

La médecine spécialisée en France et à l'étranger

Bibliographie thématique

Avril 2022

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

Sommaire

Introduction : un rôle majeur dans le système de soins de proximité	3
Sociologie médicale : un portrait de la profession.....	4
Propositions et perspectives d'évolution : rapports institutionnels et livres blancs	13
LES RAPPORTS INSTITUTIONNELS.....	13
LES LIVRES BLANCS	19
Organisation des soins : un aperçu sur les conditions d'exercice et les relations conventionnelles	25
Coopération professionnelle : les expérimentations en cours	39
Formation médicale : vers une réforme des études médicales	44
Démographie médicale : des disparités au sein des territoires et des spécialités	51
LES RECUEILS STATISTIQUES	51
LES TRAVAUX DE L'ONDPS.....	56
AUTRES ETUDES.....	59
Revenus et modes de rémunération : un essai de régulation	69
Quelques études internationales	85
ÉTUDES COMPAREES.....	85
QUELQUES ÉTUDES SPECIFIQUES.....	107
Ressources électroniques.....	119
EN FRANCE.....	119
A L'ETRANGER.....	121

Introduction : un rôle majeur dans le système de soins de proximité

Le système de santé français repose sur une architecture mixte : l'hôpital public et la médecine libérale. La particularité du secteur libéral est d'associer une médecine générale de qualité à une médecine plus spécialisée efficiente. La médecine libérale spécialisée de proximité a un rôle majeur dans le système de soins français, apportant une expertise efficace et le plus souvent rapide auprès des patients. Plus de cinquante spécialités participent à un réseau qui reste encore peu visible. Certains exercices spécialisés ne sont pas encore reconnus en termes de qualification, et restent en zone indéfinie entre la médecine spécialisée généraliste et les autres spécialités.

La médecine spécialisée demeure souvent méconnue auprès des pouvoirs publics, alors qu'elle a un rôle important dans les soins de proximité, en liaison avec le médecin traitant. La mission confiée au docteur Yves Decalf par la ministre de la santé, Marisol Touraine, en janvier 2015, avait permis d'ailleurs de constater que le projet de loi de santé en cours d'examen ne faisait que peu de références à la médecine spécialisée.¹

Pourtant, de longue date, et plus formellement depuis la loi de 2004², elle se coordonne sur le plan conventionnel avec le médecin traitant. Elle peut aussi constituer un recours à la prise en charge ambulatoire des patients, permettant ainsi d'éviter l'hospitalisation.

En 2016, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a engagé une réflexion sur la médecine spécialisée dite aussi médecine de second recours. Il lui apparaissait en effet nécessaire de mieux préciser la place de la médecine spécialisée (hors médecine générale) dans l'architecture future du système de santé et d'engager pour la médecine spécialisée et le second recours le « même travail de réflexion collective et partagée » que celui réalisé pour la prise en charge sanitaire des soins primaires. Le travail a été mené en plusieurs étapes. La première étape s'était conclue par un premier avis du HCAAM adopté à l'unanimité le 22 juin 2017³ qui recommandait d'agir sur le processus de formation des spécialistes pour lui donner plus de capacités d'adaptation aux besoins futurs, en s'interrogeant notamment sur le niveau de granularité des spécialités, en soulignant l'importance d'un socle commun de connaissances, la nécessité d'une diversification des lieux de formation pratique hors des services hospitalo-universitaires et des possibilités de changement de spécialité ou de type d'activité au cours de la vie professionnelle. Un second avis adopté en janvier 2020⁴ prolongeait le premier sur les sujets suivants : - Sur les services attendus par les usagers en termes de prise en charge spécialisée et de parcours de soins ; - Sur les modèles organisationnels à mêmes de renforcer l'intégration territoriale des spécialistes ; - Sur l'articulation de la médecine spécialisée avec les soins primaires et le niveau hospitalier ; - Sur les leviers de la transformation. L'avis était complété par une comparaison internationale réalisée par l'Irdes. Ce travail s'était poursuivi par des voyages d'étude menés dans plusieurs pays, dont l'Irdes a rendu compte dans différentes publications (cf partie de cette bibliographie : Comparaisons internationales, études de l'Irdes).

Par ailleurs, une étude de la Cour des comptes⁵ analysant le système conventionnel - qui lie notamment la profession médicale et l'assurance maladie - avait mis en évidence l'incapacité des conventions médicales successives à améliorer l'organisation des soins en ville, à assurer l'égalité d'accès des patients à ces derniers et à rééquilibrer la hiérarchie des rémunérations entre professionnels de santé.

Enfin, en marge de la loi d'organisation et de transformation du système de santé de juillet 2019⁶ – qui comprend notamment des mesures pour réformer les études médicales - des réflexions avaient été conduites sur les modes de rémunération⁷.

¹ Decalf (2015). Rapport de la mission sur la médecine spécialisée : concertation sur le projet de loi santé.

² [Loi n° 2004-810 du 13 août 2004](#)

³ HCAAM (2017). Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire.

⁴ HCAAM (2020). Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé. Avis.

⁵ Cour des comptes (2017). La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins. [Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale](#).

⁶ [Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019](#) relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-medecine-specialisee-liberale-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-medecine-specialisee-liberale-en-france.epub

L'objectif de cette bibliographie est de recenser les sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur la médecine spécialisée en France dans la période s'étendant de 2000 à mars 2022 avec quelques documents de référence plus anciens.

Les aspects ciblés sont les suivants :

- Sociologie de la profession ;
- Organisation des soins et relations conventionnelles ;
- Coopération professionnelle ;
- Formation médicale ;
- Démographie médicale ;
- Revenus et modes de rémunération.

Quelques études comparées internationales figurent à la fin de cette bibliographie.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur les bases suivantes : Base bibliographique de l'Irdes, Banque de données santé publique (BDSP), Cairn.

Sociologie médicale : un portrait de la profession

Barlet, M. et Marbot, C. (2016). Portrait des professionnels de santé. Série Etudes et Recherche ; 134. Paris Drees: 126, tab., graph., fig.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>

À l'occasion de la Grande Conférence de la santé, organisée le 11 février 2016, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et ses partenaires ont réalisé un état des lieux inédit des connaissances sur les 1,9 million de professionnels de santé qui exercent en France. À travers une vingtaine de fiches à la fois pédagogiques et synthétiques, cet ouvrage fournit les chiffres clés sur les différents aspects des métiers et des parcours des professionnels de santé. Il livre tout d'abord un panorama de la démographie, passant en revue le nombre de professionnels et son évolution passée, les spécificités de l'exercice à l'hôpital et les transformations de l'exercice ambulatoire, ainsi que la répartition géographique des professionnels de premier recours. L'ouvrage se penche ensuite sur les rémunérations de ces professionnels selon le mode d'exercice et le métier ou la spécialité exercés, et place celles des médecins et infirmiers dans une perspective internationale. La formation fait l'objet d'une troisième partie. Celle-ci dresse une synthèse sur les évolutions des quotas et du numerus clausus, la sélection dans le cadre de la première année commune aux études de santé et des épreuves classantes nationales, ainsi que sur les formations des professions non médicales et les dispositifs de formation continue. Un quatrième ensemble de fiches décrit les conditions de travail des professionnels à l'hôpital et se penche sur l'exercice des médecins généralistes libéraux. Enfin, dans une dernière partie, l'ouvrage esquisse, à la lumière des connaissances actuelles, les tendances des futures évolutions démographiques et examine la répartition des professionnels sur le territoire qui pourrait se dessiner.

Beraud, C. (2013). Trop de médecine, trop peu de soins, Vergèze : Thierry Souccar Editions

La pensée commune dit que l'efficacité de la médecine passe par plus de prescriptions de médicaments, d'analyses de sang, d'exams radiologiques. Que les campagnes de dépistage et de vaccination sont toutes utiles et nécessaires...Mais ce livre démontre aux patients que 30 % des actes médicaux sont inutiles ; que les campagnes de prévention (mammographies, ostéodensitométries,

⁷ [Rapport Aubert \(2019\)](#)

vaccinations contre la grippe, le cancer du col de l'utérus...) n'ont pas l'efficacité que leur prête l'État ; qu'obtenir des prescriptions médicales dans le but de rester en bonne santé est inutile et dangereux ; que les modes de vie et les comportements bien plus que les soins médicaux conditionnent la santé. Du côté des médecins, ce livre prouve que le volume des soins continue de croître sans que leur qualité s'améliore ; une situation qui a un coût : des décès évitables, des milliards d'euros gaspillés chaque année ; que les facultés forment des techniciens de la médecine, pas des soignants ; qu'une écoute prolongée suivie d'un examen physique attentif sont les ressources d'une médecine clinique douce, efficace, économe. Ne pas nuire reste la première règle morale. Ce livre dénonce une situation qui perdure depuis des décennies et se poursuivra aussi longtemps que l'organisation des soins restera artisanale et que le pouvoir politique n'aura pas le courage de s'opposer au conservatisme des institutions médicales et universitaires (4e de couverture).

Berche, P. (2012). "La médecine idéale n'existe pas." *Les Tribunes de la santé* **37**(4): 29-34.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2012-4-page-29.htm>

La médecine œuvre pour restaurer la santé, c'est-à-dire guérir les maladies, mais aussi pour contribuer au bien-être et au bonheur, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé. La « médecine idéale » serait d'abord celle capable de contrôler ses propres progrès pour éviter les dérives, celle qui considérerait les patients globalement dans leur environnement socioéconomique. Cette médecine du futur ne pourra se construire qu'à partir d'un enseignement rénové et multidisciplinaire, permettant aux étudiants et aux médecins de mieux s'adapter à l'évolution des pratiques médicales et de la société, dans un monde en mutation profonde. Aux utopistes qui ont rêvé d'un monde sans maladies ni hôpitaux, où l'espérance de vie dépasserait les cent ans, on peut substituer l'espoir d'une médecine plus solidaire, plus humaine, holistique et éthique, plus juste et plus égalitaire pour l'accès aux soins des plus démunis, et toujours tournée vers la recherche et le progrès. La médecine idéale est un horizon lointain ouvert sur des continents inconnus.

Bret, E. (2005). "Plasticité des spécialités." *Actes de la recherche en sciences sociales* **156-157**(1): 88.

<https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2005-1-page-88.htm>

Castel, P. et Dalgarrondo, S. (2005). "Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales." *Sciences Sociales Et Sante* **23**(4): 5-40.

La controverse analysée dans cet article entend contribuer à améliorer les connaissances concernant les implications politiques de la rationalisation quantitative des pratiques médicales qui traverse la médecine depuis le milieu du XXème siècle. Elle oppose, depuis une vingtaine d'années, la communauté de la cancérologie pédiatrique française, qui s'inscrit dans une approche organisée et normalisatrice de la médecine, à un service qui défend une approche individuelle et empirique. L'étude de cette controverse démontre que les attitudes des patients, peu aidés en cela par certains des principaux protagonistes - dont les médias et les médecins eux-mêmes -, sont très ambivalentes vis-à-vis de cette rationalisation. Mais ce cas souligne surtout que les principaux changements concernent pour le moment les relations entre médecins dans la mesure où la rationalisation change le fondement de la légitimité des pratiques médicales et offre de nouveaux outils leur permettant de se juger et se classer entre eux (Résumé d'auteur). Cette étude est complétée par un commentaire d'Alberto Cambrosio, sociologue au département des études sociales de médecine de l'Université McGill au Québec, et intitulé : " Rationalisation et médecine des preuves en oncologie : quelques remarques à propos de la régulation des pratiques biomédicales " (pp. 41-48)

Chabrol, A. (2007). "Etre médecin demain : dossier." *Bulletin De L'ordre Des Medecins*(10): 8-12.

Face à une société en pleine mutation, les interrogations sur l'avenir de la profession médicale ne peuvent pas trouver de réponses uniquement auprès de ceux qui, demain, ne seront plus en activité. La génération montante, celle des jeunes médecins et des étudiants en médecine, a son mot à dire ! Partant de cette conviction, le Conseil national de l'Ordre des médecins a mis en place, en 2005, une structure de concertation sous la direction de Jean-Claude Sarrey. Les travaux de cette commission

Cnom-jeunes médecins ont duré deux ans. Ils se sont achevés au printemps dernier par la remise d'un rapport qui présente des réflexions et des propositions pour l'avenir de leur métier. Plusieurs articles y ont déjà été consacrés dans ces colonnes, mais les débats actuels sur l'organisation future de la médecine en France, la régulation des praticiens, la liberté d'installation, la réforme des études, la « crise » de la démographie sont autant de raisons d'y revenir. Le choix a été fait de donner la parole à trois des participants aux travaux de la commission : un praticien hospitalier, Gérald Kierzek, un interne, Paul Frappé et une externe, Marie Mizzi. Le rapport des jeunes médecins est consultable à cette adresse : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/commissionjeunesmedecins2007.pdf>

Champy, F. (2011). Nouvelle théorie sociologique des professions, Paris : Presses Universitaires de France

Injonctions à la performance, contrôle renforcé des coûts, bureaucratisation des contextes de travail : comment ces évolutions affectent-elles la qualité et la pertinence du travail des médecins, des enseignants ou encore des travailleurs sociaux ? Les sociologies classiques des professions sont impuissantes à répondre à cette question pourtant cruciale. Par crainte de reprendre à leur compte une conception particulière du travail, elles insistent en effet depuis un demi-siècle sur la diversité des conceptions légitimes d'une même activité, et s'interdisent ainsi de penser des critères partagés et durables de la pertinence du travail professionnel. Un changement de paradigme s'imposait donc pour surmonter les difficultés théoriques et pratiques liées à cette approche relativiste du travail professionnel. A partir d'une série de recherches sur l'architecture et de développements sur de nombreuses autres professions, il propose un cadre théorique original pour penser simultanément les contraintes normatives stables inhérentes à une activité, et la diversité des conceptions qui s'y affrontent. Puis il montre quels processus entravent la recherche de solutions appropriées aux problèmes traités (4e de couverture).

CNOM (2001). Evolution du métier de médecin. Paris CNOM: 30.

Le progrès médical, la diffusion des moyens d'information et de communication, les nouveaux droits des patients ont considérablement modifié le comportement des patients et des médecins. Ce rapport retrace cette évolution socio-culturelle et médicale, et analyse les conséquences sur la formation et la pratique médicale, voire le partage de l'exercice médical par des non-médecins, dans le cadre de l'Europe médicale.

CNOM (2001). "Médecin : un nouveau métier : entre rôle social et rôle sanitaire, les nouvelles modalités de l'exercice professionnel." Les Jeudis De L'ordre: 39.

<http://www.web.ordre.medecin.fr/colloque/metierdemedecin.pdf>

" Médecin, un nouveau métier " ; cette terminologie traduit la réalité d'un exercice professionnel en constante mutation, tant le métier de médecin subit de plein fouet d'une part les évolutions de notre société, et d'autre part le progrès scientifique, qu'il s'agisse d'un approfondissement des connaissances ou de l'émergence de nouvelles techniques ou technologies. En effet, polymorphe par nature, le métier de médecin ne saurait se résumer à une seule définition, étant donné la diversité des modes d'exercice et le nombre des spécialités qui le caractérisent. Cependant, les évolutions actuelles, telles que la féminisation de la profession, le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication, la démographie médicale, la construction d'une Europe de la Santé, ou encore l'émergence de nouvelles relations avec les professions para-médicales, etc. ouvrent la voie à un certain nombre de mutations dans l'exercice quotidien de la médecine et plus largement encore dans la définition du métier de médecin. C'est pourquoi le Conseil national de l'Ordre des médecins, promoteur et garant de la qualité de l'exercice professionnel de la médecine, a souhaité consacrer un de ses Jeudis à ce sujet essentiel qu'est le nouveau métier de médecin. Bien au-delà d'un simple constat de la réalité actuelle de l'exercice professionnel, ce Jeudi pose la question de la définition de l'exercice professionnel de demain. Conscients de l'ampleur du champ de réflexion, le Conseil national de l'Ordre, ainsi que les témoins et experts invités à s'exprimer, ont tenté d'apporter des premiers éléments de réponse à une question qui ne cessera de se poser.

Dang Hadoan, B., Levy, D., Teitelbaum, J., et al. (2009). "La charge de travail et la compétition des confrères." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **49**(1): 18-29.

[BDSP. Notice produite par OBRESA EnCoBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Existe-t-il, comme on le pense "logiquement", une relation entre le volume d'activité du médecin libéral et la présence plus ou moins nombreuse de ses confrères dans le même secteur géographique ? Pour répondre à la question, on demande à chaque enquêté de porter un jugement d'une part sur le nombre de confrères dans son secteur, de l'autre sur le côté satisfaisant ou non de sa propre charge de travail. Au début de 2008, sur 100 praticiens libéraux, 52 estiment avoir une charge de travail "normale" et 44 pensent être en situation de surcharge. Seuls 2% des enquêtés déclarent qu'ils n'ont pas assez de travail et 2% encore ne répondent pas à la question. La proportion de ceux qui n'ont pas assez de travail s'élève à 10% parmi les jeunes en début d'installation, ce qui est somme toute dans la nature des choses. Même à ce niveau, elle est sans doute plus faible que le même chiffre des années 60 ou 70. En tenant compte des divers transitions et ajustements au cours d'une carrière professionnelle, on peut dire qu'au début de 2008, le corps médical est en situation de plein emploi. L'enquête montre par ailleurs que sur 100 médecins libéraux, 62 estiment que le nombre de confrères dans le secteur géographique est adéquat, 9 sont d'avis qu'il est trop élevé et 26 seulement pensent que leur secteur manque de médecins, 3% des enquêtés ne donnant pas leur avis. A certains égards, ces chiffres sont intéressants, parce qu'ils sont collectés précisément au moment où tous les acteurs s'accordent sur une pénurie générale de médecins. Les avis varient évidemment selon la catégorie d'enquêtés, mais ces variations ne concordent pas toujours avec le "bon sens" communément admis. Ainsi, les spécialistes se plaignent plus que les généralistes à propos de la surcharge de travail, mais contre toute attente, ils sont nettement moins nombreux à dénoncer la démographie médicale insuffisante de leur secteur géographique. Des divergences de ce type sont aussi observées entre les hommes et leurs consoeurs. (Résumé d'auteur).

Dang Hadoan, B., Levy, D., Teitelbaum, J., et al. (2009). "Les conditions de vie et d'exercice." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **49**(1): 41-60.

[BDSP. Notice produite par OBRESA nR0xolsD. Diffusion soumise à autorisation]. Au début de 2008, sur 10 médecins libéraux, 4 estiment que la qualité de leur exercice professionnel est restée stable ou s'est améliorée mais 6 sont d'avis qu'elle s'est détériorée peu ou prou. Les enquêtés d'âge intermédiaire (de 40 à 54 ans) sont les plus pessimistes. La détérioration semble évidente aux deux tiers de ces quadras alors que la proportion atteint seulement la moitié des jeunes (de moins de 40 ans) et des aînés (âgés de 55 ans et plus). C'est précisément chez les quadras que l'on trouve le plus de praticiens ayant une forte clientèle. Ainsi, aujourd'hui, l'afflux des patients n'est pas toujours une bénédiction mais peut être une source de pessimisme ou de morosité. Ce trait est révélateur des changements qui affectent aujourd'hui l'exercice médical. Il y a la qualité de la pratique professionnelle mais il y a aussi les conditions de vie matérielle. Sur ce dernier sujet, 43% des enquêtés penchent vers la stabilité ou l'amélioration et 54% ressentent plutôt une dégradation, 3% préfèrent l'abstention. Cette perception de la dégradation des conditions de vie matérielle ne vient pas du manque de patients : de fait, ceux qui se plaignent au début de 2008 du manque de travail ne sont que 2% dans le corps médical libéral. Ceci est encore un autre trait révélateur de l'enquête. De 2005 à 2008, il y eut par ailleurs une progression de l'optimisme dans les jugements portant sur les conditions de vie matérielle. Sur 100 médecins, ceux qui pensent que ces conditions se sont dégradées étaient 80 en 2005 mais leur proportion s'est abaissée à 54% trois ans plus tard. De l'autre côté, les enquêtés estimant que leurs conditions de vie sont restées stables ou se sont améliorées, de 17% en 2005, atteignent 43% en 2008. Ce vent d'optimisme souffle surtout du côté des spécialistes. On note que la période 2005-2008 a été le théâtre d'une augmentation importante des difficultés et problèmes pour les spécialistes dans les relations avec les patients, l'assurance-maladie, l'hôpital. Ceci n'a donc aucun impact sur cela. Le chapitre se termine avec la présentation des commentaires des enquêtés. La plupart des propos viennent des questionnaires à tonalité pessimiste, mais les considérations positives ne sont pas absentes. (R.A.).

Dang Hadoan, B., Levy, D., Teitelbaum, J., et al. (2009). "Les médecins libéraux en France : opinions à propos de leur exercice professionnel (hiver 2007 - printemps 2008)." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **49**(1): 98 , ann., stat.

[BDSP. Notice produite par OBRESA 98JER0xo. Diffusion soumise à autorisation]. Cahier publié sous l'égide et avec le concours de la Confédération des Syndicats Médicaux Français.

Dargelos, B. (2005). "Une spécialisation impossible." Actes de la recherche en sciences sociales **156-157**(1): 52. <https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2005-1-page-52.htm>

Davant, J. P., Tursz, T., Vallancien, G., et al. (2003). La révolution médicale, Paris : Editions du Seuil

Le domaine de la santé connaît actuellement une révolution scientifique comparable à ce que fut, dans un autre ordre, l'irruption de la physique nucléaire. Robots capables d'opérer à distance, médecins en réseau et reliés à leurs patients par internet, hôpitaux spécialisés high-tech : c'est demain et c'est déjà aujourd'hui. Mais les questions sont à la hauteur des progrès de la connaissance et des techniques. Jusqu'où le pouvoir médical doit-il s'exercer, comment organiser le monde de la santé, qui redéfinira le code déontologique adéquat, quel sera le sort d'une population dont l'espérance de vie va s'allonger prodigieusement ? Questionnés par Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française, deux grands médecins répondent à ces questions : Pr Guy Vallancien, chirurgien, et Pr Thomas Tursz, oncologue (4ème de couverture).

Drouais, P. L. (2015). La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. Paris Collège de la Médecine Générale: 91, tab., graph., fig.

<http://www.lecmg.fr/DocumentsCMG/RapportDrouaisofficiel20150309.pdf>

Ce rapport rassemble les conclusions des travaux réalisés à la demande de Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, sur la place de la médecine générale dans le système de santé. A l'instar de beaucoup de pays européens, le système de santé français doit se recentrer sur les soins de santé primaires. La hiérarchisation effective des recours médicaux nécessite de placer la Médecine générale comme la première étape du parcours de santé du patient, à travers un renforcement du rôle du médecin traitant. Le médecin généraliste doit être le premier contact du patient avec le système de santé et assurer une coordination des soins efficace. Pour remplir ce rôle, la Médecine générale doit disposer des moyens appropriés, tant sur le plan budgétaire qu'organisationnel. Ce rapport propose des recommandations à ce sujet, et notamment des mesures à rajouter au projet de loi santé 2015.

Even, G. (2018). Les "deux têtes" du médecin, Paris : l'Harmattan

Qu'attend-on du médecin ? Quelle place notre médecine de plus en plus efficace et technicisée peut-elle faire à la personne malade ? L'idée directrice de cet ouvrage est que la médecine a atteint un seuil à partir duquel de profondes modifications sont nécessaires pour que l'attention au sujet occupe la place qui lui revient. C'est à partir de rencontres avec des patients et d'évènements ayant marqué l'itinéraire professionnel de l'auteur qu'il sera proposé au lecteur d'entrer dans cette réflexion sur la médecine actuelle et son devenir.

Faure, O. (1994). Histoire sociale de la médecine, Paris : Anthropos historiques ; Economica

L'histoire de la médecine présentée dans cet ouvrage ne se borne pas au récit des grandes découvertes, mais explore les conditions matérielles et mentales qui ont permis leur éclosion et leur diffusion. Elle accorde autant de place aux praticiens ordinaires qu'aux grands savants, aux échecs qu'aux succès, aux maladies qu'aux traitements. Plutôt que de juger le passé à l'aune de nos connaissances, ce livre montre que tout système médical naît, vit, évolue ou mérite harmonie avec les conditions et les exigences de la société qui l'entoure.

Faure, Y. (2005). "L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates." Actes de la recherche en sciences sociales **156-157**(1): 98.

<https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2005-1-page-98.htm>

Freidson, E. et Bierstedt, R. (1988). Profession of medicine : a study of the sociology of applied knowledge, Chicago : The University of Chicago Press

Partout dans le monde occidental, l'ouvrage d'Eliot Freidson est considéré comme un classique pour les médecins comme pour les chercheurs en sciences sociales. Cet ouvrage éclaire sur la notion de "profession médicale" avec les questions de la "dominance médicale" et de la "dominance professionnelle" du médecin, de la nature spécifique de son autorité, du fonctionnement de l'hôpital, du droit de la médecine à régir les corps, des conséquences sociales de la "médicalisation". Il amène aussi à une nouvelle compréhension de la maladie et de la santé en montrant que ces dernières sont aussi des catégories sociales construites par le savoir et la pratique du médecin. L'édition originale de cet ouvrage date de 1970. L'ouvrage présent édité en 1988 comprend une post-face en sus. Par ailleurs, une traduction française a été réalisée en 1984 chez Payot.

Freidson, E. et Herzlich, C. (1984). La profession médicale, Paris : Payot

Partout dans le monde occidental, l'ouvrage d'Eliot Freidson est considéré comme un classique pour les médecins comme pour les chercheurs en sciences sociales. Une traduction française s'imposait d'autant plus que les études sur le fonctionnement social de la médecine sont rares. Cet ouvrage éclaire sur la notion de "profession médicale" avec les questions de la "dominance médicale" et de la dominance professionnelle" du médecin, de la nature spécifique de son autorité, du fonctionnement de l'hôpital, du droit de la médecine à régir les corps, des conséquences sociales de la "médicalisation". Il amène aussi à une nouvelle compréhension de la maladie et de la santé en montrant que ces dernières sont aussi des catégories sociales construites par le savoir et la pratique du médecin.

Grimaldi, A. (2013). La santé écartelée : entre santé publique et business, Paris : Editions dialogues

Cet homme-là a voué sa vie à l'idée de soigner, de bien soigner. Et, précisément, c'est la manière dont on soigne à présent qui inquiète André Grimaldi. Professeur de médecine, exerçant dans le plus grand hôpital européen, il pose sur la situation actuelle un regard inquiet. A travers sa propre expérience, le professeur Grimaldi met en avant les questions récurrentes autour du thème de la santé qui, gouvernement après gouvernement, ne parviennent pas à se régler : les déserts médicaux, les dépassements d'honoraires des spécialistes, la formation des étudiants, la gestion des hôpitaux, leurs modes d'organisation et de financement, les conflits d'intérêts... A partir d'une réflexion sur la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, il oppose au concept de "médecine industrielle" celui de "médecine intégrée" biomédicale, psychosociale, pédagogique et coordonnée. Dans La santé écartelée, il évoque son propre chemin, et l'évolution de la médecine depuis que, jeune étudiant, il était à la merci de ses chefs de service, véritables seigneurs féodaux, jusqu'à la révolution étudiante de Mai 68, qui bouleversa les codes. Il décrit l'hôpital d'aujourd'hui, et regrette la confusion des genres entre médecins et gestionnaires, entre "répondre à des besoins" et "gagner des parts de marché", entre "être dévoué" et "travailler à flux tendu", entre hôpital et entreprise. Non que cette dernière soit l'ennemie, mais ses méthodes sont autres. Porte-parole inlassable face aux gouvernements de droite et de gauche, il se bat pour qu'un jour la carte Bleue ne remplace pas la carte Vitale.

HAS (2013). Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Saint-Denis La Plaine HAS: 74 , annexes.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf

La décision médicale partagée correspond à l'un des modèles de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient que sont l'échange

d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient. Des aides à la décision destinées aux patients peuvent être proposées et ont fait preuve de leur efficacité pour augmenter la participation du patient qui le souhaite aux décisions qui concernent sa santé. Associées à d'autres mesures organisationnelles, elles peuvent améliorer la qualité et la sécurité des soins. Le contenu de ces aides vise à : rendre explicite la décision à prendre et les raisons qui nécessitent qu'elle soit prise ; guider le patient afin qu'il hiérarchise les options disponibles selon ses préférences en fonction des bénéfices et des risques qui ont de la valeur, de l'importance pour lui, et de son degré de certitude vis-à-vis de ses préférences ; expliciter les étapes du processus décisionnel et de communication avec les autres personnes impliquées dans la décision (médecin, famille, proches).

Hassenteufel, P. (1994). La profession médicale face à l'Etat : une comparaison France/Allemagne. **Doctorat en science Politique ; Université de Paris 1** : 462 , ann.

Cette thèse de doctorat aborde en ne laissant dans l'ombre aucune des approches qui peuvent aider à mieux comprendre les délicats rapports entre la profession médicale et l'Etat en France et en Allemagne. Dans la première partie, l'auteur détaille "la construction historique et l'institutionnalisation de la profession médicale". Il aborde ensuite les "codifications" de la représentation de la profession médicale, montrant les différentes étapes et objectifs du syndicalisme médical ; et enfin dans une troisième partie, l'auteur appréhende la vaste question de la représentation des politiques de santé : comparaison dans l'approche des politiques publiques, corporatismes et attitudes de la profession médicale face au problème de la maîtrise des dépenses de santé.

Hassenteufel, P. (1997). Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne, Paris : Presses de Sciences Po

Patrick Hassenteufel compare les rapports entre les médecins et l'Etat dans plusieurs pays d'Europe. Il met en évidence le rôle important de la représentation organisée des médecins, en particulier sous la forme syndicale et il en souligne la grande diversité. Il étudie aussi si la maîtrise des dépenses de santé et les réformes des systèmes de santé, en aiguissant les conflits internes à la profession et en provoquant une « crise de la représentation », remettent en cause les rapports entre les médecins et l'Etat et si celles-ci traduisent un certain déclin du pouvoir médical.

Hassenteufel, P. (2000). "Vers le déclin du "pouvoir médical"." Revue Prescrire(206): 397-398.

Les médecins français sont-ils en train de perdre aujourd'hui leur fameux pouvoir ? Chacun a son idée sur la question. L'analyse distanciée et actualisée d'un spécialiste en sciences politiques a le mérite de sérier les différents « pouvoirs » des médecins et leurs évolutions respectives.

Hassenteufel, P. (2008). "Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire." Seve : Les Tribunes De La Sante(18): 21-28.

L'Union des syndicats médicaux français (USMF) a émergé dans les années 1880 autour de deux enjeux : la défense des intérêts économiques de la profession face aux mutuelles et l'octroi du monopole en matière de soins aux docteurs en médecine. L'USMF devient la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) en 1928, dans le contexte de la discussion de la loi sur les assurances sociales à laquelle s'opposent les représentants syndicaux. C'est aussi à ce moment là que se cristallisent les principes de la médecine libérale, inscrits dans la charte syndicale de 1927, qui structure encore aujourd'hui l'identité collective de la profession.

Hassenteufel, P. (2015). "La défense de la médecine libérale." 10.

Les médecins libéraux ont été de virulents opposants à la loi de santé 2015. Cette mobilisation s'inscrit dans une tradition séculaire de défense des principes de la médecine libérale par des syndicats

influents qui entretiennent une vision corporative de la profession. Le mouvement d'opposition à la loi de santé ne peut donc se comprendre qu'en référence aux mobilisations qui l'ont précédé depuis 35 ans. Cette mise en perspective historique nous conduira à souligner le fait que les médecins libéraux ont réussi dans une large mesure à préserver, dans la durée, les principes de la « médecine libérale » par leurs mobilisations. Elle nous permettra, pour finir, d'apporter des éléments de réponse nuancés à la question suivante : la généralisation du tiers-payant dans le cadre de la loi de santé pourrait-elle marquer un tournant majeur dans la place et le rôle des médecins libéraux dans le système de soins français ? (d'après l'auteur).

Hatzfeld, H. (1963). Le grand tournant de la médecine libérale, Paris : Les Editions ouvrières

Ce livre reprend pour l'essentiel la thèse de troisième cycle présentée en 1962 par Henri Hatzfeld à la Faculté des Lettres et des Sciences humaines de l'Université de Strasbourg. Après un aperçu sur la sociologie et la Sécurité sociale, il analyse l'émergence de la profession médicale libérale, ses relations avec les malades et avec l'Etat.

Laurent, D., Roynier, C., Bouton, R., et al. (2015). "Les professions de santé." Seve : Les Tribunes De La Sante(48): 23-105.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-3.htm>

Les professionnels de santé sont plus d'un million et demi en France. Ils sont au cœur du système de santé. Depuis un tiers de siècle, ces professions sont confrontées à des mutations considérables. Les évolutions de la connaissance, les vicissitudes du contexte économique, les nouvelles attentes des malades, les exigences croissantes des réglementations et des jurisprudences les ont soumises à des remises en cause fréquentes et, parfois, ressenties comme menaçantes. Formation, compétences, conditions d'exercice, statut social... toutes les composantes de l'exercice professionnel ont pu en être affectées. La plupart des professions de santé ont ainsi connu des périodes de conflit social, des réformes statutaires ou des changements institutionnels. Pour ce numéro, des acteurs de ces bouleversements et des analystes du système de santé ont été invités à livrer leur vision de quelques-unes des questions posées par l'évolution des professions de santé. Comment peut être définie une profession de santé à la lumière des législations des différents pays européens ? Quelle est la portée de la déontologie médicale en 2015 ? Quel est l'avenir de l'exercice libéral dans les cliniques ? Quelles régulations s'exercent sur les professionnels de santé ? Quels sont les enjeux de la liberté des tarifs médicaux ? La revue propose également un regard rétrospectif sur la médecine générale et une interrogation prospective sur la régionalisation des conventions régissant les professions de santé. Enfin, le témoignage d'un médecin généraliste sur la pratique et le devenir du tiers payant apporte un éclairage nouveau sur un thème d'une brûlante actualité (tiré de l'éditorial).

Le Pen, C. (1999). Les habits neufs d'Hippocrate. Du médecin artisan au médecin ingénieur, Paris : Calmann-Levy

L'auteur de cet ouvrage s'interroge sur le "nouveau médecin libéral" : Va-t-on vers une "médecine industrielle" ? La Sécurité sociale doit-elle être privatisée ? Comment adapter le financement de la santé aux évolutions de notre époque ? Où se situe la France par rapport aux autres pays développés ? Brossant un vaste panorama de la pratique médicale et de ses relations avec les institutions qui la finance, l'auteur montre comment s'installe ce modèle du "médecin ingénieur", dont les moindres décisions sont encadrées par des protocoles imposés ; comment la Sécurité sociale, prise entre les contraintes budgétaires et la pression des assureurs privés, tente de s'adapter à la nouvelle donne du marché. Il analyse la marge de manoeuvre dont dispose encore chaque acteur de ce bouleversement social majeur, s'il demeure soucieux de la santé des français du XXI^e siècle.

Legmann, M. (2010). Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Paris La documentation Française: 46 , graph., annexes.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000184/index.shtml>

Le Docteur Michel Legmann, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, a été chargé par le Président de la République de mener une réflexion concernant la définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale qui prenne en compte les aspirations des futurs médecins et permette de répondre de façon plus efficiente à la demande de soins de la population. La mission présente un état des lieux de l'exercice de la médecine en France qui confirme la crise profonde que connaît la médecine libérale : vieillissement des médecins en exercice, manque d'attractivité de l'activité libérale, baisse inéluctable des effectifs médicaux dans les dix prochaines années compte tenu de l'évolution à la baisse du numerus clausus de 1972 à 1999, etc. Sur cette base, la mission propose un certain nombre de mesures qui s'articulent autour de trois axes : la formation, initiale et continue, l'installation et les conditions d'exercice.

Stasse, F. (1998). Rapport de la mission de concertation sur l'avenir de la médecine de ville. Paris Ministère chargé de la Santé: 88, tabl.

Demandée par Martine Aubry à François Stasse, conseiller d'Etat, ce rapport sur l'avenir de la médecine de ville en France est le résultat d'une mission de concertation approfondie avec les organisations représentatives des médecins et internes ainsi qu'avec les représentants des caisses de Sécurité sociale. Cette mission était constituée de quatre groupes de travail réfléchissant sur les thèmes suivants : l'avenir des unions régionales de médecins libéraux, le partage de l'information, la participation des médecins libéraux aux politiques de santé publique ainsi que la régulation des dépenses de médecine de ville et les modes de rémunération des médecins. Ce rapport montre que la profession médicale connaît une crise importante due à un déficit de confiance et un déficit de régulation, en dépit du progrès rapide des connaissances médicales.

Stuedler, F. (1973). "L'évolution de la profession médicale : essai d'analyse sociologique." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales(2): 61-67.

Cet article examine les transformations profondes qu'a connu la profession médicale. L'évolution socio-économique et les mutations qui en résultent, les bouleversements de la technique et des sciences médicales, entraînent une modification de la pratique médicale et conduisent la profession, dont le pouvoir et l'autorité changent et se retrouvent remises en question, à se définir de plus en plus par rapport aux organismes de financement comme la Sécurité sociale et à l'Etat dont l'emprise et le contrôle se font croissants.

Tabuteau, D. (2009). "L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary." Droit Social(4): 383-392.

A l'heure d'une réforme annoncée du système de santé avec la discussion au parlement du projet de loi -hôpital, patient, santé, territoires -, et au moment où la crise financière décuple les risques d'implosion de l'assurance maladie, il paraît utile de revenir sur le malentendu historique sur lequel se sont établies, en France, les relations entre le corps médical, du moins sa composante libérale, et les pouvoirs publics. L'histoire de l'exercice de la médecine en France a été marquée par l'invention des officiers de santé par les pouvoirs publics et le traumatisme que cette initiative a provoqué. La médecine libérale en France se caractérise de ce fait par un isolationnisme identitaire, tant à l'égard des pouvoirs publics et des organismes de Sécurité sociale que des autres acteurs du système de santé. Toutefois les tensions qui s'exercent actuellement sur le système de santé français pourraient paradoxalement représenter une opportunité pour que la médecine de ville réalise son nécessaire aggiornamento.

Vallancien, G. (2007). La santé n'est pas un droit : manifeste pour une autre médecine, Paris : Bourin éditeur

Le "droit à la santé" est une revendication illusoire. Abandonner ce slogan est une manière de mieux affirmer nos "devoirs" et notre responsabilité individuelle et collective en matière sanitaire. Devoirs du corps médical, des malades, des organismes de tutelle et des politiques. "La médecine que j'exerce au quotidien en ce début de XXI^e siècle ne correspond plus à celle pratiquée dans les années cinquante.

Le progrès scientifique l'a rendue fiable. À l'inverse, l'organisation des soins reste aussi traditionnelle, voire archaïque." Partant de ce constat, Guy Vallancien pointe avec précision, par de nombreux exemples, l'incroyable désorganisation de notre système de santé. Sans dissimuler les responsabilités de tous les acteurs de ce système, il montre que des solutions sont là, simples et urgentes. La Santé n'est pas un droit est un livre engagé qui propose de vraies pistes de réformes avec pragmatisme et humanisme. "La Sécurité sociale mérite mieux que de colmater ses brèches au jour le jour, nous dit Guy Vallancien. Innovons en citoyens responsables et solidaires."

Vega, A. (2009). "La France malade de ses médecins ? Un pavé (sociologique) dans la mare (de la médecine)." Medecine : Revue De L'unaformec 5(5): 235-237.

Après de nombreux travaux sur les urgences? le sociologue Jean Peneff signe un livre polémique et militant [LA France malade de ses médecins]. Portrait sévère de notre système de soins : 360 pages qui viennent briser les idées toutes faites sur l'échec des réformes de la Sécurité sociale en soulignant des disparités et immunités médicales, des déconnexions entre les besoins et l'offre de soins, et la faiblesse des études statistiques sur la santé en France. Il est possible que l'auteur, qui n'hésite pas à désacraliser une profession qu'il estime toujours « dominante », ne se fasse pas que des amis parmi les médecins. Donc à consommer avec... modération et esprit critique, mais les yeux grands ouverts.

Vega, A. (2010). "Les faces cachées des pratiques soignantes : des professionnels ni neutres, ni réductibles à de simples individus." Medecine : Revue De L'unaformec 6(8): 382-386, tabl.

Des facteurs non cliniques, autres que les seules connaissances médicales, orientent le travail quotidien des praticiens. En effet, les médecins sont insérés dans une culture nationale, leurs pratiques s'inscrivent également dans des logiques socioéconomiques et elles sont influencées par des facteurs personnels. Ces multiples identités sont présentées dans un récent ouvrage collectif. Les contributions des chercheurs en sciences humaines mettent en évidence des dimensions « profanes » des soins réalisés par les professionnels de santé habituellement prêtées aux patients

Propositions et perspectives d'évolution : rapports institutionnels et livres blancs

LES RAPPORTS INSTITUTIONNELS

Cour des Comptes (2017). La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes: 213-253.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

La médecine de spécialité recouvre près de 40 disciplines distinctes et au 1er janvier 2016, la France comptait 121 272 médecins spécialistes, toutes spécialités confondues. Les dépenses de santé afférentes aux soins de spécialistes progressent beaucoup plus vite que celles relatives aux soins de médecins généralistes. Lors d'une précédente enquête menée en 2007, la Cour avait souligné la très grande faiblesse des outils de régulation à même de maîtriser les dépenses dans ce secteur et de remédier aux disparités territoriales d'accès aux soins. Plus récemment, en analysant le système conventionnel qui lie notamment la profession médicale et l'assurance maladie, elle avait mis en évidence l'incapacité des conventions médicales successives à améliorer l'organisation des soins en ville, à assurer l'égalité d'accès des patients à ces derniers et à rééquilibrer la hiérarchie des rémunérations entre professionnels de santé. Dans le prolongement de ces travaux, la Cour a cherché à examiner plus particulièrement les évolutions qui ont affecté dans la période récente la médecine de spécialité sous plusieurs angles complémentaires : la progression des dépenses, les mécanismes de tarification des actes et de régulation de l'offre et de la demande de soins, les disparités d'honoraires et de revenus entre spécialités et les obstacles géographiques et financiers à l'accès aux soins. Elle a

constaté que ses précédentes analyses conservaient, pour l'essentiel, leur actualité.

Cour des Comptes (2018). Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser. Paris Cour des Comptes: 247-278, tab., graph., fig.

www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018

Avec près de 9,6 Md€ de dépenses au total³⁰⁵, les soins visuels constituent une charge importante et en forte hausse pour l'assurance maladie, les assurances maladie complémentaires et directement pour les ménages, notamment pour l'optique médicale. Près de 60 % des habitants de notre pays ont un dispositif de correction de la vue (lunettes, lentilles). Les soins visuels se caractérisent par des dysfonctionnements emblématiques de certaines spécialités médicales : en dépit d'une forte croissance des dépenses, la population est confrontée à de fortes inégalités d'accès aux soins d'ordre géographique et financier. Contrairement à d'autres pays, les ophtalmologues constituent le premier recours aux soins visuels. Or ils sont inégalement répartis sur le territoire et pratiquent généralement des dépassements d'honoraires. Alors que les complémentarités entre les différentes professions de la filière visuelle ont une portée limitée, la forte contraction prévisible de la démographie des ophtalmologues jusqu'en 2030 risque d'exacerber les difficultés d'accès aux soins déjà éprouvées dans certains territoires. Malgré une forte augmentation des dépenses, les besoins de la population en soins visuels sont inégalement couverts. Au-delà de la mise en place annoncée d'offres d'équipements d'optique médicale sans reste à charge, la définition par les pouvoirs publics d'une politique d'ensemble des soins visuels s'impose désormais.

Cour des Comptes (2021). Parcours de soins en psychiatrie. Paris Cour des comptes: 189.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>

En lien avec les chambres régionales des comptes, la Cour a cherché, à partir des nombreuses données disponibles et de visites et contrôles sur site, à décrire et comprendre la répartition et l'allocation des moyens entre les différents types de patients concernés par les soins de santé mentale et de psychiatrie (du simple mal-être aux troubles psychiatriques plus sévères). Le constat principal est celui d'un offre de soins diverse, peu graduée et insuffisamment coordonnée. Pour y remédier, la Cour formule sept recommandations, visant notamment à définir une politique de soins plus cohérente et à renouer avec la pratique des soins inclusifs initiée dans les années 1960, dans une logique de qualité de l'accompagnement et de dignité des patients.

Cour des Comptes (2021). Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise. Le rapport public annuel 2021 de la Cour des Comptes; Tome 1, Paris : Cour des comptes: 150-174.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2021>

Depuis le début de la crise sanitaire, en France comme à l'étranger, les capacités hospitalières en réanimation ont conditionné, non seulement le fonctionnement des systèmes de santé, mais aussi la vie économique et la vie sociale dans leur ensemble, et même les libertés publiques. Il s'agit là d'un phénomène inédit : la réanimation constitue une activité hospitalière très spécifique, peu connue du grand public, rarement analysée par les institutions publiques d'évaluation et de contrôle et peu mise en avant dans les politiques publiques. Elle concerne des patients au pronostic vital engagé qui ont besoin, 24h/24, de soins et de surveillance par des professionnels, avec des techniques dont la nature, le nombre et la disponibilité effective sont étroitement réglementés. Pour ces patients, il n'existe pas d'alternative à une hospitalisation en urgence dans une unité de réanimation. Les lits de ces unités sont en permanence occupés à 88 % en moyenne, avec des pics d'activité récurrents en hiver. Dans un contexte de crise sanitaire de longue durée, la Cour a cherché à évaluer dans quelle mesure l'organisation des soins critiques.

Decalf, Y. (2015). Rapport de la mission sur la médecine spécialisée libérale : concertation du projet de loi santé. Paris Ministère chargé de la Santé: 19.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_MEDECINE_SPECIALISEE_LIBERALE_18_MARS_2015_Y_DECALF.pdf

En perspective du projet de loi de santé, une mission a également été chargée de travailler sur la médecine spécialisée libérale. Chargé de mener la concertation sur la médecine spécialisée libérale dans l'offre de soins de proximité, le Dr Yves Decalf a remis son rapport. La mission a constaté que le projet de loi de santé ne faisait que peu référence à la médecine spécialisée. Or, souligne le rapport, son rôle est particulièrement important s'agissant de soins de proximité et elle participe significativement à la qualité de l'offre de soins. La reconnaissance de la médecine spécialisée libérale devrait être renforcée, afin que celle-ci puisse jouer tout son rôle dans la prise en charge ambulatoire des patients ; La mission relève également que certains exercices spécialisés ne sont pas encore reconnus en termes de qualifications, et restent en zone indéfinie entre la médecine spécialisée généraliste et les autres spécialités. En réponse à ces constats, un ensemble de propositions générales sont formulées, ainsi que des propositions sur le projet de loi, article par article.

Dépinoy, D. et Faure, J. (2018). Étude portant sur le thème "Médecine spécialisée" : parcours de patients. Paris : Acsantis ; Paris : HCAAM: 78p.

http://securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_patients_et_medecine_specialisee_acsantis.pdf

Dans le cadre d'un travail sur l'organisation de la médecine spécialisée et du second recours, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a souhaité recueillir le point de vue et l'expérience des patients. Une étude qualitative a été réalisée en constituant un échantillon d'usagers témoins et en utilisant la méthode des « focus groupes ». L'objectif a été d'explorer ce qui fonctionne comme ce qui relève des ruptures de parcours et de recueillir les attentes et propositions des patients. L'étude a été menée sur deux mois (avril et mai 2017) avec deux groupes de 13 patients atteints de pathologies chroniques et « naïfs » vis-à-vis de ce type d'exercice. Le recrutement a été effectué à partir du réseau du cabinet d'étude sans recours à un panéliste. Au total, 15 femmes et 11 hommes ont participé à la réflexion, la moyenne d'âge était de 63 ans, différentes catégories socio-professionnelles étaient représentées. Du fait des délais courts et de la nécessité d'échanges présentiels, 22 patients sur 26 résidaient en Ile-de-France pour des questions de déplacements. Les patients (15/26) souffraient d'une pathologie chronique -cardiovasculaire, pulmonaire, rénale, asthme, diabète, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaque, fibromyalgie- ou d'une forme de cancer (11/26). Les groupes de sont réunis à 4 reprises, une cinquième séance avec quelques volontaires a été consacrée à une validation collective des conclusions présentées dans ce document. Chaque séance a donné lieu à un enregistrement et une retranscription ad integrum permettant un travail d'analyse fidèle et précis. Le modérateur (médecin généraliste) et l'observateur (consultant formé en sociologie) ont ensuite travaillé séparément puis ensemble à la restitution des séances. Ce rapport analyse les résultats obtenus.

Emmanuelli, J. et Schechter, F. (2019). Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution. Paris l'igas: 130 , tabl., fig.

Près d'un quart des Français sont confrontés personnellement ou à travers leurs proches aux troubles psychiques. Ceux-ci sont classés au premier rang des maladies en termes de dépenses de soins, devant les cancers et les maladies cardiovasculaires. En forte croissance, ces troubles suscitent des interrogations sur la nature des réponses apportées par notre système de santé (avec un recours important aux médicaments psychotropes), sur la temporalité des repérages et des prises en charges, et sur l'accessibilité financière très variable des différents types de soins. Plusieurs expérimentations ont été lancées au cours des années récentes, portant sur des populations adultes ou des jeunes, afin de faciliter une prise en charge précoce des troubles psychiques d'intensité faible à modérée (anxiété, troubles dépressifs...). Si elles sont encore trop récentes pour se prêter à une évaluation, ces expérimentations ont en commun de reposer souvent sur le recours aux psychologues libéraux (en lien avec le médecin traitant) et sur l'ouverture de nouvelles prises en charge par l'assurance maladie, dans des conditions spécifiques. Dans ce contexte évolutif, l'IGAS a étudié la place des psychologues dans le système de soins – qui se révèle atypique – et son évolution possible dans le cadre de parcours de soins coordonnés donnant accès aux financements collectifs. Le rapport précise quelles pourraient en

être les conditions pour ces professionnels, en termes par exemple de formation, de cadre déontologique et d'articulation avec les interventions des autres professionnels de santé.

Fauchier-Magnan, E. et Fenoll, B. (2021). La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. Paris Igas: 185.

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article821>

Le ministre des solidarités et de la santé a saisi l'IGAS d'une mission d'évaluation de l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. Ce rapport dresse un panorama préoccupant des professions en charge de la santé de l'enfant : crise des différentes composantes de la médecine de l'enfant en ville (pédiatrie libérale, PMI et médecine scolaire), notamment du fait de leur démographie (44% des pédiatres libéraux ont plus de 60 ans) et de leur répartition inégale sur le territoire (8 départements comptent moins d'un pédiatre pour 100 000 habitants) ; rôle croissant des médecins généralistes, inégalement formés à la médecine de l'enfant ; perte d'attractivité de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique à l'hôpital ; mobilisation et valorisation insuffisantes des compétences des professionnels paramédicaux (infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture) ; difficultés de la pédopsychiatrie. La coordination des acteurs de santé de l'enfant reste un objectif insuffisamment concrétisé, notamment entre médecine de ville et hôpital.

Fiat, C., Wonner, M. et Brahim-Hammouche, M. (2019). Rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale. Paris Assemblée nationale: 139.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i2249.asp>

Ce rapport de la mission d'évaluation sur l'organisation de la santé mentale en France dresse tout d'abord un état des lieux plutôt alarmant de la prise en charge de la psychiatrie et dénonce un parcours de soins chaotique. Il émet ensuite des pistes d'amélioration.

Gautier, A. et Dru, A. (2021). Améliorer le parcours de soins en psychiatrie. Paris Cese: 85.

<https://www.lecese.fr/actualites/parcours-de-soin-en-psychiatrie-lavis-du-cese-adopte>

En France, une personne sur cinq souffre de troubles mentaux. Plus d'un quart de la population consomme des anxiolytiques, des antidépresseurs, des somnifères. Les maladies psychiatriques constituent la première cause d'invalidité et le deuxième motif d'arrêt de travail. Aucune catégorie de la population n'échappe à ces pathologies dont la prévalence s'accroît de façon inquiétante. Les soins de santé mentale et de psychiatrie forment le premier poste de dépense de l'Assurance maladie, qui y consacre 23 milliards d'euros chaque année. Le coût économique et social global des troubles mentaux pour la société est évalué à 109 milliards d'euros par an.

HCAAM (2020). Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé. Avis du HCAAM. Paris HCAAM: 2 vol. (32;77), fig., tab.

<https://www.securite->

[sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/Avis%20HCAAM%20sur%20la%20m%20decine%20sp%20cialis%20a9e%20du%2023%20janvier%202020.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/Avis%20HCAAM%20sur%20la%20m%20decine%20sp%20cialis%20a9e%20du%2023%20janvier%202020.pdf)

<https://www.securite->

[sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/ANNEXES%20avis%20HCAAM%20sur%20la%20m%20decine%20sp%20cialis%20a9e%20du%2023%20janvier%202020.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/ANNEXES%20avis%20HCAAM%20sur%20la%20m%20decine%20sp%20cialis%20a9e%20du%2023%20janvier%202020.pdf)

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/IRDES-rapport-comparaison-internationale-MEDSPE-2020.pdf>

En 2016, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a engagé une réflexion sur la médecine spécialisée, médecine de second recours. Il lui apparaissait en effet nécessaire de mieux préciser la place de la médecine spécialisée (hors médecine générale) dans l'architecture future du système de santé et d'engager pour la médecine spécialisée et le second recours le « même travail de réflexion collective et partagée » que celui réalisé pour la prise en charge sanitaire des soins primaires, de manière à pouvoir « positionner clairement la médecine spécialisée et le second recours dans

l'architecture future du système de soins ». Le travail engagé devait être mené en plusieurs étapes. La première étape s'est conclue par un premier avis du HCAAM adopté à l'unanimité le 22 juin 2017 qui recommandait d'agir sur le processus de formation des spécialistes pour lui donner plus de capacités d'adaptation aux besoins futurs, en s'interrogeant notamment sur le niveau de granularité des spécialités, en soulignant l'importance d'un socle commun de connaissances, la nécessité d'une diversification des lieux de formation pratique hors des services hospitalo-universitaires et des possibilités de changement de spécialité ou de type d'activité au cours de la vie professionnelle. Ce second avis prolonge le premier sur les sujets suivants : - Sur les services attendus par les usagers en termes de prise en charge spécialisée et de parcours de soins ; - Sur les modèles organisationnels à mêmes de renforcer l'intégration territoriale des spécialistes ; - Sur l'articulation de la médecine spécialisée avec les soins primaires et le niveau hospitalier ; - Sur les leviers de la transformation. L'avis est complété par une comparaison internationale réalisée par l'Irdes.

HCAAM (2017). Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire. Paris HCAAM: 30.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_medecine_specialisee_second_recours_adopté_22_06_17_vf.pdf

Les soins primaires et la médecine spécialisée en France sont deux sujets intimement liés, à penser dans le même mouvement, comme deux éléments d'un système qui doivent évoluer de façon cohérente. Si les soins primaires ont donné lieu à une profonde réflexion ces dernières années, cela n'a pas été le cas pour la médecine spécialisée. Cet avis a donc pour objectif de proposer des évolutions de la médecine spécialisée congruentes avec les besoins de la population (notamment la chronicisation des maladies), ainsi qu'avec les orientations retenues pour structurer les soins primaires, tout en tenant compte des dynamiques propres à la médecine spécialisée. La réflexion se base sur la réalité actuelle de l'offre de médecine spécialisée pour se projeter dans ce que pourrait être son avenir en tenant compte du temps : les décisions, ou les non décisions d'aujourd'hui peuvent avoir des conséquences et des impacts de long terme. Cette évidence justifie l'accent mis dans le présent avis sur deux leviers déterminants : la formation des médecins spécialistes et les modes d'organisation de l'offre spécialisée. Cet avis est accompagné de deux dossiers statistiques réalisés respectivement par la Cnamts et la Drees.

HCAAM (2018). Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé : rapport et avis 2018. Paris HCAAM: 2 vol. (60 +20).

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/contribution-transformation-systeme-de-sante>

Ce rapport présente la contribution du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur la stratégie de transformation du système de santé français, qui s'inscrit nécessairement dans une perspective de moyen terme et doit être distingué des mesures urgentes qu'appelle la situation actuelle dans différents secteurs ou dans certains territoires. Ce document percutant s'attaque au risque d'inertie d'un système cloisonné entre la ville, l'hôpital, le médico-social. De plus en plus coûteux et de moins en moins efficient, ce modèle ne pourra pas prendre en charge le vieillissement de la population et les maladies chroniques. La soixantaine de membres du HCAAM (partenaires sociaux, gestionnaires des établissements de santé, élus, hauts fonctionnaires, complémentaires santé, etc.) rejettent aussi le scénario d'une restructuration de l'offre pilotée par les grands centres hospitaliers où les établissements cessent d'être le centre de gravité du système. Les malades chroniques ou âgés devraient être essentiellement traités dans un extérieur structuré, qui n'est plus conçu comme un 'amont' ou un 'aval' de séquences hospitalières. À terme, le Haut Conseil considère que l'ensemble des professionnels de santé devrait exercer dans des structures collectives. Ils devraient ainsi assumer collectivement des responsabilités sur leur territoire : garantir à chacun un médecin traitant et une orientation pertinente dans le système de soins. Quant aux hôpitaux, ils devraient se recentrer et passer contrat avec les communautés locales de professionnels pour coordonner les retours à domicile, les systèmes d'information, la formation...

Isaac-Sibille, C. (2021). L'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? Paris Assemblée Nationale: 98.

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4319_rapport-information.pdf

La présente mission d'information émane d'une profonde volonté, partagée par l'ensemble des acteurs, de faire évoluer l'organisation du système de santé français, avec l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et d'enrichir les missions et les carrières des professionnels paramédicaux. Cette volonté est aussi partagée sur de nombreux bancs de l'Assemblée nationale mais peine à se concrétiser. Récemment, les réflexions se sont concentrées sur l'opportunité ou non de créer une profession de santé intermédiaire pour apporter une réponse aux tensions portant sur la démographie médicale et aux besoins croissants en personnels médicaux hospitaliers.

Jourdan, J.R. (Viostat, L.C., Zantman, F. (2019). La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formation. Paris : Igas.

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article793>

Alors que l'option de prise en charge complète des frais d'optique (formule « 100 % santé ») est entrée en vigueur au début de l'année 2020, l'organisation des soins de la filière visuelle, avec ses quelque 6 000 ophtalmologistes, 5 000 orthoptistes et 40 000 opticiens-lunetiers, présente, malgré ses capacités réelles d'innovation, des caractéristiques encore peu satisfaisantes : les délais d'accès aux soins restent longs pour des troubles très répandus dans la population (les troubles de la vision touchent 35% des adolescents et 70% des adultes) avec, de manière singulière en Europe, un passage systématique par l'ophtalmologiste, même pour les troubles simples de la réfraction ; le dépistage demeure insuffisant et inégal ; la réforme des formations encore incomplète. Faisant suite à une série de mesures décidées depuis une vingtaine d'années, le rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGÉSR, élaboré à la demande des ministres de la santé et de l'enseignement supérieur, énonce 28 nouvelles propositions pragmatiques visant à raccourcir, à l'horizon de deux ou trois ans, les délais d'accès à la prescription de verres correcteurs et à moderniser les formations au niveau de la licence et du master, en cohérence avec l'évolution des métiers.

Mainguy, P., Viostat (L.C.), Baba, J., Fleges, A. (2021). Evaluation de la filière auditive. Paris : Igas

[Evaluation de la filière auditive - IGAS - Inspection générale des affaires sociales](#)

Les ministres des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont sollicité l'IGAS et l'IGÉSR pour évaluer la mise en œuvre du « 100 % Santé » ainsi que les évolutions, en cours ou souhaitables, des modes d'exercice, des pratiques professionnelles et des formations au sein de la filière. Au terme de plus d'une centaine d'entretiens et de cinq mois d'investigations de terrain dans trois régions, la mission met en évidence des effets quantitatifs importants, mais des effets qualitatifs encore incertains du « 100 % Santé » dans ce domaine. Cette réforme visant à améliorer l'accessibilité financière des soins a agi finalement comme un révélateur des enjeux propres à la filière auditive : faiblesse de la prévention et du dépistage, formalisation limitée des parcours de soins, règles professionnelles éparpillées... La mission formule 30 recommandations concrètes : pour l'adaptation du « 100 % Santé » en audiologie, pour l'organisation et le fonctionnement de la filière et des parcours de soins, pour la formation des ORL et des audioprothésistes.

Mouiller, P. et Schillinger, D. (2021). Les douze recommandations d'un rapport sénatorial pour l'accès aux soins : Rapport d'information. Paris Sénat.

Ce rapport sénatorial porte sur l'innovation territoriale face au défi que représentent les déserts médicaux pour les élus locaux. Ils développent 12 pistes de réflexion à l'intention des collectivités et de l'État, parmi lesquelles la nécessité d'un débat national sur la liberté d'installation des médecins.

Pelen, F. et Bouzou, N. (2020). Point vision : l'avenir de la filière visuelle et évaluation des recommandations de l'Igas. Paris Asterès: 2 vol. (65 +12).

<https://www.groupepointvision.com/rapports-asteres-2020/>

Ce rapport réalisé par le cabinet Asterès Etudes & Conseil sur la demande du groupe Point vision rassemble les résultats de son étude économique sur la filière visuelle en France consacrée à l'analyse de l'impact de la technologie sur les besoins en ophtalmologues. Le constat est clair : les besoins des Français en soins ophtalmologiques ne cessent d'augmenter dans un contexte de stagnation du nombre d'ophtalmologistes et de fortes inégalités de leur densité à l'échelle du territoire. Menée en partenariat avec Point Vision, cette étude aboutit à la proposition d'un modèle économique selon lequel il est possible de faire face à la demande en consultation d'ophtalmologie dans les années à venir. Parallèlement à cette étude, Asterès a publié un autre rapport analysant les recommandations contenues dans le récent rapport de l'Igas sur la filière visuelle.

Robinet, A. et Touraine, J. L. (2016). Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale. Paris Assemblée Nationale: 108.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3441.asp>

Ratifiée par la loi du 30 mai 2013, l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale a réformé en profondeur la biologie médicale. Plusieurs axes ont ainsi été identifiés : – l'affirmation du caractère médical de la profession au travers de la nouvelle définition de l'examen de biologie médicale, de la qualification du biologiste médical et de l'importance du dialogue entre ce dernier et le médecin-clinicien ; – la garantie de la même qualité d'examens à tous nos concitoyens sur l'ensemble du territoire national au travers de l'accréditation à 100 %. Les laboratoires, publics comme privés, ont jusqu'en 2020 pour se mettre en conformité avec cette exigence, différents jalons ayant été fixés entre 2013 et ce terme ; – la lutte contre la financiarisation du secteur au travers de la préservation des droits des biologistes en exercice, la définition de règles prudentielles et la mise en place de contrôles exercés par les agences régionales de santé (ARS). Les rapporteurs ont souhaité réinvestir ces trois enjeux dans le cadre du rapport d'application.

Voynet, D. (2015). Restructuration de la filière visuelle. Rapport IGAS ; Igas 2015-008R. Paris IGAS: 80.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000640-restructuration-de-la-filiere-visuelle>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE JmR0x9D9. Diffusion soumise à autorisation]. La filière de santé visuelle est confrontée à d'importants problèmes structurels, liés à la baisse du nombre d'ophtalmologistes, à l'accroissement et au vieillissement de la population, à l'augmentation de la prévalence de certaines pathologies chroniques (cataracte, rétinopathie diabétique, glaucome, DMLA) et à la transformation en profondeur d'une spécialité médico-chirurgicale où les actes techniques ont pris une place prépondérante. Elle se caractérise par d'importantes difficultés d'accès (délais d'attente, fréquence et importance des dépassements d'honoraires), par l'importance des besoins mal ou non couverts (prise en charge des urgences, dépistage des pathologies chez l'enfant, suivi des pathologies chroniques) et par une coordination mal structurée entre les différents professionnels qui la composent.

LES LIVRES BLANCS

ANAI (2008). Livre blanc de l'allergologie : état des lieux et perspectives pour une reconnaissance de la discipline, Paris : Association Nationale des Allergologues et Immunologistes Spécialistes

Ce livre blanc rassemble les propositions des allergologues et immunologistes sur l'avenir de leur profession ainsi que des informations sur les différentes pathologies allergiques.

Carbonnier, J., Dellus, M., Diebolt, V., et al. (2003). Livre blanc de la rhumatologie française, Paris : Dr Marc Bonnel

Publié à l'occasion du 16e congrès français de rhumatologie, ce Livre blanc a pour objectif de faire un état des lieux de la profession de rhumatologue en 2003, mais également de participer à une meilleure connaissance et à une meilleure compréhension de la place de ce spécialiste dans le système de santé français, mais également européen. L'exercice de la rhumatologie s'est profondément modifié depuis ces dix dernières années. Des innovations techniques et médicales, accompagnées d'un bouleversement complet de la prise en charge des malades ont achevé d'individualiser cette spécialité. Des maladies sans traitement auparavant ont bénéficié de thérapies présentant de bons rapports bénéfices/risques. La rhumatologie est passée du stade descriptif au stade prescriptif et, parallèlement, l'activité des rhumatologues s'est fortement accrue, malgré une forte décroissance démographique.

CEDF (2005). Livre blanc : la dermato hospitalo-universitaire en France, Paris : Collège des Enseignants en dermatologie de France

http://document.cedef.org/livre_blanc/CEDEF_livre-blanc_2005-05-02.pdf

Ce livre blanc rassemble les propositions des professionnels de la dermatologie sur l'avenir de leur profession ainsi que des informations sur les différentes pathologies dans cette spécialité.

CNCH (2012). Le livre blanc du CNCH. Paris : Collège national des cardiologues des hôpitaux: 79p.

<https://www.cnch.fr/le-livre-blanc-du-cnch/>

CNP – ARMPO (2021). Quels soins critiques entre deux crises ? Livre blanc. L'avenir des soins critiques 2021-2030.

<https://www.snarf.org/pgRecherche.cfm?id=595>

CNPHGE (2020). Livre blanc de l'hépatogastroentérologie : état des lieux et chiffres clés. Paris : CNPHGE;

<https://www.snfge.org/actualite/le-livre-blanc-de-lhepatogastroenterologie-fournit-des-donnees-actualisees-sur-les>

Le Livre Blanc de l'Hépatogastroentérologie a pour but de fournir à chacun des données actualisées sur l'importance des pathologies digestives en France et sur l'activité des hépatogastroentérologues. Ce Livre Blanc est conçu comme un outil d'aide à la décision publique et un corpus de référence pour notre profession. Il concentre les informations permettant aux professionnels de s'identifier et de faciliter la réflexion nécessaire à l'évolution de leur exercice. Il a été initié par le CNP-HGE, regroupant l'ensemble des Sociétés Savantes, les organisations professionnelles et le syndicat de la spécialité. Il ne se conçoit pas comme un ouvrage figé mais comme un outil évolutif régulièrement mis à jour afin de fournir des informations pertinentes à la profession et aux autorités de Santé.

CNPMV (2015). Médecine vasculaire : Etat des lieux, Paris : Conseil National Professionnel de Médecine Vasculaire

Ce livre blanc rassemble les propositions des professionnels de la médecine vasculaire sur l'avenir de leur profession ainsi que des informations sur les différentes pathologies dans cette spécialité.

Coulomb, A., Halimi, S., Chaskilevitch, I., et al. (2011). Le livre blanc du diabète : sept propositions pour faire face à l'épidémie silencieuse du XXIe siècle, Paris : Société Francophone du diabète

Le diabète est une maladie chronique, invalidante et coûteuse, associée à de lourdes complications. Longtemps préservée, la France a vu, en moins de 10 ans, le nombre de diabétiques passer de 1,6 million à 2,9 millions de personnes. Le coût a doublé en moins de 10 ans et approche les 14 milliards d'euros en 2009, soit 10% des dépenses d'assurance maladie dont 40% liées à l'hospitalisation. Il est estimé à 5.300 euros par an par patient (de 3.600 euros pour un diabétique de type 2 sous traitement

médicamenteux à 65.000 euros pour un patient en dialyse). L'importance de ces dépenses est susceptible d'altérer la croissance économique. Par la publication de ce Livre blanc, la Société francophone du diabète (SFD) souhaite alerter les pouvoirs publics sur le nombre de patients touchés, le coût de cette maladie et les inégalités d'accès aux soins. Elle souhaite en particulier se faire entendre des agences régionales de santé (ARS) à l'heure où l'on réfléchit aux nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins (Sros). Son but est aussi d'infléchir la progression de cette épidémie, d'en atténuer les formes sévères et de favoriser les alternatives à l'hospitalisation. Sept propositions sont émises pour améliorer la prise en charge du diabète en France.

DGOS (2012). Rapport anatomie et cytologie pathologiques. Paris DGOS: 216 , ann.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Anatomie_cytologie_pathologiques.pdf

L'anatomo-cytopathologie (ACP) est une spécialité médicale qui possède une identité particulière au carrefour de la clinique, de l'imagerie et de la biologie. Elle ne peut être exercée que par des médecins qualifiés. La spécialité d'anatomie et cytologie pathologie, fédérée au sein du Conseil National des Pathologistes, avait sollicité le Ministre en charge de la santé afin notamment de constituer un groupe de travail pour aborder les problèmes spécifiques de la spécialité d'ACP. Le rapport rend compte de ces travaux organisés autour de cinq axes "démographie, formation" ; "structures, modes d'exercice, organisation territoriale" ; "données médicales" ; "qualité, sécurité, accréditation" ; "nomenclature, financement, aspects médico-économiques".

Dreux, C., Maquart, F. X. et al. (2018). La biologie médicale face aux défis de l'évolution des besoins de santé. Paris Académie nationale de médecine, Paris Académie Nationale de Pharmacie: 14.

<http://www.acadpharm.org/divers/recherche.php?search=biologie+m%E9dicale>

Accréditation lourde, coûteuse et chronophage, financiarisation, baisse de l'attractivité : dans ce rapport sur la biologie rendu, les Académies nationales de médecine et de pharmacie dressent un constat presque aussi accablant que les syndicats. Elles énumèrent une quinzaine de recommandations pour « stabiliser » la biologie médicale après la restructuration massive et « brutale » de ces dernières années, et surtout pour valoriser le rôle et l'expertise du biologiste dans la chaîne des soins.

Dreux, C. (2008). "L'avenir de la biologie médicale en France." Bulletin De L'academie Nationale De Medecine **192**(6): 1261-1276.

L'exercice de la biologie médicale en France va être profondément modifié, à la demande du Ministère chargé de la santé. En dehors des problèmes d'économie de la santé, avec la recherche du meilleur rapport coût/efficacité, les exigences de la Commission européenne inquiètent vraiment les biologistes médicaux et remettent en cause les fondements de l'ensemble de l'exercice médicale dans notre pays. Les académies nationales de médecine et de pharmacie, après avoir effectué un état des lieux sur le métier de biologiste, sa formation, son exercice professionnel, ont rappelé les points forts de la biologie médicale en France. A la suite de cette analyse, les académies nationales formulent des recommandations en matière de formation, de statut, de l'exercice, d'assurance qualité, de développement des recherches fondamentales et appliquées et enfin prône l'implication des biologistes médicaux dans les actions de santé publique.

Dumeix, J. M. (2005). L'anesthésie-réanimation dans le secteur libéral. Paris SNARF: 15.

http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/demographie_des_MAR.pdf

Le Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs de France s'est penché sur l'évolution sur 20 ans de la profession, en particulier sur les médecins exerçant dans le secteur libéral. L'analyse croisée de leur démographie, de leur activité et de leurs honoraires conduit le SNARF à tirer la sonnette d'alarme : le renouvellement des anesthésistes dans le secteur libéral ne se fait plus, et risque de conduire à une dégradation de l'offre de soins faute de mesures incitant les anesthésistes en formation à choisir de s'installer en libéral.

Espace Ethique Ile-de-France (2019). *Personne vivant avec une maladie neuro-évolutive : livre blanc*. Paris : Ministère chargé de la santé: 40.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livre_blanc_ee_2019.pdf+&cd=27&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-d

Fédération Française de Psychiatrie (2003). *Livre blanc de la psychiatrie*, Montrouge : John Libbey Eurotext

La psychiatrie française s'affirme, évolue, s'interroge. Trente-cinq ans séparent ce nouvel ouvrage du Livre blanc précédent. Que d'évolutions considérables, depuis ! Bien sûr, l'autonomisation de la Psychiatrie. Mais aussi, une véritable révolution thérapeutique qui a favorisé son essor et a donné à cette discipline une place majeure dans le champ de la médecine. La mise en place de la sectorisation et le développement des soins ambulatoires, le développement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'essor de la psychiatrie libérale presque inexistante en 1967 et le développement de la psychothérapie qui l'a accompagné, la psychiatrie de liaison, le développement exponentiel des recherches fondamentales et appliquées, avec la révolution pharmacologique et le poids croissant de la psychiatrie dite biologique en sont les éléments les plus déterminants. Parallèlement à ce mouvement, différentes questions se sont imposées : le rôle de la psychiatrie clinique dans la recherche, ses relations avec les neurosciences et la santé publique ; le bouleversement des classifications internationales et des modes de diagnostic par critères descriptifs tant décrits en France car évacuant l'inter et l'intra subjectif (ICD/DSM) ; la place du concept de santé mentale et ses conséquences en terme d'identité de la discipline ; enfin, le poids croissant d'une économie de la santé obnubilée par la productivité et la réduction des coûts, laissant un doute sur la finalité réelle des exigences de qualité des tutelles. Durant un an, quatorze groupes de psychiatres issus de toutes les associations scientifiques membres de la FFP ont dressé un état des lieux et se sont interrogés sur ces questions. Ce Livre blanc est le produit de leur travail. Les propositions et recommandations qui sont faites correspondent aux exigences scientifiques et aux perspectives professionnelles des psychiatres pour la psychiatrie des 10 prochaines années. Quinze chapitres structurent ces réflexions : Politique de santé mentale en France ; Moyens, ressources humaines et structures ; Unité et diversité de la psychiatrie ; Psychiatrie et Société ; Le secteur médico social ; Place et spécificité de la psychiatrie au sein de la médecine ; Recherche psychiatrique en France ; Psychiatrie et sciences de l'esprit ; Les psychothérapies ; Publications, communication et sociétés savantes ; Les échanges internationaux de la psychiatrie française ; Ethique et psychiatrie ; Formation ; Les modèles en psychiatrie ; Prévention (d'après le résumé de 4ème de couverture).

FFC (2014). *Livre blanc : Etats généraux pour un plan coeur*, Paris : Fédération Française de Cardiologie

Ce livre blanc rassemble les propositions des professionnels de la cardiologie sur l'avenir de leur profession ainsi que des informations sur les différentes pathologies dans cette spécialité.

FFP (2007). *Livre blanc de la pneumologie : synthèses, recommandations et engagements des pneumologues*, Paris : Fédération Française de Pneumologie

Ce livre blanc rassemble les propositions des pneumologues sur l'avenir de leur profession ainsi que des informations sur les différentes pathologies respiratoires.

Fournet, J. et Dhumeaux, D. (2001). *Le livre blanc de l'hépatogastroentérologie : les maladies de l'appareil digestif et du foie : les enjeux*. Rennes SNFGE ; Paris Masson: 340, tabl., graph., index.

Ce « livre blanc », initié par la Société nationale française de gastro-entérologie, dresse un état des lieux de la profession des gastro-entérologues en France. Cette spécialité a connu une mutation significative, ces dernières années, suite aux évolutions épidémiologiques rapides, à d'importants progrès thérapeutiques et à des avancées déterminantes dans les domaines de la prévention et du dépistage. Cet ouvrage a été élaboré à partir de documents provenant de sources officielles et de données vérifiables venues de registres et d'observatoires. Il s'est aussi nourri de résultats d'enquêtes

menées à l'occasion auprès des professionnels, libéraux, hospitaliers et hospitalo-universitaires de la discipline. Il s'est enfin appuyé sur la contribution d'une centaine d'experts. Après une présentation des objectifs et méthodes, les thèmes abordés sont les suivants : épidémiologie des maladies de l'appareil digestif et du foie, acteurs médicaux et activités de soins, organisation de la discipline, recherche, enjeux et propositions.

IDPP (2012). Le livre blanc 2012 de la psychiatrie française, Paris : Idpp

Le présent 'Livre Blanc' a pour objet de rassembler les conceptions et propositions des professionnels et des usagers du système de soins psychiatriques, et d'en proposer clairement l'adoption aux pouvoirs publics pour en inspirer la politique pour les prochaines années. Il a l'ambition, dans une logique de santé publique, de participer à la redéfinition : du rôle de la psychiatrie pour notre société française, et du système de soins pour ses usagers, du cadre juridique et réglementaire dans lequel elle devrait s'inscrire, des objectifs de santé que notre pays pourrait choisir de se fixer dans le domaine de la santé mentale et enfin des moyens, tant législatifs qu'en termes de ressources humaines qui devraient lui être consentis pour ce faire (d'après le résumé d'auteur).

Le Pen, C. et Durand, J. P. (2001). Livre blanc : l'avenir de la cardiologie libérale : 10 propositions pour les 10 prochaines années : 2000-2010. Paris CLP Santé: 175, tabl.

En dotant, dès 1996, la spécialité cardiologique de son premier « Livre blanc », la profession organisée innovait déjà. Mais l'environnement socio-politique a changé et, en l'an 2000, il convenait d'aller plus loin : - s'efforcer, modestement, de dessiner un peu l'avenir collectif en dotant la profession d'un authentique projet ; - s'efforcer, de façon pragmatique, d'asseoir cette démarche sur un constat aussi objectif que possible ; - se plier enfin à l'exigence d'une perspective « raisonnée et raisonnable ». En consacrant cet ouvrage à l'exercice de la citoyenneté médicale, le Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux n'ambitionne rien d'autre et rien moins que d'apporter sa pierre à un débat politique et social de la plus haute actualité.

Sanesco (1995). IRC 2000 : livre blanc de la néphrologie. Paris Sanesco: 103.

<http://www.snfge.org/content/livre-blanc-de-lhepato-gastroenterologie>

SFAR (2002). Les médecins anesthésistes-réanimateurs en France en 1999. Paris SFAR: 16, fig.

Ce document présente les résultats de l'enquête CFAR-SFAR-INED réalisée en 1999 auprès des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) en France. Son objectif était de dresser un état des lieux chiffrés de la profession, et d'émettre des éléments de prospective. Après une présentation de l'enquête et de la méthodologie utilisée, il analyse les données démographiques globales, les diplômes et qualifications, les modes d'exercice, l'activité professionnelle, les gardes et astreintes, le passé et le devenir (Sur internet : <http://www.sfar.org/demographie.html>).

SFC (2021). Le livre blanc de l'insuffisance cardiaque (SFC-GICC) : Ensemble, relevons le défi. . Paris : Société française de cardiologie: 180p.

<https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/livre-blanc-insuffisance-cardiaque-devoile-ensemble-relevons-defi-insuffisance-cardiaque>

Ce livre blanc, dévoilé en conférence de presse le lundi 27 septembre à la SFC*, dresse un état des lieux de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques, de la démographie médicale et des ruptures rencontrées dans leur parcours de soins. Il propose des solutions pragmatiques basées sur l'information et la réorganisation de l'existant afin de permettre une prise en charge de qualité pour tous et sur tout le territoire. Il met en exergue quatre principaux défis à relever et apporte des propositions concrètes.

SFD (2018). Livre blanc : les défis de la dermatologie en France. Paris : SFD

<https://sfd.actu.com/actualites/le-livre-blanc.html>

La Société Française de Dermatologie (SFD) a mené une réflexion collective et collaborative pour sensibiliser le grand public, les instances françaises et les décideurs aux problèmes spécifiques associés aux maladies de peau. Le fruit de ce travail, mené par un groupe d'experts aux compétences multidisciplinaires, a conduit à la publication d'un Livre Blanc, les Défis de la Dermatologie en France. Ce Livre Blanc, initié sur la base des résultats d'une vaste étude épidémiologique intitulée Objectifs Peau, identifie les défis de la Dermatologie d'aujourd'hui. Il apporte des témoignages, formule des propositions concrètes, propose des pistes et recommandations précises, afin de nourrir -et parfois d'ouvrir- le débat sur l'organisation de la Dermatologie de demain, afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints de problèmes ou de maladies de peau.

SPLF (2017). Livre blanc pour un plan d'action allergies respiratoires sévères 2017-2020. Paris : Société de pneumologie de langue française.

<https://splf.fr/pour-un-plan-daction-allergies-respiratoires-severes-2017-2020/>

SFN, France AVC, Alliance du Cœur, et al. (2020). Livre blanc : comment améliorer la prise en charge des AVC en France ? Paris : Société Française Neurovasculaire: 36p.

<https://www.societe-francaise-neurovasculaire.fr/single-post/livre-blanc-2020-comment-am%C3%A9liorer-la-prise-en-charge-des-avc-en-france>

SFNDT (2019). Le livre blanc de la dialyse à domicile : Ma maladie rénale 2022. Paris Société Française de Néphrologie Dialyse et Transplantation: 21.

<https://www.sfndt.org/actualites/livre-blanc-de-la-dialyse-domicile>

SFR (2015). Livre blanc de la rhumatologie française 2015. Paris : Société française de rhumatologie, 2015

<https://sfr.larhumatologie.fr/formations-ressources/livre-blanc>

SMPF (2012). Rapport anatomie et cytologie pathologiques (DGOS 2012). Analyse de la section libérale du Syndicat des Médecins Pathologistes Français (SMPF). Paris SMPF: 119, ann.

http://unhpc.org/PDF/Analyse_SMPF_Rapport_DGOS_10-2012.pdf

L'ACP (Anatomie et cytologie pathologiques), spécialité médicale peu connue du public, est un maillon essentiel du système de soins. La DGOS, entourée des agences de santé, d'institutions et de services concernés, a rendu public un rapport le 9 mai 2012, sur son site Internet. Il est destiné à faire un état des lieux de l'ACP et à fixer des perspectives et des recommandations. Il relève le rôle primordial de l'ACP dans les décisions thérapeutiques, en particulier en cancérologie, ainsi que l'impact médico-économique majeur du diagnostic ACP. Il insiste également sur l'importance du rôle des praticiens en ACP dans le domaine de la santé publique, notamment en épidémiologie. Le rapport de la DGOS définit les actions à mener en priorité dans trois domaines : réglementaire/juridique, sanitaire et financier. Il émet également des préconisations concernant l'organisation de la discipline d'ACP et recommande d'instaurer un comité de suivi. Cet ouvrage est un complément au rapport de la DGOS, sous forme d'analyses et de propositions complémentaires et rédigé par la section libérale du SMPF.

SMSE (2012). Le livre blanc de l'endocrinologie, diabète, maladies métaboliques, Paris : Syndicat des Médecins Spécialistes en Endocrinologie

<http://www.s fendocrino.org/article/416/livre-blanc-de-l-rsquo-endocrinologie-diabete-maladies-metaboliques>

Ce livre blanc présente les propositions de la profession sur l'avenir de l'endocrinologie. Il comprend des informations sur l'épidémiologie des maladies métaboliques et sur leur prise en charge.

SNFGE (2001). Le livre blanc de la hépato-gastroentérologie, Paris : SNFGE

SNMR (2015). Livre blanc de la rhumatologie française 2015, Paris : Syndicat National des Médecins Rhumatologues

Ce livre blanc rassemble les propositions des professionnels de la rhumatologie sur l'avenir de leur profession ainsi que des informations sur les différentes pathologies dans cette spécialité.

UMESPE (2002). Livre blanc de la médecine spécialisée libérale, Paris : UMESPE: 133.

https://umespe.com/sites/S_7SBVTI2DEFBFDECTR3007YHGWA/files/o/livre_blanc_umespe_1.pdf

L'Union nationale des médecins spécialistes confédérés (UMESPE-CSMF) a réuni, en séminaire au mois de juin, les représentants des différents syndicats des médecins spécialistes ainsi que les Présidents des sections spécialistes des Unions de Médecins Libéraux, pour réaliser le bilan et la place de la médecine libérale spécialisée dans le système de soins. Tous les éléments de ses travaux ont été réunis sous la forme d'un livre blanc électronique : "Livre blanc de la médecine spécialisée libérale". L'ambition première de cet ouvrage « politique » est de montrer que la proportion importante de médecins spécialistes libéraux en France, particularité de notre système, est d'abord un "atout" pour la qualité des soins distribués et non pas un "handicap" en termes de maîtrise des dépenses, argument souvent avancé. Pour sauver la médecine spécialisée libérale, affectée notamment par sept années de blocage des honoraires, l'UMESPE suggère de séparer clairement les modalités de financement "en fonction de l'utilité de la prestation". Il s'agirait, d'un côté, de maintenir la socialisation du financement d'une partie limitée de la santé (un panier de biens et de services médicaux défini politiquement à partir des priorités collectives de santé publique qui serait pris en charge par la solidarité nationale) et, de l'autre côté, de laisser une "marge de liberté totale liée au choix du citoyen" en dehors de ce panier de soins. Dans cette hypothèse, les spécialistes libéraux auraient accès à un espace de liberté tarifaire pour ce qui ne relève pas du panier de biens et de services de santé. Le livre est consultable à l'adresse : <http://www.umespe.com/fichier/LIVREBLANCV5.pdf>.

URML (2003). Livre blanc des internes. Paris URMLIDF: 48.

En mars 2003, l'Observatoire Régional de la Démographie Médicale d'Ile-de-France a initié, sur proposition de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France et du Syndicat des Internes Hospitaliers de Paris, une enquête auprès des internes franciliens pour connaître les aspirations des jeunes médecins et trouver les moyens de répondre à la pénurie actuelle et à venir. Ce livre blanc s'appuie sur les résultats de ce sondage (800 questionnaires réunis). L'importance de l'effectif obtenu a permis de réaliser une analyse fine par spécialités et par types d'exercice médical, ainsi que selon le sexe et l'ancienneté. Carrefour des générations, ce " livre blanc " a vocation de nourrir la réflexion des décideurs de santé et des partenaires institutionnels, en mettant à leur disposition de manière inédite des informations qui conditionnent à l'avenir de la médecine spécialisée.

Vrigneaud, J. d. et Bonnel, M. d. (2001). Livre blanc de la neurologie française. Paris Syndicat National des Neurologues: 286, tabl., ann.

Le livre blanc de la neurologie fournit un éclairage objectif et informatif sur la pratique de la neurologie d'aujourd'hui et de demain en France : démographie médicale, mode d'exercice, nomenclature, organisation de la profession. Il s'appuie sur les résultats de deux enquêtes réalisées par l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne : une enquête auprès des neurologues et une enquête de consultation en neurologie.

Organisation des soins : un aperçu sur les conditions d'exercice et les relations conventionnelles

Abecassis, P. et Domin, J. P. (2009). L'évolution des conventions médicales à travers leur discours. Les maux de la politique économique de santé. Emploi et politiques sociales : tome 1. Défis et avenir de la protection sociale. Paris : L'Harmattan: 71-84.

Ce travail propose, à partir d'une analyse linguistique des conventions médicales menées grâce au

logiciel Prospero, d'identifier les évolutions du discours porté par les acteurs, d'en dessiner les grands traits et d'en mesurer leur influence sur les différentes conventions.

Allemand, H., Prieur, J. P., Bras, P. L., et al. (2009). Evaluation et amélioration des pratiques de soins en médecine de ville : contribution de l'assurance maladie. Traité d'économie et de gestion de la santé., Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses: 297-305.

Arcega, G. (2009). "L'organisation du système de soins : Comment responsabiliser ?": 8.
<http://www.annuaire-secu.com/pdf/3-organisation-du-systeme-de-soins.pdf>

Cet article propose une réflexion approfondie sur l'organisation du système de soins, essentiellement pour ce qui concerne la médecine de ville. Comment sortir des impasses et de la complexité de la situation dans laquelle on se trouve ? Faut-il décider qu'il y a des grands et des petits risques, quel partage envisager avec la complémentarité, faut-il des médecins référents ou des médecins traitants ? Comment responsabiliser, en faisant payer, en déremboursant les risques considérés comme mineurs, en instaurant des parcours de soins ? Pour toutes ces questions, une analyse et un diagnostic sont proposés, des solutions sont mises en débat, notamment celle d'un conventionnement à plusieurs options.

Arne, J. L. (2013). "La prise en charge des soins ophtalmologiques en France." Bulletin De L'academie Nationale De Medecine **197**(4-5): 1051-1053.

Le groupe de travail dirigé par le Professeur Jean-Louis Arné, de l'Académie Nationale de Médecine, vient de publier les conclusions de son rapport. Il adresse au gouvernement deux recommandations prioritaires : former plus de médecins ophtalmologistes et développer le travail aidé avec les orthoptistes. En préambule, l'Académie de Médecine souligne que la mesure de l'acuité visuelle et la prescription de corrections optiques « sont, et doivent demeurer, un acte exclusivement médical, indissociable d'un bilan complet de l'appareil visuel ». Elle salue ensuite le développement des délégations de tâches qui, depuis 2001, ont favorisé « la complémentarité entre l'orthoptie et l'ophtalmologie afin de dégager du temps aux ophtalmologistes ». A l'inverse, elle estime que « la délégation de tâche vers les opticiens lunetiers n'apparaît pas comme une solution satisfaisante ». La demande non satisfaite de soins d'ophtalmologie, les délais de rendez-vous, l'encombrement des services hospitaliers d'ophtalmologie constituent également des récriminations courantes. Elles sont la résultante de l'inadéquation entre les besoins de soins et les possibilités offertes par les ophtalmologistes. L'ophtalmologie connaît les plus importants délais d'attente en consultation (estimés en moyenne à 3 mois sur le territoire national, mais pouvant atteindre jusqu'à 12 mois dans certaines zones, même urbaines).

Assyag, P. et Renard, P. (2012). Les médecins spécialistes médico-techniques de proximité en Ile-de-France. Paris URPS: 18, tabl., graph., fig.

Plus de 1300 médecins spécialistes franciliens (hors spécialistes de médecine générale) ont répondu à l'enquête de l'URPS Médecins sur l'accès à leur consultation dont l'objectif était de vérifier la disponibilité de ces spécialistes en matière de continuité des soins et de quantifier les modes d'accès dans le cadre du parcours de soins.

Barnay, T., Hartmann, L. et Ulmann, P. (2007). "Réforme du "médecin traitant" et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France." Revue Francaise Des Affaires Sociales(1): 109-126.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE N8sR0xIh. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif d'efficacité du système de soins et la nécessité de réagir face à une offre de soins médicaux localement déficitaire (objectif d'équité) conduisent le modèle initial de la médecine de ville à évoluer. Ainsi, à partir de la réforme du médecin traitant sont présentés les nouveaux enjeux auxquels est confrontée la médecine de ville en France. Un panorama des modes de régulation actuels de ce

secteur sanitaire est proposé en présentant les alternatives aux principes du paiement à l'acte exclusif et à la liberté d'installation des médecins libéraux.

Besancenot, D. et Vranceanu, R. (2017). An equilibrium search model of the French dual market for medical services. Document de Recherche ESSEC. 1709. Cergy Pontoise ESSEC: 13, tabl.

<https://hal-essec.archives-ouvertes.fr/hal-01574648/document>

The French market for specialist physician care has a dual structure, including a sector 1 with regulated fees, and a sector 2 where physicians can freely choose fees. Patients who undergo a sequential search process for the best medical offer develop a reservation fee decision rule. We analyzed physicians decisions to work in sector 1 or in sector 2, and their choice of fee in sector 2. The model features several pure strategy equilibria that can be ordered with respect to patient welfare. Policy implications follow.

Bourgueil, Y. et Kanhonou, N. (2017). "Travailler à l'articulation soins premiers et second recours : pourquoi, comment ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(57): 23-33.

L'objet de cet article, principalement méthodologique, est de présenter le contexte, les objectifs, la méthode adoptée et les résultats de travaux menés dans le cadre d'un groupe de travail initié par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) pour analyser les fonctionnements des relations médecins de second recours et médecins de premier recours. Ces travaux ont nourri plusieurs notes du Haut Conseil visant à proposer des pistes pour orienter l'action publique.

Bras, P. L. (2016). "Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(50): 67-91.

<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2016-1.htm>

Depuis 2000, les généralistes sont moins nombreux et aspirent à maîtriser leur temps de travail. Les Français reçoivent donc moins de soins de leur part ; cette tendance est appelée à se prolonger. Cette évolution contribue à modérer l'évolution des dépenses. Il est délicat de se prononcer sur ses effets sanitaires mais l'on peut craindre qu'elle n'ait en s'accroissant des effets délétères. Pour autant, cette diminution ne fait pas l'objet de débats publics si ce n'est sous l'angle partiel des « déserts médicaux ». Ainsi des discours publics en appelant à des interventions accrues des médecins de premier recours, notamment pour mettre en œuvre le « virage ambulatoire », peuvent se déployer alors même que ceux-ci sont moins présents auprès de leurs patients. Inflexion cette évolution supposerait des révisions profondes en matière de démographie médicale, d'organisation et de rémunération des soins que ni les pouvoirs publics, ni la profession ne semblent actuellement disposés à entreprendre (résumé de l'auteur).

Chabrol, A. (2008). "Des pistes pour sauver la liberté d'installation." Bulletin De L'ordre Des Medecins(3): 8-12.

En octobre, un projet gouvernemental a mis le feu aux poudres : une disposition de la loi de financement de la Sécurité sociale prévoyait de limiter la liberté d'installation pour les médecins. Les internes se sont aussitôt mis en grève, suivis par l'ensemble des étudiants en médecine. La disposition a finalement été retirée et le calme est revenu... Mais le problème reste entier ! Car, personne ne le conteste, il y a actuellement en France de fortes inégalités territoriales en termes d'accès aux soins. Et si rien ne bouge, ces phénomènes ne peuvent que s'aggraver, à la fois en raison du départ en retraite d'un grand nombre de médecins (les générations de l'après-guerre) et de l'accroissement des demandes de soins (allongement de la durée de vie et progrès techniques, mais aussi, parfois, consumérisme et insuffisance d'éducation de la population). Les zones sous-médicalisées vont donc s'étendre et, dans les cantons ruraux isolés, on risque d'être confronté à une totale pénurie de médecins. Conscient de la gravité et de l'urgence du problème, le Conseil national de l'Ordre des médecins a décidé, dès juillet 2007, de consacrer deux séminaires à la liberté d'installation. Le premier a eu lieu en novembre : une table ronde a réuni tous les syndicats médicaux et étudiants, et s'est achevée sur une synthèse présentant l'ensemble des propositions qui ont recueilli un

consensus. Ce document a servi de base de discussion au second rendez-vous : le 27^{ème} Jeudi de l'Ordre, organisé le 31 janvier au siège du Conseil de l'Ordre, à Paris, en présence de représentants de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), de l'Académie de médecine, du Sénat et de la délégation interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des territoires (Diact). Ce dossier fait le point sur les principales dispositions

Chaudat, P. (2003). "Les médecins : la crise du système conventionnel." Revue Medicale De L'assurance Maladie **34**(3): 191-196.

Depuis quelques années, il fait nul doute que les houleuses négociations et l'échec de l'aboutissement d'un accord avec les médecins spécialistes pose aujourd'hui, plus que jamais, la question des relations entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats, et plus largement celle du système conventionnel. Pourquoi de telles difficultés ? Un certain nombre de réponses peuvent être principalement avancées : l'atteinte des principes fondateurs de la médecine libérale, un environnement déstabilisant et peu adapté ? La loi du 6 mars 2002 est venue améliorer ce système en apportant une nouvelle architecture aux rapports conventionnels qui s'articulent autour de trois types de contractualisation : un accord cadre interprofessionnel et des engagements collectifs et individuels. Force est de constater que ces réformes s'avèrent insuffisantes, imparfaites, incomplètes et n'ont pas grandement bouleversé ni amélioré le climat difficile des négociations conventionnelles (Résumé d'auteur).

Chevreur, K., Le Fur, P., Renaud, T., et al. (2006). Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville. Rapport Irdes ; 1648. Paris IRDES: 205, tabl.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une réflexion sur le développement d'un système d'information public permanent sur la médecine libérale en France. En effet, il n'existe actuellement aucun système public permettant de connaître les motifs de recours de la population aux médecins libéraux et de les lier avec les prescriptions. En l'absence de cette information, un volet entier des pratiques professionnelles échappe à l'évaluation, alors même que les différents acteurs du système de santé s'accordent pour dire toute l'importance qu'il y aurait à le faire. Dans cette étude, nous faisons le point sur les différents recueils informatisés existant en France début 2005, qu'ils proviennent de sources administratives, de sociétés privées ou de sociétés savantes. Nous recensons et décrivons également les différents systèmes mis en place à l'étranger et accessibles aux pouvoirs publics. Enfin, en fonction des niveaux d'informations souhaités, nous développons différentes propositions allant de la création d'un nouvel observatoire des pratiques médicales à l'utilisation de bases de données existantes.

Chretien, B., Lefevre, B., Castel-Tallet, M. A., et al. (2007). Les métiers de l'imagerie médicale en Champagne-Ardenne. Edition 2007. Chalons en Champagne Urcam: 15, tabl., carte, graph.

Cette étude a été réalisée par la Direction Régionale et Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Champagne Ardenne (DRDass), l'Observatoire Régionale de la Santé de Champagne Ardenne (ORS) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Champagne Ardenne (URCAM) pour le Comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Elle a pour objectif de dresser un état des lieux des métiers de l'imagerie médicale en Champagne-Ardenne en présentant : Les effectifs et la densité ; La pyramide des âges ; La formation ; L'offre de soins ; L'activité ; Les honoraires et la clientèle. des radiologues et des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Clapier, P., Piette, C. et Hammas, K. (2016). Enquête qualitative relative aux déterminants des choix d'installation des médecins anesthésistes bretons. Rennes ORSB: 51 +annexes.

Dans le cadre de la mise en place de la Commission Régionale Paritaire (CRP) et au regard d'une problématique aiguë de démographie médicale concernant les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) en région Bretagne, l'Agence Régionale de Santé de Bretagne a souhaité, dans la perspective

d'obtenir des éléments d'aide à la décision quant aux modalités de régulation de la profession qui pourraient être mises en place à l'avenir, améliorer sa connaissance sur 3 axes complémentaires : les motivations et critères des choix des modes et lieux d'exercice, les freins et les facteurs favorisant un mode d'exercice partagé entre plusieurs sites hospitaliers, les atouts en termes d'attractivité de la région Bretagne.

Cnam (2011). Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système, Paris : CNAMTS
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_medecins_en_secteur_2_-_vdef.pdf

L'Assurance Maladie a mené une étude soulignant le poids croissant du secteur 2 chez les médecins spécialistes et la progression continue des dépassements d'honoraires. Face à ce constat, une réforme structurelle du système apparaît nécessaire.

Cohen, J., Madelenat, P. et Levy-Toledano, R. (2000). Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? : état des lieux et perspectives en 2020, Paris : Editions Eska
http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co0.htm

Début 1999, tout laissait à penser que si aucune mesure n'était prise pour combler la carence prévisible du nombre de gynécologues, de profonds changements surviendraient dans la qualité des soins offerts aux femmes et dans les modalités de prise en charge de leur santé, très spécifique en France. C'est pour mesurer ces changements et anticiper les situations nouvelles d'ici 2020, que cet ouvrage a été réalisé, suite à la collaboration de divers experts du domaine. Depuis la mise en chantier de cet ouvrage, les pouvoirs publics ont mis en place au niveau du DES une filière de formation spécifique à la gynécologie obstétrique. En dépit de ces mesures, du fait de l'évolution des pathologies gynécologiques et du vieillissement de la population, l'avenir reste incertain. La capacité en soins gynécologiques sera-t-elle conservée et la qualité des soins dont bénéficient les femmes françaises sera-t-elle préservée ?

Cordier, A. (2013). Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 Recommandations du comité des « sages ». Paris Ministère chargé de la santé: 108.
http://www.astrid-online.it/Politiche-/Documenti/-Rapport-Cordier_sant- 21_06_13.pdf

Ce rapport rassemble les propositions du comité des sages mis en place en mars dernier pour préciser le contenu d'une stratégie nationale de santé. D'autres démarches et réflexions importantes ont eu lieu, telles que le Pacte de confiance pour l'hôpital, ou sont en cours, notamment sur la généralisation de la couverture de la complémentaire santé, qui doit faire l'objet d'un très prochain avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Le gouvernement travaille, sur la base des différentes analyses qu'il a sollicitées, à l'élaboration d'une feuille de route déclinant les principales orientations qu'il retient et les chantiers à lancer au plan opérationnel. Des débats et consultations s'ensuivront tant au niveau national qu'en région sur ces axes, certaines mesures pouvant être prises en compte dès le PLFSS (Projet de loi de financement de la sécurité sociale) déposé au Parlement en octobre.

Cour des Comptes (2014). Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Paris : Cour des Comptes: 241-266., tabl.
<https://docplayer.fr/5893811-Chapitre-viii-les-conventions-avec-les-professions-liberales-de-sante-repondre-aux-besoins-des-patients-mieux-assurer-l-efficacite.html>

La France a développé un modèle spécifique visant à concilier un exercice libéral des professions de santé avec un accès aux soins de ville généralisé, garanti par une sécurité sociale organisant la solidarité collective. Les conventions nationales passées depuis 1971 entre l'assurance maladie et les différentes catégories de professionnels libéraux en constituent un outil essentiel. L'enjeu financier en est significatif : en 2013, au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), le

sous-objectif des soins de ville s'est élevé en exécution à 79,4 Md€, soit 46 % du total. Les conventions élaborées par profession revêtent un caractère obligatoire une fois approuvées par arrêté ministériel, sauf refus d'adhésion par le praticien concerné. Plus de 99 % des professionnels de santé libéraux sont actuellement conventionnés. Le cadre de leur négociation a été profondément réformé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La Cour a examiné les politiques conventionnelles développées à la suite de cette réforme. Elle a centré son analyse sur cinq professions, qui représentent l'essentiel des dépenses de soins de ville: médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes. Elle a constaté que les résultats de ces politiques sont insuffisants, que ce soit en termes d'accès aux soins ou d'efficacité dans leur dispensation.. Le système conventionnel doit être réorienté, pour le recentrer sur les besoins des assurés sociaux et pour faciliter une réorganisation des soins de proximité en développant les approches interprofessionnelles.

Dang Hadoan, B., Levy, D., Teitelbaum, J., et al. (2008). "Médecins et pratiques médicale en France 1967 - 1977 - 2007. Le temps de travail." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **48**(4): 489-513.

[BDSP. Notice produite par OBRESA R0x7m8Ar. Diffusion soumise à autorisation]. En 2007, le médecin français travaille 47,9 heures par semaine, contre 37,9 heures dans l'ensemble de la population active et 42,1 heures pour la moyenne des cadres. La durée moyenne hebdomadaire de travail est plus longue chez les hommes (52,3 heures) que chez les femmes (42,4 heures), dans le cabinet libéral (50,6 heures) qu'au centre de santé (34,5 heures). Le personnel médical des CHU accomplit des semaines de 51,6 heures contre 46,7 dans les établissements non universitaires. On note que pendant la période 1977-2007, la durée de travail des médecins des CHU s'est élevée de 4%, alors que presque tous les autres modes d'exercice ont diminué la leur. La réduction la plus forte a été constatée dans les cabinets libéraux (56 heures en 1977 et 50,6 heures trente ans plus tard) et les centres de santé (respectivement 39,4 heures puis 34,5 heures). Comment s'est déroulée la RTT (réduction du temps de travail) selon l'âge et le sexe du médecin ? Durant ces 30 années, les jeunes praticiens ont diminué leur semaine de travail de 11% et le groupe des 40-54 ans a réduit la sienne de 12%. Quant au groupe des aînés, ceux âgés de plus de 54 ans, sa RTT n'a pas excédé les 4%, c'est-à-dire à un rythme trois fois moins rapide. Cette diversité de rythmes fait qu'aujourd'hui, ce sont les médecins âgés qui travaillent le plus longtemps chaque semaine (48,7 heures contre 46 heures pour les jeunes de moins de 40 ans). L'activité intense des aînés se retrouve surtout dans le secteur ambulatoire mais n'apparaît pas manifeste en milieu hospitalier. Durant la période 1977-2007, dans son ensemble, le corps médical français a réduit sa semaine de travail de 5 heures (de 52,9 heures à 47,9 heures). Cette réduction a été principalement une affaire d'homme. En effet, la semaine de travail masculine, de 55 heures en 1977, s'est abaissée à 52,3 heures trois décennies plus tard. Mais, pendant la période, les femmes n'ont pas réduit leur temps de travail. Bien au contraire, elles ont augmenté le leur : de 40,2 heures au début de période, ce temps s'est élevé à 42,4 heures trente ans plus tard. Or, durant la période, la proportion des femmes dans le corps professionnel a triplé, passant de 16% en 1977 à 44% aujourd'hui. Sans cette expansion, le corps médical aurait enregistré une RTT bien plus spectaculaire. Dans l'enquête de 2007, une question concerne la participation du corps médical aux divers systèmes de gardes organisées. D'après des réponses, on constate qu'aujourd'hui, la moitié des médecins libéraux prend part à ces systèmes (rassemblés sous le terme de Permanence des Soins). La proportion est d'un tiers en médecine générale mais s'élève jusqu'à 7 dixièmes dans les spécialités. Ceux qui participent à la PDS y consacrent en moyenne 42,5 heures par mois (plus de 58 heures pour les généralistes et 34 heures et demie parmi les spécialistes). En d'autres termes, la PDS occupe une durée équivalente à 14% du temps de travail des spécialistes mais le pourcentage s'élève jusqu'à 26% pour les généralistes. (Résumé d'auteur).

Dang Hadoan, B., Levy, D., Teitelbaum, J., et al. (2009). "L'évaluation et l'accréditation pour les spécialités à risque." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **49**(1): 67-73.

[BDSP. Notice produite par OBRESA 79mR0x8s. Diffusion soumise à autorisation]. Le problème de l'évaluation et de l'accréditation est abordé par l'enquête. Comme il concerne les spécialités à risque, l'analyse ne retient exceptionnellement que les réponses des spécialistes. Au début de 2008, environ

12% de ces derniers déclarent s'être déjà engagés dans un processus d'évaluation et 8% dans une démarche d'accréditation. Les pourcentages de leurs confrères prêts à entrer dans ces processus sont plus élevés : 34% pour l'évaluation et 26% pour l'accréditation. Au total, on peut dire qu'au printemps 2008, le tiers des spécialistes libéraux est favorable à l'accréditation et près de la moitié d'entre eux ne sont pas hostiles à l'évaluation. Il se dégage à ce propos une certaine tonalité de scepticisme. Le fait est probablement redevable à de nombreux facteurs : le manque de temps, la peur de la lourdeur administrative des procédures envisagées, le peu de crédibilité suscitée par celles-ci, et aussi le fait que les spécialités à risque ne recouvrent pas le travail quotidien de tous les praticiens. C'est au moins ce qui ressort des commentaires émis à ce sujet par les enquêtés eux-mêmes. (R.A.).

Devulder, F. (2017). "Convention médicale : les raisons de la colère." *Hepato Gastro & Oncologie Digestive*(24): 409-411.

Le 23 octobre 2016, le gouvernement publiait au Journal Officiel l'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 par 3 syndicats médicaux : MG France, la Fédération des Médecins de France et Le Bloc. Qu'en est-il et pourquoi la CSMF, syndicat réformiste, a-t-il pour la première fois de son histoire refusé de signer cette convention ? Telle est la problématique de cet article ?

DHOS (2002). Rapport du groupe de travail relatif aux recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale. Paris DHOS: 100, ann.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000470/index.shtml>

Le présent rapport constitue la synthèse des travaux de l'un des groupes de travail mis en place à la suite des protocoles d'accord des 13 et 14 mars 2000 relatif à l'offre en psychiatrie. L'objectif assigné à ce groupe de travail était de formuler des recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins psychiatrique publique et privée pour répondre aux besoins de la population dans le domaine de la santé mentale. La première partie est consacrée à un bilan de la situation actuelle : attentes des usagers, attentes des professionnels et analyse critique de l'offre de soins spécialisée en santé mentale. La deuxième partie émet des propositions d'amélioration : principes d'action, propositions d'actions prioritaires, mesures d'accompagnement et de mise en oeuvre des actions prioritaires.

Domin, J. P. (2008). "La réforme du médecin traitant : l'émergence d'une régulation par la demande." *Journal D'economie Medicale* 26(6-7): 303-315, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 8R0xsJtn. Diffusion soumise à autorisation]. Ce travail s'interroge sur la capacité de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie à favoriser réellement la diminution des dépenses de santé. En effet, si la réforme prend appui principalement sur une régulation par la demande de santé, notamment via un arsenal de mesures incitatives, elle néglige toute action sur l'offre. Or, en refusant toute évolution du mode de rémunération des praticiens, la loi génère implicitement des comportements dépensiers. La politique économique de la santé aboutit donc à un résultat opposé à celui qui est escompté. Ce paradoxe est lié aux fondements théoriques de cette politique qui, en privilégiant les incitations extrinsèques, détériore les motivations intrinsèques. Il s'agit d'un effet crowding out. (résumé d'auteur).

Dourgnon, P., Guillaume, S., Naiditch, M., et al. (2007). "Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(124): 1-4.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes124.pdf>

Le dispositif du médecin traitant constitue l'un des éléments centraux de la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004. Bien que non obligatoire, il est encouragé par des incitations financières à partir de janvier 2006. Si son objectif premier est de mieux réguler l'accès aux spécialistes, les promoteurs de la réforme en donnent aussi des justifications plus larges : maîtrise des dépenses de

ville, meilleure qualité de la prise en charge médicale, meilleure équité de traitement. L'enquête Santé et Protection Sociale menée en 2006 permet de dresser un premier bilan de l'impact de la réforme, au travers des opinions des assurés.

Ourgnon, P., Guillaume, S., Naiditch, M., et al. (2008). Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006., Paris : Irdes: 37-41.

L'enquête ESPS a notamment pour vocation l'analyse des évolutions du système de santé à travers la description de ses usagers, les assurés, et leur état de santé, couverture santé, accès aux services de soins et expérience dans le système de santé. Sa fréquence bisannuelle permet d'intégrer des questionnements sur les réformes en cours ou en préparation. Ainsi l'enquête 2006 a-t-elle servi de base à l'évaluation de la réforme du parcours de soins coordonnés et du médecin traitant mis en œuvre la même année. Côté usagers, l'évaluation de la réforme peut se décliner en deux étapes. Une première étape en décrit l'implémentation (montée en charge, compréhension, adhésion) et l'impact ressenti à travers l'expérience des assurés, à partir de données déclaratives. Une seconde étape en évalue l'impact sur le recours aux services de santé, et plus particulièrement l'accès au spécialiste, à partir des données d'enquête couplées aux données d'assurance maladie. C'est la première étape qui est présentée dans ce chapitre, qui a fait l'objet d'une publication spécifique dès la mi 2007 (Cf. DOURGNON P., Guillaume S., Naiditch M., Ordonneau C. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme, Questions d'économie de la santé IRDES n° 124, 2007).

Dumontet, M., Buchmueller, T., Ourgnon, P., et al. (2017). "Gatekeeping and the utilization of physician services in France : evidence on the Médecin traitant reform." Health Policy **121**(6): 675-682.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101730115X>

In 2005, France implemented a gatekeeping reform designed to improve care coordination and to reduce utilization of specialists' services. Under this policy, patients designate a médecin traitant, typically a general practitioner, who will be their first point of contact during an episode of care and who will provide referrals to specialists. A key element of the policy is that patients who self-refer to a specialist face higher cost sharing than if they received a referral from their médecin traitant. We consider the effect of this policy on the utilization of physician services. Our analysis of administrative claims data spanning the years 2000–2008 indicates that visits to specialists, which were increasing in the years prior to the implementation of the reform, fell after the policy was in place. Additional evidence from the administrative claims as well as survey data suggest that this decline arose from a reduction in self-referrals, which is consistent with the objectives of the policy. Visits fell significantly both for specialties targeted by the policy and specialties for which self-referrals are still allowed for certain treatments. This apparent spillover effect may suggest that, at least initially, patients did not understand the subtleties of the policy.

Ferley, J. P., Hedreville, L., Da Silva, E., et al. (2002). Prise en charge des consultations pédiatriques non programmées dans l'agglomération lyonnaise : Enquête en médecine libérale et dans les structures d'hospitalisation publiques et privées. Grenoble CAREPS: 92, tabl., fig.

Le projet de constitution du réseau ville hôpital Courlygones pour la prise en charge des urgences pédiatriques dans l'agglomération lyonnaise répond au constat (non spécifique à Lyon) d'une augmentation de la demande, couplée à certains dysfonctionnements dans la prise en charge se manifestant par un recours de plus en plus fréquent aux soins non programmés, un engorgement des services d'accueil des urgences et un certain désengagement de la médecine libérale en matière de garde. A partir de ce constat, les pédiatres de l'Association pour la Journée de l'Urgence Pédiatrique (JUP) ont initié le projet Courlygones, en partenariat avec les Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Les promoteurs de ce projet ont souhaité étayer leur réflexion par une enquête transversale "un jour donné" dont la réalisation a été confiée au CAREPS. Cette enquête a reposé sur un relevé des consultations non programmées (CNP), c'est-à-dire non prévues au moins 24 heures à l'avance pour des enfants de moins de 18 ans dans l'ensemble des

filières de soins de l'agglomération lyonnaise : généralistes et pédiatres libéraux (activité normale et gardes), sites d'accueil des urgences des HCL, cliniques privées.

Gautier, S. et Bourgueil, Y. (2019). "How to engage French professionals to undertake social responsibility at a local level?" *Eur J Public Health* **29**(Supplement_4).

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.361>

In France, primary care is organised according to the principles of private practice: independent providers, payment by fee for service, freedom of settlement... Successive reforms have introduced more regulation i.e. gatekeeping role for GPs, better recognition of professional groups, new forms of payment and promotion of team work and multi-professional practices. Today, the concept of Health Territorial and Professional Communities (HTPC) is becoming a key element of health care reform encouraging primary care professionals to meet with specialists and social workers at a larger level than practice. HTPC should address issues such as access to services, coordination of care and promoting of preventive actions toward populations. This implies change in the roles, skills, methods and resources needed on both professional and regulatory sides. This study explores levers of the professional commitment in the HTPC and resources necessary for it. We conducted a qualitative multiple case study in three French regions. Data was collected from thirty semi-structured interviews with key national informants, regional regulators and health professionals themselves. Professional commitment emerges at a local level on a territory defined by the collaboration practices and habits following a bottom-up process. The integration of care relies on the size of the HTPC which allows them to know each other and to work together to improve access to care and patient's disease management. In order to achieve that, professionals claim to have access to administrative health data and to be able to analyze it. They need to develop new skills in management and group animation. The function and training of coordination professionals appear to be essential. The professional commitment in HTPC relies on professional empowerment toward collective activities. This requires autonomy, skills and new roles both for professionals and regulatory authorities. French government relies on professionals' investment at the territorial level by implementing HTPC to guarantee access to care and respond to population needs in primary care. HTPC implementation implies radical change for the professionals to undertake social and populational responsibility for which public health professionals should help to meet the challenge.

Ginon, A. S. (2009). "Le jeu du conventionnement : effets paradoxaux et difficultés juridiques." *Journal D'economie Medicale* **27**(4): 211-221, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 8IDqR0xE. Diffusion soumise à autorisation]. Le législateur tente aujourd'hui d'utiliser les conventions nationales, conclues entre les syndicats représentatifs des professionnels de santé et l'UNCAM, pour organiser l'offre de soins sur le territoire français. Des mécanismes incitatifs pour influencer les décisions d'installation des professionnels de santé faisant le choix d'un exercice conventionné à titre libéral ont ainsi été créés. Des débats ont également lieu sur la possibilité de mettre en place des mesures plus coercitives pour lier accès au conventionnement et lieux d'installation des professionnels. A l'examen, il apparaît pourtant que ces projets ne vont pas de soi : les mesures incitatives font produire à la convention un effet paradoxal engendrant de nouvelles dépenses pour l'assurance maladie alors que jusque là les conventions étaient utilisées pour mettre en oeuvre des politiques de maîtrise des dépenses de santé. Quant aux mesures coercitives, elles font douter de la pertinence même de l'utilisation de l'outil conventionnel pour restreindre une liberté fondamentale, au sens de l'article de la Constitution, à savoir la liberté de conventionnement dont dispose l'ensemble des professionnels de santé exerçant à titre libéral. (résumé d'auteur).

Gouyon, M. (2009). "Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale." *Etudes Et Resultats (Drees)*(704): 8, tabl., graph.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er704.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xkr97p. Diffusion soumise à autorisation]. La présente étude dresse un tableau des consultations en cabinet auprès de neuf spécialités, en examinant tant la nature

et le caractère urgent ou non du recours que son contenu, les prescriptions qui en découlent et sa durée. Les consultations durent en moyenne 16 minutes chez un ophtalmologiste (comme chez un médecin généraliste), 29 minutes chez un cardiologue et 32 minutes chez un psychiatre. Enfin, à l'exception des pédiatres (34%) et des ORL (15%), moins de 10% des consultations auprès des spécialistes libéraux étudiés relèvent d'une urgence.

Gouyon, M. (2009). "Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements et opinions." *Dossiers Solidarité Et Santé (Drees)*(11): 19, tabl., fig.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200911.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xD7s87. Diffusion soumise à autorisation]. Le parcours de soins coordonnés a été mis en place en août 2004 par la loi réformant l'Assurance maladie. Ce résultat d'enquête, réalisée fin 2007 sur le recours au spécialiste en médecine de ville, montre que pour une grande majorité des patients, les recours en cardiologie et gastro-entérologie font suite à une recommandation (70%) ; suivent les consultations en rhumatologie et en ORL (60%) puis en dermatologie (40%). Dans l'ensemble, 80% des patients consultent leur médecin traitant avant un spécialiste même si 40% ne jugent pas cela utile. Depuis la mise en place de ce dispositif, les praticiens des spécialités dont l'accès est devenu indirect estiment que leurs pratiques ont été rendues plus difficiles.

Gouyon, M. (2010). "L'enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville en 2007." *Serie Sources Et Methodes - Document De Travail - Drees*(10): 177, tabl., ann.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method10.pdf>

L'enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville, réalisée par la DREES fin 2007, vise à améliorer la connaissance des pratiques des spécialistes libéraux, en recueillant des informations sur le contenu et le contexte des consultations. Réalisée en deux phases, auprès des médecins et des patients, elle permet également de décrire les trajectoires du patient et la manière dont il recourt au médecin spécialiste. L'enquête apporte ainsi un éclairage sur le parcours de soins coordonnés, près de deux ans après sa mise en place dans le cadre de la loi de 2004 réformant l'assurance maladie. En s'intéressant à une population rarement interrogée à une telle échelle, elle met en lumière des sujets jusqu'ici peu documentés, notamment par les sources administratives, tels que la durée des consultations, la nature de la demande, en particulier son caractère urgent ou non, jusqu'aux suites envisagées par le médecin. Cette enquête complète les précédentes enquêtes de la DREES sur les pratiques médicales à l'hôpital (Enquête auprès des usagers des unités d'accueil des urgences des établissements de santé, 2002) et en médecine de ville (Enquête sur les pratiques des généralistes, 2002 ; Enquête sur les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville, 2004). Le présent document décrit le dispositif d'enquête : ses objectifs, son architecture, la concertation qui a permis l'élaboration des différents questionnaires et les procédures de redressement qui ont été mises en oeuvre.

Grass, E. (2015). "Les chemins escarpés de la négociation conventionnelle 2016." *Seve : Les Tribunes De La Santé*(48): 49-56.
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-3.htm>

Dans son sens premier, négociier signifie « faire du commerce » (du latin *negotiari*). Le mot s'est enrichi avec le temps d'origines anglo-saxonnes. Il signifie également « venir à bout d'un obstacle ». La négociation de la convention médicale illustre ces deux sémantiques. On négocie la convention médicale comme on troque un tapis. On la négocie aussi comme on franchit un virage difficile. Négocier suppose un partenaire, un calendrier, la volonté réciproque de parvenir à un accord et souvent une mise en scène qui permet de justifier que chacun s'éloigne peu à peu des positions qu'il avait initialement dessinées. Tout cela fait encore défaut alors que la négociation devrait s'ouvrir. (résumé de l'éditeur)

Hubert, E. (2010). Rapport de la Mission de concertation sur la médecine de proximité. Paris La documentation française: 186.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000622/index.shtml>

Mme Elisabeth Hubert, ancien ministre, a été chargée par le Président de la République d'une mission portant sur la médecine de proximité, autour de trois objectifs : relancer le dialogue avec les médecins libéraux, permettre un très large échange avec les professionnels concernés et apporter des réponses aux évolutions structurelles que connaît la médecine ambulatoire depuis de nombreuses années. Sur la base de nombreuses rencontres et de déplacements sur le terrain, l'auteur présente un état des lieux des conditions d'exercice de la médecine de proximité, et propose un ensemble de mesures : simplification des conditions d'exercice, modernisation des systèmes d'information, appui à l'exercice regroupé des professionnels, valorisation de la formation initiale de médecine générale, aide à l'installation dans les zones sous-médicalisées.

Jeannet, A. et Vienne, P. (2004). Etude des actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en libéral. Rapport IGAS ; 2004 044. Paris IGAS: 78 + annexes, tabl.

Ce rapport identifie l'ensemble des obstacles et des freins au développement effectif des modes d'exercice plus collectifs de la médecine libérale, tenant à la réglementation actuelle et aux conditions économiques d'exercice, et propose des mesures concrètes pour y parvenir.

Krys (2013). La santé oculaire des Français : deuxième enquête de l'Observatoire de la vue. Paris Krys: 66 , tabl., graph., fig.

http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/rapport_ipsos-krys_-_la_sante_oculaire_des_francais_-_septembre_2013_0.pdf

A la demande du groupe d'opticiens Krys, Ipsos a réalisé une deuxième enquête pour sonder la santé oculaire des Français. Selon cette étude, un tiers de Français auraient espacé leurs visites chez le spécialiste, tandis que 66 % retarderaient de plus en plus le moment de changer de lunettes. Le marathon pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue et le coût jugé élevé des lunettes conduit à cette situation préjudiciable pour la vue des Français. Alarmistes, les ophtalmologues Français interrogés estiment aussi qu'environ 12 % des patients courent ainsi le risque de s'exposer à "des pathologies graves" en raison d'un suivi insuffisant de leur santé oculaire. Pire, la majorité d'entre eux (58 %) considère que la qualité du suivi oculaire des Français va se détériorer dans les années à venir. Comme en Allemagne et en Grande-Bretagne, l'ophtalmologue est le professionnel de santé le moins fréquemment consulté en France : seulement 29 % des personnes interrogées déclarent voir ce spécialiste une fois par an, tandis que 60 % voient au moins un dentiste et 89 % un médecin généraliste. Les Français renouvellent leurs verres de vue tous les 3,2 ans, contre 2,5 ans en Grande-Bretagne, et sont de plus en plus nombreux à se renseigner pour savoir quelle sera la prise en charge avant d'acheter leurs lunettes (65 % des sondés). Le déremboursement par l'Assurance maladie des lunettes de vue est massivement rejeté par l'opinion (91 % des Français). Pour eux, même si les niveaux de remboursement sont faibles, les équipements de vue sont un sujet de santé publique majeur dont la Sécurité sociale ne peut se désengager. Le prix des lunettes en France est en moyenne 50 % plus cher qu'en Allemagne ou d'autres pays d'Europe, et pourtant la France est le pays où les magasins d'optique sont les plus nombreux. Pourquoi cette offre abondante n'a-t-elle pas favorisé la concurrence ? [Car] pour amortir le coût de l'ouverture de tous ces magasins, les enseignes augmentent leurs prix. Comment remédier à cette situation ? La solution passe aujourd'hui par le conventionnement pour permettre aux Français en difficulté de s'acheter une paire de lunettes de qualité au juste prix. Si dans le principe, les réseaux de soins sont admis par les Français porteurs de lunettes à 59 %, seuls 14 % les ont achetées chez un opticien agréé par leur mutuelle.

Lancry, P. J. (2007). Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. Bagnolet, CCMSA: 100p.

Ce rapport commandé par le ministre de la santé Xavier Bertrand à Pierre-Jean LANCERY, directeur de la santé à la MSA, analyse les conséquences de la réforme des études médicales sur la médecine générale. Le rapport aborde tout particulièrement les questions suivantes : Tous les médecins en activité peuvent-ils bénéficier de la qualification de spécialistes ? Quelle tarification doit-on appliquer aux actes des "nouveaux" médecins généralistes ?

Le Fur, P. et Yilmaz, E. (2008). "Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie. Enquêtes Santé Protection sociale 2004 et 2006." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(134): 8 , tabl., graph.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes134.pdf>

Cette étude propose une analyse de la répartition des modes d'accès aux spécialistes en 2006 (accès direct, conseil du médecin traitant ou autre?) et de leurs évolutions entre 2004 et 2006. Elle fait suite à celle réalisée en 2004 avant la mise en place de la réforme du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés (Le Fur et al., 2006). Les données utilisées proviennent des enquêtes ESPS 2004 et 2006 au cours desquelles il est demandé un descriptif de la dernière consultation de spécialiste réalisée au cours des douze derniers mois. L'étude analyse uniquement la structure des modes d'accès des patients ayant consulté un spécialiste ; elle ne traite donc ni des non-recours, ni du niveau d'activité des spécialistes dont on sait par ailleurs qu'il a diminué pour certaines spécialités, notamment cliniques, après la mise en place de la réforme.

Lefebvre, A., Woronoff, A.-S., Gagey, S., et al. (2008). "Lieu d'installation des médecins spécialistes : enquête auprès de 3 générations de jeunes diplômés de l'Université de Franche-Comté." Sante Publique **20**(2): 141-151.
<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-2-page-141.htm>

[BDSP. Notice produite par EHESP BtR0xIsF. Diffusion soumise à autorisation]. Les problèmes de démographie médicale en France, dont souffre particulièrement la Franche-Comté, notamment en ce qui concerne les spécialistes, ont conduit la DRASS et la faculté de médecine et de pharmacie de Franche-Comté à solliciter l'ORS pour mener une étude dont l'objectif était de quantifier les départs des spécialistes formés en Franche-Comté hors de la région et d'en analyser les motifs. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de fuites importantes des jeunes diplômés, puisque 59% des spécialistes formés en Franche-Comté y exercent 2 ans après. Qu'ils aient ou non quitté la région, les principales motivations du choix du lieu d'exercice sont liées à la région d'origine et aux opportunités de débouché.

Legmann, M. (2008). "Des pistes pour sauver la liberté d'installation." Bulletin De L'ordre Des Medecins(4): 8-12.

Lievaut, J. (2012). "Les logiques comportementales des médecins. Une approche statistique à partir de leurs pratiques tarifaires." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **30**(3): 175-190.

[BDSP. Notice produite par ORSRA IrR0x7FA. Diffusion soumise à autorisation]. Nous apportons des éléments de compréhension du comportement économique du médecin en nous appuyant sur ses pratiques tarifaires volontaires (les actes avec dépassement (tarif nul). Ces dernières sont un moyen d'accéder aux motivations du médecin et d'appréhender la façon dont le professionnel de santé conçoit l'activité médicale légitime. Une étude à l'aide de données longitudinales (7896 omnipraticiens libéraux observés durant le période de 1980 à 2000) permet de contrôler le changement de cette conception au fil des années. Le résultat principal met en avant la déformation des comportements médicaux en faveur d'une logique de marchandisation au détriment d'une logique de "care".

ONDPS (2009). Rapport 2008-2009 de l'ONDPS. Tome 1 : Les métiers du diagnostic biologique du cancer : anatomie et cytologie pathologiques, biologie médicale, génétique. Paris ONDPS: 85 , tabl., carte, graph.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Ce rapport consacré aux métiers du diagnostic biologique du cancer constitue le premier tome du rapport annuel de l'ONDPS. Issu d'un travail mené en partenariat avec l'Inca, il rassemble des analyses portant sur l'activité diagnostique à laquelle participent de façon spécifique et complémentaire les spécialistes de l'anatomie-cytopathologie, de la biologie médicale et de la génétique. La part de l'activité que les professionnels de ces différents métiers y consacrent est variable. Les connaissances scientifiques, les évolutions techniques et réglementaires, les impératifs économiques devraient à terme contribuer à modifier l'architecture des organisations et à faire évoluer les compétences. Dans ce contexte, l'état des lieux démographique des professionnels en activité et en formation constitue un repère important pour envisager l'avenir et identifier les inflexions qui seront nécessaires en matière de gestion des ressources humaines pour parvenir à des prises en charge des patients à la fois équitables et efficaces (résumé d'auteur).

ONDPS (2015). Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens. 2 volumes. Paris ONDPS: 2 vol. (101; 145), fig., tabl., cartes.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

En France, le système de santé est fondé historiquement sur une gestion différenciée de l'offre de soins : planificatrice et étatisée dans le secteur des établissements de santé (par exemple carte sanitaire et autorisation de lits et d'équipements lourds après 1970, SROS après 1991, etc.), de tradition libérale et conventionnelle dans le secteur de ville. Ainsi, l'essentiel de la régulation de la médecine de ville est réalisée, en amont de l'installation, par le biais des dispositifs qui s'appliquent aux flux d'étudiants (places ouvertes au *numerus clausus* par UFR à l'issue du concours de fin de première année - PACES - et épreuves classantes nationales - ECN - qui déterminent pour tous les étudiants ayant validé leur second cycle d'études, les postes d'internat ouverts par spécialité et UFR). Les dispositifs qui tendent à organiser l'offre de ville sont beaucoup plus récents et conservent le statut de correctifs incitatifs : il s'agit en particulier de la loi HPST de juillet 2009 qui impose aux nouvelles ARS de définir le maillage pertinent de leur région (les territoires de santé) et d'y organiser les soins de premier recours en ville ou encore le Pacte Santé Territoire de décembre 2012 qui crée les praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). Cette situation a conduit l'Observatoire national de la démographie des professions de santé à s'interroger sur les dispositifs qui, dans quelques pays européens proches, sont destinés à orienter l'installation des médecins en ville. L'étude est complétée, dans un second volume, par des monographies par pays : Allemagne, Belgique, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni (résumé de l'éditeur)

Orsini, A. (2017). Difficultés de rendez-vous et modalités d'échanges avec les médecins spécialistes de second recours : opinions et pratiques des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel en médecine générale - 2014-2016 - Pays de la Loire; 16. Nantes ORS Pays de la Loire: 8, fig., tabl.

http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2017_16_second_recours_panel3mgpdl.pdf

Interrogés début 2017 dans le cadre du Panel des médecins généralistes libéraux, plus des deux tiers des praticiens ligériens disent avoir toujours ou souvent des difficultés pour obtenir rapidement un rendez-vous auprès de leurs confrères libéraux rhumatologues, psychiatres, ophtalmologues et neurologues. Des difficultés sont plus fréquemment déclarées qu'en 2012 pour les rhumatologues, neurologues et gastroentérologues. Ces spécialités ont toutes connu un recul de leur densité en Pays de la Loire entre 2012 et 2017, mais de nombreux autres facteurs sont susceptibles de contribuer à l'augmentation de ces difficultés. Pour résoudre ce problème, 70 % des généralistes souhaiteraient la mise en place d'un numéro de téléphone qui leur serait réservé, 38 % seraient en faveur de plages de rendez-vous dédiées, et 21 % d'un site internet de rendez-vous réservé aux généralistes. Des organisations de ce type leur sembleraient particulièrement profitables pour leur articulation avec les rhumatologues, les cardiologues et les ophtalmologues. Par ailleurs, les courriers donnés aux patients restent le moyen de communication écrit le plus utilisé par les médecins généralistes pour transmettre des informations aux médecins spécialistes libéraux de second recours : plus de 90 % des praticiens déclarent y avoir toujours ou souvent recours.

Pouvoirville, G. d. (2004). La prise en charge des problèmes visuels en France : aspects démographiques, médicaux, paramédicaux, juridiques et économiques : perspectives et solutions à l'horizon 2020. Paris SNOF: 97 , tabl., graph.

Ce rapport du Syndicat National des Ophtalmologistes de France est une étude critique du rapport " Démographie en ophtalmologie : 2000-2002 " réalisé par G. de Pourville (Cregas) et G. Chaine (Service d'ophtalmologie de l'hôpital Avicennes), remis au Conseil Scientifique de la Cnamts, le 24 septembre 2003. Bien que ce rapport apporte des informations intéressantes sur l'activité des ophtalmologistes et confirme quelques données sur la démographie mises en évidence depuis plus d'un an, il est apparu inégal au SNOF, qui en fait une évaluation chapitre par chapitre. Ce rapport est aussi l'occasion de faire le point sur la situation actuelle de la prise en charge des besoins et problèmes visuels en France et d'exposer les solutions envisageables pour une prise en charge optimale en ophtalmologie, en conservant la qualité de soins actuelle (voire en l'améliorant), à l'horizon 2020.

Pretot, X. (2010). "Médecins généralistes et médecins spécialistes : la distinction au regard de l'assurance-maladie." Droit Social(6): 676-681.

Plusieurs praticiens de la Drôme, ayant obtenu à la suite de la réforme des études médicales (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002), soit un diplôme d'études spécialisées en médecine libérale, soit la validation de leurs acquis professionnels à ce titre, en ont déduit qu'ils pouvaient revendiquer la qualification de médecins spécialistes, au sens des dispositions qui régissent la tarification et la prise en charge des soins. La Caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme a refusé cette demande. Cet article revient donc sur cette décision citant les références de jurisprudence et de doctrine.

Stael, P. (2007). "La psychiatrie libérale dans l'offre de soins en France." Lettre De Psychiatrie Française (La)(165): 6-8.

Cet article fait le point sur la psychiatrie libérale dans l'offre de soins en France : originalité et place de la psychiatrie libérale française, situation financière des psychiatres et propositions du syndicat des psychiatres français pour améliorer l'offre de soins et la rémunération des psychiatres.

URML (2001). Audit des médecins libéraux de la région PACA : mode de vie et d'organisation professionnelle des médecins libéraux en région PACA. Marseille URML: 185 , tabl., graph., ann.

L'Union régionale des médecins libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur a initié différentes enquêtes afin de dresser un état des lieux précis du corps médical régional. Ce rapport est le résultat d'un audit portant sur le mode de vie et d'organisation professionnelle des médecins libéraux en région PACA. Il donne une vision de la situation médicale de cette région et exprime la diversité et les conditions d'exercice professionnel de la médecine libérale régionale. Elle permet également de prévoir et d'anticiper les grandes tendances, les caractéristiques, voire les risques de pénurie qui vont marquer l'évolution prochaine de la profession.

Varroud-Vial, M., Bourgueil, Y., Rivet, E., et al. (2019). "Soins de proximité : vers un exercice d'équipe." Actualité Et Dossier En Santé Publique(107): 9-47.

Garantir l'accès aux soins, c'est permettre aux habitants d'un territoire, quel qu'il soit, de bénéficier de services pertinents et de qualité. Chacun doit pouvoir avoir un médecin traitant, avoir accès à une consultation spécialisée dans des délais appropriés ; bénéficier d'un suivi et d'une orientation en cas de pathologie chronique. Un réel trait d'union entre médecine de ville et établissements de santé renforcera la qualité et l'efficacité de la prise en charge en proximité. Ce dossier présente les organisations mises en place pour favoriser le travail d'équipe.

Vignally, P., Gentile, S., Bongiovanni, I., et al. (2007). "Évaluation des pratiques professionnelles du médecin : historique de la démarche en France." Santé Publique 19(1): 81-86.

[BDSP. Notice produite par ENSP 2R0x5F86. Diffusion soumise à autorisation]. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est au centre des nouvelles orientations des politiques de santé en France. Cette évaluation fait partie intégrante des démarches visant à augmenter l'efficacité et la qualité du système de santé en responsabilisant les différents acteurs. Son objectif est d'entraîner le médecin à réfléchir sur ses pratiques, notamment en l'incitant à entrer dans une démarche continue d'amélioration. Contrairement aux précédentes démarches sur le sujet, l'EPP est généralisée à l'ensemble du corps médical (obligation légale). Ses modalités sont fixées par décret mais ce texte laisse un libre choix quant à la méthode employée. Le but est d'accompagner le médecin dans l'amélioration de sa pratique par le biais d'une évaluation ponctuelle (quinquennale) et d'une démarche continue.

Coopération professionnelle : les expérimentations en cours

Berland, Y. (2003). Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Paris MSSPS: 57.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000619/0000.pdf>

Le premier rapport du Pr. Yvon Berland, portant sur la démographie médicale, a été rendu en décembre dernier. Rendu public le 17 octobre, ce deuxième rapport est un rapport d'étape sur " les transferts des tâches et des compétences, notamment en vue d'une coopération accrue entre les professionnels de santé " que le Pr. Berland a présenté au ministre de la santé. Il s'agit, dans la perspective d'un risque de pénurie de médecins généralistes et surtout spécialistes, de mieux définir ce qui relève à proprement parler du rôle du médecin et ce qui, dans ses activités, pourrait être réalisé par un autre professionnel, médical ou paramédical. Le rapport intermédiaire comporte une analyse des nombreux transferts et délégations d'actes et de compétences existant déjà dans plusieurs pays, notamment anglo-saxons. Il fait également état de plusieurs expériences françaises au cours des dernières années. Il enregistre la volonté de plusieurs acteurs médicaux et paramédicaux d'organiser les conditions dans lesquelles de nouveaux transferts de compétences pourraient se produire à l'avenir. A cette fin, plusieurs équipes soignantes conduiront au cours des prochains mois des expérimentations de transferts de tâches et de compétences. Ces expérimentations feront l'objet d'évaluations rigoureuses, qui constitueront le rapport final de la mission. De la teneur de ces évaluations dépendra ensuite l'importance des transferts, qui pourront être institués en accord avec l'ensemble des partenaires professionnels et des responsables de formation. Ces transferts de compétences, associés à la hausse régulière du numerus clausus des professions de santé et aux différentes mesures visant à une meilleure répartition des professions de santé sur le territoire, compléteront la politique de régulation de l'offre de soins mise en œuvre par le Gouvernement, indique le ministère de la Santé.

Blanchard, P., Eslous, L., Yeni, I., et al. (2014). Evaluation de la coordination d'appui aux soins. Rapport IGAS : 2014-010R. Paris IGAS: 123.

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf

A la demande de la ministre en charge de la santé, l'IGAS a été chargée de « procéder à un inventaire et à une analyse de l'ensemble des coordinations d'appui aujourd'hui déployées ». Cette mission a été envisagée dans le cadre de la Stratégie nationale de santé (SNS). Après un diagnostic de la situation, le rapport propose une nouvelle organisation de la coordination d'appui aux soins, reposant sur l'initiative des médecins. La coordination d'appui aux soins proposée est ainsi destinée à éviter toute rupture dans la prise en charge globale des patients grâce à la mobilisation de l'ensemble des professionnels qui peuvent y concourir. Concrètement, la mission propose que ce soit le médecin de premier recours, et lui seul, qui puisse la déclencher en concertation avec le patient. Le médecin de premier recours pourrait ainsi choisir de recourir à différentes modalités en fonction de sa pratique et de ses habitudes.

Bloch, M. A., Henaut, L. et Havis, D. p. (2014). Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris : Dunod

L'accroissement du nombre de personnes âgées, handicapées ou atteintes de maladies chroniques, rend nécessaire le développement et la diversification des soins et des services, mais demande aussi une meilleure coordination des interventions. Pour lutter contre les différents cloisonnements du système de santé et d'aide, les pouvoirs publics, les professionnels et les associations de familles et d'usagers sont engagés dans un processus permanent d'innovation et de coopération à l'origine de la dynamique de l'ensemble du monde sanitaire, social et médico-social. Cet ouvrage retrace l'histoire de la structuration de la coordination en France dans plusieurs domaines d'intervention (gérontologie, santé mentale, handicap, cancer, maladies rares, accident cérébral), ainsi que l'apparition récente de la notion de parcours dans l'espace public. Il propose une analyse critique des politiques conduites en matière de coordination, et tente d'expliquer la persistance des dysfonctionnements observés. À partir d'enquêtes réalisées sur plusieurs territoires, les facteurs de succès pour la mise en place de dispositifs de coordination pérennes sont ensuite mis en évidence. L'innovation se révèle être le produit des interactions entre initiatives locales et directives nationales. Enfin, l'ouvrage propose une typologie des nouveaux professionnels de la coordination (gestionnaires de cas, pilotes, référents, médecins coordonnateurs, chargés de mission...) et souligne notamment le rôle clé joué par les cadres intermédiaires des organisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

Bohic, N., Josselin, A., Sandeau-Bruber, A. C., et al. (2021). Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. 2 tomes. Paris Igas: 2 vol. (165 +155).

<https://igas.gouv.fr/spip.php?article842>

Dans un contexte de revendication croissante d'autonomie des professionnels paramédicaux et d'inquiétude de la population sur l'accès aux soins, le ministre des solidarités et de la santé a confié à l'Igas une mission d'évaluation des dispositions visant à reconnaître et développer les compétences des professionnels non-médicaux pour les mettre en capacité d'intervenir dans des champs en principe réservés aux médecins. La mission a principalement analysé les « protocoles de coopération », l'exercice des infirmiers en « pratique avancée » et son extension possible aux infirmiers spécialisés, notamment aux infirmiers anesthésistes (IADE). Elle a en outre étudié, en lien avec les ordres des médecins et des infirmiers, l'opportunité de créer une profession de santé « intermédiaire ».

Douguet, F. et Vilbrod, A. (2021). La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension. Paris ONDPS: 222.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf

En 2017, l'ONDPS a reçu la mission, de la part de la ministre de la santé Agnès Buzyn, de lancer une étude sur la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des femmes. L'une des particularités de cette prise en charge tient à la pluralité des acteurs : sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues médicaux et obstétriciens. Les compétences de chacun sont pour partie bien différentes mais aussi pour partie communes et qui, de ce fait, se superposent. L'intensité des tensions entre professionnels soulève la question des formes de coopérations possibles. C'est dans cet objectif que l'ONDPS a confié au Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (LABERS), une étude sur les relations entre ces différents professionnels, à partir des enseignements de l'histoire et de l'analyse sociologique. Ce rapport présente le résultat de leur étude et vise à mieux appréhender les pratiques de coopération, de délégation, les habitudes de travail mais aussi les résistances à cette coopération.

Galam, E. (2016). "Travailler en équipe : des aspirations légitimes, des contraintes et des conflits bien réels." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques 12(5): 196-198.

La prise en compte de l'importance du travail d'équipe est finalement assez récente tant la culture médicale est influencée par le paradigme un peu mythique du « colloque singulier ». Ce référentiel est désormais largement mis en cause ne serait-ce que par la non moins paradigmatique exigence de

qualité et d'économie des soins. Si l'on ajoute à cela la recherche de l'harmonie et la croyance incantatoire que « tout le monde il est beau... », on ne voit pas trop comment.

Gayraud, P. et Harzo, C. (2008). Médecine ambulatoire, médecine hospitalière, quels liens construire ? Approche concertée sur 3 territoires rhônalpins. Lyon URML: 31.

Ce travail fait un focus sur trois territoires rhônalpins aux caractéristiques différentes en termes d'offre de soins dans l'objectif de comprendre la situation avec les acteurs concernés et d'imaginer avec eux des solutions concrètes. En faisant se rencontrer sur chaque territoire un petit échantillon de médecins hospitaliers et de médecins ambulatoires et en explorant concrètement avec eux leurs satisfactions et insatisfactions concernant les collaborations ville-hôpital et les solutions pour les améliorer, l'objectif était également de permettre des échanges et d'amorcer une dynamique de progrès sur ces territoires. Cette enquête a permis de constater une forte attente des deux pôles de santé pour des échanges et un renforcement de la communication. La médecine libérale déplore l'inadaptation des sites Internet des hôpitaux et demande la simplification des échanges par une messagerie sécurisée. Les malaises, pour les trois bassins, sont cristallisés sur l'accès à l'hôpital quasi obligatoirement par le service des urgences. Cette pratique a distendu les liens traditionnels entre médecin traitant et médecin hospitalier.

Hardy-Bayle, M. C. (2011). Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres médecins généralistes : Améliorer les échanges d'informations. Quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre doit lui transmettre après un premier adressage d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique (lorsque les professionnels ne travaillent pas dans un dispositif dédié à la coopération médecin généraliste/ psychiatre). Pacé CNQSP: 53.

Depuis plus de 20 ans, les données se multiplient pour montrer, d'une part l'indigence de la coopération entre MG et Psy, d'autre part les effets délétères de l'insuffisance de liens entre ces professionnels. La littérature internationale, depuis les 20 dernières années, a largement renseigné cette question de la coopération médecin généralistes psychiatres, reprenant la plupart des freins supposés à son établissement pour en évaluer la portée réelle dans des schémas de questionnement de type plus ou moins expérimentaux. Cette recommandation de bonne pratique vise à favoriser l'échange entre médecins généralistes et psychiatres, tout particulièrement important lors d'une demande de première consultation puisqu'il va déterminer le devenir de la coopération autour du patient de ces deux professionnels. Les objectifs de ces recommandations sont : favoriser les échanges de courrier entre médecin généraliste et psychiatre ; recommander des contenus à échanger afin de : de faciliter cet échange en formalisant le contenu, promouvoir un échange de type collaboratif, seul à même d'améliorer la collaboration pérenne entre professionnels, faire de ces échanges des éléments de formation à la santé mentale pour le médecin généraliste.

Hardy-Bayle, M. C., Reboul, G., Milleret, G., et al. (2011). "Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ?" *Pluriels*(92-93): 15.

<http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-548.pdf>

L'objectif de ce numéro est de faire un état des lieux sur la coopération entre médecins généralistes et les secteurs de psychiatrie. Le premier article est une synthèse du rapport du Pr Hardy-Baylé (CH André Mignot à Versailles) comportant un panorama national et international ainsi que des recommandations de bonnes pratiques. Figurent également une enquête d'un médecin généraliste à Marseille, sur les relations entre médecine générale et psychiatrie au sein du dixième arrondissement de Marseille, ainsi qu'un article sur la santé mentale et médecine générale en Côte d'Or. Suivent des témoignages illustrant des pratiques de terrain.

HAS (2015). Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. *Note de cadrage*. Saint-Denis HAS: 15.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2032142/fr/ameliorer-la-coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-troubles-mentaux-note-de-cadrage

La finalité du projet « Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux » est d'améliorer les prises en charge et le suivi des patients présentant des troubles mentaux par la promotion d'une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins. La contribution de la HAS consistera à identifier des dispositifs de coordination éprouvés, pertinents pour les professionnels, répondant aux attentes des patients et de leur entourage, et à les promouvoir. Ce projet s'inscrit dans le programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. Le projet est décliné en deux volets : Volet 1 : rapport « socle de connaissances » dont l'objectif est de mettre à disposition des acteurs professionnels, institutionnels et usagers l'état des lieux des pratiques et la synthèse des données scientifiques sur la coordination et la communication interprofessionnelles dans la prise en charge des troubles mentaux. Le second volet exprime des préconisations pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre professionnels dans la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux, l'objectif étant de promouvoir les pratiques de coordination entre médecins généralistes et autres acteurs de soins pour améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux.

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 4 : Enseignements des théories économiques et des évaluations sur le sujet des coopérations des professionnels de santé. Paris, HCAAM: 4p.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 4 présente les enseignements des théories économiques et des évaluations sur le sujet des coopérations des professionnels de santé.

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 5 : Comparaison par la DREES entre les projections d'effectifs de 2008 et les données observées. Paris, HCAAM: 11p.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 5 présente les comparaisons réalisées par la DREES entre les projections d'effectifs de 2008 et les données observées.

HCCAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 1 : état des lieux des dispositifs de coopération. Paris HCAAM: 58, tabl., fig.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 1 à l'avis dresse un état des lieux des dispositifs de coopération en France : médecin traitant, profession d'infirmière, délégation de soins, le regroupement des professionnels de santé, assemblée...

Holtedah, K., Bungener, M., Demagny, L., et al. (2009). "La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ?" *Pratiques Et Organisation Des Soins*(3): 191-196.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS093_Premiere_ligne_et_cancer.pdf

[BDSP. Notice produite par CNAMTS sR0x99IA. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article a pour objectif de présenter les moments privilégiés d'intervention des médecins généralistes, ainsi que les actes et interventions qu'ils recouvrent, tels qu'ils ont pu être identifiés dans le cadre de ce programme de recherche visant une meilleure connaissance du rôle concret tenu en France par les généraux libéraux dans la prise en charge des malades atteints du cancer.

ONDPS (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 2 : Les expressions du HCAAM sur la coordination des interventions des professionnels autour du patient. Paris HCAAM: 6 , tabl., fig.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_2_expression_du_hcaam.pdf

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 2 présente les expressions du HCAAM sur la coordination des interventions des professionnels autour du patient

ONDPS (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 3 : les enseignements des systèmes de santé étrangers. Paris HCAAM: 17, tabl., fig.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_3_experiences_etrangeres.pdf

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 3 présente une étude comparée des organisations pluri-professionnelles mises en place dans les pays de l'Union européenne.

ONDPS (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 4 : Enseignements des théories économiques et des évaluations sur le sujet des coopérations des professionnels de santé. Paris HCAAM: 4 , tabl., fig.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_4_theories_economiques_et_evaluations.pdf

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 4 présente les enseignements des théories économiques et des évaluations sur le sujet des coopérations des professionnels de santé.

ONDPS (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 5 : Comparaison par la DREES entre les projections d'effectifs de 2008 et les données observées. Paris HCAAM: 11, tabl., fig.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_5_demographie_des_professionnels_drees.pdf

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 5 présente les comparaisons réalisées par la DREES

Formation médicale : vers une réforme des études médicales

Ambroise-Thomas, P. et Aurengo, A. (2006). Organisation des études de Médecine, Pharmacie, Odontologie et Maïeutique (Enseignement pour les sages-femmes) dans le cadre du système européen LMD (Licence-Master-Doctorat). Paris Académie de médecine: 4.

<http://www.academie-medecine.fr/organisation-des-etudes-de-medecine-pharmacie-odontologie-et-maieutique-dans-le-cadre-du-systeme-europeen-lmd-licence-master-doctorat/>

L'Académie nationale de Médecine est très favorable à l'intégration du déroulement des études médicales dans le système européen Licence-Master-Doctorat (LMD) qui présente plusieurs avantages: harmonisation européenne de la formation des professions de santé, répondant à la libre circulation des praticiens dans l'Union Européenne ; équivalences universitaires et passerelles entre les filières de formation, à tous les niveaux des études supérieures. La mise en ?uvre de ce système impose une réorganisation des études médicales en France. Elle constitue ainsi une occasion de remédier à quelques graves dysfonctionnements de l'organisation actuelle.

Aubin, C., Daniel, C., Schaetzel, F., et al. (2010). Le post-internat : constats et propositions : rapport : annexes. Rapport IGAS ; 2010 088. Paris Inspection générale des affaires sociales: 2vol. (82 154).

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000383/0000.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE BAoR0x9I. Diffusion soumise à autorisation]. Plusieurs réformes ont affecté dans la période récente les études médicales : augmentation du numerus clausus depuis le début des années 2000, création des examens classants nationaux (ECN) pour accéder à l'internat en 2004, incluant la spécialité de médecine générale pour laquelle a été mis en place un diplôme d'études spécialisées, création d'une filière universitaire de médecine générale en 2008. Conjuguées aux évolutions de la démographie médicale, ces réformes se répercutent aujourd'hui sur ce qu'il est convenu d'appeler le post-internat. Après avoir défini les contours du post-internat puis analysé les difficultés et les tensions à venir, la mission a considéré que seule une réforme d'envergure était en mesure de répondre aux défis actuels. Des mesures d'urgence n'en demeurent pas moins nécessaires pour répondre à des tensions accrues qui vont se manifester dès la rentrée 2010-2011, alors que la réforme ne peut être d'application immédiate.

Balazs, G. et Rosenberg-Reiner, S. (2005). "La composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières." *Actes de la recherche en sciences sociales* **156-157**(1): 115.

<https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2005-1-page-115.htm>

Bismuth, M., Rouge, M. E., Poutrain, J. C., et al. (2013). "Pourquoi les internes choisissent-ils la médecine générale ? La médecine générale revient dans les premiers choix." *Medecine : Revue De L'unaformec* **9**(1): 136-141.

Since the implementation of the national final year medical graduation exams known as ?épreuves classantes nationales? (ECN) in 2004, 3588 GP's offers were not filled in by residents. Method: We interviewed 2008 and 2009 residents at the Faculty of Toulouse who chose general practice on what had determined their choice, using a questionnaire in three parts: description of the sample, determinants of the choice of general practice, determinants of the choice of the Faculty of Toulouse.

Results: 198 questionnaires were completed and analyzed (98% response). 59.5% of residents (n = 118) had a training of at least one week at a GP surgery during the second cycle, 66% (n = 131) said they would have made the same choice even with a very good ranking at the ECN; when there was hesitation, it focused on medical specialties (37.5%, n = 74). General practice was chosen for its diversity and the doctor-patient relationship; the main obstacle was the devaluation of the specialty. Six internal profiles have been defined: the convinced, the visitors from the "north" of France, the opportunists, the sedentary people, the local visitors from the "south" of France and the "Parisians". Discussion: The choice of the general medicine by these residents was a positive choice with several key factors: characteristics of the profession, training at a GP surgery, rank at the ECN, the quality of teaching, future conditions of practice, and quality of life.

Bocognano, A. et Charrier, R. (2021). Les flux d'internes de médecine Suivi de la filiarisation 2013 - 2018. *Etudes*; 2. Paris ONDPS: 27.

<https://solidarites->

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/etude_ondps_les_flux_d_internes_en_medecine_suivi_de_la_filiarisation2013-2018_droit_au_remords.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etude_ondps_les_flux_d_internes_en_medecine_suivi_de_la_filiarisation2013-2018_droit_au_remords.pdf)

Depuis la réforme des études de médecine de 2009 et le principe de la filiarisation qui revient à choisir une spécialité précise au début de l'internat, les postes à ouvrir pour les internes de médecine dans les différents diplômes d'études spécialisées (DES) sont arrêtés par subdivision, sur propositions de l'ONDPS. La répartition des postes d'internes a pour objectif de répondre aux besoins de santé de la population. Cependant la distribution initiale des postes se trouve modifiée par différentes situations : les départs définitifs qui réduisent les effectifs d'une cohorte d'internes (poursuite de l'internat à l'étranger, choix de repasser les épreuves classantes nationales, état de santé...) ou l'exercice du droit au remords qui modifie le choix du DES et donc les équilibres entre spécialités. Cette étude présente les résultats des enquêtes annuelles de l'ONDPS dans l'objectif de mieux connaître ces situations et de mesurer l'ampleur de leur impact sur la régulation.

Bouet, P., Blanc, J. L., Chow-Chine, E., et al. (2014). La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale : Etude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité. Paris CNOM: 106, tab., graph., fig.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomrepartitionmg.pdf>

au 1er janvier 2014. Depuis 2007, tous les médecins diplômés sortant des facultés sont spécialistes. Cette évolution favorable a cependant créé deux populations ; l'une composée, d'une part, des diplômés du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) depuis 2007 et, d'autre part, des généralistes qualifiés par l'Ordre des médecins à la suite de l'avis des Commissions de qualification ordinaires. L'autre est composée des médecins exerçant la Médecine Générale, ou d'autres activités dont les critères ne sont pas ceux de la maquette du DES de Médecine Générale. Aussi, aujourd'hui, seuls 44% des médecins inscrits en Médecine Générale à l'Ordre sont qualifiés spécialistes. Un travail de concertation a été mené pour analyser la situation de l'ensemble des généralistes inscrits à l'Ordre. Cette discussion a rendu nécessaire une analyse détaillée de ces médecins quant à leur mode d'exercice, leur activité, leur statut. Le tout permettant de mettre en place, avec les structures professionnelles représentatives (le collège de spécialités, l'Université, le CNU, l'Ordre, les Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur), la concertation nécessaire pour permettre à ces médecins d'être spécialistes, dans une des 42 spécialités reconnues aujourd'hui en France, ou d'en créer des nouvelles et de savoir « Qui fait Quoi » en Médecine Générale. Ce rapport rend compte de cette analyse.

Brisset, C. (2017). "Note sur l'organisation de la psychiatrie et la réforme de son enseignement : dossier il y a 50 ans." *Lettre De Psychiatrie Française (La)*(249): 13-19.

Le Livre blanc de la psychiatrie française (1964-1967) a montré qu'il était impossible de dissocier pour la psychiatrie le domaine de l'enseignement de celui de l'organisation des soins. Ce dossier rassemble quelques commentaires sur le sujet. La formation du psychiatre requiert un long apprentissage

pratique, comportant des responsabilités contrôlées de diagnostic et de traitement. Or, cette formation est assurée actuellement presque uniquement par les lieux et les personnes qui n'en sont pas officiellement chargés. Ces lieux (hôpitaux psychiatriques) et ces personnes (médecins des hôpitaux psychiatriques et psychiatres privés) demandent qu'on organise en France la psychiatrie moderne. Une réforme doit donc permettre à la fois de réorganiser l'appareil des soins, en lui fournissant un renfort d'encadrement et d'organiser un enseignement à base clinique.

Couturier, D. (2010). "Les formations médicales spécialisées en France." Bulletin De L'Académie Nationale De Médecine **194**(1): 123-139.

La spécialisation en médecine est un processus évolutif qui accompagne le progrès des connaissances et des techniques d'investigation. La maîtrise de la spécialisation en médecine est nécessaire en raison de ses implications éthiques, organisationnelles et économiques. Un grand nombre de qualifications ont été individualisées. Elles donnent au praticien le droit d'exercer comme spécialiste ou une reconnaissance de compétence. L'accès à la spécialisation peut être obtenu par des formations spécialisées dans le cadre du troisième cycle des études médicales, elles confèrent le Diplôme d'Étude Spécialisé (D.E.S.). Des spécialisations peuvent être obtenues par des formations spécialisées plus courtes, Diplômes d'Étude Spécialisé Complémentaire (D.E.S.C.). Enfin, la qualification et le droit d'exercer une spécialité peuvent être obtenus sur demande individuelle argumentée par un dossier, après avis d'une Commission de qualification sous l'autorité de l'Ordre des Médecins. La régulation du flux de spécialistes est imparfaitement contrôlée en dehors de quelques spécialités soumises à une filière spécifique nationale. L'acquisition d'une spécialité par les médecins de diplôme étranger et hors Union européenne a été réformée très récemment. La formation qui se rapproche de celle du D.E.S. est encadrée de la même façon, elle permet d'obtenir un diplôme et non une attestation comme antérieurement. La spécialisation a pu susciter des réserves dans la mesure où elle a été accusée de conduire à négliger la prise en charge du malade dans l'originalité de l'ensemble de sa personnalité. L'attrait prioritaire vers les spécialités a appauvri le recrutement vers la médecine générale qui est choisie par défaut. La qualification de spécialiste en médecine générale a été instituée pour tenter de corriger ce déséquilibre. Des propositions ont déjà été formulées par l'Académie nationale de médecine et par les responsables universitaires pour pallier les défauts du dispositif de spécialisation. Elles sont approfondies et développées dans ce rapport.

Dang Hadoan, B., Levy, D., Teitelbaum, J., et al. (2008). "Médecins et pratiques médicale en France 1967 - 1977 - 2007. Les lectures médicales et les moyens de formation permanente." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **48**(4): 514-532.

[BDSP. Notice produite par OBRESA lDnkR0x7. Diffusion soumise à autorisation]. En 2007, le médecin français consacre chaque semaine 2,9 heures à la lecture des publications médicales. Cette durée moyenne varie selon la catégorie professionnelle : 2,7 heures pour les médecins libéraux, 3 heures en établissements non universitaires, 3,2 heures en centres de santé, 3,4 heures en CHU. Les généralistes lisent les publications médicales pendant 2,6 heures chaque semaine, mais les spécialistes enregistrent 3,1 heures. Il existe aussi une dimension démographique à ce sujet : les femmes lisent moins que leurs confrères (2,7 heures contre 3,1 heures) et les jeunes (2,4 heures) moins que ceux qui ont dépassé la mi-cinquantaine (3,3 heures). Durant les 30 dernières années, parallèlement à la réduction du temps de travail (de 52,9 heures en 1977 à 47,9 heures en 2007), on assiste à une diminution du temps de lecture médicale (de 4,3 heures à 2,9 heures). Mais alors que la semaine de travail s'est réduite d'un dixième, la semaine de lecture médicale a subi une amputation d'un tiers. De ce fait, le rapport "lecture/travail", qui est un marqueur intéressant des durées, a accusé une baisse. En 1977, pour 100 heures de travail, le médecin consacrait en moyenne plus de 8 heures à la lecture médicale. Aujourd'hui, il n'en consacre que 6. Sauf chez les médecins des centres de santé, ce marqueur a affiché une chute dans toutes les catégories de la profession médicale. Par exemple, dans les CHU, de 12,7% en 1977, il est descendu à 6,6% trente ans plus tard. Dans la médecine libérale, il a décroché de 7% à 5,3%. Le phénomène n'est évidemment pas étranger à l'expansion ultra-rapide des nouveaux canaux de communication dont la plupart n'exigent plus le papier comme support. La question est de savoir comment se restructure maintenant la panoplie des moyens de formation

permanente du corps médical (FMC). L'enquête de 2007 montre que, aujourd'hui, les recours les plus fréquents s'adressent aux moyens suivants de FMC : la presse médicale (citée par 84% des médecins), les congrès médicaux (73% des médecins), la lecture de manuels (72%), l'usage de l'internet (66%) et les séances de FMC organisées par les associations professionnelles (51%). Dans la perspective de l'évolution depuis un quart de siècle, les deux faits les plus saillants sont l'explosion de l'internet et l'attirance de plus en plus forte exercée par les congrès médicaux qui n'occupaient qu'une place "moyenne" dans la panoplie de la FMC au début des années 80. Quant à la presse médicale et les manuels, ils demeurent aujourd'hui contre vents et marée aux premiers rangs de la panoplie. Le fait constitue sans nul doute un paradoxe, vu la forte réduction du temps de lecture médicale. On a l'impression que, tout en occupant une place importante, la chose imprimée n'est plus utilisée de façon approfondie comme autrefois, concurrencée qu'elle est par les nouveaux venus dans l'univers de la communication du savoir. (Résumé d'auteur).

Degos, C. F., Roland, J. et Deau, X. (2006). *Réflexions sur les études de médecine*. Paris Ordre National des Médecins: 35.

La réactualisation des cursus des étudiants en médecine dans l'espace européen nous amène à reprendre nos réflexions sur les études de médecine. Plusieurs éléments majeurs ont contribué à la reprise de ce travail : les difficultés inquiétantes de la démographie médicale, la réflexion sur le processus de Bologne, trop souvent simplifié sous l'acronyme L.M.D. (licence - master - doctorat), la mise en place de l'obligation de l'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P.) et les nouveaux objectifs de formation. Voici les différents thèmes traités dans ce rapport : compétence de l'Ordre sur la formation des médecins, orientation ou sélection ; la première année de médecine, le cursus de base, l'orientation vers les spécialités, les spécialités, le troisième cycle des études, les cursus parallèles et passerelles ; la thèse de doctorat en médecine ; réflexions sur la pédagogie ; les qualifications ; conclusions et synthèse des propositions.

Fidel, D. (2020). "Réforme des études de santé : quel système de formation pour les futurs médecins ?" *Medecins : Bulletin De L'ordre National Des Medecins (Le)*(69): 18-24.

En septembre 2020, la Paces disparaît au profit de deux nouvelles voies d'accès aux études médicales : le PASS et la LAS. Cela signe également la fin du numerus clausus, remplacé par un numerus apertus, plus souple et territorial. La réforme du deuxième cycle - qui sera mise en place à la rentrée 2022 - vise essentiellement à garantir un meilleur équilibre entre enseignement des connaissances et développement des connaissances. Le troisième cycle des études de santé sera désormais rythmé en trois phases, pour une autonomisation et une responsabilité progressive des futurs médecins. La troisième phase s'accompagne désormais d'un nouveau statut de docteur junior.

Guerra, J. et Dugue, F. (2019). "[The career of medical public health specialists graduated from the French public health medical residency]." *Rev Epidemiol Sante Publique* **67**(2): 106-113.

BACKGROUND: The French public health medical residency was created in 1984 to train medical public health specialists. Knowledge was lacking on the career of the trained practitioners, with the sole study dating from 1995. In this study, the French national association of medical public health residents aimed to describe the training and career of all medical public health specialists since the inception of the residency. METHODS: An online survey took place during the first semester of 2012 to collect information on all medical public health specialists graduated from the French public health medical residency. Descriptive analysis of the collected information was performed. RESULTS: Replies from 563 graduated medical public health residents were collected from all over the country and years since the inception of the training. Ninety-eight percent of the informants were in activity. They mostly worked in public healthcare facilities (56%) and public administration (16%). Their main areas of practice were: epidemiology, clinical research, biostatistics (37%); health management information system (19%); health policy (14%). Eighty-eight percent of the respondents held a master degree, 29% a PhD. Practical training during the medical residency was deemed as very useful or needed by 73% of the informants, theoretical training by 43%. Sixty-eight percent of informants were very or fully

satisfied by their carrier, 29% rather satisfied. CONCLUSION: This is the first study to achieve coverage of more than 45% of all medical public health specialists graduated since the inception of the public health medical residency. Full employment, wide-range activities, evolving carriers can explain the high satisfaction rates. The public health medical residency being the main access point to the public health medical specialty, the impact of the initial training on the career should lead to rethink the design of the public health medical residency to fulfil the needs in the public health sector.

Huguier, M., Bertrand, D. et Milhaud, G. (2017). "Les accès à l'exercice de la médecine en France." Bulletin De L'Académie Nationale De Médecine **201**(4-6): 513-527, annexe.

En France, le nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études (numerus clausus) est déterminé en fonction des possibilités de formation pratique hospitalière et des évolutions démographiques. L'objectif est d'avoir un nombre de médecins nécessaire, mais aussi suffisant. La situation s'est compliquée du fait de possibilités d'accès aux études médicales en dehors du NC, d'accords de l'Union européenne et de l'occupation de postes hospitaliers vacants par des médecins étrangers hors UE, ouvrant des autorisations ministérielles d'exercice. Ainsi, environ 20 % des médecins autorisés à exercer en France s'ajoutent au NC. Ce rapport recommande que les accès aux études médicales soient tous inclus dans le NC, que des décisions de l'UE soient prises pour faire évoluer le NC vers une certaine harmonisation quantitative dans les pays membres et que la réglementation hospitalière contrôle beaucoup mieux les dévoiements indirect du NC que constitue l'embauche de médecins hors UE sur des postes laissés vacants.

Lavigne, B. et Fontaine, A. (2018). "La réforme du troisième cycle des études médicales : où en est-on ?" L'information psychiatrique **94**(10): 851-856.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-851.htm>

Depuis novembre 2017, les internes sont soumis à la réforme des études du troisième cycle des études médicales. Cette réforme, dont les premiers travaux ont débuté en 2009, a mis du temps à aboutir, subissant **les remous politiques et les refontes de commissions diverses. Mais elle a permis de reposer les bases des** compétences jugées nécessaires pour qu'un interne puisse exercer le métier de médecin, et en particulier celui de psychiatre. Les principales modifications apportées par la réforme concernant la forme elle-même du déroulement de l'internat : constitué désormais de trois phases de contenu pédagogique progressif intitulées respectivement phase socle, phase d'approfondissement et phase de consolidation, il garde une durée totale de quatre années. Les stages sont désormais choisis en fonction de l'avancée dans ces phases, les premiers permettant ainsi d'acquérir les bases du métier, quand les derniers permettent au contraire de se préparer à l'autonomie du post-internat. Deux options font leur apparition : la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et la psychiatrie de la personne âgée. L'addictologie devient une formation spécialisée transversale, accessible aux psychiatres et à d'autres spécialités médicales. La psychiatrie médico-légale n'a en revanche pas été reconnue comme option à part entière. Apportant un certain nombre de changements pertinents, pour certains cependant assez lourds sur le plan organisationnel, cette réforme n'en présente pas moins quelques limites, pour lesquelles un travail de fond, mené conjointement par les universitaires, les internes, mais aussi tous les praticiens accueillant des étudiants, est toujours d'actualité.

Nicomede, R. (2017). Étude comparative des voies de qualification des spécialités médicales : A propos des données 2016 et évolution de 2009 à 2016. Paris CNOM: 212, tab., graph., fig.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/demander-une-qualification-1240>

L'objectif principal de l'étude est de quantifier les voies de spécialisation des médecins qui ont une formation complète dans les universités en comparaison des autres voies de qualification, sur l'année 2016. Le travail du recueil de données a nécessité une recherche attentive et des modélisations pour pallier l'absence de données sur les diplômes des universités. L'objectif secondaire est d'établir un document de synthèse sur l'activité des commissions et les avis émis. Les statistiques portent sur l'année 2012, sur des dossiers effectifs (c'est-à-dire ayant obtenu un avis des Commissions sur la période de référence) et des qualifications prononcées par l'Ordre. Les données ANT2RIEURES 0 2016

ont également été reprises. Les diplômes délivrés par les universités ont été modélisés et unifiés à partir des postes ouverts à l'ECN, pour pouvoir être comparés aux autres voies de qualification, permettant ainsi d'avoir un « test de concordance » des statistiques présentées. La première partie concerne les avis donnés par les commissions placées auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins et les Commissions ministérielles (procédure d'autorisation d'exercice). La deuxième partie compare les différentes voies de qualification par filière et par spécialité avec une exception pour la médecine générale, en raison de la régularisation de la spécialité par la commission de qualification de première instance, placée auprès des Conseils Départementaux de l'Ordre, pour laquelle une étude du CNOM a été faite en avril 2012.

Rousseau, A. et D'Autume, C. (2018). Stratégie de transformation du système de santé. Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière : Rapport final. Paris MSSPS: 27 , tab., graph., fig.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_adaptation_des_formations.pdf

Ce rapport rassemble les propositions de la stratégie de transformation du système de santé français sur la réforme des formations des professions de santé. Ces propositions, permettent non seulement d'esquisser le futur des formations de santé, mais surtout de leur donner plus de souplesse, plus d'évolutivité, et ainsi de répondre à l'accélération constante de l'innovation sous toutes ses formes du système de santé. Parmi celles-ci, la volonté de créer une culture commune des professionnels de santé, de simplifier et de décloisonner les cursus de formation, de repenser leurs modes d'entrée et de régulation, d'intégrer les patients comme acteurs à part entière de ces sujets, ou de penser une logique de formation tout au long de la vie.

Saint-Andre, J. P. (2018). Suppression du Numerus clausus et de la PACES : Refonte du premier cycle des études de santé pour les métiers médicaux. Paris Ministère chargé de la santé: 22, fig.

<http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid137245/refonte-du-premier-cycle-des-etudes-de-sante-pour-les-metiers-medicaux.html>

Le professeur Jean-Paul Saint-André a remis son rapport sur la refonte du premier cycle des études de santé à Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation et Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Sur la base des propositions contenues dans ce rapport, les ministres annonceront, dans le courant du mois de janvier 2019, les axes de la réforme du premier cycle des études de santé, ainsi que les modalités de poursuite de la concertation. Les travaux du groupe de travail appellent à "sortir d'un modèle unique d'entrée dans les études de santé". Deux modes d'accès seraient mis en place, le premier via un "portail santé", accessible sur Parcoursup ; le second reprendrait les expérimentations conduites dans seize universités depuis 2014.

Selleret, F.-X. et Blemont, P. (2015). Réforme du troisième cycle des études médicales. Rapport IGAS ; 2014-100R. Paris IGAS: 69.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article462>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE JAJGR0xq. Diffusion soumise à autorisation]. A la suite des travaux de la Commission nationale de l'internat et du post internat (CNIPI), les professeurs Couraud et Pruvot avaient élaboré le rapport : "Propositions pour une restructuration du 3^e cycle des études médicales". Ce rapport IGAS-IGAENR évalue les impacts organisationnels, statutaires et financiers de ce projet de réforme de l'internat. Il suggère les voies juridiques, administratives et pragmatiques pour parvenir à réaliser concrètement cette réforme, afin qu'elle soit mise en oeuvre dès la rentrée 2016.

Tesniere, A., Rist, S. et Riom, I. (2018). Stratégie de transformation du système de santé : Adapter les formations aux enjeux du système de santé. Paris Ministère chargé de la santé: 54 , tabl.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_adaptation_des_formations.pdf

La formation représente un puissant levier de transformation du système de santé et doit s'envisager également comme un moyen de réussite de l'atteinte des objectifs des autres chantiers : pertinence et

qualité des soins, tarification, numérique, ressources humaines et organisation territoriale. Une transformation efficace du système de santé à travers le levier formation implique une approche renouvelée et ambitieuse du sujet, en favorisant un raisonnement de parcours de formation tout au long de la vie qui atténue le clivage formation initiale/ formation continue. Ce rapport émet une série de propositions pour mieux faire connaître le système de santé, les différents métiers et les modes d'exercice pour préparer les étudiants, mieux adapter les flux de formation aux besoins réels du système de santé, créer une culture et une identité communes chez les professionnels de santé, transformer les approches pédagogiques de la formation des professionnels de santé, Intégrer le patient comme acteur de formation et d'évaluation des professionnels de santé, Accompagner les grandes évolutions du système de santé par la formation, Développer une approche ambitieuse de la formation tout au long de la vie des professionnels de santé et penser un système de formation plus souple et capable d'évolution.

Uzan, S. p. (2018). Rapport sur la recertification des médecins : garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Paris Ministère chargé de la santé: 69.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1234.asp>

Ce rapport fait suite à près d'un an de travaux du comité de pilotage, présidé par le professeur Uzan et réunissant 14 personnalités du monde de la santé Les travaux de l'instance préconisent une "certification et une valorisation périodique du parcours professionnel et des acquis tous les 6 ans". Elle concernerait tous les médecins, et tous les modes d'exercice. Plus qu'un contrôle, la procédure proposée se veut un exercice de promotion et de valorisation, voire d'évolution des compétences. Ce dispositif devrait s'appliquer à tous les praticiens diplômés à partir de 2021 d'un troisième cycle renouvelé des études médicales. Pour rendre cette procédure incitative et donc simple et rapide, le rapport propose une dématérialisation à travers un espace personnel numérique attribué à chaque professionnel et de la faire reposer sur de l'auto-évaluation en grande partie. La recertification pourrait reposer sur 5 critères d'évaluation et un critère de valorisation. Elle s'appuierait sur un socle commun et un programme spécifique à chaque spécialité.

Viez, M. C. (2011). Les études de médecine en France, Allemagne et Italie, Paris : FHP

<http://documentation.fhp.fr/documents/17713S.pdf>

La formation médicale en France reste une des meilleures au niveau mondial grâce notamment aux nombreuses années de pratique qu'ont acquis les médecins et les spécialistes à la sortie de leurs études. Mais comment s'organise et se déroule la formation des médecins aux frontières de la France ? Deux pays européens ont été étudiés et comparés à la France. Il s'agit de l'Allemagne et de l'Italie. Pour permettre un essai de comparaison entre ces trois pays, une grille commune d'analyse de l'organisation de la formation médicale a été adoptée (règles d'accès, longueur du cursus, déroulement de la formation, diplômes). Cette synthèse décrit, dans un premier temps, les études médicales en France, en Allemagne et en Italie, puis compare le déroulement de la formation des médecins de ces trois pays dans un tableau synoptique.

Vaillant, L., Bensadon, A.-C., Siahmed, H., et al. (2018). Mise en oeuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé. Paris Igas ; Paris IGAENR: 102.

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000110/index.shtml>

En septembre 2017, le Professeur Loïc Vaillant, ancien président de l'université François Rabelais de Tours et de la commission santé de la conférence des présidents d'université (CPU) a été chargé d'une mission visant à conduire des travaux permettant de définir les modalités de mise en oeuvre d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé qu'ils relèvent des filières médicales ou non médicales. Le service sanitaire s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé, ce qui a été rappelé lors de la communication de la ministre des solidarités et de la santé du 30 août 2017 et lors du Comité de pilotage et de suivi (COFIL) du 22 décembre 2017, notamment ses deux premiers axes : la prévention et la promotion des comportements favorables à la santé ; ainsi que la lutte contre les inégalités, sociales et territoriales.

Démographie médicale : des disparités au sein des territoires et des spécialités

LES RECUEILS STATISTIQUES

- [Voir sur le site d'Ameli :](#)

Cnam (2022). Zoom sur les professions de santé libérales. Paris Cnam.

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/professionnels-de-sante-liberaux/zoom-professions-de-sante-liberales>

Fiches synthétiques analysant la démographie, la patientèle, l'activité, les prescriptions et les honoraires des différentes catégories de professionnels de santé libéraux : médecins (généralistes, MEP et spécialistes), chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux.

Anguis, M. (2017). "En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1006): 6.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2016-7-700-etudiants-affectes-a-l-issue-des-premieres-epreuves-classantes>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE rR0xoAI9. Diffusion soumise à autorisation]. En 2016, à l'issue de la première édition des épreuves classantes nationales (ECN) informatisées, 7 700 étudiants ont été affectés. Cette promotion est moins nombreuse qu'attendu : en 2015, ils étaient 8 500 étudiants à satisfaire aux épreuves. Cette année-là, une partie d'entre eux, anticipant l'informatisation des épreuves, ont probablement préféré se confronter à un format d'épreuve connu plutôt que d'utiliser les possibilités permettant de passer les ECN l'année suivante.

Anuis, M., Chaput, H., Marbot, C., et al. (2018/05). "« 10 000 médecins de plus depuis 2012 »." *Etudes Et Resultats*(1061).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/10-000-medecins-de-plus-depuis-2012-11836>

En France, au 1er janvier 2018, 226 000 médecins sont en activité. Parmi eux, 45 % sont des médecins généralistes et 44 % exercent à l'hôpital au moins une partie de leur temps. Les médecins français sont relativement âgés : en effet, près d'un médecin en exercice sur deux a plus de 55 ans. Depuis six ans, l'effectif de médecins a progressé de 4,5 %, sous l'effet de la hausse du nombre de médecins hospitaliers. En matière d'accès aux médecins généralistes, les inégalités de densités départementales n'ont pas augmenté depuis les années 1980 et 98 % de la population réside à moins de 10 minutes du généraliste le plus proche en 2016. Les disparités d'accès qui existent malgré tout ne sont pas liées à des disparités régionales, mais à des différences marquées selon le type d'espace. C'est en effet dans les communes rurales des périphéries des grands pôles et dans les communes hors influence des pôles que la part de la population ayant l'accessibilité la plus faible aux médecins généralistes est la plus grande.

Attal-Toubert, K. et Vanderschelden, M. (2009). "La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales." *Etudes Et Resultats (Drees)*(679): 8, graph., cartes.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE lqF7R0xD. Diffusion soumise à autorisation]. Au 1er janvier 2007, la France comptait 208 000 médecins actifs, leur nombre devrait baisser de près de 10% au cours des dix prochaines années. Au-delà, l'évolution de la démographie médicale dépendra

largement des décisions publiques prises aujourd'hui et de l'évolution des choix individuels des jeunes médecins. En supposant un maintien des choix individuels des médecins à long terme, malgré un fort relèvement du numerus clausus jusqu'à 8 000 en 2011, le nombre de médecins en activité ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030.

Attal-Toubert, K. et Vanderschelden, M. (2009). "La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées." *Dossiers Solidarité Et Santé (Drees)*(12): 66 , graph., annexes. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE rR0xsGFr. Diffusion soumise à autorisation]. Anticiper longtemps à l'avance les évolutions de la démographie médicale et les mettre en regard des évolutions prévisibles de la population est nécessaire pour favoriser une gestion sans à-coups de l'adaptation des effectifs de médecins aux besoins. Les projections des effectifs de médecins à l'horizon de 2030 permettent de dessiner les évolutions futures de la population médicale. A comportements constants, le nombre de médecins actifs se réduirait jusque vers 2020 et la densité médicale serait durablement inférieure à son niveau actuel. La profession rajeunirait et se féminiserait progressivement. Les évolutions des effectifs des différentes spécialités et de médecins dans les régions seraient très contrastées. Selon les différentes variantes simulées, une unique mesure de régulation ne suffirait pas à répondre aux enjeux à venir. Une augmentation du numerus clausus par exemple, ou un report de deux ans de l'âge de départ à la retraite, permettrait certes de limiter la baisse des effectifs, voire d'accroître transitoirement le nombre de médecins actifs, mais n'aurait pas d'impact sur les déséquilibres entre spécialités ou sur les inégalités régionales.

Bachelet, M. (2014). "Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales." *Etudes Et Resultats (Drees)*(894): 6. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-affectations-des-etudiants-en-medecine-a-l-issue-des-epreuves-classantes-5554>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE mok7R0xt. Diffusion soumise à autorisation]. À l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) de 2013, 7 623 étudiants ont été affectés à un poste d'interne dont 7 517 pour la première fois en troisième cycle des études médicales. 96,5% des postes ouverts ont été pourvus, un chiffre proche de celui de 2012 (96,7%) et plus élevé que les années précédentes (90%). Cette hausse s'explique en partie par la réforme adoptée en 2011. Seuls 280 postes sont restés vacants en 2013. La médecine générale a notamment pourvu 95% de ses postes, comme en 2012. Selon leur classement, 28% des étudiants (hors contrats d'engagement de service public) peuvent choisir entre les 30 spécialités offertes, plus de la moitié entre 20 spécialités, et tous entre les 4 spécialités pour lesquelles des postes sont restés vacants : comme en 2012, il s'agit de la médecine générale, de la médecine du travail, de la santé publique et de la psychiatrie. La mobilité géographique continue d'être importante : plus de la moitié des étudiants changent de subdivision de formation à l'entrée en troisième cycle.

Bachelet, M. et Anguis, M. (2017). "Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1011): 6. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et-plus>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE jR0xrEtl. Diffusion soumise à autorisation]. Le nombre de médecins en activité devrait être quasiment stable entre 2016 et 2019, puis repartir à la hausse dès 2020, dans l'hypothèse d'un maintien des comportements actuels des médecins et de la législation en vigueur. Les effectifs de généralistes évolueraient de manière moins dynamique que ceux des spécialistes. Ces derniers bénéficient, en effet, davantage des installations de médecins diplômés à l'étranger. L'exercice libéral exclusif devrait poursuivre son déclin, au profit du salariat et de l'exercice mixte.

Barlet, M. et Collin, C. (2010). "Localisation des professionnels de santé libéraux." Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(149): 27-56, tabl., cartes.

file:///C:/Users/marie/AppData/Local/Temp/dossier_localisation_pro_sante_cns2009.pdf

La présente étude s'intéresse à la localisation des professionnels de santé libéraux de premier recours (médecins généralistes, pharmacies, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes) ainsi qu'à certains des médecins spécialistes en accès direct (en pédiatrie, en ophtalmologie, en gynécologie) en France métropolitaine en 2008. À l'échelle des bassins de vie, les médecins et les pharmacies sont mieux distribués sur le territoire que la plupart des services et équipements sanitaires ou non sanitaires. Les médecins généralistes libéraux et les pharmacies sont situés là où se trouve la population. Ainsi, même s'il peut exister localement des problèmes d'accès géographique à ces professionnels, ce résultat suggère que ce phénomène est globalement limité. Les autres professionnels de premier recours sont un peu moins bien répartis que les médecins généralistes libéraux. Enfin, les médecins spécialistes présentent l'adéquation avec la population la plus faible des professions étudiées. L'étude distingue pour les médecins généralistes les médecins de moins de 40 ans. Ces derniers ne sont pas aussi bien répartis sur le territoire que leurs confrères au regard de la répartition de la population. L'étude des situations de colocalisation (présence simultanée dans une même zone géographique) montre que les autres professionnels de santé et, en particulier les médecins spécialistes, tout en étant moins bien répartis sur le territoire que leurs confrères généralistes, sont plus fréquemment présents parmi les équipements ou services à proximité des médecins généralistes libéraux que sur l'ensemble du territoire. Les médecins généralistes de moins de 40 ans sont, quant à eux, plutôt installés à proximité d'un de leurs jeunes confrères.

Bories-Maskulova, V. (2007). "Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005." Points De Repere(13): 12, 17 tabl., 15 graph.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pt_repere_13.pdf

Ce Point de repère présente quelques résultats synthétiques, issus du système national inter-régimes (SNIR), sur la démographie et les honoraires des médecins libéraux. Il propose notamment l'évolution du nombre de médecins libéraux de 1980 à 2005, la répartition par secteur conventionnel, les honoraires et dépassements en 2005.

Bories-Maskulova, V. (2008). "Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006." Points De Repere(23): 1-12.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/MAQUETTE_23_MEDECINS_LIBERAUX_2006_.pdf

[BDSP. Notice produite par CNAMTS 8DAR0x8q. Diffusion soumise à autorisation]. Ce Point de repère présente quelques résultats synthétiques, issus du système national inter-régimes (SNIR), sur la démographie et les honoraires des médecins libéraux.

Bouet, D. et Le Breton Lerouillois, G. (2017). Atlas de la démographie médicale en France 2017. Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au cœur de la réflexion. Situation au 1er janvier 2017. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins: 323, tabl., graph., cartes.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf

10 ans après le 1er Atlas, publié en 2007, l'Atlas 2017 offre une première vision décennale de l'évolution démographique des médecins dans chacun de nos territoires. Les enseignements issus de cette comparaison sont nombreux : baisse du nombre de médecins en activité régulière, féminisation de la profession, renouvellement générationnel... L'Atlas 2017 a également été l'occasion de croiser des données publiques. Alors que la santé reste l'un des premiers symptômes des fragilités territoriales, cette étude comparée démontre que les territoires souffrant de difficultés d'accès aux soins sont aussi touchés par d'autres fragilités (contexte socio-économique, aménagement du territoire et couverture numérique, déterminants de santé des populations...).

Bouet, P. et Gerard-Varet, J. F. (2020). L'atlas de la démographie médicale 2020. 2 tomes : Situation au 1er janvier 2020. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins: Tome 1 141 Tome 142 143.

www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale

La tendance de l'état de la démographie médicale en France montre que nous sommes sur un relatif plateau. La baisse du nombre de médecins est plus modérée qu'elle n'a pu l'être. Malheureusement cette baisse va se poursuivre, sans doute au moins jusqu'en 2025, mais ensuite la situation devrait s'améliorer avec l'augmentation progressive des reçus. Mais dans les territoires les plus défavorisés, le besoin se fait ressentir fortement.

- Pour les années antérieures, contacter le Cnom : <https://www.conseil-national.medecin.fr/> ou nous consulter. Nous avons les séries

Bouet, P. et Rasse, S. (2017). Études longitudinales (2007-2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France : perspectives des flux migratoires et trajectoires. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins: 166, tabl., graph., cartes.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/perspectives_flux_migratoires_et_trajectoires_2017_0.pdf

Cette étude sur les flux migratoires de médecins à diplômes étrangers en France constate une augmentation constante des médecins étrangers en activité régulière depuis 10 ans. En 2017, on dénombre 22 619 médecins à diplôme étranger en activité régulière. Cela représente 11% de l'activité régulière en France en 2017. Parmi ces médecins titulaires d'un diplôme délivré dans un autre pays, 45% sont originaires de l'Union européenne. Contrairement à une idée largement répandue, cette population n'est pas une réponse aux difficultés territoriales d'accès aux soins. Cette étude montre que ces médecins étrangers, quelle que soit leur nationalité, et à l'instar de leurs confrères français, ne s'installent pas dans les zones définies comme déficitaires par les ARS. Par ailleurs et de manière générale, on observe que la part de l'exercice salarié est dominante (62 %) chez les médecins titulaires d'un diplôme européen ou extra-européen. Cela est vérifié partout en France : l'exercice salarié est privilégié par les médecins à diplôme étranger dans toutes les régions de France, par les médecins à diplôme européen comme par les médecins à diplôme extra-européen.

Chaput, H., Monziols, M., Ventelou, B., et al. (2020). "Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1140): 5.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1140.pdf>

En 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de 4 sur 5 s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir, d'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Ils sont par ailleurs 8 sur 10 à déclarer des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients. Nombreux sont ceux qui déclarent allonger leurs journées de travail ou refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant, sans que cela soit toujours lié au fait d'exercer en zone sous-dense. De plus, 3 généralistes sur 4 ont également des difficultés à trouver des confrères spécialistes pour assurer la prise en charge de leurs patients. Ces difficultés sont principalement liées aux délais d'obtention d'un rendez-vous, en particulier chez les ophtalmologues, les dermatologues et les psychiatres. Avec l'évolution de l'offre de soins environnante, 3 sur 10 déclarent se « spécialiser », notamment en gynécologie, en pédiatrie ou en gériatrie. Devant la perspective de la baisse de l'offre locale de soins, les médecins généralistes comptent adapter leurs pratiques, par exemple en rendant le patient plus autonome ou en rejoignant une structure d'exercice coordonné.

Cnam (2006). "Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : Médecins, Chirurgiens-dentistes, Sages-femmes, Laboratoires, Auxiliaires médicaux." *Carnets Statistiques (Cnamts)*(112): 157.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS javrwR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce numéro spécial présente le secteur libéral des professions de santé au 31 décembre 2004 : démographie, honoraires, activité, données nationales, régionales et départementales.

➤ Voir les données statistiques sur Ameli : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/index.php>

Cnam (2008). "Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006." Point D'information (Cnamts): 6. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_honoraires_2006_def.pdf

Comme chaque année, l'Assurance Maladie étudie la démographie des médecins libéraux et l'évolution de leurs honoraires. En 2006, les effectifs de médecins libéraux sont restés relativement stables. Les médecins libéraux ont perçu au total 19,3 milliards d'euros d'honoraires sur l'année.

Drees (2015). Démographie des médecins libéraux et remboursements de l'assurance maladie. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014. Prévisions 2015 et 2016., Paris : Ministère chargé de la santé: 114-117, fig. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-sept2015_.pdf

La Cnam recense 116 100 médecins libéraux en France en 2014, dont 60 900 omnipraticiens (y compris 7 200 médecins à exercices particuliers) et 55 200 spécialistes. Alors que la population française a crû en moyenne de 0,6% par an entre 2004 et 2014, les effectifs des médecins libéraux sont restés globalement stables. Cette stabilité masque toutefois un fléchissement amorcé à partir de 2010. La densité moyenne des médecins est de 82 généralistes pour 100 000 habitants et 85 spécialistes pour 100 000 habitants en France métropolitaine, ce qui situe la France dans la moyenne haute des pays européens en termes de densité médicale (cf. OCDE Health Statistics 2015). Cependant, la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire présente des disparités. Certaines régions, bien qu'elles soient bien dotées en médecins, peuvent intégrer des départements en situation de désert médical. C'est le cas par exemple de la région Île-de-France où l'on observe trois des départements les moins denses de France en médecins généralistes libéraux en 2014. Cette fiche dresse un état des lieux de la répartition des médecins en métropole et examine ensuite le lien entre le niveau d'honoraires par tête des médecins libéraux conventionnés du secteur 1 et la démographie médicale du lieu d'exercice.

Hartmann, L. c. et Ulmann, P. c. (2007). Démographie médicale française : les spécialités en crise : situation au 1er janvier 2006. Etude ; n°39-2. Paris CNOM: 116, tabl., graph., carte, ann.

Depuis deux ans, la section santé publique du Conseil National de l'Ordre des Médecins étudie plus particulièrement certaines spécialités qui vont très rapidement poser des problèmes d'effectifs ou de répartition, dites "spécialités en crise". Pour cette troisième année, cinq spécialités ont été passées au crible : l'anatomie et cyto-pathologie humaines ; la biologie médicale ; la médecine du travail ; la médecine scolaire. En outre, la médecine générale, désormais considérée comme spécialité, fait l'objet d'une analyse particulière, compte tenu de sa spécificité, des problèmes liés à la permanence des soins et de son rôle désormais pivot dans notre système de santé. Ainsi, une partie de cette étude porte sur l'activité réelle des médecins généralistes et l'exercice en cabinet de groupe.

Insee (2020). Professionnels de santé au 1er janvier 2018. Comparaisons régionales et départementales, Paris : INSEE <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>

Legmann, M. et Romestaing, P. (2011). La démographie médicale déclinée à l'échelle des bassins de vie. Situation au 1er janvier 2011. Paris CNOM: 18, tabl., fig., cartes.

Dans sa 2e édition des Atlas régionaux, l'Ordre national des Médecins offre une analyse fine des données démographiques à l'échelle des bassins de vie. Elle constitue un véritable outil de pilotage pour les élus locaux et les décideurs locaux dans leur politique d'accès aux soins. L'analyse des flux

migratoires permet d'identifier les régions qui conservent le mieux les médecins qu'elles ont formés, et de mesurer leur attractivité. Cette année, les Atlas régionaux distinguent, pour chaque spécialité, le mode d'exercice des médecins en exercice régulier ainsi que le mode d'exercice des médecins nouvellement inscrits permettant une évolution prévisible à court terme. Ainsi, on peut observer que moins d'un médecin sur dix nouvellement inscrit au tableau de l'Ordre se tourne vers une activité libérale.

Sicart, D. (2013). "Les professions de santé au 1er janvier 2013." Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(183): 92.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9BEBGR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce document expose en introduction les différents traitements statistiques effectués à partir du répertoire Adeli (corrections et améliorations de la qualité du fichier). Il présente par la suite pour chaque profession un ensemble de tableaux comportant l'effectif global et sa répartition par situation professionnelle (libérale, salariée), département d'exercice, sexe, tranche d'âge, tranche d'unité urbaine, et secteur d'activité.

- Les années antérieures sont à consulter sur le site de la Drees : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/> (Open data et Publications)

LES TRAVAUX DE L'ONDPS

Bocognano, A., Lhermet, C. et Petit, V. (2019). Les étudiants européens dans le troisième cycle de médecine en France. Etudes ; 1. Paris ONDPS: 30.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_-_etudes_-_bat_-_291019_-_web.pdf

La formation des médecins est un volet déterminant de la démographie médicale. Le numerus clausus pour l'entrée en médecine et l'accès au 3ème cycle à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) en constituent aujourd'hui les principaux leviers de régulation. Dans cette étude qui paraît aujourd'hui, l'ONDPS s'intéresse à l'analyse d'un phénomène encore peu documenté : « Les étudiants européens dans le 3ème cycle de médecine en France ». En effet, en 2018, on compte plus de 600 étudiants européens qui ont présenté leur candidature aux ECN qui donnent accès au 3ème cycle des études médicales en France. Leur nombre a quadruplé depuis 2012, et en 2018 ils représentaient 6,6 % des candidats. L'étude de l'ONDPS apporte un éclairage sur le parcours de formation de ces étudiants. Une connaissance fine de ces flux migratoires deviendra essentielle aux projections de démographie médicale.

Collet, M., Sicart, D., Micheau, J., et al. (2008). Rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 3 : Analyse des professions : chirurgiens dentistes, les métiers de la périnatalité. Paris ONDPS: 125, tabl., carte, ann.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Le tome 3 du troisième rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) fournit une analyse particulière de la situation des professions de chirurgien-dentistes et des métiers de la périnatalité. L'analyse des effectifs actuels et les résultats à l'horizon 2025 pour les chirurgiens-dentistes sont complétés par une étude qualitative portant sur l'exercice du métier. Un premier diagnostic régional des effectifs des professions engagés dans le domaine de la périnatalité est aussi présenté. Ce tome comporte également une synthèse sur les métiers qui assurent le fonctionnement du bloc opératoire.

ONDPS (2004). Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et spécialité : rapport 2004. Paris La documentation française: 47, tab.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé livre au public, avec ce premier rapport 2004, une synthèse générale, ainsi que quatre tomes thématiques sur les professions de santé en France. Chaque tome rend compte des résultats du travail de collaboration accompli tout au long de cette année, au sein du conseil d'orientation et des comités régionaux. Le tome 2 présente les résultats des projections démographiques à l'horizon 2025 réalisées selon plusieurs scénarios concernant la répartition des médecins par région et par spécialité.

ONDPS (2008). Rapport 2006-2007 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé : synthèse générale. Paris ONDPS: 68, carte, graph.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Ce deuxième rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) rassemble les données qui caractérisent la situation démographique, la répartition et l'évolution de l'activité des professions de santé. Cette synthèse est assortie de préconisations de l'ONDPS.

ONDPS (2008). Rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 2: les internes en médecine : démographie et répartition. Paris ONDPS: 93, tabl., carte, ann.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Le tome 2 du troisième rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) recense les effectifs des internes en médecine, par régions et par spécialités. L'importante progression du nombre d'internes qui suivra l'augmentation du numerus clausus est analysée. La diversité des situations locales, en termes notamment de capacité d'encadrement et de démographie médicale est mise en évidence. Les travaux développent également une analyse prospective de la démographie des internes en médecine. La croissance de leur nombre pourrait avoir des effets tant sur les structures régionales de formation que vis-à-vis des disparités de répartition notamment territoriales. La contribution qui complète ce rapport a trait aux affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007.

ONDPS (2009). Le renouvellement des effectifs médicaux. Rapport 2008-2009 de l'ONDPS. Tome 3. Paris ONDPS : 153.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Le tome 3, du rapport annuel de l'ONDPS, consacré au renouvellement des effectifs médicaux, rassemble trois contributions. Tout d'abord, un état des lieux dresse un panorama de la démographie des internes en formation en 2008-2009. Puis, un rapprochement de la démographie des médecins et des internes en formation s'inscrit dans une démarche prospective réalisée par région et par spécialité à l'horizon de cinq à dix ans. Enfin, des projections des effectifs de médecins, réalisées selon plusieurs scénarios, éclairent les perspectives d'ici 2030. Une attention particulière est portée aux situations régionales.

ONDPS (2010). Les internes en médecine : effectifs et répartition 2010-2014. Rapport 2010-2011 de l'ONDPS. Paris ONDPS: 145, tabl., graph., ann.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Ce premier tome du rapport 2010-2011 rassemble les propositions formulées par l'ONDPS concernant la répartition des effectifs d'internes en médecine pour la période 2010-2014. Ce tome présente les propositions régionales et la synthèse nationale. Deux objectifs ont guidé leur formulation : une meilleure répartition des médecins et la priorité accordée à la médecine générale. La présentation par

région fait état des évolutions et des perspectives de la démographie étudiante et médicale. Les comités régionaux de l'ONDPS ont fait valoir leurs priorités en matière d'offre de soins, sans pour autant sous-estimer la question des capacités locales de formation. Les besoins de prise en charge des patients ont relevé les priorités à accorder aux différentes spécialités. Les résultats montrent que la filiarisation permet des infléchissements sensibles (résumé d'auteur).

ONDPS (2010). Rapport 2009-2010 de l'ONDPS. Tome 1: les internes en médecine : effectifs et répartition 2010-2014. Paris ONDPS: 93, tabl., carte, ann.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

À partir des propositions des comités régionaux, l'ONDPS propose au ministre chargé de la Santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, dans les cinq prochaines années. La présente publication est consacrée à la présentation des résultats des travaux relatifs aux propositions d'internes de médecine à former, par région ou subdivision, pour la période 2010-2014. L'objectif d'une répartition plus égalitaire des médecins, inscrit dans la loi HPST, ainsi que celui de la priorité accordée à la médecine générale sont, bien sûr, centraux. La plus grande attention est également portée aux capacités de formation et à leur potentiel d'évolution. En effet, les travaux précédents de l'observatoire ont permis de prendre la mesure des tensions créées par l'importante augmentation du nombre d'internes. Ces tensions se révèlent parfois de façon particulièrement marquée au niveau de certaines subdivisions ou pour certaines spécialités. Elles impliquent de tenir compte des possibilités actuelles et potentielles des appareils locaux de formation pour évaluer la faisabilité des redéploiements d'effectifs d'étudiants que la démographie médicale pourrait justifier. Cette attention est d'autant plus nécessaire que les difficultés ressenties au cours de la formation se traduisent souvent par un allongement des délais d'installation. La première partie de ce rapport rappelle le déroulement de la démarche et présente les propositions auxquelles elle a abouti, en les situant par rapport aux décisions figurant dans l'arrêté ministériel du 12 juillet 2010. Une seconde partie présente les données et indicateurs retenus pour caractériser les situations de façon homogène, puis les dossiers constitués pour chacune des régions. Ces dossiers rassemblent les principaux indicateurs positionnant la région par rapport aux données nationales ainsi que la synthèse des arguments justifiant les propositions formulées par les comités. Enfin, deux tableaux en annexe présentent les données de cadrage relatives à la démographie étudiante et le bilan par région et par spécialité des diplômés et des inscrits à l'ordre des médecins pour la période 2001-2008.

ONDPS (2015). Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens. 2 volumes. Paris ONDPS: 2 vol. (101; 145), fig., tabl., cartes.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

En France, le système de santé est fondé historiquement sur une gestion différenciée de l'offre de soins : planificatrice et étatisée dans le secteur des établissements de santé (par exemple carte sanitaire et autorisation de lits et d'équipements lourds après 1970, SROS après 1991, etc.), de tradition libérale et conventionnelle dans le secteur de ville. Ainsi, l'essentiel de la régulation de la médecine de ville est réalisée, en amont de l'installation, par le biais des dispositifs qui s'appliquent aux flux d'étudiants (places ouvertes au *numerus clausus* par UFR à l'issue du concours de fin de première année - PACES - et épreuves classantes nationales - ECN - qui déterminent pour tous les étudiants ayant validé leur second cycle d'études, les postes d'internat ouverts par spécialité et UFR). Les dispositifs qui tendent à organiser l'offre de ville sont beaucoup plus récents et conservent le statut de correctifs incitatifs : il s'agit en particulier de la loi HPST de juillet 2009 qui impose aux nouvelles ARS de définir le maillage pertinent de leur région (les territoires de santé) et d'y organiser les soins de premier recours en ville ou encore le Pacte Santé Territoire de décembre 2012 qui crée les praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). Cette situation a conduit l'Observatoire national de la démographie des professions de santé à s'interroger sur les dispositifs qui, dans quelques pays européens proches, sont destinés à orienter l'installation des médecins en ville. L'étude est

complétée, dans un second volume, par des monographies par pays : Allemagne, Belgique, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni (résumé de l'éditeur).

AUTRES ETUDES

ANEMF (2012). Plan démographie médicale. Propositions de l'ANEMF en démographie médicale. Paris ANEMF: 15.

L'association des étudiants en médecine de France (ANEMF) propose un Plan de Démographie Médicale pour pallier les déserts médicaux par le biais de mesures transitoires et structurelles. Les étudiants suggèrent une médecine délocalisée avec la mise en circulation de véhicules équipés de matériel médical semblable à celui d'un cabinet de ville. Ces Véhicules de Santé PluriProfessionnels (VSPP) seraient utilisés par différents professionnels de santé. Ils proposent également la création de cabinets ou de maisons de santé appartenant aux collectivités territoriales. Les jeunes appellent aussi les plus vieux à repeupler ces zones désertifiées. Un Contrat d'Incitation Sénior à l'Exercice Libéral (CISEL) permettrait d'inciter les médecins séniors à finir leur carrière dans les déserts médicaux. Sur le plus long terme, l'ANEMF suggère notamment d'apporter quelques modifications au CESP (Contrat d'Engagement de Service Public). Cette disposition qui propose un engagement des jeunes en zones déficitaires en contrepartie d'une bourse études doit, selon l'ANEMF, être rendue plus incitative et plus simple pour les praticiens. Enfin, les étudiants en médecine estiment qu'il est urgent de revaloriser la médecine générale, ce qui pourrait passer, selon eux, par une découverte de tous les modes d'exercice durant leurs études médicales.

AMRF (2021). "Santé : vous reprendrez bien un peu de désert ? Dossier." 36 000 Communes(372): 7.

<https://fr.calameo.com/read/0053079897f705c96d3d5?>

<https://fr.calameo.com/read/00530798976b211c0b720>

Alors que la population augmente et notamment celle des personnes âgées, la croissance du nombre de médecins ne permet plus de suivre la demande et l'on assiste à une stagnation de la densité médicale depuis les années 2000 à l'échelle du pays tout entier et à une désertification médicale dans de nombreux territoires. Depuis 30 ans, cette désertification est chaque année un peu plus marquée car il s'y est ajouté une baisse passagère des effectifs de nouveaux docteurs qui a encore aggravé le peu d'installations et de reprises de cabinet. Ce sont des régions entières ou presque qui sont atteintes : la région Centre, la Champagne-Ardenne, l'Auvergne en dehors du Puy de Dôme ou la Bourgogne. S'observe ainsi un déclassement de pans entiers du territoire.

ARS (2014). Demomed 75 : étude sur la démographie médicale parisienne. Restitution des résultats au 28 janvier 2014, Paris : ARS

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/2014/Etude-sur-la-demographie-medicale-demomed-75-24012014.pdf>

Cette étude rassemble des données statistiques sur la profession médicale à Paris : démographie médicale, densité médicale, pratique médicale...L'analyse montre que 705 omnipraticiens, 223 gynécologues et 70 pédiatres auront cessé d'exercer à Paris d'ici à 2019. Parmi ces praticiens, âgés de 63 ans en moyenne, 79% disent ne pas encore avoir trouvé de successeur. Pour compenser ces départs, 166 installations [sont] nécessaires par an, selon l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France. Si la capitale affiche aujourd'hui une densité médicale supérieure à la moyenne nationale (11,2% médecins pour 10.000 habitants contre 9,7%), le repli démographique est réel et progresse. 80% des généralistes, 53% des gynécologues et 60% des pédiatres interrogés ont créé un dossier médical informatisé, 3% des professionnels pratiquent le tiers-payant pour tous leurs patients et 43% des cabinets sont accessibles aux handicapés.

ARS (2018). Renforcer l'accès aux soins en Ile-de-France : point d'étape fin 2018 (Ma santé 2022). Paris A.R.S.I.F.: 78, tab., graph., fig., ann.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/acces-aux-soins-lars-ile-de-france-renforce-ses-actions-et-les-moyens-engages-en-2018>

Les chiffres dévoilés dans ce rapport de l'Agence régionale d'Ile-de-France montrent que les grandes agglomérations de la région francilienne sont aussi touchées par la désertification médicale. En l'espace de quelques années, la région est en effet passée du statut de privilégiée et "richement" dotée, dans le domaine de l'accès aux soins, à celui de région rassemblant le plus grand nombre d'habitants confrontés à des difficultés d'accès aux soins, en particulier en médecine générale. La pénurie de praticiens ne fait que commencer car la moitié des 22.000 médecins qui exercent en Ile-de-France, dont 6.000 à Paris, ont plus de soixante ans et les jeunes confrères ne sont pas aussi nombreux pour leur succéder. De plus, lorsqu'un médecin part en retraite, les murs de son cabinet ont pris une telle valeur qu'un professionnel en début de carrière n'a pas les moyens de les racheter. Pour lutter contre le développement des déserts médicaux, l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) et l'ARS soutiennent désormais financièrement l'installation de cabinets médicaux regroupant plusieurs médecins. En Ile-de-France depuis 2017, 70 projets fédérant 300 praticiens, ont ainsi été cofinancés à hauteur de 11 millions d'€.

Bensadon, A. C. et Abenheim, L. (2001). Rapport sur la démographie médicale : perspectives de la démographie médicale. Paris DGS: 77, tabl., graph., ann.

Ce rapport sur la démographie médicale constitue un de 2 rapports remis sur le même thème à Elisabeth Guigou le 20 juin 2001. Réalisé par un groupe de travail piloté par Anne-Carole Bensadon, il a associé l'ensemble des directions du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ainsi que la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et la direction de la prévision du Ministère de l'Economie et des Finances. Ce rapport a pour objet de présenter une première analyse de la démographie médicale sous un angle double : faire un état des lieux et repérer les leviers d'action qui pourraient être utilisés pour répondre aux objectifs de santé publique auxquels concourt la démographie médicale. Il s'agit d'une première approche réalisée dans un délai bref et qui sera complétée par d'autres travaux en cours ou à venir. S'agissant du constat, le rapport s'appuie sur l'analyse et la mise en prospective et présente quelques données nouvelles. S'agissant des leviers d'actions, il s'attache à relever et à organiser les possibilités. Le document est en ligne sur le site du Ministère chargé de la santé dans le dossier "Démographie médicale" : http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/ind_36synt9.htm

Berland, Y. (2002). La démographie des professions de santé. Paris MSSPS: 113.

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000643/index.shtml>

Ce rapport sur la démographie médicale en France rend compte des résultats de la Mission Démographie des Professions de santé. Bien qu'il constate qu'il n'y a jamais eu autant de professionnels de santé qu'actuellement, il souligne, pour les années à venir, des risques de pénuries géographiques et disciplinaires, puisque le *numerus clausus* 2002 estimé à 4700 aurait pour conséquence de diminuer de 20 % le nombre des médecins. De plus, le vieillissement de la population et le consumérisme médical ne cessent d'accroître la demande de soins. Paradoxalement, le rapport note qu'à côté d'un sureffectif provisoire, "de forts contrastes géographiques" apparaissent. Si les zones urbaines ont une forte densité médicale, les zones péri-urbaines et rurales sont sous-médicalisées. Plusieurs voies d'exploration sont proposées pour pallier à cette évolution : la mise en place d'incitations financières pérennes, la création d'un collaborateur salarié et la multiplication des autorisations d'exercice en cabinet secondaire. Mais il faudrait lutter contre l'isolement du médecin en zone rurale notamment par la télémédecine, en permettant un maillage des zones concernées par un réseau à haut débit facilitant le transport rapide d'informations et d'images numérisées. Ce document est disponible sur le site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr> => Actualités / presse => Les rapports du gouvernement actuel => 2002.

Berland, Y. (2005). Rapport de la Commission démographie médicale. Paris MSSPS: 61, tabl., graph., carte.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000315/index.shtml>

Ce rapport sur la démographie médicale en France rend compte des résultats de la Commission démographie médicale. Il est articulé autour d'une première partie, qui dessine un état des lieux de la répartition de l'offre de soins médicaux sur le territoire national ; d'une deuxième partie, qui résume les mesures prises au cours des dernières années, d'une part pour se doter d'outils de pilotage de la démographie médicale, d'autre part pour inciter à un exercice dans les territoires déficitaires. La troisième partie énonce les propositions d'amélioration de la Commission.

Bernier, M. et Paul, C. (2008). Rapport d'information de la Mission d'Information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Paris Assemblée nationale: 206.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>

Ce rapport, dont l'objet est de préparer l'examen du projet de loi «Hôpital, patients, santé et territoires», formule trente propositions d'action visant à donner aux pouvoirs publics les moyens de piloter efficacement le niveau et la répartition de l'offre de soins, afin de garantir aux Français un égal accès aux soins de premier recours ; à structurer l'offre de « soins de premier recours » de façon efficace, efficiente et attractive pour les professionnels de santé ; et à adapter les formations médicales et paramédicales aux besoins de santé des territoires.

Bessiere, S., Collet, M., Billaut, A., et al. (2006). Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé : tome 1 : rapport 2005. Rapport Irdes. Paris La documentation française: 171, tabl., graph., carte.

Ce deuxième rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) rassemble les données qui caractérisent la situation démographique, la répartition et l'évolution de l'activité des professions de santé. La croissance globale des effectifs de professionnels de santé est plus ou moins marquée selon les métiers. Elle s'accompagne de fortes disparités de répartition entre les territoires, les spécialités et les secteurs libéral et hospitalier. Ce rapport comporte une synthèse générale et trois tomes thématiques. Le tome I intitulé : Les effectifs et la répartition des professionnels de santé, met en regard les données quantitatives disponibles sur les effectifs et les données sur le renouvellement des différents métiers et leur attractivité. La situation de l'offre de soins de premier recours fait, dans cette première partie, l'objet d'un examen particulier.

Bour, T. (2011). Les besoins en ophtalmologistes en 2030. Paris Académie Nationale d'Ophtalmologistes.

Après un état des lieux sur la démographie des ophtalmologistes et des professions médicales associées, ce rapport analyse les besoins pour la filière visuelle à l'horizon 2030.

Bourguet, Y. (2007). "La démographie médicale : constats, enjeux et perspectives." Regards(31): 34-46.

Les professionnels de santé n'ont jamais été aussi nombreux en France. L'auteur de cet article dresse les constats et les prévisions de la démographie médicale. Il s'interroge sur les enjeux et les pistes d'évolutions possibles.

Burdillat, M. (2010). "Avons-nous trop de médecins en France ?" Questions De Santé Publique(9): 4.

Alors que les médecins n'ont jamais été aussi nombreux qu'aujourd'hui, la « crise de la démographie médicale » retient l'attention publique. Deux raisons principales peuvent expliquer ce paradoxe. Tout d'abord la densité médicale amorce une décroissance qui devrait se prolonger pendant une dizaine d'années. La forte densité médicale actuelle masque ensuite des disparités criantes, entre les territoires et entre les différents métiers médicaux. En outre, ces perspectives s'annoncent dans un contexte qui voit s'affirmer la question des inégalités d'accès aux soins, en particulier dans leur dimension financière.

Castaigne, S. et Lasnier, Y. (2017). Les déserts médicaux : avis. Paris Cese: 48, tab., graph., fig.

<http://www.lecese.fr/content/le-cese-adopte-son-avis-sur-les-deserts-medicaux>

La question des « déserts médicaux » est de plus en plus prégnante dans le débat public, comme l'illustre la multiplication des analyses, témoignages et déclarations dans les médias et les réseaux sociaux, émanant des citoyens, des praticiens de la santé comme des acteurs de la société civile et des responsables politiques. Le CESE, en réalisant une veille des pétitions en ligne, avait repéré l'acuité grandissante de cet enjeu d'accès aux soins. Pour la première fois, il a souhaité saisir l'occasion de cette mobilisation citoyenne pour écouter les parties prenantes (patients, professionnels de santé, mais aussi administrations et pouvoirs publics) et présenter ses préconisations. Le présent avis s'inscrit dans l'agenda du Gouvernement, lequel a demandé, par la voix du Premier ministre lors de sa venue au CESE le 11 juillet 2017, que celui-ci puisse nourrir le plan d'action du ministère de la santé. Le 13 octobre dernier, la ministre de la santé a présenté son plan « Renforcer l'accès territorial aux soins », constitué de quatre priorités. Ce plan, loin d'être conçu comme complet et définitif, comporte un volet « Gouvernance » selon lequel un comité de pilotage se réunira chaque semestre pour réaliser un suivi de la mise en œuvre du plan et décider d'éventuelles adaptations à apporter. C'est dans ce cadre que le CESE formule 10 recommandations qui ont vocation soit à compléter le plan ministériel par des mesures nouvelles, soit à décliner opérationnellement des mesures qui y figurent.

Castel, T., M.A., Magniez, C., Oswald, N., et al. (2007). Démographie des professions de santé : quelles zones fragiles pour l'accès aux soins ? Reims O.R.S.C.A: 225.

L'Observatoire Régional de la Santé, en partenariat avec la MRS et l'Union Régionale des Médecins Libéraux, a mené une étude sur la démographie des professionnels de santé. L'objectif de cette étude est de définir le découpage territorial le plus adéquat pour répondre aux besoins de soins de la population et déterminer les zones d'intervention à privilégier pour la mise en place d'actions visant à améliorer l'offre de soins.

Choussat, J. (1996). Rapport sur la démographie médicale. Paris IGAS: 160, tabl.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/974071590/0000.pdf>

Le présent rapport sur la démographie médicale française est constitué de trois documents distincts. Le premier propose des réponses aux questions posées par le Ministre du Travail et des Affaires Sociales et par le Secrétaire d'Etat à la Santé. Les deux autres documents constituent des documents de travail qui ont nourri les réflexions de la Mission.

CISS (2010). Démographie médicale, répartition des médecins sur le territoire. Enjeux pour l'accès aux soins et la sécurité des usagers. Cahiers; 1. Paris CISS: 43 +annexes.

http://www.leciss.org/sites/default/files/101117_DOSSIER_DesertsMedicaux_Cahier1.pdf
http://www.leciss.org/sites/default/files/101117_ANNEXES_DesertsMedicaux_Cahier2.pdf

L'enquête réalisée par le CISS, la FNATH et l'UNAF a consisté, cette année, à rassembler le plus grand nombre d'éléments disponibles sur la démographie médicale, la répartition des médecins sur le territoire, l'évolution prévisible de ces installations et a également porté sur les aides à l'installation et au maintien mises en place par l'assurance maladie en direction des médecins afin de les inciter à s'installer ou à se maintenir sur les zones réputées « sous denses » par les ex-Missions régionales de santé. Les données exploitées dans ce dossier proviennent à la fois de celles qui ont fait l'objet d'une publication, en 2010, du Conseil national de l'ordre des Médecins, sous la forme d'atlas régionaux, et de celles qui nous ont été transmises par la cinquantaine de CPAM (sur cent) qui ont donné suite aux requêtes formulées par nos représentants présents au sein de leurs conseils. Le CISS, la FNATH et l'Unaf souhaitent ainsi exprimer les inquiétudes des usagers qui, pour nombre d'entre eux, sont confrontés au péril de l'éloignement de la médecine de premier recours. (Extrait de la synthèse).

Da Cruz, N. (2012). "Démographie médicale ! De nouvelles raisons d'espérer ?" Medecins : Bulletin D'information De L'ordre National Des Medecins(26): 22-29.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/bulletin/liste/2012>

L'édition 2012 de l'Atlas de la démographie médicale publié par le Conseil national de l'Ordre des médecins confirme les tendances démographiques observées les années précédentes. Mais elle révèle aussi de nouvelles données qui devraient avoir un impact positif sur l'accessibilité de l'offre de soins en tout point du territoire et la répartition des effectifs médicaux. Ce dossier en fait un décriptage.

Deplade, M. O. (2007). L'emprise des quotas : les médecins, l'Etat et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000). Paris Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Université Paris 01. Centre de Recherches Politiques de la Sorbonne. Ecole Doctorale de Sciences Politiques. Paris. FRA. **Thèse doctorale de Sciences politiques : Centre de recherches politiques de la Sorbonne - Ecole doctorale de Sciences politiques. : 750.**

Entre le début des années 1960 et la fin des années 1990, les médecins français ont connu une croissance démographique sans précédent dans leur histoire. Les événements de mai 1968, puis la crise économique et la volonté de plus en plus affichée des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé ont successivement conduit les médecins hospitalo-universitaires et les syndicats de médecins libéraux à se mobiliser pour continger davantage l'accès au corps médical. Cette thèse montre ainsi comment l'évolution démographique du corps médical a été construite comme un problème par ses porte-parole et par les pouvoirs publics et comment ceux-ci ont tenté de l'infléchir, voire de l'inverser, notamment en recourant à des quotas. Pour certaines administrations de l'État, ces quotas devaient être l'instrument d'une politique de long terme qui visait à réduire les effectifs du corps médical, quitte à créer des pénuries relatives de médecins qui devaient faciliter l'acceptation et la mise en œuvre de réformes supposées « rationaliser » le système de santé. Cette politique n'a pu néanmoins être appliquée que dans la mesure où elle ne contrariait pas des intérêts trop puissants à l'intérieur du corps médical. Ainsi, les quotas contingentant l'accès au corps médical ont davantage été fixés en fonction des intérêts immédiats défendus par les segments les plus puissants du corps médical et des rapports de force entre ces segments que suivant les préoccupations de long terme de certaines administrations. Les temporalités suivant lesquelles sont produites les politiques publiques ne peuvent donc pas être expliquées seulement suivant la temporalité propre du champ politique : cette dernière est elle-même, pour une part, le sous-produit des contraintes temporelles propres des institutions administratives ou des groupements qui cherchent à influencer sur les politiques publiques. L'étude de la régulation démographique du corps médical conduit également à montrer que les médecins forment un groupe politiquement puissant non pas au sens où tous les segments qui le composent sont puissants ou également puissants, mais au sens où certains d'entre eux le sont suffisamment pour influencer fortement la production des politiques publiques qui touchent à leurs intérêts spécifiques. Néanmoins, le pouvoir politique du corps médical est également le produit d'un travail de construction sociale et politique, un effet émergent résultant des succès remportés par ses segments les plus puissants et des discours imputant ces succès au groupe tout entier.

Devouge, P., Roux, M. et Université du droit et de la santé Lille 2 (2013). La démographie des gynécologues médicaux et des gynécologues obstétriciens dans le Nord Pas de Calais : quel avenir pour la profession dans la région en 2013. **Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Diplôme d'études spécialisées. Gynécologie Obstétrique. : 133p.**

Doan, B. D. H. (2008). "Les projections démographiques du corps médical et la planification des disponibilités en médecins." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **48**(3): 401-414.

[BDSP. Notice produite par OBRESA GR0xkBrD. Diffusion soumise à autorisation]. Quand l'offre et la demande en soins médicaux sont mises "hors marché" par l'assurance-maladie universelle, le nombre de médecins n'a plus d'influence dans l'émergence de la sensation collective de leur sureffectif ou de leur pénurie. Ce rôle inducteur est joué par une hausse - ou une baisse - prolongée du flux des nouveaux diplômés. Les projections du corps médical permettent précisément de prévoir à l'avance ces mouvements de hausse (ou de baisse), lorsque les études médicales sont régies par un système de numerus clausus peut susciter, à l'horizon de 15-20 ans l'émergence d'une perception collective aiguë de surplus (ou de manque) de médecins. (Résumé d'auteur).

Duburcq, A., Charpak, Y. et Marhand, C. (2000). Etude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes : enquête auprès des praticiens de 3 spécialités : pédiatrie, orthopédie et gastro-entérologie - Une approche de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes : modélisation de l'activité de trois spécialités : gastro-entérologie, orthopédie, pédiatrie. Lyon UPML: 45 , tabl.

Ce rapport présente les résultats d'une enquête réalisée en Rhône-Alpes auprès des praticiens de trois spécialités : pédiatrie, orthopédie, gastro-entérologie. L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la région souhaitait utiliser des données d'activité médicale afin de mieux discuter les critères de planification du nombre de médecins à former. Eval a été chargé de réaliser la modélisation/simulation basée sur les données d'activité régionales disponibles, ainsi que sur une analyse préalable de la littérature internationale. Il est consultable à l'adresse : www.upmlra.org/statique/etudes5

Duburcq, A., Coulomb, S. et Pradet, S. (2002). Etude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes : enquête auprès des praticiens de 2 spécialités : gynécologie-obstétrique et anesthésie-réanimation. Lyon UPML: 44, tabl., graph.

Ce rapport présente les résultats d'une enquête réalisée en Rhône-Alpes auprès des praticiens de deux spécialités : gynécologie-obstétrique et anesthésie-réanimation. L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la région souhaitait connaître l'activité des gynécologues-obstétriciens et des anesthésistes-réanimateurs. Cette étude montre des caractéristiques communes fortes aux deux spécialités : un âge moyen de ces médecins relativement élevé (47-48 ans), un temps de travail conséquent et des activités de gardes et d'astreintes importantes.

Dumontet, M., Samson, A. L. et Franc, C. (2016). "Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ?" *Revue Française D'economie* 31(4): 221-267, tab., graph., fig.

<http://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2016-4-page-221.htm>

À partir d'une base de données exhaustive, restreinte aux médecins généralistes installés en libéral entre 2005 et 2011, cet article étudie les déterminants du choix de leur lieu d'installation au sein d'une région, en distinguant quatre zones : banlieue, ville centre, ville isolée, rurale. Si les variables individuelles influencent relativement peu le choix d'une zone, les caractéristiques de l'offre et de la demande locale de soins, les dispositifs d'exonérations fiscales éventuellement offerts et les équipements disponibles dans chaque zone, expliquent significativement leur choix. Ces résultats sont mobilisés pour simuler l'impact de trois mesures visant à augmenter le nombre de généralistes s'installant en zone rurale.

Fromentin, V. é. (2017). "La désertification médicale : mythes et réalités." *Lettre De Galilée (La)*(H.S. N° 2): 42 , tab., graph., fig.

Si le phénomène de désertification médicale est souvent évoqué dans la presse régionale comme nationale, quels sont les réels chiffres de la démographie médicale ? Manque-t-on vraiment de professionnels de santé ? Comment l'État a-t-il appréhendé le phénomène ? Au-delà des statistiques, comment s'est-il largement fourvoyé dans sa politique en faveur de la médecine de proximité ? Après un historique sur la notion de "désert médical", ce cahier spécial de Galilée tente de répondre à ces questions.

Garot, G. (2018). Rapport sur la proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale. Paris Sénat: 79.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rapports/r0543.asp>

Ce rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat accompagne une proposition de loi visant à remédier à la désertification médicale dans certains territoires français. Les mesures proposées sont

les suivantes : le conventionnement territorial, le tiers payant intégral dans les centres et les maisons de santé.

Garot, G. (2019). Mesures d'urgence sur la désertification médicale. Paris Assemblée Nationale: 2 vol. (63 +31). <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl18-281.html>

Il y a tout juste une année, l'Assemblée nationale examinait une proposition de loi portant sur la lutte contre les déserts médicaux. Inscrit à l'ordre du jour par le groupe Nouvelle gauche, rejeté par la majorité parlementaire, le texte portait notamment sur la mise en place d'un mécanisme de limitation du conventionnement avec l'assurance maladie dans les zones les plus largement dotées en médecins - généralistes comme spécialistes. Deux arguments étaient alors avancés à l'appui du rejet : disposer de davantage de temps pour appliquer les mesures incitatives prévues par la convention médicale de 2016, attendre le plan santé dont on annonçait la sortie imminente et qui comportait un volet d'accès aux soins. Un an plus tard, le contexte doit alerter la représentation nationale, car le problème d'inégalités d'accès aux soins persiste et s'accroît. Alors que le projet d'organisation et de transformation du système de santé a été dévoilé en février 2019, ce rapport présente de nouvelles mesures pour lutter contre la désertification médicale en France.

Juilhard, J. M. (2007). Rapport d'information sur la démographie médicale : offre de soins - comment réduire la fracture territoriale ? Rapport d'information du Sénat ; 14. Paris Sénat: 86. <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf>

Le nombre de médecins en exercice n'a jamais été aussi élevé et pourtant, les disparités entre régions deviennent trop importantes pour assurer un accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire. Cette situation s'aggravera dans les années à venir. On prévoit une réduction du nombre de médecins en activité causée, d'une part, par une baisse de l'offre en raison du nombre insuffisant d'étudiants en formation et de nombreux départs en retraite, d'autre part, par le vieillissement de la population. Conscient de ce risque de pénurie, le gouvernement a concentré ses efforts sur les médecins dont la situation démographique est la plus critique au sein des professionnels de santé, et même plus particulièrement sur les médecins généralistes, les plus impliqués dans la prise en charge de premier recours. Depuis trois ans, des mesures ont été prises pour agir aux différentes étapes qui vont de la formation à l'installation des médecins. Elles visent à augmenter le nombre d'étudiants en formation et à inciter les médecins à s'installer dans les zones sous-médicalisées. Quelles améliorations faut-il en attendre? Comment apporter à cette démographie médicale en crise les solutions qui permettent d'offrir un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire ? Tel est l'objet du présent rapport.

Laur, A. (2015). "La liberté d'installation des médecins, responsable ou bouc-émissaire de la désertification médicale ?" Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **11**(10): 472-476.

La liberté d'installation des médecins a été maintes fois menacée de restriction au cours des réformes sur la santé ces 30 dernières années, le but officiel étant de lutter contre la désertification médicale. Toutefois, aucune réforme n'a remis en cause cette liberté fondamentale. Entre mesures incitatives et menaces de mesures coercitives, la liberté d'installation du corps médical reste un problème sensible sujet à de nombreux conflits entre les médecins et l'État. Aucune solution concrète n'a été trouvée pour faire face aux zones sous-médicalisées. L'article s'intéressera à analyser les mesures envisagées et les solutions envisageables pour réguler ce principe déontologique fondamental, et l'impact que cela aura sur le devenir de la Sécurité sociale.

Lucas-Gabrielli, V. et Chevillard, G. (2018). "Déserts médicaux et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ?" Medecine/Sciences **34**(6-7): 599-603. www.medecinesciences.org/fr/

L'accessibilité aux soins des français apparaît menacée par l'existence ou l'apparition d'espaces caractérisés par un manque de soignants souvent appelés « déserts médicaux ». Ces espaces renvoient en fait à des réalités multiples relatives à la faiblesse de l'offre médicale disponible couplée

à l'enclavement des territoires et à l'importance des besoins de soins. Nous proposons ici d'exposer les différentes manières de mesurer l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux ou de qualifier les espaces avec des inadéquations entre offre et besoins de soins afin de montrer la confusion que peut générer ce concept, ainsi que les enjeux pour les pouvoirs publics quand il s'agit de définir des mesures pour y faire face (résumé d'auteur).

Maurey, H. r. et Fichet, J. L. p. (2013). Rapport d'information sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. Paris Sénat: 133, ann.

<http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>

Réalisé dans le cadre de la commission du développement durable, qui a notamment en charge les questions d'aménagement du territoire, ce rapport d'information du Sénat sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire fait le constat d'une situation inacceptable et qui ne va pas en s'améliorant - difficultés dans l'accès aux soins, inégalités dans la répartition territoriale de l'offre de soins et baisse significative de la démographie médicale. Les sénateurs proposent plusieurs mesures radicales pour lutter contre le fléau des déserts médicaux. Ils évoquent notamment une extension aux médecins du conventionnement sélectif en fonction de la nature des zones d'installation ainsi que l'obligation pour les spécialistes, à la fin de leurs études, d'exercer pendant deux ans dans les hôpitaux sous-dotés. Ils ne croient plus aux mesures incitatives, qu'ils jugent opaques, complexes et inefficaces. Ils souhaitent fléchir l'installation des professionnels de santé vers des territoires délaissés, procédé qui a déjà été appliqué aux infirmiers en 2008 avec de bons résultats (un bond des installations de 33 % dans les déserts médicaux en trois ans). Mais tous les gouvernements ont reculé devant le poids électoral des médecins et les grèves des internes. Parmi les autres recommandations retenues : la nécessité d'intervenir dès à présent auprès des étudiants, afin de les prévenir que ce système pourrait être généralisé si les déserts médicaux s'étendent d'ici à la fin de la législature ; régionaliser le numerus clausus en fonction des besoins des territoires, alors qu'à l'heure actuelle ce mécanisme ne définit les effectifs d'étudiants en médecine qu'au niveau national. Les autres propositions du groupe de travail sont plus consensuelles. Elles consistent notamment à encourager le travail en équipe et la coopération entre professionnels de santé, les nouvelles formes d'exercice, les transferts d'actes entre professions de santé, la télémédecine, l'allongement de la durée d'activité des médecins en exonérant les retraités actifs du paiement des cotisations d'assurance vieillesse, ou encore à réformer les études de médecine et à créer au niveau départemental une commission de la démographie médicale.

Ministère chargé de la Santé (2015). Démographie des médecins libéraux et remboursements de l'assurance maladie. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014. Prévisions 2015 et 2016., Paris : Ministère chargé de la santé: 114-117, fig.

La CNAM recense 116 100 médecins libéraux en France en 2014, dont 60 900 omnipraticiens (y compris 7 200 médecins à exercices particuliers) et 55 200 spécialistes. Alors que la population française a crû en moyenne de 0,6% par an entre 2004 et 2014, les effectifs des médecins libéraux sont restés globalement stables. Cette stabilité masque toutefois un fléchissement amorcé à partir de 2010. La densité moyenne des médecins est de 82 généralistes pour 100 000 habitants et 85 spécialistes pour 100 000 habitants en France métropolitaine, ce qui situe la France dans la moyenne haute des pays européens en termes de densité médicale (cf. OCDE Health Statistics 2015). Cependant, la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire présente des disparités. Certaines régions, bien qu'elles soient bien dotées en médecins, peuvent intégrer des départements en situation de désert médical. C'est le cas par exemple de la région Île-de-France où l'on observe trois des départements les moins denses de France en médecins généralistes libéraux en 2014. Cette fiche dresse un état des lieux de la répartition des médecins en métropole et examine ensuite le lien entre le niveau d'honoraires par tête des médecins libéraux conventionnés du secteur 1 et la démographie médicale du lieu d'exercice.

Nicolas, G. (2007). Le corps médical à l'horizon 2015. Paris Académie Nationale de Médecine: 413-425.

La médecine française est entrée dans une période de mutation dont les effets devraient être au maximum en 2015, notamment par l'effet de la croissance de la démographie médicale alors que la technicité et les coûts ne cessent de progresser. Cette situation doit être saisie comme une opportunité pour refondre en profondeur l'ensemble du système à partir d'objectifs prioritaires tenant compte des besoins de la population sur l'ensemble du territoire. L'organisation des soins primaires est la priorité à court terme en regroupant les professionnels de santé afin de faciliter l'accès aux malades et d'établir une permanence des soins. De la même façon, il faut établir un maillage hospitalier de premier niveau permettant d'assurer les urgences dans un délai de 3 heures. Cette mutation passe également par une profonde réforme des études médicales. Le mode de sélection actuel est inadapté. La formation des généralistes ne correspond pas à un métier exercé, et celle des spécialistes manque de souplesse. Enfin, il faut engager une réflexion sur les revenus des médecins afin de réduire les inégalités.

Nicolas, G. et Duret, M. (1998). Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie, réanimation, gynécologie, obstétrique, psychiatrie et radiologie. Paris MSSPS: 51, tabl., ann.

La démographie médicale se caractérise en France par une forte augmentation des effectifs du milieu des années 1970 à la fin des années 1980. La croissance globale des effectifs va se poursuivre jusqu'aux années 2008/2010. Cette situation n'est cependant pas exempte de fortes disparités : disparités géographiques entre les régions, disparités entre activité libérale et hospitalière, disparités entre les différentes spécialités médicales. Ces disparités, si elles se maintenaient, pourraient devenir source de tension importante dans les disciplines considérées moins attractives, avec l'augmentation du nombre de départs à la retraite. Pour le présent rapport, l'étude a uniquement porté sur les quatre spécialités faisant parti de la mission relative aux quatre disciplines pour lesquelles existent aujourd'hui des insuffisances d'effectifs dans les hôpitaux publics : anesthésie, obstétrique, radiologie, psychiatrie. Les problèmes qui ont été perçus lors de l'étude : vieillissement de la population, inadéquation de la répartition géographique des médecins, féminisation et vieillissement du corps médical, plaident pour une amélioration de la connaissance des besoins de santé de la population et donc de l'élaboration d'un instrument d'évaluation de ces besoins au niveau régional. La méthodologie utilisée pourra être appliquée à l'étude démographique d'autres spécialités.

Nicolas, G. et Duret, M. (2001). Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale. Paris DHOS: 22.

Ce rapport sur la démographie médicale constitue un de 2 rapports remis sur le même thème à Elisabeth Guigou le 20 juin 2001. Réalisé par un groupe de travail piloté par le Professeur Guy Nicolas, il s'attache plus spécifiquement aux enjeux hospitaliers de la démographie médicale. L'adaptation de la démographie médicale constitue en effet un enjeu majeur de santé publique pour les années à venir. Le constat fait aujourd'hui est unanime sur le fait que les difficultés potentielles sont plus liées à l'inégalité de répartition des médecins entre les différentes spécialités et entre les territoires qu'à un problème d'effectif global à court ou moyen terme. A partir de différentes hypothèses concernant les évolutions démographiques et après avoir dressé un inventaire des différents leviers d'action qui sont susceptibles d'être mobilisés (numerus clausus, passerelles entre les spécialités, complémentarité ou substitution entre certains professionnels, incitations de nature à remédier aux disparités géographiques...), ce rapport élabore différents scénari de régulation possible.

Ortiz, J. P. et Raynaud, J. (2011). Les obstacles de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon : présentation synthétique des résultats de l'enquête réalisée auprès de 1006 personnes en juin 2011. Montpellier URPS: 34, tabl., graph., fig.

L'Union régionale des professions de santé (URPS) du Languedoc-Roussillon a réalisé une enquête téléphonique en collaboration avec le CSA auprès de 1006 habitants sur les obstacles de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon. Les résultats montrent que la principale difficulté pour consulter un médecin généraliste est le temps d'attente en cabinet (15 %). En ce qui concerne les médecins spécialistes la principale difficulté pour consulter est le délai d'obtention d'un rendez-vous. 11,8% de

la population a déclaré avoir renoncé au moins une fois à consulter un médecin généraliste. Ce chiffre s'élève à 23,7% pour un médecin spécialiste. Les 3 spécialités où le renoncement a été le plus fort sont l'ophtalmologie, la dermatologie et la gynéco-obstétrique.

Polton, D., Chaput, H. et Portela, M. (2021). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale. Paris Drees: 78.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>

Depuis une vingtaine d'années, la référence de plus en plus fréquente aux « déserts médicaux » dans les médias et le débat public traduit la préoccupation croissante de la population concernant l'accessibilité géographique aux soins de médecins. Même si ce terme recouvre une réalité qu'il est difficile d'objectiver, il est indéniable que l'évolution de la démographie médicale en France, notamment pour la médecine générale, a accru les tensions dans les territoires qui étaient déjà les moins bien desservis. Dans les prochaines années, alors que le vieillissement de la population entraînera une augmentation des besoins de soins, les projections laissent augurer une diminution de l'offre médicale en médecine de ville, surtout en soins primaires. Ces tendances risquent de dégrader encore l'accessibilité dans les zones les moins attractives. La situation de la France n'est pas unique. La répartition géographique des effectifs médicaux est inégale dans tous les pays, à des degrés divers. Partout, l'accès aux services de santé est plus difficile à assurer dans certains territoires, tels que les zones rurales, notamment éloignées ou isolées, ou les zones urbaines défavorisées. Répondre aux besoins sur l'ensemble du territoire et mieux équilibrer la distribution de l'offre sont des préoccupations largement partagées, dont plusieurs rapports internationaux se sont fait l'écho dans les années récentes (respectivement des rapports de l'Organisation mondiale de la santé [OMS], de l'Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE] et de la Commission européenne). Pour remédier à ces difficultés, des stratégies variées ont été déployées au cours des dernières décennies. L'objectif de ce Dossier de la DREES est, à partir d'une analyse de la littérature internationale, de décrire ces politiques, de rassembler les éléments d'évaluation de leurs impacts et de dégager quelques réflexions pour alimenter le débat sur la situation française. Ce dossier comporte également un état des lieux des préférences des médecins dans leur choix d'installation et des principaux déterminants de leur installation et de leur maintien sur leur lieu d'exercice, autant de leviers potentiels pour l'action publique.

Pouvoirville, G., Chaine, G., Nghiem-Buffer, S., et al. (2003). La démographie en ophtalmologie : 2000-2020. Paris Cnamts: 164, tabl., carte, ann.

L'ophtalmologie est l'une des spécialités les plus touchées par le départ massif à la retraite des médecins formés pendant la période 1970-1985, avant l'instauration drastique du numerus clausus. Le but de cette étude est de proposer des scénarios d'évolution de la spécialité, en fonction de l'évolution prévisible de ces besoins et en fonction d'hypothèses sur le contenu du métier de spécialiste en ophtalmologie. Ces scénarios incluent la prise en compte du rôle éventuel d'autres segments professionnels qui pourraient contribuer à l'offre de soins pour les affections de l'œil. Ce document dresse tout d'abord un état des lieux des professions de l'œil en France, en rappelant leur formation et leur domaine de compétence, leur démographie actuelle et leur répartition sur le territoire. Il examine ensuite l'organisation des soins de l'œil dans les autres pays de même développement économique, accompagnée d'une revue de la littérature sur la qualité des soins. Le chapitre suivant fondé lui aussi sur une revue de la littérature évalue la prévalence des grandes affections de l'œil en France, et d'estimer leur évolution au cours du temps. Le document se termine sur des modélisations de projections.

Pribile, P. et Nabet, N. (2018). Stratégie de transformation du système de santé. Repenser l'organisation territoriale des soins : Rapport final. Paris MSSPS: 22, tab., graph., fig.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf

Ce rapport rassemble les propositions de la stratégie de transformation du système de santé français sur l'aspect de l'organisation des soins sur le territoire : structuration du premier recours et des soins

de proximité, création d'établissements de santé du territoire, organisation de coopérations dans les filières de soins entre public et privé, implications des usagers dans le système de santé.

Rault, J. F. (2015). "Démographie : 8 idées reçues et corrigées." Medecins : Bulletin D'information De L'ordre National Des Medecins(40): 17-22, graph.

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/2015-07-16/master/sources/projet/MEDECINS-40.pdf

A l'occasion de la nouvelle édition de son atlas de démographie médicale en France, le Conseil national de l'Ordre des médecins a organisé, le 16 juin, à Paris, un débat sur le sujet de la démographie médicale. L'objectif était de dépasser et de corriger les idées reçues à ce sujet.

Regi, J. C. et Evrard, C. (2010). "Démographie médicale et répartition des postes d'internes par spécialité." Journal Des Medecins Liberaux Provence Alpes Cote D'azur(35): 5-6.

Saint-Andre, J. P. et Richard, I. (2017). "La crise de la démographie médicale : une illusion ?" Esprit(1): 65-75.

Si la démographie des médecins va changer dans les années à venir, il n'est pas sûr que nous soyons confrontés à une pénurie. En revanche, les conditions d'installation des médecins vont se révéler déterminantes étant donné les forts risques de déséquilibre de la répartition des médecins sur le territoire, entre les spécialités et entre les secteurs d'activité.

Salem, G., Rican, S., Vaillant, Z., et al. (2013). "Déserts médicaux : où est le problème ?" Pratiques : Les Cahiers De La Medecine Utopique(60): 1-82.

Vigier, J. P. (2018). Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en oeuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain. Tomes I et II. Paris Assemblée Nationale: 2 vol. (237, 565).

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-eng/r1185-t1.pdf>

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-eng/r1185-t2.pdf>

Ce rapport, fruit de plus de 30 auditions et d'une centaine de personnes interrogées expose 25 propositions pour lutter contre la désertification médicale, dont une réforme des études médicales, un nouveau maillage territorial et la simplification administrative.

Revenus et modes de rémunération : un essai de régulation

Aballea, P., Bartoli, F., Eslous, L., et al. (2007). Les dépassements d'honoraires médicaux. Paris Igas: 68+77, tabl. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000319.pdf>

Ce rapport de l'Igas dresse un constat sévère des pratiques de dépassements d'honoraires réclamés par les médecins à leurs patients. L'enquête constate que ces dépassements ont connu une augmentation importante depuis dix ans. Les auteurs du rapport en estiment le coût à près de deux milliards d'euros, sur 19 milliards d'honoraires. Les deux tiers de ces deux milliards d'euros de dépassements ne sont pas pris en charge par les mutuelles, les sociétés d'assurance ou les instituts de prévoyance et pèsent donc sur les ménages. Ce phénomène est devenu un obstacle à l'accès aux soins et, en ce sens, contraire aux principes fondateurs de l'assurance maladie. Cette étude, première du genre, menée entre juin 2006 et février 2007, montre que si elle est contenue chez les généralistes, la pratique est devenue quasi-constante chez les spécialistes. Elle ne prend pas en compte les demandes de paiement complémentaire non déclaré de la part des médecins, une pratique illégale de "dessous de table" qui fait actuellement l'objet de plusieurs enquêtes judiciaires dans le pays. Les auteurs du rapport fustigent la qualité très insuffisante des informations dispensées aux assurés, à commencer par l'affichage des tarifs dans les cabinets. Mais aussi l'indigence de celles délivrées par l'Assurance maladie. À ce sujet, Le Monde a testé le "service info-soins" de l'Assurance maladie à partir de la plate-

forme parisienne (0820 904 175) avant d'appeler divers médecins. Les informations fournies par l'Assurance maladie ne coïncident pas toujours avec les tarifs réellement pratiqués et les discriminations envers les bénéficiaires de la CMU perdurent.

Albouy, V. et Deprez, M. (2008). "Mode de rémunération des médecins." *Lettre Tresor Eco*(42): 8, tabl., graph.

Ce fascicule examine les différents modes de rémunération des médecins en France et à l'étranger. Il étudie ici les incitations théoriques produites par les différents schémas de rémunération et les confronte à la réalité de la pratique des médecins, dont la conduite ne dépend pas que de considérations financières. Il en ressort que les schémas de rémunérations influencent bien la pratique médicale et pourraient être utilisés pour l'améliorer (d'après texte des auteurs).

Attal-Toubert, K. et Legendre, N. (2007). "Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres." *Etudes Et Resultats (Drees)*(578): 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 4R0xX8lw. Diffusion soumise à autorisation]. Si les revenus d'activité libérale des médecins sont régulièrement évalués, ce n'est pas le cas de leurs revenus salariés. Or, 40% des médecins libéraux perçoivent aussi des salaires. Ainsi, entre 35 et 64 ans, les revenus et le niveau de vie des médecins libéraux sont proches de ceux des autres professions libérales. Au sein des professions de santé, les médecins libéraux ont en moyenne des revenus légèrement inférieurs à ceux des pharmaciens et dentistes libéraux (-10%) mais supérieurs à ceux des professionnels de santé salariés. Ils gagnent ainsi 26% de plus que les médecins hospitaliers. Les revenus d'activité des médecins libéraux hommes représentent environ 1,7 fois ceux des femmes, tandis que leur niveau de vie sont du même ordre. Enfin, les médecins libéraux ont des revenus et des niveaux de vie d'autant plus élevés qu'ils sont âgés.

Aubert, J. M. (2018). Stratégie de transformation du système de santé. Modes de financement et de régulation : Rapport final. Paris MSSPS: 16, tab., graph., fig.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf

Ce rapport rassemble les propositions de la stratégie de transformation du système de santé français sur l'aspect "Modes de financement et de régulation". Il préconise une évolution progressive des modes de financement au cours des trois prochaines années en proposant tant une stratégie de moyen terme, cohérente avec la transformation préconisée par l'avis récent du HCAAM (avis du 24 mai 2018) et globalement avec les différents chantiers de transformation, ainsi que des mesures immédiates pour 2019. La taskforce qui la produit proposera d'ici la fin de l'année 2019 des mesures supplémentaires qui pourront être mises en oeuvre en 2020 et 2021.

Aubert, J. M. (2019). Réforme des modes de financement et de régulation ». Vers un modèle de paiement combiné. Paris Ministère chargé de la santé: 47.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée en février 2018 par le Premier Ministre et la Ministre des Solidarités et de la Santé. Il fait suite à un premier rapport intermédiaire de juillet 2018 présentant les premières orientations de la mission task force réforme du financement et notamment les mesures de court terme dont la plupart sont en train d'être mises en place. Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement hétérogène en fonction des secteurs de soins, reposant majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers (médecine, chirurgie et obstétrique). Les autres secteurs sont financés par des enveloppes dont les fondements sont parfois très largement établis sur des bases historiques. À un système de financement cloisonné entre les différents champs de la santé, le rapport recommande de substituer progressivement des modalités de financement commune aux différents acteurs du système de santé, pour rendre cohérentes les incitations des acteurs et favoriser leur coopération au service des besoins du patient et des résultats

de santé obtenus. Les proportions relatives de chaque modalité de paiement ont toutefois vocation à varier selon les secteurs, pour prendre en compte leurs spécificités.

Baillot, A. (2012). "Disparités territoriales des consommations de soins de spécialistes et de dentistes : le poids des dépassements." *Serie Statistiques - Document De Travail - Drees*(172): 77-96, tabl., cartes., graph.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

Les études antérieures sur les disparités territoriales de consommation de soins portaient sur les montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Elles ne traitaient pas d'un élément déterminant de l'accès financier aux soins : les dépassements de tarif opposable. Or, comme la consommation de soins remboursée, les dépassements ne sont pas uniformément répartis entre les personnes ni entre les territoires. À partir des données des trois grands régimes d'assurance maladie, cette étude analyse les disparités départementales de consommation de soins par tête, en ajoutant les dépassements à la dépense reconnue par l'assurance maladie. Les analyses portent principalement sur les soins de ville, y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées. Elles portent plus particulièrement sur les consommations de soins de médecins généralistes, de spécialistes et de chirurgiens-dentistes (dont les dépassements représentent la moitié des dépassements de soins de ville). En soins de ville, les dépassements concernent surtout les dispositifs médicaux, les chirurgiens-dentistes et les spécialistes (partie I). Les disparités géographiques de consommation de soins par personne protégée sont importantes pour les trois postes de soins étudiés. Présentes au niveau de la dépense reconnue, elles concernent aussi le dépassement de tarif opposable (partie II). Si l'on tient compte des spécificités démographiques et contextuelles des départements, en particulier du niveau de revenu de la population et de l'offre de soins locale, les consommations de soins ainsi corrigées paraissent deux fois moins dispersées (partie III).

Baillot, A. (2012). "Les disparités territoriales des consommations de soins de spécialistes et de dentistes : le poids des dépassements." *Etudes Et Resultats (Drees)*(812): 4.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xqFtA9. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude analyse les écarts de consommation de soins par tête entre les départements, en portant une attention particulière aux dépassements. En 2009, la dépense annuelle moyenne en soins de ville s'élève à 1 335 euros par personne protégée, dont 196 euros de dépassements. Les dépassements de soins de médecins spécialistes et de chirurgiens-dentistes, comme la dépense reconnue par l'assurance maladie, varient significativement d'un département à l'autre. Ceux-ci sont substantiellement supérieurs à la moyenne dans quatre zones : l'Île-de-France (hors Seine-Saint-Denis), l'Alsace, quelques départements de Rhône-Alpes et les Alpes-Maritimes. Ces disparités départementales sont en partie imputables aux différences de structure démographique des populations ; elles sont aussi liées à d'autres caractéristiques, notamment au niveau de revenu de la population et à la quantité d'offre de soins locale. Si l'on tient compte des spécificités de chaque département, les écarts de consommations de soins observés se réduisent de moitié pour la dépense reconnue, et d'un peu plus pour les dépassements.

Batifoulier, P. et Gadreau, M. (2009). "La décision tarifaire : des actes gratuits aux actes chers. Les effets pervers de la politique publique de santé." *Journal D'economie Medicale* **27**(4): 222-233, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA ImR0xHEE. Diffusion soumise à autorisation]. L'accentuation de l'espace de liberté tarifaire en médecine de ville rend pertinente la question du juste prix. Le texte s'interroge sur la décision tarifaire des professionnels. Il met en avant les effets pervers d'une politique incitative qui, en affectant les motivations intrinsèques des médecins, peut légitimer les actes chers. (résumé d'auteur).

Bellamy, V. (2010). "Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008." *Etudes Et Resultats (Drees)*(735): 8.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

En 2008, les revenus des médecins libéraux, toutes spécialités confondues, ont augmenté en moyenne de +1,9% par rapport à 2007. Compte tenu d'une augmentation de l'indice des prix à la consommation de 2,8% en 2008, le revenu moyen a enregistré une baisse en euros constants de - 0,9%. Au titre de leur activité libérale, les médecins ont perçu 92 500 euros en moyenne, après déduction des charges professionnelles et de leurs cotisations sociales personnelles. Entre 2002 et 2008, les praticiens ont, pour la plupart des spécialités, vu leur revenu croître : 3,0% pour les anesthésistes, 2,7% pour les ophtalmologues, 2,3% pour les pneumologues et +0,6% pour les omnipraticiens, en rythme annuel. La structure des charges a peu évolué avec un taux de charges resté stable en moyenne entre 2006 et 2007 pour l'ensemble des spécialités. Les revenus libéraux des médecins sont, encore en 2008, davantage tirés par les prix que par l'activité. Pour les omnipraticiens, l'augmentation des prix (+2,6%) a largement compensé le recul de l'activité (-1,5%). Cet effet prix a renforcé notamment les revenus des chirurgiens et des ophtalmologues (+3,3%). Pour l'ensemble des médecins libéraux, les dépassements de tarifs conventionnés ont représenté en moyenne 11,1% de leurs honoraires mais cette proportion est variable selon les spécialités : 30% pour les chirurgiens, 27,5% pour les gynécologues et 4% pour les omnipraticiens, les radiologues et les cardiologues. Les forfaits ont représenté 6,3% des honoraires des omnipraticiens en 2008.

Bellamy, V. (2011). "Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010." Etudes Et Resultats (Drees)(786): 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xH98kn. Diffusion soumise à autorisation]. Entre 2009 et 2010, les honoraires totaux des médecins ont progressé, en moyenne, de 0,5% en euros courants. Avec une hausse de l'indice des prix à la consommation de 1,5% en 2010, ils reculent de 1% en euros constants, après une hausse de 1,1% en 2009. Entre 2002 et 2010 les honoraires totaux des praticiens ont progressé pour la plupart des spécialités, notamment ceux des ophtalmologues (+2,7%), des anesthésistes (+2,4%) et des pneumologues (+1,8%). Seuls les honoraires des radiologues et dermatologues ont diminué en euros constants de respectivement 0,4 et 0,3% en rythme annuel.

Bellamy, V. (2014). "Les revenus des médecins libéraux. Une analyse à partir des déclarations de revenus 2008." Serie Sources Et Methodes - Document De Travail - Drees(45): 123.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8ksIROxj. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude s'intéresse aux revenus d'activité des médecins libéraux en 2008 et propose une analyse détaillée des disparités de revenus entre les médecins, notamment en termes de spécialité ou de secteur de conventionnement, et en étudie les déterminants (intensité de l'activité, dépassements pratiqués, zone d'exercice, caractéristiques personnelles, etc.) L'utilisation d'une base de données unique appariant les données de l'assurance-maladie (activité, honoraires.) aux données issues des déclarations fiscales (DGFIP, retraitées par l'Insee) offre ainsi une vision du vaste champ d'analyses possibles dans ce domaine.

Bellamy, V. et Mikol, F. (2012). "Les revenus d'activité de médecins libéraux." Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(172): 48-56, tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

En 2008, les revenus d'activité des médecins libéraux varient du simple au double selon les spécialités. Si ces écarts s'expliquent par des différences dans les tarifs de base et les quantités des actes pratiqués, ils tiennent aussi au poids des dépassements d'honoraires dans certaines spécialités. En haut de l'échelle des revenus, les dépassements sont relativement forts chez les médecins de secteur 2. Les plus hauts revenus se caractérisent ainsi par une activité très intense, combinée à une pratique d'actes techniques très rémunérateurs, comme les actes de radiologie par exemple particulièrement importante, et par des dépassements élevés.

Bellamy, V. et Mikol, F. (2012). "Les revenus d'activité des médecins libéraux : le poids des dépassements." Etudes Et Resultats (Drees)(811): 4.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nkqR0xHJ. Diffusion soumise à autorisation]. En 2008, les revenus d'activité des médecins libéraux varient du simple au double selon les spécialités. Si ces écarts s'expliquent par des différences dans les tarifs de base et les quantités des actes pratiqués, ils tiennent aussi au poids des dépassements d'honoraires dans certaines spécialités. En haut de l'échelle des revenus, les dépassements sont relativement forts chez les médecins de secteur 2. Les plus hauts revenus se caractérisent ainsi par une activité très intense, combinée à une pratique particulièrement importante d'actes techniques - en général plus rémunérateurs que les actes cliniques - et par des dépassements élevés.

Bellamy, V. et Samson, A. L. (2011). "Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins." Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(161): 51-85, tabl., graph., fig.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

Cette étude analyse pour la première fois les comportements des médecins en matière de dépassements d'honoraires en France métropolitaine. La pratique des dépassements constitue aujourd'hui un enjeu de santé publique : depuis les 10 dernières années, la part des médecins en secteur 2 (autorisés à pratiquer des dépassements) ne cesse de croître, et la part des dépassements dans les honoraires totaux de ces médecins progresse constamment. Si les généralistes s'installent actuellement presque exclusivement en secteur 1, ce n'est pas le cas des spécialistes, et certaines spécialités ont une proportion de médecins en secteur 2 très élevée et en forte croissance (chirurgiens, gynécologues, ORL ou ophtalmologistes). Les dépassements sont par ailleurs concentrés dans certains départements, pour certains modes d'exercice spécifiques et sur certains types d'actes. La pratique des dépassements d'honoraires a donc des conséquences majeures pour l'accès aux soins des assurés, qu'il soit géographique ou financier. Nous décrivons dans un premier temps les pratiques de l'ensemble des médecins en matière de dépassements d'honoraires. Puis nous nous concentrons sur quatre spécialités (chirurgiens, psychiatres, ophtalmologues et gynécologues) pour mener une analyse économétrique qui vise à étudier les déterminants de l'accès au secteur 2 et le montant moyen des dépassements d'honoraires de ces quatre spécialités. Notre étude montre que la solvabilité de la demande locale influence positivement la probabilité de s'installer en secteur 2 ainsi que le niveau des dépassements pratiqués. De même, plus la densité médicale dans le département est importante, plus la probabilité de s'installer en secteur 2 est forte et plus les médecins pratiquent des dépassements élevés. On observe par ailleurs que les dépassements sont en moyenne plus élevés sur les actes cliniques et que les médecins ont un comportement mimétique en matière de dépassements : les montants de dépassements sont d'autant plus élevés que ceux des confrères exerçant dans le même département le sont. C'est pourquoi la régulation de la répartition des médecins et celle des dépassements sont ainsi étroitement liées.

Bellamy, V. et Samson, A. L. (2012). "Le secteur optionnel : effet d'aubaine ou outil de régulation des dépassements ?" Economie Publique(28-29): 197-238, tabl., graph.

Cet article étudie ex ante l'efficacité du secteur optionnel (aussi appelé option de coordination renforcée), secteur de conventionnement proposé en mars 2012 aux médecins du secteur 2 exerçant des spécialités de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique et instauré dans le but de réduire la pratique des dépassements d'honoraires. Il se base sur les données individuelles issues d'un appariement entre deux sources de données administratives, les fichiers de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et les fichiers des déclarations de revenus de la Direction générale des finances publiques, afin de simuler l'impact de la mise en place de ce secteur sur les montants de dépassements pratiqués ainsi que son coût pour l'assurance maladie.

Bocognano, A. (2009). "Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins." Actualite Et Dossier En Sante Publique(69): 8-12, carte.

Le nombre des dépassements d'honoraires facturés par les médecins de secteur 2 a considérablement augmenté. Le haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a étudié leur impact sur l'accès aux soins des patients sur le territoire.

Bras, P. L. (2015). "La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes." Seve : Les Tribunes De La Sante(48): 73-92.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-3.htm>

Depuis plus d'un siècle, la liberté tarifaire est l'enjeu d'un conflit entre les médecins et les représentants des assurés. Cet article est consacré au dernier épisode de ce conflit, la négociation engagée sur cette question en 2012 suite à l'engagement pris par le président de la République d'encadrer les dépassements d'honoraires. Il montre que, malgré cet engagement, la négociation s'est conclue par un accord globalement favorable aux médecins spécialistes qui devrait aboutir à un développement des dépassements. Malgré une publicisation de cette question des dépassements, les soutiens limités et diffus dont auraient pu bénéficier les pouvoirs publics ont conduit à privilégier une stratégie visant à éviter un affrontement ouvert avec une fraction du corps médical fortement mobilisée autour de la défense de la liberté tarifaire.

Bras, P. L. et Duhamel, G. (2008). Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. Paris La documentation française: 65.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000596/index.shtml>

Certains pays ont adopté le dispositif de rémunération des médecins en fonction de leurs performances. Ce rapport présente les exemples britannique et américain : contexte, dispositif, paiement, coûts, résultats et perspectives. Il s'interroge sur la nature de la performance : qualité clinique, relations avec les patients, efficacité. D'autres questions se posent, telles la cohésion entre la gestion de la performance et le dossier médical personnel, la conception des indicateurs cliniques, l'adhésion et la motivation des médecins, la collecte et le contrôle des données... De cette étude, les auteurs tirent des enseignements pour la France, notamment sur l'opportunité d'implanter ce système de paiement.

Chambaud, L., Khenouf, M. et Lannelongue, C. (2009). Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers. Tomes I et II. Rapport RM2008-147P. Paris La Documentation française: 2 vol. (134+154), tabl., graph., annexes.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000043/index.shtml>

Par lettre du 28 février 2008, la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a demandé à ce que soit réalisée une mission sur les rémunérations des médecins et chirurgiens hospitaliers. Le premier objectif était d'établir un état des lieux des rémunérations perçues par ces médecins au cours des dernières années et, sur la base de celui-ci, d'élaborer des propositions d'évolution des systèmes de rémunération. Il s'agissait notamment d'étudier l'intérêt et la faisabilité d'une démarche de convergence des systèmes de rémunération des différents modes d'exercice, à partir des évolutions préconisées dans le rapport de la mission Larcher.

Chone, P., Coudin, E. et Pla, A. (2019). Does the Provision of Physician Services Respond to Competition? Document de Travail; 2019-20. Palaiseau CREST: 72, tabl., fig., annexe.

crest.science/RePEc/wpstorage/2019-20.pdf

We assess the extent to which specialist physicians respond to local competition when deciding how much services to provide under a fee-for-service payment system. We use an exhaustive administrative panel data set of French physicians, and account for the dual nature of the regulatory environment, with part of the physicians being subject to price regulation. The activity of fee-regulated

physicians depends only on their individual preferences, and is not affected by changes in their demand or competitive environment. By contrast, the prices charged by free-billing physicians decrease and their activity increases with physician density. Reaction functions are upward-sloping, with the quantities of services provided being strategic complements. Our findings are consistent with a static oligopoly model where the consumption-leisure preferences of doctors exhibit strong income effects.

CISS (2015). Les dépassements d'honoraires des médecins toujours à la hausse, Paris : CISS Boulogne-Billancourt : Santéclair

http://www.leciss.org/sites/default/files/150521_Dossier-presse_Depassements-Honoraires-Medicaux-ToujoursHausse.pdf

Cnam (2014). Dépassements d'honoraires 2013 : Observatoire des pratiques tarifaires. Paris Cnamts: 24 , tabl., graph., fig.

<http://www.annuaire-secu.com/pdf/observatoire-pratiques-tarifaires12mars2014-V6.pdf>

L'Observatoire initié par l'accord conventionnel relatif aux pratiques tarifaires des médecins installés en secteur 2 de la convention médicale (en ville comme en établissements publics et privés) s'est réuni, pour la troisième fois depuis son installation, le 12 mars 2014. La présidence de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a mis en ligne le document étudié à cette occasion par les membres de l'observatoire représentant les caisses nationales d'assurance maladie obligatoire, les syndicats de médecins libéraux, le conseil de l'ordre, les organismes complémentaires d'assurance maladie et les associations de patients. La baisse du taux moyen de dépassement constatée en 2013 vient confirmer l'inflexion constatée en 2012, avec un écrêtement de certains des gros dépassements. Toutefois, cette modération du niveau des honoraires pratiqués, prévue par l'accord, reste à confirmer sur la base de données consolidées, affinées en montant et par spécialité, ce qui nécessite quelques mois de délai. Le premier rapport annuel de l'Observatoire présentant notamment les comparaisons exhaustives de l'exercice 2013 avec les années précédentes ainsi que les premières données significatives de l'évolution des honoraires des praticiens de secteur 1 titrés qui ont pu accéder au contrat d'accès aux soins est attendu à l'automne 2014. Il est également prévu qu'un bilan des procédures pour dépassement abusif et pour dépassements non autorisés (CMUC) sera réalisé par le conseil de l'Uncam.

Cnam (2017). Dépassements d'honoraires des médecins : une tendance à la baisse qui se confirme. Résultats de l'Observatoire des pratiques tarifaires, Paris : Cnamts

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Observatoire_des_pratiques_tarifaires.pdf

Ce dossier présenté par la Caisse nationale d'assurance-maladie, le 29 novembre 2017, rassemble les résultats de son observatoire sur les pratiques tarifaires des professionnels de santé. Cette étude montre que le nombre de praticiens en honoraires libres continue d'augmenter, avec 1.625 spécialistes en secteur II de plus en cinq ans. Le montant total des dépassements a ainsi atteint en 2016 le niveau record de 2,66 milliards d'€ (dont 2,45 milliards pour les seuls spécialistes), soit près de 300 millions de plus qu'en 2011 (il était alors de 2,35 milliards). Le taux de dépassement moyen s'inscrit toutefois en baisse en 2016, à 51,9%, contre 55,4% en 2011. Entre 2015 et 2016, la baisse est de 1,4 point. Sans surprise, les professions avec les plus forts taux de dépassement sont les gynécologues (70,8%), les psychiatres (73,2%), les pédiatres (62,7%), les dermatologues (66,5%) et les chirurgiens (61,9%). Même s'il reste du chemin à parcourir, le contrat d'accès aux soins mis en place en 2012 et assoupli en 2016 avec les nouvelles dispositions plus souples (Optam et Optam-CO) commence à porter ses fruits.

Cnam (2016). La rémunération sur objectifs de santé publique. Une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence de soins. Bilan à 4 ans, Paris : Cnamts

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/10042014_DP_Bilan_ROSP_2_ans_2013.pdf

Après 4 ans de mise en oeuvre, le bilan de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) témoigne de l'intérêt du dispositif comme levier d'évolution des pratiques chez les plus de 110 000 médecins libéraux éligibles. Entre 2011 et 2015, celle-ci a encouragé une prise en charge améliorée des malades chroniques et une prescription plus pertinente et efficiente au service de la maîtrise des dépenses de santé ; de plus, elle a agi comme levier de modernisation du cabinet médical, pour le bénéfice des patients. Le taux d'atteinte global pour les médecins généralistes et les médecins à expertise particulière¹ est passé de 52,9% à 68,3%² entre 2012 et 2015. Seul bémol, les indicateurs du volet prévention ne progressent pas.

Cnam (2017). La rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif, Paris : Cnamts

www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_bilan_ROSP_2016_du_21_avril_def.pdf

Après 5 années de mise en oeuvre, le bilan de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) est globalement positif et témoigne de son intérêt comme levier d'évolution des pratiques des médecins libéraux. Malgré un ralentissement observé en 2016, la progression des pratiques se poursuit et montre que cette rémunération complémentaire encourage globalement une meilleure prise en charge des malades chroniques et une prescription plus pertinente et efficiente au service de la qualité et de la maîtrise des dépenses. Elle n'aura cependant pas réussi à inverser la tendance à la baisse des pratiques de dépistage et de vaccination, qui connaissent depuis plusieurs années un contexte de défiance et qui impliquent des efforts de tous les acteurs au-delà des médecins. Fort de ces résultats encourageants, le dispositif a été reconduit dans le cadre de la nouvelle convention médicale signée en 2016. Un dispositif renouvelé, recentré sur la seule pratique clinique et intégrant de nouveaux indicateurs s'appliquera à partir de cette année.

Cnam (2018). La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) : bilan à un an du nouveau dispositif, Paris : Cnam

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM - Dossier de presse Rosp 2017 - 25 Avril 2018.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM_-_Dossier_de_presse_Rosp_2017_-_25_Avril_2018.pdf)

Mise en place au 1er janvier 2012, la Rémunération sur objectifs a été profondément revue et modernisée lors de la nouvelle convention médicale signée en août 2016. Objectif de cette rénovation : renforcer la pertinence du dispositif et ainsi continuer d'améliorer la qualité des pratiques médicales en actualisant les indicateurs de bonnes pratiques en matière de santé publique au regard des référentiels en vigueur. Au vu de cette refonte en profondeur avec l'introduction de 17 nouveaux indicateurs et le relèvement des objectifs pour les indicateurs préexistants, les résultats ont entraîné le déclenchement du dispositif de sauvegarde qui est censé garantir pour la première année le maintien de la rémunération globale. Le paiement de la Rosp est effectif depuis le 25 avril. Il ne comprend pas la partie organisationnelle devenue forfait structure, qui sera versée en juin, de même que la Rosp Médecin Traitant de l'enfant également payée en juin. Les résultats décevants de la ROSP 2017, aussi bien sur le plan des montants versés (47500 euros en moyenne par généraliste et MEP) qu'en matière de prévention, ont échaudé les syndicats de médecins libéraux qui réclament déjà des aménagements. La commission conventionnelle chargée du réexamen du dispositif commencera ses travaux dès la semaine prochaine.

Coudin, E., Pla, A. et Samson, A. L. (2014). GPs' Response to Price Regulation : Evidence from a Nationwide French Reform. Série des Documents de Travail. Malakoff CREST: 35 , tabl., fig.

<https://ideas.repec.org/p/crs/wpaper/2014-14.html>

This paper uses a French reform to evaluate the impacts of price regulation on general practitioners (GP) care provision, fees, and income. This reform has restricted, since 1990, the conditions self-employed GPs have to fulfill to be allowed to over-bill. We exploit 2005 and 2008 Public Health insurance administrative data on GPs activity and fees. We use regression discontinuity techniques in a fuzzy design to estimate causal impacts for GPs who set up practice in 1990 and were constrained to charge regulated prices. Our results suggest that GPs react to income effects. Under price regulation,

facing prices lower of 42%, GPs provide 50% of more care than if they could overbill. Male GPs react more than female GPs, which leads to opposite effects on their labor income. GPs are more accessible to patients but may also induce demand. They reduce aside salaried activities, use more lump-sum payment schemes, and occupy more often gate-keeper positions. A complementary analysis at dates closer to the reform suggests that these figures may underestimate the short-term effects of price regulation

Coudin, E., Samson, A. L. et Pla, A. (2014). Régulation des tarifs et comportements d'offre de soins des généralistes : les leçons de l'encadrement du secteur 2. Les Comptes nationaux de la santé 2013 : édition 2014., Paris : Ministère chargé de la Santé: 121-130, tab., graph., fig.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un dossier sur la régulation des tarifs et les comportements d'offre de soins des médecins généralistes. Ce dossier montre que la dépense de soins de médecins libéraux (60.000 omnipraticiens et 54.000 spécialistes) s'est élevée à 15,9 milliards d'€ en cabinet de ville et centres de santé l'an dernier, et à 4,2 milliards en clinique, soit une augmentation de 2,4% par an entre 2006 et 2013. Le nombre de consultations en cabinet a baissé de 216 à 213,4 millions, les visites à domicile de 30,4 à 23,2 millions et les coefficients d'actes techniques de 11,8 à 10,8 millions. L'activité clinique des généralistes représente 83% de la dépense (contre 89% en 2006), les rémunérations forfaitaires 11,2% et les actes techniques 6% environ. Chez les généralistes, 54.800 exercent en secteur I et 5.800 en secteur II (contre 7.500 en 2006). La rémunération des premiers est de 6% plus élevée que celle des seconds. Chez les spécialistes, 31.500 sont en secteur I et 23.400 en secteur II. Le montant total des dépassements d'honoraires a flambé de 900 millions d'€ en 1990 à 2,7 milliards en 2013.

Coulomb, A. (2011). Le paiement à la performance des médecins : une histoire à connaître, mais aussi à construire: libre blanc, Paris : Alain Coulomb Consulting ; Paris : Pfizer

Dans un contexte de réflexion sur le paiement à la performance, Alain Coulomb, ancien Directeur de la Haute Autorité de Santé (HAS), revient sur la genèse de ce mode de rémunération et sur ses perspectives d'avenir. Dans son Livre Blanc, il analyse le modèle britannique P4P (« Pay for Performance »), les objectifs et les critères de performance, donne la parole aux experts et aux acteurs de la rémunération des médecins, pour envisager l'exercice de la médecine générale sous un angle nouveau. L'idée de rémunération à la performance des médecins ou rémunération sur objectifs de santé publique, introduite par la Caisse nationale d'assurance maladie dès 2008 sous la forme des CAPI (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles), s'est progressivement imposée dans le paysage médical français, jusqu'à la signature de la convention de juillet 2011, qui instaure un « P4P à la française ». L'objectif est d'améliorer le suivi des patients et la qualité des soins, à travers différents indicateurs et de revaloriser l'activité des médecins généralistes. Le paiement à la performance introduit une notion nouvelle dans les modalités de rémunération des médecins : la performance comme levier d'équilibre et d'efficacité. Il se veut être un outil pour un meilleur accompagnement du patient dans sa prise en charge médicale. Il est donc capital que l'ensemble des acteurs de santé soient impliqués dans la gouvernance du système, pour le faire évoluer en continu, et pour que le P4P remplisse son objectif principal : l'amélioration de la qualité des soins.

CPNML (2014). Dépassements d'honoraires 2013. Commission Paritaire Nationale des médecins libéraux 5 mars 2014: 10 , tabl.

http://www.scribd.com/fullscreen/210976059?access_key=key-1wtzso8ehlv3p5xx6jdh&allow_share=true&escape=false&view_mode=scroll

Après plus de vingt ans de hausse quasi-ininterrompue, le montant global des dépassements d'honoraires facturés par les médecins libéraux a légèrement baissé en 2013. Ainsi, selon les chiffres transmis par la Cnam aux syndicats de médecins pour la Commission paritaire nationale du 5 mars 2014, le taux moyen de dépassement des spécialistes, au-delà du tarif de la Sécurité sociale, était de 56,3 % en 2013, contre 56,7 % en 2012 et 56,9 % en 2011. Le taux de dépassement était encore

inférieur à 40 % du tarif remboursable au début des années 2000, et de moins de 30 % au milieu des années 1990. À noter que les 5 800 généralistes et MEP de secteur II voient dans le même temps leur dépassement moyen passer à 45,9 % contre 45,3 % en 2011.

Daudigny, Y. (2012). Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux dépenses de l'Assurance maladie hors prise en charge des soins. Rapport d'information ; 656. Paris Sénat: 179.
<http://www.senat.fr/rap/r11-656/r11-6561.pdf>

Les dépenses de l'Assurance maladie hors prise en charge des soins, de nature très disparate, représentent tout de même 6 à 7 milliards d'euros par an. Elles sont dispersées dans les comptes de l'Assurance maladie, mal identifiées, leur légitimité et leur évolution étant jusqu'ici restées peu étudiées. S'appuyant sur les conclusions de l'étude de la Cour des comptes commandée par la Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale, ce rapport préconise notamment de clarifier les conditions dans lesquelles l'Assurance maladie, sur décision de l'Etat, finance une vingtaine de fonds ou organismes dont le lien avec ses missions est parfois ténu. Yves Daudigny souhaite un encadrement pluriannuel systématique de ces contributions chiffrées par la Cour à 959 millions d'euros en 2010 et demande une plus grande transparence. Le sénateur recommande également une simplification des règles d'attribution des aides individuelles financées par l'action sanitaire et sociale des CPAM. Enfin, à propos de la prise en charge des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux du secteur 1, qui représente un coût de 2 milliards d'euros par an pour l'Assurance maladie, la Cour des comptes suggérerait qu'elle soit modulée selon des critères géographiques, en vue de corriger les inégalités de répartition territoriale des médecins. Le rapporteur général s'empresse d'écarter cette solution qui prise isolément pourrait réduire l'attractivité du secteur 1. Il souhaite une réponse plus globale à la question des déserts médicaux, passant par le soutien actif aux formes d'exercice en groupe et à un meilleur partage des rôles entre professionnels de santé et la lutte contre les dépassements d'honoraires. Les départements ruraux eux-mêmes sont aujourd'hui touchés par des dépassements élevés, subissant une forme de double peine de l'accès aux soins : désert médical et restes à charge importants.

Da Silva, N. (2014). La qualité des soins est-elle soluble dans la quantification ? Une critique du paiement à la performance médicale. EconomiX Working Papers; 2014-31. Paris Université de Paris 10: 20.
http://economix.fr/pdf/dt/2014/WP_EcoX_2014-31.pdf

L'une des réponses de la politique publique au défi de l'amélioration de la qualité des soins est la mise en place de mécanismes de paiement à la performance qui incite le médecin à atteindre des objectifs chiffrés de qualité. L'hypothèse implicite est que la qualité des soins est soluble dans la quantité. Les normes quantifiées sensées traduire la qualité des soins proviennent des résultats de l'Evidence Based Medicine (EBM) et de sa méthode de recherche principale : l'essai clinique randomisé. Nous développons dans cet exposé deux critiques épistémologiques majeures sur cette utilisation de l'EBM. D'une part, l'épistémologie implicite des objets statistiques qui sous-tend cette méthode est problématique : la maladie n'est pas phénomène indépendant du malade et l'essai clinique randomisé n'est pas une méthode neutre et impartiale. D'autre part, il est également douteux de considérer le soin comme un bien de consommation infiniment reproductible : le service de soin n'est pas un produit.

Dixte, C. et Vergier, N. (2022). "Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017." Etudes Et Resultats (Drees)(1223): 8, graph., tab.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-03/er1223.pdf>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude sur le revenu des médecins libéraux en 2017. Cette photographie des revenus est issue d'un appariement des données relatives à l'activité libérale des médecins issues de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et des données issues des déclarations de revenus recueillies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). La DREES réalise cet appariement tous les trois ans depuis 2005 afin d'étudier les revenus des médecins libéraux. Cette étude analyse plus

particulièrement les disparités qui existent entre les différentes spécialités et les évolutions observées depuis 2014. Des données provisoires pour 2018 et 2019, issues des déclarations à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) complètent l'analyse.

Dormont, B. et Peron, M. (2015). Does health insurance encourage the rise in medical prices? *HEDG Working Paper 15/16*. York HEDG: 25, tabl., fig.

<http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1516.pdf>

Our purpose is to evaluate the influence of health insurance coverage on the use of specialists who balance bill. We estimate the impact on patients' behavior of a shock consisting of better coverage of balance billing, while controlling for supply side drivers. We use a panel data set of 43,111 French individuals observed between January 2010 and December 2012. Individuals are observed when they are all covered by the same supplementary insurer, with no coverage for balance billing, and after 3,819 of them switched to other supplementary insurers which offer better coverage. Our estimations show that better coverage contributes to a rise in medical prices by increasing the demand for specialists who balance bill: for individuals who enjoy better coverage the proportion of consultations of specialists who balance bill is increased by 9%, and balance billing charged per consultation by 32%. However, the impact of the coverage shock depends on local supply side organization. When the proportion of specialists who do not balance bill their patients is high enough, patients have a real choice between specialist type: there is neither evidence of an inflationary effect of supplementary coverage, nor of limits in access to care due to balance billing

Dormont, B. et Peron, M. (2015). "Does health insurance encourage the rise in medical prices? A test on balance billing in France." *Cahiers de la Chaire Santé*(22): 26, tab., graph., fig.

Des couvertures de complémentaire santé trop généreuses encouragent-elles les dépassements d'honoraires ? Cette étude de la Chaire santé de l'université Paris Dauphine apporte une réponse ambivalente à cette question, qui n'est pas nouvelle. Pour les chercheurs, le résultat le plus intéressant de l'étude est que l'impact de la couverture complémentaire est lié à la structure de l'offre de soins. Les auteurs concluent que la politique actuelle, qui vise à décourager les contrats de complémentaires généreux en matière de prise en charge des dépassements par une fiscalité dissuasive, n'est "pertinente que dans les zones géographiques où il y a une insuffisance du nombre de médecins en secteur 1".

Dormont, B. et Samson, A.-L. (2011). "Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des généralistes : les enseignements de quelques études économétriques pour la France." *Revue Française Des Affaires Sociales*(2-3): 156-179.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8AFR0xDn. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article propose une synthèse des connaissances sur les revenus des médecins en France, issues de travaux économétriques menés à partir d'un panel représentatif de médecins généralistes. Il examine l'influence du paiement à l'acte sur les comportements d'offre de soins et la régulation de la médecine ambulatoire. Les estimations montrent l'impact décisif de la densité médicale : fortes disparités de rémunération en fonction du département ou de la région d'exercice, comportements de demande induite et influence durable de la démographie médicale au moment de l'installation (liée aux fluctuations du *numerus clausus*). Du fait de leur exercice libéral, les médecins ont, par ailleurs, une grande liberté dans l'allocation de leur temps de travail au cours de leur vie professionnelle, ce dont témoigne le profil atypique de leurs honoraires au cours de leur carrière ainsi que l'existence de médecins à faibles revenus. Enfin, compte tenu de la longueur des études de médecine, il apparaît que les revenus cumulés des médecins, sur l'ensemble de leur carrière, sont d'un montant comparable à ceux des cadres supérieurs du secteur privé.

Frechou, H. et Guillaumat-Taillet, J.-P. (2009). "Les revenus libéraux des médecins en 2006 et 2007." *Etudes Et Resultats (Drees)*(686): 8, tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nR0x879I. Diffusion soumise à autorisation]. En 2007, les médecins ont perçu 86 300 euros en moyenne au titre de leur activité libérale, une fois prises en compte leurs charges professionnelles et leurs cotisations sociales personnelles. Cette progression des revenus concerne la plupart des spécialités, y compris les omnipraticiens (+3,0%), et fait suite à une augmentation de 0,4% en 2006 en termes réels. Les revenus libéraux des médecins sont davantage tirés par les prix que par l'activité. Les prix progressent en effet de +3,5% en 2006 puis de +2,6% en 2007 alors que l'activité individuelle se redresse légèrement (-0,5% en 2006 puis +0,8% en 2007) sous l'effet d'une moindre baisse pour les omnipraticiens. La progression des dépassements, confirmée pour les spécialistes après la pause observée en 2005, a concerné tout particulièrement les dermatologues et les ophtalmologues en 2007. Les forfaits se développent et ont représenté plus de 6% des honoraires des omnipraticiens en 2007.

Ginon, A. S. (2011). "Prix, marché et liberté tarifaire en médecine." *Journal D'economie Medicale* **29**(5): 204-215.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xkJrHp. Diffusion soumise à autorisation]. Le développement d'un vaste espace de liberté tarifaire, à partir de la création du double secteur tarifaire en 1980, a réhabilité le rôle du prix dans l'échange médical. Cette évolution significative fait lever aux valeurs libérales de la médecine et modifie la hiérarchie des valeurs à l'oeuvre dans l'éthique médicale. Elle conduit à accélérer les inégalités d'accès aux soins tout en activant des dépenses publiques nouvelles.

HCAAM (2007). Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux adopté par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Paris HCAAM: 21, tabl., graph.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_240507.pdf

Le médecin fait partie de notre environnement quotidien et occupe une place privilégiée dans notre vie. Il est celui qui nous accompagne tout au long de notre existence, le témoin de nos troubles et de nos douleurs, le confident de nos angoisses les plus intimes. La population est très attachée à son médecin de ville, son médecin de famille. C'est une évidence et une constante sociologique jamais démentie. Et ces praticiens si proches de nous sont essentiellement des praticiens libéraux. Le médecin, quel que soit son statut (libéral, salarié) participe à une mission d'intérêt général. La médecine libérale apparaît ainsi, à côté de l'hôpital, comme l'un des piliers de notre système de santé. La politique à conduire en matière de médecine sous statut libéral consiste à équilibrer les attentes plus ou moins compatibles des trois acteurs en présence : les malades, les médecins et les régulateurs. Comment se recomposent les exigences de ces trois acteurs ? Sont-elles cohérentes ? Comment s'arbitrent les éventuelles contradictions ? Cet avis tente de répondre à ces questions.

HCAAM (2007). Note sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux adopté par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Paris HCAAM: 147+116, tabl., graph.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_240507.pdf

Le médecin fait partie de notre environnement quotidien et occupe une place privilégiée dans notre vie. Il est celui qui nous accompagne tout au long de notre existence, le témoin de nos troubles et de nos douleurs, le confident de nos angoisses les plus intimes. La population est très attachée à son médecin de ville, son médecin de famille. C'est une évidence et une constante sociologique jamais démentie. Et ces praticiens si proches de nous sont essentiellement des praticiens libéraux. Le médecin, quel que soit son statut (libéral, salarié) participe à une mission d'intérêt général. La médecine libérale apparaît ainsi, à côté de l'hôpital, comme l'un des piliers de notre système de santé. La politique à conduire en matière de médecine sous statut libéral consiste à équilibrer les attentes plus ou moins compatibles des trois acteurs en présence : les malades, les médecins et les régulateurs. Comment se recomposent les exigences de ces trois acteurs ? Sont-elles cohérentes ? Comment s'arbitrent les éventuelles contradictions ? Cette note tente de répondre à ces questions.

Jelovac, I. (2013). Physicians Balance Billing, Supplemental Insurance and Access to Health Care. Documents de travail; WP 1305. Ecully Groupe d'Analyse et de Théorie Economique: 17.
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2215671

Some countries allow physicians to balance bill patients, that is, to bill a fee above the one that is negotiated with, and reimbursed by the health authorities. Balance billing is known for restricting access to physicians' services while supplemental insurance against balance billing amounts is supposed to alleviate the access problem. This paper analyzes in a theoretical setting the consequences of balance billing on the fees setting and on the inequality of access among the users of physicians' services. It also shows that supplemental insurance against the expenses associated with balance billing, rather than alleviating the access problem, increases it.

Kervasdoue, J. d. d. (2014). Le revenu des professions de santé, Paris : FNMF ; Paris : Economica
<http://www.economica.fr/livre-le-revenu-des-professions-de-sante,fr,4,9782717867268.cfm>

Plus de dix ans après son ouvrage sur la crise des professionnels de santé, il est apparu nécessaire de revenir avec Jean de Kervasdoué sur ce sujet qui, plus que jamais suscite des débats et cristallise tant de passions. L'analyse détaillée des données chiffrées permettra d'évaluer l'évolution des revenus des professions de santé au cours des 15 dernières années tout en mettant en évidence quelle réalité recouvre les disparités géographiques, les spécialités ou encore le mode d'exercice. Elle réservera au lecteur quelques surprises allant à l'encontre des idées reçues. Au-delà du symbole que porte le revenu, c'est la globalité des pratiques qu'il convient aujourd'hui d'interroger : exercice en réseau ou individuel, coopération professionnelle, médecine de ville ou pratique hospitalière. L'évolution rapide des techniques médicales ainsi que les profondes mutations institutionnelles tant en Europe qu'en Amérique du nord permet d'ores et déjà d'entrevoir les modes d'organisation pour la médecine de demain. Au terme de l'analyse, l'auteur suggèrera quelques recommandations sur la démographie médicale, les modes d'exercice, les revenus et modalités de paiement ainsi que sur l'offre, et qui devraient faciliter l'entrée de la médecine française dans le XXI e siècle.

Kervasdoue, J. d. et Cannasse, S. (2007). "Économie de la médecine libérale. Un regard critique." Concours Medical **129**(13-14): 377-379.

[BDSP. Notice produite par ENSP 2r3CR0xO. Diffusion soumise à autorisation]. Le C vient d'être augmenté, mais ne pourrait-on pas mieux rémunérer les médecins généralistes grâce aux alternatives du paiement à l'acte ? Comment permettre une véritable coordination des réseaux de soins, grâce à la mise en place d'un dossier médical personnel minimum ?

Leguelinel-Blache, G., Bussières, J. F. et Le Galfontes C. (2019). "Le financement à l'épisode de soins : un modèle efficient pour renforcer le lien ville-hôpital en France et au Québec ? In : Panorama de droit pharmaceutique - 2018." Revue Generale De Droit Medical(6): 211-226.

Après avoir été expérimenté aux États-Unis et en Europe, le financement à l'épisode de soins s'impose aujourd'hui en France et au Québec comme un modèle économique alternatif à la tarification à l'activité (T2A) et à la dotation globale historique dans les établissements de santé et au paiement à l'acte pour les professionnels de santé libéraux. Il s'agit de proposer un paiement forfaitaire global pour l'ensemble des prestations pluri-professionnelles engagées en ville et à l'hôpital afin de résoudre un problème de santé sur une période limitée. Ce concept nécessite de standardiser la prise en charge thérapeutique selon des recommandations de bonnes pratiques, en utilisant des indicateurs de performance. Ce mode de financement pourrait renforcer la coordination intra- et extrahospitalière et consolider l'efficacité des soins en évitant la multiplication des actes inutiles au profit d'une plus grande qualité et sécurité des soins, et en s'appuyant sur des forfaits ajustés au risque.

Marie, R. (2012). "Les évolutions à l'oeuvre en matière de rémunération des médecins libéraux." Droit Social(5): 517-523.

La question de la rémunération des médecins libéraux est depuis plusieurs années au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. La persistance des déficits, les progrès technologiques, l'évolution des techniques de prise en charge de certaines pathologies comme les pathologies chroniques remettent en cause le système de paiement à l'acte. D'autres modes de rémunération sont ainsi à l'étude, depuis la convention médicale du 26 juillet 2011. Cet article analyse l'évolution de ces modes de rémunération.

Marty, J. et Pellet, R. (2014). "Les dépassements d'honoraires, l'assurance maladie et le projet de loi relatif à la santé." *Droit Social*(10): 839-846.

Le projet de loi sur la santé prétend lutter contre les barrières financières de l'accès aux soins. En réalité, il crée une rupture caractérisée de l'égalité entre les établissements publics et privés de santé car il prévoit que les cliniques privées ne pourront participer au service public hospitalier qu'à condition que leurs praticiens ne recourent jamais à des dépassements d'honoraires pour toute leur activité libérale, alors que les praticiens hospitaliers pourront continuer à demander de tels dépassements dans l'activité privée qu'ils exercent au sein des hôpitaux. La réforme envisagée est d'autant plus injuste que l'activité chirurgicale des établissements privés de santé s'avère aujourd'hui moins chère, dépassements d'honoraires compris, que celle des établissements publics. Et ces hôpitaux sont directement intéressés à l'augmentation des revenus privés de leurs médecins.

Ministère chargé de la santé (2015). Une comparaison internationale des paiements à la performance des médecins. *Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015.*, Paris : Ministère chargé de la santé: 132-135, tabl., graph.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/6_une_comparaison_internationale_des_paiements_a_la_performance_des_medecins.pdf

A l'instar de la France, de nombreux pays de l'OCDE expérimentent de nouveaux modes de rémunération comme solutions possibles à l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité des dépenses de santé. A ce titre, le dispositif du paiement à la performance rémunère les médecins selon des résultats obtenus en fonction de l'atteinte d'objectifs de qualité des soins et de missions de santé publique. La mise en place de ce dispositif, relativement récente, est encore difficile à évaluer. Des éléments d'éclairage peuvent cependant être apportés en termes de rémunérations des médecins et de mesure de la qualité clinique.

Nakhla, M. (2010). "Conception de mécanismes de rémunération variable des médecins et incitation au développement de l'activité." *Journal D'economie Medicale* **28**(3-4): 127-140, tabl., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xD999F. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cet article est d'analyser les expériences en cours dans l'hôpital visant l'augmentation de l'activité en instaurant une rémunération variable des médecins dans le cadre de la nouvelle tarification. C'est une forme d'extension du principe de l'arrêté du 28 mars 2007. L'article étudie et compare deux modes d'intéressement, l'un basé sur l'activité, l'autre basé sur le résultat. Dans les différentes simulations, les mécanismes d'incitation se traduiraient immédiatement par un coût non négligeable alors que la situation n'a pas changé. Le ticket d'entrée se révèle coûteux sans garantie sur les comportements des médecins.

Pejout, I. et Lheritier, M. (2004). "La revendication du secteur à honoraires différents par les médecins spécialistes." *Droit Social*(6): 656-659.

Sujet d'une brûlante actualité, la revendication d'un espace de liberté tarifaire par les médecins spécialistes s'inscrit à l'instar de la mobilisation des médecins généralistes pour la revalorisation de la consultation à 20 euros, au rang des contentieux collectifs. Toutefois, ces mouvements se distinguent à deux titres : l'un financier, l'autre tactique. Cet article fait une analyse de cette problématique.

Pla, A., Chone, P. et Coudin, E. (2020). "Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1137): 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1137.pdf>

En France, les tarifs pratiqués par les médecins libéraux exerçant en secteur 1 sont fixés par l'Assurance maladie, alors que les médecins exerçant en secteur 2 peuvent ajouter au prix conventionnel de l'acte un dépassement d'honoraires. Entre 2011 et 2014, une majorité des nouveaux spécialistes libéraux faisant l'objet de cette étude (gynécologues, ophtalmologues et pédiatres) s'installent en secteur 2. En secteur 1, le volume de soins fournis ne dépend que des caractéristiques individuelles du praticien, comme sa situation familiale ou ses revenus non professionnels, alors qu'en secteur 2, des mécanismes de concurrence sont systématiquement mis en évidence. En cas de hausse de la densité médicale locale, le volume de soins fournis par un spécialiste de secteur 2 augmente, alors que le prix pratiqué diminue. Il peut ainsi maintenir le niveau de ses honoraires. Face à l'arrivée de nouveaux concurrents, les spécialités techniques adaptent leur activité en augmentant les actes techniques pratiqués pour compenser la baisse du nombre des consultations. Enfin, si en secteur 1, l'activité des médecins ne dépend pas du niveau de vie de la population locale, celui-ci joue fortement sur l'offre de soins et le tarif fixé des spécialistes de secteur 2.

Pla, A. (2014). Les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011. *Les Comptes nationaux de la santé 2013*. Paris : Ministère chargé de la Santé: 147-154.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un chapitre sur les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011. En 2011, les revenus d'activité des médecins libéraux, sommes des revenus tirés de l'activité libérale et de ceux tirés d'une éventuelle activité salariée complémentaire, varient du simple au double selon les spécialités. Ils sont également variables en fonction du secteur de conventionnement. La hiérarchie des revenus selon la spécialité est restée pratiquement stable depuis 2005. Entre ces deux dates, les revenus ont cependant augmenté plus fortement pour les spécialistes, en particulier ceux de secteur 2, que pour les généralistes. La dispersion des revenus des médecins spécialistes s'est en outre accrue, les hausses intervenues sur la période étant en grande partie « tirées » par les plus hauts revenus.

Pla, A. (2017). "Médecins libéraux : une hausse modérée de leur revenus entre 2011 et 2014." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1022): 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE Ajo8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. En 2014, les médecins libéraux ont perçu en moyenne un revenu d'activité de 112 000 euros, nettement plus élevé pour les spécialistes (141 000 euros) que pour les omnipraticiens (86 000 euros). Entre spécialités, des écarts de revenus moyens importants existent, et cette hiérarchie perdure. Entre 2011 et 2014, les revenus des médecins ont progressé en moyenne de 0,3% par an.

Pla, A. (2018). "Revenus des médecins libéraux : les facteurs démographiques modèrent la hausse moyenne entre 2005 et 2014." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1080): 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

Entre 2005 et 2014, le revenu annuel moyen des médecins libéraux a progressé de 1,0 % par an en euros constants. Si la répartition des médecins par sexe, âge et secteur de conventionnement était restée identique entre 2005 et 2014, toutes choses égales par ailleurs, les revenus d'activité libérale des médecins auraient progressé de 1,9 % par an en moyenne. En effet, au cours de la période, le niveau d'activité moyen des médecins a diminué, sous l'effet du vieillissement de la profession et de sa féminisation, l'activité des femmes étant légèrement plus faible que celle des hommes. Ces deux facteurs démographiques contribuent ainsi à modérer la hausse du revenu d'activité libérale, respectivement de 0,6 point et de 0,3 point. En revanche, le développement des installations en secteur à honoraires libres joue, lui, légèrement en faveur d'une hausse du revenu moyen (0,1 point).

Ces effets de structure sont particulièrement sensibles pour les stomatologues, les psychiatres et les pédiatres. Ils sont quasiment nuls pour les chirurgiens. Après prise en compte de ces effets de structure, les pneumologues, les ophtalmologues et les gastroentérologues restent les spécialités ayant connu les plus fortes progressions de revenu.

Pla, A. et Mikol, F. (2015). Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés. Collection Insee Références. Paris INSEE: 43-58.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/REVAIND15_c_D2_sante.pdf

Les médecins ayant une activité libérale peuvent avoir plusieurs sources de revenus (bénéfices non commerciaux, revenus salariés, etc.), avec différentes combinaisons possibles de ces modes de rémunération. Ils disposent d'une grande liberté dans la détermination de leur niveau et de leur type d'activité. Les médecins à « honoraires libres » (secteur 2) peuvent en outre pratiquer des dépassements d'honoraires en sus du tarif conventionnel de chaque acte. Les jeunes médecins, installés depuis moins de cinq ans, se distinguent de leurs aînés par leurs caractéristiques sociodémographiques mais aussi dans la pratique de leur activité. Ils sont plus souvent chirurgiens ou anesthésistes et moins souvent généralistes. Parmi les jeunes généralistes, les femmes sont désormais majoritaires. Les jeunes médecins exercent plus fréquemment que leurs aînés une activité salariée en plus de leur activité libérale. Les jeunes spécialistes sont beaucoup plus fréquemment installés en secteur 2 (59 % contre 41 % en moyenne). Entre 2005 et 2011, les revenus globaux des jeunes médecins ont progressé, en euros constants, de 2 % pour les généralistes et de 11 % pour les spécialistes. Ils ont été tirés à la hausse par l'augmentation des revenus salariaux ainsi que, pour l'activité libérale, par le développement des rémunérations versées sous forme forfaitaire par l'Assurance-maladie.

Samson, A. L. (2009). "Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?" Regards Croisés Sur L'economie(5): 144-158.

http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RCE_005_0144

Les revenus des médecins sont une variable clé de la régulation de notre système de santé. Du côté de l'offre de soins, ils sont déterminants pour le maintien de l'attractivité des études de médecine et de la profession de médecin. Par ailleurs, les revalorisations des tarifs des consultations influencent fortement les dépenses de la Sécurité sociale. Enfin, le secteur 2 et les dépassements honoraires nuisent à la couverture des soins et sont susceptibles de creuser les inégalités dans l'accès aux soins. Parce qu'elle implique les médecins, l'Etat et les patients, la rémunération des médecins est un enjeu de politique économique considérable. Cet article s'intéresse aux revenus des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, qui représentent 59 % de l'ensemble des médecins français. En France, comme dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les médecins constituent une des professions les mieux rémunérées. En 2004, un médecin généraliste gagnait en moyenne 5 200 euros nets mensuels et un médecin spécialiste 8 000 euros. En comparaison, le salaire moyen d'un cadre était de 2 900 euros. Ces médecins sont payés à l'acte : leurs revenus sont directement liés à leur activité et au volume de soins qu'ils délivrent au cours de chaque consultation. Nous présentons ici l'impact de ce système de paiement, principe fondateur de la médecine libérale, sur le montant et la dispersion des revenus des médecins et montrons pourquoi une remise en cause partielle de ce système de rémunération est nécessaire pour assurer l'efficacité de notre système de santé (résumé d'auteur).

Samson, M. L. et Dormont, B. (2014). Does it pay to be a doctor in France? Wp ; 1/2014. Paris Université Paris Dauphine: 28, tabl., graph., fig.

This paper examines whether general practitioners (GPs) earnings are high enough to keep this profession attractive. It sets up two samples, with longitudinal data relative to GPs and executives. Those two professions have similar abilities but GPs have chosen a longer education. To measure if they get returns that compensate for their higher investment, this study analyses their career profiles and constructs a measure of wealth for each individual that takes into account all earnings accumulated from the age of 24 (including zero income years when they start their career after 24).

The stochastic dominance analysis shows that wealth distributions do not differ significantly between male GPs and executives but that GP wealth distribution dominates executive wealth distribution at the first order for women. Hence, while there is no monetary advantage or disadvantage to be a GP for men, it is more profitable for women to be a self-employed GP than a salaried executive.

UFC Que Choisir. (2013). Honoraires des médecins spécialistes en 2013. Les bornes sont dépassées. Paris UFC-Que Choisir: 23, fig.

<https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-honoraires-des-medecins-specialistes-en-2013-les-bornes-sont-depassees-n13895/>

Cette enquête a examiné l'évolution des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes en 2013. Elle a constaté de fortes disparités entre spécialités et la variation du niveau et de l'évolution des honoraires selon la taille de la ville d'installation des médecins. La hausse des dépassements s'expliquerait par les augmentations individuelles et le profil des nouveaux médecins. Elle examine également le dispositif du contrat d'accès aux soins qu'elle considère comme une réponse mal conçue, inefficace et coûteuse aux problèmes d'accès aux soins. En conclusion, l'UFC Que-choisir formule des propositions afin de stopper cette évolution à la hausse : redéfinition de la rémunération des médecins, plafonnement du dépassement d'honoraires à 40 % du tarif de la sécurité sociale et fermeture du secteur 2.

Quelques études internationales

ÉTUDES DE L'IRDES

Michel, L. et Or, Z. (2020). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie, Pays-Bas). Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane. *Les rapports de l'Irdes* ; 573. Paris Irdes: 28.

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/573-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-italie-reseaux-pluridisciplinaires-en-toscane.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Malgré le rôle essentiel des médecins spécialistes dans la prise en charge de ces patients, peu d'attention y a été portée. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Les deux études de cas présentées ici pour l'Italie décrivent l'organisation et le fonctionnement de réseaux pluriprofessionnels prenant en charge des patients atteints du pied diabétique et d'insuffisance cardiaque, dans la région de Toscane. Ce premier volume en français inaugure une nouvelle série des Rapports de l'Irdes, intitulée « Etudes de cas ».

Michel, L. et Or, Z. (2020). "Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(248): 8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/248-decloisonner-les-prises-en-charge-entre-medecine-specialisee-et-soins-primaires-experiences-dans-cinq-pays.pdf>

Le vieillissement de la population, qui engendre une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, oblige les systèmes de santé à repenser leur organisation. Répondre aux besoins des patients rend nécessaire une meilleure coordination de leurs prises en charge au confluent des soins primaires, de la médecine spécialisée et du médico-social. En France, depuis une quinzaine d'années, les soins primaires se réorganisent à travers, notamment, le développement des maisons de santé pluridisciplinaires. Mais les médecins spécialistes sont rarement engagés dans ces organisations. L'hyperspécialisation, qui risque de produire une fragmentation de l'offre de soins de

plus en plus importante, et les difficultés d'accès aux soins de spécialistes interrogent sur les modes d'organisation de la médecine spécialisée. A partir de huit études de cas observés dans cinq pays, nous proposons ici une analyse de nouveaux modèles d'organisation de la médecine spécialisée. Nous décrivons les démarches et outils mobilisés afin de mieux prendre en compte les besoins des patients et de décloisonner les prises en charge. Nous questionnons ensuite la manière dont ces démarches viennent bousculer tant les rôles des spécialistes que ceux des autres professionnels de santé concernés. Nous montrons aussi en quoi les modes de financement changent pour s'adapter aux nouveaux besoins.

Michel, L. et Or, Z. (2020). International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries (England, Germany, Italy, Netherlands, United States). Italy: Multidisciplinary Networks in Tuscany. *Les rapports de l'Irdes* ; 574. Paris | Irdes: 26.

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/574-international-comparison-specialist-care-organisation-italy-multidisciplinary-networks-in-tuscany.pdf>

Under pressure of increasing demand for healthcare from an ageing population with multiple chronic conditions, France, as other countries, seeks to advance care coordination across primary, hospital and long-term care sectors. Specialists play an essential role in treating patients with chronic conditions, but little attention is given to their organization out of hospitals, and their role in enhancing care coordination and patient-centered care provision. In order to investigate different ways in which specialists are working out of hospital to integrate primary and social care, we carried out case studies in five countries (England, Germany, Italy, Netherlands, England and United States). In each study, we examined how specialist care is organised around specific health conditions for integrating care in community. The two case studies presented here for Italy describe the organization and functioning of multidisciplinary networks managing diabetic foot and heart failure patients in the Tuscany region. This first volume in English inaugurates a new series of *Rapports de l'Irdes* (IRDES Reports), titled "Etudes de cas" (Case studies).

Michel, L. et Or, Z. (2021). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays. Angleterre : des équipes pionnières de soins intégrés en gériatrie et en pneumologie. *Les rapports de l'Irdes* ; 578. Paris Irdes: 30.

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/578-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-angleterre-equipes-pionnieres-de-soins-integres-en-geriatrie-et-pneumologie.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de patients atteints de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Cette étude de cas décrit l'organisation et le fonctionnement de deux modèles pionniers d'équipes de soins intégrés en gériatrie et en pneumologie en Angleterre, dans lesquels les spécialistes à l'hôpital travaillent en étroite collaboration avec les professionnels de soins primaires et de soins de longue durée, et proposent des services en dehors de l'hôpital.

Michel, L. et Or, Z. (2021). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée. Innovations dans cinq pays : le financement intégré des soins de maternité aux Pays-Bas. *Les rapports de l'Irdes* ; 576. Paris Irdes: 24.

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/576-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-le-financement-integre-des-soins-de-maternite-aux-pays-bas.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Cette étude de cas décrit l'organisation des soins de maternité aux Pays-Bas, ainsi que les expérimentations de bundled payment visant à soutenir un modèle de soins de maternité intégrés.

Michel, L. et Or, Z. (2021). International Comparison of Specialist Care Organization. Innovations in Five Countries: Integrated Funding for Maternity Care in the Netherlands. *Les rapports de l'Irdes ; 577*. Paris Irdes: 22.

<https://www.irdes.fr/english/reports/577-international-comparison-specialist-care-organisation-integrated-funding-for-maternity-care-in-the-netherlands.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Cette étude de cas décrit l'organisation des soins de maternité aux Pays-Bas, ainsi que les expérimentations de bundled payment visant à soutenir un modèle de soins de maternité intégrés.

Michel, L. et Or, Z. (2021). International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. England: Pioneer Integrated Care Teams in Geriatric and Respiratory Services. *Les rapports de l'Irdes ; 579*. Paris Irdes : 30.

<https://www.irdes.fr/english/reports/579-international-comparison-specialist-care-organization-england-pioneer-integrated-care-teams-in-geriatric-and-respiratory-services.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas,

nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de patients atteints de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Cette étude de cas décrit l'organisation et le fonctionnement de deux modèles pionniers d'équipes de soins intégrés en gériatrie et en pneumologie en Angleterre, dans lesquels les spécialistes à l'hôpital travaillent en étroite collaboration avec les professionnels de soins primaires et de soins de longue durée, et proposent des services en dehors de l'hôpital.

ÉTUDES COMPAREES

Akbari, A., Mayhew, A., Al-Alawi, M. A., et al. (2008). "Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care." Cochrane Database Syst Rev(4): Cd005471.

BACKGROUND: The primary care specialist interface is a key organisational feature of many health care systems. Patients are referred to specialist care when investigation or therapeutic options are exhausted in primary care and more specialised care is needed. Referral has considerable implications for patients, the health care system and health care costs. There is considerable evidence that the referral processes can be improved. **OBJECTIVES:** To estimate the effectiveness and efficiency of interventions to change outpatient referral rates or improve outpatient referral appropriateness. **SEARCH STRATEGY:** We conducted electronic searches of the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) group specialised register (developed through extensive searches of MEDLINE, EMBASE, Healthstar and the Cochrane Library) (February 2002) and the National Research Register. Updated searches were conducted in MEDLINE and the EPOC specialised register up to October 2007. **SELECTION CRITERIA:** Randomised controlled trials, controlled clinical trials, controlled before and after studies and interrupted time series of interventions to change or improve outpatient referrals. Participants were primary care physicians. The outcomes were objectively measured provider performance or health outcomes. **DATA COLLECTION AND ANALYSIS:** A minimum of two reviewers independently extracted data and assessed study quality. **MAIN RESULTS:** Seventeen studies involving 23 separate comparisons were included. Nine studies (14 comparisons) evaluated professional educational interventions. Ineffective strategies included: passive dissemination of local referral guidelines (two studies), feedback of referral rates (one study) and discussion with an independent medical adviser (one study). Generally effective strategies included dissemination of guidelines with structured referral sheets (four out of five studies) and involvement of consultants in educational activities (two out of three studies). Four studies evaluated organisational interventions (patient management by family physicians compared to general internists, attachment of a physiotherapist to general practices, a new slot system for referrals and requiring a second 'in-house' opinion prior to referral), all of which were effective. Four studies (five comparisons) evaluated financial interventions. One study evaluating change from a capitation based to mixed capitation and fee-for-service system and from a fee-for-service to a capitation based system (with an element of risk sharing for secondary care services) observed a reduction in referral rates. Modest reductions in referral rates of uncertain significance were observed following the introduction of the general practice fundholding scheme in the United Kingdom (UK). One study evaluating the effect of providing access to private specialists demonstrated an increase in the proportion of patients referred to specialist services but no overall effect on referral rates. **AUTHORS' CONCLUSIONS:** There are a limited number of rigorous evaluations to base policy on. Active local educational interventions involving secondary care specialists and structured referral sheets are the only interventions shown to impact on referral rates based on current evidence. The effects of 'in-house' second opinion and other intermediate primary care based alternatives to outpatient referral appear promising.

Baker, L. C., Bundorf, K. et Kessler, D. P. (2017). Does Multispecialty Practice Enhance Physician Market Power? NBER Working Paper Series ; n° 23871. Cambridge NBER: 36, fig., tabl.+ annexes.
<http://www.nber.org/papers/w23871>

In markets for health services, vertical integration – common ownership of producers of complementary services – may have both pro- and anti-competitive effects. Despite this, no empirical research has examined the consequences of multispecialty physician practice – a common and increasing form of vertical integration – for physician prices. We use data on 40 million commercially insured individuals from the Health Care Cost Institute to construct indices of the price of a standard office visit to general-practice and specialist physicians for the years 2008-2012. We match this to measures of the characteristics of physician practices and physician markets based on Medicare Part B claims, aggregating physicians into practices based on their receipt of payments under a common Taxpayer Identification Number. Holding fixed the degree of competition in their own specialty, we find that generalist physicians charge higher prices when they are integrated with specialist physicians, and that the effect of integration is larger in uncompetitive specialist markets. We find the same thing in the reciprocal setting – specialist prices are higher when they are integrated with generalists, and the effect is stronger in uncompetitive generalist markets. Our results suggest that multispecialty practice has anticompetitive effects.

Benahmed, N., Deliege, D., De Wever, A., et al. (2018). "La planification des médecins en Europe : une revue de la littérature des modèles de projection." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **66**(1): 63-73.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0x98mAE. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : Les soins de santé représentent un secteur à forte intensité en capital humain dans lequel les ressources humaines constituent la moitié des dépenses totales. Le nombre de professionnels, ainsi que la répartition de leurs compétences, font donc l'objet d'une attention soutenue de la part des décideurs tant au niveau national qu'au niveau international. L'objectif de cet article est d'analyser les différents modèles européens de projection de l'offre médicale et de la demande en médecins. Méthodes : Afin de décrire les outils de projection utilisés pour la planification médicale en Europe, une revue de la littérature grise a été menée via la consultation de rapports techniques de l'OCDE, de l'OMS et de l'Union européenne, et a été complétée par la consultation des bases de données bibliographiques Pubmed, Medine, Embase et Econlit. Résultats : Les méthodes quantitatives d'évaluation de l'offre médicale reposent généralement sur une modélisation de type "stock and flow" et plus rarement sur une dynamique systémique. Les paramètres inclus dépendent largement de la disponibilité et de la qualité de ces données. Les modélisations des besoins en médecins se limitent à la consommation de soins et n'envisagent que rarement les besoins dans leur globalité ou des objectifs de santé. Outre les méthodes quantitatives, l' "Horizon scanning" est une technique permettant d'apprécier l'évolution de l'offre et de la demande dans un futur incertain à l'aide de techniques qualitatives telles que celles des enquêtes semi-structurées, des panels Delphi ou des "focus group". Enfin, les modèles de projection de l'offre et de la demande doivent être régulièrement mis à jour pour vérifier la réalisation des hypothèses de travail. De plus, une analyse post-hoc est également nécessaire mais trop rarement réalisée. Conclusion : La planification des ressources humaines médicales est très inégalement implantée en Europe. L'implémentation politique des résultats des exercices de projection est cruciale pour une planification efficace. Cependant des données importantes comme celles relatives à la mobilité entre les États membres sont mal connues, compliquant les politiques de régulation de l'offre médicale. Ces politiques se limitent généralement à la régulation de la formation et n'envisagent que trop rarement la délégation et la substitution.

Bourgueil, Y., Durr, U., Pouvourville, G. et al. (2002). "La régulation des professions de santé - études monographiques. Allemagne, Royaume - Uni, Québec, Belgique, Etats-Unis. Rapport final." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(22): 242, tabl., graph.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

[BDSP. Notice produite par ORSRA 1YR0xVe1. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport met en parallèle les dispositifs de régulation de la démographie médicale mis en oeuvre dans cinq pays. Chaque pays est présenté selon un plan type comprenant une synthèse du système de santé, la situation démographique des professions de santé actuelle de chaque pays, les outils de projection démographiques utilisés et les différents mécanismes de régulation qui jouent aux différents temps de

la vie professionnelle (à l'entrée dans la profession, à l'entrée sur le marché du travail, en cours et en fin d'exercice professionnel). En conclusion, les cinq pays sont ordonnés selon l'importance de leurs dispositifs de régulation : Royaume-Uni (le maximum de régulation), Québec, Allemagne, Belgique, Etats-Unis (minimum de régulation).

Bourgueil, Y., Durr, U. et Rocamora-Houard, S. (2001). "La régulation démographique de la profession médicale dans cinq pays : étude monographique." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales: 195-220, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP 0R0xsrB6. Diffusion soumise à autorisation]. Tableau des modes de régulation de la densité médicale en Allemagne, en Belgique, au Royaume-Uni, au Québec, aux Etats-Unis. Il oppose les pays à régulation administrée complète (Royaume-Uni et Québec) qui mettent en oeuvre une gestion rigoureuse et des incitations nombreuses (économiques, financières, pédagogiques ...), les pays à régulation administrée (Allemagne et Belgique) qui contrôlent principalement l'installation des médecins et enfin les USA dont la régulation est faible.

Bourgueil, Y., Durr, U. et Rocamora-Houard, S. (2001). "La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni (étude monographique)." Etudes Et Resultats(120): 12 , 12 tabl., 11 enc.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

Sur cinq pays étudiés, la régulation démographique des professions médicales peut se décrire selon trois modes : une « régulation administrée complète » (au Royaume-Uni et au Québec), une « régulation administrée incomplète » (en Allemagne et en Belgique), une « régulation faiblement administrée » (aux États-Unis). Ces modes de régulation reflètent la façon dont s'exerce l'intervention publique dans le système de soins (État ou caisses de Sécurité sociale) et la répartition géographique des compétences en matière de formation des étudiants. Les États-Unis régulent peu les formations et font jouer un rôle important aux Managed Care Organizations dans la gestion des professionnels de santé. En Allemagne et en Belgique, la régulation des professionnels se fait à l'installation par le biais du conventionnement avec les caisses d'assurance maladie, sachant que l'organisation fédérale ou communautaire laisse aux Länder ou aux communautés linguistiques une grande latitude dans l'aménagement des études médicales. Au Royaume-Uni et au Québec, l'intervention centrale de l'État est plus directe, tout en s'appuyant sur les avis d'instances d'ailleurs plutôt professionnelles qu'universitaires (résumé d'auteurs).

Boyle, S., Petch, J., Batt, K., et al. (2017). "How much do cancer specialists earn? A comparison of physician fees and remuneration in oncology and radiology in high-income countries." Health Policy(Ahead of print).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.11.003>

Higher spending on healthcare in the USA is driven by higher physician fees. The oncology consultation fee is three times greater, chemotherapy four times. There is a three to fourfold variation in fees for ultrasound and CT scans. Physician earnings in the USA are greater in oncology and radiology. Canadian specialists earn considerably more than their European counterparts.

Brosig-Koch, J., Hening-Schmidt, H., Kairies, N., et al. (2013). How Effective are Pay-for-Performance Incentives for Physicians? A Laboratory Experiment. Ruhr Economic Papers ; 143. Essen Universität Duisbourg - Essen: 36 , tabl., graph., fig.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2278863

Recent reforms in health care have introduced a variety of pay-for-performance programs using financial incentives for physicians to improve the quality of care. Their effectiveness is, however, ambiguous as it is often difficult to disentangle the effect of financial incentives from the ones of various other simultaneous changes in the system. In this study we investigate the effects of introducing financial pay-for-performance incentives with the help of controlled laboratory experiments. In particular, we use fee-for-service and capitation as baseline payment schemes and

test how additional pay-for-performance incentives affect the medical treatment of different patient types. Our results reveal that, on average, patients significantly benefit from introducing pay-for-performance, independently of whether it is combined with capitation or fee-for-service incentives. The magnitude of this effect is significantly influenced by the patient type, though. These results hold for medical and non-medical students. A cost-benefit analysis further demonstrates that, overall, the increase in patient benefits cannot overcompensate the additional costs associated with pay-for-performance. Moreover, our analysis of individual data reveals different types of responses to pay-for-performance incentives. We find some indication that pay-for performance might crowd out the intrinsic motivation to care for patients. These insights help to understand the effects caused by introducing pay-for-performance schemes.

Brun, F., E. (2015). Quelle rémunération pour les médecins exerçant dans des structures interprofessionnelles ambulatoires, aux Etats-Unis, au Canada, aux Pays Bas et au Royaume Uni ? Revue de la littérature. Paris Université de Paris Dauphine. **Master Evaluation Médico-Economique et accès au marché (ENAM) ; Université Paris Dauphine: 53.**

Le projet de loi de santé de « Modernisation de notre système de santé » prévoit une évolution de la rémunération des médecins généralistes français. Or, « le droit à des honoraires pour tout malade soigné et le paiement direct par le malade » est un des principes de la chartre fondatrice de la médecine libérale de 1927, d'où l'indignation de nombreux médecins généralistes à ce propos. Bien qu'ils perçoivent aujourd'hui une partie de leur rémunération selon d'autres modalités (forfait par patient dont ils sont le médecin traitant, par patient présentant une maladie chronique, Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) la plupart craint une évolution de son mode de rémunération, ainsi qu'une perte d'autonomie, chère à la médecine libérale. Or, le système de soins primaires français est aujourd'hui face à la nécessité d'évoluer : le vieillissement de la population et la croissance exponentielle du nombre de malades chroniques le place devant un défi considérable de financement mais avant cela même, d'organisation des soins. En 2008, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale a mis en place une Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération. destinés aux structures interprofessionnelles visant à valoriser les initiatives de coordination et de coopération. Ce système de rémunération a été généralisé en 2015, mais son évolution dépendra des résultats de l'évaluation de ces Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) ainsi que d'éléments de comparaison étrangers. Afin de répondre à ce dernier objectif, cette étude propose une revue de la littérature visant à décrire différents modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte, à destination de groupes interprofessionnels aux Etats-Unis, au Canada, au Royaume Uni et aux Pays Bas. Dans une première partie, elle définit des concepts utiles à la compréhension du sujet, puis expose la méthode utilisée pour la recherche bibliographique. Dans une partie consacrée aux résultats, elle présente séparément pour chaque pays, le contexte d'évolution du système de santé, les structures interprofessionnelles en ambulatoire qui s'y sont développées et leur mode de financement. L'impact de ces modes de financement sera analysé de façon globale dans une courte seconde partie.

Buchan, J., Baldwin, S. et Munro, M. (2008). Migration of Health Workers: The UK Perspective to 2006. OECD Health Working Paper; 38. Paris OCDE: 59 , tabl., fig. <http://www.oecd.org/dataoecd/48/2/41500789.pdf>

Le Royaume-Uni compte 56 millions habitants, et en matière de santé, la plupart des prestations y sont fournies par le biais du National Health Service (NHS). Le NHS emploie plus d'un million d'agents. A la fin des années 90, un des principaux obstacles à l'amélioration du NHS était la pénurie de personnel qualifié. La réponse du gouvernement a consisté à « étoffer » les effectifs du NHS. Pour ce faire, les pouvoirs publics disposent de quatre grands moyens d'action possibles : développer la formation dispensée dans le pays même, améliorer le taux de maintien des agents en poste (ce qui permet de diminuer les besoins en recrutement de nouveaux agents), convaincre les agents ayant cessé d'exercer pour le moment de « reprendre du service », et recruter des professionnels de la santé à l'international. Soucieux d'étoffer rapidement ses effectifs, le NHS a eu recours au recrutement à l'international. L'opération a été facilitée par l'application de la procédure de traitement accéléré des demandes de permis de travail pour les professionnels de la santé, par le ciblage des personnes à

recruter dans des pays précis (en faisant appel à des agences de recrutement spécialisées), et par la coordination du recrutement au niveau local au sein du NHS. Ce recrutement à l'international prenait également appui sur un Code de bonnes pratiques. L'un des points clés de ce Code est l'interdiction faite au NHS de cibler les pays en développement dans sa politique de recrutement actif sauf accord formel du gouvernement du pays considéré. Même si, entre 1999 et 2005, en Angleterre, le NHS a vu ses effectifs augmenter dans des proportions sans précédent, à partir de 2005 cette progression s'est très vite ralenti et a finalement cessé. A partir de l'exercice 2004-2005, apparaissent au sein du NHS des déficits financiers que la Commission de la santé du Parlement britannique impute, du moins en partie, au coût du renforcement des effectifs et au coût découlant des nouvelles clauses de rémunération figurant dans les contrats des agents du Service. Par la suite, la politique migratoire britannique a subi des modifications qui ont également eu un impact sur le recrutement à l'international. Désormais, la médecine, les soins infirmiers et les autres professions de la santé ne sont plus classés parmi les métiers « en tension », ce qui aboutira inévitablement à une réduction significative de l'afflux de cliniciens étrangers dans le NHS britannique. L'expérience du Royaume-Uni a mis en évidence les possibilités offertes par le recours à une politique de recrutement à l'international de grande ampleur pour répondre aux besoins quand il s'agit d'étoffer des effectifs. Les principales recommandations de l'étude de cas sont les suivantes : L'immigration ne devrait être examinée que dans le cadre du mécanisme global de planification des effectifs utilisé au niveau national ; l'immigration ne devrait pas être utilisée isolément, ni être envisagée comme une solution « au rabais », ce qui reviendrait à considérer les professionnels de la santé issus de l'immigration comme des « produits consommables » ; Il conviendrait de surveiller ou de réglementer l'activité des agences de recrutement ; les accords bilatéraux peuvent constituer un moyen de gérer effectivement le processus migratoire entre un pays d'origine et un pays de destination ; dans un pays où la plupart des employeurs et des agences de recrutement sont tenus de se conformer à un code de bonnes pratiques applicable à l'échelle nationale, il devient dans une certaine mesure possible de gérer le processus de recrutement dans un souci d'éthique et d'efficacité ; pour avoir quelques chances de voir la mise en œuvre d'un code international suivie d'effets, il importe de surveiller de manière plus effective les flux de travailleurs de la santé ; Agissant du mécanisme de recrutement actif à l'international, les observations fai

Buchan, J., Wismar, M., Glinos, I. A., et al. (2014). Health professional mobility in a changing Europe. New dynamics -mobile individuals and diverse responses, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/248343/Health-Professional-Mobility-in-a-Changing-Europe.pdf

Pour les responsables politiques, la mobilité des professionnels de santé en Europe est devenue une cible mouvante, dont la direction et l'importance évoluent rapidement en raison d'une profonde transformation liée à l'élargissement de l'Union européenne (UE) et à la crise économique et financière. Cette mobilité entraîne une modification de l'effectif des professionnels de santé dans les pays ainsi que de l'éventail des compétences disponibles, avec des répercussions sur la performance des systèmes de santé. Pour prévoir et planifier leurs besoins en personnel, les pays doivent tenir compte de ce phénomène. Il leur faut pour cela disposer d'informations claires sur les tendances en matière de mobilité et sur les personnes concernées, ainsi que sur les mesures qui contribuent de manière efficace à retenir les agents de santé nationaux et à intégrer ceux formés à l'étranger. La question de la mobilité des professionnels de santé n'a pas encore été réglée en Europe, alors que l'impact de la crise financière se fait toujours sentir sur les personnels européens et sur leur mobilité. Cet ouvrage apporte un éclairage nouveau sur la mobilité des professionnels de santé dans cette Europe en mutation. Il s'agit du deuxième volume réalisé dans le cadre du projet PROMeTHEUS, après une première publication qui présentait des études de cas portant sur différents pays. Ses 14 chapitres thématiques sont regroupés en trois sections : la nouvelle dynamique de la mobilité des professionnels de santé ; l'individu mobile ; les mesures à prendre dans une Europe en mutation. Loin d'être une simple analyse de la situation, cet ouvrage propose des outils pratiques, notamment des critères de référence pour la tenue des registres professionnels, une typologie des individus mobiles, des instruments qualitatifs afin d'étudier la motivation du personnel et un ensemble de mesures

concrètes aux niveaux de l'UE, des pays et des organisations, parmi lesquelles des accords bilatéraux, des codes et des initiatives sur les lieux de travail (résumé de l'éditeur).

Cash, R. et Ulmann, P. (2008). Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé. Le cas de la France. *OECD Health Working Paper*; 36. Paris OCDE: 113, tabl., graph.
<http://www.oecd.org/dataoecd/13/10/41437407.pdf>

Ce document examine la démographie des professionnels de la santé en France ainsi que les évolutions récentes des politiques migratoire relatives aux professionnels de la santé. Il traite également de la planification des effectifs et du rôle possible du recrutement du personnel de la santé étranger dans les années à venir. L'évolution des effectifs au cours des années 90 a été marquée par des restrictions concernant la formation de médecins et d'infirmières. Depuis lors, les capacités de formation ont été fortement accrues, et la France se situe ainsi au niveau de la moyenne européenne et au dessus de l'ensemble des pays de l'OCDE en termes de densité de médecin. Les chiffres disponibles montrent qu'en France, le recrutement international de professionnels de santé ne joue pas un rôle prépondérant. Une proportion importante de ceux qui sont formés à l'étranger sont originaires de pays membres de l'Union Européenne, notamment en raison des dispositions législatives européennes, qui visent à faciliter la reconnaissance de diplôme des ressortissants de l'UE pour la plupart des professions de la santé. Pour ce qui est des diplômés hors Union Européenne, ils doivent répondre à des mesures plus restrictives, mises en place par la législation française, qui limite l'accès à la profession. Les médecins et infirmiers formés à l'étranger sont principalement employés en milieu hospitalier. Dans les derniers modèles de projections, l'évolution des effectifs de médecins est essentiellement liée à celle du numerus clausus et ne font pas d'hypothèse particulière en ce qui concerne la migration. Dans le même sens, les politiques actuelles de gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé n'envisagent pas de recourir au recrutement international mais s'appuient sur un ensemble de mesures structurelles liées à l'âge de départ en retraite, à la coopération entre établissements hospitaliers et à d'autres mesures incitatives visant à favoriser l'installation en zone mal desservies. Cependant, le rôle des recrutements étrangers ne peut être négligé puisque dans le contexte de l'élargissement de l'UE les flux migratoires en provenance de pays d'Europe centrale et orientale, en particulier de la Roumanie, pourraient s'intensifier.

Chevrier-Fatome, C., Bas-Theron, F. et Duhamel, G. (2002). L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire : étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays-Bas. Paris IGAS: 59, ann.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

Le présent rapport compare de façon synthétique les dispositifs d'encadrement et de contrôle de la médecine ambulatoire dans quatre pays : Allemagne, Pays-Bas, Angleterre et Etats-Unis et propose, à partir des observations étrangères, des évolutions pour le système national français. Le document comprend trois parties : données générales sur le contexte de l'encadrement de la médecine ambulatoire ; les outils de régulation : constats généraux sur l'encadrement de la médecine de ville, régulation par le contrôle de l'offre et du coût des soins, régulation par l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles et par l'organisation ; axes de réflexion et recommandation pour faire évoluer l'encadrement de la médecine de ville en France.

Chevrier-Fatome, C. (2002). Le système de santé et d'assurance maladie aux Pays-Bas : actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. Paris IGAS: 69, ann.
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/index.php>

Le présent rapport s'inscrit dans la démarche d'administration comparée initiée par l'IGAS relative aux dispositifs d'encadrement des médecins exerçant en ambulatoire évalués sous le double prisme de la qualité des soins et de la maîtrise des coûts. Il constitue une synthèse des observations effectuées par la mission aux Pays-Bas. Ce pays offre un cadre intéressant d'analyse comparée pour trois raisons : les Pays-Bas figurent parmi les rares pays de l'OCDE à avoir réussi à stabiliser la part des dépenses de santé dans son PIB au cours de la dernière décennie tout en conservant des taux de remboursement

corrects ; le système néerlandais de santé a fait l'objet de réformes dans les années 1990 dont les principaux leviers sont l'introduction d'une concurrence régulée entre caisses d'assurance publiques, le transfert partiel des risques vers les assureurs publics et le début d'une concurrence entre fournisseurs de soins. L'organisation du système de santé présente des similitudes institutionnelles notables avec la France mais également des divergences non négligeables.

de Lange, S. (2006). "The European Union of Medical Specialists and speciality training." European Journal of Anaesthesiology **18**(9): 561-562.

<https://www.cambridge.org/core/article/european-union-of-medical-specialists-and-speciality-training/DEC0E765E5FA841D04E8FFDF16940712>

De Vries, H., Sanderson, P., Janta, B., et al. (2009). International Comparison of Ten Medical Regulatory Systems : Egypt, Germany, Greece, India, Italy, Nigeria, Pakistan, Poland, South Africa and Spain. Santa Monica Rand corporation: 183 , tabl., annexes.

http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR691.pdf

This study was commissioned by the UK General Medical Council (GMC) to provide an evidence base on the systems of medical regulation in place in the countries of origin of doctors seeking to enter the UK and obtain registration to practise. This evidence base can be utilised in developing policy and practice regarding overseas doctors who seek registration to practise within the UK. The assurance of quality of care and patient safety are important concerns for the GMC and (partly) depend on the regulation of the medical profession. As the core regulator of the doctors in the UK, the GMC seeks to understand how the regulation of medical professionals in other countries compares to medical regulation in the UK, and whether any differences could potentially affect quality of care and patient safety. Understanding these differences might also assist the GMC in developing specific policies to facilitate the smooth transition of non-UK trained medical professionals into the UK medical system and easier adjustment into a new medical regulatory regime. The countries selected for analysis by the GMC are the countries of origin of the ten largest groups of non-UK qualified doctors registered in the UK: Egypt, Germany, Greece, India, Italy, Nigeria, Pakistan, Poland, South Africa and Spain. Medical professionals from these countries represent the largest groups of non-UK qualified doctors registered with the GMC.

Devaux, M., Couffinhal, A. et Mueller, M. (2019). Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems, Paris : OCDE

<https://www.oecd.org/publications/health-for-everyone-3c8385d0-en.htm>

Good health is a key component of people's well-being. It is a value in itself but – through its influence on social, education and labour market outcomes – being in good or bad health has also wider implications on people's chances of leading a fulfilling and productive life. Yet, even in the OECD countries, health inequality persists with severe consequences on the goal of promoting inclusive growth. This report documents a comprehensive range of inequalities in health and health systems to the detriment of disadvantaged population groups in a large set of OECD and EU countries. It assesses the gaps in health outcomes and risk factors between different socio-economic groups. When it comes to health systems, the report measures inequalities in health care utilisation, unmet needs and the affordability of health care services. For each of these different domains, the report identifies groups of countries that display higher, intermediate, and low levels of inequality. The report makes a strong case for addressing health-related inequalities as a key component of a policy strategy to promote inclusive growth and reduce social inequalities. It also provides a framework for more in-depth analyses on how to address these inequalities at country level.

Fjaer, E. L., Balaj, M., Stornes, P., et al. (2017). "Exploring the differences in general practitioner and health care specialist utilization according to education, occupation, income and social networks across Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health." Eur J Public Health **27**(suppl_1): 73-81.

Background: : Low socioeconomic position (SEP) tends to be linked to higher use of general practitioners (GPs), while the use of health care specialists is more common in higher SEPs. Despite extensive literature in this area, previous studies have, however, only studied health care use by income or education. The aim of this study is, therefore, to examine inequalities in GP and health care specialist use by four social markers that may be linked to health care utilization (educational level, occupational status, level of financial strain and size and frequency of social networks) across 20 European countries and Israel. : Logistic regression models were employed using data from the seventh round of the European Social Survey; this study focused upon people aged 25-75 years, across 21 countries. Health care utilization was measured according to self-reported use of GP or specialist care within 12 months. Analyses tested four social markers: income (financial strain), occupational status, education and social networks. : We observed a cross-national tendency that countries with higher or equal probability of GP utilization by lower SEP groups had a more consistent probability of specialist use among high SEP groups. Moreover, countries with inequalities in GP use in favour of high SEP groups had comparable levels of inequalities in specialist care utilization. This was the case for three social markers (education, occupational class and social networks), while the pattern was less pronounced for income (financial strain). : There are significant inequalities associated with GP and specialist health care use across Europe-with higher SEP groups more likely to use health care specialists, compared with lower SEP groups. In the context of health care specialist use, education and occupation appear to be particularly important factors.

Fujisawa, E. et Lafortune, G. (2008). The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD Countries : what are the factors influencing variations across countries ? *OECD Health Working Paper; 41*. Paris OCDE: 61, tabl., fig.

<http://www.oecd.org/health/health-systems/41925333.pdf>

Ce document de travail présente une analyse descriptive de la rémunération des médecins dans 14 pays de l'OCDE pour lesquels on trouve des données raisonnablement comparables dans Eco-santé OCDE 2007 (Allemagne, Autriche, Canada, Danemark, États-Unis, Finlande, France, Hongrie, Islande, Luxembourg, Pays-Bas, République tchèque, Royaume-Uni et Suisse). Les données sont présentées séparément pour les généralistes (omnipraticiens) et les spécialistes. La comparaison des niveaux de rémunération entre pays est faite sur la base d'une monnaie commune (le dollar américain, ajusté pour la parité des pouvoirs d'achat), ainsi qu'en rapport avec le salaire moyen de l'ensemble des travailleurs dans chacun des pays. Cette étude constate qu'il y a de fortes variations dans les niveaux de revenu des généralistes entre les pays, et que les variations sont encore plus prononcées concernant les spécialistes. La rémunération des généralistes oscille entre deux fois le niveau du salaire moyen en Finlande et République tchèque, à un niveau trois fois et demi plus élevé aux États-Unis et en Islande. La rémunération des spécialistes varie encore plus, allant de une fois et demi à deux fois le salaire moyen pour les spécialistes salariés en Hongrie et en République tchèque, à cinq à sept fois plus élevé pour les spécialistes travaillant en mode libéral aux Pays-Bas, aux États-Unis et en Autriche. Une partie de la variation dans les rémunérations entre pays peut s'expliquer par l'utilisation de différentes méthodes de rémunération (par exemple, le salariat ou le paiement par acte pour les médecins libéraux), par le rôle joué par les généralistes en tant que médecin référent, par des différences dans la charge de travail (tel que mesuré, par exemple, par les heures de travail) et par le nombre de médecins par habitant. Cependant, ces facteurs institutionnels ou d'offre ne peuvent pas expliquer toutes les variations. Par ailleurs, lorsque l'on compare la rémunération des généralistes et des spécialistes dans chaque pays, cette étude indique que dans pratiquement tous les pays, la rémunération des spécialistes a eu tendance à augmenter plus rapidement que celle des généralistes au cours des dix dernières années, creusant encore plus l'écart. Cet écart grandissant a probablement contribué à l'augmentation du nombre et de la part des spécialistes dans le nombre total de médecins dans la plupart des pays au cours de la dernière décennie, et à accroître les inquiétudes concernant une pénurie de généralistes.

George, A. (2008). Human resources for health: a gender analysis. Genève OMS: 57, tabl., fig.

http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf

This paper discusses gender issues manifested within health occupations and across them. In particular, it examines gender dynamics in medicine, nursing, community health workers and home carers. I also explore from a gender perspective issues concerning delegation, migration and violence, which cut across these categories of health workers. These occupational categories and themes reflect priorities identified by the terms of reference for this review paper and also the themes that emerged from the accessed literature. This paper is based on a desk review of literature accessed through the internet, search engines, correspondence with other experts and reviewing bibliographies of existing material. Material related to training and interpersonal patient-provider relations that highlights how occupational inequalities affect the availability and quality of health care is covered by other review papers commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network.

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 3 : les enseignements des systèmes de santé étrangers. Paris HCAAM: 17, tabl., fig.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_3_experiences_etrangeres.pdf

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 3 présente une étude comparée des organisations pluri-professionnelles mises en place dans les pays de l'Union européenne.

Hone, T., Lee, J. T., Majeed, A., et al. (2017). "Does charging different user fees for primary and secondary care affect first-contacts with primary healthcare? A systematic review." *Health Policy Plan* **32**(5): 723-731.

Policy-makers are increasingly considering charging users different fees between primary and secondary care (differential user charges) to encourage utilisation of primary health care in health systems with limited gate keeping. A systematic review was conducted to evaluate the impact of introducing differential user charges on service utilisation. We reviewed studies published in MEDLINE, EMBASE, the Cochrane library, EconLIT, HMIC, and WHO library databases from January 1990 until June 2015. We extracted data from the studies meeting defined eligibility criteria and assessed study quality using an established checklist. We synthesized evidence narratively. Eight studies from six countries met our eligibility criteria. The overall study quality was low, with diversity in populations, interventions, settings, and methods. Five studies examined the introduction of or increase in user charges for secondary care, with four showing decreased secondary care utilisation, and three showing increased primary care utilisation. One study identified an increase in primary care utilisation after primary care user charges were reduced. The introduction of a non-referral charge in secondary care was associated with lower primary care utilisation in one study. One study compared user charges across insurance plans, associating higher charges in secondary care with higher utilisation in both primary and secondary care. Overall, the impact of introducing differential user-charges on primary care utilisation remains uncertain. Further research is required to understand their impact as a demand side intervention, including implications for health system costs and on utilisation among low-income patients.

Hurst, S. A., Forde, R., Reiter-Teil, S., et al. (2007). "Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems." *Bmc Health Services Research* **7**(137): 2-27, tabl.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-137.pdf>

In response to limited resources, health care systems have adopted diverse cost-containment strategies and give priority to differing types of interventions. The perception of physicians, who witness the effects of these strategies, may provide useful insights regarding the impact of system-wide priority setting on access to care. We conducted a cross-sectional survey to ascertain generalist physicians' perspectives on resources allocation and its consequences in Norway, Switzerland, Italy

and the UK. Survey respondents (N=656, response rate 43%) ranged in age from 28-82, and averaged 25 years in practice. Most respondents (87.7%) perceived some resources as scarce, with the most restrictive being: access to nursing home, mental health services, referral to a specialist, and rehabilitation for stroke. Respondents attributed adverse outcomes to scarcity, and some respondents had encountered severe adverse events such as death or permanent disability. Despite universal coverage, 45.6% of respondents reported instances of underinsurance. Most respondents (78.7%) also reported some patient groups as more likely than others to be denied beneficial care on the basis of cost. Almost all respondents (97.3%) found at least one cost-containment policy acceptable. The types of policies preferred suggest that respondents are willing to participate in cost-containment, and do not want to be guided by administrative rules (11.2%) or restrictions on hospital beds (10.7%). Physician reports can provide an indication of how organizational factors may affect availability and equity of health care services. Physicians are willing to participate in cost-containment decisions, rather than be guided by administrative rules. Tools should be developed to enable physicians, who are in a unique position to observe unequal access or discrimination in their health care environment, to address these issues in a more targeted way.

Jiwa, M., Chakera, A., Dadich, A., et al. (2014). "The impact of the quality of communication from nephrologists to primary care practitioners: a literature review." *Curr Med Res Opin* **30**(10): 2093-2101.

OBJECTIVE: This review of the literature aims to explore two research questions: (1) what is the evidence that patients benefit from sound communication between primary care practitioners (PCPs) and nephrologists; and (2) what information is required in primary care to meet the needs of patients who have attended a renal unit? **RESEARCH DESIGN AND METHODS:** Fifty-seven citations were independently reviewed by four authors. The inclusion criteria were: (1) the article focused on information flow from nephrologists and/or specialists to general practitioners; (2) it includes the involvement of PCPs in nephrology, including registrars and PCPs with special interests or specialists in any medical field; (3) it was published from 1990 onwards (inclusive) and (4) the study was conducted in the United Kingdom, Canada, The Netherlands, Australia, United States or New Zealand. Selected articles were then reviewed by the fifth author as a measure of inter-rater reliability. **RESULTS:** Eighteen papers in four categories were identified: six audits or observational studies, one meta-analysis; one randomized controlled trial; six qualitative studies; and four position statements or quality improvement tools. Published audits involving feedback to clinicians using validated tools demonstrate the scope for substantial improvement in the amount of information relayed to PCPs. Specialists may not prioritize the letter to the PCP but there is some evidence of a direct impact from limited or inadequate communication on patient outcomes. Only two studies focused on patients attending nephrology clinics. **CONCLUSIONS:** There is some evidence that improving the quality of letters from specialists to PCPs may benefit patient care. This review suggests a need for research on communication from nephrologists about patients who have received care at a renal unit regardless of whether or not the patient continues to attend.

Kane, L. (2014). US vs European Physicians: Their Ethical Differences. Medscape Ethics. Report 2014. New York Medscape: 28, tabl., graph. fig.

http://www.medscape.com/features/slideshow/us-european-ethics?nlid=75964_2843&src=wnl_edit_dail#1

Cette étude réalisée par Medscape porte sur les différences dans l'éthique des soins médicaux prodigués par les médecins de part et d'autre de l'Atlantique. Cette enquête a porté sur 21 000 médecins, dont 4 000 en Europe (Royaume Unis, Italie, France, Allemagne, Espagne notamment). Ainsi, par exemple, les médecins européens sont plus susceptibles que les médecins américains de minimiser les risques d'un traitement s'ils estiment que cela aidera le patient. Par ailleurs, les médecins européens seraient beaucoup plus enclins que les médecins américains à s'opposer à la famille d'un patient et de continuer à traiter ce patient se ils estimaient qu'il ou elle avait une chance de récupérer. La majorité des médecins, que ce soit en Europe ou aux Etats-Unis, disent ne pas être sensibles aux approches directes des laboratoires pharmaceutiques.

Kok, L., Boyle, S., Lammers, M. et Tempelman, C. (2015). "Remuneration of medical specialists. Drivers of the differences between six European countries." *Health Policy* **119**(9): 1188-1196.

Between countries there are large differences in the remuneration of medical specialists. We compared the remuneration levels in 2010 in six countries: Belgium, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands. We used OECD figures for the remuneration levels, but corrected them extensively for differences in measurement between countries. English doctors earned most in 2010, French doctors earned least. For the six countries under study the number of doctors per capita is most consistent with the differences in income. Surprisingly, the payment scheme (salaried or fee-for-service) does not seem to account for differences between countries, although within countries fee-for-service specialists earn more than their salaried counterparts. Differences in the role of the GP, differences in workload, composition of the workforce and education could not account for differences in remuneration between these six countries. As our conclusions are based on only six countries more research involving a larger number of countries is needed to confirm these findings.

Mable, A. L. et Marriott, J. (2001). *Etre stable - parvenir à un équilibre qui soit durable : examen international de la planification des effectifs de la santé*. Ottawa Santé Canada: 70, tabl., ann.

La planification des effectifs de la santé est le dernier volet de la réforme du système de santé auquel procèdent divers pays dans le monde. L'un des principaux objectifs de la planification des effectifs de la santé est de disposer du bon nombre et d'une combinaison adéquate de travailleurs de la santé ayant les compétences recherchées aux bons endroits et aux moments opportuns afin d'offrir des services de qualité à ceux qui en ont besoin. Historiquement, la planification des effectifs a dû le plus souvent s'en remettre à des approches plutôt inadéquates pour planifier les ressources en médecins : elles se fondaient sur le maintien des ratios médecins-population existants. Une moindre importance a été accordée à la planification de ressources au soins infirmiers et d'autres fournisseurs de soins de santé. En dépit du fait que les récentes initiatives de réforme de la santé mettent l'accent sur " l'équipe ", les travaux de planification déjà menés ont eu tendance à perpétuer un schéma de fonctionnement cloisonné verticalement où des approches distinctes étaient mises en oeuvre selon la profession visée. Moins d'efforts ont été déployés pour déterminer les besoins futurs en médecins, infirmières et autres fournisseurs de soins de santé dans leur ensemble. Les efforts consentis par le passé ne se sont donc pas avérés assez précis, efficaces, ni exhaustifs pour éclairer suffisamment les responsables de l'élaboration et de la planification des politiques afin qu'ils puissent procéder à des changements tenant compte de l'évolution démographique et d'autres tendances observées au sein de la population dans son ensemble, de même qu'au sein de groupes de fournisseurs donnés. Ces travaux n'ont pas non plus tenu compte de l'évolution des modèles touchant la prestation des soins de santé. L'absence d'une approche moderne sophistiquée et systématique a eu pour effet d'aggraver les pénuries actuelles dans de nombreuses professions de la santé du Canada et d'autres pays. Dans certains pays, l'on procède à la mise au point d'approches plus modernes de la planification des effectifs de la santé. En se fondant sur les renseignements provenant de ces pays, ce rapport tente d'élaborer une approche nationale et systématique afin de préciser les ressources dont on dispose en vue de répondre aux besoins futurs des Canadiens. Au fur et à mesure que les systèmes de santé se complexifient et que l'éventail de fournisseurs de soins de santé et de praticiens s'élargit, il apparaît plus urgent d'améliorer la façon d'aborder la planification. Il semble que la plupart des pays en soient encore au tout début du processus de réexamen de leur façon d'aborder la planification des ressources. Bon nombre d'entre eux ne semblent pas y avoir encore apporté de changements fondamentaux. Un petit nombre commence à mettre en place des structures organisationnelles (ou à en favoriser la mise en place) de façon à assurer une certaine permanence du processus de planification des ressources et à éviter les réactions héritées du passé. Certains pays commencent à adopter des modalités multiples de planification des ressources. Un nombre plus restreint commence à pratiquer la planification pour l'ensemble des ressources, y compris la planification intégrée de même que l'examen des fournisseurs et travailleurs de la santé individuels. Les processus et les méthodologies de planification des ressources sont, jusqu'à aujourd'hui, caractérisés par un accent marqué sur la planification des ressources en médecins. Les approches ou expériences en matière de planification des ressources en soins infirmiers demeurent rares et un nombre encore plus faible

d'approches sont axées sur d'autres professionnels de la santé oeuvrant au sein du système. Parallèlement, bon nombre des processus et des approches méthodologiques visant les médecins peuvent être, dans une certaine mesure, appliqués aux infirmières et autres professions ou l'ont été dans certains

Magnussen, J., Vrangbaek, K. et Saltman, R. B. (2009). Nordic health systems. Recent reforms and current policy challenges, Maidenhead : Open University Press

<http://www.euro.who.int/document/e93429.pdf>

This book examines recent patterns of health reform in Nordic health systems, and the balance between stability and change in how these systems have developed. The following themes are explored : politicians, patients and professions; financing, production and distribution; the role of primary health sector; the role of public health; internal management mechanisms; impact of the European region.

McKee, M., Maclehoose, L. et Nolte, E. (2004). The market for physicians. Health policy and European Union Enlargement, Maidenhead : Open University Press.

<http://www.euro.who.int/document/E82999.pdf>

In March 1998, accession negotiations for countries to join the European Union (EU) were formally opened with six countries: the Czech Republic, Estonia, Hungary, Poland, Slovenia and Cyprus. The process was widened in February 2000 to include six additional candidates: Bulgaria, Latvia, Lithuania, Malta, Romania and the Slovak Republic. Among the challenges for the pre-accession countries is the need to implement the accumulated body of existing EU law, the Acquis Communautaire. Although, formally, the EU does not have competence in health care, this being a matter reserved for governments of member states under the principle of subsidiarity, there is a large number of provisions in relation to free movement of goods, services, and people that does affect health care arrangements and have implications for health. An analysis of the health challenges that lie ahead is now needed. The accession process has implications beyond the fifteen countries of the EU and the twelve candidate countries, with countries beyond the current candidate nations already amending legislation to become more closely aligned with EU systems in the event of possible future accession or closer integration. Lessons may be available from those countries that recently joined the EU and from those that have begun the process of amending legislation and practice. Little information is yet available on the subject of health and accession. Thus, this study would provide valuable information to both acceding and current EU members at this key stage in the enlargement process. This analysis will seek to identify key common challenges to health and health care in the pre-accession countries, to describe in brief the health and health system situations of some of the candidate countries and identify how and whether the accession process will meet the health needs of the countries, by undertaking comparative analysis of past experiences, drawing lessons and potential solutions for health policy in these pre-accession states. The study aims to address the needs of national and regional policy makers together with the academic community in the pre-accession and EU countries. It intends to provide an overview of implications of the accession process for health, and will highlight challenges and opportunities for the pre-accession countries. The study will provide a conceptual framework that can be used by policy makers in developing their health planning in relation to the accession process. It recognises that accession will not address many of the health challenges faced by the countries concerned so it will also examine health-related areas where candidate countries lag behind Western Europe that need separate consideration.

Medevielle, P. (2020). La mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne. Paris Sénat ; Paris Assemblée Nationale: 40.

<http://www.senat.fr/rap/r19-563/r19-5631.pdf>

Dans ce rapport, on entendra par professionnels de santé les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les praticiens de l'art dentaire, les infirmiers, les pharmaciens, les sages-femmes, les aides-soignants et les masseurs-kinésithérapeutes. Ces professions sont des professions réglementées au

sens de la directive 2005/36/CE, modifiée par la directive 2013/55/UE, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, c'est-à-dire des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives nationales, à la possession de qualifications professionnelles déterminées. Pour favoriser la mobilité, malgré ces dispositions nationales, le législateur européen a tenté d'harmoniser les conditions de qualifications nécessaires à l'exercice de ces professions réglementées au sein des États membres. C'est dans le secteur de la santé que l'harmonisation a été la plus rapide. Dès lors, la mobilité des professionnels de santé est devenue une réalité avec des conséquences diverses sur l'offre de soins dans les États membres de l'Union européenne. Elle s'accompagne d'inquiétudes au regard des conditions de mise en oeuvre des principes de reconnaissance mutuelle des qualifications et de la remise en cause des conditions particulières d'exercice au sein de chaque État membre. Après avoir présenté le cadre réglementaire en vigueur pour la reconnaissance des qualifications professionnelles, le présent rapport examinera les difficultés liées à la mise en oeuvre de cette réglementation, ainsi que les craintes qu'elle suscite parmi les professionnels de santé.

Merkur, S., Mladovsky, P., Mossialos, E., et al. (2008). Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practice? Policy brief : Health systems and policy analysis. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe: 25 , tabl.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/79221/E93683.pdf

La présente synthèse examine les nouvelles stratégies adoptées pour revalider les médecins d'Europe. Après avoir analysé les facteurs contextuels influençant le choix des stratégies et démarches utilisées, ce document étudie la manière dont les pays européens ont élaboré et mis en oeuvre les politiques en la matière, en mettant en lumière les principaux défis ainsi posés. Des exemples d'autres pays tels que l'Australie, les États-Unis et la Nouvelle-Zélande sont aussi mentionnés. Les informations factuelles sur les différentes stratégies adoptées sont ensuite examinées. Enfin, plusieurs méthodes de mise en oeuvre sont abordées. Cette synthèse est non seulement basée sur une étude approfondie de la littérature disponible à ce sujet, mais aussi sur les données suivantes : un questionnaire portant sur la structure, le processus et la réglementation de la formation permanente (pays répondants : Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas et Royaume-Uni) ; informations fournies par l'Union européenne (UE) des médecins spécialistes, le Conseil européen d'accréditation de la formation médicale continue et l'Académie européenne des enseignants de médecine générale, ainsi que des ressources en ligne, dont les profils nationaux sur les systèmes de santé en transition publiés par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Miani, C., Hinrichs, S., Pitchforth, E., et al. (2015). Best practice. Medical training from an international perspective. Santa-Monica Rand Corporation: 138, tabl., fig.

http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR622.html

This report seeks to help inform the further development of medical education and training for primary care in Germany. It explores approaches to medical education and training in a small number of high-income countries and how these seek to address shortages of doctors practising in primary or ambulatory care through reforming their education and training systems. It does so by means of an exploratory analysis of the experiences of three countries: England, France and the Netherlands, with Germany included for comparison. Data collection involved a review of the published and grey literature, using a structured template, complemented by information provided by key informants in the selected countries. The report sets out the general context within which the medical education and training systems in the four countries operate, and describe the education and training pathways for general practice for each. We highlight options for medical education and training in Germany that arise from this study by placing our observations in the context of ongoing reform activity. This study will be of relevance for decisionmakers and practitioners concerned with ensuring a medical workforce that is prepared for the demands in a changing healthcare environment.

Mladovsky, P. et Leone, T. (2010). "Specialist human resources for health in Europe : are we ready ?" Euro Observer - Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies **12**(2): 15, tab., graph., carte.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/117314/EuroObserver12_2.pdf

The European Commission's 2008 green paper and 2009 report, as well as recent reports by the WHO and OECD signal the increasing international community's interest in human resources for health. Planning of the workforce has emerged as a critical issue in this field. In the open consultation on the Green Paper, support to health systems on workforce planning was welcomed by 80% of the replies. In this paper, four major arguments are proposed for assessing how many health workers European countries will need in future years, of what type, and with what competencies and responsibilities, particularly in Germany, Sweden, Romania and Greece.

Mossialos, E. Permanand, G., Baeten, R. et al. (2011). Health Systems Governance in Europe : The role of European Union Law and Policy, Cambridge : Cambridge University Press

<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/health-systems-governance-in-europe-the-role-of-eu-law-and-policy>

This book, a co-publication by the European Social Observatory (OSE) and the European Observatory on Health Systems and Policies, was funded by the Belgian federal health authorities (SPF Santé Publique) and the National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI/INAMI). It offers a state of the art of academic discussion on a number of current and emerging governance issues in EU healthcare policy, including regulatory, legal, new governance and policy-making dynamics. The study looks into different areas of European Union policy and law-making that have an impact on national healthcare systems. It provides policy-makers with a compelling and rigorous analysis of the real and potential impacts of EU integration on the organisation of healthcare provision and the protection of public health, highlighting the need to balance economic and social imperatives.

Nicholson, C. (2013). "A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world - results of a systematic review." BMC Health Serv Res **13**(528).

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/528/abstract>

Background : Internationally, key health care reform elements rely on improved integration of care between the primary and secondary sectors. The objective of this systematic review is to synthesise the existing published literature on elements of current integrated primary/secondary health care. These elements and how they have supported integrated healthcare governance are presented. Methods : A systematic review of peer-reviewed literature from PubMed, MEDLINE, CINAHL, the Cochrane Library, Informit Health Collection, the Primary Health Care Research and Information Service, the Canadian Health Services Research Foundation, European Foundation for Primary Care, European Forum for Primary Care, and Europa Sinapse was undertaken for the years 2006-2012. Relevant websites were also searched for grey literature. Papers were assessed by two assessors according to agreed inclusion criteria which were published in English, between 2006-2012, studies describing an integrated primary/secondary care model, and had reported outcomes in care quality, efficiency and/or satisfaction. Results : Twenty-one studies met the inclusion criteria. All studies evaluated the process of integrated governance and service delivery structures, rather than the effectiveness of services. They included case reports and qualitative data analyses addressing policy change, business issues and issues of clinical integration. A thematic synthesis approach organising data according to themes identified ten elements needed for integrated primary/secondary health care governance across a regional setting including: joint planning; integrated information communication technology; change management; shared clinical priorities; incentives; population focus; measurement ? using data as a quality improvement tool; continuing professional development supporting joint working; patient/community engagement; and, innovation. Conclusions : All examples of successful primary/secondary care integration reported in the literature have focused on a combination of some, if not all, of the ten elements described in this paper, and there appears to be agreement that multiple elements are required to ensure successful and sustained integration efforts.

Whilst no one model fits all systems these elements provide a focus for setting up integration initiatives which need to be flexible for adapting to local conditions and settings

OCDE (2008). Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE. Comment répondre à la crise imminente ?, Paris : OCDE

<http://www.oecdbookshop.org/oecd/display.asp?k=5KZHFQ8SWBZQ&lang=fr>

Au cours des vingt prochaines années, les pays de l'OCDE seront confrontés à une demande croissante en médecins et infirmiers. Cette situation doit être appréhendée dans un environnement international qui est d'ores et déjà caractérisé par des flux migratoires importants que ce soit entre les pays de l'OCDE ou des pays en voie de développement vers la zone OCDE. Quelles ont été les politiques adoptées par les pays de l'OCDE en matière de ressources humaines et d'immigration ? Dans quelle mesure ces politiques sont-elles liées ? Comment les pays de l'OCDE peuvent-ils se doter d'effectifs viables de personnels de santé ? Quelles sont les conséquences de l'émigration des médecins et des infirmiers pour les pays d'origine ? Cet ouvrage présente des faits nouveaux sur chacune de ces questions et trace quelques pistes pour la marche à suivre dans l'avenir. Il résulte d'un projet conjointement mené par l'OCDE et l'OMS sur la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé et des migrations internationales (4^{ème} de couv.)

OCDE (2016). Health Workforce Policies in OECD Countries : Right Jobs, Right Skills, Right Places, Paris : OCDE

<http://www.oecd.org/fr/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries-9789264239517-en.htm>

Health workers are the cornerstone of health systems, playing a central role in providing health services to the population and improving health outcomes. The demand and supply of health workers have increased over time in all OECD countries, with jobs in the health and social sector accounting for more than 10% of total employment now in several OECD countries. This publication reviews key trends and policy priorities on health workforce across OECD countries, with a particular focus on doctors and nurses given the preeminent role that they have traditionally played in health service delivery.

OCDE (2017). Panorama de la santé 2017. Indicateurs de l'OCDE. Paris OCDE: 221 , ann., graph., tabl.

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr

Cette nouvelle édition du Panorama de la santé présente les données comparables les plus récentes pour les principaux indicateurs relatifs à la santé et à la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Les pays candidats et les principaux pays partenaires (Afrique du Sud, Brésil, Chine, Colombie, Costa Rica, Fédération de Russie, Inde, Indonésie et Lituanie) ont également été inclus dans la mesure du possible. Sauf indication contraire, les données présentées dans cette publication sont tirées des statistiques nationales officielles. Cette édition contient des nouveaux indicateurs, particulièrement dans le domaine des facteurs de risque pour la santé. Elle place aussi une plus grande emphase sur l'analyse des tendances temporelles. Parallèlement à l'analyse par indicateur, cette édition propose des instantanés et une série de tableaux de bord qui résument les performances comparatives des pays, ainsi qu'un chapitre spécial sur les principaux facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie.

OCDE (2018). Health at a glance : Europe 2018. Paris OCDE: 221, ann., graph., tabl.

Health at a Glance: Europe 2018 presents comparative analyses of the health status of EU citizens and the performance of the health systems of the 28 EU Member States, 5 candidate countries and 3 EFTA countries. It is the first step in the State of Health in the EU cycle of knowledge brokering. This publication has two parts. Part I comprises two thematic chapters, the first focusing on the need for concerted efforts to promote better mental health, the second outlining possible strategies for reducing wasteful spending in health. In Part II, the most recent trends in key indicators of health

status, risk factors and health spending are presented, together with a discussion of progress in improving the effectiveness, accessibility and resilience of European health systems.

OCDE (2020). Waiting Times for Health Services. Next in line, Paris : OCDE
<http://www.oecd.org/health/waiting-times-for-health-services-242e3c8c-en.htm>

This publication aims to review the importance of waiting times across OECD countries and assess different policies to reduce waiting times, based on a framework that incorporates both supply-side and demand-side measures. It provides an overview of how waiting times differ across OECD countries up to 2019, focussing on waiting times for consultations with general practitioners (GPs), specialist consultations and elective treatments. It reviews a range of policy interventions that countries have used to tackle waiting times for different services, including elective surgery, primary care, cancer care and mental health services, with a focus on identifying successful policies.

OMS (2018). Availability of national health services delivery data across the WHO European Region: scanning survey results (2018). Copenhagen Office des publications du bureau régional de l'Europe: 28, tab., graph., fig.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2018/availability-of-national-health-services-delivery-data-across-the-who-european-region-scanning-survey-results-2018>

This publication describes the results of a data availability scanning survey on the sources and availability of data on health services delivery. The survey was initiated with integrated health services delivery focal points at the annual meeting of this network in June 2017. This work was conducted in the context of developing a monitoring tool for the WHO European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery, endorsed by the Member States in the European Region in 2016. The survey found that information is available on the health workforce and financing across the Region. Information on equipment and infrastructure at the health facility level is less readily available and, for regional monitoring purposes, likely needs to be supplemented by survey data. Information on the performance of health services delivery can be gathered from existing information systems, except for long-term care. Data on patient experience are collected in a few countries on an ad hoc basis and are not linked to other databases. Key informants to supplement information on the performance and capacity of health services delivery can be identified from existing associations of patients and health professionals since these are available across countries.

ONDPS (2015). Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens. 2 volumes. Paris ONDPS: 2 vol. (101; 145), fig., tabl., cartes.

En France, le système de santé est fondé historiquement sur une gestion différenciée de l'offre de soins : planificatrice et étatisée dans le secteur des établissements de santé (par exemple carte sanitaire et autorisation de lits et d'équipements lourds après 1970, SROS après 1991, etc.), de tradition libérale et conventionnelle dans le secteur de ville. Ainsi, l'essentiel de la régulation de la médecine de ville est réalisée, en amont de l'installation, par le biais des dispositifs qui s'appliquent aux flux d'étudiants (places ouvertes au numerus clausus par UFR à l'issue du concours de fin de première année - PACES - et épreuves classantes nationales - ECN - qui déterminent pour tous les étudiants ayant validé leur second cycle d'études, les postes d'internat ouverts par spécialité et UFR). Les dispositifs qui tendent à organiser l'offre de ville sont beaucoup plus récents et conservent le statut de correctifs incitatifs : il s'agit en particulier de la loi HPST de juillet 2009 qui impose aux nouvelles ARS de définir le maillage pertinent de leur région (les territoires de santé) et d'y organiser les soins de premier recours en ville ou encore le Pacte Santé Territoire de décembre 2012 qui crée les praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). Cette situation a conduit l'Observatoire national de la démographie des professions de santé à s'interroger sur les dispositifs qui, dans quelques pays européens proches, sont destinés à orienter l'installation des médecins en ville. L'étude est complétée, dans un second volume, par des monographies par pays : Allemagne, Belgique, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni (résumé de l'éditeur)

Ono, T., Lafortune, G. et Schoenstein, M. (2013). Health Workforce Planning in OECD Countries. A review of 26 projections Models from 18 Countries. *OECD Health Working Paper*; 62. Paris OCDE: 127, tabl., fig. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>

La planification de la main-d'oeuvre dans le domaine de la santé vise à atteindre un juste équilibre entre l'offre et la demande pour les différentes catégories de professionnels de santé, à court et à long terme. La planification de la main-d'oeuvre dans le secteur de la santé s'avère particulièrement importante compte tenu du temps et des coûts investis dans la formation de nouveaux médecins et autres professionnels. Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, une planification appropriée du personnel de santé est nécessaire non seulement pour guider les décisions en matière d'admission aux études de formation médicale et infirmière, mais aussi pour évaluer l'impact d'éventuelles réorganisations dans la prestation des services de santé afin de mieux répondre aux nouveaux besoins. Ce document passe en revue les principales caractéristiques et les résultats de 26 modèles de projection de la main-d'oeuvre dans le domaine de la santé dans 18 pays de l'OCDE. Il se concentre principalement sur des modèles s'intéressant aux médecins, mais comprend également certains modèles pour les infirmiers (extrait du résumé d'auteur).

Peik, S. M., Mohan, K. M., Baba, T., et al. (2016). "Comparison of public health and preventive medicine physician specialty training in six countries: Identifying challenges and opportunities." *Med Teach*: 1-6.

RATIONALE: Public health and preventive medicine (PHPM) has been recognized internationally as a physician specialty, but national parallels and differences exist between training contexts. This paper reviews PHPM training and employment in Canada, France, Italy, Japan, the United Kingdom, and the USA. **METHODS:** Information gathered from relevant accreditation bodies and literature searches was used to create descriptive profiles of national training demographics and structure and a narrative outlining trends and challenges facing the specialty. **RESULTS:** Notable similarities and differences exist between national contexts. Key themes were differences in training strategies and practice scope, specialty stakeholders, certification structure, and funding. Recognition challenges faced the specialty across all six countries. Other challenges included unclear competencies and training strategies and a need for PHPM specialists to highlight their role in combating population health threats. Additional differences existed between comparator countries on the structure of training, funding sources for training programs, availability of training posts, and linkages with other physician specialties. **CONCLUSION:** Highlighting these themes is a first step to fostering training collaborations between PHPM specialist physicians to augment transnational action on global public health challenges and also supports PHPM physician educators with innovative solutions from abroad that might address domestic specialty challenges.

Rico, A., Saltman, R. B. et Boerma, W. G. W. (2003). "Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care." *Social Policy and Administration* 37(6): 592-608. <http://www.ingentaconnect.com/content/bpl/spol/2003/00000037/00000006/art00004> <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9515.00360>

Abstract <br xmlns="http://pub2web.metastore.ingenta.com/ns/"></br><i xmlns="http://pub2web.metastore.ingenta.com/ns/">The main goal of this paper is to review the strategies developed across European health care systems during the 1990s to improve coordination among health care providers. A second goal is to provide some analytical insights in two fields. On the one hand, we attempt to clarify the relationships between pro-coordination strategies and organizational change in health care. Our main conclusion is that the specific features of health care impede the operation of either market or hierarchical coordination mechanisms. These can, however, be selectively successful if applied as levers to promote the role and impact of the pro-cooperative coordination strategies which are ultimately required to foster adequate inter-professional and inter-organizational coordination. On the other hand, we try to cast some light on the ongoing debate on convergence versus path dependency within the broader field of welfare state reform. Evidence on pro-coordination reforms in health care apparently supports some insights from previous work on the centrality of the socio-political structure to account for varying patterns of selective path dependency

across countries. In particular, the informal power resources of specialist physicians vis-à-vis primary care professionals and the state are critical to explain the different rhythm and fate of pro-coordination reforms across Europe. Against received wisdom, the evidence examined suggests that selective path dependency might apparently be compatible with a general trend towards convergence understood as hybridization.

Samson, A. L. (2009). "Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?" Regards Croisés Sur L'économie(5): 144-158.
http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RCE_005_0144

Les revenus des médecins sont une variable clé de la régulation de notre système de santé. Du côté de l'offre de soins, ils sont déterminants pour le maintien de l'attractivité des études de médecine et de la profession de médecin. Par ailleurs, les revalorisations des tarifs des consultations influencent fortement les dépenses de la Sécurité sociale. Enfin, le secteur 2 et les dépassements honoraires nuisent à la couverture des soins et sont susceptibles de creuser les inégalités dans l'accès aux soins. Parce qu'elle implique les médecins, l'Etat et les patients, la rémunération des médecins est un enjeu de politique économique considérable. Cet article s'intéresse aux revenus des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, qui représentent 59 % de l'ensemble des médecins français. En France, comme dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les médecins constituent une des professions les mieux rémunérées. En 2004, un médecin généraliste gagnait en moyenne 5 200 euros nets mensuels et un médecin spécialiste 8 000 euros. En comparaison, le salaire moyen d'un cadre était de 2 900 euros. Ces médecins sont payés à l'acte : leurs revenus sont directement liés à leur activité et au volume de soins qu'ils délivrent au cours de chaque consultation. Nous présentons ici l'impact de ce système de paiement, principe fondateur de la médecine libérale, sur le montant et la dispersion des revenus des médecins et montrons pourquoi une remise en cause partielle de ce système de rémunération est nécessaire pour assurer l'efficacité de notre système de santé (résumé d'auteur).

Schlette, S., Klemperer, D., Goddard, A. J., et al. (2009). "Life long learning and physician revalidation in Europe." Euro Observer - Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies **11**(2): 12.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/80334/EuroObserver_summer2009.pdf

Ce fascicule fait le point sur la re-certification des médecins en Europe, en décrivant plus particulièrement les expériences menées en Allemagne, en Autriche, en France et au Royaume-Uni.

Schoen, C., Osborn, R., How, S. K. H., et al. (2009). "A Survey Of Primary Care Physicians In Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Costs, And experiences." Health Affairs : Web Exclusive **28**(6): w1171-w1183, tabl.
<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/28/6/w1171?ikey=46Z9Be2ia7vm6&keytype=ref&siteid=healthaff>

This 2009 survey of primary care doctors in Australia, Canada, France, Germany, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, the United Kingdom, and the United States finds wide differences in practice systems, incentives, perceptions of access to care, use of health information technology (IT), and programs to improve quality. Response rates exceeded 40 percent except in four countries: Canada, France, the United Kingdom, and the United States. U.S. and Canadian physicians lag in the adoption of IT. U.S. doctors were the most likely to report that there are insurance restrictions on obtaining medication and treatment for their patients and that their patients often have difficulty with costs. We believe that opportunities exist for cross-national learning in disease management, use of teams, and performance feedback to improve primary care globally.

Stirbu, I., Kunst, A. E. et Mielck, A. (2011). "Inequalities in utilisation of general practitioner and specialist services in 9 European countries." Bmc Health Services Research **11**(288): 8, fig., tabl.
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-288.pdf>

Background: The aim of this study is to describe the magnitude of educational inequalities in utilisation of general practitioner (GP) and specialist services in 9 European countries. In addition to

West European countries, we have included 3 Eastern European countries: Hungary, Estonia and Latvia. To cover the gap in knowledge we pay a special attention to the magnitude of inequalities among patients with chronic conditions. Methods: Data on the use of GP and specialist services were derived from national health surveys of Belgium, Estonia, France, Germany, Hungary, Ireland, Latvia, the Netherlands and Norway. For each country and education level we calculated the absolute prevalence and relative inequalities in utilisation of GP and specialist services. In order to account for the need for care, the results were adjusted by the measure of self-assessed health. Results: People with lower education used GP services equally often in most countries (except Belgium and Germany) compared with those with a higher level of education. At the same time people with a higher education used specialist care services significantly more often in all countries, except in the Netherlands. The general pattern of educational inequalities in utilisation of specialist care was similar for both men and women. Inequalities in utilisation of specialist care were equally large in Eastern European and in Western European countries, except for Latvia where the inequalities were somewhat larger. Similarly, large inequalities were found in the utilisation of specialist care among patients with chronic diseases, diabetes, and hypertension. Conclusions: We found large inequalities in the utilisation of specialist care. These inequalities were not compensated by utilisation of GP services. Of particular concern is the presence of inequalities among patients with a high need for specialist care, such as those with chronic diseases.

Verwoerd, C., Froehlich, P., Gryczynska, D., et al. (2009). "Pediatric otorhinolaryngology anno 2008: towards European standards for training?" *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* **73**(6): 839-841.

The Union European des Medecins Specialistes (UEMS) has been promoting harmonization of specialist training programs in Europe. Anticipating a future contribution to a European standard for training specialists for tertiary care of children with otorhinolaryngology (ORL)-related problems this Round Table was organized by ESPO. The presentations refer to six European countries. The number of ORL specialists (including pediatric ORL specialists) appeared to vary from +/-8 to +/-1 per 100,000 inhabitants, suggesting significant differences as far as their contribution to health care is concerned. Numbers for pediatricians vary from 12 to 3 and for family doctors from 50 to 100 per 100,000. In two countries pediatric ORL has the status of an official sub-specialty for tertiary care, requiring at least 2 years of additional training for qualified ORL specialists. In three other countries specific centers for pediatric ORL are present, although the sub-specialty has no official status. In the last a center for pediatric otorhinolaryngology has not yet been established and facilities for training in pediatric ORL are not available. For each country various aspects of current practice of tertiary ORL care for children are presented. It is concluded that a European standard for pediatric ORL could be most useful, if it would not only refer to current diagnostic and therapeutic skills but also to relevant scientific knowledge and skills. However, it should be recognized that the relevance of today's standards is restricted, as medicine and medical technology are rapidly developing.

Ward, A. B., Gutenbrunner, C., Damjan, H., et al. (2010). "European Union of Medical Specialists (UEMS) Section of Physical & Rehabilitation Medicine: A position paper on Physical and Rehabilitation Medicine in acute settings." *Journal of Rehabilitation Medicine* **42**(5): 417-424.

<http://www.ingentaconnect.com/content/mjl/sreh/2010/00000042/00000005/art00001>

<http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0565>

Physical and rehabilitation medicine (PRM) specialists have an important role in the clinical care of patients during the acute phase of a disabling health condition. This phase is defined as once definitive care or resuscitation has taken place and a patient's need to stay in hospital as an inpatient is primarily for PRM services for rehabilitation. This paper describes 4 options for the delivery of services for people, who continue to require to be inpatients and who will benefit from PRM interventions. These are described, along with their clear benefits during the acute phase of a health condition. The first 2 models are the most effective in making best use of the acute facilities and PRM services. The benefits of dedicated PRM beds appear to outweigh those of the other options and may be cheaper, although no cost-effectiveness studies comparing the first 2 options have yet been undertaken. Prospective

trials are required to show this benefit, and a number of examples need to be set up to pilot this in order to provide realistic cost-effectiveness data.

Wismar, M., Glinos, I. A., Maier, C., et al. (2011). Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries, Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf

The mobility of health professionals affects the performance of health systems, and increasingly so since the European Union (EU) enlargements in 2004 and 2007. This publication presents research on the gaps in knowledge about the numbers, trends, impacts and policy responses to this dynamic situation, in particular in Austria, Belgium, Estonia, Finland, France, Germany, Hungary, Italy, Lithuania, Poland, Romania, Serbia, Slovakia, Slovenia, Spain, Turkey and the United Kingdom. Conducted within the framework of the European Commission's Health PROMeTHEUS project, the research posed and answered a set of questions of key interest to policy-makers, offering evidence of the nature and extent of health professionals mobility in the EU, analysing its impact on country health systems and outlining some major policy strategies to address mobility.

QUELQUES ETUDES SPECIFIQUES

Baker, L. C., Bundorf, M. K. et Royalty, A. B. (2019). The Effects of Multispecialty Group Practice on Health Care Spending and Use. NBER Working Paper ; 25915. Cambridge NBER: 43 , tabl., fig.
<https://www.nber.org/papers/w25915>

U.S. physicians are increasingly joining multispecialty group practices. In this paper, we analyze how a primary care physician's practice type – single (SSP) versus multispecialty practice (MSP) – affects health care spending and use. Focusing on Medicare beneficiaries who change their primary care physician due to a geographic move, we compare changes in practice patterns before and after the move between patients who switch practice types and those who do not. We use instrumental variables to address potential selection by patients into practice types after the move. We find that changing from a single to a multi-specialty primary care group practice decreases annual Medicare-financed per capita expenditures by about \$1,600 - a 28% reduction. The effect is driven primarily by changes in hospital expenditures and is concentrated among patients with two or more chronic conditions, suggesting that MSP improves care delivery by reducing hospitalizations among relatively sick patients. The results imply that, while research has shown the potential for physician consolidation to increase prices in some settings, large multispecialty groups also have the potential to lower costs.

Bischoff, T. et Kaiser, B. (2019). Who Cares When You Close Down? The Effects of Primary Care Practice Closures on Patients. Document de travail ; 1907. Bern Bern Universität: 57 , tabl., graph., fig.
<https://ideas.repec.org/p/ube/dpwwib/dp1907.html>

This paper investigates the consequences that patients face when their regular primary care provider closes down her practice, typically due to retirement. We estimate the causal impact of closures on patients' utilization patterns, medical expenditures, hospitalizations, and health plan choice. Employing a difference-in-difference framework, we find that patients who experience a discontinuity of care persistently adjust their utilization pattern by shifting visits away from ambulatory primary care providers (-12%) towards specialist care (+10%), and hospital outpatient facilities (+5%). The magnitude of these effects depends considerably on the local availability of primary care. We also observe that patients with chronic conditions shift their utilization more strongly towards other providers. Our results have potential implications for health policy in at least two dimensions: practice closures may lead to an inefficient use of healthcare services and deteriorate access to primary care, particularly in regions where the supply of primary care doctors is low.

Dall, T., West, T., Chakrabarti, R., et al. (2018). The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections from 2016 to 2030. Washington DC Association of American Medical Colleges: 54.

<https://news.aamc.org/filer/media/1523886548/1199/>

The United States could see a shortage of up to 120,000 physicians by 2030, impacting patient care across the nation. The study modeled a wide range of health care and policy scenarios, such as payment and delivery reform, increased use of advanced practice nurses and physician assistants, and delays in physician retirements. The report aggregates the shortages in four broad categories: primary care, medical specialties, surgical specialties, and other specialties. By 2030, the study estimates a shortfall of between 14,800 and 49,300 primary care physicians. At the same time, there will be a shortage in non-primary care specialties of between 33,800 and 72,700 physicians. These findings are consistent with previous reports and persist despite modeling that takes into account the use of other health professions and changes in care delivery.

Doty, M. M., Tikkanen, R., Shah, A., et al. (2019). "Primary Care Physicians' Role In Coordinating Medical And Health-Related Social Needs In Eleven Countries." *Health Affairs* **39**(1): 115-123.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01088>

Primary care physicians in the US, like their colleagues in several other high-income countries, are increasingly tasked with coordinating services delivered not just by specialists and hospitals but also by home care professionals and social service agencies. To inform efforts to improve care coordination, the 2019 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians queried primary care physicians in eleven high-income countries about their ability to coordinate patients' medical care with specialists, across settings of care, and with social service providers. Compared to physicians in other countries, substantial proportions of US physicians did not routinely receive timely notification or the information needed for managing ongoing care from specialists, after-hours care centers, emergency departments, or hospitals. Primary care practices in a handful of countries, including the US, are not routinely exchanging information electronically outside the practice. Top-performing countries demonstrate the feasibility of improving two-way communication between primary care and other sites of care. The surveyed countries share the challenge of coordinating with social service providers, and the results call for solutions to support primary care physicians.

Ganguli, I., Lupo, C., Mainor, A. J., et al. (2020). "Association between specialist compensation and Accountable Care Organization performance." *Health Serv Res* **55**(5): 722-728.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13323>

Abstract Objective To determine if Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organizations (ACOs) using cost reduction measures in specialist compensation demonstrated better performance. **Data Sources** National, cross-sectional survey data on ACOs (2013-2015) linked to public-use data on ACO performance (2014-2016). **Study Design** We compared characteristics of ACOs that did and did not report use of cost reduction measures in specialist compensation and determined the association between using this approach and ACO savings, outpatient spending, and specialist visit rates. **Principal Findings** Of 160 ACOs surveyed, 26 percent reported using cost reduction measures to help determine specialist compensation. ACOs using cost reduction in specialist compensation were more often physician-led (68.3 vs 49.6 percent) and served higher-risk patients (mean Hierarchical Condition Category score 1.09 vs 1.05). These ACOs had similar savings per beneficiary year (adjusted difference \$82.6 [95% CI -77.9, 243.1]), outpatient spending per beneficiary year (-24.0 [95% CI -248.9, 200.8]), and specialist visits per 1000 beneficiary years (369.7 [95% CI -9.3, 748.7]). **Conclusion** Incentivizing specialists on cost reduction was not associated with ACO savings in the short term. Further work is needed to determine the most effective approach to engage specialists in ACO efforts.

Griebenow, M. et Kifmann, M. (2021). Diagnostics and treatment: On the division of labor between primary care physicians and specialists. *HCHE Research Paper; 2021/25*. Leibnitz Leibniz-Informationszentrum

Wirtschaft: 57, fig.

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/247690/1/178019286X.pdf>

This paper analyzes the referral processes between a gatekeeping primary-care physician (PCP) and a specialist. Specialists provide superior treatment for some patients but are more costly than PCPs. Agency problems arise because diagnostic signals are private information of the physicians. Welfare optimizing contracts can call for a markup either to the PCP for treating patients without referral or to the specialist for referring patients back to the PCP. If the benefit of specialist treatment is uncertain, small markups for the specialist enhance welfare compared to a cost-based fee-for-service contract. Additionally, we consider how waiting costs for referrals affect our main results.

Hone, T., Lee, J. T., Majeed, A., et al. (2017). "Does charging different user fees for primary and secondary care affect first-contacts with primary healthcare? A systematic review." *Health Policy Plan* **32**(5): 723-731.

Policy-makers are increasingly considering charging users different fees between primary and secondary care (differential user charges) to encourage utilisation of primary health care in health systems with limited gate keeping. A systematic review was conducted to evaluate the impact of introducing differential user charges on service utilisation. We reviewed studies published in MEDLINE, EMBASE, the Cochrane library, EconLIT, HMIC, and WHO library databases from January 1990 until June 2015. We extracted data from the studies meeting defined eligibility criteria and assessed study quality using an established checklist. We synthesized evidence narratively. Eight studies from six countries met our eligibility criteria. The overall study quality was low, with diversity in populations, interventions, settings, and methods. Five studies examined the introduction of or increase in user charges for secondary care, with four showing decreased secondary care utilisation, and three showing increased primary care utilisation. One study identified an increase in primary care utilisation after primary care user charges were reduced. The introduction of a non-referral charge in secondary care was associated with lower primary care utilisation in one study. One study compared user charges across insurance plans, associating higher charges in secondary care with higher utilisation in both primary and secondary care. Overall, the impact of introducing differential user-charges on primary care utilisation remains uncertain. Further research is required to understand their impact as a demand side intervention, including implications for health system costs and on utilisation among low-income patients.

Iversen, T. et Mokienco, A. (2016). "Supplementing gatekeeping with a revenue scheme for secondary care providers." *International Journal of Health Economics and Management* **16**(3): 247-267.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10754-016-9188-2>

We study implications of a change in the payment scheme for radiology providers in Norway that was implemented in 2008. The change implies reduced fee-for-service and increased fixed budget for a contracted volume of services. A consequence of the change is that private providers have less incentive to conduct examinations beyond the contracted volume. Different from the situation observed before the change in 2008, the volume is no longer determined by the demand side, and a rationing of the supply occurs. We employ data on radiological examinations initiated by GPs' referrals. We apply monthly data at the physician-practice level for 2007–2010. The data set is unique because it includes information about all GPs in the Norwegian patient-list system. The results indicate that private providers conducted fewer examinations in 2008–2010 compared with previous periods and that public hospitals did either the same volume or more. We find that GPs who operate in a more competitive environment experienced a greater reduction in magnetic resonance imaging, both performed by private providers and in total for their patients. We argue that this result supports a hypothesis that patients with lower expected benefits are rationed. Hence, rationing from the supply side might supplement GP gatekeeping.

Johnston, K. J., Wen, H. et Joynt Maddox, K. E. (2019). "Lack Of Access To Specialists Associated With Mortality And Preventable Hospitalizations Of Rural Medicare Beneficiaries." *Health Affairs* **38**(12): 1993-2002.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00838>

People living in rural areas have worse health outcomes than their urban counterparts do. Understanding what factors account for this could inform policy interventions for reducing rural-urban disparities in health. We examined a nationally representative survey of Medicare beneficiaries with one or more complex chronic conditions, which represented 61 percent of rural and 57 percent of urban Medicare beneficiaries. We found that rural residence was associated with a 40 percent higher preventable hospitalization rate and a 23 percent higher mortality rate, compared to urban residence. Having one or more specialist visits during the previous year was associated with a 15.9 percent lower preventable hospitalization rate and a 16.6 percent lower mortality rate for people with chronic conditions, after we controlled for having one or more primary care provider visits. Access to specialists accounted for 55 percent and 40 percent of the rural-urban difference in preventable hospitalizations and mortality, respectively. Medicare should consider interventions for rural beneficiaries who lack access to specialist care to reduce rural-urban disparities in health outcomes.

Jones, A., Bronskill, S. E., Seow, H., et al. (2020). "Associations between continuity of primary and specialty physician care and use of hospital-based care among community-dwelling older adults with complex care needs." *PLoS One* **15**(6): e0234205-e0234205.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32559214>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7304563/>

OBJECTIVE: While research suggests that higher continuity of primary and specialty physician care can improve patient outcomes, their effects have rarely been examined and compared concurrently. We investigated associations between continuity of primary and specialty physician care and emergency department visits and hospital admissions among community-dwelling older adults with complex care needs. **METHODS:** We conducted a retrospective cohort study of home care patients in Ontario, Canada, from October 2014 to September 2016. We measured continuity of primary and specialty physician care over the two years prior to a home care assessment and categorized them into low, medium, and high groups using terciles of the distribution. We used Cox regression models to concurrently test the associations between continuity of primary and specialty care and risk of an emergency department visit and hospital admission within six months of assessment, controlling for potential confounders. We examined interactions between continuity of care and count of chronic conditions, count of physician specialties seen, functional impairment, and cognitive impairment. **RESULTS:** Of 178,686 participants, 49% had an emergency department visit during follow-up and 27% had a hospital admission. High vs. low continuity of primary care was associated with a reduced risk of an emergency department visit (HR = 0.90 (0.89-0.92)) as was continuity of specialty care (HR = 0.93 (0.91-0.95)). High vs. low continuity of primary care was associated also with a reduced risk of a hospital admission (HR = 0.94 (0.92-0.96)) as was continuity of specialty care (HR = 0.92 (0.90-0.94)). The effect of continuity of specialty care was moderately stronger among patients who saw four or more physician specialties. **CONCLUSION:** Higher continuity of primary physician and specialty physician care had independent, protective effects of similar magnitude against emergency department use and hospital admissions. Improving continuity of specialty care should be a priority alongside improving continuity of primary care in complex, older adult populations with significant specialist use.

Jones, R., Newbold, M., Reilly, J., et al. (2013). "The future of primary and secondary care." *Br J Gen Pract* **63**(612): 379-382.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32559214>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7304563/>

OBJECTIVE: While research suggests that higher continuity of primary and specialty physician care can improve patient outcomes, their effects have rarely been examined and compared concurrently. We investigated associations between continuity of primary and specialty physician care and emergency department visits and hospital admissions among community-dwelling older adults with complex care needs. **METHODS:** We conducted a retrospective cohort study of home care patients in Ontario, Canada, from October 2014 to September 2016. We measured continuity of primary and specialty physician care over the two years prior to a home care assessment and categorized them into low,

medium, and high groups using terciles of the distribution. We used Cox regression models to concurrently test the associations between continuity of primary and specialty care and risk of an emergency department visit and hospital admission within six months of assessment, controlling for potential confounders. We examined interactions between continuity of care and count of chronic conditions, count of physician specialties seen, functional impairment, and cognitive impairment. RESULTS: Of 178,686 participants, 49% had an emergency department visit during follow-up and 27% had a hospital admission. High vs. low continuity of primary care was associated with a reduced risk of an emergency department visit (HR = 0.90 (0.89-0.92)) as was continuity of specialty care (HR = 0.93 (0.91-0.95)). High vs. low continuity of primary care was associated also with a reduced risk of a hospital admission (HR = 0.94 (0.92-0.96)) as was continuity of specialty care (HR = 0.92 (0.90-0.94)). The effect of continuity of specialty care was moderately stronger among patients who saw four or more physician specialties. CONCLUSION: Higher continuity of primary physician and specialty physician care had independent, protective effects of similar magnitude against emergency department use and hospital admissions. Improving continuity of specialty care should be a priority alongside improving continuity of primary care in complex, older adult populations with significant specialist use.

Kopetsch, T. (2003). "[German experience of planning medical installations]." *Cah.Sociol.Demogr.Med* **43**(3): 529-544.

Since the 19th century, Germany has adopted the Bismarckian model: the medical doctors in private practice provide ambulatory care to the insured people (nearly all the population) and are paid by (public) insurers on a fee-for-service basis. The country introduced in 1993 a large-scale reform composed of several steps: (i) delimitation of geographic areas having similar characteristics; (ii) calculation for each area various physician/population ratios, each related to a specialty; (iii) if the ratio of a specialty in an area exceeds the average national ratio (of the specialty) by 10% or more, the doctors of the specialty are not allowed to set up their office in the area; (iv) if the ratio of a specialty in an area is lower than the average national ratio by 10% the area is "open". After a decade, one can say that the reform has succeeded in curbing the growth in the numbers of medical doctors. Today, there is nearly no possibility for a medical specialist to set up a private office, unless he/she accepts to practice as GPs or to succeed to an other colleague of his specialty. As a matter of fact, many areas are still open to GPs. The medical profession is aging and the young graduates are not motivated to set up office. The country may possibly go down from oversupply in the 80's to medical manpower shortage in the next decade

Mason, S. (2013). "How primary and secondary care should work together." *Br J Gen Pract* **63**(615): 548.

Miron, R. W., Novikov, I., Ziv, A., et al. (2020). "A novel methodology to measure waiting times for community-based specialist care in a public healthcare system." *Health Policy*(Ahead of pub). <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.006>

Background Monitoring waiting time (WT) in healthcare systems is essential, since long WT are associated with adverse health outcomes, reduced patient satisfaction and increased private financing. Objective To describe a methodology developed for routine national monitoring of WT for community-based non-urgent specialist appointments, in a public healthcare system. Methods The methodology is based on data from computerized appointment scheduling systems of all Health Maintenance Organizations (HMOs) in Israel. Data included first 50 available appointments for community-based specialists and actual number of visits. Five most frequent specialties: orthopedics, ophthalmology, gynecology, dermatology and otolaryngology, were included. WT offered to HMO members for non-urgent care were calculated for two scenarios: "specific" physician and "any" physician in the region. Distribution of offered WT was calculated separately for each specialty and geographical region, combined to create the nationwide distribution. Results The methodology was tested on data extracted between December 2018-June 2019. Estimated national median WT for "specific" physician, ranged from 9 days (ophthalmology/gynecology) to 20 days (dermatology), with large variation between geographic regions. WT were 26-56% shorter for "any" than for "specific" physician.

Conclusions This novel method offers a solution for ongoing national WT measurement, using computerized scheduling systems. It integrates two scenarios for appointment scheduling and allows identification of differences between specialties and regions, setting the ground for interventions to strengthen public healthcare systems.

Nuti, S., Ferré, F., Seghieri, C., et al. (2019). "Managing the performance of general practitioners and specialists referral networks: A system for evaluating the heart failure pathway." *Health Policy*.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.001>

High quality chronic disease management requires coordinated care across different healthcare settings, involving multidisciplinary teams of professionals, and performance evaluation systems able to measure this care. Inter-organizational performance should be measured considering the professional relationships between general practitioners (GPs) and specialists, who are usually linked through informal referral networks. The aim of this paper is to identify and evaluate the performance of naturally occurring networks of GPs and hospital-based specialists providing care for congestive heart failure (CHF) patients in Tuscany, Italy. The analysis focuses on the identification and classification of networks, following CHF patients (n = 15,841) through primary care and inpatient care using administrative data, and on the assessment of process and outcome indicators for CHF patients in these referral networks. We demonstrate the existence of informal links between GPs and hospitals based on patterns of patient flow. These networks which are not geographically based vary in the intensity of relationships and quality of care. Such referral networks may represent the most effective accountability level for chronic disease management, since they encompass the multiple care settings experienced by patients. Overall, an integrated approach to evaluation and performance management that considers the naturally occurring links between professionals working in different settings may enable more efficient, integrated care and quality improvements.

Pershing, S. et Fuchs, V. R. (2013). "Restructuring medical education to meet current and future health care needs." *Acad Med* **88**(12): 1798-1801.

U.S. health care is changing, and it will continue to change across multiple dimensions: a different mix of patients; more ambulatory, chronic care and less acute, inpatient care; an older population; expanded insurance coverage; a team approach to care; rapid growth of subspecialty care; growing emphasis on cost-effective care; and rapid technological change. These changes demand a corresponding evolution in physician roles and training. However, despite innovation in content and teaching methods, there has been little alteration to the basic structure of medical education since the Flexner Report sparked widespread reform in 1910. Looking to the future, medical education might evolve to include preparation for a team approach to care via practical training for multispecialty collaborative practice and preparing physicians to be leaders of primary care teams that include nonphysician providers; shorter training for some physicians via flexible pathways and "fast tracks" at each phase of training; cost-effective care in clinical practice; increased training in geriatrics; and "on ramps" and "off ramps" along the physician career path for flexible training over a lifetime. Although the challenges facing the health care system are great, meeting changing health care needs must begin at the foundation, in medical education.

Ogundeji, Y. K., Quinn, A., Lunney, M., et al. (2021). "Factors that influence specialist physician preferences for fee-for-service and salary-based payment models: A qualitative study." *Health Policy* **125**(4): 442-449.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.014>

Most physicians across the world are paid through fee-for-service. However, there is increased interest in alternative payment models such as salary, capitation, episode-based payment, pay-for-performance, and strategic blends of these models. Such models may be more aligned with broad health policy goals such as fiscal sustainability, delivery of high-quality care, and physician and patient well-being. Despite this, there is limited research on physicians' preferences for different models and a disproportionate focus on differences in income over other issues such as physician autonomy and purpose. Using qualitative interviews with 32 specialist physicians in Alberta, Canada, we examined

factors that influence preferences for fee-for-service (FFS) and salary-based payment models. Our findings suggest that a series of factors relating to (1) physician characteristics, (2) payment model characteristics, and (3) professional interests influence preferences. Within these themes, flexibility, autonomy, and compatibility with academic roles were highlighted. To encourage physicians to select a specific payment model, the model must appeal to them in terms of income potential as well as non-monetary values. These findings can support constructive discussions about the merits of different payment models and can assist policy makers in considering the impact of payment reform.

Price, E., Baker, R., Krause, J., et al. (2014). "Organisation of services for people with cardiovascular disorders in primary care: transfer to primary care or to specialist-generalist multidisciplinary teams?" *BMC Fam Pract* **15**: 158.

BACKGROUND: An ageing population and high levels of multimorbidity increase rates of GP and specialist consultations. Constraints on health care funding are leading to additional pressure for the adoption of safe and cost-effective alternatives to specialist care, in some cases by shifting services to primary care. **DISCUSSION:** In this paper we argue, having searched for evidence on approaches to shifting care for some people with cardiovascular problems from secondary to primary care, that a collaborative, multidisciplinary approach is required to achieve high quality outcomes from cardiovascular care in the primary care setting. Simply transferring patients from specialist care to management by primary care teams is likely to lead to worse outcomes than services that involve both specialists and primary care teams together, in planned and effectively managed systems of care. The care of patients with certain chronic conditions in the community, if appropriately organised, can achieve the same health outcomes as ambulatory care by hospital specialists. However, shared care by GPs and specialists for patients with chronic heart failure after discharge from hospital can deliver better patient survival. The existing models of shared care include specialists working in an ambulatory care setting (in Central and Eastern Europe) or in hospital based outreach clinics, and cardiology care organised by GPs in the UK and Australia, which have demonstrated reductions in referral rates. **SUMMARY:** Current research supports the idea of the management of certain chronic health conditions in primary care based on the integration of GPs and specialists into multidisciplinary teams, based on availability of reliable evidence about cost-effectiveness, health care outcomes, patient preference and incentives for GPs. Evaluation of such schemes is mandatory, however, to ensure that the expected benefits do materialise.

Quinn, A. E., Trachtenberg, A. J., McBrien, K. A., et al. (2020). "Impact of payment model on the behaviour of specialist physicians: A systematic review." *Health Policy* **124**(4): 345-358.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851020300427>

Shortell, S. M., Addicott, R., Walsh, N., et al. (2014). "Accountable care organisations in the United States and England. Testing, evaluating and learning what works." *The King's Fund Briefing en ligne*: 35-47.

The health system in England is facing a number of challenges including an ageing population, an increasing number of people with multiple, long-term conditions and a difficult financial climate. To meet these challenges, more integrated approaches to care delivery are needed to improve both the quality of care and patients' experience. More people now need care across a number of different settings – hospitals, primary care, clinics, nursing homes and home care agencies – which are not co-ordinated, resulting in duplication of cost and effort and gaps in information and communication. In the United States, accountable care organisations (ACOs) – a group of providers that take responsibility for providing all the care for a given population for a specified period of time – have been developed to provide a more integrated approach to care. This article describes the different types of ACOs emerging in the United States; presents some early evidence on their performance; assesses the future for ACOs; and discusses the implication of these developments for integrated care initiatives in England.

Serrano Alarçon, M., Hernandez-Pizarro, H. M., Lopez Cassonovas, G., et al. (2021). The effect of Long-Term Care (LTC) benefits on healthcare use. *Documento de Trabajo : 2021/12*. Bocconi Bocconi University: 54.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:fda:fdaddt:2021-12&r=&r=hea>

The healthcare systems of most European countries are currently operating under extreme levels of pressure. Part of this pressure is due to a rising demand for healthcare caused by an increase in comorbidities and life expectancies amongst the populations they serve. The implementation of a good system of Long-Term Care (LTC) could reduce this pressure if it promotes preventative habits and treatment adherence, or reduces age-related risks. In this study we aim to understand the role of LTC benefits in reducing healthcare use in primary and secondary care by exploring a detailed administrative database. Results show that a monthly LTC benefit of around 412 euros could reduce avoidable hospitalizations by 60% and also unscheduled "walk-in" patient visits by a half, with the majority relating to social exclusion cases. Furthermore, LTC benefits could promote preventive healthcare, improving access to healthcare services such as cataract surgery. These findings have important policy implications for the organization of the LTC and healthcare systems, suggesting that allocating resources to LTC might not only increase the welfare of LTC beneficiaries, but also help to contain the increasing costs of healthcare.

Siegel, M., Koller, D., Vogt, V., et al. (2016). "Developing a composite index of spatial accessibility across different health care sectors: A German example." *Health Policy* **120**(2): 205-212.

The evolving lack of ambulatory care providers especially in rural areas increasingly challenges the strict separation between ambulatory and inpatient care in Germany. Some consider allowing hospitals to treat ambulatory patients to tackle potential shortages of ambulatory care in underserved areas. In this paper, we develop an integrated index of spatial accessibility covering multiple dimensions of health care. This index may contribute to the empirical evidence concerning potential risks and benefits of integrating the currently separated health care sectors. Accessibility is measured separately for each type of care based on official data at the district level. Applying an Improved Gravity Model allows us to factor in potential cross-border utilization. We combine the accessibilities for each type of care into a univariate index by adapting the concept of regional multiple deprivation measurement to allow for a limited substitutability between health care sectors. The results suggest that better health care accessibility in urban areas persists when taking a holistic view. We believe that this new index may provide an empirical basis for an inter-sectoral capacity planning.

Smith, F., Lambert, T. W. et Goldacre, M. J. (2015). "Factors influencing junior doctors' choices of future specialty: trends over time and demographics based on results from UK national surveys." *J R Soc Med* **108**(10): 396-405.

OBJECTIVE: To study trends in factors influencing junior doctors' choice of future specialty. **DESIGN:** Respondents were asked whether each of 15 factors had a great deal of influence on their career choice, a little influence or no influence on it. Percentages are reported of those who specified that a factor had a great deal of influence on their career choice. **SETTING:** UK. **PARTICIPANTS:** A total of 15,765 UK-trained doctors who graduated between 1999 and 2012. **MAIN OUTCOME MEASURES:** Questions about career choices and factors which may have influenced those choices, in particular comparing doctors who qualified in 2008-2012 with those who qualified in 1999-2002. **RESULTS:** Enthusiasm for and commitment to the specialty was a greater influence on career choice in the 2008-2012 qualifiers (81%) than those of 1999-2002 (64%), as was consideration of their domestic circumstances (43% compared with 20%). Prospects for promotion were less important to recent cohorts (16%) than older cohorts (21%), as were financial prospects (respectively, 10% and 14%). Domestic circumstances and working hours were considered more important, and financial prospects less important, by women than men. Inclination before medical school was rated as important by 41% of doctors who were over 30 years old, compared with 13% of doctors who were under 21, at the time of starting medical school. **CONCLUSIONS:** The increasing importance of both domestic circumstances and enthusiasm for their specialty choice in recent cohorts suggest that today's young doctors prize both work-life balance and personal fulfilment at work more highly than did their predecessors. The differences in motivations of older and younger generations of doctors, men and women, and doctors who start medical school relatively late are worthy of note.

Stover, B. (2017). Modelling the ambulant health-care sector in Germany. Southampton Ecomod: (14), tabl., fig.

<https://ideas.repec.org/p/ekd/009007/9214.html>

Demographic ageing is a process in Germany that set in decades ago and that affects many different areas within the economy, such as the social security system including health care. The ageing population is characterised by age-specific diseases and frequencies of illness. This suggests a structured planning of the complex health care market. A model that equally considers the supply and demand side in great detail can help to identify undesirable trends and mismatches. It also offers the opportunity to conduct impact analyses in order to display the effects of policy measures or incentive schemes. The modelling routine follows a demand-supply combination. For the supply side model a stock-flow-approach is used considering the complete professional life of a physician. The modelling approach regarding demand takes the demographic development as the central driver. Comparing supply and demand helps to determine shortages or sectors with a sufficient number of specialists so that the planning process can be adapted and improved. Moreover, competing relations between ambulant and in-patient sectors for specialists can be detected.

Stroka, M. A. (2021). Regional variation in the supply of general and medical practitioners and its consequences for inpatient service utilization. *Ruhr Economic Papers* ; 877. Essen RWI: 26.

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/232073/1/1752321456.pdf>

There is widespread concern about the consequences of the undersupply of outpatient care for the utilization of inpatient care. It is common knowledge in the media that urban areas often are characterized by an oversupply of health care providers, while rural areas suffer from shortage. As such, the undersupply of outpatient medical care in rural areas can lead to higher utilization of inpatient care due to both substitution effects and the possible disastrous health consequences if medical care is not received frequently or quickly enough. On the basis of administrative data from the largest sickness fund in Germany, this study analyzes the relationship between the district density of general as well as medical practitioner and the individual number of hospitalizations. We find evidence for a significant negative association between the share of general and medical practitioners in the population and the utilization of inpatient health care services, measured in the amount of yearly hospitalizations.

Tavares, A. I. et Marques, I. (2021). "Multi-layer health insurance coverage, medical services use and health in a Universal National Health System, the case of Portugal." *The European Journal of Health Economics* **22**(1): 141-153.

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01242-4>

The Portuguese health system has the peculiar characteristic of being a Beveridge–Bismarck type aiming at universal coverage. On top of the national health system coverage, there is a second coverage provided to some professionals, plus a third layer of coverage that can be acquired by taking out voluntary private health insurance. The aim of this work is to ascertain whether people benefiting from supplemental multi-layer health coverage (on top of the existing National Health System) have more consultations, either with general practitioners or with specialists, and enjoy better health status. We used data from the National Health Survey from 2014 to estimate a recursive system of ordered probits. The main results confirm that multi-layer health coverage is correlated with the use of more specialist consultations, but not with more GP consultations. It is also correlated with better health status. These results may indicate the existence of moral hazard, induced demand and/or 'access effect'. Regarding policy matters, the measures aimed to reduce waiting times, improve patient choice, and increase access could counteract such results and mitigate the potential inequity of access and health status, and also excessive use of medical services that can happen under double health coverage.

van Dijk, C. E., Korevaar, J. C., Koopmans, B., de Jong, J. D. et de Bakker, D. H. (2014). "The primary-secondary care interface: does provision of more services in primary care reduce referrals to medical specialists?" Health Policy **118**(1): 48-55.

Great variation in referral rates between primary care physicians has been the main reason to influence physician's referral behaviour, by for example, stimulating extra services. This study investigated the extent to which the number of therapeutic and diagnostic services performed by primary care physicians influenced referrals. Data was derived from electronic medical records of 70 general practices for the period 2006 until 2010. For the total patient population (N=651,089 patient years) and specific patients groups for whom specific services were performed mostly (28 groups; 10 services), logistic multilevel regression analyses were conducted to determine associations between the number of services performed in a practice and referrals to medical specialists. The total number of services performed in a practice was not associated with the referral rate (OR: 1.00). Only for two specific services was a significant association found: a lower referral rate for minor surgery for patient with sebaceous cysts (OR: 0.98) and a higher rate for Doppler diagnostic tests for patients with other peripheral arterial diseases (OR: 1.04). As the number of services in general practice was rarely associated with referrals, other measures might be more effective in changing referral behaviour. Another explanation for our results could be that certain preconditions have not been met.

Viez, M. C. (2011). Les études de médecine en France, Allemagne et Italie, Paris : FHP

<http://documentation.fhp.fr/documents/17713S.pdf>

La formation médicale en France reste une des meilleures au niveau mondial grâce notamment aux nombreuses années de pratique qu'ont acquis les médecins et les spécialistes à la sortie de leurs études. Mais comment s'organise et se déroule la formation des médecins aux frontières de la France ? Deux pays européens ont été étudiés et comparés à la France. Il s'agit de l'Allemagne et de l'Italie. Pour permettre un essai de comparaison entre ces trois pays, une grille commune d'analyse de l'organisation de la formation médicale a été adoptée (règles d'accès, longueur du cursus, déroulement de la formation, diplômes). Cette synthèse décrit, dans un premier temps, les études médicales en France, en Allemagne et en Italie, puis compare le déroulement de la formation des médecins de ces trois pays dans un tableau synoptique.

Werbeck, A., WÜBker, A. et Ziebarth, N. R. (2020). Cream Skimming by Health Care Providers and Inequality in Health Care Access: Evidence from a Randomized Field Experiment. IZA Discussion Paper Series ; 13100. Bonn Iza: 11 , tabl., fig., annexes.

<https://ecoftp.iza.org/dp13100.pdf>

Using a randomized field experiment, we show that health care specialists cream-skim patients by their expected profitability. In the German two-tier system, outpatient reimbursement rates for both public and private insurance are centrally determined but are more than twice as high for the privately insured. In our field experiment, following a standardized protocol, the same hypothetical patient called 991 private practices in 36 German counties to schedule appointments for allergy tests, hearing tests and gastroscopies. Practices were 7% more likely to offer an appointment to the privately insured. Conditional on being offered an appointment, wait times for the publicly insured were twice as long than for the privately insured. Our findings show that structural differences in reimbursement rates lead to structural differences in health care access.

Weisz, G. (2005). "Naissance de la spécialisation médicale dans le monde germanophone." Actes de la recherche en sciences sociales: 37-51.

<https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2005-1-page-37.htm>

Wilf - Miron, R., Novikov, I., Ziv, A., et al. (2020). "A novel methodology to measure waiting times for community-based specialist care in a public healthcare system." Health Policy **124**(8): 805-811.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.006>

Background Monitoring waiting time (WT) in healthcare systems is essential, since long WT are associated with adverse health outcomes, reduced patient satisfaction and increased private financing. Objective To describe a methodology developed for routine national monitoring of WT for community-based non-urgent specialist appointments, in a public healthcare system. Methods The methodology is based on data from computerized appointment scheduling systems of all Health Maintenance Organizations (HMOs) in Israel. Data included first 50 available appointments for community-based specialists and actual number of visits. Five most frequent specialties: orthopedics, ophthalmology, gynecology, dermatology and otolaryngology, were included. WT offered to HMO members for non-urgent care was calculated for two scenarios: "specific" physician and "any" physician in the region. Distribution of offered WT was calculated separately for each specialty and geographical region, combined to create the nationwide distribution. Results The methodology was tested on data extracted between December 2018-June 2019. Estimated national median WT for "specific" physician, ranged from 9 days (ophthalmology/gynecology) to 20 days (dermatology), with large variation between geographic regions. WT were 26–56 % shorter for "any" than for "specific" physician. Conclusions This novel method offers a solution for ongoing national WT measurement, using computerized scheduling systems. It integrates two scenarios for appointment scheduling and allows identification of differences between specialties and regions, setting the ground for interventions to strengthen public healthcare systems.

Wende, D., Kopetsch, T. et Richter, W. (2021). A Demand-Oriented Approach to Health Care Capacity Planning. *Iza Discussion Paper Series ; 14860*. Bonn Iza: 26.

<https://docs.iza.org/dp14860.pdf>

The planning practice of health care capacities suffers from sectoral and regional constraints and it remains difficult to ensure an equal access for patients. Moreover, standard planning approaches lack the choice-theoretic grounding necessary for making reliable predictions of the demand and competition for supplied care. This paper presents a general equilibrium model designed to overcome such shortcomings. The derived metric of access to care is demand-oriented measuring the time patients waste seeking treatment. It contrasts with the usual metrics based on the floating catchment area (FCA) method, which suffer from supply bias and ad hoc specification. The approach is illustrated using Germany as an example. Much in line with official planning figures, overcapacities are shown to exist in all specialties. However, a closer look at the data provides a differentiated picture. Overcapacities are typical for urban regions and they go hand in hand with supply deficits in rural areas, albeit to a specialty-specific extent. In smaller towns, the supply is more in line with demand.

Werbeck, A., WÜBker, A. et Ziebarth, N. R. (2020). Cream Skimming by Health Care Providers and Inequality in Health Care Access: Evidence from a Randomized Field Experiment. *IZA Discussion Paper Series ; 13100*. Bonn Iza: 11 , tabl., fig., annexes.

<https://ecoftp.iza.org/dp13100.pdf>

Using a randomized field experiment, we show that health care specialists cream-skim patients by their expected profitability. In the German two-tier system, outpatient reimbursement rates for both public and private insurance are centrally determined but are more than twice as high for the privately insured. In our field experiment, following a standardized protocol, the same hypothetical patient called 991 private practices in 36 German counties to schedule appointments for allergy tests, hearing tests and gastroscopies. Practices were 7% more likely to offer an appointment to the privately insured. Conditional on being offered an appointment, wait times for the publicly insured were twice as long than for the privately insured. Our findings show that structural differences in reimbursement rates lead to structural differences in health care access.

Wilf - Miron, R., Novikov, I., Ziv, A., et al. (2020). "A novel methodology to measure waiting times for community-based specialist care in a public healthcare system." *Health Policy* **124**(8): 805-811.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.006>

Background Monitoring waiting time (WT) in healthcare systems is essential, since long WT are associated with adverse health outcomes, reduced patient satisfaction and increased private financing. Objective To describe a methodology developed for routine national monitoring of WT for community-based non-urgent specialist appointments, in a public healthcare system. Methods The methodology is based on data from computerized appointment scheduling systems of all Health Maintenance Organizations (HMOs) in Israel. Data included first 50 available appointments for community-based specialists and actual number of visits. Five most frequent specialties: orthopedics, ophthalmology, gynecology, dermatology and otolaryngology, were included. WT offered to HMO members for non-urgent care was calculated for two scenarios: "specific" physician and "any" physician in the region. Distribution of offered WT was calculated separately for each specialty and geographical region, combined to create the nationwide distribution. Results The methodology was tested on data extracted between December 2018-June 2019. Estimated national median WT for "specific" physician, ranged from 9 days (ophthalmology/gynecology) to 20 days (dermatology), with large variation between geographic regions. WT were 26–56 % shorter for "any" than for "specific" physician. Conclusions This novel method offers a solution for ongoing national WT measurement, using computerized scheduling systems. It integrates two scenarios for appointment scheduling and allows identification of differences between specialties and regions, setting the ground for interventions to strengthen public healthcare systems.

Woolf, K., Elton, C. et Newport, M. (2015). "The specialty choices of graduates from Brighton and Sussex Medical School: a longitudinal cohort study." *BMC Med Educ* **15**: 46.

BACKGROUND: Since 2007 junior doctors in the UK have had to make major career decisions at a point when previously many had not yet chosen a specialty. This study examined when doctors in this new system make specialty choices, which factors influence choices, and whether doctors who choose a specialty they were interested in at medical school are more confident in their choice than those doctors whose interests change post-graduation. METHODS: Two cohorts of students in their penultimate year at one medical school (n = 227/239) were asked which specialty interested them as a career. Two years later, 210/227 were sent a questionnaire measuring actual specialty chosen, confidence, influence of perceptions of the specialty and experiences on choice, satisfaction with medicine, personality, self-efficacy, and demographics. Medical school and post-graduation choices in the same category were deemed 'stable'. Predictors of stability, and of not having chosen a specialty, were calculated using bootstrapped logistic regression. Differences between specialties on questionnaire factors were analysed. RESULTS: 50% responded (n = 105/277; 44% of the 239 Year 4 students). 65% specialty choices were 'stable'. Factors univariately associated with stability were specialty chosen, having enjoyed the specialty at medical school or since starting work, having first considered the specialty earlier. A regression found doctors who chose psychiatry were more likely to have changed choice than those who chose general practice. Confidence in the choice was not associated with stability. Those who chose general practice valued lifestyle factors. A psychiatry choice was associated with needing a job and using one's intellect to help others. The decision to choose surgical training tended to be made early. Not having applied for specialty training was associated with being lower on agreeableness and conscientiousness. CONCLUSION: Medical school experiences are important in specialty choice but experiences post-graduation remain significant, particularly in some specialties (psychiatry in our sample). Career guidance is important at medical school and should be continued post-graduation, with senior clinicians supported in advising juniors. Careers advice in the first year post-graduation may be particularly important, especially for specialties which have difficulty recruiting or are poorly represented at medical school.

Wyonch, R. (2021). Help Wanted: How to Address Labour Shortages in Healthcare and Improve Patient Access. *Commentary*; 392. Toronto CD Howe Institute: 36, tabl., graph.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3820955&dgcid=ejournal_html_email_demand:supply:in:health:economics:ejournal_abstractlink

To address a pandemic, preserving and maintaining the healthcare system's capacity is critical. This Commentary evaluates factors contributing to healthcare labour shortages and investigates the inter-relationships between access to health services, the number of healthcare providers, compensation

rates and migration patterns. Addressing healthcare access challenges likely requires increasing the number of healthcare providers and also addressing inefficiencies in the combination of inputs – the mix of providers, facilities, tools and equipment. Overall, the results suggest a critical and strategic examination of fee schedules for physician services, with the goal of reducing the average cost per service but strategically increasing remuneration for difficult-to-access services. Nurses and other care providers can increase the efficiency of healthcare delivery through expanding scopes of practice or filling gaps when there is a shortage of family or specialist physicians. However, there are, as well, shortages of nurses and other healthcare providers. Another example of increasing the efficiency of healthcare services is the shift toward team-based care. A critical feature of both expanding scopes of practice and team-based care is effective communication and knowledge transfer between supervising specialists and care providers. The time and costs associated with training new physicians make it infeasible to address labour shortages arising from a crisis or an unexpected population need simply through training more of the needed physicians. However, shifting methods and modes of care delivery, or adapting scopes of practice, are tools to address short-term healthcare labour supply gaps. Over the longer term, increasing the efficiency and supply of healthcare labour will require adapting medical education policies, remuneration and entry pathways to practising medical professions, as well as continuing to modernize care delivery methods, coordination and health data accessibility.

Ressources électroniques

EN FRANCE

[Ameli \(Portail de la Cnamts\)](#)

Le régime général de l'assurance maladie met en ligne sur son portail différentes informations statistiques sur les professions de santé libérales :

- des données sur la démographie et la densité médicale, le mode de conventionnement...avec une évolution depuis 2000 ;
- des données sur l'activité et la prescription ;
- des données sur les honoraires ;
- des informations sur la patientèle.

[CCAM \(Classification Commune des Actes Médicaux\)](#)

La CCAM est le nouveau référentiel qui remplace les deux nomenclatures suivantes : la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en secteur libéral et le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) en secteur hospitalier.

[Cartographie interactive de la démographie médicale](#)

Mis au point par le Conseil national de l'Ordre des médecins, cet outil permet de se renseigner sur le nombre des médecins selon les spécialités dans toutes les régions de France jusqu'à l'échelle des bassins de vie.

[Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie \(HCAAM\)](#)

Deux avis sur la médecine spécialisée

[Medileg](#)

Base de données concernant l'environnement juridique et réglementaire de l'acte médical : textes légaux dont le code de déontologie

[Ministère chargé de la santé – Drees](#)

Le portail du Ministère chargé de la santé met en ligne différents dossiers relatifs aux professions de santé, voir sous « [Grands dossiers](#) » et la thématique « [Système de santé et médico-social](#) » :

- Pacte territoire santé pour lutter contre les déserts médicaux ;
- Pôles, maisons et centres de santé ;
- Permanence et continuité des soins ;
- Paerpa ;

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-medecine-specialisee-liberale-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-medecine-specialisee-liberale-en-france.epub

- L'article 51 : innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé ;
- La e-santé.

La Drees met en ligne via son portail de données : [Drees-data](#), des informations sur les professions de santé (démographie, activités, pratiques...).

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)

On y accède via l'espace santé du portail du ministère de la santé (rubrique études, recherches et statistiques). On y trouve une présentation de l'observatoire, ses missions, ses travaux en cours ainsi que les différents rapports produits.

Paps – Portail d'accompagnement des professionnels de santé

Ce portail national se décline régionalement sous le pilotage de chaque Agence régionale de santé. Ces sites ont pour objectif d'accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches à chaque étape de leur vie professionnelle selon trois axes : « Je me forme », « Je m'installe », « J'exerce » Ils fournissent des informations sur neuf professions : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et les pédicures-podologues. Ce portail rénové propose plus d'informations pratiques (questions-réponses, des cursus illustrés, des informations sur les différents modes d'exercice, des cartographies ciblées, le recours à un interlocuteur direct, des contacts de proximité...

Les syndicats de médecins

- **Gynécologie-Obstétrique**

<http://www.cngof.fr/>

- **Radiologie**

<http://www.fnmr.org/>

- **Allergologie**

<https://syfal.net/>

- **Pédiatrie**

- **Accueil - SFORL**

<http://www.afpa.org/>

Voir Audipog : <http://www.audipog.net/>

- **Psychiatrie**

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/>

- **Pneumologie**

<http://www.ffpneumologie.org/>

- **ORL**

Accueil - SFORL

[http://www.unitheque.com/Livre/elsevier - masson/Les referentiels des Colleges/ORL-72139.html](http://www.unitheque.com/Livre/elsevier - masson/Les_referentiels_des_Colleges/ORL-72139.html)

- **Gastrologie Entérologie**

<http://www.snfge.org/node/13001>

- **Endocrinologie**

- **Société Française d'Endocrinologie (sfendocrino.org)**

- **Néphrologie**

<http://www.sfndt.org/sn/eaccueil/actualites/fiche.php?recordID=46>

- **Phlébologie (Vasculaire)**

<http://cnpmv.fr/>

- **Angiologie**

https://books.google.fr/books/about/Profession_angiologue.html?id=JXLNAAACAAJ&redir_esc=y

- **Dermatologie**

www.srdermatologie.org

- **Cardiologie**

<https://www.fedecardio.org/>

- **Rhumatologie**

<https://snmr.org/>

- **Ophtalmologie**

<http://www.sfo.asso.fr/>

A L'ETRANGER

Diplômes des professions de santé dans chaque pays de l'UE

Le site de la Commission européenne fournit des infos sur la reconnaissance des diplômes dans chaque pays de l'UE et pour différentes professions (dont les médecins, pharmaciens, sages-femmes, dentistes, et infirmiers), précise les modalités pour y travailler, et liste les points de contact pour s'enregistrer auprès des instances du pays.

OMS (Organisation mondiale de la santé)

La série des « Health System Review – HITs » réalisée par l'OMS comporte des éléments sur l'organisation de la profession médicale

Les rapports sont consultables à cette adresse :

[WHO/Europe | Health systems](http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits)

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits>

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques)

Panorama de la santé

Cette série de publications statistiques fournit les dernières données comparatives portant sur différents aspects de la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Les dernières publications en date incluent [Health at a Glance: Europe 2020 - State of Health in the EU Cycle](#), ainsi que [Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE](#).

Accès aussi aux [Country Health Profiles 2021](#) faisant partie du cycle *l'état de la santé dans l'UE*.

Politique de santé

<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/politiques.htm>

Personnels de santé

<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/personnels-de-sante.htm>

Voir aussi les entrées par pays

<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/personnels-de-sante.htm>

- Germany : <http://www.oecd.org/germany/>
- Danemark : <http://www.oecd.org/denmark/>
- Finlande : <http://www.oecd.org/finland/>
- Norvège : <http://www.oecd.org/norway/>
- Suède : <http://www.oecd.org/sweden/>
- Etats-Unis : <http://www.oecd.org/unitedstates/>
- Royaume-Uni : <http://www.oecd.org/unitedkingdom/>

Institutions, organismes professionnels par pays

Consulter l'annuaire des sites de l'Irdes :

<http://www.irdes.fr/documentation/liens-utiles-en-economie-de-la-sante/sites-etrangeurs/union-europeenne.html>

<http://www.irdes.fr/documentation/liens-utiles-en-economie-de-la-sante/sites-etrangeurs/autres.html>

Ce n'est pas exhaustif pour les organismes professionnels.

A noter pour la Finlande :

Finish medical association

<https://www.laakariliitto.fi/en/>

Irdes

Bibliographie sur les soins primaires

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>

Historique des conventions médicales

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>

Bibliographie sur la désertification médicale

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-politiques-de-lutte-contre-la-desertification-medecale.pdf>

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/projet-de-loi-relatif-a-l-organisation-et-a-la-transformation-du-systeme-de-sante.pdf>

A RAJOUTER :

E.A.N.A. Groupement européen fédérant les généralistes et spécialistes libéraux en Europe

29 rue de Vianden

L-2680 LUXEMBOURG

Tel.: +352 44 40 33

Fax +352 45 83 49

secretary@eanamed.eu