralistes ayant constitué historiquement le premier contact avec le système de soins. L'expression « *extended primary care* » (soins primaires étendus), mobilisée par certains auteurs, renvoie de façon large au premier contact d'un patient avec un professionnel du système de soins. Cette définition intermédiaire entre les soins primaires entendus au sens de médecine générale et les soins primaires dans une vision large - au sens de la justice sociale et de l'accès de tous à des soins de base - vise à intégrer les évolutions en cours. Celles-ci portent principalement sur la reconnaissance de multiples professions et types d'interventions dans le champ des soins primaires, et leur corollaire, c'est-à-dire la collaboration interprofessionnelle et la coordination des interventions et intervenants autour et avec le patient.

base normative et réglementaire. En effet, les services rendus à la population sont implicitement définis par le contenu des métiers qui sont détaillés dans des référentiels d'activité et de formation gérés par les instances professionnelles et académiques. Ces pays ont néanmoins mis en œuvre un projet explicite global de soins primaires puisqu'ils sont fondés sur une approche

populationnelle et hiérarchisée. Ce projet existe au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

En premier lieu, la fonction de *gate-keeping* est attribuée aux médecins généralistes. Ceux-ci exercent pour la plupart en groupes. Le rôle de régulateur de l'accès aux soins spécialisés - situés à l'hôpital -,

initialement confié au médecin généraliste, a constitué un principe organisateur des soins primaires. Ce rôle a évolué vers des fonctions de prévention et de coordination des soins dans une logique populationnelle, en lien avec le regroupement des médecins au sein de cabinets associant plusieurs professionnels de santé.

En parallèle, les réformes ont renforcé la responsabilité économique de ces derniers, notamment en leur confiant des fonctions de gestion de ressources. Ainsi, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, les ressources ont été décentralisées vers des instances de régulation associant notamment les professionnels à un échelon supérieur à celui du cabinet, comme les *Primary Care Trust* (PCT) au Royaume-Uni et les *Independent Practice Associations* (IPA) en Nouvelle-Zélande. Aux Pays-Bas et en Australie (*Divisions of General Practice* (DGP)), les échelons d'organisation médicale territoriaux visent principalement à mutualiser des ressources pour des activités complémentaires à la pratique quotidienne (formation continue, programmes de promotion de la santé, éducation thérapeutique et systèmes d'information).

Tous ces systèmes se caractérisent également par une mixité des modes de rémunération et de contractualisation que permet l'enregistrement de la population auprès des médecins généralistes. Ils vont de pair avec l'introduction de mécanismes de paiement à la performance et le soutien financier au développement de la pratique en équipes, associé à l'émergence de nouveaux rôles infirmiers.

Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation des soins primaires à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada)

Ce modèle est caractérisé par l'absence de projet global explicite des soins primaires, mais également par l'absence d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires, notamment au regard du secteur hospitalier.

Ces systèmes ont en commun la coexistence d'un système de financement

collectif des dépenses de santé et d'une offre de soins privée. Ils sont caractérisés principalement par les éléments suivants : l'existence d'une offre de soins spécialisée en ambulatoire avec un accès direct possible pour les patients, parfois assorti d'une pénalité financière ; une pratique solo dominante de la médecine générale ; une coexistence de modes contrastés d'organisation des soins primaires avec majoritairement une médecine libérale payée à l'acte et des centres de santé, minoritaires, orientés vers des populations défavorisées.

Dans les pays concernés, l'offre de soins primaires inclut les soins ambulatoires en général, à la fois généralistes et spécialistes. Si l'organisation des soins ambulatoires répond aux enjeux des soins primaires (accessibilité, proximité, permanence, prévention, etc.), elle ne s'est pas construite autour de ces objectifs. Dans ces pays, les tentatives de structuration des soins primaires restent à l'état d'expérimentation avec des difficultés à mettre les soins primaires au cœur du système de soins.

Un rapprochement des systèmes de soins primaires dû aux réformes des années 1990

La plupart des pays développés connaissent des évolutions convergentes en dépit des modèles contrastés d'organisation et de financement des soins primaires. Ceux-ci sont en effet confrontés à des défis similaires en matière de santé : d'un côté le vieillissement des populations, mais également des professionnels de santé, ainsi que l'évolution des aspirations et la féminisation des médecins ; de l'autre, la spécialisation et le coût croissant des technologies médicales, associés au poids des maladies chroniques, qui pèsent sur les dépenses collectives. Les réformes engagées pour répondre à ces enjeux portent plus ou moins sur l'organisation des soins primaires mais ont toutes des effets sur ce secteur de soins.

Un renforcement de la décentralisation territoriale et financière

La décentralisation a été une des idées-forces portées par les réformes des

systèmes de santé dans les années 1990, notamment dans les pays où la régulation se fait à une échelle nationale, centralisée. La tendance a été de déléguer la gestion du système, ou certaines responsabilités, à des acteurs locaux.

Ainsi, en Finlande et en Suède, des réformes ont accordé une plus large autonomie et une plus grande responsabilisation financière aux municipalités. En Suède, un transfert de responsabilités en matière de soins de long terme pour les personnes âgées et handicapées s'est fait des comtés vers les municipalités. En outre, l'État a attribué des allocations financières aux comtés ou aux municipalités, calculées en fonction de la richesse de la collectivité et des besoins évalués, et non plus en fonction des dépenses engagées. L'objectif est de responsabiliser les collectivités, qui doivent assumer la charge financière de leurs propres décisions.

En Finlande, la réforme de 1993, parallèlement à l'accroissement de l'autonomie financière des municipalités et de leur liberté de décision, réduit la contribution financière de l'État aux dépenses de santé.

En Espagne, après l'approfondissement de la régionalisation du système dans les années 1990, la décentralisation est encore renforcée en 1997, puis en 2002 : les compétences dans le domaine de la santé sont transférées à toutes les régions (ou communautés autonomes) qui étaient sous gestion centralisée. Dans le cadre des lois nationales, chacune a désormais la possibilité d'adopter la réglementation de son choix. L'État conserve néanmoins plusieurs compétences générales.

Une approche plus coordonnée des soins : regroupement des professionnels et disease management

Tous les pays cherchent à développer une approche plus coordonnée des soins. Très schématiquement, deux voies sont privilégiées. La première concerne le regroupement des professionnels autour de pratiques de médecine générale étendues comme les cabinets de groupe (forme dominante au Royaume-Uni) ou les centres de santé et les polycli-

niques en Allemagne, qui sont à nouveau d'actualité. Les médecins spécialistes sont soit complètement intégrés à la structure, soit vacataires. La seconde voie est celle de la coordination par les assureurs autour de programmes de *disease management* centrés sur des maladies chroniques.

Dans les deux formes de coordination, d'autres rôles infirmiers, voire des métiers nouveaux, se développent. Par exemple, en cas de pénurie de médecins dans une spécialité, la Finlande autorise les infirmiers à accomplir, après une formation adaptée, certains actes médicaux. La Suède les autorise également, après une formation spécifique, à prescrire un nombre limité de médicaments. La prévention, le suivi des pathologies chroniques, l'accueil et le triage sont les principaux domaines où les infirmiers ont étendu leurs compétences. Cette délégation de compétences a pour objectif de réduire les dépenses salariales.

Des modes mixtes de rémunération des médecins et une plus grande coopération des professions de santé

La Suède et la Finlande ont adopté dans les années 1990 un nouveau système de rémunération pour les « médecins référents » exerçant au sein des centres de santé. Ce système se répartit en trois composantes : la part salariale, la part de paiement à la capitation (en fonction du nombre de patients du cabinet médical) et la part de paiement à l'acte. L'objectif de la rémunération à la capitation est de favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins, c'est-à-dire le maintien d'une relation personnelle et individualisée entre les médecins et les patients.

Au Canada et en Australie, les gouvernements ont également favorisé la restructuration de l'organisation et de la rémunération des médecins de famille. Plusieurs réformes ont ainsi préconisé l'introduction de listes de patients et des investissements importants dans les technologies de l'information. Au Canada, avec le soutien général de la profession, des projets expérimentaux ont été mis en œuvre dans plusieurs provinces pour mettre à l'essai des réseaux de soins de premières lignes (RSPL) comme les *Family Health Networks* en Ontario et les Groupes de

médecins de famille (GMF) au Québec. Ces groupes de praticiens de la médecine de famille sont conçus pour dispenser des soins de première ligne 24 heures sur 24 à des patients inscrits.

Au Royaume-Uni, un nouveau contrat a été introduit, le *New GP contract*, qui rationalise un grand nombre d'éléments du contrat traditionnel entre les médecins généralistes et le NHS, et introduit une exigence essentielle de qualité des soins. Désormais, 30 % du budget versé par le NHS au cabinet de groupe dépendra de la qualité des soins promulgués. Celle-ci s'appuie sur une liste de cent indicateurs (cliniques, organisationnels, de satisfaction), qui doit être renseignée pour chaque cabinet.

Les soins primaires en France : un modèle professionnel non hiérarchisé...

L'organisation des soins ambulatoires en France est largement déterminée par les principes de la charte de la médecine libérale de 1927 : libre choix du médecin par le patient, respect absolu du secret professionnel, droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct par l'assuré, liberté thérapeutique et de prescription et liberté d'installation.

Les professionnels libéraux, qui regroupent à la fois des médecins généralistes et spécialistes, représentent la majorité des professionnels de santé. Cette activité libérale majoritaire coexiste toutefois avec d'autres services et structures de soins ambulatoires. Parfois très anciennes, ces structures sont généralement organisées sur une base territoriale, soit à l'échelle municipale comme les services de soins infirmiers à domicile et une partie des centres de santé, soit à l'échelle départementale comme la Protection maternelle et infantile (PMI) et les services départementaux d'incendie et de secours. Ces structures peuvent également s'organiser au niveau hospitalier, comme l'Hospitalisation à domicile (HAD), les consultations hospitalières de spécialités et les services d'urgences hospitalières, ou dépendre d'institutions spécifiques comme la médecine scolaire, les centres d'examen de santé des caisses

primaires d'assurance maladie, les services de médecine du travail ou les organisations de type SOS médecins.

Les soins ambulatoires sont donc largement développés en France et offrent une grande variété de services. Organisés selon différents niveaux, ils sont faiblement hiérarchisés, et inégalement répartis sur le territoire. Par conséquent, la coordination des soins repose en grande partie sur le patient ou sa famille et, d'autre part, sur les modalités d'entente entre les différents professionnels (confiance, formation commune initiale, conventions plus ou moins explicites). Le système de santé français de soins primaires est donc caractéristique d'un modèle professionnel non hiérarchisé.

... qui tend, au vu des réformes récentes, à se rapprocher des deux autres modèles de soins primaires

Les évolutions conjointes de l'épidémiologie, des progrès techniques, ainsi que l'augmentation des coûts de la santé ont conduit les pouvoirs publics à engager depuis plus de vingt ans des réformes successives visant à rationaliser l'organisation des soins.

Initialement focalisée sur l'hôpital, avec la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros), la dimension territoriale d'organisation de l'offre de soins s'est étendue au secteur ambulatoire, par la création des unions régionales de médecins libéraux (URML), des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) et, récemment à un échelon plus fin, par le biais de l'organisation de la permanence des soins et les mesures mises en œuvre pour maintenir des médecins dans les zones déficitaires.

La réforme du médecin traitant et du parcours de soins introduite en 2004, qui incite fortement les assurés à s'inscrire auprès d'un médecin de leur choix, a introduit un principe de hiérarchisation de l'accès au système de soins. Cette réforme constitue un tournant important puisqu'elle inscrit potentiellement les pratiques des médecins généralistes dans une logique populationnelle, recherchée

par le régulateur au travers de la territorialisation. Cette dimension, à la fois territoriale et populationnelle, qui caractérise traditionnellement les systèmes de santé primaires, ouvre des perspectives nouvelles en termes d'organisation des soins de premiers recours et de pratiques dans les domaines de la prévention, l'éducation thérapeutique, la coordination de soins et la réduction des inégalités de santé.

La prise de conscience par les pouvoirs publics de la réduction dans les dix années à venir du nombre de médecins, tant spécialistes que généralistes, et notamment de leur inégale répartition, pose la question de l'organisation des soins ambulatoires. Ainsi, deux caractéristiques des modèles de soins primaires ont été introduites dans le projet de loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST).

La première est une définition des soins de premiers recours. À ce titre, les soins ambulatoires semblent évoluer vers un modèle normatif hiérarchisé. Mais en France, à la différence des systèmes tels que ceux de la Finlande, de la Suède et de la Catalogne, les médecins en ambulatoire ne sont pas salariés au sein de centres de santé et restent des travailleurs indépendants. La convention nationale régit toujours leur relation avec l'Assurance maladie. De plus, les médecins spécialistes sont toujours très présents dans le secteur ambulatoire, facilitant ainsi l'accès à une offre de soins spécialisée, limitée dans les autres pays aux hôpitaux.

Enfin, la territorialisation ne s'accompagne pas d'une véritable décentralisation mais plutôt d'une déconcentration par le biais des agences régionales de santé (ARS). La définition des normes relatives à l'organisation des soins de premiers recours semble régionalisée, puisqu'il reviendra aux ARS de l'organiser, c'est-à-dire de définir les objectifs et services à rendre aux populations et mettre en œuvre les outils de la régulation des soins de premiers recours par l'intermédiaire de contrats passés avec les professionnels de santé.

La deuxième caractéristique des modèles de soins primaires porte sur la reconnaissance des missions des médecins généralistes dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires. Cette reconnaissance s'apparente au modèle professionnel hiérarchisé que l'on peut observer au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Australie ou en Nouvelle-Zélande.

Cependant, l'observation des systèmes étrangers qui organisent les soins primaires en confiant aux professionnels de santé des missions spécifiques, révèle le développement simultané, en lien avec ces missions, d'instances de recherche et de formation. La mise en forme des pratiques validées, leur diffusion et leur transmission, tant dans le cadre de la formation théorique que de la pratique, sont les leviers essentiels de la réalisation d'un projet professionnel en relation avec les missions que la profession se voit confier. Dans cette perspective, la consé-

quence logique de la reconnaissance des missions des médecins généralistes en France est la constitution d'un appareil de recherche et de formation adapté à ces missions.

Enfin, l'existence de niveaux intermédiaires de régulation des soins de premiers recours entre l'échelon régional et l'échelon individuel est observable dans tous les modèles étudiés, soit dans le cadre d'une décentralisation complète aux communes ou aux comtés, soit vers des organisations de professionnels de santé indépendantes ou des instances associant représentants professionnels et autorités locales. La structuration des soins de premiers recours en France et la recherche d'une meilleure coordination entre intervenants à l'échelon de territoires infrarégionaux pose donc la question des instances de régulation locale, de leur composition, de leurs missions et de leurs marges de manœuvre.

* * *

La typologie proposée dans cette étude permet d'observer les principales caractéristiques d'organisation des soins primaires dans les pays développés et d'en identifier les lignes communes et les divergences. Elle révèle un processus de convergence des systèmes d'organisation des soins primaires, qui conduit à une hybridation des modèles. La voie qui se dessine en France pose des principes très généraux pour structurer l'organisation des soins primaires, dont la mise en œuvre opérationnelle appartiendra en grande partie aux futures ARS. Si la régionalisation peut permettre de favoriser l'émergence de solutions innovantes et adaptées aux histoires et aux configurations propres à chaque région, elle nous paraît devoir être accompagnée et suivie dans son développement et dans ses effets, notamment en termes d'équité. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Beaulieu M. D., Contandriopoulos A. P., Denis J. L., Haggerty J., Lamarche P. A., Pineault R. (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 (www.fcrrs.ca).
- Boerma W., Rico, A., Saltman R. (2006), *Primary Care in the Driver's seat?*, European Observatory on Health. Systems and Policies Series, Open University Press.
- Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. (2007), *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives*, Rapport Irdes, n° 1675.
- Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. (2006), *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières*, Rapport Irdes, n° 1624.
- Cozzarolo B., Jalon E., Sarlat G. (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.
- Starfield B. (1998), *Primary Care, Balancing Health Needs, Services and Technology*, Oxford University Press, 1998.
- World Health Organization (2008), *Primary Health Care, Now More Than Ever, The World Health Report 2008*, 148 pages.

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
10, rue Vauvenargues 75018 Paris
www.irdes.fr • Tél.: 01 53 93 43 02 • Fax: 01 53 93 43 07
Email: diffusion@irdes.fr
Directrice de la publication: Chantal Cases
Rédactrice en chef technique: Anne Evans
Relecteurs: Chantal Cases, Michel Naiditch
Correctrice: Martine Broïdo
Maquettiste: Franck-Séverin Clérembault
ISSN: 1283-4769 • Abonnement annuel: 60 € par an
Prix du numéro: 6 € • 12 numéros par an.