

La place des spécialités dans d'autres systèmes de santé – Europe/Amérique du Nord

Etats généraux de l'ORL

16 janvier 2010

Dr Yann Bourgueil

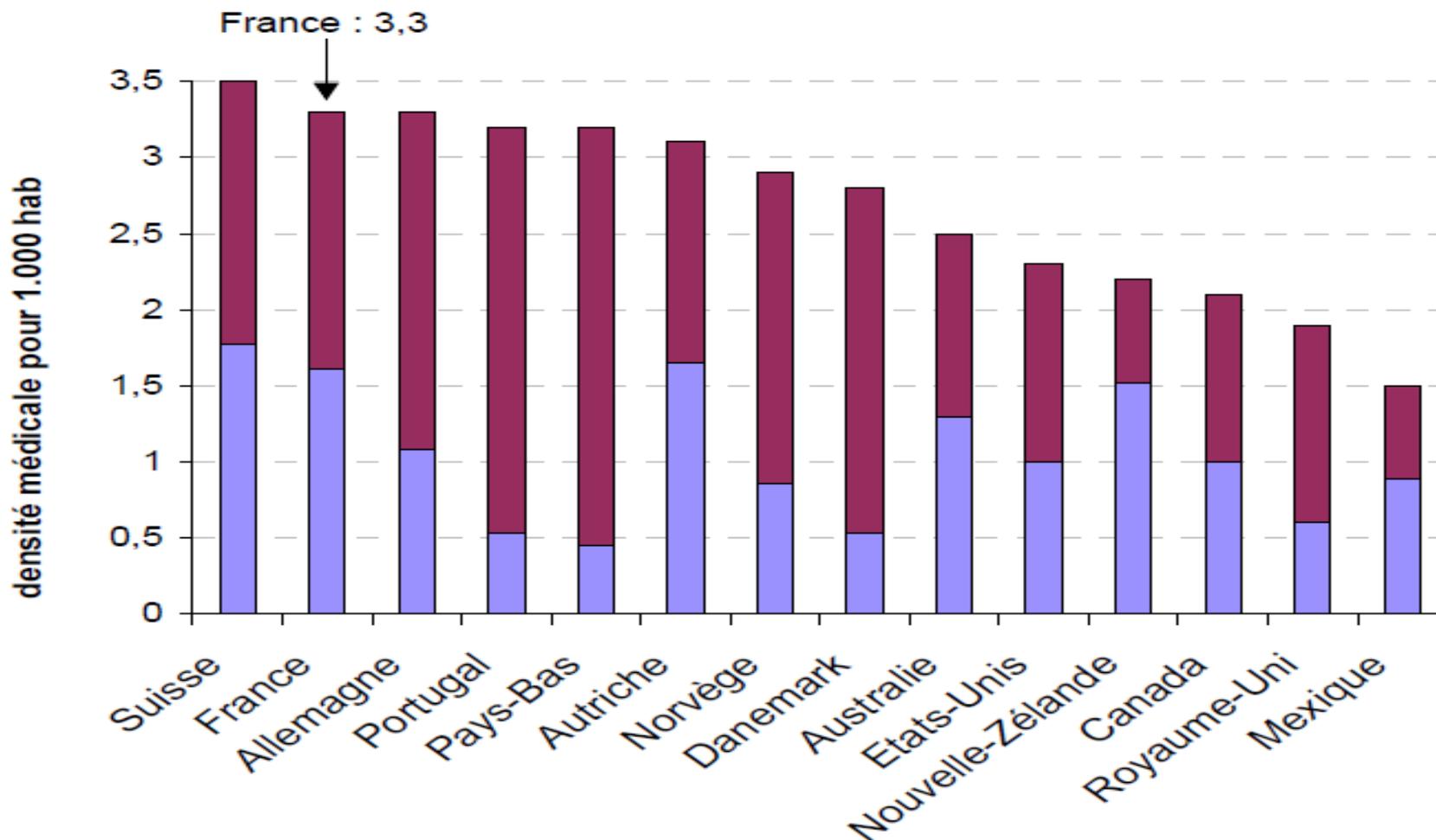
Qu'entend on par place ?

- Importance démographique ?
- Le niveau relatif des rémunérations ?
- Importance académique et de recherche ?
- L'éventail des cas traités ? Épidémiologie ?
- Lieu d'exercice : ambulatoire ou hospitalier ? Et/ou hospitalier ?
- Accès direct ou non ?
- Formes d'exercice : privé ou publique

Frontières et dynamiques professionnelles

- L'émergence d'une spécialité selon
 - Les maladies : phtisiologie (TBC), HIV,
 - Les techniques : radiothérapie, urologie, néphrologie...
 - Politiques publiques et universitaires : santé publique, sections CNU
 - Les populations : pédiatrie, gériatrie...
- Des configurations différentes selon les pays
- Des problèmes de comparaison

Densités médicales en généralistes et en spécialistes , en 2000



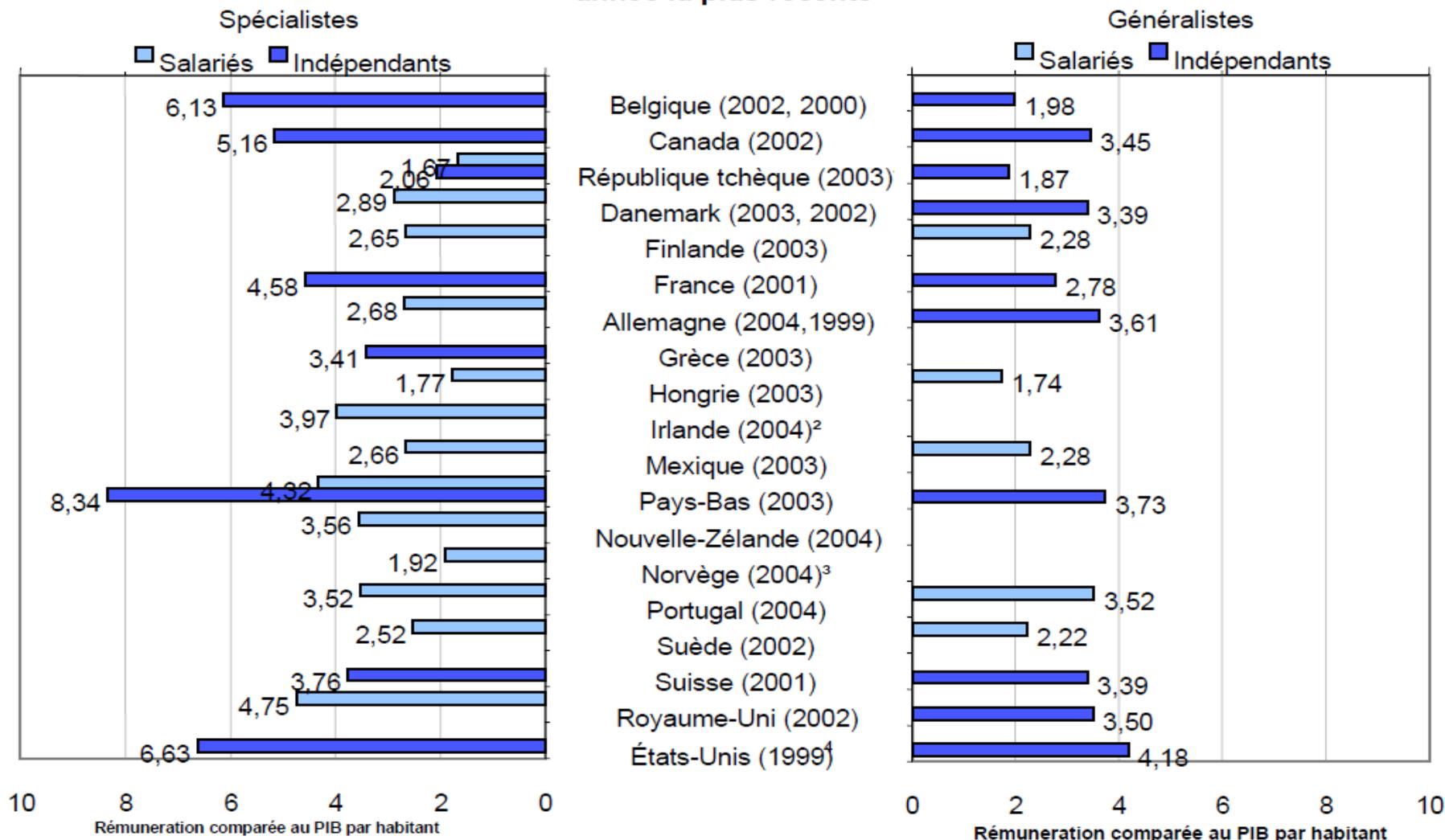
■ densité de généralistes ■ densité de spécialistes

Densité pour 1000 habitants de médecins en activité et densités spécialistes en 2004 pays de l'OCDE

	Allemagne	Belgique	Canada	Espagne	USA	France	RU
Spé actifs	2,4	1,9	1,1	1,9	1,4	1,7	1,6
MG actifs	1	2,1	1	0,9	1	1,6	0,7
Total médecins actifs	3,4	4	2,1	3,4 *	2,4	3,4*	2,3

Source ECO sante 2008 - OCDE

Rémunération des médecins par rapport au PIB par habitant, année la plus récente



Une approche en miroir par les modes d'organisations des soins ambulatoires

- Le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'Etat (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède)
- Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande)
- Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation des soins primaires à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada)

Lieux d'exercices et modes de rémunération des spécialistes

- Le modèle normatif hiérarchisé
 - Hospitaliers publics ou privés hormis spécialités de soins primaires (pédiatrie, gynécologie...)
- Le modèle professionnel hiérarchisé
 - Hospitaliers publics ou privés hormis spécialités de soins primaires (plutôt salariés)
- Le modèle professionnel non hiérarchisé
 - Hospitaliers publics et privés et ambulatoires (rémunération à l'acte ou mixtes) + + +

Vers une hybridation des modèles

- Pratiques en équipes/groupes
- Modes de rémunérations mixtes
- Services spécialisés en proximité
- Prendre en charge les patients aux multiples problèmes au long cours
- Rapprochement médical et social
- Place de la technologie de l'information

Une approche par analogie : le cas de l'ophtalmologie

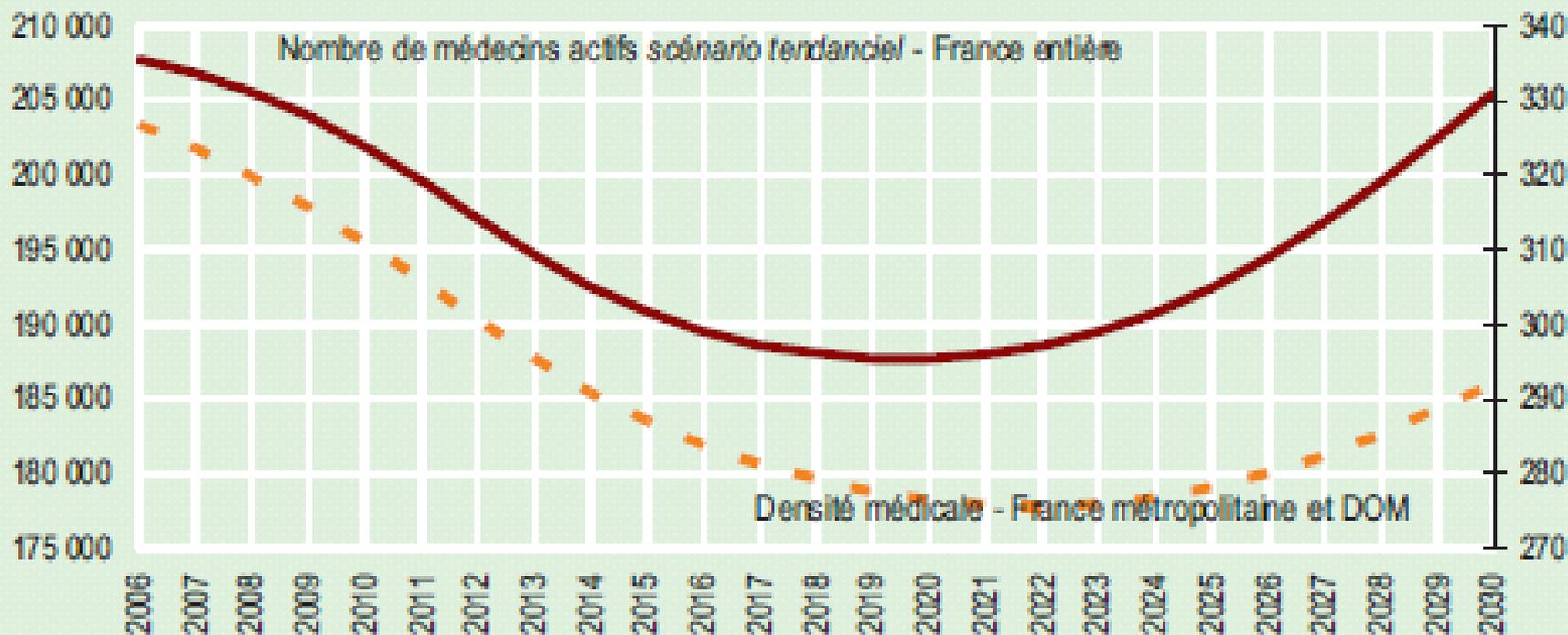
- L'importance des techniques (sensoriels..)
- Besoins augmentent avec vieillissement
- Une orientation vers la chirurgie
- Selon les pays : existence du métier d'optométriste plus ou moins étendu
- Exercice hospitalier ou non, salarié ou non

La France un modèle professionnel historiquement non hiérarchisé

- Charte de la médecine libérale 1927
- Création de l'assurance maladie dite universelle en 1946 – CMU
 - Assurés/habitants et paritarisme
- Réforme Debré en 1958
 - CHU et organisation de l'ordre médical (Flexner 1910)
- Offre abondante, en ambulatoire
 - Diverse, concurrentielle, peu hiérarchisée, foisonnement institutionnel

Quelques éléments de contexte en France

Nombre et densité de médecins en activité d'après le scénario *tendanciel*



Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

« Dans l'exercice privé libéral, il existe de fortes disparités de rémunération inter et intra disciplinaires qui reflètent d'abord une tarification des actes plus favorable aux spécialités médico-techniques qu'aux spécialités cliniques mais sont aussi le résultat de l'impact des dépassement d'honoraires sur les rémunérations »

La France un modèle professionnel non hiérarchisé en évolution

- La régionalisation/territorialisation
 - DRASS, ORS, URML, URCAM, ARH, SROS 3^{ème} génération → ARS
- Complexité et chronicité des situations cliniques
- Progrès techniques et déplacement de l'hôpital vers l'ambulatoire
 - Proximité - relation - clinique
- Vers l'organisation des soins
 - La coordination , les réseaux, l'option référent,
 - la réforme du médecin traitant 2004
- Vers de nouvelles formes d'exercice en médecine libérale
 - Arbitrage différent entre Tps travail et loisir
 - Féminisation et choix d'installation
 - contexte de travail et rémunération

La situation des ORL d'après audition ONDPS (Rapport ONDPS 2005)

- Environ 3000 ORL en France (2001),
- Densité 0.04/1000 hbts
- 11% femmes,
- 57% libéraux exclusifs, 37 % mixtes
- Profil d'activité source SNIR 31/12/2001

CS	37%
Petits actes techniques	47%
Actes de chirurgie	22%

Perspectives et enjeux

- Structuration soins ambulatoires
 - Quelles articulations premier et second recours – listes ?
- Sous spécialisations
 - Cancérologie, surdité/explorations sensorielle...
- Accès aux soins
 - Géographiques : plateaux techniques ?
 - Financiers : dépassements, refus
- Coopérations –  volutions des r les professionnels
 - Sur quels domaines et avec quelles professions : audio prothésistes, orthophonistes ?
 - Médecins de première ligne ? Ex de la rétinographie.
- Modes d'exercices : consultations en premiers recours ? Structures collectives ?