



HAL
open science

Repenser les soins primaires en Europe : comparaison des différents systèmes de soins primaires

Emeline Nys

► **To cite this version:**

Emeline Nys. Repenser les soins primaires en Europe : comparaison des différents systèmes de soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2008. dumas-00633555

HAL Id: dumas-00633555

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00633555v1>

Submitted on 18 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fournier
Faculté de Médecine de Grenoble

Année 2008

Repenser les soins primaires en Europe : comparaison des différents systèmes de soins primaires.

Thèse
Présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine
Diplôme d'Etat
par

Emeline NYS
Née le 15 juin 1979 à Tours (37)

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble le 3 décembre 2008

Devant le jury composé de :

Président du jury: Monsieur le Professeur Christophe Pison

Membres : Monsieur le Professeur Christian Massot

Monsieur le Professeur Robert Juvin

Monsieur le Professeur Patrick Imbert, directeur de thèse

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ARVIEUX	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE	CHU
BACONNIER	Pierre	BIostatISTIQUES ET INF. MED.	CHU
BAGUET	Jean-Philippe	SERVICE DE CARDIOLOGIE ET HYPERTENSION ARTERIELLE	CHU
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE	CHU
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE	CHU
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	CHU
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE	CHU
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINOLOGIE	CHU
BENSA	Jean Claude	CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE	CHU
BERGER	François	ONCOLOGIE MEDICALE	CHU
BESSARD	Germain	PHARMACOLOGIE FACULTE	CHU
BLIN	Dominique	CHIR. THORACIQUE ET CARDIOVASC.	CHU
BOLLA	Michel	RADIOTHERAPIE	CHU
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE	CHU
BOSSON	Jean-Luc	BIostatISTIQUES ET INF. MED.	CHU
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES	HOPITAL SUD
BRAMBILLA	Elisabeth	PATHOLOGIE CELLULAIRE	CHU
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE	CHU
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	CHU
CAHN	Jean-Yves	DEP. DE CANCEROL. ET HEMATOLOGIE	CHU
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE	CHU
CARPENTIER	Françoise	THERAPEUTIQUE	CHU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE	FACULTE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE	CHU
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE VASCULAIRE	CHU
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE	CHU
CHIQUET	Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE	CHU
CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE	FACULTE
CINQUIN	Philippe	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
COHEN	Olivier	DISPO	
COULOMB	Max	(Surnombre)	CHU
COUTURIER	Pascal	CLINIQUE DE MEDECINE GERIATRIQUE	CHU
DE GAUDEMARIS	Régis	MEDECINE DU TRAVAIL	CHU
DEBILLON	Thierry	MEDECINE NEONATALE	CHU
DEMONGEOT	Jacques	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE	CHU
DUPRE	Alain	CHIRURGIE GENERALE	CHU
DYON	J.François	(surnombre)	CHU
ESTEVE	François	CENTRAL DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE UNITE IRM	CHU
FAGRET	Daniel	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIR GENERALE, CHIR. DIGESTIVE	CHU
FAVROT	Marie Christine	CANCEROLOGIE	CHU

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE CENTRALE	CHU
FEUERSTEIN	Claude	PHYSIOLOGIE	CHU
FONTAINE	Eric	NUTRITION PARENTERALE	CHU
FRANCO	Alain	GERIATRIE E. CHATIN	CHU
FRANCOIS	Patrice	EPIDEMIO ECONOMIE SANTE ET PREVENTION	CHU
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE	CHU
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE	CHU
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE	CHU
GIRARDET	Pierre	(surnombre)	CHU
GUIDICELLI	Henri	(surnombre)	CHU
HALIMI	Serge	NUTRITION	CHU
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE	CHU
JOUK	Pierre-Simon	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE	HOPITAL SUD
KAHANE	Philippe	POLE PSYCHIATRIE ET NEUROLOGIE	CHU
KRACK	Paul	NEUROLOGIE	CHU
LE BAS	Jean-François	UNITE IRM	CHU
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE	CHU
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE	CHU
LEROUX	Dominique	GENETIQUE	CHU
LEROY	Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE	CHU
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE	CHU
LEVERVE	Xavier	THERAPEUTIQUE	CHU
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE FACULTE	CHU
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ADN	CHU
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE CHU	CHU
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU	CHU
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE 4E ETAGE	JEAN ROGET FACULTE
MALLION	J. Michel	(surnombre)	CHU
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE	CHU
MAURIN	Max	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE CHU	CHU
MERLOZ	Philippe	CHIR. ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE CHU	CHU
MORAND	Patrice	Bactériologie-Virologie DPT DES AGENTS INFECTIEUX	CHU
MOREL	Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE CHU	CHU
MORO-SIBILOT	Denis	ONCOLOGIE THORACIQUE	CHU
MOUSSEAU	Mireille	CANCEROLOGIE	CHU
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	CHU
PASQUIER	Basile	(surnombre)	CHU
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE	CHU

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean- François	ANESTHESIOLOGIE	CHU
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE	CHU
PEPIN	Jean-Louis	LAB. EXPLORATION FONCTION. CARDIO- RESP.	CHU
PERNOD	Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE	CHU
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE	CHU
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE CHU	CHU
POLACK	Benoît	HEMATOLOGIE	CHU
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE	CHU
PONS	Jean- Claude	GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE	CHU
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE	CHU
RAPHAËL	Bernard	(surnombre)	CHU
REYT	Emile	O.R.L.	CHU
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIE	CHU
ROUSSEAUX	Sophie	DPT DE GENETIQUE ET PROCREATION	CHU
SARAGAGLIA	Dominique	CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	CHU
SCHAAL	Jean- Patrick	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET MED. REPROD.	CHU
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.	CHU
SEIGNEURIN	Daniel	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOGENETIQUE	CHU
SEIGNEURIN	Jean-Marie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE	CHU
SELE	Bernard	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU	CHU
SOTTO	Jean- Jacques	(surnombre)	CHU
STAHL	Jean-Paul	MALADIES INFECTIEUSES	CHU
TIMSIT	Jean- François	REANIMATION MEDICALE	CHU
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE D'ORTHOPEDIE ET DE TRAUMATOLOGIE	CHU
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	CHU
VIALTEL	Paul	NEPHROLOGIE	CHU
VUILLEZ	Jean- Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE CHU	CHU
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	CHU

**LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

ARTIGNAN	Xavier	Cancérologie et hématologie	CHU
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	CHU
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule	CHU
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	CHU
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	CHU
CALLANAN	Mary	Génétique	IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Biophysique et Traitement de l'Image	CHU
CRACOWSKI	Jean Luc	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	CHU
DEMATTEIS	Maurice	Lab. Exploration fonctionnelle cardio- respiratoire	CHU
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	UFR BIOLOGIE
DROUET	Christian	Immunologie	CHU
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie SUD	CHU
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	CHU
GARBAN	Frédéric	Hématologie Clinique	CHU
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine gériatrique et communautaire	CHU
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	CHU
GUERIN-EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	CHU
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	CHU
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	CHU
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	CHU
KAHANE	Philippe	Physiologie	CHU
LABARERE	José	Dépt. de Veille Sanitaire	CHU
LANTUEJOUL	Sylvie	Pathologie Cellulaire	CHU
LAPORTE	François	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzylologie 6 ème étage	CHU

**LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires	CHU
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	CHU
MORAND	Patrice	Bactériologie-Virologie	CHU
MOUCHET	Patrick	Physiologie	CHU
PASQUIER	Dominique	Anatomie et Cytologie Pathologiques	CHU
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	CHU
PERNOD	Gilles	Hématologie	CHU
RAY	Pierre	Génétique.BDR	CHU
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	CHU
RINGEISEN	François	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	CHU
ROSIER	Virginie	Radiologie et Imagerie médicale	CHU
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	CHU
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	CHU
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	CHU
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
TAMISIER	Renaud	Physiologie	CHU
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	CHU

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Christophe PISON

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur Christian MASSOT

Je vous remercie d'être présent aujourd'hui et de m'avoir accueilli durant ma formation dans votre service.

A Monsieur le Professeur Robert JUVIN

Je vous remercie d'être présent aujourd'hui et de m'avoir permis de découvrir l'ostéopathie.

A Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Merci pour ton encadrement durant la préparation de cette thèse, de ton invitation pour faire la présentation au congrès WONCA et de ton accueil sur ton lieu de travail.

A Dominique pour tes précieux conseils.

A Renaud et à **ma mère** pour leurs multiples relectures et leurs encouragements.

Et à tous mes lecteurs.

Table des matières

Bibliographie.....	10
I.Introduction.....	15
II.Méthodes.....	19
III.Résultats.....	21
1)Nombre de patients à prendre en charge par le médecin généraliste :.....	22
2)Accès du patient vers le médecin généraliste :.....	23
3)Quelle est la place du généraliste dans votre pays ?.....	25
4)Par qui sont organisés les soins primaires ?.....	26
5)Comment est rémunéré le médecin ?.....	29
6)Coût de l'accès à la santé pour le patient :.....	32
7)Organisation de la sécurité sociale :.....	35
8)Formation des médecins généralistes spécialistes :	39
a)Formation initiale de spécialisation en médecine générale.....	39
b)Formation médicale continue (FMC) :.....	41
c)L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).....	43
9)Recertification :.....	44
10)Recommandations des pratiques professionnelles :.....	47
IV.Discussion.....	50
1)Difficultés rencontrées avec la collecte des données :.....	50
2)Organisation des soins :.....	51
a)Les soins primaires, définition :.....	51
b)Médecin généraliste : organisations.....	53
c)Rémunération :.....	59
d)Sécurité sociale :.....	61
e)Les consultations :.....	62
3)Développement des compétences des généralistes :.....	64
a)Formation initiale :	64
b)Les outils de l'amélioration de la qualité des soins en médecine générale.....	65
V.Conclusion.....	68
VI.Serment d'Hippocrate.....	69
VII.Annexes.....	70
Annexe 1 : Questionnaire sur les systèmes de santé envoyé aux généralistes européens.....	70
Annexe 2 : Nombre de médecin pour 100 000 habitants.....	75
Annexe 3 : Nombres de consultation par généraliste selon les pays.....	76
Annexe 4 : Place du généraliste selon le pays.....	77
Annexe 5 : Équipe de soin Primaire.....	78
Annexe 6 : Comment est payé le médecin selon le pays :.....	79
Annexe 7 : Durée de la spécialisation en médecine générale.....	80
Annexe 8 : Organisateur de la spécialisation en médecine générale.....	81
Annexe 9 : Organisateur de la Formation Médicale Continue selon les pays.....	82
Annexe 10 : Évaluation des pratiques professionnelles.....	82
Annexe 11 : Recertification en Europe selon l'OMS.....	83
VIII.RESUME :.....	86

Index des illustrations

Illustration 1 : Pays ayant répondu au questionnaire.....	21
Illustration 2 : Nombre de patients par médecin généraliste.....	22
Illustration 3 : Accès du patient vers le généraliste.....	24
Illustration 4 : Type d'organisateur de soins primaire cité selon les pays.....	27
Illustration 5 : Rémunération des médecins généralistes.....	29
Illustration 6: Organisation sécurité sociale.....	37
Illustration 7 : Organisation de la sécurité sociale.....	37
Illustration 8: Organisateur de la spécialisation en médecine générale.....	40
Illustration 9 : Organisateur de la formation médicale continue.....	41
Illustration 10: Existe t'il une certification temporaire en 2007 ?.....	45
Illustration 11 : Organismes de recommandations professionnelles.....	48

Bibliographie

- 1 : **OMS**. Pour un système de santé plus performant. Rapport sur la santé dans le monde. 2000 ; 1 : 1-22.
- 2 : **OMS**. Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS). 1978.
- 3 : **Starfield B**. Primary care : Balancing health needs, service and technology. Oxford University press. 1998.
- 4 : **Macinko J, Starfield B and Shi L**. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries 1970-1998. Health Services Research. 2003 ; 38 : 831-865.
- 5 : **Atun R**. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services ? Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Copenhagen. 2004.
- 6 : **Starfield B**. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quaterly. 2005 ; 83 : 457-502.
- 7 : **Leeuwenhorst Group**. The General Practitioner in Europe. A statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching Of General Practice. Leeuwenhorst, Netherlands. 1974.
- 8 : **WONCA 1991**. The role of the general practitioner/family physician in the health care systems. A statement of the World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners /Family physicians.
- 9 : **OMS**. Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale et de la médecine de famille en Europe. Bureau régional de l'Europe. 1998.
- 10 : **Wonca Europe**. The European Definition of general practice. Family medicine. 2005.
- 11 : **Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab.I, Ram P**. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br. J. Gen. Pract. 2002 ; 52 (479) : 526-527.
- 12 : **Nihoul P, Simon A C**. L'Europe et les soins de santé. Marché intérieur, sécurité sociale, concurrence. Ed : Larcier. Bruxelles. 2005 ; 15-17.
- 13 : **Senn A**. Les services de la santé en Europe en 2007 : quels enjeux ? Question d'Europe n°72. 2007. disponible sur http://www.robert-schuman.eu/question_europe.php?num=qe-72. (26 juin 2008).

- 14 : **Directive 93/16/CEE** du conseil du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins.
- 15 : **Vermeire E, Hearnshaw H, Rätsep A, Levasseur G, Petek D, Van Dam H, Van der Horst F, Vinter Repaluste N, Wens J, Dale J, Van Royen P.** Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes : an international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTACLE). Primary Care Diabetes. 2007 ; 1(1) : 25-33.
- 16 : **EURACT.GP/FM** training Schemes in Europe. 2004. disponible sur <http://module.achg.be/euract/> (26 juin2008)
- 17 : **Rowe A, Garcia-Barbero M.** Regulation and licensing of physicians in the WHO European region. WHO, division of country support, who regional office for Europe. 2005 : 21-22.
- 18 : **Bas-Theron F, Chevrier-Fatome C, Duhamel G.** L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats Unis, Pays-Bas. Inspection général des affaires sociales. Rapport 2002 081. 2002.
- 19 : **Sondage Stethos-Exastat.** Auprès de 399 généralistes. Le généraliste. 2007 ; 2424 : 15-22.
- 20 : **Voncina L, Jemiai N, Merkur S, Golna C, Maeda A, Shiyan C, Dzakula A.** Croatia : Health systems review. Health systems in Transition. 2006 ; 8 (7) : 1-108.
- 21 : **Järvelin J.** Health Care Systems in Transition : Finland. Ed Rico A, Cetani T. Copenhagen. European Observatory on Health Care System. 2002 ; 4 : 1-102.
- 22 : **site internet National Health Service ; Royaume-Uni**
http://www.sfa.scot.nhs.uk/PCAs/PCA_M_2003_27.pdf.
- 23 : **Palier B.** La réforme des systèmes de santé. Paris. PUF, coll .Que sais-je ? 2008.
- 24 : **Duriez M, Lequet-Slama D.** Les systèmes de santé en Europe. Paris. PUF, coll. Que sais-je ? 1998.
- 25 : **Cohu S, Lequet-Slama D, Volovitch P.** Réforme des systèmes de santé allemand, néerlandais, suisse et introduction de la concurrence. Etude et Résultat. 2005 ; 445 : 1-12.
- 26 : **Jordan A, McCall J, Moore W, Reid H, Stewart D.** Health Systems in Transition : Northern Ireland. Health systems review. European Observatory on Health Care System. 2006 ; 8 : 1-42.
- 27 : **Chevrier-Fatome C.** Le système de santé et d'assurance maladie au Pays-Bas. Rapport 2002 070. Inspection générale des affaires sociales. 2002.
- 28 : **Heyrman J, Lember M, Ruzovich V, Dixon A.** Changing professional roles in primary care education. Dans : Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat ? Open University Press, Maidenhead. 2006 ; 9 : 165-183.

- 29 : **Legido-Quickley H, McKee M, Nolte E, Glinos A I.** Assuring the quality of health care in the European Union. Observatory Studies Series 12.OMS. 2008. 210 p.
- 30 : **Merkur S, Mladovsky P, Mossialos E, Mc Kee M.** Est-ce qu'un apprentissage permanent et la revalidation des compétences garantissent la capacité d'exercer des médecins. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. 2008.
- 31 : **site internet www.pmetb.org.uk.**
- 32 : **Matillon Y. Maisonneuve H.** L'évaluation en santé. Édition flammarion, Collection Médecine-Sciences. 2007 ; 210p.
- 33 : **Cozzarolo B, Jalon E, Sarlat J.** Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères. N 2002 -M-023-02. Durieux B. Inspection générale des finances. 2003.
- 34 : **Boerma W.** Coordination and integration in European Primary care. Dans : Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat ? Open University Press, Maidenhead. 2006 ; 1 : 3-21.
- 35 : **OMS.** Réunion préparatoire à la conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé "Système de Santé, santé et prospérité" du 25 au 27 juin 2008. Améliorer la prestation des services de santé et placer les patients au centre du système de santé. OMS. Bled (Slovenie).2008. disponible sur <http://www.euro.who.int/healthsystems2008> (29 juin 2008)
- 36 : **Gross R, Tabenkin H and Brammli-Greenberg S.** Who needs a gatekeeper ? Patients' views of the role of the primary care physician. Family Practice. 2000 ; 17 : 222-229.
- 37 : **Calnan M, Hutten J, Tiljak H.** The challenge of coordination. Dans Primary care in the driver's seat ? eds Saltman R, Rico A, Boerma W. Open University Press, Maidenhead. 2006 ; 5 : 85-104.
- 38 : **Delnoij D.M.J, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P.P.** Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure ? Journal of health Service Research and Policy. 2000 ; 5 : 22-26.
- 39 : **Boerma W, Dubois C A.** Mapping primary care across Europe. Dans : Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat ? Open University Press, Maidenhead. 2006 ; 2 :22-49.
- 40 : **Jones R, Schellevis F and Westert G.** The changing face of primary care : the second Dutch national survey. Family Practice. 2004 ; 21 : 597-598.
- 41 : **Horrocks S, Anderson E, Salisbury C.** Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002 ; 324 (7341) : 819-23.

- 42 : **Bourgueil Y, Marek A, Mousques J.** La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada. IRDES. Questions d'économie de la santé. 2005 ; 95 : 12p.
- 43 : **Bourgueil Y, Marek A, Mousques J.** Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec : Quels enseignements pour la France ? IRDES. Questions d'économie de la santé. 2007 ; 127 : 8p.
- 44 : **Sheaff R, Gene-Badia J, Marshall M, Svab I.** The evolving public-private mix. Dans Primary care in the driver's seat ? eds Saltman R, Rico A, Boerma W. Open University Press, Maidenhead. 2006 ; 7 : 129-146.
- 45 : **Duran A, Lara J L, Van Waveren M.** Spain : Health systems review. Health care system in transition. 2006 ; 8(4) : 208p.
- 46 : **Haslam D.** So, you want to be a GP ? Royal College of General Practitioners. London. 2005. Disponible sur <http://www.rcgp.org.uk/default.aspx?page=4943> (29 juin 2008)
- 47 : **Hirst M, Atkin K, Lunt N.** Variation in practice nursing : implications for family health services authorities. Health and social care in the community. 1995 ; 3 : 83-97.
- 48 : **Wennberg J.** Unwarranted variations in health care delivery : implications for academic medical centers. BMJ. 2002 ; 325 : 961-964.
- 49 : **Hutchinson L, Marks T, Pittilio M.** The physician assistant : would the US model meet the need of the NHS ? British Medical Journal. 2001 ; 323 : 1244-1247.
- 50 : **Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B.** Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004.
- 51 : **Greb S, Delnoij D.M.J, Groenewegen P.** Managing primary care behaviour through payment systems and financial incentives. Dans : Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat ? Open University Press, Maidenhead. 2006 ; 10 : 184-202.
- 52 : **Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P.** Effects of financial incentives on medical practice : results from a systematic review of the literature and methodological issues. International Journal for Quality in Health Care. 2000 ; 12 : 133-142.
- 53 : **Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L.** Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment : effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2000.
- 54 : **Zuvekas S H, Hill S C.** Does capitation matter? Impacts on access, use, and quality. Inquiry. 2004 ; 41(3) : 316-335.
- 55 : **Boerma W.** Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht : Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL). 2003.

56 : **Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard P-Y, Grignon M, Jusot F, Lavis J, Naudin F, Polton D.** Politique de réduction des inégalités de santé, quel place pour le systèmes de santé. Un éclairage européen. IRDES. Questions d'économie de la santé. 2005 ; 92 : 1-6.

57 : **Gosden T, Pedersen L, Torgerson D.** How should we pay doctors? A systematic review off salary payments and their effect on doctor behaviour. Q J Med. 1999 ; 92 : 47-55.

58 : **Grignon M, Paris V, Polton D.** The Influence of physician-payment methods on the efficiency of the health care system. avec la collaboration de Couffinhal A, Pierrard B Dans : Changing Health Care in Canada. The Romanow Papers. Volume II, 2003 ; 03 : 207-239.

59: **Wensing M, Baker R, Szecsenyi J, Grol R, on behalf the EUROPEP Group 1.** Impact of national health care systems on patient evaluations of general practice in Europe. Health Policy. 2004 ; 68 (3) : 353-357.

60 : **Silverman J, Kurtz S, Draper J.** Skills and communicating with patients. Radcliffe Publishing. 1998 ; 262p.

61 : **Grant R.** L'aide à la prescription dans le Service national de santé du Royaume-Uni. La Revue Prescrire. 2008 ; 28 : 301-304.

62 : **Council of Europe.** Recommendation No. R (97) 17 of the Committee of Ministers to Member States on the development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. Adopted by the Committee of Ministers on 30 September 1997 at the 602nd meeting of the Ministers' Deputies. disponible sur <http://www.who.int>

63 : **Baker R, Wensing M, Gibis B.** Improving the quality and performance of primary care. Dans Primary care in the driver's seat ? eds Saltman R, Rico A, Boerma W. Open University Press, Maidenhead. 2006 ; 11 : 203-225.

62 : **Woolf H S, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J.** Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ. 1999 ; 318 : 527-530.

63 : **Contencin P, Falcoff H, Doumenc M.** Review of performance assessment and improvement in ambulatory medical care. Health Policy. 2006 ; 77 (1) : 64-75.

64 : **Wensing M, Elwyn G.** Methods for incorporating patients' views in health care. BMJ. 2003 ; 326 : 877-879.

I. Introduction

Chaque pays européen est différent de par sa culture, ses traditions, ses ressources et sa situation géographique mais tous sont en pleine mutation de leur système de soins et ont la même définition théorique du rôle du médecin généraliste.

Le congrès de médecine générale de la WONCA Europe (*World Organisation of National Colleges and Academies of general practitioner/family doctor*) en octobre 2007 posait la question de repenser les soins primaires dans un contexte européen. Dans ce cadre est né le projet Europortrait commandé par le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) et discuté au cours du congrès de la WONCA en août 2006 à Florence. La problématique de ce projet était de repenser les soins primaires dans un contexte européens selon trois axes : le patient, le médecin et le système de santé. La première partie consistait à demander aux patients, leur vision de leur médecin généraliste et de leurs soins primaires. Ce travail a été présenté pour la vision des patients Italiens et Français dans la thèse de Robert Bochaton et Jérôme Giraudon en décembre 2007.

Ma partie consistait à faire un état des lieux des différentes organisations de soin primaires et de la place de la formation du médecin généraliste à travers l'Europe en 2007.

Les soins primaires, la médecine générale et le modèle social européen ont évolué pour permettre un meilleur équilibre économique et humain des systèmes de santé.

Dans cette introduction, je replace les différents thèmes qui alimentent cette thèse.

Un système de santé regroupe toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé (1). Les bases des différents systèmes de santé européens ont été créées après 1945. Certains pays ont choisi de le fonder sur le système hospitalier, d'autres sur les soins primaires.

Les soins primaires renvoient à un concept commun de soins de premier recours mais son

application est différente selon les pays. Cette notion de soins primaires est apparue en 1978 avec la conférence d'Alma Ata (2) mais elle était déjà utilisée dans les pays scandinaves. Des données internationales montrent qu'un système de santé fondé sur des soins primaires bien organisés est plus rentable et plus efficace (3), (4). La disponibilité accrue des soins de santé primaires dispensés par les médecins de famille est corrélée avec une plus grande satisfaction des patients, une réduction des dépenses totales en matière de santé pour un résultat donné, une meilleure accessibilité et une équité plus importante (5).

Il est prouvé que la qualité du système de santé primaire va de pair avec l'amélioration de la santé de la population (6).

Parallèlement à l'évolution de la notion de soins primaires, la notion et la fonction de médecin généraliste ont également évolué.

La définition de la médecine générale s'est affinée depuis 40 ans. Dès 1974, le groupe Leeuwenhorst (7) avec la création d' *l'European Academy of teacher general Practice* (EURACT) a proposé une description de l'activité du médecin généraliste. En 1977, la corporation professionnelle des médecins du Québec a publié une brochure sur les fonctions de l'omnipraticien. Dans le même temps, une résolution du Conseil de l'Europe a élaboré une définition de l'omnipraticien. La WONCA a fait des recommandations sur le rôle de médecin de famille en 1991 (8). En 1998, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a publié un rapport pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale en Europe (9). Les organismes préconisent un certain nombre de mesures pour une meilleure reconnaissance de la spécificité de la médecine générale et une amélioration de la qualité des soins à travers l'Europe. En 2002, une définition plus complète de la discipline de médecine générale en tant que spécialité est publiée par la WONCA Europe. Elle définit ses rôles et ses compétences (10), (11).

Parallèlement à cette évolution de reconnaissance des spécificités de la médecine générale, le modèle social européen a lui aussi évolué.

Le dogme du modèle européen est que la santé est un droit fondamental pour tous les citoyens, basé sur la solidarité (1).

La communauté européenne a reconnu "la faculté aux états membres de définir les principes fondamentaux de leur système de sécurité sociale" (12). Elle a également décrit des valeurs fondamentales : *universalité, accès à des soins de qualité, équité et solidarité* et des principes de fonctionnement communs aux services de santé de l'union européenne : *qualité, sécurité, importance de données scientifiques probantes et des règles d'éthique, participation et information du patient, accès aux voies de recours juridictionnels, respect de la vie privée.*

L'objectif est un service de soins accessible pour tous, de haute qualité et viable financièrement et qui doit être basé sur "la solidarité, l'équité et l'universalité" (13). Chaque pays est donc libre de structurer selon son histoire, l'organisation du système de soins.

L'échange d'informations et de personnes entre les différents pays permet de partager certaines expériences. Les liens personnels, professionnels, commerciaux entre les différents pays européens ont créé l'occasion de légiférer sur la base des systèmes de santé.

La communauté européenne a organisé la libre circulation des personnes, des médecins et un accès aux soins possible à travers toute l'Europe (14).

Elle a également fixé des objectifs et des durées spécifiques au niveau de la formation initiale des médecins et de leur équivalence de diplôme.

Au niveau de la reconnaissance mutuelle du personnel médical tout commence par le "nordic agreement" en 1965 qui crée un socle commun au niveau des études médicales et des connaissances nécessaires à avoir, pour pratiquer la médecine dans les pays scandinaves. Le Conseil des ministres

européens dans les articles 75/362 et 363 CE pose une base de reconnaissance mutuelle des qualifications pour tous les pays européens en 1975. Il consolide cet amendement par la directive 93/16 CE (14) qui montre l'importance de l'existence d'une exigence au niveau de la formation initiale et de la spécialisation, qui correspond à la licence du médecin pour exercer.

Depuis 50 ans, les demandes de santé ont évolué. La population à prendre en charge est plus nombreuse, plus âgée, plus exigeante au niveau des résultats et les avancées techniques sont coûteuses. Tous les pays européens sont en train de modifier leur organisation de soin mais faut-il la repenser dans un contexte européen ?

II. Méthodes

Ce travail repose sur une étude qui compare les différents systèmes de soins primaires.

Pour l'étude Europortrait, un questionnaire a été créé reprenant les différentes caractéristiques des soins primaires. Ce questionnaire est dérivé du questionnaire utilisé dans l'étude Eurostacle (15) pour comparer les patients diabétiques selon les différents systèmes de soins Européens, des travaux de Starfield (6) et a repris les points importants retenus par l'OMS en 1998 pour le développement des soins primaires.

Le questionnaire (cf annexe 1) est centré sur le fonctionnement des soins primaires et notamment sur le rôle du médecin généraliste.

- Quelques questions concernent l'organisation structurelle des soins primaires : Le nombre de patients par généraliste, comment se fait l'accès au généraliste et au spécialiste, son rôle dans le système de soins par rapport aux autres médecins, l'organisation des soins primaires dans chaque pays.
- La rémunération du généraliste.
- L'organisation de la sécurité sociale et le coût direct de la santé pour le patient et son remboursement.
- La formation médicale continue, l'évaluation des pratiques professionnelles, l'existence d'une spécialisation en médecine générale et l'existence d'une certification et recertification.

Il comporte au total 15 questions et une partie de commentaires libres.

Les questionnaires ont été envoyés par courrier et email via le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) à différents médecins européens considérés comme référents et représentatifs du fonctionnement de leur pays dans la période de janvier 2007 à septembre 2007. Ce questionnaire a été écrit en français pour les pays francophones et en anglais pour les autres. La

traduction de ce questionnaire a été relue par plusieurs professionnels manipulant aisément la langue anglaise.

Les questionnaires ont été envoyés dans 28 pays (Finlande, Suède, Norvège, Royaume-Uni, Irlande, Pologne, Allemagne, Slovaquie, Tchèque, Autriche, Hongrie, Roumanie, Bulgarie, Grèce, Serbie Monténégro, Croatie, Slovénie, Italie, Suisse, Luxembourg, France, Espagne, Portugal, Danemark, Belgique, Pays-Bas, Turquie, Malte).

23 pays ont répondu. La plupart du temps j'ai reçu une à deux réponses par pays excepté l'Italie où le travail Europortrait avait commencé et pour lequel j'ai reçu 9 réponses.

J'ai entré ces données dans des tableaux pour les comparer et les représenter ensuite sur des graphiques.

Secondairement j'ai détaillé quelques exemples selon les pays en m'aidant de différentes sources.

Au niveau de l'organisation des soins et du généraliste, les principales sources sont la série de l'OMS qui compare les différents systèmes de santé «Health System in transition» et le livre « Primary care in the driver seat » qui détaille les mutations dans l'organisation des soins primaires.

Au niveau de la formation des médecins généralistes et de l'amélioration de la qualité des soins, trois sources m'ont aidée. Le réseau EURACT a comparé en 2004 dans 27 pays européens l'organisation de la formation des médecins (16). L'OMS en 2005 a également publié un rapport sur le thème «régulation et licence des médecins» (17). Le rapport présenté par Mme Bas Theron de l'inspection générale des affaires sociales a pour titre : «Encadrement et contrôle de la médecine ambulatoire étude d'administration comparé» (18).

III. Résultats

J'ai reçu 23 réponses de pays différents indiqués sur la carte ci dessous.



Illustration 1 : Pays ayant répondu au questionnaire.

1) Nombre de patients à prendre en charge par le médecin généraliste :

La densité des médecins par pays est un critère souvent retrouvé pour comparer les différents systèmes de santé. Je me suis plus particulièrement intéressée au nombre de patients pris en charge par chaque généraliste.

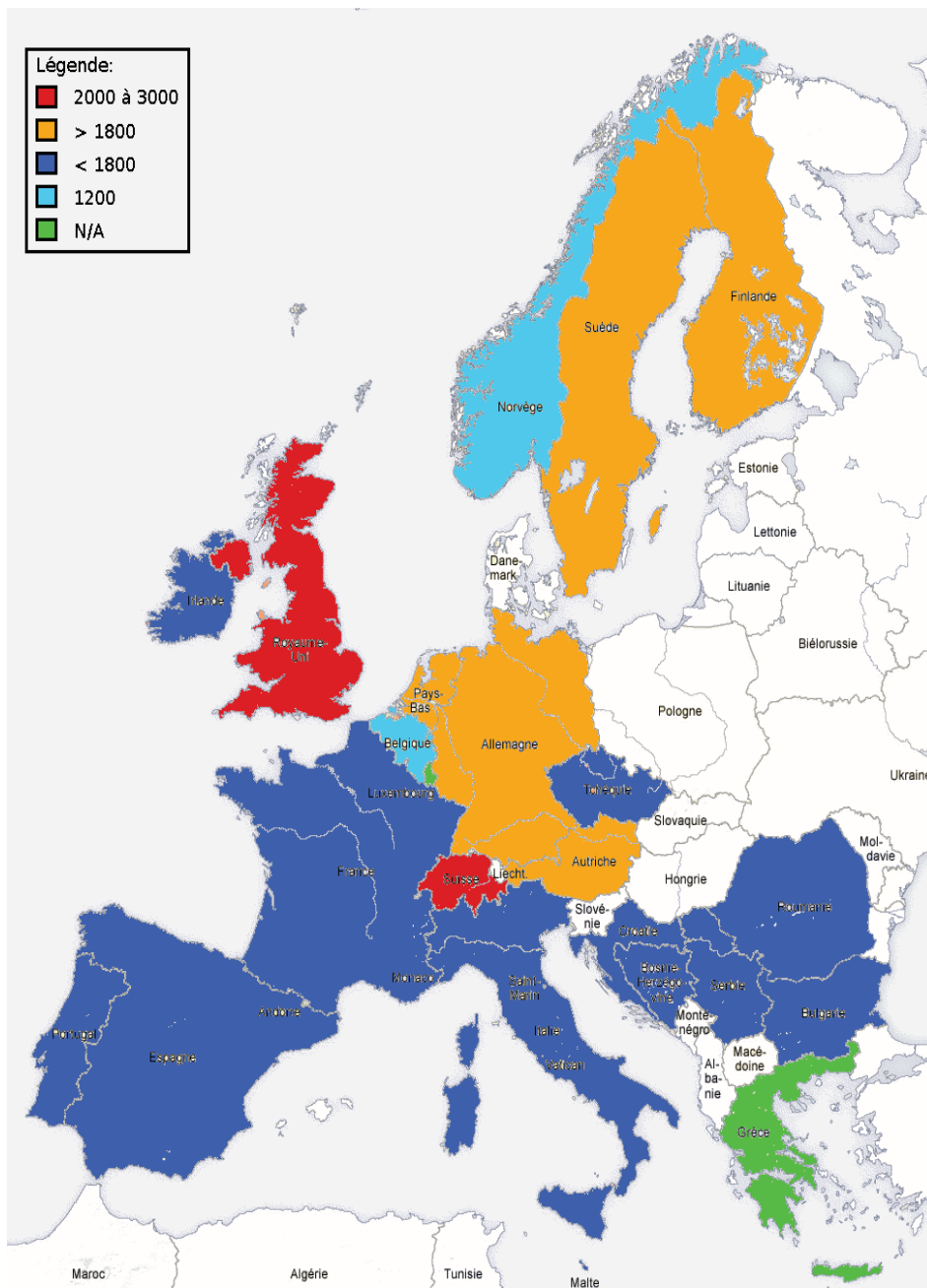


Illustration 2 : Nombre de patients par médecin généraliste.

Selon mon questionnaire dans la plus grande majorité, soit 15 pays, les médecins doivent gérer entre 1500 et 2000 patients.

Dans 14 pays, le médecin généraliste doit s'occuper de 1800 patients ou moins. On retrouve des extrêmes comme la Belgique et la Norvège où le médecin prend en charge 1200 patients ou le Royaume-Uni et la Suisse où le généraliste prend en charge plus de 2500 patients. Je n'ai pas reçu de réponse pour 2 pays (Grèce et Luxembourg).

Le nombre de patients pris en charge par chaque généraliste n'est pas toujours le reflet de la densité médicale selon document de l'OMS (cf annexe 2).

Dans mon questionnaire, j'ai obtenu des chiffres moyens. Or en fonction de la localisation géographique (zone rurale ou urbaine) et de l'expérience du médecin ces chiffres peuvent être différents.

Selon les pays le nombre de consultation par an et par patient peut varier selon un document de l'OMS (cf annexe 3).

2) Accès du patient vers le médecin généraliste :

J'ai retrouvé 3 types différents d'accès au généraliste. Ce sujet est en partie lié à l'existence du rôle de médecin généraliste comme gatekeeper (rôle de filtre, le médecin permet l'accès aux autres secteurs de soin).

- Le patient est obligé d'être inscrit sur une liste chez un médecin donné.
- Le patient peut consulter n'importe quel médecin.
- Le patient peut être inscrit sur une liste mais peut aller voir un autre médecin en payant plus ou en étant moins bien remboursé, le plus souvent (cf illustration 3 : les deux).

73 % des pays ont choisi de lier un patient à son généraliste en dehors de l'urgence.

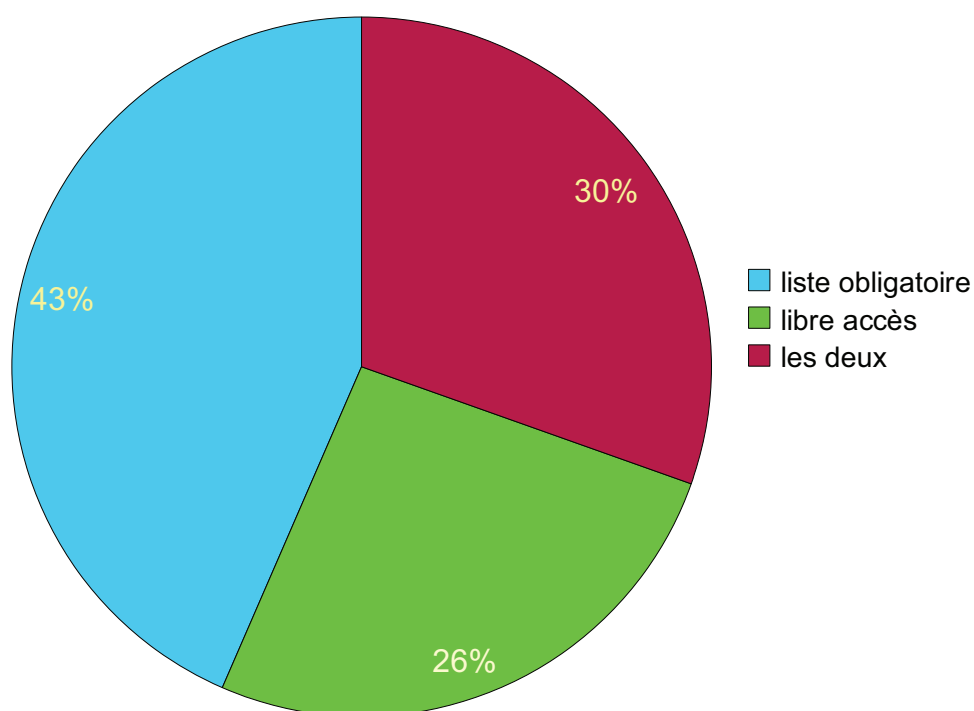


Illustration 3 : Accès du patient vers le généraliste.

Dans 26% soit 6 pays, les généralistes sont en libre accès. Dans ces 6 mêmes pays on peut accéder à n'importe quel spécialiste directement (Autriche, Belgique, Grèce, Luxembourg, Malte et Suisse) Il existe un double accès aux spécialistes autre que médecin généraliste dans au moins 7 pays (via le généraliste ou directement). Ils sont souvent dans le privé et peuvent accueillir directement le patient moyennant finance. Cet état tend à se développer en Europe. Je l'ai retrouvé en Allemagne, Autriche, Bosnie-Herzégovine, Finlande, France, Grèce, Irlande et dans la littérature en Bulgarie, Pologne et Danemark (2% des consultations).

L'accès aux spécialistes est certaines fois permis directement pour une partie de la population comme les femmes enceintes et les enfants (ex Bulgarie et France).

L'obligation d'être inscrit sur une liste est plus ou moins stricte selon les pays. C'est alors lié à l'existence du *gatekeeping*. En France, le patient peut changer de médecin référent à tout moment. En Allemagne, il ne peut changer que tous les 3 mois.

Le patient ne choisit pas toujours son médecin. En Espagne et en Italie ce sont des critères géographiques qui affilient un patient à son médecin.

Au Royaume-Uni, les autorités ont tout d'abord obligé les patients à s'inscrire chez un médecin situé près de leur lieu d'habitation pour ensuite leur laisser le libre choix du médecin ou du cabinet. Une fois inscrits sur une liste, les patients anglais ne peuvent plus changer pendant une durée d'un an.

3) Quelle est la place du généraliste dans votre pays ?

Le médecin *gatekeeper* doit recevoir le patient en premier recours pour qu'il ait accès aux autres niveaux de soins. Le *gatekeeping* est un mécanisme de maîtrise de coût dans la mesure où les spécialistes peuvent être incités par leur mode de rémunération à induire une demande de soin coûteuse et parfois non nécessaire. Le *gatekeeping* a tendance à intensifier le contact entre le patient et son généraliste, ce qui peut conduire à une prise en charge plus globale et préventive (dépistage, vaccination) qu'avec le spécialiste. Il existe différents modèles de *gatekeeping*. On distingue 3 types : stricte, souple ou absent.

Selon mon questionnaire la notion de *gatekeeper* est reconnue dans 18 pays (cf annexe 4). Au Royaume-Uni, le généraliste a cette fonction depuis 1948. Aux Pays-Bas depuis 1941, alors qu'en Allemagne, Autriche et France cela commence à être pratiqué mais difficilement.

En France il existe depuis 2005 un médecin *gatekeeper* mais le système est peu contraignant. Si le patient ne suit pas correctement le parcours de soins, il existe une pénalité financière. Il existe de nombreuses exceptions, pour les enfants de moins de 16 ans, pour les urgences, les déplacements hors de sa commune...Selon la loi tout médecin peut être référent principal du patient (en pratique

98 % des médecins référents sont des généralistes).

Aux Pays-Bas, le système est contraignant. Les spécialistes doivent refuser de voir un patient s'il n'est pas adressé par son généraliste et obligé de le voir s'il est adressé par son généraliste.

Il semble exister une corrélation entre le rôle de *gatekeeper* du médecin généraliste et sa reconnaissance dans la société. Dans 5 pays sur 6 pratiquant un libre accès au médecin, le médecin généraliste n'a pas de place reconnue ou est considéré comme un autre spécialiste (Belgique, Grèce, Luxembourg, Malte, Suisse).

En Allemagne et France où le *gatekeeping* est récent, le médecin généraliste tend à développer sa place.

4) Par qui sont organisés les soins primaires ?

Les soins primaires sont organisés par différents professionnels de santé selon les pays (cf illustration 4). Le médecin généraliste est nommé de manière unanime comme organisateur de soins primaires (cf annexe 5, équipe de soin primaire).

Il peut être organisé en groupe avec des infirmières comme en Belgique, Espagne, Finlande, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède.

L'assistante sociale est retrouvée en Espagne.

Les urgences sont citées dans 2 pays (et également aux Pays-Bas selon document OMS).

Quand la réponse "spécialiste" est retrouvée, il s'agit le plus souvent du gynécologue et du pédiatre.

En Suisse on retrouve les «internistes».

La secrétaire médicale n'a jamais été citée. Le rôle d'assistants médicaux en Allemagne n'a pas non plus été cité.

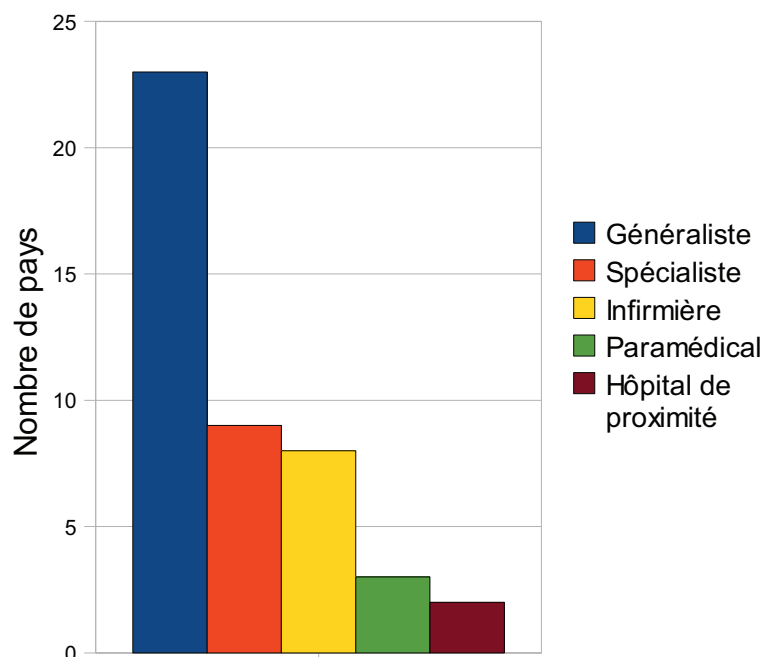


Illustration 4 : Type d'organisateur de soins primaire cité selon les pays.

Au Royaume-Uni et en Espagne, les médecins ont l'habitude de travailler en groupe respectivement à 97,5% et 92,5% selon le sondage Stethos-Exastat (19). Ils travaillent avec d'autres médecins généralistes, des infirmières, des administrateurs parfois dans les "Primary care trust" ou "Centros de Salud". Les médecins généralistes anglais et espagnols collaborent de manière importante avec les professionnels paramédicaux : 63% au Royaume-Uni et 40% en Espagne. Ils délèguent les tâches professionnelles de manière plus importante.

En Croatie, l'équipe de soins primaires est également très large. Elle rassemble la médecine générale, les soins dentaires, les soins de l'enfance, les soins gynécologiques, les urgences, la médecine du travail, les soins infirmiers communautaires et les soins de santé publique (20).

En Finlande, les centres de santé sont la base du système de soins primaires et ont un rôle important. Ils regroupent en fonction de la situation géographique des médecins généralistes (spécialistes ou non), d'autres spécialistes, des infirmières, des sages femmes, des assistantes sociales, des dentistes, des psychologues, des kinésithérapeutes, un laboratoire d'analyse biologique et un cabinet de

radiologie. Les infirmières ont une activité importante notamment dans les visites à domicile et le suivi des enfants (21).

Aux Pays-Bas, 50 % des généralistes sont installés dans des cabinets pluriprofessionnels et il existe des assistants de cabinet qui ont un rôle de secrétariat et d'aide aux soins.

Au Portugal, les médecins travaillent en centre de santé ou en libéral. Les médecins libéraux semblent limités dans leurs prescriptions (arrêt de travail, remboursement de médicaments). Une activité mixte, en centre de santé et libérale, est fréquente. Les médecins travaillant au centre de santé sont obligés de réaliser un temps minimum au poste d'urgence.

En Slovénie, les soins primaires sont présents sous 2 formes, les médecins libéraux et les centres de soins. Ces centres de soins contiennent des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des dentistes et d'autres spécialistes. Il existe également un service d'accueil pour les urgences et quelques lits d'hospitalisation. On retrouve un système similaire en Finlande.

En Suède, les centres de soins primaires sont organisés par les médecins de district qui sont le plus souvent généralistes mais pas uniquement (pédiatre, gynécologue, obstétricien, psychiatre). Ils assurent les problèmes courants et les dépistages systématiques (vaccination, suivi gynécologique).

Il existe également des centres privés.

5) Comment est rémunéré le médecin ?

Il existe 3 types de rémunérations:

- *La Rémunération à l'acte «Fee-for-service»* : le patient paie à chaque consultation. Le paiement est calculé en fonction du type d'acte.
- *La Capitation* : le médecin reçoit une rémunération pour chaque patient pris en charge pendant une unité de temps, indépendamment du nombre d'acte pratiqué pour chaque patient. Cette rémunération peut être pondérée par l'âge et les facteurs de comorbidité de la population.
- *Le Salarial* : le médecin reçoit une rémunération par unité de temps quelque soit le nombre de patient reçus et d'actes pratiqués.

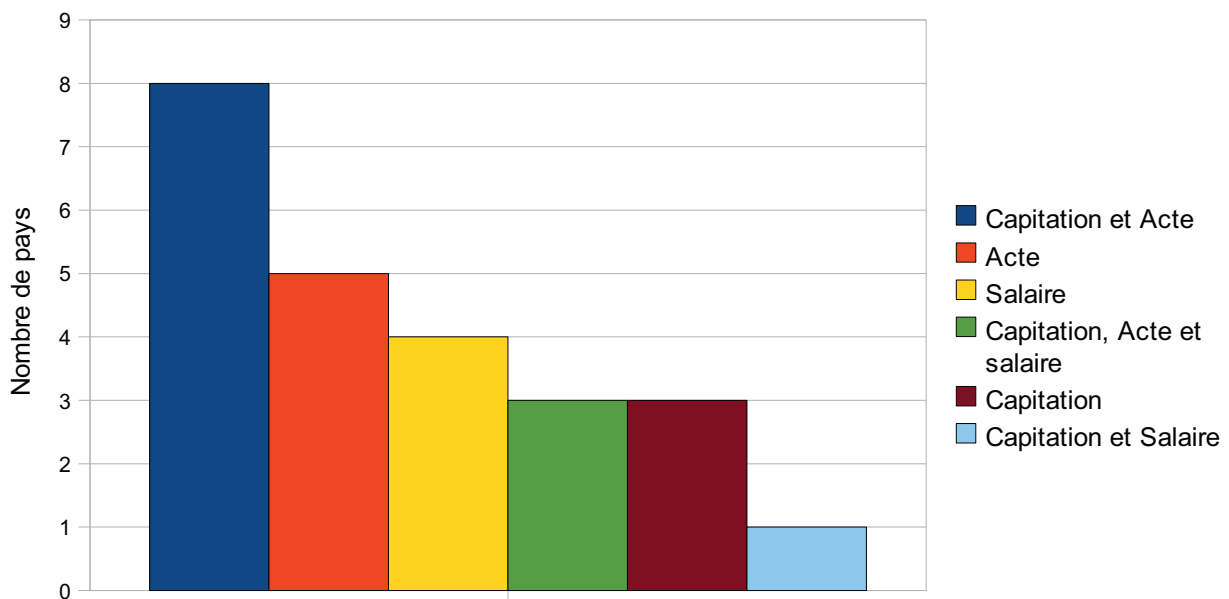


Illustration 5 : Rémunération des médecins généralistes.

Dans 3 pays les généralistes sont payés par capitation uniquement (cf annexe 6). La « valeur » d'un patient peut varier en fonction de son âge, de ses pathologies et de son lieu d'habitation.

Le paiement à l'acte correspond au système libéral comme en France. Il est présent dans 5 pays (cf annexe 6).

En Italie et Espagne, le choix de rémunération dépend de la région.

La rémunération des médecins peut-être discutée à plusieurs niveaux : national (France), cantonale (Suisse) ou régionale (Allemagne).

Le système de rémunération a évolué durant ces dernières décennies. Dans de nombreux pays il existe une rémunération mixte sous différentes formes (cf annexe 6).

- Les médecins sont rémunérés en fonction du choix de l'assurance maladie du patient, comme en Allemagne.
- Certains médecins ont une activité mixte publique/privée. Dans le secteur privé le généraliste est payé à l'acte, comme en Bulgarie, Irlande, Pays-Bas et Portugal (50 % des généralistes).
- Dans les Pays Scandinaves ces rémunérations mixtes sont anciennes. En Finlande, dans les centres de santé, les médecins reçoivent un salaire alors que dans les centres médicaux de médecins (55% de la population) c'est une rémunération mixte : 60% salaire, 20% capitation, 15% acte et 5% aide locale.

Complémentaires aux rémunérations, des forfaits ont été introduits dans différents pays pour les motifs suivants :

- Pour augmenter le nombre de patients pris en charge, comme au Portugal où le médecin perçoit ce forfait s'il s'occupe de plus de 1500 patients.
- Pour la prise en charge et un meilleur suivi de dossiers de patients chroniques, tel en France pour tout patient en Allocation Longue Durée.
- Pour faire des consultations de prévention ou de dépistage de cancer tel en Bulgarie, Croatie et Royaume-Uni.

Il existe une rémunération en fonction des résultats en Espagne, Italie et Royaume-Uni.

Au Royaume-Uni, le médecin reçoit un forfait de «performance» s'il suit le programme de "promotion de l'éducation à la santé" ou certains programmes nationaux de suivi de pathologies chroniques telles que le diabète et l'asthme. Il reçoit en fonction du taux de couverture de ses patients, un paiement au résultat dit «Target paiement» pour le suivi gynécologique ou la vaccination des enfants de moins de 6 ans. Il existe aussi des "critères d'organisation du cabinet", par exemple la tenue du dossier, qui sont rémunérés. Ces objectifs sont opposables mais le médecin est libre de choisir les modalités de leur mise en œuvre.

Selon le *redbook* (22), le médecin au Royaume-Uni reçoit :

- 15 % d'allocation de base.
- 50% sous forme de capita selon l'âge du patient et de la situation géographique du cabinet.
- une majoration dit honoraire de «seniorité» en fonction de l'expérience du médecin.
- 25% de paiement à l'acte lors des gardes de nuit ou de week end.
- 10 % de paiement au résultat.

En Italie, 70 % de la rémunération à la capitation est fixe et 30 % est variable en fonction des résultats du médecin. Ces résultats sont analysés par les autorités locales de santé.

La tendance générale tend à mélanger les différentes méthodes de rémunération même si le financement principal est lié à des choix historiques du fonctionnement du système de "sécurité sociale".

6) Coût de l'accès à la santé pour le patient :

L'accès à la santé pour tous est un point fondamental du modèle social européen. Il existe 3 types d'accès aux soins :

- Gratuit.
- Copaiement : le patient doit participer financièrement mais souvent sur la base d'un forfait.
- Paiement : le patient doit avancer les frais.

	paiement	copaiement	gratuit
Consultation généraliste	Belgique, France, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Suède, Suisse.	Allemagne, Bulgarie.	Autriche, Bosnie, Croatie, Espagne, Grèce, Italie, Irlande, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, Serbie, Tchèque.
Médicament	Belgique, Bosnie, Finlande, Luxembourg, Malte, Norvège, Suède, Suisse, Roumanie.	Allemagne, Autriche, Bulgarie, Croatie, Espagne, France, Italie(selon région), Grèce, Royaume-Uni, Serbie, Tchèque.	Irlande(si public), Italie(selon région) Royaume-Uni (30%).
Laboratoire	Belgique, France, Malte Norvège, Suisse.	Italie, Finlande, Pays-Bas, Serbie.	Allemagne, Bulgarie, Bosnie, Croatie, Espagne, Grèce, Italie (selon région), Irlande(si public), Luxembourg, Malte, Roumanie, Royaume-Uni, Suède, Tchèque.

L'accès au médecin généraliste est payant dans 8 pays mais la plupart du temps le patient est complètement remboursé soit par la sécurité sociale nationale soit par une assurance privée.

A Malte, il existe deux systèmes de santé (privé non remboursé et public).

Dans les autres pays, l'accès au généraliste est possible sans avance de frais selon des conditions. Le

plus souvent le généraliste doit faire partie du système public et être le référent du patient.

Dans les pays européens où un système de santé publique existe, un système privé est également possible. Ces systèmes privés ont un fonctionnement libéral et le patient doit alors avancer ses frais de santé sauf si le médecin choisi a une convention avec son assurance de santé privée (Bulgarie, Bosnie, Irlande, Grèce et Finlande).

Les critères de remboursement varient à travers les pays. Il existe parfois un remboursement plus important en dessous d'un certain salaire. Le patient doit alors consulter uniquement le système public comme en Irlande. En France, il existe une Couverture Médicale Universelle pour les plus démunis et une Affection Longue Durée pour les patients porteur de pathologie chronique.

En Croatie, les soins sont gratuits pour les enfants de moins de 18 ans, les handicapés à 80%, les invalides de guerre, les femmes enceintes, les donneurs de sang...(20)

De plus en plus le patient doit participer financièrement en partie pour ses soins de santé, ce qui correspond au copaiement. Cette tendance est plus généralisée pour les médicaments que pour l'accès au médecin. L'état choisit de rembourser une liste précise de médicaments et à un certain taux. Il existe de plus en plus de médicaments déremboursés. Le copaiement n'est pas valable pour tous les patients. Quelques exemples :

En Allemagne, à la première consultation de chaque trimestre avec le médecin référent le patient doit dix euros. Hors parcours de soin le patient doit régler ces dix euros à chaque consultation. Il doit régler huit euros à chaque fois qu'il va à la pharmacie, le reste est payé par l'assurance maladie.

En Bulgarie, le patient participe au paiement de la consultation s'il n'a pas de pathologie chronique ou s'il est majeur.

En Espagne, les retraités ont un accès gratuit à la santé, les travailleurs ne paient pas pour le médecin, mais paient 40% de leurs médicaments.

En Finlande (21), le patient paie un forfait de 20 euros par an puis 10 euros toutes les trois visites.

Les soins sont gratuits pour les moins de 15 ans. Pour les frais de laboratoire et de radiologie, il

existe un forfait. Dans le secteur privé, les soins sont remboursés à 60% pour les consultations chez le médecin et 75% pour les actes de laboratoire et radiologie sauf une franchise de 13 euros.

En France, le tiers payant est utilisé surtout pour l'achat des médicaments et des bilans complémentaires. Ces fournisseurs de soins sont payés directement par la sécurité sociale (pour une partie), puis par les assurances privées complémentaires (non obligatoires) ou par le patient. Depuis février 2008, le patient doit régler une franchise à chaque médicament acheté. Une partie du médicament ne sera pas remboursée quelque soit la pathologie.

Au Luxembourg, le patient est remboursé pour un nombre limité de 12 consultations chez le médecin et 6 bilans biologiques pour 6 mois (excepté pour les certificats). La première consultation chez le médecin est remboursée à 80 % puis 100 %. Il existe 3 types de remboursement des médicaments correspondant à différents soins : long et coûteux 100%, courant 80%, confort 40%. Il existe une limitation des visites au domicile.

Aux Pays-Bas, on retrouve les 3 mêmes types de remboursement qui sont réévalués annuellement par la commission Dunning.

A Malte, le patient doit tout payer et est remboursé en fonction de son assurance personnelle.

En Norvège, les patients paient au maximum 200 euros par an. Les soins sont gratuits pour les enfants de moins de 10 ans.

Au Portugal, il existe des formulaires spécifiques pour prescrire les médicaments, faire des examens de laboratoire et de radiologie. Pour les demandes d'examens coûteux, tel un scanner il n'est pas remboursé s'il est prescrit par un médecin libéral et dans les centres de santé il faut l'approbation de 2 médecins dont son directeur.

7) Organisation de la sécurité sociale :

Il existe 3 grands modèles (23), (24).

Les systèmes de santé bismarckiens (Allemagne, Autriche, Belgique, France, Luxembourg, Pays-Bas, Suisse) sont articulés autour d'une caisse d'assurance maladie sous la tutelle de l'état. Les financeurs et la tutelle ont des rôles distincts. La couverture du risque et l'accès aux soins sont fondamentalement liés à la notion de travail. Cette couverture est financée par des cotisations sociales et non par l'impôt. Elle apparaît en Allemagne à la fin du XIX^{ème} siècle, en France à partir de 1945.

L'évolution récente des systèmes bismarckiens impose toutefois de nuancer cette présentation théorique. Sous l'effet conjugué d'un chômage important et d'une volonté d'égalité devant l'accès aux soins, la plupart des systèmes dits bismarckiens ont évolué dans le sens d'une plus grande intervention de la puissance publique et elle a inclu tous les habitants.

Le système peut être :

- à relation intégrée entre les assurés, les prestataires de soins et les organismes de financement. Les praticiens sont alors rémunérés directement par l'assurance maladie (Autriche et Allemagne).
- à relation libérale. Les honoraires sont réglementés par l'assurance maladie, mais il existe un échange libéral entre les médecins et le patient, paiement à l'acte (Belgique, France, Luxembourg).
- Mixte : l'assurance maladie organise des caisses de maladie sauf pour les personnes les plus aisées qui doivent souscrire une assurance privée comme aux Pays-Bas.

Les caisses d'assurance maladie sont plus ou moins indépendantes entre elles. Elles existent au niveau cantonal, régional ou national. La concurrence entre assureurs a été introduite en Allemagne, Pays-Bas et Suisse. Des règles ont été données pour éviter la sélection des risques, garantir la

solidarité du système et protéger les assurés. Il existe un panier de biens et de services obligatoire couvert par l'assurance (25).

Les systèmes de santé beveridgiens, services nationaux de santé.

Mis en place en 1945 au Royaume-Uni, à la suite du rapport Beveridge, ce système repose sur le principe d'un accès universel au système de soins, sans lien avec la notion de travail. Cet accès au système de soins est considéré non comme une prestation dérivée du travail, mais comme un élément de la citoyenneté. En conséquence, c'est la puissance publique qui assure le financement de ce système par voie fiscale, et non par des cotisations sociales. Il en définit aussi toutes les modalités de financement. Dans la pratique, le montant annuel alloué aux dépenses de santé fait l'objet d'un budget limitatif voté par le parlement. Ce système, appliqué dans sa version centralisée au Royaume-Uni et en Irlande, a été adopté par les pays nordiques et méditerranéens (Espagne, Grèce et Portugal) sur un mode décentralisé. L'état assume financement et tutelle.

Les systèmes de santé des pays d'Europe centrale et orientale.

Avant 1990 il existait le système *Semashko*. Le financement des systèmes de santé était entièrement géré et pris en charge par l'état. Ces systèmes ont été décentralisés et privatisés. Ils fonctionnent maintenant plutôt sur le mode bismarckien. Ils sont tous actuellement en cours de réforme. Schématiquement, on peut en distinguer deux types : des systèmes de prestations en nature et des systèmes nationaux de santé. Le niveau de couverture reste toutefois plus modeste que celui des autres états membres. Au-delà, il convient de rappeler les problèmes économiques et humains propres à ces pays. Il faut souligner que la part du PIB consacrée aux dépenses de santé reste inférieure à celle constatée au sein de l'union européenne.

Pays	Public et National	Public et Régional	Privé
Allemagne		X	X (10%)
Autriche		X	X (40%)
Belgique	X		
Bosnie-Herzégovine		X	
Bulgarie	X		X
Croatie	X		X
Espagne		X	
Finlande	X		
France	X		X
Grande Bretagne	X		X (10%)
Grèce	X		X
Irlande	X		
Italie	X	X	
Luxembourg	X		
Malte	X		
Norvège	X		
Pays bas	X		
Portugal	X		
Roumanie	X		
Serbie	X		X
Suède	X		
Suisse	X		X
Tchèque	X		

Illustration 7 : Organisation de la sécurité sociale.

L'organisation de la sécurité sociale est le plus souvent publique et nationale. Le système est régionalisé dans trois pays : Allemagne, Espagne et Italie.

En France, la Sécurité Sociale est régionalisée mais en pratique l'organisation est nationale.

L'évolution des systèmes de santé tend de plus en plus à les privatiser. Dans tous les pays il est possible d'exercer une pratique privée qui est plus ou moins importante.

Elle fait parfois partie de l'activité quotidienne des médecins en dehors de leurs heures pour le service public comme en Espagne par exemple.

En Hongrie, il existait déjà sous l'ère communiste des généralistes privés, contrairement aux autres pays de l'Est.

Dans de nombreux pays, il existe des contrats entre les médecins et les différentes formes de sécurité sociale comme au Royaume-Uni entre les services de santé et les «Primary Care Trust».

Chaque cabinet médical doit gérer un budget global pour le personnel soignant, les médicaments.

La prise en charge du patient par l'assurance maladie peut être calculée en fonction de ses revenus comme en Irlande. Les patients qui ont de faibles ressources (36 % de la population) sont gérés par le GMS (centre national de santé), ils ont un libre accès aux premiers soins en ne payant rien. L'autre partie, 64% de la population, a un système de santé privé (26).

Le cas existe également en Allemagne pour l'assurance maladie lorsque les ressources sont inférieures à 46800 euros(donné de 2002), cela correspond à 90 % de la population. 10 % de la population a fait le choix d'une caisse d'assurance maladie privée.

Les caisses publiques sont nombreuses en Allemagne (290 en 2005). Elles ont leur propre équilibre comptable, elles fixent les taux de cotisation en fonction de cet objectif. Elles décident du nombre de médecins conventionnés par zone géographique et par spécialité. C'est au niveau régional qu'il existe des négociations pour les modalités d'exercice et l'enveloppe des honoraires entre caisse maladie et union de médecins (25).

Aux Pays-Bas (27), il existe 3 niveaux d'assurance santé :

- Soins onéreux et long pris en charge pour toute personne qui paye des impôts
- Soins courants pris en charge par la caisse de l'assurance publique en fonction des revenus.
- Assurance complémentaire pour les soins que l'état considère comme d'initiative personnelle.

Il existe également une mise en concurrence entre les différentes caisses publiques.

8) Formation des médecins généralistes spécialistes :

L'enseignement, la formation et la réaccréditation sont des instruments d'amélioration de la qualité de soins des professions de soins primaires et objets de nombreux challenges. C'est un point important pour avoir un système de santé efficace et de qualité.

a) Formation initiale de spécialisation en médecine générale.

Les questions concernaient uniquement la spécialisation en médecine générale, à partir du troisième cycle des études médicales. L'internat ou la spécialisation en médecine générale tend à exister dans chaque pays européen mais il est plus ou moins organisé. Il a lieu après la première partie théorique des études médicales qui aboutit au titre de médecin. Cet internat n'est pas obligatoire dans tous les pays mais il tend à l'être.

Le conseil européen avec la directive 93/16 (14) revue en 2001 préconise une durée de formation obligatoire de 3 ans à temps complet. Elle demande qu'elle soit plus pratique que théorique. Six mois sont obligatoires en centre de médecine générale agréé. En pratique la durée de cette spécialisation est différente selon les pays (cf annexe 7). Son développement est plus ou moins important selon les pays.

Selon le résultat de mon questionnaire, l'université est le plus souvent impliquée dans cette formation (cf illustration 8 et annexe 8).

Elle y est aidée par les associations professionnelles dans 8 pays. L'ordre des médecins joue aussi un grand rôle de manière indépendante ou avec l'université.

En Italie, cette formation est différemment organisée selon les régions, même si en théorie elle est sous la responsabilité de l'état et non des régions.

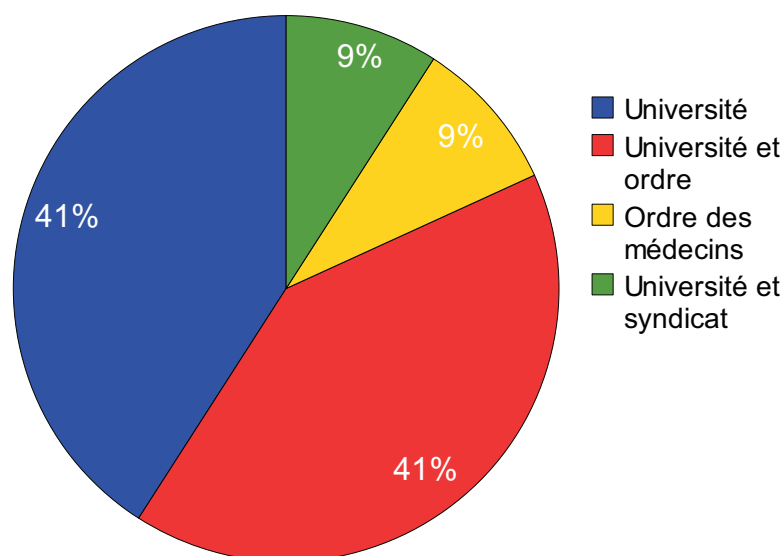


Illustration 8: Organisateur de la spécialisation en médecine générale

Au Luxembourg, la formation des médecins a lieu dans les pays limitrophes puis le ministère de la santé reconnaît le diplôme.

La différence entre syndicats et associations de médecins généralistes semble parfois mince, comme en Norvège où l'association médicale norvégienne joue ces 2 rôles.

En comparant mes résultats aux données d'EURACT il existe parfois des différences de résultats (comme en Autriche où l'université serait présente), mais la tendance générale reste la même.

Le contenu de la formation est plus ou moins détaillé selon les pays. Il existe un document précisant les objectifs à acquérir pour devenir médecin généraliste spécialiste en Allemagne, Danemark, Royaume-Uni et Suisse. Un stage pratique chez le médecin généraliste est recommandé mais la mise en application est différente selon les pays. Dans les pays de l'Est de l'Europe ces formations sont en train de se mettre en place mais difficilement. La formation a encore lieu le plus souvent à l'hôpital.

b) Formation médicale continue (FMC) :

Le plus souvent il existe de multiples sources de la formation médicale continue.

Selon Heyrman (28) 4 modèles de gouvernance se distinguent à travers l'Europe.

- Université indépendante et/ou important rôle des associations médicales : Allemagne, Autriche, Croatie, Slovénie.
- Association professionnelle dominante : Royaume-Uni et Irlande.
- Conseil scientifique et université : Pays-Bas et Finlande.
- Libérale et institution indépendante : Belgique, France, Grèce et Italie.

Selon les résultats du questionnaire l'organisation n'est pas toujours aussi claire (cf illustration 9 et annexe 9).

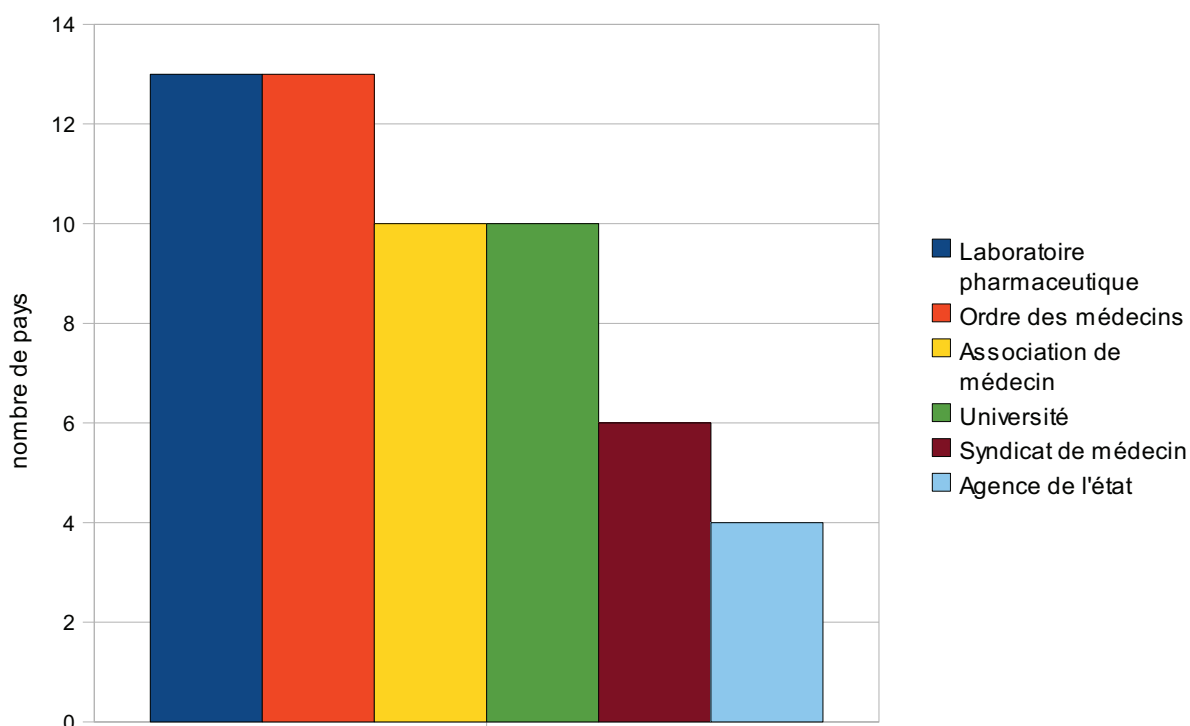


Illustration 9 : Organisateur de la formation médicale continue

L'ordre des médecins et les laboratoires pharmaceutiques ont été le plus souvent cités. Certaines associations professionnelles sont des équivalents de syndicat et d'ordre des médecins. Les laboratoires pharmaceutiques participent à la formation de manière plus ou moins indépendante. En

Allemagne et aux Pays-Bas cette source de formation est limitée par le gouvernement.

Au Royaume-Uni, tout est organisé par le *Royal College of General Practitioner* chapeauté par le PMETB (*Postgraduate Medical Education and Training Board*). En fonction du niveau de suivi de la FMC le médecin peut être rémunéré à quatre niveaux. Ce sont les "*Post graduate general education Allowances*" (18). C'est un contrat de formation de minimum 10 demi-journées en 5 ans dans 3 domaines (soins curatifs, éducation pour la santé et gestion du cabinet).

En Allemagne, les ministères régionaux de chaque Lander donne l'autorisation d'exercer et le conseil régional de l'ordre des médecins fournit la réglementation (dont le nombre de points que vaut chaque formation). Il faut avoir 250 points en 5 ans. La FMC a été obligatoire puis cela a été abandonné. Les formations sont mal référencées. Elles sont organisées par l'université, certaines chambres de l'ordre et des laboratoires pharmaceutiques. Il existe aussi des formations créées par l'union des médecins dans des cercles de qualité. Des contrats de formation rémunérée sont utilisés pour le suivi de pathologie chronique avec l'obligation de suivi d'un protocole.

Aux Pays-Bas (18), (29), les généralistes ont l'habitude de se regrouper pour se former. Plus de 90% des généralistes appartiennent à une association professionnelle et à un collège scientifique et plus de 98% des généralistes participent à des groupes de paires. Le collège scientifique gère un journal scientifique, des réunions entre médecins pour la FMC et la filière universitaire de médecine générale. C'est une partie intégrante de leur pratique quotidienne. Un minimum de 40 heures par an est recommandé par les associations de généralistes. Les formations sont agréées par des coordinateurs locaux et régionaux selon les critères du conseil national de la FMC. Le nombre de formations financées par un laboratoire pharmaceutique est limité à 6 réunions par an par médecin. L'assurance maladie organise également des formations. La validation de la FMC est utile pour la réaccréditation.

La formation médicale continue peut faire partie de l'évaluation des pratiques médicales. Ces

formations sont alors accrédités par le responsable de cette évaluation : le *Royal College of General Practitioner (RCGP)* au Royaume-Uni, l'ordre des médecins en Allemagne, une agence de l'état en France. La FMC est obligatoire dans 5 pays ayant répondu à mon questionnaire, en Espagne, France (remis en cause en juin 2008), Hongrie, Italie (de principe), Pays-Bas. Cette obligation est le plus souvent théorique car peu de systèmes sont réellement coercitifs.

c) L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

L'EPP est une évaluation formative et intégrée à l'exercice clinique. Elle consiste à analyser la pratique professionnelle en référence à des recommandations élaborées ou validées par la haute autorité de santé. Elle inclut la mise en œuvre et le suivi de l'amélioration des pratiques. Elle permet également un échange entre professionnels de santé (décret du 14 avril 2005).

L'EPP est présente dans tous les pays. Pour la Croatie, le Luxembourg et la Bulgarie je n'ai pas eu de réponse.

Elle est obligatoire uniquement dans 5 pays : Allemagne, France, Pays-Bas, Royaume-Uni et Serbie. Elle fait alors souvent partie de la recertification.

Elle est présente volontairement dans 14 pays. Elle est réalisée de manière individuelle dans 9 pays et collective dans 7 pays et mixte dans 5 pays (cf annexe 10). Il existe différentes formes de EPP (Groupe de pairs, Audit, Visite au cabinet).

En Italie, selon les régions les réponses sont différentes variant entre l'inexistence des EPP, au EPP volontaire, individuelle, collective (en Molise uniquement).

En France, l'EPP est obligatoire depuis la loi de la réforme de l'assurance maladie le 13 août 2004 et le décret d'application du 1er avril 2005. Elle commence à être mise en pratique. Cette évaluation est permanente, non dissociable de la formation médicale continue. Elle est formative et non sanctionnante.

9) Recertification :

La recertification est le renouvellement de la licence d'exercer d'un médecin après évaluation. L'existence d'une licence et d'un cadre législatif pour exercer la médecine dans les différents pays européens a évolué progressivement. Une des raisons est une demande de la part des patients et des professionnels d'améliorer la qualité de la médecine.

La spécificité de la médecine générale est reconnue au niveau européen depuis 1986 par la directive CEE 86/457 (données quantitatives) puis revue en 1993 avec la directive 93/16.

Dans la plupart des pays la licence pour être médecin est obtenue à vie (17). Le médecin a l'obligation de se tenir au courant des nouvelles évolutions de la médecine mais aucun contrôle n'est obligatoire. Cela est en train d'évoluer avec l'apparition de la recertification. L'OMS a comparé les différents types de recertification de la profession médicale à travers l'Europe en 2003 (17) et 2008 (30) (cf annexe 11).

D'après les réponses à mon questionnaire il existe une recertification dans 10 pays (cf illustration 10). Cela évolue rapidement car depuis la parution de l'étude de l'OMS de 2003, 6 nouveaux pays ont créé une recertification : Belgique, Bosnie, France, Italie, Suisse, Norvège. La notion de réaccreditation ne semble pas la même pour tous les médecins car la réponse des médecins du Royaume-Uni est négative alors que l'EPP et la réaccreditation dans leur pays est un exemple pour nous en France. Elle également négative en Autriche, Grèce, Finlande et Roumanie alors que l'étude de l'oms de 2008 a recensé une réaccreditation, mais pour la profession médicale en général (30).

En Italie, les réponses sont variées tout comme l'existence des EPP.

Pays	Oui	Non
Allemagne	X (théorique)	
Autriche		X
Belgique	X	
Bosnie-Herzégovine	X	
Bulgarie		X
Croatie	X	
Espagne		X
Finlande		X
France	X (théorique)	
Grande Bretagne		X
Grèce		X
Irlande		X
Italie	X	
Luxembourg		X
Malte		X
Norvège	X	
Pays bas	X	
Portugal		X
Roumanie		X
Serbie		X
Suède		X
Suisse	X	
Tchéquie	X	

Illustration 10: Existe t'il une certification temporaire en 2007 ?

La recertification est le plus souvent vérifiée par le suivi d'une formation médicale continue (9 pays). Elle est associée à une mesure d'activité dans 3 pays (Belgique, Pays-Bas, Norvège).

Une évaluation directe des pratiques est une option possible (groupe de pairs ou audit de sa pratique).

Quelques détails selon les pays :

En Belgique, la participation aux Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEN) est obligatoire pour l'accréditation, elle existe depuis 1996.

En France, l'accréditation est pour l'instant théorique, débutée en 2008. Elle devrait avoir lieu tous les 5 ans avec un nombre de points à acquérir avec l'EPP et la FMC (mais remis en cause).

Le système au Royaume-Uni a montré une grande exigence et une importante modification de comportement. Il existe depuis plus de 20 ans et plusieurs outils sont utilisés quotidiennement (18), (31), (32). Géré par le *General Medical Council*, il s'appuie sur les outils de l'EPP tous les 5 ans. Elle se présente sous la forme d'une évaluation annuelle des pratiques médicales à partir d'un document de référence le "*Good medical practice*". Elle est accompagnée d'une compensation financière et permet un plan d'accompagnement adapté aux médecins (pouvant ainsi permettre une personnalisation de la FMC).

Au niveau des "*Primary care trust*", des audits cliniques ont lieu et ont un impact au niveau du réseau de soins et de l'organisation des soins.

Un programme nommé *Clinical governance* évalue par comparaison à des données pré-évaluées toutes les données des cabinets médicaux à propos d'une pathologie donnée. Cela permet une observation des données au niveau national et un suivi de l'activité médicale.

Une *commission for health improvement* contrôle la qualité des soins dispensés dans toutes les structures de santé (hôpitaux, pharmacies et cabinets médicaux). Il existe également des auto contrôles au niveau des *Primary Care Group*. Ces auto contrôles sont effectués par un médecin ou une infirmière responsable de la qualité des soins. Il existe également des auto contrôles entre médecins généralistes et spécialistes hospitaliers (dans les 2 sens).

En Norvège (33), une recertification existe tous les 5 ans avec la FMC et une participation active à des groupes de pairs et au développement de la *Norwegian Medical Association*.

Aux Pays-Bas, la recertification est obligatoire tous les 5 ans. Elle est contrôlée par des associations professionnelles de médecins. Elle comporte 40 heures de formation au niveau des groupes locaux de travail, un exercice médical d'au moins une journée par semaine et l'obligation de recevoir la visite de trois de ces pairs pour évaluer sa pratique. Si cela n'est pas fait le médecin peut ne plus être autorisé à exercer. Un rapport d'activité annuelle pour améliorer les pratiques est également

demandé. L'échange entre pairs est très présent aux Pays-Bas, 98 % des généralistes y participent. Ce sont des groupes locaux de dix médecins. Ils échangent des informations médicales, se forment et s'auto-évaluent, gèrent les réseaux de soins et organisent les gardes.

En Europe le plus souvent les organisateurs sont les corps professionnels (association ou syndicat) et l'évaluateur est l'état ou les conseils de l'ordre.

10) Recommandations des pratiques professionnelles :

Chaque pays a ses recommandations scientifiques propres basées sur une bibliographie internationale.

Les recommandations existent dans la plupart des pays. Je n'ai pas eu de réponse pour 7 d'entre eux.

L'application de certaines recommandations est obligatoire dans 6 pays : Bulgarie, Serbie, Tchéquie, Roumanie, Royaume-Uni et Suède. C'est un acte volontaire dans la plupart des pays.

Ces recommandations sont écrites la plupart du temps pour des médecins mais aussi pour les infirmières dans 7 pays (Espagne, Finlande, France, Grande Bretagne, Portugal, Serbie, Suède) et pour les patients uniquement dans 3 pays (Finlande, France et Serbie).

Les recommandations sont écrites spécialement pour la pratique de médecine générale dans 7 pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Espagne, Pays-Bas, Tchéquie).

Les organisateurs de ces recommandations sont variés et aucun n'est prédominant dans les réponses reçues.

Pays	Médecin	Société savante	Multidisciplinaire	Agence de l'état
Allemagne	X	X	X	
Autriche			X	
Belgique	X		X	
Bosnie-Herzégovine	NR	NR	NR	NR
Bulgarie				X
Croatie	NR	NR	NR	NR
Espagne			X	
Finlande	X	X		
France				X
Grande Bretagne		X		
Grèce	NR	NR	NR	NR
Irlande	NR	NR	NR	NR
Italie	X	X	X	X
Luxembourg			X	
Malte	NR	NR	NR	NR
Norvège	NR	NR	NR	NR
Pays bas	X			
Portugal	X	X	X	
République Tchèque			X	
Roumanie				X
Serbie			X	X
Suède	X	X		X
Suisse	NR	NR	NR	NR

Illustration 11 : Organismes de recommandations professionnelles.

Légende : X (réponse positive), NR (Non répondu)

Quelques précisions par pays (33) :

En France, les guides de recommandations existent et portent sur de nombreux sujets particulièrement pour les pathologies chroniques. Ils sont parfois associés aux protocoles de soins à suivre quand un patient reçoit l'allocation longue durée (ALD).

En Suède, il existe des recommandations régionales.

En Angleterre, les *Primary Care Group* ont mis en place des groupes de travail, sous le contrôle d'une instance administrative indépendante nommée NICE(*National Institute for Health and Clinical Excellence*).

En Allemagne, il existe des cercles de qualité créés par les médecins et la caisse régionale d'assurance maladie.

Aux Pays-Bas, des recommandations ont été élaborées par le "Collège Scientifique de médecins"

depuis les années 1990. La diffusion de ces documents est importante car un médecin par district s'en occupe à temps partiel. Elles sont ensuite rediscutées dans les groupes locaux de travail. C'est un excellent modèle car les recommandations sont intégrées et discutées dans la pratique quotidienne.

IV. Discussion

1) Difficultés rencontrées avec la collecte des données :

Ce questionnaire a été envoyé à uniquement un ou deux médecins qui représentent leur pays dans des institutions internationales. Les systèmes de santé sont des organismes complexes où il est difficile d'expliquer tous les détails à travers un questionnaire. En Italie, où dans chaque région 2 médecins ont répondu aux questionnaires, les réponses étaient parfois différentes dans une même région sur des sujets précis tels que la rémunération.

Certaines réponses étaient parfois incomplètes notamment au niveau de la rémunération des médecins et du coût pour le patient des soins de santé.

Le sens de certaines questions ne semble pas avoir été compris, notamment la différence entre la formation médicale initiale et la formation médicale continue. Plusieurs explications sont possibles :

- Dans certains pays la spécialisation n'est pas universelle.
- La traduction des mots, formation médicale continue et formation médicale initiale a été mal comprise.
- La notion *pre graduate* et *post graduate* n'a pas la même signification selon les pays, lié à une non équivalence stricte de diplôme. En France, il n'existe pas de diplôme reconnaissant la fin du second cycle contrairement à d'autres pays. L'interne ne porte pas toujours le même nom à travers l'Europe, par exemple en Belgique il se nomme Médecin Assistant Clinicien Candidat Spécialiste.

La société EURACT a publié en 2004 une comparaison des organisations de la formation des médecins dans 27 pays européens (16).

Elle a différencié 4 niveaux :

- x **Basic medical education** : externat
- x **Internship** : internat de médecine générale
- x **Specific Training** : internat de médecine générale spécialiste, début du *post graduate*.
- x **Continu Medical education** : formation médicale continue

Les résultats du questionnaire donnent une vue globale de l'organisation du médecin généraliste et des soins primaires. A travers certains exemples, ils montrent les différentes expériences européennes. Plusieurs points m'ont paru importants à détailler en m'aidant de la littérature internationale. Les choix politiques ont tous des objectifs de rapport coût/efficacité mais qui ne remettent pas forcément en cause l'organisation du système de santé.

2) Organisation des soins :

a) Les soins primaires, définition :

Les soins primaires sont devenus une des pièces maîtresses pour réorganiser les systèmes de soins de santé.

La conférence d'Alma Ata de 1978 de l'OMS a défini les soins de santé primaires. Ces soins sont plutôt une stratégie sociétale alors que la notion de soins primaires est plutôt une stratégie locale et pratique. Selon les pays les soins primaires se nomment «soins de santé primaires», «soins médicaux primaires», «pratique générale», «médecins de famille», «soins de 1er recours», «soins ambulatoire», «soins de 1^{ère} ligne».

Les soins primaires n'ont pas de définition universelle mais renvoient à un concept commun. Cette définition est plutôt d'ordre fonctionnelle que organisationnelle.

Les soins primaires sont le premier contact de l'individu, de la famille, de la communauté avec les soins de santé. Ce sont des soins personnalisés, de premiers recours, inscrits dans la durée quelque soit l'âge, le sexe ou la maladie du patient. Ils visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté en assurant les services de promotion, de prévention, de soin et de réadaptation nécessaires à cet effet. L'OMS a élargi cette définition pour y inclure des références à des soins de santé essentiels qui sont "universellement accessibles aux personnes et aux familles avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la collectivité et un processus de continuité de santé". Ils sont importants pour la prise en charge des pathologies chroniques et longues. Dans certains pays l'aide sociale en fait partie (1), (34), (35).

Dans chaque pays européen les activités des soins primaires sont différentes, exercés parfois par des professions médicales différentes qui n'ont pas les mêmes formations ni la même certification. Les soins primaires renforcent les liens entre les secteurs de santé. Au niveau vertical avec les soins secondaires et les services de santé publique et au niveau horizontal entre les différents professionnels de santé. Ils créent un lien entre les systèmes de santé, le secteur social et l'éducation.

Les soins primaires ont donc beaucoup évolué, de part leur rôle en ayant maintenant un rôle curatif et préventif et de part leur organisation. De plus en plus la notion de fonctionnement en groupe de soins primaires, en coopération devient évidente (34). Les états qui ont une politique de soins primaires tel que les pays scandinaves et anglo-saxon ont un service de soins primaires fort. Il est efficace et à moindre coût et le médecin généraliste y a une place importante.

Je vais décrire les expériences et choix qui me semblent importants à travers ces différents systèmes de soins primaires décrit précédemment. Tous les pays semblent tendre vers un objectif commun : un système de santé de bonne qualité au meilleur coût.

Il existe différents régulateurs pour améliorer les performances de l'organisation des soins primaires:

- Référence au centre de soins, différents points d'entrée en soins primaires, triage des patients et meilleure gestion du dossier informatique des patients.
- Organisation en groupe, multiplication de l'offre de soins à moindre coût.
- Délégation des tâches, création de nouvelles tâches pour améliorer les soins (éducation santé, vérification prescription).
- Mode de rémunération, incitation financière, implication du patient dans les soins de santé.
- Formation initiale, de qualité, de spécialité de médecine générale.
- Formation continue, EPP et recommandation médicale de bonne qualité.

b) Médecin généraliste : organisations

Accès soins primaires :

La notion de *gatekeeping* a été adoptée dès 1941 par les Pays-Bas et en 1948 au Royaume-Uni. Dans mon étude 18 sur 24 pays utilisent ce principe. Certains l'ont acquis récemment (la France en 2005). Les applications de cette notion sont différentes d'un pays à l'autre, plus ou moins souples, obligatoires ou libres (36). La création d'une liste de patient par médecin favorise déjà le suivi du patient (9). L'utilisation du *gatekeeping* est réservée le plus souvent aux médecins généralistes mais parfois à tous les médecins (spécialistes lors de pathologie chronique) ou aux infirmiers (37).

Le *gatekeeping*, ou système référentiel, entraîne une meilleure coordination et la continuité des soins (38). Il permet de renforcer le lien entre le médecin et son patient (39) et de prendre plus de temps pour se former comme aux Pays-Bas (40). Dans les pays où le *gatekeeping* est important le généraliste doit prendre en charge un panier de soins diversifiés (notamment en petite chirurgie, dermatologie et obstétrique). Il participe activement à l'éducation à la santé. Il y aurait une réduction

des coûts de santé (38). Mais le bénéfice du *gatekeeping* est à nuancer.

Le *gatekeeping* réduit la liberté des patients de choisir son médecin. Il entraîne une restriction de soins au niveau de la demande individuelle (accès spécialiste, examens complémentaires).

Les patients seraient moins satisfaits (36). Les médecins outre leur rôle de soignants ont un rôle important de coordinateur et d'administrateur donc moins de temps pour les soins.

Les problèmes de continuité de soins et de coordination entre les différents niveaux de soins persistent (Norvège, Royaume-Uni). Pour le suivi des pathologies chroniques, l'intérêt du *gatekeeping* serait moindre car il nécessite un suivi spécialisé.

Il existe des adaptations de cette notion.

Au Royaume-Uni, dans certains cabinets le patient est lié à un cabinet de soins et non à un médecin précis.

Hormis le généraliste d'autres points d'entrée en soins primaires existe.

En Finlande, c'est l'infirmière qui reçoit le patient. Au Royaume-Uni, deux autres pistes sont actuellement testées :

- Les "*Walk in centres*" créés en 2000 présents dans des endroits passants, tenus par des infirmiers qui ont un rôle curatif pour les pathologies bénignes et également centre d'information et de promotion pour la santé. C'est un accès rapide et sans rendez-vous aux soins primaires, tous les jours avec des horaires d'ouverture larges (de 7 heures à 22 heures). Les patients en seraient très satisfaits et cela améliorerait la qualité de soins (41), (42).
- Les "*Call in centre*", ligne téléphonique disponible 24 heures sur 24 pour répondre aux petits maux et orienter le patient dans le réseau de soins, également tenu par des infirmières (aussi présent en Suisse). Ces prestations sont de qualité. Elles permettent la continuité de soins et soulagent les généralistes en quantité de travail.

Outre l'accès au soin primaire, l'évolution de l'organisation des généralistes est intéressante.

Équipe de soins primaires :

Il existe deux grands modèles de fonctionnement des médecins (42), (43).

- Organisation en cabinets individuels souvent privés comme en Allemagne, France, Italie, Pays-Bas.
- Organisation en groupes pluridisciplinaires où il existe 2 sous modèles :
 - Le *modèle communautaire* où le médecin est inclus dans une structure multidisciplinaire qui fournit les soins et services et qui est nommée centre de soins primaires public (Espagne, Pays Scandinave, Portugal).
 - Le *modèle professionnel* où le médecin est le pivot de l'organisation des soins où il fournit les services à ses clients privés (Royaume-Uni).

Quelques détails :

Dans les années 1980, en Espagne, une importante réforme a créé des centres de soins rassemblant généraliste, infirmier, pédiatre, assistante sociale et dentiste. Le patient est lié à ces centres par une liste. Les médecins sont rémunérés à la capitation ou salaire selon les régions. Ils sont autorisés à avoir une partie d'activité privée en dehors de leurs 36 heures de travail pour les centres de santé. Cela a permis une revalorisation de la médecine générale, une amélioration de la qualité de soins avec un meilleur suivi des recommandations (diminution de la mortalité des accidents vasculaires cérébraux et de l'hypertension artérielle, diminution des prescriptions et moins de patients adressés au secteur secondaire) (44). Les patients ont été plus satisfaits de leur système de soins (45).

Au Royaume-Uni, les généralistes travaillent souvent avec une équipe contenant infirmière et du personnel administratif. Ce groupe est appelé *Primary care group*. Ils s'associent avec d'autres médecins (le plus souvent), avec des visiteurs médicaux, des pharmaciens, des psychologues. Ils peuvent également pratiquer en centre de santé (souvent géré par l'état) ou en médecine rurale avec alors beaucoup de visites au domicile. Ces cabinets de groupes sont chapeautés par les *Primary care trust*. Cet échelon supérieur s'occupe du management médical. Il gère l'offre médicale, les

budgets et la qualité des soins. Les généralistes n'ont pas uniquement un rôle dans les soins curatifs. Ils prennent part à l'organisation même de la médecine générale et à des commissions à l'hôpital. Dans leur cabinets ils peuvent proposer différents services ou spécialisations qui sont alors rémunérés (éducation, dépistage...) (46). L'infirmière a un rôle majeur dans ces centres de soins. Les médecins généralistes ont poussé à élargir le rôle des infirmières depuis qu'ils doivent gérer eux même le budget des soins primaires (47).

En Finlande, les municipalités ont le rôle de coordinateur des soins primaires et sociaux.

En France et aux Pays-Bas, il n'existe que quelques centres de santé peu nombreux. Ils existent pour faciliter l'accès aux populations défavorisées, pour les enfants et les personnes âgées.

De plus en plus, de manière incitative de la part du gouvernement comme au Royaume-Uni ou spontanée comme aux Pays-Bas les médecins généralistes s'organisent en groupes. Dans les pays où les médecins exerçaient seuls ce sont plutôt des rassemblements pluri-professionnelles (généralistes). Aux Pays-Bas en 1970, 91 % des généralistes exerçaient seuls, en 2005, 57% des généralistes exercent dans des cabinets de groupes (27).

L'organisation de groupes entraîne une diminution des coûts de fonctionnement au niveau humain et matériel. Il permet une amélioration de la qualité de la santé et une meilleure satisfaction des patients et des médecins (33). L'intégration et la collaboration avec les autres professionnels paramédicaux y est plus facile (43). Il permet une fidélisation des patients avec une meilleure continuité de soins et peut entraîner une modification de rémunération des médecins. Selon Wennberg (48) les patients préféreraient de petits groupes de médecins.

La démographie médicale, la nécessité de réduction des coûts et de la demande d'éducation à la santé des patients ont fait évoluer la répartition des compétences. De nouvelles professions

apparaissent. Les infirmières selon les pays ont des niveaux de formation et des domaines de compétence différents.

Au Royaume-Uni, les infirmières ont un rôle majeur. Il en existe différents types. Les «*Nurses practionner*» sont des infirmières qualifiées en médecine générale qui peuvent prescrire certains médicaments, recevoir le patient en urgence. Elles effectuent le suivi des pathologies chroniques, l'éducation et la promotion à la santé. Il existe également deux autres types d'infirmiers le plus souvent salariés des autorités locales : les infirmiers de santé publique qui interviennent vers la communauté et les infirmiers au domicile qui font plus le suivi des enfants et des mères.

En Allemagne et aux Pays-Bas, il existe une profession qui se nomme «assistants médicaux»(49). Ce sont des secrétaires médicaux qui ont un rôle administratif, médical et technique (tel le retrait de fils, prise de sang). Cela explique pourquoi les infirmiers ont peu de rôle en soins primaires excepté les «*Nurse Practionner*» qui sont habilitées à faire de nombreuses choses (renouvellement de traitement de pathologies chroniques, frottis cervico-vaginaux).

En France, les secrétaires médicales ont uniquement un rôle administratif. Les infirmiers ont plutôt un rôle hospitalier ou au domicile des patients. Ils interviennent dans la prise en charge de la dépendance et le suivi des pathologies chroniques.

En Suède et Finlande, les infirmiers sont le plus souvent, le premier contact avec les soins primaires. Ils travaillent en collaboration avec le médecin en commençant à examiner le patient. Ils ont un rôle d'évaluation et d'orientation du patient. Le médecin peut également leur déléguer certaines tâches.

La collaboration et délégation des tâches avec les infirmiers sont vraiment très différentes d'un pays à l'autre. Elles tendent à se développer dans de nombreux pays sous différentes formes. La densité médicale semble être liée au plus ou moins grand développement des rôles infirmiers (importants au Royaume-Uni, minimes en Italie). En France le médecin et l'infirmier prennent en

charge le même patient mais sans véritable vision de ce que fait l'autre personne. En Finlande, Royaume-Uni et Suède, il existe une logique de complémentarité et de diversification des soins associée à une logique de délégation notamment en matière de prescription, mais aussi des actions de prévention et par le suivi et l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique. Les infirmiers n'exercent pas une simple délégation des tâches mais ont réorganisé la prise en charge des pathologies chroniques. Le médecin et l'infirmier sont complémentaires plutôt que substituables. Des études montrent qu'il faut continuer à développer le mode de délégation des tâches entre médecin et infirmier. Les patients en seraient plus satisfaits, cela diminuerait les coûts sans diminuer la qualité, mais uniquement sur certains points à définir (50). La formation des infirmiers est plus rapide et moins onéreuse et il est possible de les former sur une pathologie précise.

Au niveau législatif certains pays comme la France détaillent tous les actes que l'infirmier peut réaliser alors qu'au Royaume-Uni c'est un cadre plus global de compétences qui définit leurs fonctions.

Une délégation de prescriptions existe de manière importante aux Pays-Bas, Royaume-Uni, et Suède. Ces prescriptions concernent certaines situations cliniques et/ou certains médicaments (42). Cela débute en France timidement avec par exemple : les prescriptions de pansement, la vaccination antigrippale.

La coopération entre les médecins et l'infirmière n'existe pas spontanément. Elle est liée à une politique volontariste de développer les soins primaires. Les choix politiques semblent plutôt s'orienter vers le développement des cabinets de groupes plutôt que des centres de santé avec une collaboration accrue entre infirmier et médecin. Cette incitation est aidée financièrement. Il se développe des tâches nouvelles et non pas un transfert direct des tâches anciennement exercées par le médecin.

C'est l'évolution d'une organisation en groupes qui a pu modifier les différents modes de rémunération et en faire apparaître d'autres types.

c) Rémunération :

La rémunération des médecins tend à se diversifier mais la rémunération de base semble être liée à des choix historiques du fonctionnement de la "sécurité sociale". Dans mon questionnaire, 11 pays sur 23 utilisent une rémunération mixte. Il est difficile de transposer les modes de rémunération d'un pays à l'autre à cause des contraintes professionnelles et culturelles de chaque pays (51).

Il existe de nombreuses études portant sur la rémunération et l'effet sur les coûts de santé et sur le comportement des médecins (38),(52),(53),(54),(55). Des points généraux se dégagent.

La **rémunération par capitation** favorise la coordination des soins et une meilleure gestion des soins. Elle permet une continuité des soins et des soins de premier recours favorisés par l'existence d'une liste de patients affiliés à chaque cabinet. Elle améliore l'accès aux soins préventifs. Le médecin a une plus grande responsabilité de la population en charge. Les services de soins rendus seraient plus homogènes (55). Cela permet d'assigner des objectifs pour atteindre la population la plus défavorisée (56). Le volume de soins dispensés peut être limité pour chaque patient. Par contre avec ce dispositif le patient a moins de liberté de choix de son médecin.

La **rémunération salariale** facilite la planification financière et le contrôle des coûts des systèmes de santé. Mais les médecins ne rentrent pas en concurrence et ils ne sont pas obligés de voir beaucoup de patients. Ils leur marquent moins d'attention et le patient a moins de choix dans le traitement (57).

Avec le **paiement à l'acte** le médecin accroît le volume des soins. Il y aurait plus de visites au domicile, plus d'orientation vers les médecins spécialistes, plus d'examens complémentaires, plus de continuité de soins et moins d'hospitalisations. Cette plus grande consommation de soins n'améliore pas les indicateurs de morbi-mortalité (53). Par contre, les coûts sont plus importants. Dans ces pays la densité médicale y est plus souvent plus élevée tout autant que la durée de consultation. La coordination des soins est plus limitée car non rémunérée. Les médecins sont dispersés sur le territoire et travaillent souvent en cabinet individuel. Le patient préfère un paiement à l'acte car il peut choisir son médecin et recevoir une réponse plus souvent positive lors de la demande d'acte(58).

La rémunération mixte, équilibrée, basée sur une rémunération fixe favorise : la réalisation de toutes les activités de soins primaires, les actions pour promouvoir la santé, les échanges entre équipe et l'enseignement (9).

Elle s'associe aux nouveaux modes de rémunération telle que les rémunérations forfaitaires (pour l'équipement, l'organisation) ou une introduction du paiement à la performance (52).

Ces nouveaux modes de rémunération et le fonctionnement en groupes permettent de développer des activités nouvelles auprès des patients, d'améliorer l'accessibilité des cabinets et de financer des moyens logistiques et humains. Le suivi des pathologies chroniques y est plus complet.

Selon une étude canadienne (58) il n'existe pas de mode de rémunération idéal pour une réduction de coûts.

D'autres formes de rémunérations plus globales existent : la capitation intégrée comme par exemple au Royaume-Uni. Les médecins gèrent un budget en soins primaires, ce qui limite la consommation de médicaments, de soins secondaires et d'examens complémentaires (51).

La Roumanie essaye de suivre ce modèle mais les médecins reçoivent trop peu d'argent pour gérer la logistique humaine et matérielle (39).

La participation des patients à leur santé n'entraîne que de petites économies et limite l'accès à la santé des plus démunis (33). Pourtant certains pays ont fait le choix sous forme de prélèvement de frais d'usage type ticket modérateur ou de franchise ou bien sous forme de limitation du panier de soins pris en charge par l'assurance maladie.

d) Sécurité sociale :

Il existe différents systèmes de sécurité sociale selon les pays. Le point commun est une augmentation de la libéralisation des systèmes de santé. Dans tous les pays coexistent un système public et privé. Ils fonctionnent plus ou moins en coopération. Ce double système pose des problèmes d'accès aux soins et favorise les patients qui peuvent payer. Il apporte une compétition entre acteurs de soins qui est positive pour améliorer les pratiques. Dans les systèmes Beveridgiens les systèmes privés ont besoin d'être un peu plus surveillés car ils créent une santé à deux vitesses. Il n'existe pas de modèle dominant. Dans les pays de l'Est, il existe une forte libéralisation mais qui est de plus en plus régulée par les gouvernements (44).

En Allemagne et au Royaume-Uni, les médecins doivent gérer eux-mêmes le budget pour prendre en charge leurs patients.

Les critères de prise en charge totale des soins de santé sont différents d'un pays à l'autre, avec toujours comme objectif l'accès aux soins pour tous. On retrouve le plus souvent les pathologies chroniques, les âges extrêmes de la vie et les femmes enceintes.

e) Les consultations :

Ils existent une hétérogénéité de pratique médicale à travers l'Europe. Cela n'induit pas de différence sur le taux de mortalité/morbidité mais une différence de coûts (59). La prise en charge des maladies est différente selon les pays. Chaque pays a ses habitudes médicales selon sa culture.

L'apprentissage du déroulement de la consultation est différent d'un pays à l'autre. Aux Pays-Bas, un modèle de consultation type Silverman et Kurtz (60) est mis en valeur dès le début des études médicales.

L'éducation à la santé est plus ou moins axés selon le pays sur la responsabilisation et l'autonomisation des patients. Le suivi de certaines pathologies chroniques qui est mensuel dans certains pays et annuel dans d'autres. Il n'existe pas de consensus européen de suivi de pathologie chronique. Cela est peut être à venir avec une importance croissante des recommandations professionnelles et une implication de l'union européenne dans les problèmes de santé publique. Il manque également des travaux de référence en médecine générale qui montreraient par des preuves scientifiques qu'un suivi est meilleur qu'un autre. Par exemple en Finlande, le médecin ne fait pas de *check up* régulier de ses patients, un insuffisant cardiaque est vu une fois par an par le médecin (21).

Les visites à domicile sont de moins en moins fréquentes excepté aux Pays-Bas et en Espagne.

La durée de consultation est différente selon les pays. En Espagne la durée est de 6 minutes en moyenne mais les patients reviennent plus souvent.

Avec les nouvelles technologies l'utilisation du dossier électronique du patient se développe. Il existe déjà, selon les pays, des dossiers médicaux informatiques favorisés par la création de cabinets pluriprofessionnels.

Les prescriptions médicamenteuses sont gérées différemment selon les pays. Au Royaume-Uni, le Service National de Santé (NHS) a réformé ce système depuis plus de 10 ans pour qu'il soit le plus efficace pour le moindre coût (61). Pour améliorer les prescriptions deux axes ont été choisis. Une incitation économique avec un budget que le médecin doit respecter et un contrôle des prescriptions. Toutes les prescriptions sont enregistrées sur un logiciel et ces données sont exploitées (système PACT). Elles permettent de décrire la consommation de médicaments des patients de l'ensemble du cabinet, de comparer les différents cabinets. Il existe un conseiller à la prescription nommé aussi «visiteur médical» qui travaille souvent dans plusieurs cabinets médicaux et qui fait partie de l'équipe de soins primaires. Ce conseiller est rémunéré par le NHS. C'est un conseiller technique dans le choix des médicaments à prescrire. Il analyse les données sur les prescriptions des médecins du cabinet ou d'un patient donné. Il aide également à créer la liste locale de médicaments que le médecin peut prescrire. Les cabinets qui ont de bons résultats au niveau du rapport coût/efficacité, reçoivent une incitation financière.

La valorisation de l'automédication est différente selon les pays. Au Royaume-Uni, les pharmacies se trouvent à l'intérieur des grandes surfaces et de nombreux médicaments sont en vente libre.

3) Développement des compétences des généralistes :

Pour avoir des soins primaires de bonne qualité et bien organisé, une formation spécifique des futurs médecins généralistes spécialistes et des actuels médecins est importante (18). A travers l'Europe grâce aux organisations nationales et internationales, la médecine générale tend à être reconnue comme une spécialité à part entière. Il existe une réalité scientifique avec une recherche en médecine générale et des publications dans des journaux spécialisés. L'importance d'une formation initiale, d'une spécialisation en médecine générale et d'une formation médicale continue de bonne qualité liée aux problématiques des soins primaires semblent primordiales. L'accréditation, l'évaluation des pratiques professionnelles, la formation médicale continue, le suivi de recommandations professionnelles et la réaccréditation sont des outils disponibles pour améliorer la qualité des soins. De nombreux pays européens sont sensibles à cette démarche de qualité (29). Des recommandations européennes existent depuis 1997 pour améliorer cette qualité de formation (62).

a) Formation initiale :

La reconnaissance d'une formation initiale spécialisée en médecine générale semble acquise au niveau européen mais parfois difficile localement. Elle est globalement organisée par les universités. Son application spécifique est souvent liée à l'influence de groupes professionnels (syndicat, association professionnelle) présents dans le pays. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas ces groupes sont influents et ils participent activement à la formation des futurs généralistes. Des points importants spécifiques à la spécialisation en médecine générale semblent reconnus mais d'application variable :

- Formation pratique en centre de soins primaires.
- Cours théorique se rapportant à la médecine générale tant au niveau médical propre que organisationnel (déroulement d'une consultation type, lien médecin/ patient).
- Existence d'une liste de compétences à acquérir ou d'un curriculum : PMETB (31) au Royaume-Uni, 119 compétences au Danemark.
- Suivi de la formation par des travaux pratiques (Port Folio, travaux de recherche).
- Implication des médecins généralistes eux-mêmes dans la formation des étudiants

Au niveau européen le décret 93/16 (14) demande une homogénéisation des niveaux de formation et a des exigences qualitatives et quantitatives. Le décret insiste sur l'importance de cette formation qui :

- est bénéfique pour le patient car il existe une meilleure qualité de soin ;
- améliore le système de dispense de soins ;
- revalorise la fonction de médecin généraliste.

Le processus de Bologne débuté en 1999 tend à mettre en place un standard minimum pour une amélioration des pratiques médicales.

b) Les outils de l'amélioration de la qualité des soins en médecine générale

Il est difficile de déterminer quel est l'acteur le plus apte à évaluer la performance des médecins. L'autoréglementation semble la mieux acceptée et entretenant le moins de comportement opportuniste (65). Les partenariats entre les fédérations professionnelles et les organismes de droit public ou payeurs sont plus fréquents (65). Plus les associations professionnelles de médecine générale sont reconnues par les instances politiques plus la place du médecin généraliste semble être importante et reconnue. Les pays où les médecins participent activement à ces associations sont des pays moteurs pour le développement des méthodes d'amélioration de la qualité (63).

Il existe différents outils.

- **L'EPP** qui contient entre autre, la visite académique (*academic detailing, outreach visit*), l'audit clinique, les groupes d'analyse de pratiques entre pairs dit *Peer review*.

Cela permet une autorégulation locale entre les différentes pratiques professionnelles. Ces échanges permettent d'élaborer un réseau de soins plus efficace. Les pratiques médicales en groupes facilitent ces échanges (18), (63).

- **La Formation Continue** est organisée par des organismes indépendants de l'état parfois par un délégué de l'état. Plus les associations de médecins généralistes sont anciennes et plus leur fonctionnement est centralisé, plus elles ont leur rôle à jouer dans l'organisation des FMC, la formation des futurs généralistes et leur recrutement (28).

Les sujets de formation évoluent en même temps que l'évolution de la notion des soins primaires et du rôle de médecin généraliste. Il est important que ces formations aient un lien direct avec la médecine générale dans le cadre d'une pratique quotidienne, également pour une préoccupation de santé publique.

- **L'industrie Pharmaceutique** organise des formations médicales continues.
- **Les recommandations de bonne pratique** sont utiles pour améliorer la qualité de soins pour le patient d'autant plus si elles portent sur un sujet dont le médecin doute de la conduite à tenir et alors qu'il existe une réponse scientifique claire (64). Elles sont maintenant présentes dans de nombreux pays européens. Elles sont le plus souvent nationales avec une pauvre reconnaissance des recommandations internationales réalisées par les spécialistes d'organe le plus souvent. Les recommandations professionnelles sont plus acceptées et surtout mieux suivies lorsqu'elles ont été discutées entre les professionnels eux-mêmes (33), (65).
- **La rémunération à la performance** en fonction du suivi des prescriptions selon les

recommandations nationales, du taux de vaccination tend à améliorer les pratiques médicales et améliorer les coûts (18).

- **Le contrôle médical** exercé par certaines assurances maladie est différent de l'évaluation des pratiques professionnelles. C'est un contrôle quotidien, qui se révèle plutôt négatif en fonction de normes essentiellement économiques (18).

Pour le futur, il pourra exister des "normes de qualité" du fonctionnement du cabinet si les professionnels l'acceptent, comme il commence à exister à l'hôpital avec les revues de morbi-mortalité. Au Pays-Bas, il existe un regroupement des comités scientifiques et des discussions sur la limitation du nombre "d'évènements indésirables".

De plus en plus les patients ont aussi une influence sur l'amélioration des pratiques. Ils participent à des groupes de réflexion d'autant plus que le pays s'est inscrit depuis longtemps dans une démarche de qualité de soins, comme au Royaume-Uni (66).

L'EUROPEP instrument est un questionnaire pour que les patients eux mêmes évaluent les soins primaires. L'analyse de ce questionnaire en 2004 n'a pas permis de trouver de corrélation significative entre la satisfaction des patients et un critère du système de soins (*gatekeeper*, rémunération...) (59).

Les informations relatives au fonctionnement des systèmes d'évaluation a été difficile à obtenir. La pénurie d'information ainsi que la diversité au niveau de la pratique médicale laisse entendre un réel flou pratique et pas d'existence d'un consensus européen.

Selon une récente évaluation de l'OMS (66) sur l'apparition d'une assurance qualité l'Autriche, la Belgique, le Danemark, le Pays-Bas, le Royaume-Uni sont des pays leader ou il existe une réelle avancé au niveau légal et quotidienne.

THESE SOUTENUE PAR : Emeline NYS

TITRE : Repenser les soins primaires en Europe : comparaison des différents systèmes de soins primaires.

V. Conclusion

Les soins primaires dont la médecine générale fait partie tendent à avoir une place importante dans les systèmes de santé européens. Ces systèmes sont en perpétuelle évolution pour permettre à la plus grande majorité de la population d'accéder à la santé pour un coût raisonnable pour la société.

L'état des lieux de l'organisation des soins montre qu'à chaque pays correspond un modèle spécifique et unique. La place des soins primaires semble liée à des choix politiques. Les pays ne semblent pas s'uniformiser au niveau européen. Mais j'ai observé des tendances européennes comme la création de cabinets de groupe, un développement des outils de l'amélioration de la qualité des soins.

Dans les pays où les pouvoirs publics ont cherché à structurer et à organiser les soins primaires, à les différencier des soins secondaires il existe une plus forte reconnaissance des généralistes. Les organisations professionnelles ont généralement un rôle important à jouer. Une reconnaissance de la spécificité de la formation initiale en médecine générale et de l'évaluation continu des généralistes me semble nécessaire.

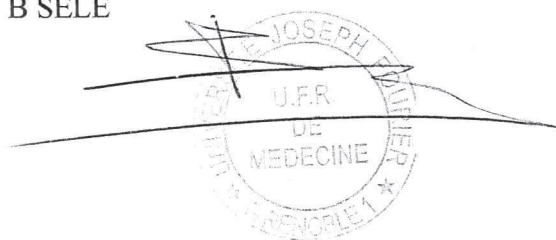
Après avoir fait un état des lieux des différents fonctionnements des soins primaires et du médecin généraliste il reste à le comparer aux différents résultats du projet d'**Europortrait**. La mutation des soins primaires est également liée à la vision du patient de ses soins, et à ce qu'il désire. L'organisation des systèmes de santé a-t-elle une application sur la vision du patient sur le médecin généraliste? Ce travail est à poursuivre.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 21-10-08

LE DOYEN

B SELE



LE PRÉSIDENT DE THESE

PROFESSEUR C.PISON

A handwritten signature in black ink, appearing to be "C. Pison", written over a horizontal line.

VI. Serment d'Hippocrate



Qui diu memorem laudes, repetimque fideli
Ingenij dote, Hippocraticus decus.
Democriti auditor Phocææ, ô, Cœli propago.
Certius an quis te tradidit artij opes!

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

VII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire sur les systèmes de santé envoyé aux généralistes européens.

EUROPORTRAIT STUDY: HEALTH SYSTEM QUESTIONNAIRE

Introduction

The Europortrait study is carried out at the same time in a great number of European countries, which use different health systems in primary care.

The purpose of this questionnaire is to collect information on the health system in your country. We assume you can give this information; if it isn't the case, could you please write to us to identify people who could answer?

Information is intended to understand the differences between health systems; thank you for taking into account all items which you can answer. Don't hesitate to give us any additional information which would seem useful to you. Tick the boxes which best suit you.

1 / your country, your area:

2/ in your country, what is the average number of patients for each general practitioner?

3/ in your country, a patient:

is registered on a list with a family practitioner

can consult the doctor of his choice

uses another option for consultation (please describe): _____

4/ in your country, consultation with a specialist is done:

Directly: a patient can choose a specialist and does not need a consultation with a general practitioner first

he must go and see a GP first, or another Healthcare worker

another way (please describe): _____ 5/ in your country, how are doctors paid?

paid by the act

wages

per capita mixed

other way (please describe) _____

6/ In your country, who provide primary cares?

GP other specialist

nurses staff of paramedical workers

proximity hospital other: _____

7/ in your country, patient pays for:

each consultation drugs

biological tests other professionals than doctors

a different way (please describe):

never pays

8/ In your country, a patient is reimbursed for:

each consultation drugs

biological tests other professionals than doctors

in another way (please describe)

is never reimbursed

And are there any criteria for reimbursement?

Yes: please describe _____

No

9/ in your country, what is the place of the physician?

central place: he's a gatekeeper

he's just another specialist

he has no recognized place

10/ in your country, how is social security organized?

- public and national (it can also include a local / regional level)
- public and regional (but not national)
- depends on country areas
- private
- mixed
- no specific social security
- others (please describe):

11/ in your country, how is Continuing Medical Education of G.P.s organized (post graduate)?

- with the university
- with the physicians' order
- with trade unions
- other way: please describe _____

12/ in your country, how is continuous medical training organized?(when you are doctor)

- with the university with the physicians' order
- with the pharmaceutical industry with trade unions
- with a State Agency
- other way: please describe

13/ In your country, how is the evaluation of professional practice organized?

- mandatory individually
- voluntarily collectively
- other way: please describe _____

14/ in your country or country area, is there a temporary certification:

Yes

No

If yes, what kind of (re) certification is it?

validating continuous medical training

measure of activity criteria

periodic exams

other way: please describe _____

15/ In your country, are there any official recommendations for professional practice?

Yes

No

... If yes:

application of these recommendations is mandatory

application of these recommendations is a voluntary act

Recommendations are agreed on and written out:

by physicians

by learned societies

in a multidisciplinary way

by State or State Agency

other way: please describe _____

... They are intended for:

physicians

nurses or paramedics

patients

insurance companies

other way: please describe _____

there are recommendations specifically issued by and for G.P

16/ what are, in your opinion, the specificities of the Health System of your country? Could you describe them please?

Free comments on this questionnaire:

Thanks for your answers!

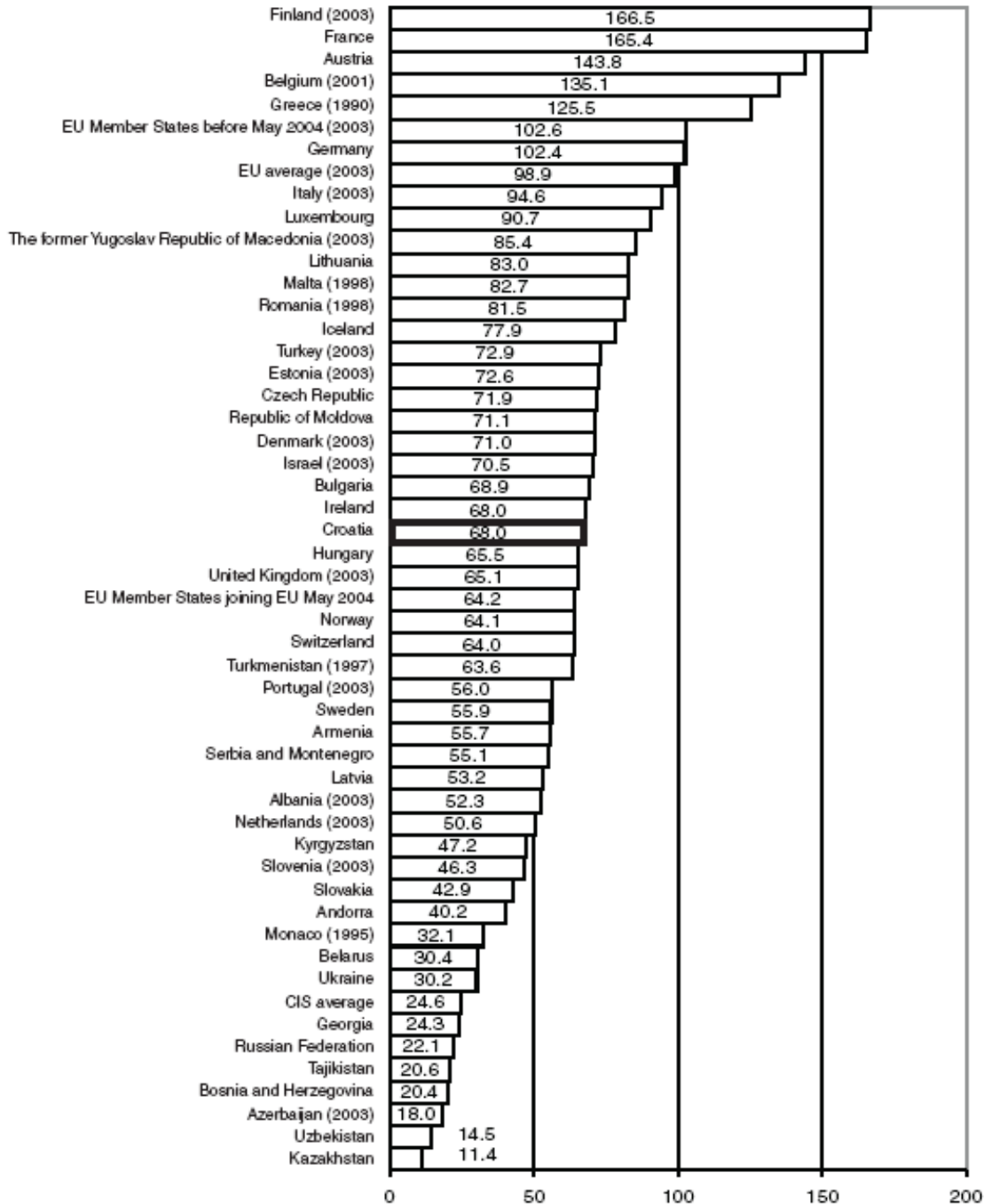
Please send this questionnaire back by email, postal mail, to:

Nys Emeline
124 grande rue
F – 38700 LA TRONCHE
France

Phone + 33 663831911
Email: nysemeline@yahoo.fr

Annexe 2 : Nombre de médecin pour 100 000 habitants.

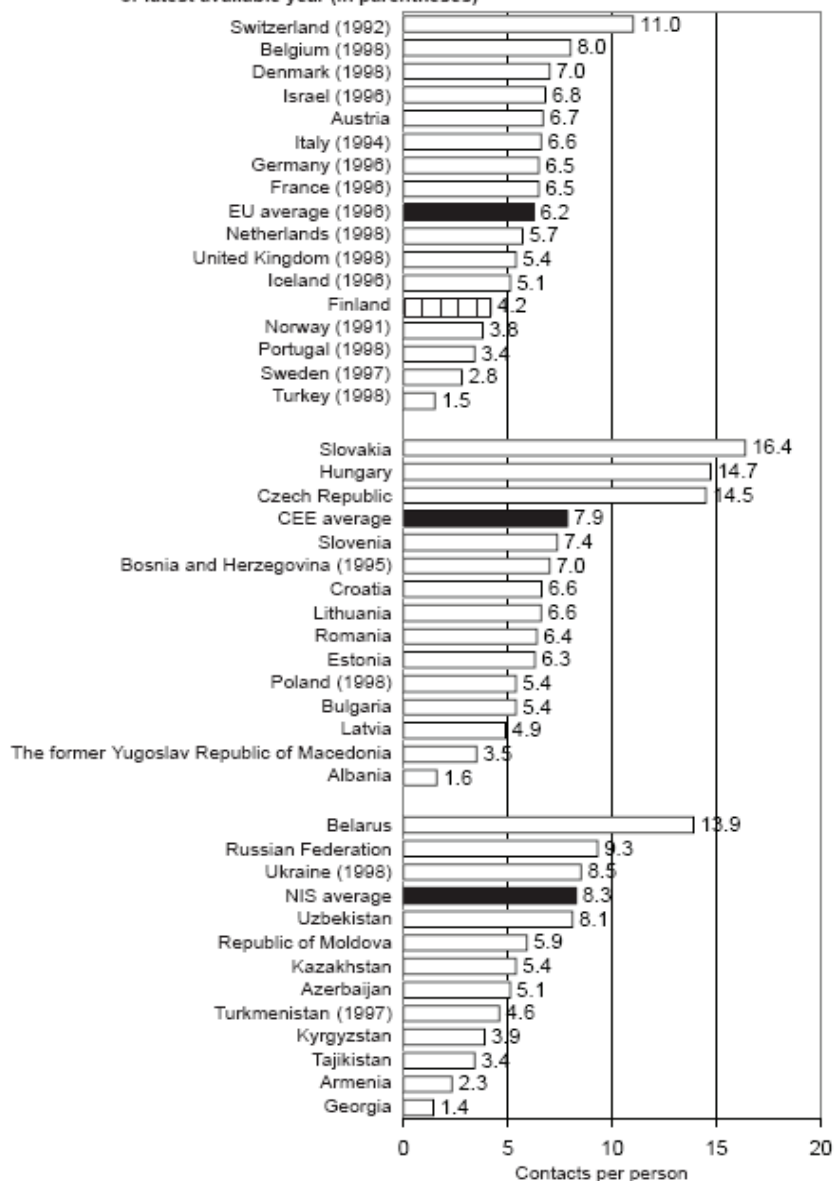
Fig. 4.3 Number of GPs per 100 000 population, 2004 or latest available year



Source: WHO Regional Office for Europe, 2006.

Annexe 3 : Nombres de consultation par généraliste selon les pays.

Fig. 10. Outpatient contacts per person in countries in the WHO European Region, 1999 or latest available year (in parentheses)



Source: WHO Regional Office for Europe health for all database.

CEE: central and eastern Europe. NIS: newly independent states of the former USSR.

Annexe 4 : Place du généraliste selon le pays.

Pays	Gatekeeper	spécialiste	pas de place reconnu
Allemagne	X	X	entre les 2
Autriche	X		
Belgique			X
Bosnie herzegovine	X		
Bulgarie	X		
Croatie	X		
Danemark*	X		
Espagne	X		
Finlande	X		
France	X		
Royaume Uni	X		
Grèce		X	
Irlande	X		
Italie	X		X selon les régions
Luxembourg			
Malte		X	
Norvège	X		
Pays bas	X		
Portugal	X		
Roumanie	X		
Serbie			X
Suède	X		
Suisse		X	
Tchequie	X		

Selon les résultats du questionnaire.

- Selon donné OMS.

Annexe 5 : Équipe de soin Primaire.

Pays	Généraliste	Autre spécialiste	infirmière	équipe paramédicale	hôpital de proximité
Allemagne	X				
Autriche	X				
Belgique	X	X	X		
Bosnie-Herzégovine	X	X			
Bulgarie	X	X			
Croatie	X	X (pédiatre, gyneco)			
Espagne	X	X (pédiatre)	X	assistante sociale	
Finlande	X	X	X		
France	X				
Royaume Uni	X		X	X	X
Grèce	X	X			
Irlande	X				
Italie	X				
Luxembourg	X				X
Malte	X				
Norvège	X				
Pays bas	X		X	assistante de cabinet	
Portugal	X		X		
Roumanie	X				
Serbie	X	X	X		
Suède	X		X "district nurse"		
Suisse	X	X (interniste, pédiatre)			
Tchèque	X				

Annexe 6 : Comment est payé le médecin selon le pays :

Capitation : Croatie, Italie, Roumanie.

Acte : Belgique, France, Grèce, Luxembourg, Suisse.

Salaire : Bosnie-Herzégovine, Malte, Portugal, Serbie.

Capitation + acte : Allemagne, Autriche, Bulgarie, Danemark(35% capita, 65% acte), Irlande, Pays-Bas (61% Capitation, 39% Acte), Royaume-Uni (50% capita, 20% acte, 30% autres), Tchèque (70% capita, 30% acte).

Capitation+ acte+ salaire : Finlande (20% Capita, 60%Salaire, 15%Acte , 5% aide locale), Norvège (1/3 de chaque), Suède.

Capitation+ Salaire : Espagne (15% capita , salaire et autres aides)

Annexe 7 : Durée de la spécialisation en médecine générale.

Pays	Durée	Détail
Allemagne	5 ans	Dont 2 ans chez le généraliste.
Autriche	3 ans	mais problème d'application ue stage chez le praticien.
Belgique	3 ans	dont 24 à 30 mois chez le généraliste
Bosnie-Herzégovine	3 ans	
Bulgarie	3 à 4 ans	
Croatie	4 ans	Après 1 an d'internat, possible d'exercer sans spécialisation mais uniquement jusqu'en 2010.
Danemark	4ans	
Espagne	3 ans	18 mois en soin primaire
Estonie	4 ans	
Finlande	6 ans	mais uniquement 2 ans pour pouvoir pratiquer
France	3 ans	Dont 6 mois obligatoire chez le généraliste
Royaume Uni	3 ans	5 ans d'externat, puis 1 ans de préparation puis vocational training et/ou spécialité de médecine générale
Grèce	4 ans	11 mois soin primaire
Hongrie	5 ans	
Irlande	3 ans	Dont 12 à 18 mois chez généraliste
Israël	5 ans	
Italie	2 ans	Dont 6 mois en soin primaire
Luxembourg		pays limitrophe
Malte		
Norvège	5 ans	
Pays bas	3 ans	Dont 2 stages de 1 an en ambulatoire avec cours théorique de médecine générale.
Pologne	4 ans	après internat de 1 an, non obligatoire pour travailler
Portugal	3 ans	internat obligatoire de 18 mois puis internat complémentaire de 3 ans
Roumanie		aidé par les Pays Bas
Serbie		
Suède	4 à 5 ans	Après 3 ans d'internat dont 2 ans pratique générale et 6 mois en soin primaire.
Suisse	5 ans	Depuis 97 mais importante mutation en 2006 existence d'un curriculum .
Tchèque	3 ans	

Source : divers documents de l'oms et réponse aux questionnaires

Annexe 8 : Organisateur de la spécialisation en médecine générale.

Pays	Université	Ordre des médecins	syndicat	autre
Allemagne	X			
Autriche		X		
Belgique	X	X		association généraliste
Bosnie-Herzégovine	X			
Bulgarie	X	X		
Croatie	X			
Danemark*	X	X		collège Danois des généralistes
Espagne	X	X		société scientifique, ministère de la santé
Finlande	X		X	
France	X			
Grande Bretagne	X	X		Royal college of General Practitioner
Grèce	X			
Irlande		X		
Italie	X	X		société scientifique
Luxembourg				Chez pays limitrophe
Malte				pas de spécialisation
Norvège	X		X	Norwegian medical association
Pays bas	X	X		
Portugal	X	X		
Roumanie	X	X		
Serbie	X			
Suède	X			
Suisse	X			Fédération médical suisse(FMH)
Tchèque	X			École médicale pas exactement université

Annexe 9 : Organisateur de la Formation Médicale Continue selon les pays.

Pays	Université	Ordre des médecins	Labo pharmaceutique	Syndicat	Agence de l'état	Autres
Allemagne	X	X important	X mais accréditation			association médecin
Autriche		X				Austrian Society of General Practitioner
Belgique	X					association médecin
Bosnie-Herzégovine	X		X			aide international
Bulgarie					X	Bulgarian medical association
Croatie						association médecin
Espagne		X	X		X	
Finlande			X	X		
France			X	X	X	association médecin
Royaume Uni		X				association médecin
Grèce	X		X			association médecin
Irlande		X	X			
Italie		X	X	X	X	variable selon région
Luxembourg		X	X	X		
Malte		X				
Norvège	X			X		Norwegian medical association
Pays bas	X	X	X mais limité			association médecin, assurance maladie
Portugal	X	X	X	X		
Roumanie	X	X				
Serbie	X					
Suède						
Suisse		X	X			Fédération Médical Suisse (FMH)
Tchèque	X	X	X			

Annexe 10 : Évaluation des pratiques professionnelles.

Pays	Obligatoire	Individuelle	Volontaire	Collective	Autres
Allemagne	X				
Autriche		X	X	X	
Belgique			X		
Bosnie-Herzégovine		X	X		
Bulgarie					X quand agrément médecin généraliste spécialiste
Croatie					Pas de réponse
Espagne		X	X	X	
Finlande			X		
France	X	X		X	
Grande Bretagne	X	X		X	
Grèce			X		
Irlande		X	X		
Italie		X	X	X en Molise	variable selon région
Luxembourg					Pas d'évaluation
Malte			X		
Norvège		X	X		
Pays bas	X				
Portugal			X	X	
Roumanie					Assurance maladie
Serbie	X				
Suède			X	X	
Suisse		X	X		
Tchèque			X		

Annexe 11 : Recertification en Europe selon l'OMS

Tableau 1. Revalidation de la profession médicale dans plusieurs Etats membres de la Région européenne de l'OMS

Pays	Types de revalidation			Sanction ou récompense	Principal organisme de réglementation	Autres autorités	
	Calendrier (années)	Formation médicale et développement professionnel continu	Évaluation par les pairs				
Autriche	3	Oui	Oui	Oui	Obligation légale	Chambre médicale autrichienne (OP)	Ministère fédéral de la Santé et des Femmes (PP) ; Académie autrichienne des médecins (OP)
Belgique	3	Oui	Oui	Non	Incitant financier (hausse salariale d'environ 4 %)	Ministre de la Santé publique (PP) et INAMI (CA)	S/O
Bulgarie	3	Oui	Non	Non	Non	Ministère de la Santé (PP)	S/O
Croatie	6	Oui	Non	Oui	En cas de non-respect, continuation de l'autorisation d'exercer soumise à la réussite d'un examen	Chambre médicale croate (AI)	Institut d'agrément et de renouvellement de l'agrément ; sociétés de spécialistes (OP) ; Association médicale de Croatie (OP) ; universités ; hôpitaux
Chypre	3	Oui	Non	Oui	Non	Association médicale de Chypre (OP)	Sociétés scientifiques nationales
République tchèque	5	Oui	Non	Oui	Aucune sanction pendant les six premières années (2004-2010)	Chambre médicale (AI)	S/O
Danemark	S/O	Oui	Oui	Non	Non	Association médicale du Danemark (OP)	Sociétés scientifiques nationales
Finlande	1	Oui	Oui	Non	Non	Conseil d'évaluation national pour la formation médicale continue	Association médicale de Finlande (OP)
France	5	Oui	Oui (évaluation des pratiques professionnelles)	Oui	Procès intenté par les conseils régionaux de l'Ordre national des médecins (aucun contrôle)	Conseils nationaux de formation médicale continue (OP)	Conseils régionaux de formation médicale continue (OP) ; conseils régionaux de l'Ordre national des médecins (OP) ; Haute autorité de santé (AI)
Allemagne	5	Oui	Non	Oui (médecins généralistes et spécialistes conventionnés)	En cas de non-respect, remboursement réduit ; après deux ans, retrait de l'accréditation	Chambres régionales des médecins (OP)	Ministères de la Santé ou des Affaires sociales des différents Länder (PP) ; associations régionales des médecins conventionnés (OP) ; Association fédérale des médecins conventionnés (OP)
Grèce	5	Oui	Non	Oui (pour les médecins du Service national de santé)	Non	Comité de formation du Conseil central national de la santé	Association médicale panhellénique ; sociétés médicales ; écoles de médecine ; hôpitaux du Service national de santé

Pays	Types of revalidation				Sanction ou récompense	Principal organisme de réglementation	Autres autorités
	Calendrier (années)	Formation médicale et développement professionnel continu	Évaluation par les pairs	Obligatoire			
Hongrie	5	Oui	Oui	Oui	En cas de non-respect, examen spécial devant une commission	Chambre médicale	Comité pour le contrôle qualité de la formation médicale continue
Irlande	5	Oui	Oui	Oui	À décider	Conseil médical (PP)	Collèges royaux (OP) ; Conseil d'accréditation des services irlandais de la santé (AI)
Italie	3	Oui	Non	Oui	Non	Commission de la formation médicale continue du ministère de la Santé (PP)	Association médicale d'Italie (OP)
Luxembourg	S/O	Oui	Non	Non	Non	Association médicale nationale (OP)	Sociétés nationales spécialisées (OP) ; départements hospitaliers ; Société nationale des sciences médicales
Pays-Bas	5	Oui	Oui (visitation)	Oui (spécialistes)	Radiation de l'ordre des médecins	Collège central des spécialistes (OP)	Unité d'information centrale sur les professions des soins de santé (PP)
Norvège	5	Oui	Non	Oui (pour les médecins généralistes)	Incentif financier pour la recertification	Association médicale de Norvège (OP)	Ministère de la Santé (PP)
Portugal	S/O	Oui	Non	Non	Non	Association médicale du Portugal (OP)	S/O
Roumanie	5	Oui	Non	Oui	Révocation du droit d'exercer la médecine	Collège roumain des médecins (AI)	Sociétés scientifiques ; organisations professionnelles (OP)
Slovaquie	5	Oui	Non	Oui	Non	Conseil slovaque d'accréditation (AI)	Chambre médicale slovaque ; Association médicale de Slovaquie (OP) ; universités ; sociétés scientifiques
Slovénie	7	Oui	Oui	Oui (environ 2,5 % des médecins par an)	En cas de non-respect, repassage d'un examen	Chambre médicale slovène (OP)	Ministère de la Santé (PP) ; Société médicale de Slovénie
Espagne	S/O	Oui (9 régions sur 17)	Non	Non	Situation varie selon les commissions régionales	Association médicale d'Espagne (OP)	Ministère de la Santé et de l'Enseignement (PP) ; collèges médicaux (OP) ; Commission pour la formation continue des professionnels de santé ; Conseil d'accréditation pour la formation médicale continue
Suède	S/O	Oui	Non	Non	Non	Institut suédois pour le développement professionnel des médecins (AI)	Association médicale de Suède (OP) ; Société suédoise de médecine ; Fédération suédoise des conseils de comtés (PP)

Types of revalidation							
Pays	Calendrier (années)	Formation médicale et développement professionnel continus	Évaluation par les pairs	Obligatoire	Sanction ou récompense	Principal organisme de réglementation	Autres autorités
Switzerland	S/O	Oui	Non	Oui (spécialistes)	Radiation de l'Association médicale de Suisse	Sociétés scientifiques et Association médicale de Suisse (OP)	S/O
Turquie	1	Oui	Non	Non	Non	Conseil d'accréditation de l'Association médicale de Turquie (OP)	S/O
Royaume-Uni	5	Oui	Oui (évaluation à 360 °)	En suspens : médecins généralistes et spécialistes	En cas de non-respect, exercice de la médecine surveillée	Ministère de la Santé (PP)	Conseil médical général (OP) ; Collèges royaux (médecins généralistes et spécialistes) (OP)

Note. Le tableau 1 précise le type d'entité de réglementation ou l'autorité si celle-ci est connue, à savoir :

PP : pouvoirs publics ;

AI : autorité indépendante ;

CA : caisse d'assurance ;

S/O : sans objet ;

OP : organisation professionnelle.

Source : résultats de questionnaires réalisés au niveau national (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas et Royaume-Uni) et site Web de l'UE des médecins spécialistes et du European Medical Network (autres pays).

Document OMS (30)

Repenser les soins primaires en Europe : comparaison des différents systèmes de soins primaires.

VIII. RESUME :

L'objectif de cette thèse est de décrire les différents modes d'organisation de la médecine générale à travers l'Europe, la place du médecin généraliste dans le système de soins et sa formation. Ceci a été fait par l'envoi d'un questionnaire à des médecins référents de chaque pays européen.

Vingt trois pays européens ont répondu. Les médecins généralistes ont un rôle d'entrée dans les systèmes de santé. Ils s'organisent fréquemment en cabinet pluriprofessionnel avec les autres partenaires de soins primaires et avec parfois une délégation de tâches. Leur mode de rémunération est variable d'un système à l'autre. La reconnaissance du médecin généraliste comme spécialiste s'étend. Le rythme de développement de la formation médicale continue, de l'évaluation des pratiques professionnelles, de l'élaboration des recommandations médicales s'accélère. Cependant il persiste de grands écarts entre les pays.

Repenser les soins primaires dans un contexte européen est un challenge difficile, néanmoins l'amélioration de la qualité des soins reste l'objectif de tous les pays.

SUMMARY

Rethinking primary care in Europe : Comparison of different primary health care.

The aim of this thesis is to describe the various modes of organization of the general practitioner through Europe, its place in the system of care and his training.

This was done by sending a questionnaire to general practitioners referent in each European country.

Twenty three European countries responded. General practitioners is a gatekeeper in most of the health system. They are frequently organized in pluriprofessionnel office with the others partners of primary care, sometimes with a delegation of tasks. The mode of payment of the generalist is variable from one system to another. The recognition of the general practitioner as a specialist is becoming common. The rhythm of development of the continuing medical training, of the evaluation of the professional practice, of elaboration the medical recommendations is increasing. But large differences still exist between countries.

Rethinking the primary care in an European context is a difficult challenge, but improving the quality of care remains the objective of all countries.

MOTS CLEFS :

Soins primaires, Système de santé, Gatekeeper, Europe.

Primary care, Health system, Gatekeeper, Europe.