

## Annexe 3

### L'organisation des soins primaires et les enjeux de la coopération des professionnels de santé : les enseignements des systèmes de santé étrangers

La coopération entre les professionnels de santé est inhérente à tous les systèmes de soins : à l'hôpital, elle est une partie constitutive du projet de soins ; en ville, la spécialisation des acteurs et des intervenants la rend obligatoire, sinon « naturelle ».

Pour autant, son organisation formelle revêt aujourd'hui une importance particulière dans un contexte épidémiologique (ou transition épidémiologique) marqué dans les pays développés par le vieillissement des populations et le développement des maladies chroniques. Le système de santé, conçu pour traiter des épisodes pathologiques aigus, y est en effet caractérisé par sa complexité et le morcellement des prises en charge et des prestataires : la coordination (« *coordinated care* ») des acteurs et des pratiques est partout une préoccupation majeure quels que soient les systèmes<sup>1</sup> (cf. annexe). Est en cause non seulement l'organisation des soins primaires mais aussi son articulation avec l'hôpital (les problèmes majeurs se situent aux interfaces des niveaux de soins) et le secteur social qui intervient en soutien à domicile des personnes malades fragiles.

En France, ainsi que l'a déjà souligné le HCAAM<sup>2</sup>, ces éléments expliquent deux défauts du système français. D'une part, les soins aux personnes âgées et aux malades chroniques souffrent d'un manque de coordination entre les professionnels de santé, conduisant à des actes ou des prestations inutiles ou inadéquats. D'autre part, le système fait actuellement très largement reposer la gestion des parcours de santé sur les patients et leurs familles, induisant des difficultés sociales mais aussi sanitaires. A l'inverse, c'est dans la gestion des parcours coordonnés que pourraient être attendues une amélioration de la qualité des soins mais aussi une optimisation des dépenses.

La coopération des professionnels de santé, susceptible de mieux répondre aux besoins d'une population vieillissante, ne se réduit pas cependant à l'objectif de renforcement de la coordination de leurs interventions. Autorisant une meilleure utilisation et une synergie des compétences, elle devrait permettre, notamment en ce qui concerne les soins primaires, une nouvelle approche de la prise en charge des malades chroniques dont la prévention et le suivi impliquent une relation active et dynamique entre le patient et le système de soins de premier recours : une réduction des hospitalisations par le développement d'une approche active et préventive des soins de premier recours en est attendue à moyen terme.

Le renforcement des coopérations entre les professionnels de santé contient donc une « promesse » d'enrichissement des services qu'ils rendent aux patients, conformément aux modèles d'organisation de la prise en charge des malades chroniques. Conceptualisées dès 1996 par des universitaires américains<sup>3</sup>, ces organisations, susceptibles de mieux répondre aux besoins des

---

<sup>1</sup> Optimiser les dépenses de santé. OCDE 2010.

<sup>2</sup> Rapports HCAAM 2011 et 2012..

<sup>3</sup> Wagner E.H, B.T.Austin et M.Von Korff. *Organizing care for patients*. The Milbank quarterly, 1996. vol 74 n°4;Bodenheimer

malades au long cours, reposent sur quatre piliers qui définissent les outils nécessaires à leur mise en place :

- soutien à l'autogestion par le patient de sa maladie,
- définition d'outils d'aide à la décision des praticiens (groupes de pairs, outils éducatifs, guidelines),
- mise en place de schémas d'intervention actifs et pluridisciplinaires auprès des patients (équipes pluri-professionnelles, relance des malades qui n'ont pas effectué les examens recommandés, planification des consultations),
- construction d'un système d'information permettant, non seulement d'alerter pour contrôler le respect des protocoles de suivi, mais aussi d'assurer au médecin un retour sur les résultats de sa prise en charge et de sa « performance », ce qui implique l'informatisation du dossier médical du patient.

A ces critères, peut être ajoutée la capacité de mobiliser des « ressources » de l'environnement social (travailleurs sociaux, groupes d'auto-support de patients), en complément ou en relais des professionnels de santé.

Enfin, cette coopération est susceptible de permettre, par de nouveaux « *skill mix* »<sup>4</sup>, une optimisation des ressources professionnelles, notamment dans des contextes où se raréfient certaines compétences, en particulier les compétences médicales, et où s'opèrent des transferts de prise en charge de l'hôpital vers la ville en raison du développement des soins ambulatoires autorisés par le progrès médical –médicaments, techniques d'intervention (prises en charge des cancers par exemple).

Le développement de la coopération des professionnels de santé porte donc plusieurs enjeux pour les patients et le système de soins :

- celui de la coordination des parcours de santé des patients fragiles et donc de la capacité des soins de premier recours à coordonner les acteurs de la ville mais aussi à se coordonner avec l'hôpital et le secteur social ;
- celui de l'enrichissement des « prestations » de soins à apporter aux patients souffrant de maladies chroniques et aux personnes âgées mais aussi au reste de la population (prévention);
- celui enfin d'une meilleure accessibilité et d'une plus grande efficacité des soins de premier recours dans des situations de pénurie locale (ou nationale) de certains professionnels de santé ou de transfert de certaines prises en charge de la ville et de l'hôpital.

La richesse des coopérations des professionnels de santé dépend avant tout des modèles d'organisation des soins qui définissent les cadres d'exercice des professions (regroupées ou non, par profession ou de façon pluri professionnelle), même si les statuts, les modes de rémunération ou les rôles professionnels ont une influence importante : les coopérations « découlent » en quelque sorte des choix d'organisation des systèmes effectués par les pouvoirs publics.

---

T, Wagner E., Grumbach K, *Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model*-Jama 2002- 288.

<sup>4</sup> Le « *skill mix* » est utilisé pour décrire la distribution des activités entre professionnels mais aussi la composition des équipes de soins.

C'est d'ailleurs en ces termes que certains pays étrangers ont pensé précocement les coopérations des professionnels et engagé les évolutions de leur système de soins, et notamment des soins primaires, premier recours avant les soins hospitaliers. Pour autant, toutes les organisations recherchent encore une meilleure articulation et donc une optimisation des différents niveaux de leurs soins (primaires, secondaires) et des liaisons opérantes avec le système social.

## La typologie des soins primaires

Selon la définition de l'OMS<sup>5</sup>, les soins primaires constituent le premier contact de la population avec le système de santé ; ils sont accessibles financièrement et géographiquement, en assurant une permanence des soins (responsabilité longitudinale du patient) ; organisés autour des professionnels de santé - médecins, infirmiers, sages-femmes, paramédicaux - , ils délivrent par un travail d'équipe des prestations de prévention et de soins, en restant articulés avec les ressources communautaires : le contour précis de ces prestations (nature des soins et intensité des coordinations) reste éminemment variable selon les pays.

Si les soins primaires occupent une place stratégique dans l'accès à la santé des populations, certains auteurs<sup>6</sup> suggèrent également que la performance du système tout entier dépend de son organisation.

La typologie des soins primaires proposée par Beaulieu et al<sup>7</sup> et reprise par l'IRDES<sup>8</sup> distingue deux grands types d'organisation des soins primaires qui se différencient par leurs objectifs et les services proposés :

- le modèle communautaire, le « médecin est inclus dans un ensemble (centres, cliniques) qui dessert une population définie avec un objectif de santé » et organise une coopération entre les professionnels de santé, fréquemment par un regroupement physique des professionnels,
- le modèle professionnel qui fait du médecin, regroupé avec d'autres ou non, le pivot du système, l'accès aux autres acteurs s'effectuant par son intermédiaire.

Dans les deux modèles, les modes de regroupement des professionnels (professionnel ou pluri professionnel), leur statut, leur mode de rémunération, l'articulation avec les autres acteurs (hôpital et secteur social) ainsi que la gouvernance et le financement du système peuvent être variables. Les deux modèles peuvent par ailleurs converger progressivement. Le tableau suivant en résume les caractéristiques « pures ».

---

<sup>5</sup> Déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires. 12 septembre 1978.

<sup>6</sup> Starfield.B, ShiL, Machinkij. *Contribution of primary care in health systems and health*. Milbank.

<sup>7</sup> Beaulieu M.-D., Contandriopoulos A.-P., Denis J. L., Haggerty J., Lamarche P. A., Pineault R. (novembre 2003), Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

<sup>8</sup> Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et propositions. Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès et al. Série Analyse. IRDES 2007. QES n°141. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès (Prospere/irdes).

## Principales caractéristiques des quatre modèles de services de santé de première ligne

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

Source : Beaulieu et al. (2003)

## Les soins primaires communautaires

### 1 La Suède

#### *Contexte d'organisation et de financement*

Les caractéristiques du système suédois sont les suivantes :

- La couverture et l'accès aux soins universels sont assurés par un système financé par l'impôt (national et régional/local qui finance la majorité du système), ce qui correspond à un système « beverdigien » avec des nuances (place de la pratique privée) ;
- la gestion et l'organisation sont décentralisées au niveau régional (1982) (20 comtés ou conseils régionaux), sous la « surveillance » du conseil national de la santé et des affaires sociales (évaluation des régions, expertise, définition des bonnes pratiques) ;
- le niveau régional gère les hôpitaux (ou contractualise avec hôpitaux privés) et les centres de santé ;
- les 290 municipalités (réforme Ädel, 1992) sont responsables de soins à domicile pour les personnes âgées et handicapées et des services sociaux. Ainsi, les communes devaient rembourser aux hôpitaux financés par les comtés les frais engagés par les « *bed blockers* », c'est-à-dire par des personnes hospitalisées qui ne nécessitent plus de soins médicaux mais ne quittent pas l'hôpital faute de trouver une place en maison de soins ou de pouvoir rentrer chez eux et bénéficier de soins à domicile.

#### *Niveau des dépenses de santé*

En 2011, les dépenses de santé représentaient 9,5% du PIB (France 11,3%) ; la liaison des réformes et du problème des comptes publics (années 1990) a entraîné des plans d'économies drastiques notamment dans les hôpitaux.

#### *Organisation des soins de premiers recours*

Historiquement, après une période où le système était très hospitalo-centré, l'objectif dans les années 1980 est de faire des soins primaires le pivot du système (leur importance est inscrite en 1995 dans la législation) : ce sont les centres de santé qui les fourniront exclusivement. Parallèlement, l'accent est mis sur les soins à domicile pour les personnes âgées. La réforme du médecin personnel (objectif d'un médecin de famille pour 2000 habitants) intervient au milieu des années 1995 et est confiée aux régions : il n'y a pas d'obligation pour les patients d'inscription chez un médecin désigné (les patients choisissent leur médecin et leur centre de santé). Le développement d'un pilotage national permet des comparaisons entre les régions. Le système de soins comporte en outre en organisation pyramidale un niveau secondaire (hôpitaux locaux) et un niveau tertiaire (hôpitaux très spécialisés).

#### *Les centres de santé*

Il existait 900 centres en 2008, qui sont divers en termes de desserte de la population (entre 10 000 et 50 000 habitants). Ils peuvent être publics ou privés (25%). Dans ce cas, ils sont sous contrat avec la région.

Les centres de santé sont constitués de médecins généralistes, d'infirmiers, de secrétaires et parfois, sous forme de vacations, de sages-femmes, de kinésithérapeutes, de psychologues, de pédiatres, de gynécologues et de psychiatres (intégration horizontale des professionnels de premier recours). Ils dispensent soins et prévention (vaccination, suivi des grossesses, conseils) mais il existe aussi des centres spécialisés en pédiatrie ou pour le suivi de la grossesse mais également des cliniques d'infirmières.

Ils doivent donner une réponse dans les 24 heures aux patients qui les sollicitent (téléphone ou visite) : en 2002, 75% des patients ont eu un rendez-vous avec un médecin généraliste dans ce délai. Les orientations vers les spécialistes doivent intervenir dans les 3 mois si le diagnostic est connu et dans le mois qui suit s'il ne l'est pas. En 2010, selon les statistiques officielles, 90% des patients voyaient un spécialiste ou recevaient un traitement dans les 90 jours (2007, 74%).

Les dossiers médicaux sont informatisés et consultables par tous les médecins des mêmes centres.

### *La pratique médicale*

Le nombre de médecins généralistes qui a augmenté dans les dernières années est plus bas en Suède que dans d'autres pays européens (le nombre total de médecins est en revanche élevé). Ils exercent à 86% dans les centres de santé publics où ils sont salariés et sont à l'origine de 48% des consultations de généralistes. La rémunération combine la capitation (fonction du nombre de patients) et la rémunération à l'acte.

Les patients peuvent consulter aussi à l'hôpital en consultation externe : dans ce cas, les honoraires médicaux y sont plus coûteux (et la prise en charge des dépenses par patient est plafonnée par année).

Des praticiens privés (7% des praticiens à l'origine de 27% des consultations en soins primaires) sont conventionnés avec la région et en reçoivent leur rémunération. De fortes disparités régionales sont observées dans leur répartition.

Les spécialistes exercent en majorité à l'hôpital.

### *Les infirmières*

Elles sont en nombre important : en 2011, 11,3 pour 1 000 habitants (8,3 en France).

### *Problèmes identifiés*

Les délais d'attente sont repérés comme l'un des problèmes du système suédois des centres de santé. Certains y voient l'un des problèmes des systèmes publics de santé<sup>9</sup>. Pour y remédier, certains centres ont mis en place un système de priorisation des consultations conduites par des infirmières (priorité aux patients aigus). Les problèmes de qualité des soins sont également au centre des préoccupations.

D'autre part, certaines monographies signalent des problèmes de circulation d'information entre les professionnels notamment en raison des implications variées des médecins et la gestion collective demeure une préoccupation.

---

<sup>9</sup> Institut économique Molinari. décembre 2012.



L'hospitalo-centrisme demeure très présent. Certains projets régionaux réfléchissent à l'intégration verticale de certains hôpitaux aux services de premier recours (intégration verticale pratiquée par exemple par certaines organisations assurantielles, Kaiser Permanente, aux États-Unis).

### *Remarques générales et enseignements<sup>10</sup>*

- Motivation des réformes des soins primaires : pénurie des médecins (années 80) et crise des comptes publics (années 90) avec l'objectif de réduire l'offre de soins hospitaliers. On observe également la conjonction d'une organisation des soins primaires, basée sur les centres de santé et d'une modification du statut des médecins.
- Pas d'évaluation préalable par des expérimentations. Une adaptation du système en fonction des résultats ou de la doctrine politique des gouvernements (augmentation de la rémunération à la performance pour les médecins, incitation à la concurrence des structures privées et publiques, réflexion sur l'intégration verticale hôpitaux/ premier recours).
- Une structuration des soins qui varie selon les régions et donc un système qui présente des spécificités locales.
- Un développement récent du système privé de soins primaires, facilité en 2008, qui augmente mais demeure limité (15,9% des dépenses de soins en 2009 contre 10% en 2005).
- Des débats récurrents sur la qualité du système, son accessibilité (délais d'attente) et sur l'hétérogénéité du système qui conduit certains à proposer la « renationalisation » du système.
- Des coopérations entre les professionnels perfectibles dans les centres de santé et des problèmes de qualité de coordination soulevés par les rapports officiels.
- Des organisations en centres de santé qui placent souvent les infirmières en première ligne pour le filtrage des consultations et les soins préventifs.
- Un tropisme hospitalier encore très présent notamment dans l'exercice des spécialistes.
- Une bonne maîtrise des dépenses (forte réduction de l'offre hospitalière).

## **2 La Finlande**

### *Contexte d'organisation et de financement*

Les caractéristiques du système finlandais sont les suivantes :

- La couverture et l'accès universel aux soins universels sont assurés par un système financé par l'impôt (national et local 448 municipalités) qui finance la majorité du système - 2/3 de la dépense) , ce qui correspond à un système « beverdigien » avec une partie (14%) financée par les assurances sociales;
- La gestion et l'organisation sont décentralisées au niveau des municipalités qui reçoivent de l'Etat des subventions sur la base d'une capitation, calculée en fonction de critères de population. Les *guidelines* sont du ressort de l'Etat.

### *Niveau des dépenses de santé*

En 2011, les dépenses de santé s'élevaient à 9% du PIB (France 11,3%).

---

<sup>10</sup> Annual National Report 2012 .Pensions, Health Care and Long-term Care. ASISP. European Commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion.

### ***Organisation des soins de premiers recours***

Depuis 1972, les soins primaires fournis au sein des centres de santé sont la pierre angulaire du système et distingués des soins secondaires et tertiaires fournis par les hôpitaux : auparavant les soins médicaux étaient dispensés par les médecins libéraux. Leur accès est conditionné par une référence donnée par le médecin traitant.

### ***Les centres de santé***

Il existait 278 centres en 2008 (certains couvrant plusieurs municipalités) qui sont variables en termes de desserte de la population (entre 10 000 et 50 000 habitants. Ils sont rattachés à un hôpital de référence. Ils sont sous la responsabilité de la municipalité (budget, gestion).

Les centres de santé offrent un ensemble de prestations médicales très vastes (soins dentaires compris) et paramédicales, variables selon les centres et les municipalités: la plupart comporte des lits d'hospitalisation. Ils sont constitués de médecins généralistes (mais aussi de spécialistes) et d'équipes pluridisciplinaires (comprenant des assistantes sociales). Le directeur peut être un médecin ou une équipe.

Ils dispensent soins et prévention (vaccination, suivi des grossesses, conseils), y compris en milieu scolaire et professionnel.

### ***La pratique médicale***

La pratique dominante pour les médecins généralistes est en centre de santé avec un développement toutefois de l'exercice privé. Le nombre de médecins généralistes a longtemps été un problème mais ne semble plus l'être (nombre de médecins par habitant identique à celui de la France avec une proportion de médecins généralistes légèrement inférieure). Ce sont des salariés des municipalités lorsqu'ils exercent dans les centres mais ils peuvent avoir une pratique privée. Les rémunérations des médecins dans les centres sont fixées par les contrats de travail (30% des médecins) mais la rémunération à la capitation en fonction du nombre de patients concerne aujourd'hui 70% d'entre eux.

Dans les centres, les dossiers médicaux sont partagés entre les médecins et informatisés.

L'accès aux médecins des centres qui ont en charge une zone géographique précise s'effectuent selon les choix des patients.

La pratique privée (remboursée par les caisses d'assurance maladie si les médecins ne dépassent pas un tarif de responsabilité), soit exclusive soit conjointe avec une pratique publique, est autorisée et se développe en raison du manque d'attractivité des salaires offerts par les centres de santé, conduisant à une diminution de la fréquentation des centres de santé.

### ***Les infirmières***

Elles sont en nombre important : en 2011, 11,1 pour 1 000 habitants (8,3 en France). Elles occupent une place très importante dans les centres de santé : elles assistent les médecins généralistes et ont leur propre consultation (injections, retrait des points de suture). Elles assurent également des soins préventifs très larges (santé scolaire, soins infantiles, promotion de la santé) mais aussi des soins à domicile.



### **Problèmes identifiés**

Les délais d'attente ont été repérés comme l'un des problèmes du système des centres de santé, en raison d'une pénurie de médecins dans les années 90. Depuis 2005, l'accès aux centres doit être garanti le jour même (médecin ou infirmier), une consultation médicale ou d'une infirmière doit être proposée dans les 3 jours, dans les 3 semaines pour ce qui est des consultations spécialisées. Si une intervention médicale est nécessaire, elle doit être proposée dans les 6 mois. Selon les évaluations, la situation se serait améliorée. D'autre part, certaines monographies signalent des problèmes de circulation d'information entre les professionnels notamment en raison des implications variées des médecins dans les centres et la gestion collective demeure une préoccupation.

Le secteur des soins primaires organisés dans les centres de santé souffre d'une désaffection par les médecins mais aussi les patients au profit de la médecine privée et spécialisée.

### **Remarques générales et enseignements**

- Une révolution du premier recours ancienne (plus de 40 ans), qui a conduit à modifier les cadres d'exercice (centres de santé) mais aussi à diversifier progressivement les modes de rémunération des médecins afin de rendre l'exercice des généralistes plus attractif.
- Un rôle déterminant des infirmières notamment en matière de prévention, toutes salariées des centres, en raison notamment de la pénurie de médecins.
- Des problèmes d'accessibilité du système récurrents et un développement du secteur privé.
- Une bonne maîtrise des dépenses (forte réduction de l'offre hospitalière).

## **Les soins primaires à caractère professionnel**

### **3 Le Royaume-Uni**

#### **Contexte d'organisation et de financement**

Le système national de santé (*National Health service*) est financé majoritairement par l'impôt et géré par l'Etat, les soins sont gratuits (hors soins dentaires et médicament pour lesquels est prévue une contribution limitée des personnes). Le secteur privé est limité et financé par des assurances (hospitalisation pour laquelle les délais d'attente sont importants).

En raison des défauts récurrents du système (délais d'attente, problème de la qualité des soins), le système cherche constamment un équilibre entre centralisation, concurrence (y compris en laissant le choix du médecin aux patients) et responsabilité locale (nombreuses réformes des gouvernements conservateurs puis travaillistes) : la réforme des années Blair (mise en réseau des professionnels) a donné une grande autonomie aux « *primary care trusts* » (PCT) dont les conseils d'administration associent les médecins généralistes, les infirmières, les représentants de services sociaux, et des patients : ces PCT, qui sont des acheteurs de soins, mettent en concurrence les hôpitaux. La réforme Blair a également donné aux patients la capacité de choisir son médecin traitant et développé les mécanismes de rémunération à la performance des médecins.

La loi sur la santé de 2012 renforce l'implication des médecins généralistes dans la gouvernance, en les réunissant dans plus de 200 « *clinical commissioning groups* » (CCG) qui remplacent les PCT au niveau local et ont la mission d'une plus grande coordination des soins autour des patients, avec

comme objectif l'achat de soins hospitaliers, de réadaptation, d'urgences, et des services de santé communautaires.

Une dizaine d'expériences de soins intégrés entre les hôpitaux et la ville (budget commun) ont été développées en 2009 pour la prise en charge de certaines maladies chroniques (création de réseaux de prestataires gèrent un budget unique).

### **Niveau des dépenses de santé**

En 2011, le niveau des dépenses de santé s'est élevé à 9,4% du PIB (France 11,3%).

### **Organisation des soins de premiers recours**

Les soins sont organisés en trois niveaux : primaire (soins de premier recours, prévention), secondaires (hôpitaux), tertiaires (hôpitaux spécialisés). Les soins primaires ont été privilégiés depuis les années 80.

Le médecin traitant (« *gate keeper* ») est l'entrée obligatoire dans le système y compris pour les soins secondaires.

Les soins primaires sont assurés par les médecins généralistes (GP), organisés en des cabinets de groupe de taille variable (en moyenne 24 personnes dont 5 médecins par cabinet, les infirmières étant en nombre équivalent et les personnels administratifs constituant la majorité de l'équipe) : leur taille a augmenté avec un débat sur la taille optimale des cabinets. Moins de 10% des cabinets sont individuels.

L'exercice de groupe des médecins a été promu à partir des années 60, notamment par des mesures contraignantes mais surtout grâce à de fortes incitations financières par le biais de financements forfaitaires importants, en raison de la pénurie de généralistes, mais aussi en raison des inégalités d'accès aux soins constatées dans les années 90 : fin de la liberté d'installation ; nombre minimum de patients ; subvention aux cabinets de groupe par une dotation spécifique (« *group allowance* ») ; prise en charge de 80% des revenus d'une infirmière employée ; dotation pour le fonctionnement des cabinets dont les médecins sont propriétaires (1980) ; en 2004 : mise en place d'une contractualisation (« *New GP contract* ») de rémunération avec le cabinet et non plus avec les médecins ; liste de patients par cabinets et non plus par médecins.

Les horaires ouvertures sont variables et certains cabinets sont accessibles sans rendez vous (« *walk-in centers* ») avec essentiellement des consultations infirmières et ouverts sur des horaires très larges.

### **La pratique médicale**

Les généralistes sont indépendants et sous contrat avec le NHS. Le paiement combine capitation et performance (100 indicateurs), fortement développée à partir de 2004. La pratique privée est limitée. Les généralistes sont en nombre limité (moins de 30% des médecins contre plus de 40% en France).

8 sur 10 exercent en cabinets de groupe.

Les dossiers médicaux sont informatisés et partagés. Un suivi des dossiers peut être assuré par des secrétaires permettant des relances (vaccinations etc.).

### **Les infirmières**

Elles peuvent être des salariées des autorités locales (soins au domicile) et elles peuvent en ce cas exercer des responsabilités de consultantes en coordination avec les équipes des cabinets ; ces infirmières parmi les plus qualifiées peuvent avoir des compétences en matière de prescription (« *matrons* ») ; elles peuvent être des salariées des cabinets de groupe dont le directeur est en général un médecin ; leurs tâches sont diverses (consultations de premier recours, suivi des maladies chroniques, éducation et promotion en santé).

Les dynamiques de délégation médecin/infirmiers se sont mises en place progressivement (auparavant pratiques cloisonnées entre médecins et infirmiers) et développées avec la rémunération à la performance des médecins, comportant des critères d'organisation des cabinets et un certain nombre d'actes (traçabilité des prescriptions dans les dossiers des patients, enregistrement de la pression artérielle dans les dossiers médicaux ) ; ces contraintes ont conduit les médecins à déléguer plus largement ces tâches aux infirmières.

Comme en Suède et en Finlande, le ratio infirmier /médecin est plus important qu'en France mais les infirmiers par habitant moins nombreux qu'en France (8,6 contre 8,7 infirmiers / 1000 habitants).

### **Problèmes identifiés**

- Délais d'attente et inégalités d'accès ; qualité des soins
- Relations avec l'hôpital où sont observées aussi des files d'attente et une piètre qualité des soins (cf. scandale de l'hôpital de Stafford en 2013).

### **Remarques générales et enseignements**

- Une incitation financière à la collaboration : paiement de l'infirmier ; rémunération à la performance des médecins qui a incité à la délégation.
- Des délégations qui progressent lentement et grâce à des impulsions via les rémunérations des médecins mais également dans des situations persistantes de pénuries de médecins.

## **4 Le Canada et la province de Québec**

### **Contexte d'organisation et de financement**

Le système national de santé public est financé par l'impôt (national et provincial) avec des prestations universelles (hors médicament) et gratuites : l'organisation est décentralisée, les soins et les services sociaux sont gérés par le même ministère. Le niveau national définit le cadre du système, dont le panier obligatoire de biens et services, répartit au niveau local le financement, impulse des programmes et des expérimentations, favorise les échanges entre les régions. Le niveau régional (Québec) ou provincial peut décider de prestations plus larges que celles du panier obligatoire et est responsable de l'organisation des soins et de l'allocation des moyens entre les réseaux locaux de services (comprenant les centres locaux des services communautaires- CLSC- centres de santé publics et les centres sociaux) et pour certaines provinces les centres hospitaliers.

### **Organisation des soins de premiers recours**

L'organisation des soins primaires repose historiquement au Canada sur les médecins généralistes organisés ou non sous forme de cabinets médicaux mais sans stratégie délibérée des pouvoirs publics. Elle a fait l'objet d'une réflexion à partir des années 80 et 90 et d'un tournant dans les années 2000 (*Health care in Canada* 2003) en raison notamment des restrictions sévères dans le

domaine hospitalier et des difficultés d'accès aux soins qui en ont résulté. L'objectif en dégageant des fonds sur 5 ans pour le renouveau des soins primaires a été de permettre l'accès 24H sur 24 à des équipes pluridisciplinaires de soins primaires.

Le Québec (commission Clair en 1999) avait antérieurement déjà promu une réforme de la médecine de premier recours par la mise en place des groupes volontaires de médecins de famille (GMF) et de réseaux locaux de services en charge de l'articulation et de la coordination entre les médecins et les centres locaux de services communautaires – CLSC (centres de santé qui avaient connu un relatif échec en raison de l'hostilité des médecins).

Les groupes volontaires de médecins de famille qui s'engagent à offrir une gamme de services définis à la population ont eu l'objectif d'étendre les heures d'accessibilité à un médecin de famille, dans un contexte de pénurie de ressources médicales, de rendre les médecins plus disponibles grâce à un travail de groupe et à une collaboration avec des infirmières, d'améliorer le suivi des patients en renforçant le lien avec les services sociaux. Une dotation forfaitaire, fonction du nombre de patients reçus, leur est allouée pour couvrir l'embauche d'infirmières (salariés des centres de santé locaux), d'assistants administratifs, les frais de loyers, de déplacement ou de formation.

Les groupes de médecins de famille doivent être accrédités sur la base d'engagements de service (heures de consultation large, amélioration suivi médical des patients, continuité des services), contractualisent avec la province et les services sociaux. Ils répondent aux critères des « *medical homes* » dont les caractéristiques sont d'offrir des soins coordonnés, continus et complets au patient, avec une pratique intégrant l'informatisation des dossiers et une rémunération soutenant le modèle de soins<sup>11</sup> malgré le fait que l'équipe soit réduite aux médecins et aux infirmiers (contrairement aux « *Family Health groups* », déployés en Ontario, qui comportent des équipes plus larges).

En 2011, les GMF regroupaient en moyenne 10 médecins, 2 infirmières et 2 assistants administratifs. 30%<sup>12</sup> de la population québécoise est reliée à un GMF. Chaque GMF desservait en moyenne 15 000 patients<sup>13</sup>.

Les GMF offrent des consultations avec ou sans rendez vous et peuvent être suivis par des infirmières pour certains problèmes (diabétologie). L'urgence est organisée par un service de garde.

### **La pratique médicale**

Outre les forfaits versés pour le fonctionnement du cabinet de groupe, les médecins des GMF sont rémunérés à l'acte avec des forfaits supplémentaires (garde, forfait pour les médecins responsables, forfait pour l'inscription de patients supplémentaires, forfait de coordination, supplément pour les personnes en situation de précarité). La rémunération est donc mixte.

---

<sup>11</sup>C. Shoen, R. Osborn, M. M. Doty and al. *Toward higher-performance health systems : Adult's care experiences in seven countries*. Health Affairs. 2008, 26.

<sup>12</sup> Yann Bourgueil ; La mutation des modes de paiement des professionnels en soins primaires au Canada et en France Rémunérer les services de santé. RFAS 2013.3.

<sup>13</sup> L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec. M. Breton, J. F. Levesque, R. Pineault, W. Hogg. Pratique et organisation des soins. Volume 42 n°2.

56 % des médecins de famille travaillent dans des GMF<sup>14</sup>. Le gouvernement a parallèlement favorisé le développement de cliniques en réseaux, organisations intermédiaires moins intégrées qui s'engagent à répondre 7 j/7 à la demande des patients sans inscription de ces derniers.

### *Les infirmières des GMF*

Elles sont en général salariées des CLSC ou des centres de santé et des services sociaux (CCSS) mais elles sont sous la responsabilité fonctionnelle des GMF. Leur tâche s'est progressivement étendue (diagnostic, traitement) grâce à la mise au point de protocoles de soins conjoints avec les médecins.

Des infirmières praticiennes spécialisées sont en voie de recrutement : elles ont l'autorisation de faire certaines prescriptions et certains traitements. La rémunération de l'infirmière pour le GMF devrait être augmentée dans le cas de leur recrutement.

### *Évaluation et problèmes rencontrés dans la mise en place des GMF*

- Le modèle fondé sur le travail de groupe des médecins, progressivement enrichi par celui des infirmières constitue un attrait pour les nouveaux médecins.
- Les évaluations montrent que l'accessibilité aux soins primaires s'est améliorée ainsi que la connaissance du patient.
- La collaboration avec les infirmières n'a pas été de soi mais a été favorisée par la mise en place de protocole de suivi conjoints pour le suivi des maladies chroniques.
- Le dossier médical informatisé prévu dès l'origine a pris du retard.

## **5 Les États-Unis**

### *Contexte d'organisation et de financement*

Le financement est assuré par un système assurantiel avec une prise en charge publique pour les plus âgés (Médicare ; 21 % des dépenses de santé) et les plus démunis (Medicaid ; 16 %).

Les dépenses de santé sont les plus élevées du monde (17,7 % PIB en 2011) avec un accès très inégalitaire (50 millions d'américains sont sans couverture antérieurement à la dernière réforme).

L'Obamacare (« *Patient protection and accountable care act* », 2010) fait un lien direct entre la coordination des soins et la limitation de la croissance des dépenses :

- soutien aux « *accountable care organisations* » notamment les « *Patient centred medical homes* » avec des incitations (nouvelles modalités de paiement, notamment « *bundled payment* » et « *pay for performance* ») ;
- mise en place d'une évaluation publique des *Centers for Medicare and Medicaid Services*.

### *Les maisons médicales (patient centered medical homes- PCMH)*

Les maisons médicales se sont développées dans les années 2000 à partir d'une réflexion critique<sup>15</sup> menée sur l'organisation des soins primaires, ses problèmes de qualité et son inadaptation aux maladies chroniques<sup>16</sup>. Parallèlement, est conceptualisé le « *chronic care model* ».

<sup>14</sup> Idem. Yann Bourgueil, Rapport annuel de gestion 2012 du ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

<sup>15</sup> Khon LT, Corrigan JM, Donalson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academic Press; 2000. Institute of medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academic Press; 2001.

Le fonctionnement « type » des PCMH est d'abord défini par quatre associations<sup>17</sup> de médecins ; ses critères sont précisés opérationnellement par le *National committee for quality assurance* (NCQA) pour reconnaître à un cabinet médical le statut de PCMH.

Le modèle fédère les diverses parties prenantes du système de santé américain et se structure autour du « *patient centered primary care collaborative* » (PCPCC) qui regroupe des structures de soins de premier recours mais aussi des grands employeurs assureurs de la santé de leurs salariés, des assureurs santé, des structures hospitalières, des entreprises technologiques, des entreprises pharmaceutiques, des structures d'enseignement.

Les compagnies d'assurance y voient une façon de maîtriser les coûts (notamment d'hospitalisation) mais aussi de contrôler plus étroitement les praticiens (« *care management* ») après les résultats mitigés des HMO (hostilité des praticiens) mais aussi convaincante des organisations de « *disease management* » qui, contrairement aux maisons médicales, externalisent l'accompagnement thérapeutique du patient sur des plateformes thérapeutiques gérées par des infirmiers et des médecins.

Les PCMH sont organisées autour des médecins mais proposent une prise en charge pluridisciplinaire avec la présence d'infirmières.

Les rémunérations demeurent variables même si les membres du PCPCC se sont accordés sur le fait que le mode de paiement traditionnel à l'acte (*fee for services*) favorise l'activité en volume et la fragmentation des soins plutôt que la coordination des soins et la prévention. Les analyses soulignent que quelle qu'en soit les formes, la rémunération des PCMH, doit payer le temps de coordination de l'équipe, inciter à l'utilisation des moyens d'information et de communication, rémunérer les performances en prenant en compte les économies induites en matière d'hospitalisation. Ces incitations financières doivent contribuer à revaloriser l'activité de soins de premier recours. Selon la PCPCC, le modèle de rémunération peut être articulé autour de trois composantes : une part de capitation mensuelle ajustée sur le risque, une part de paiement à l'acte pour maintenir une incitation à l'accueil des patients, une part fondée sur les performances. Sur la base des expériences internationales, il est admis que le travail en équipe entre professionnels médicaux et non-médicaux se développe plus aisément dans des contextes où ils sont rémunérés sous forme de capitation ou de salaire ou, du moins, sous une forme mixte (partage entre capitation et actes). En pratique, sur 26 expériences recensées où des cabinets sont en cours de transformation en PCMH (14 500 médecins et environ 5 millions de patients concernés), le paiement à l'acte reste l'élément central.

### ***L'exemple particulier de la Kaiser permanente (KP)<sup>18</sup> : l'intégration des soins primaires et secondaires***

C'est un groupe d'assurance couvrant près de 9 millions d'assurés qui a mis en place une organisation intégrée entre les soins primaires et secondaires hospitaliers : c'est donc à la fois un

---

<sup>16</sup> Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis ; Bras PL. *Pratiques et Organisation des Soins* volume 42 n° 1 / janvier-mars 2011

<sup>17</sup> American academy of family physicians, American academy of pediatrics, American college of physicians, American osteopathic Association.

<sup>18</sup> La « Kaiser Permanente (KP) fournit à 8,6millions de personnes (dont 6,5millions sont en Californie) des services semblables à ceux du *National Health Service* (NHS) au Royaume-Uni. C'est une *Health Maintenance Organisation* (HMO) à but non lucratif regroupant sous une seule direction une assurance et une organisation de soins (12 000 médecins, 136 500 employés, 30 hôpitaux, 437 cliniques). Le prix de ses services (capitation annuelle) est de près de la moitié de celui que pratiquent d'autres HMO du pays. », Borgès Da Silva G., Borgès Da Silva R.(2005), *Revue médicale de l'assurance maladie*, n° 4 (ndlr).



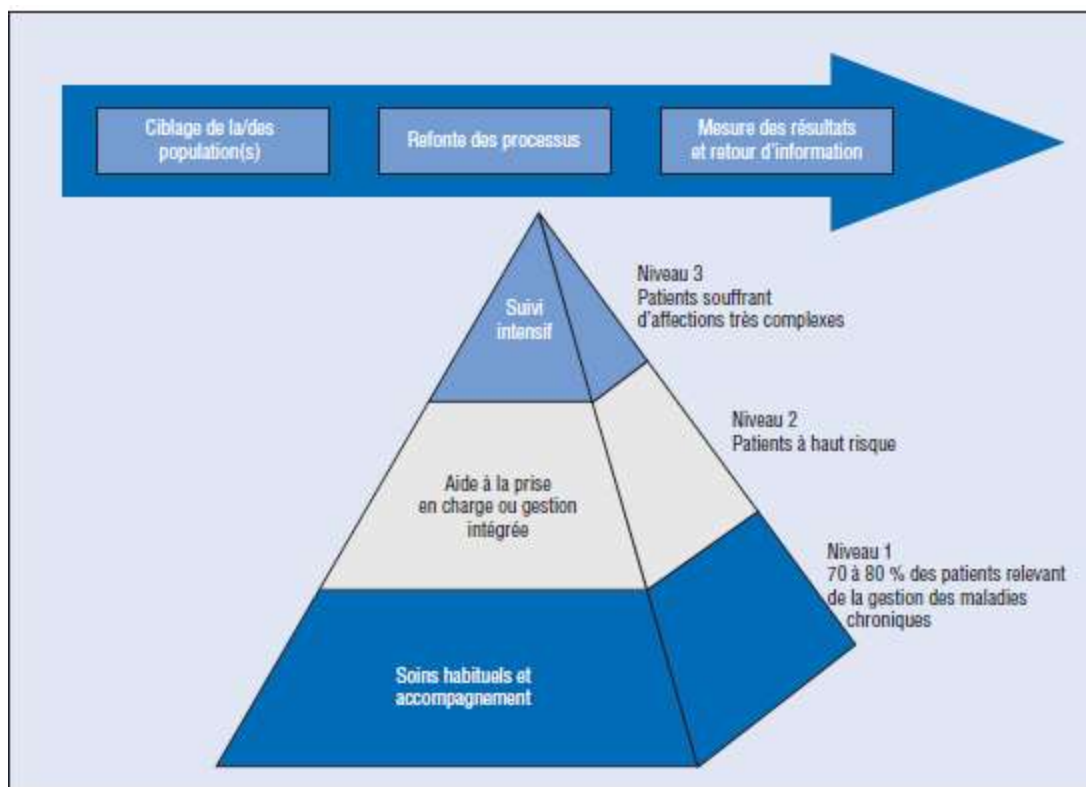
financeur mais aussi un opérateur de soins. Son modèle intégré fait une place particulière aux maladies chroniques et à la prévention. Une autre organisation « *the veterans health administration* » fonctionne selon les mêmes logiques d'intégration.

L'intégration est triple :

- Au niveau des budgets qui sont limités et compris dans une même enveloppe. Les budgets couvrent prévention, soins primaires et secondaires.
- Les professionnels de santé sont salariés de l'organisation : les spécialistes travaillent à la fois dans des centres médicaux et des cabinets de ville. Les médecins généralistes peuvent organiser des rendez-vous avec des spécialistes et pratiquer une consultation à deux médecins. Les médecins généralistes peuvent également intervenir à l'hôpital où ils peuvent coordonner les interventions des différents spécialistes.
- La gestion thérapeutique des malades chroniques conduit à faire de la prévention un axe important de la prise en charge, notamment par des équipes pluridisciplinaires locales. Les malades ont répartis en trois niveaux de soins selon la complexité de leur cas.

Un système d'information très complet (messagerie sécurisée entre les médecins et les patients ; informatisation et partage des données médicales ; outils de gestion active des patients –rappels sur les dépistages ; programmes d'éducation thérapeutique avec soutien des patients en ligne) est en place.

Les évaluations sont très positives mais certaines données ne sont pas disponibles (coût du système, nature de la population couverte). Il ressortirait que la KP hospitalise moins et pour des séjours plus courts que le NHS. Le nombre de lits utilisés par la KP a baissé en raison de la gestion active des patients et des parcours (sorties d'hôpital).



Source : La « pyramide de Kaiser », d'après Singh et Ham (2006).

## Annexe : Enquête sur la coordination des soins dans les pays de l'OCDE

Le *Commonwealth Fund* a mené en 2008 une enquête auprès des ménages de 8 pays de l'OCDE afin de mesurer la pertinence et la performance de la coordination des soins ainsi que les problèmes soulevés par les dysfonctionnements du système. La qualité de la coordination entre les acteurs (médecin traitant, hôpital, spécialistes) est appréciée sur la base de questions très concrètes. Le tableau ci-dessous en fait apparaître les résultats.

Pourcentage d'adultes souffrant d'affections chroniques	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni
Traitement non discuté avant la sortie de l'hôpital <sup>1</sup>	23	39	42	30	44	45	41	35
Résultats d'analyses/dossiers non disponibles lors des rendez-vous	12	16	19	24	15	17	11	15
Analyses demandées en double par les médecins	18	12	11	20	10	10	4	7
Patient alerté par le pharmacien de la dangerosité d'un traitement <sup>2</sup>	15	30	23	20	12	20	38	17
<b>Adultes souffrant d'une affection chronique</b>								
Ont vu plus de quatre médecins au cours des deux dernières années	50	38	32	48	31	34	34	50
Prennent régulièrement plus de quatre traitements	39	33	41	48	38	35	39	50
Les médecins n'ont pas revu régulièrement les traitements médicamenteux en deux ans de coordination des soins <sup>2</sup>	49	41	40	41	68	48	62	48
Diabétiques qui ont bénéficié de services de soins préventifs	40	36	39	43	31	55	59	67
<b>Perception des soins</b>								
Le traitement recommandé par le médecin n'a eu aucun effet	24	22	22	27	35	19	14	15
Temps perdu du fait de la mauvaise organisation des soins	31	28	29	36	20	23	21	18
<b>Temps d'attente pour un rendez-vous chez un spécialiste</b>								
Moins de quatre semaines <sup>3</sup>	68	45	40	74	55	45	69	42
Deux mois ou plus <sup>3</sup>	20	29	42	10	23	33	25	33
<b>Erreur médicale, erreur de traitement, erreur dans les analyses médicales au cours des deux dernières années</b>								
Traitement inadapté ou mauvais dosage	7	13	10	14	8	13	6	9
Erreur de diagnostic/erreur dans les résultats des analyses médicales <sup>4</sup>	5	7	5	7	3	3	1	3
Retards dans les résultats d'analyses anormaux <sup>4</sup>	5	13	12	16	5	10	5	8
<b>Implication du patient dans les soins</b>								
Le médecin propose toujours différentes possibilités de traitement <sup>5</sup>	56	58	56	53	43	62	63	51
Instructions écrites remises pour la prise en charge des soins à domicile <sup>5</sup>	31	42	47	66	34	43	35	35
<b>Disponibilité d'un médecin en cas de maladie ou de soins nécessaires</b>								
Rendez-vous le jour même	43	36	26	26	42	54	60	48
Passage aux urgences au cours des deux dernières années	39	53	64	59	41	45	26	40

1. Pourcentage d'adultes souffrant d'une affection chronique hospitalisés durant les dernières deux années et bénéficiant d'un nouveau traitement.

2. Pourcentage d'adultes souffrant d'une affection chronique et recevant régulièrement des rayons X.

3. Pourcentage d'adultes souffrant d'une affection chronique qui ont eu besoin de consulter un spécialiste au cours des deux dernières années.

4. Parmi ceux ayant subi un examen sanguin, des rayons X ou d'autres examens.

5. Parmi ceux ayant été régulièrement suivi par un médecin ou un centre de soins.

Source : 2008 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults.